

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2021.00577 vom 30. September 2022

ZH Sozialversicherungsgericht, 2022-09-30, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2021.00577

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2021.00577 du 30 septembre 2022

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2021.00577 del 30 settembre 2022

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1974, war seit dem 1. Juni 2016 als Mitarbeiter Montage bei der Z.____ AG angestellt, als er ab dem 6. Oktober 2017 krank geschrieben wurde (Urk. 7/17/1-6). Unter Hinweis auf eine schwere Depression meldete sich der Versicherte am 7. März 2018 bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 7/3). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, klärte die medizinische und erwerbliche Situation ab und zog Akten der Krankentaggeldversicherung bei (Urk. 7/4-5). Am 11. April 2018 teilte die IV-Stelle dem Versicherten mit, dass zurzeit keine Eingliederungsmassnahmen möglich seien (Urk. 7/12).

Zudem holte sie ein neuropsychologisches und psychiatrisches Gutachten ein, das am 5. beziehungsweise 27. März 2020 erstattet wurde (Urk. 7/51; Urk. 7/52/1-20). In der Folge veranlasste die IV-Stelle eine stationäre psychiatrische Abklärung. Das psychiatrische Gutachten datiert vom 22. Januar 2021 (Urk. 7/73). Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Urk. 7/83; Urk. 7/85; Urk. 7/92) verneinte die IV-Stelle mit Verfügung vom 23. August 2021 (Urk. 7/99 = Urk. 2) einen Rentenanspruch.

E. 1.1

Am 1. Januar 2022 sind die geänderten Bestimmungen des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG), der Verordnung über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSV), des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) sowie der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) in Kraft getreten.

In zeitlicher Hinsicht sind vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgebend, die bei Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 146 V 364 E. 7.1, 144 V 210 E. 4.3.1, je mit Hinweisen). Da die angefochtene Verfügung vor dem 1. Januar 2022 erging, sind vorliegend die bis 31. Dezember 2021 gültig gewesenen Rechtsvorschriften anwendbar, die nach folgend auch in dieser Fassung zitiert werden (vgl. statt vieler: Urteile des Bundesgerichts 8C_251/2022 vom 11. Juli 2022).

E. 1.2

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt.

(Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 1.3

). Der Beschwerdeführer wurde ab Oktober 2017 krankgeschrieben (vgl. Urk. 7/17/1-6 S. 1 Ziff. 2.2; E. 4.1), weshalb die einjährige Wartefrist im Oktober 2017 zu laufen begann.

Da ein Rentenanspruch gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruches – mithin der Anmeldung bei der Beschwerdegegnerin am 7. März 2018 (Urk. 7/3) – eintritt (vgl. vorstehend E. 1.4), ist der frühestmögliche Rentenbeginn grundsätzlich im September 2018. Die einjährige Wartefrist endete jedoch erst Ende September 2018, weshalb der frühestmögliche Rentenbeginn somit im Oktober 2018 ist. 6.3

Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung ist für die Ermittlung des Validen einkommens entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühest möglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da es empirischer Erfahrung entspricht, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre. Ausnahmen müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (BGE 145 V 141 E. 5.2.1, 139 V 28 E. 3.3.2, 135 V 58 E. 3.1, 134 V 322 E. 4.1).

Ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass die versicherte Person die bisherige Tätigkeit unabhängig vom Eintritt der Invalidität nicht mehr ausgeübt hätte, kann das Valideneinkommen auf Grundlage der vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) berechnet werden, wobei die für die Entlohnung im Einzelfall gegebenenfalls relevanten persönlichen und beruflichen Faktoren zu berücksichtigen sind (BGE 139 V 28 E. 3.3.2; Meyer/Reichmuth, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 3. Auflage 2014, Rn 55 f. zu Art. 28a). Dabei sind grundsätzlich die im Verfügungszeitpunkt aktuellsten veröffentlichten Tabellen der LSE zu verwenden (BGE 143 V 295 E. 4.1.3). 6.4

Bezog eine versicherte Person aus invaliditätsfremden Gründen (z.B. geringe Schulbildung, fehlende berufliche Ausbildung, mangelnde Deutschkenntnisse, beschränkte Anstellungsmöglichkeiten wegen Saisonierstatus) ein deutlich unterdurchschnittliches Einkommen, ist diesem Umstand bei der Invaliditätsbeurteilung nach Art. 16 ATSG Rechnung zu tragen, sofern keine Anhaltspunkte dafür bestehen, dass sie sich aus freien Stücken mit einem bescheideneren Einkommensniveau begnügen wollte. Nur dadurch ist der Grundsatz gewahrt, dass die auf invaliditätsfremde Gesichtspunkte zurückzuführenden Lohneinbussen entweder überhaupt nicht oder aber bei beiden Vergleichseinkommen gleichmässig zu berücksichtigen sind (BGE 141 V 1 E. 5.4). Diese Parallelisierung der Einkommen kann praxisgemäss entweder auf Seiten des Valideneinkommens durch eine entsprechende Heraufsetzung des effektiv erzielten Einkommens oder aber auf Seiten des Invalideneinkommens durch eine entsprechende Herabsetzung des statistischen Wertes erfolgen (BGE 135 V 58 E. 3.1, 134 V 322 E. 4.1). Eine Parallelisierung ist indessen nur vorzunehmen, wenn die Differenz zum massgebenden Durchschnitt deutlich ist. Deutlich

unterdurchschnittlich im Sinne von BGE 134 V 322 E. 4 ist der tatsächlich erzielte Verdienst, wenn er mindestens 5 % vom branchenüblichen LSE-Tabellenlohn abweicht (vgl. BGE 135 V 297 E. 6.1.2).

Die Parallelisierung der Einkommen trägt somit dem Umstand Rechnung, dass die versicherte Person als Invalide realistisch nicht den Tabellenlohn erzielen kann, weshalb ein entsprechend tieferes Invalideneinkommen anzunehmen ist. Kann tatsächlich oder zumutbarerweise ein durchschnittliches Invalideneinkommen erzielt werden, dann besteht kein Grund, ein aus wirtschaftlichen Gründen unterdurchschnittliches Valideneinkommen auf ein durchschnittliches hochzurechnen. Denn mit einer solchen Vorgehensweise würden in gesetzwidriger Weise Einkommenseinbussen berücksichtigt, die nicht gesundheitlich bedingt sind. Entsprechend der gesetzlichen Regelung ist somit das (zumutbare) Invalideneinkommen nicht demjenigen Einkommen gegenüberzustellen, das ohne Gesundheitsbeeinträchtigung bei vollständiger Ausschöpfung des wirtschaftlichen Potenzials zumutbarerweise hätte erzielt werden können, sondern demjenigen, das konkret erzielt worden wäre (BGE 135 V 58 E. 3.4.3).

Sind die Voraussetzungen der Einkommensparallelisierung erfüllt, weil die versicherte Person aus invaliditätsfremden Gründen infolge fehlender Berufsausbildung und mangelhafter Sprachkenntnisse ein unterdurchschnittliches Valideneinkommen erzielt hatte, welches um mindestens 5 % unter dem branchenüblichen LSE-Tabellenlohn liegt, so vermögen dieselben Faktoren praxisgemäss nicht zusätzlich auch noch einen Leidensabzug zu begründen (vgl. BGE 135 V 297 E. 6.2).

Bei der Durchführung der Parallelisierung ist mit Blick auf einen dem Grundsatz der Rechtsgleichheit genügende Invaliditätsgradermittlung zu vermeiden, dass diese – bei einer kontinuierlich ansteigenden Differenz zwischen tatsächlich erzieltem Lohn und branchenüblichem Durchschnittseinkommen – ab Erreichen des Erheblichkeitsgrenzwertes von mindestens 5 % gegebenenfalls eine sprunghafte Erhöhung des Invaliditätsgrades zur Folge hat. Es ist daher nur in dem Umfang zu parallelisieren, in welchem die prozentuale Abweichung den Erheblichkeitsgrenzwert von 5 % übersteigt, bezweckt doch die Parallelisierung praxisgemäss nur die Ausgleiche einer deutlichen – also nicht jeder kleinsten – Abweichung des tatsächlich erzielten Verdienstes vom tabellarisch bestimmten branchenüblichen Referenzeinkommen (vgl. BGE 135 V 297 E. 6.1.3). 6.5

Der Beschwerdeführer war zuletzt seit Juni 2016 bei Z. ___ AG als Mitarbeiter Montage angestellt. Ab dem 6. Oktober 2017

wurde er krankgeschrieben und hat seither – mit Ausnahme des Arbeitsversuchs während der stationären Untersuchung vom 21. bis 23. Oktober 2020 (vgl. Urk. 7/73 S. 27 ff.) - nicht mehr gearbeitet (Urk. 7/17/1-6 S. 1 Ziff. 2.2). Die Beschwerdegegnerin zog für die Bemessung des Valideneinkommens für das Jahr 2018 die Angaben im Arbeitgeberfragebogen vom 25. Juli 2018 heran, wonach der Beschwerdeführer im Jahr 2017 ohne Gesundheitsschaden Fr. 59'800.-- erzielt hätte (vgl. Urk. 7/17/1-6 S. 4 Ziff. 5.2), und berechnete unter Berücksichtigung der branchen- und geschlechtspezifischen Teuerung im Wirtschaftszweig 41-43 (Baugewerbe) von 0.5 % im Jahr 2018

ein Valideneinkommen von Fr. 60'099.-- (Urk. 6 S. 2 f. Rz 6). Dies ist nicht zu beanstanden.

Die Beschwerdegegnerin hielt sodann fest, dass aus dem Vergleich mit dem standardisierten Durchschnittslohn für einfache Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art im Wirtschaftszweig 41-43 (Baugewerbe) ein unterdurchschnittliches Einkommen resultiere. So würden im Kompetenzniveau 1

Männer im Wirtschaftszweig 41-43 Fr. 5'622.-- pro Monat, mithin Fr. 67'464.-- pro Jahr, beziehungsweise unter Berücksichtigung der durchschnittlichen wöchentlichen Arbeitszeit im Jahr 2018 von 41.3 Stunden im Wirtschaftszweig 41-43 ein Einkommen von Fr. 69'657.-- erzielen. Die Lohndifferenz von Fr. 8'957.60 (richtig: Fr. 9'558.-- ; Fr. 69'657.-- - Fr. 60'099.--) entspricht einem unterdurchschnittlichen Verdienst von 13 % (richtig: 14 %), welcher im Umfang von 8 % (richtig: 9 %) zu parallelisieren sei

(Urk. 6 S. 3 Rz 7). Zu Gunsten des aus Mazedonien stammenden Beschwerdeführers, der seit seiner Einreise in die Schweiz als Hilfsarbeiter gearbeitet hatte und lediglich einigermassen Deutsch versteht und spricht (vgl. Urk. 7/ 10, Urk. 7/73 S. 8 f. Ziff. 3.2 und S. 16 Ziff. 4.2), ist vorliegend eine Parallelisierung im Umfang von 9 % vorzunehmen

(vgl. vorstehend E. 6.4). 6.6

Für die Bestimmung des Invalideneinkommens können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss LSE

herangezogen werden (BGE 139 V 592 E. 2.3, 135 V 297 E. 5.2, 129 V 472 E. 4.2.1). Dabei sind grundsätzlich die im Verfügungszeitpunkt aktuellsten veröffentlichten Tabellen der LSE zu verwenden (BGE 143 V 295 E. 4.1.3; zur Verwendung der aktuellsten statistischen Daten bei Rentenrevisionen vgl. BGE 143 V 295 E. 4.2.2, 142 V 178 E. 2.5.8.1, 133 V 545 E. 7.1). Die Verwendung der Tabellenlöhne ist subsidiär, das heisst deren Beizug erfolgt nur, wenn eine Ermittlung des Invalideneinkommens aufgrund und nach Massgabe der konkreten Gegebenheiten des Einzelfalles nicht möglich ist (vgl. BGE 142 V 178 E. 2.5.7, 139 V 592 E. 2.3, 135 V 297 E. 5.2; vgl. auch Meyer/Reichmuth, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 3. Auflage 2014, Rn 55 und 89 zu Art. 28a, mit weiteren Hinweisen auf die Rechtsprechung). 6.7

Dem Beschwerdeführer ist seit Ende 2017 eine angepasste Tätigkeit in einem Pensum von 55 % zumutbar (vorstehend E. 5.8).

Zur Ermittlung des Invalideneinkommens rechtfertigt es sich deshalb, den standardisierten Durchschnittslohn für einfache Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art in sämtlichen Wirtschaftszweigen des privaten Sektors gemäss LSE heranzuziehen. Das im Jahr 2018 von Männern im Durchschnitt aller einfachen Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art in sämtlichen Wirtschaftszweigen des privaten Sektors erzielte Einkommen betrug pro Monat Fr. 5'417.-- (LSE 2018, Tabellengruppe TA1, Total Männer, Kompetenzniveau 1, www.bfs.admin.ch, Arbeit und Erwerb, Löhne/Erwerbseinkommen/Arbeitskosten, Lohnniveau - Schweiz), mithin Fr. 65'004.-- pro Jahr. Unter Berücksichtigung der durchschnittlichen wöchentlichen Arbeitszeit im Jahr 2018 von 41.7 Stunden (Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen, Total, www.bfs.admin.ch, Arbeit und Erwerb, Erwerbstätigkeit und Arbeitszeit, Arbeitszeit/Absenzen/Ferien) ergibt dies ein Invalideneinkommen von rund Fr.

67'767. (Fr. 65'004.-- : 40 x 41.7) für das Jahr 2018 bei einem Pensum von 100 %, mithin rund Fr. 37'272.-- bei einem 55

%-Pensum. Unter Berücksichtigung der erforderlichen Parallelisierung von 9 % (vgl. vorstehend E. 6.5) reduziert sich das Invalideneinkommen auf Fr. 33'918.-- (Fr. 37'272.-- x 0.91). 6.8

Zu prüfen bleibt, inwieweit vom Invalideneinkommen ein leidensbedingter Abzug vorzunehmen ist.

Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert (Tabellenlohn) allenfalls zu kürzen. Damit soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass persönliche und berufliche Merkmale, wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können (BGE 124 V 321 E. 3b/ aa). Aufgrund dieser Faktoren kann die versicherte Person die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt möglicherweise nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten. Der Abzug soll aber nicht automatisch erfolgen. Er ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen und darf 25 % nicht übersteigen (vgl. BGE 135 V 297 E. 5.2, 134 V 322 E. 5.2 und 126 V 75 E. 5b/ aa -cc). Die Rechtsprechung gewährt insbesondere dann einen Abzug auf dem Invalideneinkommen, wenn eine versicherte Person selbst im Rahmen körperlich leichter Hilfsarbeitertätigkeit in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist (BGE 126 V 75 E. 5a/ bb). Zu beachten ist jedoch, dass allfällige bereits in der Beurteilung der medizinischen Arbeitsfähigkeit enthaltene gesundheitliche Einschränkungen nicht zusätzlich in die Bemessung des leidensbedingten Abzugs einfließen und so zu einer doppelten Anrechnung desselben Gesichtspunktes führen dürfen (BGE 146 V 16 E. 4.1 mit Hinweisen).

Nach ständiger Rechtsprechung darf das (kantonale) Sozialversicherungsgericht sein Ermessen, wenn es um die Beurteilung des Tabellenlohnabzuges gemäss BGE 126 V 75 geht, nicht ohne triftigen Grund an die Stelle desjenigen der Verwaltung setzen; es muss sich auf Gegebenheiten abstützen können, welche seine abweichende Ermessensausübung als naheliegender erscheinen lassen (BGE 137 V 71 E. 5.2 und 126 V 75 E. 6). Wurde bei der Festsetzung der Höhe des Abzugs vom Tabellenlohn ein Merkmal oder ein bestimmter Aspekt eines Merkmals zu Unrecht nicht berücksichtigt oder zu Unrecht berücksichtigt, hat die Beschwerdeinstanz den Abzug gesamthaft neu zu schätzen (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C_808/2015 vom 29. Februar 2016 E. 3.4.3 und 8C_113/2015 vom 26. Mai 2015 E. 3.2). 6.9

Der Beschwerdeführer erachtete einen leidensbedingten Abzug von 10-15 % als angemessen, da er nur noch ein Teilzeitpensum ausüben könne (vorstehend E. 2.2). Die Beschwerdegegnerin stellte sich demgegenüber auf den Standpunkt, dass sich keine weitere Reduktion des Invalideneinkommens rechtfertige, da die gesundheitlichen Einschränkungen bei der Arbeitsfähigkeit und die persönlichen Merkmale mittels Parallelisierung bereits berücksichtigt worden seien (Urk. 6 S. 3 Rz 8). Dazu ist festzuhalten, dass rechtsprechungsgemäss diejenigen Faktoren, die zu einer Einkommensparallelisierung geführt haben, nicht zusätzlich einen Leidensabzug begründen dürfen (vgl. vorstehend E. 6.4). Dementsprechend ist ein leidensbedingter Abzug vom Tabellenlohn auch bei Parallelisierung nicht ausgeschlossen, soweit es sich nicht um die gleichen Faktoren handelt.

Mit Bezug auf den behinderungs- beziehungsweise leidensbedingten Abzug ist zu beachten, dass das medizinische Anforderungs- und Belastungsprofil eine zum zeitlich zumutbaren Arbeitspensum tretende qualitative oder quantitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit darstellt, wodurch in erster Linie das Spektrum der erwerblichen Tätigkeiten (weiter) eingegrenzt wird, welche unter Berücksichtigung der Fähigkeiten, Ausbildung und Berufserfahrung der versicherten Person realistischerweise noch in Frage kommen. Davon zu unterscheiden ist die Gegenstand des Abzugs vom Tabellenlohn bildende Frage, ob mit Bezug auf eine konkret in Betracht fallende Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage verglichen mit einem gesunden Mitbewerber nur bei Inkaufnahme einer Lohneinbusse reale Chancen für eine Anstellung bestehen (Urteil des Bundesgerichts 8C_297/2018 vom 6. Juli 2018 E. 3.5). Ist von einem genügend breiten Spektrum an zumutbaren Verweisungstätigkeiten auszugehen, können unter dem Titel leidensbedingter Abzug grundsätzlich nur Umstände berücksichtigt werden, die auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 16 ATSG) als ausserordentlich zu bezeichnen sind (Urteil des Bundesgerichts 8C_725/2020 vom 22. Dezember 2020 E. 4.4.1 mit Hinweis).

Bei Versicherten, die aus gesundheitlichen Gründen nur noch teilweise erwerbstätig sein können, ist unter dem Titel «Beschäftigungsgrad» ein Abzug vom Tabellenlohn vorzunehmen, wenn Teilzeitarbeit nach der im konkreten Fall anwendbaren Tabelle vergleichsweise weniger gut entlohnt wird als eine Vollzeittätigkeit

(Urteil des Bundesgerichts 9C_421/2017 vom 19. September 2017 E. 2.1.1 mit Hinweisen). Nach der neueren Praxis des Bundesgerichts ist ein Abzug bei Männern wegen Teilzeitbeschäftigung nicht mehr automatisch vorzunehmen. Ob sich eine entsprechende Reduktion rechtfertigt, ist stets mit Blick auf den konkreten Beschäftigungsgrad und die jeweils aktuellen Werte zu beurteilen (Urteil des Bundesgerichts 8C_561/2018 vom 4. März 2019 E. 4.3.1).

Rechtsprechungsgemäss ist zur Beantwortung der Frage, ob ein Abzug infolge Teilzeitarbeit zu gewähren ist, die LSE-Tabelle T18 heranzuziehen (vgl. statt vieler: Urteil 8C_712/2019 vom 12. Februar 2020 E. 5.2.2 mit Hinweisen). Gemäss der LSE-Tabelle T18 für das Jahr 2018 verdienten zwar statistisch Männer ohne Kaderfunktion mit einem Beschäftigungsgrad von 50-74

% gut 4 % weniger als solche mit einem Beschäftigungsgrad von 90 % und mehr. Dies stellt aber recht sprechungsgemäss keine überproportionale Lohneinbusse dar (Urteil des Bundesgerichts 9C_223/2020 vom 25. Mai 2020 E. 4.3.2).

Demzufolge erweist sich vorliegend ein leidensbedingter Abzug einzig aufgrund der Teilzeitarbeit als nicht angebracht.

Hingegen ist angesichts des doch sehr eingeschränkten Arbeitsplatzprofils (Einzelarbeitsplatz, zugewandter Vorgesetzter, der den Beschwerdeführer individuell betreuen und mit sanftem Druck motivieren sollte, reizarme, ruhige und nicht grell ausgeleuchtete Arbeitsplatzatmosphäre; vgl. vorstehend E. 4.13) mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer seine verbleibende Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten kann. Es rechtfertigt sich deshalb, in das Ermessen der Beschwerdegegnerin einzugreifen und den genannten Umständen mit einem Abzug von 15 % Rechnung zu tragen.

Dementsprechend beträgt das hypothetische Invalideneinkommen Fr. 28'830.30 (Fr. 33'918.-- x 0.85). 6.

E. 1.4

Der Rentenanspruch entsteht gemäss Art. 29 IVG frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Artikel 29 Abs. 1 ATSG, jedoch frühestens im Monat, der auf die Vollendung des 18. Altersjahres folgt (Abs. 1). Der Anspruch entsteht nicht, solange die versicherte Person ein Taggeld nach Art. 22 IVG beanspruchen kann (Abs. 2). Die Rente wird vom Beginn des Monats an ausbezahlt, in dem der Rentenanspruch entsteht (Abs. 3). Beträgt der Invaliditätsgrad weniger als 50 %, so werden die entsprechenden Renten nur an Versicherte ausbezahlt, die ihren Wohnsitz und ihren gewöhnlichen Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz haben. Diese Voraussetzung ist auch von Angehörigen zu erfüllen, für die eine Leistung beansprucht wird (Abs. 4).

E. 1.5

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt eine psychiatrische, lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte Diagnose voraus (vgl. BGE 145 V 215 E. 5.1, 143 V 409 E. 4.5.2, 141 V 281 E. 2.1, 130 V 396 E. 5.3 und E. 6). Eine fachärztlich einwandfrei festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne Weiteres gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidität. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Entscheidend ist die nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu beurteilende Frage, ob es der versicherten Person zumutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (BGE 145 V 215 E. 5.3.2, 143 V 409 E. 4.2.1, 141 V 281 E. 3.7, 139 V 547 E. 5.2, 127 V 294 E. 4c; vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 1.6

Mit BGE 143 V 418 entschied das Bundesgericht, dass grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen sind (E. 6 und 7, Änderung der Rechtsprechung; vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.2 speziell mit Bezug auf leichte bis mittelschwere Depressionen).

Das strukturierte Beweisverfahren definiert systematisierte Indikatoren, die es – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und von Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits –

erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 2, E. 3.4-3.6 und 4.1; vgl. statt vieler: Urteil des Bundesgerichts 9C_590/2017 vom 15.

Februar 2018 E. 5.1). Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es an diesem Nachweis, hat die materiell beweisbelastete versicherte Person die Folgen der Beweislosigkeit zu tragen (BGE 141 V 281 E. 6; vgl. BGE 144 V 50 E. 4.3).

Diese Rechtsprechung ist auf alle im Zeitpunkt der Praxisänderung noch nicht erledigten Fälle anzuwenden (Urteil des Bundesgerichts 9C_580/2017 vom 16. Januar 2018 E. 3.1 mit Hinweisen).

E. 1.7

Zur Annahme einer Invalidität aus psychischen Gründen bedarf es in jedem Fall eines medizinischen Substrats, das (fach-)ärztlicherseits schlüssig festgestellt wird und nachgewiesenermassen die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt. Bestimmen psychosoziale oder soziokulturelle Faktoren das Krankheitsgeschehen mit, dürfen die Beeinträchtigungen nicht einzig von den belastenden invaliditätsfremden Faktoren herrühren, sondern das Beschwerdebild hat davon psychiatrisch zu unterscheidende Befunde zu umfassen. Solche von der soziokulturellen oder psychosozialen Belastungssituation zu unterscheidende und in diesem Sinne selbstständige psychische Störungen mit Auswirkungen auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit sind unabdingbar, damit überhaupt von Invalidität gesprochen werden kann (BGE 141 V 281 E. 4.3.3; 127 V 294 E. 5a; Urteil des Bundesgerichts 9C_543/2018 vom 21. November 2018 E. 2.2).

Somit sind psychosoziale und soziokulturelle Faktoren nur mittelbar invaliditätsbegründend, wenn und soweit sie den Wirkungsgrad der unabhängig von den invaliditätsfremden Elementen bestehenden Folgen des Gesundheitsschadens beeinflussen. Zeitigen soziale Belastungen direkt negative funktionelle Folgen, bleiben sie bei der Beurteilung der Gesundheitsbeeinträchtigung ausgeklammert (Urteil des Bundesgerichts 8C_717/2018 vom 22. März 2019 E. 3). In einer versicherungsmedizinischen Begutachtung, welche sich nach den normativen Vorgaben der Rechtsprechung orientiert, ist es daher nicht nur zulässig, sondern sogar geboten, solche invalidenversicherungsrechtlich nicht relevanten Umstände aufzuzeigen und gegebenenfalls bei der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit auszuklammern (Urteil des Bundesgerichts 9C_740/2018 vom 7. Mai 2019 E. 5.2.1).

E. 1.8

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a mit Hinweis).

E. 2

E. 3.1 und 8C_804/2021 vom 1. Juni 2022 E. 2.2).

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin stellte sich in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) auf den Standpunkt, dass der Beschwerdeführer aufgrund gesundheitlicher Einschränkungen seit Ende 2017 in der angestammten Tätigkeit als Monteur nur noch zu 25-30 % arbeitsfähig sei. Eine angepasste Tätigkeit sei ihm jedoch seit Ende 2017 in einem Pensum von 60 % zumutbar. Dabei könne eine optimierte Behandlung innerhalb eines Jahres zu einem weiteren Anstieg der Arbeitsfähigkeit von 10-20 % führen, weshalb eine Arbeitsfähigkeit von 80 % in einer angepassten Tätigkeit möglich sei. Nach Durchführung eines Einkommensvergleichs resultiere ein nicht rentenbegründender Invaliditätsgrad von 10 %,

weshalb der Beschwerdeführer keinen Anspruch auf eine Rente habe (S. 1 ff.).

E. 2.2

Der Beschwerdeführer machte demgegenüber beschwerdeweise (Urk. 1) geltend, das rechtliche Gehör sei verletzt worden, indem sich die Beschwerdegegnerin nicht rechtsgenügend mit seinen Vorbringen im Vorbescheidverfahren auseinandergesetzt habe (S. 8 Rz 18 f.). Zudem sei das psychiatrische Gutachten nicht verwertbar. So bestünden gestützt auf die medizinischen Akten erhebliche Zweifel an der durch den psychiatrischen Gutachter gestellten Diagnose einer Angst- und depressiven Störung gemischt und am Fehlen der bis anhin als gesichert geltenen Diagnose einer schweren depressiven Störung (S. 9 ff. Rz 20 ff.).

Ferner könne die Restarbeitsfähigkeit angesichts des durch den psychiatrischen Gutachter umschriebenen Arbeitsprofils auf dem ersten Arbeitsmarkt nicht verwertet werden (S. 14 ff. Rz 36 ff.). Schliesslich sei die Invaliditätsbemessung nicht korrekt erfolgt. Sollte dennoch auf das psychiatrische Gutachten abgestellt werden, sei von einer Arbeitsfähigkeit von 38 % in angepasster Tätigkeit auszugehen abzüglich eines Abzugs vom Tabellenlohn von 10-15 % für männliche Teilzeit arbeitende. Dabei resultierte ein Invaliditätsgrad von über 60 % (S. 16 ff. Rz 41 ff.).

E. 2.3

Die Beschwerdegegnerin beantragte in ihrer Beschwerdeantwort (Urk. 6) die teilweise Gutheissung der Beschwerde im Sinne einer Zusprache einer Viertelsrente ab 1. Oktober 2018. Gestützt auf das psychiatrische Gutachten sei dem Beschwerdeführer in angepasster Tätigkeit im ersten Arbeitsmarkt ein Pensum von 50-60 % zumutbar, weshalb vom Mittelwert, mithin von 55 % auszugehen sei. Nach Durchführung eines Einkommensvergleichs resultiere ein Invaliditätsgrad von 43 % (S. 1 ff.).

E. 2.4

Der Beschwerdeführer hielt in seiner Replik (Urk. 10) an seinen Rechtsbegehren fest.

E. 2.5

Strittig und zu prüfen ist der Rentenanspruch des Beschwerdeführers.

E. 3.1

Der Beschwerdeführer machte in formeller Hinsicht geltend, die Beschwerdegegnerin sei in der angefochtenen Verfügung vom 23. August 2021 (Urk. 2) nicht rechtsgenügend auf seine Einwendungen im Vorbescheidverfahren (vgl. Urk. 7/92)

eingegangen, sondern habe lediglich die Begründung der RAD-Ärztin wiederholt, wonach den eingereichten Akten keine zusätzlichen medizinischen Tatsachen entnommen werden könnten. Diese sehr kurze Begründung vermöge dem Anspruch auf Auseinandersetzung mit seinen Vorbringen schon deshalb nicht zu genügen, weil in den erhobenen Einwänden nebst neuen medizinischen Berichten diverse rechtliche Vorbringen ausgeführt worden seien (Urk. 1 S. 8 Rz 19).

E. 3.2

Verfügungen der Versicherungsträger müssen, wenn sie den Begehren der Parteien nicht voll entsprechen, eine Begründung enthalten (Art. 49 Abs. 3 Satz 2 ATSG), das heisst eine Darstellung des vom Versicherungsträger als relevant erachteten Sachverhaltes und der

rechtlichen Erwägungen. Gemäss Art. 52 Abs. 2 Satz 2 ATSG werden Einspracheentscheide begründet. Die aus dem Anspruch auf rechtliches Gehör nach Art. 29 Abs. 2 der Bundesverfassung (BV) fliessende Begründungspflicht gebietet nicht, dass sich das kantonale Gericht beziehungsweise der Versicherungsträger mit allen Parteistandpunkten einlässlich auseinandersetzt und jedes einzelne Vorbringen ausdrücklich widerlegt. Vielmehr kann sich die Behörde auf die für den Entscheid wesentlichen Punkte beschränken. Die Begründung muss so abgefasst sein, dass sich die betroffene Person über die Tragweite des Entscheids Rechenschaft geben und ihn in voller Kenntnis der Sache an die höhere Instanz weiterziehen kann. In diesem Sinne müssen wenigstens kurz die Überlegungen genannt werden, von denen sich das Gericht respektive der Versicherungsträger hat leiten lassen und auf die sich sein Entscheid stützt (BGE 142 II 49 E. 9.2, 136 I 229 E. 5.2, je mit Hinweisen).

E. 3.3

Nach der Rechtsprechung kann eine nicht besonders schwerwiegende Verletzung des rechtlichen Gehörs ausnahmsweise als geheilt gelten, wenn die betroffene Person die Möglichkeit erhält, sich vor einer Beschwerdeinstanz zu äussern, die sowohl den Sachverhalt wie die Rechtslage frei überprüfen kann. Unter dieser Voraussetzung ist darüber hinaus – im Sinne einer Heilung des Mangels – selbst bei einer schwerwiegenden Verletzung des Gehörs von einer Rückweisung der Sache an die Verwaltung abzusehen, wenn und soweit die Rückweisung zu einem formalistischen Leerlauf und damit zu unnötigen Verzögerungen führen würde, die mit dem (der Anhörung gleichgestellten) Interesse der betroffenen Partei an einer beförderlichen Beurteilung der Sache nicht zu vereinbaren wären (BGE 142 II 218 E. 2.8.1, 137 I 195 E. 2.3.2, je mit Hinweisen).

E. 3.4

Es trifft zu, dass sich die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) mit den Vorbringen des Beschwerdeführers nicht näher auseinandergesetzt und lediglich festgehalten hat, dass den zusätzlich eingereichten Arztberichten keine neuen, unberücksichtigten medizinischen Tatsachen entnommen werden könnten (S. 2 unten). Es kann vorliegend aber offenbleiben, ob die Beschwerdegegnerin damit die aus dem Anspruch auf rechtliches Gehör fliessende Begründungspflicht verletzt hat. Denn selbst wenn dies zuträfe, handelte es sich nicht um eine schwerwiegende Verletzung des Gehörsanspruchs, weil dem Beschwerdeführer dadurch die sachgerechte Anfechtung des Verwaltungsaktes nicht verunmöglicht wurde. Von einer Rückweisung der Sache an die IV-Stelle ist im Sinne einer Heilung des allfälligen Mangels unter diesen Umständen abzusehen, da der Beschwerdeführer sich vor dem hiesigen Gericht, dem die volle Kognition zukommt, äussern kann, und eine Rückweisung zu einem formalistischen Leerlauf und damit zu unnötigen Verzögerungen führen würde (vgl. vorstehend E. 3.3).

E. 4

.8

Dem Austrittsbericht des Sanatoriums

E. ___ vom 1. April 2019 (Urk. 7/25/12) ist zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer vom 1. Februar bis zum 21. März 2019 in der Klinik stationär-psychiatrisch behandelt wurde. Als Hauptdiagnose wurde eine schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F32.2) und als Nebendiagnose eine Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.0)

genannt (S. 1 Mitte). Die Ärzte führten aus, dass sie von einem schwer ängstlich depressiven Zustand aus gegangen seien, das den Beschwerdeführer blockiert habe. Es habe sich keine Erklärung für die geklagten somatischen Beschwerden gezeigt, die Befunde seien im Rahmen der vorbeschriebenen Somatisierungsstörung zu interpretieren. Der Beschwerdeführer habe nur wenig am Therapieprogramm teilgenommen, habe nur zu einzelnen Therapien mit viel Hilfe und Struktur motiviert werden können. Am 14. Februar 2019 sei die erste EKT durchgeführt worden, wobei der Beschwerdeführer initial gut auf die Therapie anzusprechen schien und sein Aktivitätsniveau

zugewonnen habe. Alternativ könnte auch Temesta zur Zustandsbesserung geführt haben. Am 11. März 2019

habe der Beschwerdeführer Zweifel am Sinn der EKT geäußert und habe sie für die Zunahme seiner somatischen Beschwerden verantwortlich gemacht, weshalb er diese Therapie nicht weiterführen wolle. Die EKT sei wiederholt angeboten und dringend empfohlen worden (S. 1 unten f.).

E. 9

Dr. B.____ nannte in ihrem Verlaufsbericht vom 7. Juni 2019 (Urk. 7/26) neben einer schweren depressiven Episode mit psychotischen Symptomen (ICD-10 F32.2) neu eine undifferenzierte Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.0) als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 1.2). Der Zustand des Beschwerdeführers habe sich nach dem letzten Aufenthalt im Sanatorium E.____ nicht viel gebessert. Die Erkrankung laufe Richtung Chronifizierung. Auch eine angepasste Tätigkeit könne er nicht ausüben (Ziff.

2.1). Die Prognose sei sowohl in Bezug auf die Behandlung als auch auf die Arbeitsfähigkeit sehr schlecht (Ziff. 3.3).

4.10

Dem Austrittsbericht des Sanatoriums E.____ vom 29. Juli 2019 (Urk. 7/28) kann entnommen werden, dass der Beschwerdeführer

vom 19. Juni bis zum 17. Juli 2019 erneut in der Klinik stationär behandelt wurde, bei gleich gebliebenen Diagnosen (S. 1 Mitte; vgl. vorstehend E. 4.8).

Wie beim letzten Eintritt habe sich der Beschwerdeführer in einem schwer ängstlich depressiven Zustand gezeigt. Es habe sich keine objektive Erklärung für die beklagten somatischen Beschwerden gefunden, die Befunde seien im Rahmen der Somatisierungsstörung zu interpretieren. Es seien drei EKT-Sitzungen durchgeführt worden. Am multimodalen Therapieprogramm habe der Beschwerdeführer initial teilgenommen, jedoch sei die Therapieteilnahme kontinuierlich gesunken. Anfänglich habe er auf die Behandlungen leicht angesprochen, dieser Effekt sei jedoch im weiteren Verlauf weitgehend verschwunden. Es sei geplant, die EKT ambulant weiterzuführen (S. 1 unten f.). 4.11

Dr. phil. F.____, Fachpsychologin für Neuropsychologie FSP, erstattete das von der Beschwerdegegnerin in Auftrag gegebene neuropsychologische Gutachten am 5. März 2020 (Urk. 7/51). Sie legte dar, dass sich der Beschwerdeführer anlässlich der neuropsychologischen Untersuchung verschlossen, abwartend, im Affekt deutlich gedrückt und kaum schwingungsfähig präsentiert habe. Die Überprüfung der kognitiven Teilleistungen habe teils weit unterdurchschnittliche Leistungen gezeigt. Die aktuellen

kognitiven Leistungseinbußen entsprächen einer mittelgradigen neuropsychologischen Störung. Eine ätiologische Zuordnung sei nicht abschliessend möglich. Am ehesten sei an ein multifaktorielles Geschehen zu denken. Als Hauptursache dürfte eine psychopathologische Störung vorliegen. Die im Rahmen der aktuellen Begutachtung vorgesehene psychiatrische Begutachtung durch Prof. Dr. G.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, habe aufgrund des schlechten psychischen Zustandes nicht durchgeführt werden können (vgl. nachstehend E. 4.12). Bei mehrheitlich unauffälligen Resultaten der breiten Performanzvalidierung sei eine Aggravation/Simulation von kognitiven Beschwerden nicht wahrscheinlich. Bei einem auffälligen Parameter der Performanzvalidierung und gewissen Inkonsistenzen – er habe anspruchsvollere attentionale Aufgaben schneller lösen können als weniger anspruchsvolle – könne jedoch eine punktuell verminderte Anstrengungsbereitschaft nicht vollständig ausgeschlossen werden. Naheliegend sei zudem, dass unerwünschte Medikamentennebenwirkungen einen negativen Effekt auf die kognitiven Fähigkeiten ausgeübt hätten (S. 11 ff. Ziff. 5; vgl. S. 11 Ziff. 4.4).

Im Zusammenhang mit einer mittelgradigen kognitiven Störung sei die Funktionsfähigkeit im Alltag und unter den meisten beruflichen Anforderungen deutlich eingeschränkt. Zumeist seien nur noch einfachere Arbeiten ausführbar. In Berufen mit hohen kognitiven Anforderungen sei die Funktionsfähigkeit stark eingeschränkt, solche Tätigkeiten entsprächen aber nicht dem Bildungsniveau des Beschwerdeführers. In der angestammten Tätigkeit

als Mitarbeiter Montage oder einer vergleichbaren, eher einfachen Tätigkeit sei aus neuropsychologischer Sicht von einer Arbeitsunfähigkeit von 50 % auszugehen (S. 13 Ziff. 5). 4.12

Prof. G.____ erstatte das von der Beschwerdegegnerin in Auftrag gegebene psychiatrische Gutachten am 27. März 2020 (Urk. 7/52/1-20) und lege dar, dass der Beschwerdeführer während der Untersuchung ängstlich blockiert gewesen sei sowie

im kaum verstehbarem heiserem Flüsterton und bruchstückhaft gesprochen habe. Es sei unklar, ob er die einzelnen Fragen verstanden habe. Auch gegenüber der Dolmetscherin sei kein vertrautes Verhältnis und kein normaler Redefluss in der Muttersprache entstanden (S. 14 Ziff. 3.3). Der Beschwerdeführer mache insgesamt den Eindruck einer völlig unselbständigen, verängstigten, schwer kranken, möglicherweise auch zusätzlich aggravierenden Person. Auch die Frage einer Symptomverdeutlichung könne mangels Kommunikation nicht entschieden werden. Genauso wenig könne psychopathologisch entschieden werden, ob eine psychotische Symptomatik vorliege oder ob das klinische Bild allein durch ein schwer ausgeprägtes ängstlich-depressives Syndrom zu erklären sei (S. 14 Ziff. 3.5).

Wenn auch die eigene gutachterliche Untersuchung nur kurz durchgeführt werden können und die vom Beschwerdeführer erhaltenen Informationen nur bruchstückhaft gewesen seien, könne doch überwiegend wahrscheinlich die Richtigkeit der in den Akten gestellten Diagnosen einer schweren depressiven Erkrankung und Somatisierungsstörung angenommen werden. Eine fundierte gutachterliche Diagnose könne aber nur im stationären Rahmen erfolgen (S. 15 f. Ziff. 5). Der bisherige Verlauf zeige, dass keine ausreichende Motivation zu einer Durchführung einer Therapie vorliege. Gleichzeitig sei die depressive Symptomatik seit mindestens anfangs 2018 vorhanden und

zwischenzeitlich chronifiziert (S. 17 f. Ziff. 7.2). Zur Arbeitsfähigkeit könne aus der nur bruchstückhaft durchführbaren Untersuchung nicht abschliessend Stellung genommen werden. Zur genaueren Beurteilung der Arbeitsfähigkeit, der psychiatrischen Diagnostik und der möglichen Therapiemassnahmen werde eine stationäre gutachterliche Beurteilung empfohlen. Allenfalls könnten auch Observationen einer weiterführenden Beurteilung dienen (S. 19 Ziff. 8.1). 4 .13

Dr. med. H.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, psychiatrisches Zentrum I.____, erstattete das von der Beschwerdeführerin in Auftrag gegebene psychiatrische Gutachten am 22. Januar 2021 (Urk. 7/73), wobei der Beschwerdeführer vom 19. bis 23. Oktober 2020 stationär untersucht wurde (S. 1 unten). Der psychiatrische Gutachter nannte folgende Diagnosen (S. 33 Ziff. 6): - Angststörung und depressive Störung gemischt (ICD-10 F41.2) - Verdacht auf anamnestiche Anpassungsstörung mit Angst und depressiver Reaktion gemischt (ICD-10 F43.22) - anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F44.5) mit abnormem Krankheitsverhalten - somatoforme autonome Funktionsstörung (oberer und unterer Gastrointestinaltrakt; ICD-10 F45.3) - akzentuierte Persönlichkeit mit dependenten und sensitiv-paranoischen Zügen (ICD-10 Z73.1) - Benzodiazepinabhängigkeit (lowdose, ärztlich kontrolliert; ICD-10 F13.22)

Der Beschwerdeführer habe sich anlässlich der Untersuchung etwas depressiv herabgestimmt mit ängstlichem Einschlag gezeigt, ein Zustand der – mit unterschiedlicher Intensität – nun offenbar schon bald drei Jahre andauere, wobei eine klare episodische Zeitstruktur nicht wirklich zu erkennen sei. Auch sei aktuell sicher kein psychotischer Zustand und kein psychotisches Symptom fassbar. Bezeichnend sei, dass die ersten Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers bereits 2017 erfolgt seien, wobei noch keine depressive Leit symptomatik angegeben worden sei. Vielmehr habe es sich damals um funktionelle Bauchbeschwerden sowie um Rückenschmerzen gehandelt. Mittlerweile seien weitere Schmerzbeschwerden ohne organische Grundlage dazugekommen,

insbesondere im Bereich der Extremitäten, was am Ehesten als «Symptomausweitung» zu interpretieren wäre. Von daher sei sicher auch die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung berechtigt. Mit Blick auf die chronischen Abdominalbeschwerden könnte zusätzlich noch die Diagnose einer somatoformen, autonomen Funktionsstörung gestellt werden. Was die Grundpersönlichkeit angehe, so zeige diese heute eine massive Auffälligkeit, was aber nicht für die gesamte Lebensspanne gelte, scheine er doch durchaus Phasen des relativ normalen Funktionierens gehabt zu haben, so dass eine akzentuierte Persönlichkeit vorliege (S. 33 f. Ziff. 6). Zudem würden etliche Inkonsistenzen auf eine fehlende Authentizität des Störungsbildes hinweisen, womit der Verdacht auf ein sogenanntes abnormes Krankheitsverhalten genährt werde. Ein solches werde typischerweise von einer Reihe von Phänomenen der dysfunktionalen Beschwerdebewältigung begleitet, was beim Beschwerdeführer zutrefte (S. 35 f. Ziff. 6). Beim Beschwerdeführer stünden sicher nicht nur psychopathologisch bedingte Beeinträchtigungen einer Arbeitsrehabilitation im Wege, sondern das abnormale Krankheitsverhalten mit dysfunktionaler Gestaltung der Patientenrolle und invaliditätsfremde Elemente seien ebenfalls zu berücksichtigen, was auch bei der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit im Auge zu behalten sei (S. 39 Ziff. 6).

Das Verhalten des Beschwerdeführers zeige diverse Anzeichen des abnormen Krankheitsverhaltens und werde durch seine akzentuierte Persönlichkeit vorgeprägt. So

zeige er in Krisensituationen eine reaktive, paranoide Umweltprojektion, zum anderen würden massive Versorgungswünsche bestehen. Seine dekompen sierte Persönlichkeitsstruktur führe somit zu einer starken Malkooperation im Reha bilitationsprozess. Neben Testosteron und Vitamin D-Substitution sollte eine antidepressive Behandlung optimiert werden, zudem sollte ein aufbauendes Arbeitstraining angesetzt werden. Der Arbeitsversuch während des Aufenthalt es habe eine starke Selbstlimitierungstendenz gezeigt, so dass weitere aufbauende Arbeitseinsätze medizinisch durchaus zumutbar wären (S. 40 f. Ziff. 7.2).

Eine r eine Simulation sei unwahrscheinlich, doch der

Beschwerdeführer mache zumindest den Anschein, in allen Lebensbereiche n in ein Schonverhalten verfal len zu sein. Eine Inkonsistenz ergebe sich aber dort, wo er trotz angeblich hohem Leidensdruck wenig oder keine Mot ivation für Therapien zeige. In diesem Sinne müsse festgestellt werden, dass die g eklagte n Symptome und Funktionseinbußen durch die Untersuchungsbefunde höchstens teilweise plausibilisiert werden könn t en. Die p enetrant geklagte n Schmerzen erschienen insoweit zweifelhaft, als sie oft mit dem

Wunsch nach Temesta einhergegangen seien. Nicht plausibel seien auch die überaus schwachen Leistungen in Tests und im Arbeitsversuch gewesen, die durch objektive Funktionsausfälle nicht hätten erklärt werden können. Die den Beschwerdeführer bisher behandelnden Psychiater seien übereinstimmend zur Diagnose einer schweren depressiven Episode – mal mit und mal ohne psy chotische Symptome – gekommen, wobei schon früh auch somatoforme Störun gen in Betracht gezogen worden seien. Diese seien offenbar schon vor den Ver stimmungphasen ein Thema gewesen und würden auch heute unvermindert andauern und den eigentlichsten Grund der Arbeitsunfähigkeit des Beschwerde führers bilden. Von daher könne heute sicher nicht von einer depressiven Episode gesprochen werden, zumal eine episodische Zeitstruktur in seinem Fall im Grunde nirgends zu erkennen sei und die Klinikaufenthalte angesichts solch schwerer diagnostizierter Störungen von eher kurzer Dauer gewesen seien. Somit erscheine heute die Diagnose einer Angststörung mit depressiver Störung gemischt bei akzentuierter Grundpersönlichkeit adäquater, wobei allfällige frühere tiefere Depressionszustände so dann eher als Anpassungsstörung mit reaktiver Depression unter psychosozialer Belastung imponiert hätten (S. 41 f. Ziff. 7.3).

Auch wenn der

Beschwerdeführer heute ein Bild von extremer Schwäche und Hilflosigkeit biete, könnten aufgrund seiner Vorgeschichte doch etliche Ressour cen und ordentliche Lebensbewahrung geltend gemacht werden. Es falle sehr schwer, den raschen und kompletten Niedergang des Funktionsniveaus durch eine echte Psychopatholog ie zu erklären. Die invaliditätsfremden Eingliederungs erschwernisse und das abnorme Krankheitsverhalten schienen für sein vollständiges Versagen im Arbeitsbereich mindestens so determinierend zu sein wie die genuine Psychopathologie, die alles in allem keinen sehr hohen Schweregrad auf weise, was mit einem gewissen Mangel an Authentizität in seinem Beschwerde bild einhergehe (S. 42 f. Ziff. 7.4).

Die bisherige Tätigkeit des Beschwerdeführers als Monteur könne für einen all fälligen Wiedereinstieg nicht empfohlen werden. Rein theoretisch würde die Arbeitsfähigkeit für eine solche Tätigkeit zirka 25-35 % betragen

(S. 43 f. Ziff. 8) . Bei einer optimal angepassten Tätigkeit müsste es sich angesichts der Menschen scheu und kommunikativen Unfähigkeit des Beschwerdeführers um einen Einzelarbeitsplatz handeln, wobei er von einem zugewandten Vorgesetzten individuell betreut und vor allen Dingen mit sanftem Druck motiviert werden müsste. Angesichts seiner «Schmerzpersönlichkeit» dürfte eine körperliche Tätigkeit nicht mit allzu grosser Kraftentfaltung verbunden sein, wobei die feinmotorische Koordination eher wenig Einschränkungen zeige. Die Arbeitsatmosphäre müsste reizarm sein, das heisst ruhig und nicht grell ausgeleuchtet, wobei extreme Temperaturen und Staubbelastungen etc. vermieden werden sollten. Ausserdem müsste die Umgebung tolerant gegenüber zeitweiligen expressiven Beschwerdeäusserungen sein. Eine solche Tätigkeit wäre dem Beschwerdeführers mindestens vier Stunden pro Tag zumutbar. Nach Beseitigung der Dekonditionierung wäre eine Erhöhung denkbar, realistisch würden maximal fünf bis sechs Stunden pro Tag erscheinen . Aufgrund der starken

Dekonditionierung müsste initial mit einer Leistungseinschränkung von zirka 20 % gerechnet werden , die nach einiger Angewöhnung und Routinisierung auf zirka 10 % reduziert werden könnte . So mit wäre insgesamt eine angepasste Tätigkeit in einem Pensum von zirka 50-60 % zumutbar (S. 44 f. Ziff. 8) . Mittels optimierter Behandlung, namentlich adäquater Psychopharmaka sowie Vitamin- und Hormonsubstitution, wäre allenfalls längerfristig eine Steigerung auf über 60 % denkbar. Die Arbeitsfähigkeit liesse sich mit diesen medizinischen Massnahmen etwa innerhalb eines halben Jahres um zirka 10- 20 % steigern (S. 45 f. Ziff. 8). Hinsichtlich des zeitlichen Verlaufs der Entwicklung der Arbeitsfähigkeit in angestammter sowie angepasster Tätigkeit könne seit Ende 2017 von einem weitgehend horizontalen Verlauf ausgegangen werden, wobei während den Hospitalisationen und der teilstationären Behandlung vorübergehend keine Arbeitsfähigkeit bestanden habe (S. 44 ff. Ziff. 8). 4 .14

Dem Abschlussbericht der A.____ vom 28. Januar 2021 (Urk. 7/91 = Urk. 3/4) lässt sich entnehmen, dass der Beschwerdeführer vom 21. August bis 27. November 2020 ambulant in der Tagesklinik behandelt wurde. Der Beschwerdeführer leide an einer schweren depressiven Episode mit passagerer psychischer Symptomatik (ICD-10 F32.3) und an einer Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.2; S. 1). Der Beschwerdeführer sei bei weitgehend unverändertem psychischem Zustandsbild entlassen worden . Es habe leichte Verbesserungen des Funktionsniveaus gezeigt , im Kontakt habe er minim zugänglicher gewirkt . In der Gesamtschau zeige sich ein schwer chronifiziertes depressives Zustandsbild vor dem Hintergrund wahr scheinlicher struktureller Defizite in Form von sozialer Ängstlichkeit und Selbstwertverminderung. Krankheitsaufrechterhaltung wirke weiter eine unzureichende Compliance, die mit multiplen Ängsten zusammen hänge . Es werde die Weiterführung der ambulanten Psychotherapie sowie der Aufbau einer stabilen Tagesstruktur ausser Haus empfohlen (S. 3 unten). 4 .15

Dr. med. J.____ , Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD), führte in ihrer Stellungnahme vom 2. Februar 2021 (Urk. 7/82/8-10) aus, dass das psychiatrische Gutachten von Dr. H.____ (vgl. vorstehend E. 4.13) umfassend und nachvollziehbar sei , weshalb darauf abgestellt werden könne . Es sei von einem dauerhaften Gesundheitsschaden auszugehen. 4 .16

Dr. B.____

nahm am 9. Mai 2021 zum psychiatrischen Gutachten von Dr. H.____ (vgl. vorstehend E. 4 .13) Stellung (Urk. 7/90 = Urk. 3/5) und führte aus, dass der Beschwerdeführer seit Februar 20 18 an einer schweren depressiven Störung mit wiederkehrenden psychotischen Symptomen leide .

Die vom Gutachter gestellte Diagnose einer Angststörung und depressive Störung gemischt (ICD-10 F41.2) fällt in die Gruppe der

Anpassungsstörungen und sei fehl am Platz . Eine solche Diagnose könne gemäss Diagnosekriterien längstens zwei Jahre gestellt werden (S. 1 Ziff. 1, S. 4 Ziff. 8). Auch mit der Diagnose einer Persönlichkeitsakzentuierung sei sie nicht einverstanden. Der

Beschwerdeführer sei im Rahmen seiner Depression in eine Abhängigkeit hineingeraten. Der Niedergang des Funktionsniveaus sei durchaus mit einer Psychopathologie erklärbar (S. 4 Ziff. 8). Die Medikamentenspiegel seien immer noch hoch, doch sobald die Dosis von Antidepressiva reduziert werde , verschlechterte sich der Zustand des Beschwerdeführers (S. 2 Ziff. 3) . Der Beschwerdeführer erhalte Vitamin D Tropfen, doch es habe

keine positive Wirkung auf den psychischen Zustand festgestellt werden können . Eine Testosteronbehandlung habe der Urologe abgelehnt (S. 2 Ziff. 4) .

In der Gesamtschau zeige sich beim Beschwerdeführer ein schwer chronifiziertes depressives Zustandsbild. Er sei weit davon entfernt, eine Arbeit im ersten Arbeitsmarkt aufzunehmen (S. 2 Ziff. 5). Die bisherigen stationären, teilstationären und ambulanten psychotherapeutischen sowie psychopharmakologischen Behandlungen hätten zu keiner Remission der depressiven Symptomatik geführt. Die depressive Symptomatik habe sich infolge der erheblichen Folgekomplikationen chronifiziert (S. 3 Ziff. 6). Der Beschwerdeführer sei sowohl für die angestammte als auch für eine angepasste Tätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig (S. 5 Ziff. 8). 4 .17

In ihrer Stellungnahme vom 12. Juni 2021 (Urk. 7/98/3- 4) lege die RAD-Ärztin Dr. J.____ dar, dass im Gutachten von Dr. H.____ (vgl. vorstehend E. 4 .13) die Diagnose einer Angststörung und depressive Störung gemischt (ICD-10 F41.2) gestellt worden sei, die im Kapitel F41.- Andere Angststörungen des ICD-10 aufgeführt werde und nicht unter den Anpassungsstörungen F43.2. Für ICD-10 F41.2 bestehe keine zeitliche Limitierung. Eine Anpassungsstörung mit Angst und depressiver Reaktion (ICD-10 F43.22) sei im Gutachten zusätzlich und als Verdachtsdiagnose aufgrund der anamnestischen Angaben aufgeführt worden. RAD-Ärztin Dr. J.____ kam zum Schluss, dass keine neuen, unberücksichtigten medizinischen Tatsachen vorliegen würden, weshalb an ihrer Stellungnahme vom 2. Februar 2021 (vgl. vorstehend E. 4 .15) festgehalten werden könne. 5 . 5 .1

Der psychiatrische Gutachter Dr. H.____ ist Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, sodass er grundsätzlich zur Beurteilung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers befähigt ist. Das psychiatrische Gutachten vom Januar 2021 (vorstehend E. 4 .13) , das im Rahmen einer stationären Abklärung erstellt wurde, nachdem sich eine Abklärung auf ambulanter Basis nicht realisieren liess, erscheint denn auch für die streitigen Belange umfassend und berücksichtigt die geklagten Beschwerden des Beschwerdeführers. Zudem wurde es in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) erstellt und leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation ein ,

und die Schlussfolgerungen wurden nachvollziehbar begründet. Damit erfüllt das psychiatrische Gutachten die praxisgemässen Kriterien an ein beweiskräftiges Gutachten (vgl. vorstehend E. 1.8), weshalb zur Beurteilung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers grundsätzlich darauf abzustellen ist. 5.2

Der psychiatrische Gutachter Dr. H.____ diagnostizierte in seinem Gutachten eine Angststörung und depressive Störung gemischt (ICD-10 F41.2), einen Verdacht auf eine anamnestiche Anpassungsstörung mit Angst und depressiver Reaktion gemischt (ICD-10 F43.22), eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F44.5) mit abnormem Krankheitsverhalten, eine somatoforme autonome Funktionsstörung (oberer und unterer Gastrointestinaltrakt; ICD-10 F45.3), eine akzentuierte Persönlichkeit mit dependenten und sensitiv-paranoischen Zügen (ICD-10 Z73.1) sowie eine Benzodiazepinabhängigkeit (lowdose, ärztlich kontrolliert; ICD-10 F13.22). Er attestierte dem Beschwerdeführer in der angestammten Tätigkeit als Monteur eine Arbeitsfähigkeit von 25-35% und in einer optimal angepassten Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 50-60% (vorstehend E. 4.13).

Der psychiatrische Gutachter legte

in nachvollziehbarer Weise dar, dass beim Beschwerdeführer entgegen der Ansicht der den Beschwerdeführer bisher behandelnden Ärzte, die von einer schweren depressiven Episode ausgingen (vgl. vorstehend E. 4.1-4.10, E. 4.14, E. 4.16), eine Angststörung und depressive Störung gemischt (ICD-10 F41.2) bei akzentuierter Grundpersönlichkeit vorliegt. So seien von den behandelnden Ärzten bereits früh auch somatoforme Schmerzstörungen in Betracht gezogen worden. Diese seien offenbar schon vor den Verstimmungsphasen ein Thema gewesen und würden auch heute unvermindert andauern und den eigentlichsten Grund der Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers bilden. Allfällige frühere tiefere Depressionszustände seien sodann eher als Anpassungsstörung mit reaktiver Depression unter psychosozialer Belastung zu subsumieren (vorstehend E. 4.13). Was die behandelnde Psychiaterin Dr. B.____ dagegen vorbringt (vorstehend E. 4.16), verfängt nicht. So fällt die vom Gutachter gestellte Diagnose Angststörung und depressive Störung gemischt (ICD-10 F41.2) nicht in die Gruppe der Anpassungsstörungen. Mit der RAD-Ärztin Dr. J.____ besteht hierfür keine zeitliche Limitierung (vgl. vorstehend E. 4.17). Eine Anpassungsstörung mit Angst und depressiver Reaktion wurde im Gutachten zusätzlich und als Verdachtsdiagnose aufgrund der anamnestiche Angaben aufgeführt. Ausschlaggebend für das Vorliegen einer Invalidität ist sodann nicht die gestellte Diagnose, sondern die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall (vorstehend E. 1.6).

Das Bundesgericht entschied mit BGE 143 V 418, dass grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen sind (vgl. vorstehend E. 1.6), so auch vorliegend. Es ist deshalb nachfolgend aus rechtlicher Sicht zu beurteilen, ob aufgrund der Angststörung und depressive Störung gemischt, dem Verdacht auf eine anamnestiche Anpassungsstörung mit Angst und depressiver Reaktion gemischt, der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung mit abnormem Krankheitsverhalten, der somatoformen autonomen Funktionsstörung, der akzentuierten Persönlichkeit mit dependenten und sensitiv-paranoischen Zügen und der Benzodiazepinabhängigkeit eine Arbeitsunfähigkeit ausgemessen ist. 5.3

Zum Komplex Gesundheitsschädigung ist in Bezug auf den Indikator Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde festzuhalten, dass beim Beschwerdeführer diverse Einschränkungen bestehen, die im Rahmen der psychiatrischen Begutachtung durch Dr. H. ___ eruiert worden sind. So leidet der Beschwerdeführer an Bauch-, Rücken- und Kopfschmerzen sowie an Schmerzen an Armen, Beinen, Gelenken und im Brustbereich. Der Beschwerdeführer leidet zudem an Ängsten (vgl. Urk. 7/73 S. 5 Ziff. 3.1, S. 21 Ziff. 4.3).

In Bezug auf psychosoziale Faktoren ist festzuhalten, dass eine Reihe von erschwerenden invaliditätsfremden Elementen wie schlechte Integration und Akkulturation, ungenügende Sprachkenntnisse, ungünstige Mentalität mit passiver Heilserwartung und enormen Versorgungswünschen, Kompensation seines regressiven Verhaltens durch die Ehefrau in einer sogenannten «oralen Paarkollusion», zweifelhafte berufliche Qualifikation, schwache Arbeitssozialisierung, bescheidene Intelligenz, fehlende Fortbildung und völlig fehlenden Bemühungen um die persönliche Fitness dazukommen. Der psychiatrische Gutachter hielt fest, dass diesbezüglich als Resultat davon eine deutlich ungenügende Kooperationsbereitschaft bestünde und der Eindruck entstehe, dass die invaliditätsfremden Eingliederungserschwernisse und das abnorme Krankheitsverhalten für das vollständige Versagen des Beschwerdeführers im Arbeitsbereich mindestens so determinierend seien wie die genuine Psychopathologie, die alles in allem keinen sehr hohen Schweregrad aufweise, was mit einem gewissen Mangel an Authentizität in seinem Beschwerdebild einhergehe (Urk. 7/73 S. 42 f. Ziff. 7.4; vgl. S. 39 Ziff. 6). Den Akten ist nicht zu entnehmen, dass das psychische Leiden des Beschwerdeführers vollständig in psychosozialen Umständen aufgeht, weshalb von einem verselbständigten psychischen Leiden auszugehen ist (vgl. vorstehend E. 1.7), wovon auch die RAD-Ärztin Dr. J. ___ ausging (vgl. vorstehend E. 4.15).

In Bezug auf den Indikator Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz ist festzuhalten, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers trotz der seit Februar 2018 erfolgten psychotherapeutischen Behandlung, fünf stationären Aufenthalten zwischen Januar 2018 und Juli 2019, einer teilstationären Behandlung zwischen August und November 2020 sowie begleitender Psychopharmakotherapie nicht wesentlich gebessert hat. Auch der Versuch einer EKT-Therapie brachte keine merkliche Besserung (Urk. 7/73 S. 13 f. Ziff. 3.2, S. 40 f. Ziff. 7.1-7.2; vorstehend E. 4.1-4.10, E. 4.14).

In Bezug auf die Komorbidität ist festzuhalten, dass sich neben der Angststörung und depressiver Störung gemischt, dem Verdacht auf eine anamnestiche Anpassungsstörung mit Angst und depressiver Reaktion gemischt, der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung mit abnormem Krankheitsverhalten, der somatoformen autonomen Funktionsstörung, der akzentuierten Persönlichkeit mit dependenten und sensitiv-paranoischen Zügen und der Benzodiazepinabhängigkeit keine weiteren komorbiden Störungen finden (vgl. Urk. 7/73 S. 33 Ziff. 6).

Zum Komplex Persönlichkeit ist festzuhalten, dass zwar keine Persönlichkeitsstörung vorliegt

(Urk. 7/73 S. 40 Ziff. 7.1) , die Grundpersönlichkeit des Beschwerdeführers jedoch eine massive Auffälligkeit zeigt , namentlich seine hochgradige Abhängigkeit von Bezugspersonen und sein hochgradiges Misstrauen mit der Tendenz zur paranoiden Umweltprojektion in krisenhaften Phasen, weshalb eine akzentuierte Persönlichkeit vorliegt (S. 34 Ziff. 6).

Zum komplexen sozialen Kontext ist festzuhalten, dass der Beschwerdeführer zusammen mit seiner Ehefrau und den gemeinsamen drei Kindern zusammen wohnt, mit welchen er ein gutes Verhältnis hat. Der Beschwerdeführer geht keinen grossen Aktivitäten nach, hat jedoch einen regelmässigen Tagesablauf. Er steht gewöhnlich um 9:00 Uhr auf, bleibt noch etwas liegen und erledigt seine Morgentoilette. Hierbei ist festzuhalten, dass der Beschwerdeführer vom 21. August bis zum 27. November 2020 jeweils regelmässig am Vormittag in der Tagesklinik der A.____ behandelt wurde. Um 12:00 wird dann das von der Ehefrau vorbereitete Essen eingenommen. An den Küchenarbeiten beteiligt sich der Beschwerdeführer manchmal auch. Am Nachmittag hat er keine festen Verpflichtungen. Um 19:00 wird gemeinsam gegessen, wobei wiederum die Ehefrau für die Zubereitung verantwortlich ist. Nach Einnahme der Schlaftabletten geht der Beschwerdeführer zwischen 21:00 und 23:00 zu Bett (Urk. 7/73 S. 12 f. Ziff. 3.2; Urk. 7/91 S. 2 Mitte). Somit verfügt der Beschwerdeführer über wenige

persönliche Ressourcen.

Zu prüfen ist weiter die Konsistenz. Hinsichtlich des Gesichtspunkts der gleichmässigen Einschränkungen des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen ist festzuhalten, dass der Beschwerdeführer zuletzt bis im Oktober 2017 als Mitarbeiter Montage tätig war , seither hat er nicht mehr gearbeitet (vgl. Urk. 7/17/1-6 S. 1; Urk. 7/73 S. 40 Ziff. 7.1) . Einzig anlässlich der stationären psychiatrischen Untersuchung fand ein Arbeitsversuch statt, der jedoch die starke Selbstlimitierungstendenz des Beschwerdeführers gezeigt hat (vorstehend E. 4.13). Daneben zeigt der Beschwerdeführer einige wenige Aktivitäten im Tagesablauf. Die Beeinträchtigungen wirken sich soweit ersichtlich zwar in allen Lebensbereichen aus. Nach Angaben der Ehefrau gegenüber Prof. G.____ sei der Beschwerdeführer wie ein Kind von ihr abhängig (vgl. Urk. 7/52 S. 18). Inkonsistenzen ergeben sich jedoch aus den Beobachtungen anlässlich der stationären Begutachtung; insbesondere zeige er trotz angeblich hohem Leidensdruck wenig oder keine Motivation für Therapien und die geklagten Symptome und Einbussen würden durch die Untersuchungsbefunde nur teilweise plausibilisiert. Nicht plausibel seien auch die überaus schwachen Leistungen in Tests und im Arbeitsversuch, die durch die objektiven Funktionsausfälle nicht erklärt werden könnten (vgl. vorstehend E. 4.13). Prof. G.____ wies darauf hin, dass es bei allen in Frage kommenden Krankheitsbildern völlig ungewöhnlich sei, dass eine Kommunikation auch in der Muttersprache nur derart bruchstückhaft möglich sei. Zudem sei erheblich auffällig, dass eine nur vier Tage vorher durchgeführte neuropsychologische Untersuchung differenzierte Ergebnisse hervorgebracht habe; eine derart rasche Befundänderung sei bei den in Frage kommenden Erkrankungen ebenfalls ungewöhnlich (Urk. 7/52 S. 16).

Hinsichtlich des Gesichtspunkts des behandlungs- und eingliederungsanmessen ausgedrückten Leidensdrucks ist schliesslich festzuhalten, dass der Beschwerdeführer regelmässig psychotherapeutisch behandelt wird und bereits fünf stationäre Behandlungen sowie eine teilstationäre Behandlung stattgefunden haben (Urk. 7/73 S. 13 f. Ziff. 3.2, S. 40 f. Ziff. 7.1-7.2; vorstehend E. 4.1-4.10, E. 4.14) , anlässlich derer er aber trotz

angeblich hohem Leidensdruck wenig Motivation bei der Mitwirkung zeigte (Urk. 7/16/10-11; vorstehend E. 4.5, E. 4.8, E. 4.10 und E. 4.12). Auch nimmt er offenbar nicht alle verordneten Psychopharmaka korrekt ein, wurde doch anlässlich der psychiatrischen Begutachtung ein zu tiefer und zu hoher Medikamentenspiegel festgestellt (vgl. Urk. 7/73 S. 24 Ziff. 4.3). Dennoch ist

insgesamt von einem doch erheblichen

Leidensdruck des Beschwerdeführers auszugehen. 5.4

Zusammenfassend führt die Prüfung der einzelnen Indikatoren zum Schluss, dass das psychiatrische Gutachten von Dr. H.____, wonach die diagnostizierten psychischen Leiden eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Monteur von 65-75 % und in einer angepassten Tätigkeit von 40-50 % bewirken, im Ergebnis schlüssig und nachvollziehbar ist, weshalb darauf abgestellt werden kann. Es steht somit mit überwiegender Wahrscheinlichkeit fest, dass der Beschwerdeführer

seit Ende 2017 seine angestammte Tätigkeit als Monteur zu 25-35 % und eine optimal angepasste Tätigkeit zu 50-60 % ausüben kann. 5.5

Der Beschwerdeführer machte geltend, das psychiatrische Gutachten sei nicht verwertbar. So bestünden gestützt auf die medizinischen Akten erhebliche Zweifel an der durch den psychiatrischen Gutachter gestellten Diagnose einer Angst- und depressiven Störung gemischt und am Fehlen der bis anhin als gesichert geltenden Diagnose einer schweren depressiven Störung (vorstehend E. 2.2; Urk. 1 S. 9 ff. Rz. 20 ff.).

Wie bereits erwähnt legte der psychiatrische Gutachter Dr. H.____ in seinem Gutachten in nachvollziehbarer Weise dar, weshalb entgegen der Ansicht der behandelnden Ärzte beim Beschwerdeführer keine schwere depressive Episode,

sondern eine Angststörung und depressive Störung gemischt bei akzentuierter Grundpersönlichkeit vorliegt (vorstehend E. 5.2). Auch ist nochmals darauf hinzuweisen, dass für die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades die anhand der Standardindikatoren nachgewiesenen funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage massgebend sind und nicht allein die Diagnose (vgl. vorstehend E. 1.5-1.6). Der diesbezügliche Einwand des Beschwerdeführers erweist sich nach dem Gesagten als unbegründet. 5.6

Zudem machte der Beschwerdeführer geltend, das durch den psychiatrischen Gutachter umschriebene Arbeitsprofil erfülle nur eine geschützte Werkstatt beziehungsweise ein geschützter Arbeitsplatz, und es sei auch theoretisch nicht möglich, eine Tätigkeit im ersten Arbeitsmarkt zu bezeichnen, die diesen Anforderungen gerecht werde, weshalb die Restarbeitsfähigkeit nicht verwertbar sei (Urk. 1 S. 14 ff. Ziff. B.II.d; vgl. Urk. 10 S. 4 f. Rz. 56 ff.).

Das trotz der gesundheitlichen Beeinträchtigung zumutbarerweise erzielbare Einkommen ist bezogen auf einen ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu ermitteln (Art. 16 ATSG; BGE 138 V 457 E. 3.1 mit Hinweis). Dabei ist nicht von realitätsfremden Einsatzmöglichkeiten auszugehen. Es können nur Vorkehrungen verlangt werden, die unter Berücksichtigung der gesamten objektiven und subjektiven Gegebenheiten des Einzelfalles zumutbar sind. An die Konkretisierung von Arbeitsgelegenheiten und Verdienstaussichten

sind jedoch rechtsprechungsgemäss keine übermässigen Anforderungen zu stellen (Urteil des Bundesgerichts 9C_910/2011 vom 30. März 2012 E. 3.1 mit Hinweis; vgl. BGE 138 V 457 E. 3.1). Der ausgeglichene Arbeitsmarkt umfasst auch sogenannte Nischenarbeitsplätze, also Stellen- und Arbeitsangebote, bei denen Behinderte mit einem sozialen Entgegenkommen von Seiten des Arbeitgebers rechnen können. Von einer Arbeitsgelegenheit kann nicht mehr gesprochen werden, wenn die zumutbare Tätigkeit nur noch in so eingeschränkter Form möglich ist, dass sie der ausgeglichene Arbeitsmarkt praktisch nicht kennt oder sie nur unter nicht realistischem Entgegenkommen eines durchschnittlichen Arbeitgebers möglich wäre und das Finden einer entsprechenden Stelle daher von vornherein als ausgeschlossen erscheint (vgl. statt vieler: Urteile des Bundesgerichts 8C_434/2017 vom 3. Januar 2018 E. 7.2.1 und 9C_253/2017 vom 6. Juli 2017 E. 2.2.1, je mit weiteren Hinweisen).

Der psychiatrische Gutachter Dr. H.____ legte dar, dass es sich bei einer optimal angepassten Tätigkeit angesichts der Menschenscheu und kommunikativen Unfähigkeit des Beschwerdeführers um einen Einzelarbeitsplatz handeln müsste, wobei er von einem zugewandten Vorgesetzten individuell betreut und vor allen Dingen mit sanftem Druck motiviert werden müsste. Angesichts seiner «Schmerz persönlichkeit» dürfte eine körperliche Tätigkeit nicht mit allzu grosser Kraftentfaltung verbunden sein, wobei die feinmotorische Koordination eher wenig Einschränkungen zeige. Die Arbeitsatmosphäre müsste reizarm sein, das heisst ruhig und nicht grell ausgeleuchtet, wobei extreme Temperaturen und Staubbelastungen etc. vermieden werden sollten. Ausserdem müsste die Umgebung tolerant gegenüber zeitweiligen expressiven Beschwerdeäusserungen sein (vorstehend E. 4.13). Das umschriebene Profil ist nicht so eng gefasst, dass davon auszugehen wäre, dass es auf dem massgebenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt nicht existieren würde, weshalb vorliegend

- der Beschwerdegegnerin folgend (vgl. Urk. 6 S. 2 Rz 4) - keine Unverwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit vorliegt. Der diesbezügliche Einwand des Beschwerdeführers erweist sich deshalb ebenfalls als un begründet. 5.7

Schliesslich brachte der Beschwerdeführer vor, falls auf das Gutachten von Dr. H.____ abgestellt werde, sei von einer Arbeitsfähigkeit von 38 % in angepasster Tätigkeit auszugehen (vorstehend E. 2.2 ; vgl. Urk. 1 S. 16 ff. Rz 41 ff.; Urk. 10 S. 2 f. Rz 51 ff.). Der psychiatrische Gutachter Dr. H.____ legte in seinem Gutachten auf entsprechende Frage ausdrücklich dar, dass in einer angepassten Tätigkeit insgesamt eine Arbeitsfähigkeit von zirka 50-60 % zumutbar erscheine, wobei von einem horizontalen Verlauf auszugehen sei (vorstehend E. 4.13). Die Angaben des psychiatrischen Gutachters sind klar, weshalb darauf abgestellt werden kann. Lediglich für eine Anfangsphase erwähnte er ein zumutbares Pensum von mindestens 4 Stunden pro Tag und eine gewisse Leistungseinschränkung aufgrund der Dekonditionierung (Urk. 7/73 S. 45 Ziff. 8), wobei es darauf hinzu weisen gilt, dass Dekonditionierung rechtsprechungsgemäss kein in der Invalidenversicherung versichertes Risiko darstellt (Urteil des Bundesgerichts 9C_755/2020 vom 8. März 2021 E. 5.1 mit Hinweisen). Der diesbezügliche Einwand des Beschwerdeführers erweist sich deshalb ebenfalls als unbegründet. 5.8

Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung ist bei ärztlicher Angabe einer Spannbreite auf den Mittelwert abzustellen (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C_782/2019 vom 15. April 2020 E. 2.2 und 9C_280/2010 vom 12. April 2011 E. 4.2).

Der medizinische Sachverhalt ist nach dem Gesagten in psychiatrischer Hinsicht als dahingehend erstellt zu erachten, dass dem Beschwerdeführer seit Ende 2017 seine angemessene Tätigkeit als Monteur zu 30 % und eine optimal angepasste Tätigkeit zu 5 % zumutbar ist.

6. 6.1

Zu prüfen bleibt, wie sich das Leistungsvermögen des Beschwerdeführers in wirtschaftlicher Hinsicht auswirkt. 6.2

Der hypothetische Rentenbeginn beginnt zu jenem Zeitpunkt, in welchem der Beschwerdeführer während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig gewesen war und anschliessend mindestens im Umfang von 40 % invalid ist (Art. 28 Abs. 1 IVG; vgl. vorstehend E).

E. 10

Der Vergleich des Valideneinkommens von Fr. 60'099.-- mit dem Invalideneinkommen von Fr. 28'830.-- ergibt eine Einkommenseinbusse von Fr. 31'269.-- und damit einen ein halbe Rente begründenden Invaliditätsgrad von 52 %.

Nach Gesagtem hat der Beschwerdeführer ab 1. Oktober 2018 Anspruch auf eine halbe Rente. Dies führt zur teilweise n Gutheissung der Beschwerde.

7. 7.1

Da es im vorliegenden Verfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von IV - Leistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und ermessensweise auf Fr. 900.-- anzusetzen. Da der Beschwerdeführer bezüglich des Rentenanspruchs als solche m obsiegt (vgl. nachstehend E. 7.2), sind die Kosten vollumfänglich der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. 7.2

Nach Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden vom Gericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen. Als weitere Bemessungskriterien sind die kantonalen Vorschriften das Mass des Obsiegens, den Zeitaufwand und die Barauslagen (§ 34 des

Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht,

GSVGer, sowie § 7 der Verordnung über die Gebühren, Kosten und Entschädigungen vor dem Sozialversicherungsgericht, GebV SVGer). Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts rechtfertigt der Umstand allein, dass einer Beschwerde führenden Person in einem Beschwerdeverfahren eine geringere (Teil-)Rente als beantragt zugesprochen wird, noch keine Reduktion der Parteientschädigung, jedenfalls soweit der Aufwand nicht vom beantragten Umfang der Rente beeinflusst wird (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C_288/2015 vom 7. Januar 2016 E. 4.2 und 9C_466/2007 vom 25. Januar 2008 E. 5). Entsprechend ist die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, dem Beschwerdeführer eine volle Prozessentschädigung zu bezahlen. 7.3

Da die Rechtsvertreter in des Beschwerdeführers, eidgenössisch diplomierte Sozialversicherungsexperten

Y.____ , vor Fällung des Endentscheids keine Kostennote eingereicht hat , ist die Entschädigung nach § 7 Abs. 2 der GebV SVGer nach Ermessen festzusetzen. Vorliegend erscheint beim praxismässigen Stundenansatz von Fr. 145.-- eine Prozessentschädigung in der Höhe von Fr. 2'000.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) als angemessen. Das Gericht erkennt: 1.

In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung der Sozialversicherungsanstalt der Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 23. August 2021 aufgehoben , und es wird festgestellt, dass der Beschwerdeführer ab 1. Oktober 2018 Anspruch auf eine halbe Rente hat . 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 900.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt.

Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine Prozessentschädigung von Fr. 2'000.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Y.____ - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 5.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Die VorsitzendeDie Gerichtsschreiberin Grieder-MartensPeter-Schwarzenberger

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