

Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz Kammer I



I 2022 42

Entscheid vom 10. November 2022

Besetzung

lic.iur. Gion Tomaschett, Vizepräsident
Dr.med. Bernhard Zumsteg, Richter
Dr.med. Urs Gössi, Richter
MLaw Oxana Straub, a.o. Gerichtsschreiberin

Parteien

C._____,
Beschwerdeführer,
vertreten durch Rechtsanwalt lic.iur. D._____

gegen

IV-Stelle Schwyz, Rechtsdienst, Postfach 53, 6431 Schwyz,
Vorinstanz,

Gegenstand

Invalidenversicherung (Rente)

Sachverhalt:

A. C._____ (von Deutschland) hat im August 1996 in Erfurt eine dreijährige Berufsausbildung als Schreiner (Tischler) absolviert. Anschliessend hat er bis Oktober 2005 in Erfurt ein eigenes handwerkliches Unternehmen geführt. Ab November 2005 arbeitete er in der Schweiz (hauptsächlich als Schreiner/ Monteur), ab November 2015 als Fensterservice-Monteur für die Firma A._____ AG (vgl. IV-act. 6; Fremdakten 1-33/119; IV-act. 12).

Am 1. März 2016 erlitt er auf einer Baustelle einen Unfall, welcher in der Unfallmeldung an die Suva wie folgt umschrieben wurde (Fremdakten 1-119/119):

Beim Glas einbauen auf der Baustelle eine ruckartige Bewegung gemacht, da eine grosse Glasscheibe umzufallen drohte und dabei einen starken Stich im Nacken und in der Schulter erhalten.

Vom 21. Juli 2016 bis zum 25. August 2016 hielt sich C._____ in der Rehaklinik Bellikon auf (IV-act. 11-1/23). Nachdem für die Arbeitgeberfirma nicht absehbar war, ob C._____ die körperlich schwere Arbeit in Zukunft wieder ausüben könne, beendete sie das Arbeitsverhältnis per Ende Oktober 2016 (IV-act. 24-11/16).

B. Am 21. September 2016 ging bei der IV-Stelle eine Anmeldung zum Bezug von IV-Leistungen ein. Die gesundheitlichen Beeinträchtigungen wurden mit "HWS – C4 + C5 + C6 beschädigt" umschrieben (IV-act. 4-6/8 Ziff. 6.1).

Am 13. Oktober 2016 erfolgte in der Rehaklinik Bellikon ein Abklärungsgespräch zur beruflichen Standortbestimmung (vgl. IV-act. 16). Am 3. März 2017 teilte die IV-Stelle mit, C._____ habe Anspruch auf Berufsberatung für eine Umschulung (IV-act. 21). Dazu wurde C._____ zu einem weiteren Abklärungsgespräch eingeladen (IV-act. 23), welches am 4. Mai 2017 stattfand (IV-act. 36). Mit Email (vom 3.10.2017) an die IV-Berufsberaterin thematisierte C._____ sein Interesse für einen berufsbegleitenden Studiengang "Exekutive Master of Business Administration" (Executive MBA) an der Fernfachhochschule Schweiz (FFHS Regensdorf, IV-act. 31). Es folgten weitere Abklärungen und eine Auswertung der Testbogen für einen Persönlichkeitstest (IV-act. 36-5ff./15). Am 9. Februar 2018 erteilte die IV-Stelle Kostengutsprache "für das CAS Research bei der Fernfachhochschule Schweiz (zunächst im Umfange von Fr. 4'550.-- , IV-act. 38).

C. Am 9. April 2018 erhielt die IV-Stelle Kenntnis davon, dass sich C._____ seit dem 30. Januar 2018 in der Psychiatrischen Klinik Clenia Littenheid aufhielt (voraussichtlich bis 9.3.2018, vgl. IV-act. 42). Ein erster Austrittsversuch erfolgte im März 2018, worauf es nach kurzer Zeit wiederum zu einer Dekompensation und einem erneuten Klinikeintritt kam. Mit der Fernfachhoch-

schule wurde am 20. April 2018 ein Unterbruch des Studiums vereinbart (vgl. IV-act. 45). Am 11. Mai 2018 erfuhr die IV-Stelle telefonisch von der Klinik Littenheid, dass C._____ zwischenzeitlich (am 3.5.2018) aus der Klinik entlassen worden sei, indes in einem bis zwei Monaten eine Traumatherapie in der Klinik beginnen werde (IV-act. 46-7/7 i.V.m. IV-act. 47-2/13). Die dritte Hospitalisation in Littenheid erfolgte vom 7. August 2018 bis zum 18. September 2018 (IV-act. 52).

D. Am 28. März 2019 stellte der RAD-Arzt Dr.med. E._____ nach einer Prüfung der Aktenlage fest, dass aus somatisch-orthopädischer Sicht keine wesentlichen Einschränkungen bestünden, hingegen eine konsiliarisch psychiatrische Stellungnahme nötig sei (IV-act. 58-5/7), welche am 14. April 2019 vom RAD-Psychiater Dr.med. F._____ erstattet wurde (IV-act. 58-6/7). Eine Rückfrage vom 6. Mai 2019 ergab, dass sich C._____ aktuell nicht in der Lage fühlte, an beruflichen Massnahmen teilzunehmen (IV-act. 60). Daraufhin kündigte die IV-Stelle mit Vorbescheid vom 8. Mai 2019 an, das Leistungsbegehren abzuweisen (IV-act. 62). Mit Eingabe vom 8. Juli 2019 machte der Rechtsvertreter von C._____ geltend, dass weitere Abklärungen zu tätigen seien (IV-act. 73). Vom 30. Juli 2019 bis zum 30. August 2019 hielt sich C._____ erneut in der Klinik in Littenheid auf (IV-act. 80).

E. Am 10. Februar 2020 teilte die IV-Stelle dem Rechtsvertreter von C._____ mit, dass eine bidisziplinäre medizinische Untersuchung nötig sei und der Psychiater Dr.med. G._____ sowie die Neuropsychologin lic.phil B._____ mit der Begutachtung betraut würden (IV-act. 84). Nachdem der Rechtsvertreter auf eine weitere abklärungsbedürftige gesundheitliche Beeinträchtigung (mit Bericht des Pneumologen Dr.med. H._____) hingewiesen hatte (IV-act. 86f.), gelangte die IV-Stelle am 30. März 2020 zum Ergebnis, dass – nachdem ein aussagekräftiger pneumologischer Bericht vorliege – keine zusätzliche pneumologische Begutachtung nötig sei (IV-act. 94). Das neuropsychologische Gutachten wurde am 18. Juni 2020 erstattet (IV-act. 100). Vom 19. August 2020 bis zum 2. Oktober 2020 war C._____ in der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich (PUK ZH) hospitalisiert (IV-act. 114). Die Begutachtung durch Dr.med. G._____ verzögerte sich, weil u.a. die PUK-Berichte (zusätzliche Hospitalisationen vom 18.12.2020 bis 29.1.2021 und vom 26.3.2021 bis 7.5.2021) erst verspätet erhältlich waren (vgl. u.a. IV-act. 131ff.) sowie C._____ zeitweise reiseunfähig war bzw. nicht zum Gutachter nach Bern reisen konnte (IV-act. 123ff.). Am 28. Juli 2021 hat Dr.med. G._____ sein versicherungspsychiatrisches Gutachten fertiggestellt (IV-act. 139-7ff./95). Die interdisziplinäre Gesamtbeurteilung (aus psychiatrischer und neuropsychologischer

Sicht) ging am 23. August 2021 bei der IV-Stelle ein (IV-act. 139). Am 31. August 2021 äusserte sich Dr.med. G._____ noch zum zwischenzeitlich eingegangenen Austrittsbericht der PUK ZH vom 2. August 2021 (IV-act. 141).

F. Der RAD-Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie X._____ beurteilte die erwähnten Gutachten in einer Stellungnahme vom 30. September 2021 als nachvollziehbar (IV-act. 143). Gestützt auf eine entsprechende IV-Meldung verfügte das kantonale Verkehrsamt am 25. Oktober 2021 gegenüber C._____ einen vorsorglichen Sicherungsentzug des Führerausweises (IV-act. 148). Mit Vorbescheid vom 25. November 2021 kündigte die IV-Stelle einen Anspruch auf eine Viertelsrente an (IV-Grad 44%, IV-act. 152). Mit Eingabe vom 6. Dezember 2021 ersuchte der Rechtsvertreter um Ansetzung einer neuen Frist für eine Stellungnahme zum Vorbescheid (zudem wurde eine unentgeltliche Rechtsverteistandung beantragt, vgl. IV-act. 156). Am 13. Dezember 2021 verfügte die IV-Stelle, dass kein Anspruch auf einen unentgeltlichen Rechtsbeistand im Verwaltungsverfahren bestehe (IV-act. 159). In einer Eingabe vom 22. Dezember 2021 übte der Rechtsvertreter Kritik an dieser Verfügung, ohne aber dagegen Beschwerde zu erheben (siehe IV-act. 161). Am 23. Dezember 2021 hat die IV-Stelle erfahren, dass C._____ sich vom 9. November 2021 bis zum 17. November 2021 im Spital Einsiedeln stationär behandeln liess (siehe IV-act. 162). Am 9. Februar 2022 und am 3. Mai 2022 beantwortete der psychiatrische Gutachter Rückfragen der IV-Stelle (IV-act. 166 und 185).

G. Mit Verfügung vom 16. August 2022 hat die IV-Stelle C._____ mit Wirkung ab 1. Januar 2018 eine IV-Viertelsrente (IV-Grad 44%) zugesprochen.

Dagegen liess C._____ rechtzeitig am 19. August 2022 beim Verwaltungsgericht Beschwerde erheben mit den folgenden Rechtsbegehren:

1. Es sei dem Beschwerdeführer eine ganze Rente der Invalidenversicherung zuzusprechen.
2. Eventualiter sei vorgängig ein neues Gutachten einzuholen.
3. Dem mittellosen Beschwerdeführer sei die unentgeltliche Rechtspflege zu bewilligen und in der Person des Unterzeichneten ein unentgeltlicher Rechtsbeistand beizugeben.
4. Unter gesetzlicher Kosten- und Entschädigungsfolge zulasten der Beschwerdegegnerin.

H. Mit Vernehmlassung vom 23. September 2022 beantragte die IV-Stelle, die Beschwerde sei abzuweisen, unter Kostenfolge zulasten des Beschwerdeführers.

Dazu nahm der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers in einer Eingabe vom 30. September 2022 Stellung.

Das Verwaltungsgericht zieht in Erwägung:

1.1.1 Nach Art. 4 Abs. 1 des Invalidenversicherungsgesetzes (IVG; SR 831.20) in Verbindung mit Art. 8 Abs. 1 Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) gilt als Invalidität die durch einen körperlichen oder geistigen Gesundheitsschaden verursachte, voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Gemäss Art. 7 Abs. 2 ATSG sind für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen; eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist.

Die versicherte Person hat nach Art. 28 Abs. 2 IVG:

- Anspruch auf eine ganze Rente, wenn sie mindestens zu 70 Prozent,
- Anspruch auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens zu 60 Prozent,
- Anspruch auf eine halbe Rente, wenn sie mindestens zu 50 Prozent,
- und Anspruch auf eine Viertelsrente, wenn sie mindestens zu 40 Prozent invalid ist.

1.1.2 Der Gesetzgeber hat mit der Gesetzesrevision "Weiterentwicklung der IV" (WE IV) bzw. den Änderungen des IVG vom 19. Juni 2020, welche per 1. Januar 2022 in Kraft getreten sind, ein neues, stufenloses Rentensystem eingeführt. Mit diesem Wechsel wird die Höhe des Anspruchs auf eine Invalidenrente neu in prozentualen Anteilen einer ganzen Rente festgelegt und nicht mehr wie bisher nach Viertelsrentenstufen (vgl. Erw. 1.1.1 in fine). Allerdings wird das stufenlose Rentensystem auf Rentenansprüche angewendet, die ab dem 1. Januar 2022 neu entstehen. Rentenansprüche, die vor dem 1. Januar 2022 entstanden sind, werden noch nach altem Recht zugesprochen (vgl. die Übergangsbestimmungen zur IVG-Änderung vom 19. Juni 2020; Kreisschreiben über die Übergangsbestimmungen zum Rentensystem im Rahmen der WE IV).

1.1.3 Im konkreten Fall ging die IV-Anmeldung am 21. September 2016 ein. Nach Abklärungen hat die IV-Stelle mit Verfügung vom 16. August 2022 eine Viertelsrente ab 1. Januar 2018 zugesprochen. Bei dieser Sachlage sind Höhe und Dauer des Rentenanspruchs grundsätzlich nach dem bisherigen Recht (und nicht nach dem neuen, seit dem 1. Januar 2022 geltenden Recht) zu bestimmen.

1.2.1 Der Invaliditätsgrad bestimmt sich nach Art. 16 ATSG, wonach zur Ermittlung des Invaliditätsgrades das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätig-

keit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (= sog. hypothetisches Invalideneinkommen), zum Erwerbseinkommen in Beziehung gesetzt wird, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (= sog. hypothetisches Valideneinkommen). Es ist für die Invaliditätsbemessung nicht entscheidend, ob die versicherte Person ihre (Rest-)Arbeitsfähigkeit erwerblich verwertet, d.h. von der verbliebenen Erwerbsfähigkeit Gebrauch macht. Vielmehr ist die Invalidität stets auf der Grundlage desjenigen Erwerbseinkommens zu bemessen, das die versicherte Person durch eine ihr zumutbare Tätigkeit erzielen könnte (Meyer/Reichmuth, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 3. A., Art. 28a N 27).

1.2.2 In diesem Zusammenhang ist hier ergänzend festzuhalten, dass nach der Aktenlage der Versicherte unbestrittenermassen im Gesundheitsfall vollzeitlich erwerbstätig wäre und mithin der massgebende IV-Grad nach der allgemeinen Methode des Einkommensvergleichs bei Erwerbstätigen vorzunehmen ist.

1.3 Die Invalidität bemisst sich rechtsprechungsgemäss nicht nach medizinischen, sondern nach wirtschaftlichen, erwerblichen Kriterien, nach der Erwerbsunfähigkeit. Erwerbsunfähigkeit ist das Unvermögen, auf dem gesamten für die versicherte Person in Frage kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt die verbliebene Arbeitsfähigkeit in zumutbarer Weise wirtschaftlich zu verwerten (BGE 109 V 25 Erw. 3d). Wer nicht mindestens teilweise arbeitsunfähig ist, kann auch nicht erwerbsunfähig und mithin nicht invalid sein (vgl. BGE 105 V 139 Erw. 1b).

1.4 Das sozialversicherungsrechtliche Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsbeschwerdeverfahren ist vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (vgl. Art. 43 Abs. 1, Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben Verwaltung und Sozialversicherungsgericht von sich aus für die richtige und vollständige Abklärung des Sachverhalts zu sorgen (BGE 122 V 157 Erw. 1a). Mit dem Untersuchungsgrundsatz korrelieren die Mitwirkungspflichten der versicherten Person, indem diese zur Abklärung des Sachverhaltes beitragen muss (vgl. Meyer/Reichmuth, a.a.O., Art. 53-57 IVG N 10 mit Verweis auf BGE 122 V 157 Erw. 1a).

1.5.1 Die Verwaltung und im Beschwerdefall der Richter sind bei der Bemessung des IV-Grades auf Unterlagen angewiesen, die der Arzt und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes ist es, den Gesundheitszustand des Versicherten zu beurteilen. Der Arzt hat auch dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeit der Versicherte arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen dem Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 Erw. 4).

1.5.2 In der Würdigung der Beweise ist der Sozialversicherungsrichter frei (vgl. Art. 61 lit. c ATSG). Er hat die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Er hat alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten (BGE 125 V 351 Erw. 3a; 122 V 157 Erw. 1c).

1.5.3 Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist mithin entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 351 Erw. 3a).

1.5.4 In der Rechtsprechung sind die Aufgaben von Rechtsanwender und Arztperson im Rahmen der Invaliditätsbemessung seit jeher wie folgt verteilt worden: Sache des (begutachtenden) Mediziners ist es erstens, den Gesundheitszustand zu beurteilen und wenn nötig seine Entwicklung im Laufe der Zeit zu beschreiben, d.h. mit den Mitteln fachgerechter ärztlicher Untersuchung unter Berücksichtigung der subjektiven Beschwerden die Befunde zu erheben und gestützt darauf die Diagnose zu stellen. Hiermit erfüllt der Sachverständige seine genuine Aufgabe, wofür die Verwaltung und im Streitfall Gerichte nicht kompetent sind (z.B. Urteil des Bundesgerichts 9C_437/2012 vom 6.11.2012 Erw. 3.2). Bei der Folgenabschätzung der erhobenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen für die Arbeitsfähigkeit kommt der Arztperson hingegen keine abschliessende Beurteilungskompetenz zu. Vielmehr nimmt die Arztperson zur Arbeitsunfähigkeit Stellung, d.h. sie gibt eine Schätzung ab, welche sie aus ihrer Sicht so substantiell wie möglich begründet. Die ärztlichen Angaben sind eine wichtige Grundlage für die juristische Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der Person noch zugemutet werden können (so die mit BGE 105 V 156 Erw. 1 begründete und in zahllosen Urteilen bestätigte Rechtsprechung, z.B. BGE 132 V 93 Erw. 4).

1.5.5 Den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweis-

würdigung Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 351 Erw. 3b/bb).

1.6.1 Für die Festsetzung der Arbeitsfähigkeit bei psychischen Leiden definiert das strukturierte Beweisverfahren gemäss BGE 141 V 281 systematisierte Indikatoren, die – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und allfälliger Kompensationspotentiale (Ressourcen) andererseits – erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (Urteil des Bundesgerichts 8C_213/2020 vom 19.5.2020 Erw. 4.1 mit Verweis auf BGE 141 V 281 Erw. 2, S. 285 ff., Erw. 3.4 - 3.6 und 4.1, S. 291 ff.). Das Wesen dieser Vorgehensweise besteht darin, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen anhand eines Kataloges von (Standard-) Indikatoren, unterteilt in die Kategorien "funktioneller Schweregrad" (mit den Komplexen Gesundheitsschädigung [Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde, Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz, Komorbiditäten], Persönlichkeit und sozialer Kontext) und "Konsistenz" (gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen, behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck; BGE 141 V 281 Erw. 4.1.3) einzuschätzen, dies unter Berücksichtigung sowohl leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren als auch von Kompensationspotentialen (Ressourcen; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_439/2021 vom 13.4.2022 Erw. 4.2.2 mit Verweis auf BGE 141 V 281 Erw. 3.6).

1.6.2 Bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit haben sich sowohl die medizinischen Sachverständigen als auch die Organe der Rechtsanwendung in ihrer Einschätzung des Leistungsvermögens an den normativen Vorgaben zu orientieren, die Gutachter im Idealfall gemäss der entsprechend formulierten Fragestellung (BGE 141 V 281 Erw. 5.2, S. 306 f.).

Die Rechtsanwender prüfen die medizinischen Angaben frei, insbesondere daraufhin, ob die Ärzte sich an die massgebenden normativen Rahmenbedingungen gehalten haben. Es stellt sich aus rechtlicher Sicht die Frage, ob und in welchem Umfang die ärztlichen Feststellungen anhand der rechtserheblichen Indikatoren auf eine Arbeitsunfähigkeit schliessen lassen, wie sie vom medizinisch-psychiatrischen Experten abschliessend eingeschätzt worden ist. Eine davon losgelöste Parallelüberprüfung "nach besserem juristischen Wissen und Gewissen" darf nicht stattfinden (BGE 145 V 361 Erw. 3.2.2 mit Hinweisen; Urteil 8C_407/2020 vom 3.3.2021 Erw. 5.1). Rechtsprechungsgemäss liegt eine solche dann nicht vor, wenn das kantonale Gericht anhand der medizinischen Indikatorenprüfung die massgeblichen Beweisthemen im Rahmen einer umfassenden Betrachtung eines stimmigen Gesamtbildes schlüssig abhandelt und nachweist,

wo die ärztlichen Darlegungen nicht mit den normativen Vorgaben übereinstimmen (BGE 145 V 361 Erw. 4.1.1 mit Hinweisen).

Im Hinblick auf die Beurteilung, ob ein psychisches Leiden invalidisierend wirkt, zählen als Tatsachenfeststellungen alle Feststellungen der Vorinstanz, die auf der Würdigung von ärztlichen Angaben und Schlussfolgerungen betreffend Diagnose und Folgenabschätzung beruhen (vgl. Urteil 9C_439/2021 vom 13.4.2022 Erw. 4.2.3).

1.7 Die psychiatrische Exploration kann von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei erfolgen. Sie eröffnet dem begutachtenden Psychiater daher praktisch immer einen gewissen Spielraum, innerhalb dessen verschiedene medizinisch-psychiatrische Interpretationen möglich, zulässig und zu respektieren sind, sofern der Experte *lege artis* vorgegangen ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts I 676/05 vom 13.3.2006 Erw. 2.4 mit Hinweisen).

Gelangt der Rechtsanwender nach der Beweiswürdigung zum Schluss, ein Gutachten erfülle sowohl die mit BGE 141 V 281 definierten versicherungsmedizinischen Massstäbe wie auch die allgemeinen rechtlichen Beweisanforderungen (Erw. 1.4ff.), ist es beweiskräftig und die darin formulierten Stellungnahmen zur Arbeitsfähigkeit sind zu übernehmen. Eine davon losgelöste juristische Parallelüberprüfung nach Massgabe des strukturierten Beweisverfahrens ist – wie oben erwähnt – nicht statthaft (BGE 141 V 281 Erw. 5.2.3; Urteil des Bundesgerichts 8C_260/2017 vom 1.12.2017 Erw. 4.2.5 m.H.).

1.8 Führen die von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen die Verwaltung oder das Gericht bei pflichtgemässer Beweiswürdigung zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich zu betrachten und es könnten weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, so ist auf die Abnahme weiterer Beweise zu verzichten (antizipierte Beweiswürdigung; Kölz/Häner, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, 3. A., Rz. 153; Urteil des Bundesgerichts 8C_424/2010 vom 19.7.2010 Erw. 3.2.3 mit Verweis auf BGE 134 I 140 Erw. 5.3).

2. Was die gesundheitlichen Beeinträchtigungen des Versicherten sowie die Auswirkungen auf das verbliebene (zumutbare) Leistungsvermögen anbelangt, sind den vorliegenden Akten u.a. die folgenden Angaben zu entnehmen.

2.1.1 Der Versicherte hat in Deutschland eine Berufsausbildung als Schreiner absolviert. Seit November 2005 arbeitete er in der Schweiz (u.a. temporär als Schreiner, aber auch mit festen Anstellungen, u.a. auch als Sicherheitsfachmann bei der Securitas AG, vgl. die Auflistung in IV-act. 6). Als er als Schreiner/ Mon-

teur für eine Küchenbaufirma (in Schönenberg) arbeitete (ab Nov. 2012) suchte er am 15. Oktober 2014 den Notfall des Spitals Einsiedeln auf; dabei schilderte er seine schwierige Situation, welche durch neu aufgenommene polizeilichen Ermittlungen um die Ermordung seines Bruders vor 20 Jahren verursacht wurden. In der Folge wurde der Versicherte dem Sozialpsychiatrischen Dienst (SPD des Kantons Schwyz) zugewiesen. In einem Erstbericht vom 21. Oktober 2014 stellte der SPD-Oberarzt Dr.med. I. _____ die Diagnose einer Anpassungsstörung mit depressiver Reaktion (ICD-10 F43.21). Dazu führte dieser Facharzt u.a. aus, dass der Versicherte über Jahre ein bis zwei Bier jeden Abend getrunken habe, in den letzten Wochen ca. fünf bis sechs Bier pro Tag, was auch der Arbeitsleistung nicht zuträglich gewesen sei. Aktuell fahre der Versicherte nach Deutschland, nächste Woche wolle er wieder arbeiten (Bf-act. 5).

2.1.2 Nachdem der Hausarzt Dr.med. J. _____ (FMH Allgemeinmedizin) den Versicherten erneut dem SPD zugewiesen hatte, berichtete der Oberarzt Dr.med. I. _____ dem Hausarzt am 17. April 2015, nach einer Krankmeldung des Versicherten vom 25. März 2015 habe der Arbeitgeber sehr aggressiv reagiert und den Versicherten gedrängt, eine vorbereitete Kündigung zu unterschreiben (was der Versicherte nicht getan habe, dennoch aber die Kündigung erhalten habe). Die andere Problematik bestehe in der nach wie vor schwierigen Situation um die Ermordung seines Bruders; diesbezüglich werde es im Sommer 2015 zu einer Gerichtsverhandlung kommen, wo er als Zeuge aussagen müsse, was ihn direkt belaste. Dieser Bericht endete mit der Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode (ICD-10 F32.1) sowie einer pathologischen Trauerreaktion (Bf-act. 6).

2.1.3 Am 19. Januar 2016 erstattete der SPD-Facharzt Dr.med. I. _____ dem Hausarzt einen Schlussbericht mit den folgenden Diagnosen: Depressive Episode (ICD-10 F32.9), nicht näher bezeichnet, sowie Persönlichkeit mit selbstunsicheren Anteilen (Bf-act. 7). Des Weiteren wurde im Bericht u.a. ausgeführt, dass bis August 2015 elf Kontakte/ Gespräche stattgefunden hätten; den für September 2015 vereinbarten Termin habe der Versicherte ohne Abmeldung verpasst; nachdem er sich nicht mehr gemeldet habe, werde das Dossier abgeschlossen. Im Längsverlauf sei der Eindruck entstanden, dass beim Versicherten vor allem die schwierigen Umstände am letzten Arbeitsplatz aber auch die laufenden juristischen Umstände zum Mord an seinem Bruder (1994) zu einer affektiven Labilisierung und Überforderung geführt hätten. Auf der Ebene der Persönlichkeit erscheine der Versicherte einerseits teilweise dramatisierend und infantil, andererseits etwas selbstunsicher. Eine medikamentöse Behandlung mit Escitalopram und Mirtazapin habe der Versicherte nach kurzer Zeit wegen Nebenwirkungen wieder abgesetzt; zuletzt keine psychopharmakologische Behand-

lung. Ein weiterer Aspekt bestehe in einem vom Versicherten wohl nur bedingt offen geschilderten Konsum von Cannabis und Alkohol (Bf-act. 7).

2.2.1 Seit dem 9. November 2015 hatte der Versicherte als Fenstermonteur in einem Vollzeitpensum bei der Firma A. _____ AG gearbeitet (IV-act. 12). Bei der Arbeit auf einer Baustelle erlitt er (am 1.3.2016) einen Unfall, indem er – als eine grosse Glasscheibe umzufallen drohte – eine rückartige Bewegung machte und dabei einen starken Stich im Nacken und in der Schulter erhielt (IV-act. 11-5/23). Diesbezüglich stand der Versicherte vom 4. März 2016 bis zum 9. März 2016 in Behandlung bei Dr.med Y. _____ (Chiropraktor), welcher in seinem Bericht vom 23. Mai 2016 an die Suva einen Status nach leichter HWS-Distorsion diagnostizierte. In drei Sitzungen seien die segmentalen Dysfunktionen im Bereich der unteren HWS und der oberen BWS gelöst worden; anschliessend sei offenbar die Behandlung mittels Physiotherapie durch den Hausarzt weitergeführt worden (Fremdakten 4-23/249).

2.2.2 Vom 21. Juli 2016 bis zum 25. August 2016 hielt sich der Versicherte in der Rehaklinik Bellikon auf. Im Austrittsbericht vom 1. September 2016 (IV-act. 15-9/39) wurden folgende Hauptdiagnosen gestellt: Schmerzen periskapulär rechts sowie akzentuierte Persönlichkeitszüge narzisstischer Prägung (ICD-10: Z73.1, IV-act. 11). Letztere Diagnose, wonach keine psychische Störung von Krankheitswert, sondern akzentuierte Persönlichkeitszüge narzisstischer Prägung vorliegen würden, basierte auf einem in der Rehaklinik erarbeiteten psychiatrisch-psychologischen Konsilium, in welchem u.a. folgende Aspekte im Einzelnen abgehandelt wurden (IV-act. 11-20ff./23):

- Angaben des Versicherten zu den körperlichen Beschwerden;
- Krankheitskonzept und bisheriger Verlauf;
- Psychische Verfassung;
- Unfallhergang;
- Arbeitsfähigkeit;
- Psychopathologischer Befund;
- Substanzkonsum
- Schlaf/ Appetenz
- Psychiatrische Vorgeschichte
- Psychosozialer Hintergrund
- Familiäre Situation
- Finanzen
- Freizeit
- Gesundheit
- Beurteilung

Hinsichtlich der Vorgeschichte wurden u.a. der frühe, gewaltsame Tod seines langjährig verschollenen Bruders sowie die oben erwähnten psychotherapeuti-

schen Gespräche beim SPD-Facharzt Dr.med. I. _____ thematisiert (IV-act. 11-22/23 unten).

In der Beurteilung führten die involvierten Fachpersonen (Dr.phil. Z. _____, Fachpsychologe Klinische Psychologie und Psychotherapie FSP und Dr.med. K. _____ M.H.A, Facharzt Psychiatrie und Psychotherapie FMH) u.a. aus, der Versicherte erwecke in der Exploration einen dynamisch-lebhaften, agilen, im Denken allerdings etwas zwanghaft-rigiden und ausgesprochen schmerzfokusierten Eindruck; er komme repetitiv auf seine limitierenden Schmerzen zu sprechen und gebe Zukunftssorgen bezüglich Gesundheit, Arbeit und Finanzen an, die ihn häufig deprimieren würden, ohne dass Symptome einer krankhaften Depression oder einer anderen psychischen Störung von Krankheitswert auszumachen wären. Am ehesten sei von einem dysfunktionalen Überzeugungs- und Bewältigungsmuster im Rahmen einer Symptomausweitung auszugehen, wobei eine somatoforme Komponente am Beschwerdebild nicht auszuschliessen sei (Doppelbelastung durch Arbeit und Fernstudium, emotionale Belastung durch den grausamen Mord an seinem Bruder und daraus resultierendem Engagement in Gerichtsverfahren). Zum bisher frustrierten Verlauf hätten wahrscheinlich akzentuierte Persönlichkeitszüge narzisstischer Prägung beigetragen, welche erfahrungsgemäss mit einer erhöhten Vulnerabilität bei Einbrüchen in der körperlichen bzw. Leistungsfähigkeit verbunden seien. Hypothetisch könne auch ein sekundärer Krankheitsgewinn eine Rolle spielen, insofern die Schmerzsymptomatik eine Aussicht auf eine Tätigkeit ermöglichen könne, welche mit dem laufenden Fernstudium assoziiert sei. Als Ressourcen seien die hohe Intelligenz und seine bisher gute Lebensbewährung mit hoher Leistungsbereitschaft zu nennen (vgl. IV-act. 11-20/23).

2.2.3 Anlässlich des Aufenthalts in der Rehaklinik Bellikon wurde auch eine arbeitsbezogene Leistungsfähigkeit evaluiert, deren Ergebnisse im Schlussbericht wie folgt zusammengefasst wurden (IV-act. 11-10/23):

Arbeitsrelevante Probleme

- Erhebliche Symptomausweitung
- Belastungsverstärkte rechtsseitige Schulterschmerzen
- Belastungsverstärkte rechtsbetonte Nacken- und Rückenschmerzen, teilweise ausstrahlend bis ins Gesäss.

Beurteilung der arbeitsbezogenen Leistungsfähigkeit

Es wurde eine erhebliche Symptomausweitung beobachtet.

Es ist davon auszugehen, dass bei gutem Effort eine bessere Leistung erbracht werden könnte, als bei den Leistungstests gezeigt wurde. Die Resultate der physischen Leistungstests sind deshalb für die Beurteilung der zumutbaren körperlichen Belastbarkeit nur teilweise verwertbar.

Das Ausmass der demonstrierten physischen Einschränkungen lässt sich mit den objektivierbaren pathologischen Befunden der klinischen Untersuchung und bildgebenden Abklärung sowie den Diagnosen kaum erklären. Die Beurteilung der Zumutbarkeit stützt sich überwiegend auf medizinisch-theoretische Überlegungen, unter Berücksichtigung der Beobachtungen bei den Leistungstests. Eine weitergehende Einschränkung der Belastbarkeit lässt sich medizinisch-theoretisch nicht begründen.

Es liegt keine psychische Störung vor, welche eine arbeitsrelevante Leistungsmin-
derung begründen könnte. (...)

Ausserdem wurde aus unfallkausaler Sicht festgehalten, dass die bisherige berufliche Tätigkeit als Fenstermonteur nicht mehr zumutbar sei, weil die Anforderungen zu hoch seien bzw. häufig mit schweren Lasten zu hantieren wäre (IV-act. 11-10/23).

2.3.1 Dr.med. L._____ (Chefarzt Orthopädie) stellte in seinem Bericht vom 22. August 2016 an den Hausarzt folgende Diagnosen (IV-act. 13-8/13):

Schulterblattschmerzen und thorakolumbale Rückenschmerzen rechts bei einem Unfall vom März 2016 mit/bei:

- Osteodiskärer Einengung C5/C6 rechts mit Einengung der C6-er Wurzel rechts
- Subligamentärer zentraler Diskusprotrusion/-Hernie C4/C5 ohne Neurokompression

In seiner Beurteilung führte Dr.med. L._____ u.a. aus (IV-act. 13-9/13).

(...) Die Diskusprotrusion hat mit grösster Wahrscheinlichkeit nichts mit seinen Symptomen zu tun. Auch die foraminale Einengung C5/C6 hat nur mit einer 50%iger Wahrscheinlichkeit mit seinen Symptomen zu tun, weil das Kardinalsymptom, nämlich Armschmerzen mit Ausstrahlung bis in den Daumen rechts, fehlen und auch immer gefehlt haben. Typischerweise verursachen aber alle zervikalen Wurzelreizungen, sei es die Wurzel C5, C6, C7 oder C8, auch Schulterblattschmerzen. Deshalb ist es auch schwierig zu sagen, ob es sich hier um einen MRI-Zufallsbefund handelt, welcher nichts mit der Klinik zu tun hat, oder eben ob es sich doch um eine Wurzelreizung handelt (...) Eine Infiltrationstherapie periradikulär lehnt Herr ... ab.

Im Moment kreisen alle Gedanken von Herrn ... um sein rechtes Schulterblatt. Dies hat einen zentralen Stellenwert in seinem Alltag eingenommen. Deswegen und für mich auch etwas unverständlich hat er auch das Studium unterbrochen, weil er wegen den Schmerzmitteln nicht mehr lernen konnte. Mittlerweile hat er sämtliche Schmerzmittel gestoppt, weil diese auch keine Wirkung gezeigt haben.

Eine psychische Komponente könnte die initialen unfallbedingten Schmerzen durchaus verstärkt haben. Herr ... ist im Moment in einem ungünstigen Kreislauf, wo seine körperlichen Symptome seine Psyche verschlechtern und die Psyche wiederum negativ auf seine körperlichen Symptome sich auswirken.

Abschliessend empfahl Dr.med. L._____ dem Versicherten, seine Alltagsaktivitäten wie Schwimmen und Velofahren, aber auch das begonnene Studium

wiederaufzunehmen. Im Übrigen verzichtete dieser Arzt darauf, die aktuelle Arbeitsfähigkeit zu beurteilen (IV-act. 13-10/13).

2.3.2 Der Hausarzt Dr.med. J._____ stellte in seinem Bericht vom 17. Oktober 2016 an die IV-Stelle die Diagnose von persistierenden Schulterblatt- und thoracocervicalen Schmerzen rechts nach Unfall 3/16, ohne sich zur Arbeitsfähigkeit zu äussern (diesbezüglich verwies er auf die Rehaklinik Bellikon, IV-act. 15-1f./39).

2.3.3 In einem Bericht vom 7. November 2016 (zur am 13.10.2016 in der Rehaklinik Bellikon vorgenommenen beruflichen Standortbestimmung) führten die involvierten Berufs- und Laufbahnberater u.a. aus, der Versicherte hinterlasse insgesamt einen guten Eindruck; die Leistungsbereitschaft für eine berufliche Umorientierung sei klar ersichtlich. Die Wiederaufnahme in seiner angestammten Arbeit als Fenstermonteur/Schreiner traue er sich nicht mehr zu. Er möchte sich beruflich verändern und sei deshalb seit zwei Jahren an einem betriebswirtschaftlichen Fernstudium an der Uni Konstanz und an der technischen Berufsschule Zürich (EBC*L Ausbildung = European Business Competence* Licence bzw. Europäischer Wirtschaftsführerschein). Weitere Module seien an der ZHAW Wädenswil geplant; er plane, im Sommer 2017 abzuschliessen. Aus berufsberaterischer Sicht sei beim Versicherten Eingliederungspotenzial vorhanden. Die IV-Stelle werde ersucht, den Versicherten im Rahmen des Möglichen bei der Eingliederung zu unterstützen (IV-act. 16-2ff./7).

2.3.4 Kurz zuvor war der Versicherte am 1. November 2016 an der Universitätsklinik Balgrist untersucht worden. Im gleichentags verfassten Bericht an die Suva stellten PD Dr.med. M._____ und Dr.med. N._____ die Diagnose einer chronischen Zervikalgie mit/bei Diskushernie C5/6 mit osteodiskoligamentärer Einengung der C6 Nervenwurzel rechts sowie Diskushernie C4/5 ohne Neurokompression. Aktuell besuche der Versicherte regelmässig die Physiotherapie, wodurch es bereits zu einer leichten Beschwerdelinderung gekommen sei; das unterbrochene Studium habe der Versicherte wieder aufgenommen (IV-act. 17-4/5).

Im Einklang damit steht, dass der Versicherte am 10. Oktober 2015 hinsichtlich der EBC*L-Ausbildung das internationale Zertifikat für Wirtschaftskompetenz (Stufe A: Unternehmensziele und Kennzahlen/ Bilanzierung/ Kostenrechnung/ Wirtschaftsrecht) und am 17. November 2016 das entsprechende Zertifikat für die Stufe B (Businessplan/ Marketing und Verkauf/ Investitionsrechnung und Wirtschaftlichkeitsanalyse) erlangt hat (vgl. IV-act. 24-6f./16).

2.4.1 Nachdem die IV-Stelle am 3. März 2017 mitgeteilt hatte, dass Berufsberatung im Hinblick auf eine Umschulung gewährt werde (IV-act. 21), beantragte der Hausarzt Dr.med. J. _____ mit Eingabe vom 22. Juni 2017 die Kostenübernahme für einen ergonomischen Stuhl, welcher zur Verbesserung der Konzentrationsfähigkeit im Heimstudium nötig sei (IV-act. 25).

2.4.2 Mit Email vom 3. Oktober 2017 an die IV-Stelle führte der Versicherte aus, dass er – wie im Erstgespräch zur beruflichen Neuorientierung vereinbart – diverse Umschulungen geprüft und sich für einen berufsbegleitenden Studiengang "Executive Master of Business Administration" (EMBA) an der Fernfachhochschule Schweiz in Regensdorf entschieden habe. Der Abschluss der bereits begonnenen Ausbildung EBC*L sei derzeit nicht prioritär (vgl. IV-act. 31). Für die Stufe C werde er sich anmelden, sobald er das Geld dafür habe. Zudem strebe er einen eidgenössisch anerkannten Abschluss an, da er weiterhin in der Schweiz leben und arbeiten möchte (IV-act. 36-1/15 unten).

2.4.3 Eine Auswertung des vom Versicherten ausgefüllten BIP-Persönlichkeitstests (Bochumer Inventar zur berufsbezogenen Persönlichkeitsbeschreibung, IV-at. 33) ergab am 14. November 2017 (IV-act. 36-7f./15):

- Im Bereich der beruflichen Orientierung (Leistungs-, Gestaltungs- und Führungsmotivation) hohe durchschnittliche bis überdurchschnittliche Werte;
- Im Bereich "Arbeitsverhalten" (Gewissenhaftigkeit, Flexibilität, Handlungsorientierung) hohe durchschnittliche Werte;
- Im Bereich "Soziale Kompetenzen" durchschnittliche Wert in den Bereichen Sensitivität, Kontaktfähigkeit und Soziabilität, derweil sich bei der Teamorientierung ein Durchschnittswert im unteren Bereich und bei der Durchsetzungsstärke sich ein Wert im oberen Durchschnittsbereich zeigte.

Im Bereich "Psychische Konstitution" ergab die erwähnte Testung (IV-act. 36-8/15):

Im Bereich "Psychische Konstitution" zeigen sich hohe durchschnittliche (Belastbarkeit) bis überdurchschnittliche (Emotionale Stabilität, Selbstbewusstsein) Werte. Herr ... zeichnet sich im Umgang mit Rückschlägen, Misserfolgen und persönlichen Problemen durch ein hohes Mass an Gelassenheit aus. Seine Stabilität erlaubt es ihm, auch solche Tätigkeiten erfolgreich zu bewältigen, bei denen er einem hohen psychischen Druck ausgesetzt ist.

Als hochgradig selbstbewusste Person hat Herr ... sich in nahezu allen Situationen gut im Griff. Sein Auftreten wirkt überzeugend und selbstsicher (...).

Auch hohe Belastungen kann Herr ... gut verkraften. Es beeinträchtigt ihn wenig, sich über längere Zeiträume hinweg kontinuierlich hohen Anforderungen stellen zu müssen. Er verfügt über grosse Energiereserven (...).

Bei der Besprechung des Persönlichkeitstests (vom 16.11.2017) bestätigte der Versicherte die erwähnten Ergebnisse. Er sei nach wie vor sehr interessiert an

der Ausbildung zum EMBA. Er habe bereits klare Vorstellungen, welches Thema er in seiner Masterarbeit bearbeiten wolle. Er sei aktuell intensiv auf Stellensuche. Hinsichtlich eines Praktikums bestehe eventuell eine Möglichkeit in einer Immobilienfirma.

Hinsichtlich des weiteren Vorgehens wurde beim Beratungsgespräch vom 16. November 2017 u.a. thematisiert, dass sich der Versicherte für die Ausbildung CAS Research anmelde, dass ein IV-Taggeld ausgerichtet werde, sobald der Versicherte eine Praktikumsstelle gefunden habe (bis dahin lebe er von den Taggeldern der Arbeitslosenversicherung) und dass der Versicherte bis spätestens im Mai 2018 den Leistungsstand melde (IV-act. 36-9/15).

2.4.4 Der weitere Verlauf wurde am 3. Januar 2018 u.a. dahingehend zusammengefasst (IV-act. 36-10/15):

- dass der Versicherte am 3. Januar 2018 telefonisch meldete, die Praktikumsuche sei bislang erfolglos gewesen, weshalb er sich nach einem Praktikum in Deutschland umsehen möchte (dort arbeite ein Schwager als Professor an einer Universität);
- dass die Mitarbeiterin der IV-Stelle erklärte, intern abzuklären, ob ein Praktikum in Deutschland möglich sei;
- und dass eine Beschäftigungsmassnahme bei der Einrichtung AA. _____ ab 8. Januar 2018 geplant gewesen sei, indes der Versicherte sich diesbezüglich vorgängig hätte vorstellen müssen, was er unterlassen habe.

Mit Eingabe vom 9. Januar 2018 (per Email) ersuchte der Versicherte um einen "Kostenübernahmebescheid der Gesamtstudiengebühr (auf Grundlage des Prüfungsreglements der FFHS)". Zudem machte er geltend, dass er sich um Praktika in Deutschland beworben habe und diesbezüglich um Übernahme von Reisekosten nachsuchte (IV-act. 36-11/15).

In der gleichentags erfolgten Antwort führte die IV-Mitarbeiterin u.a. aus, dass die Kosten der Umschulung stufenweise übernommen würden (vorerst 1 Semester). Bezüglich eines Praktikums im Ausland liege ein Missverständnis vor; die Durchführung berufliche Massnahmen im Ausland bedürfe der Zustimmung des BSV, was entsprechende Begründungen erfordere (Art. 9 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 23^{bis} f. IVV und entsprechendes Kreisschreiben, Rz. 1016; IV-act. 36-12f./15).

2.4.5 Abklärungen bei der Einrichtung AA. _____ (ab 15.1.2018) ergaben, dass der Versicherte am 8. Januar 2018 mit der Beschäftigungsmassnahme begonnen hatte, am 8. und 9. Januar 2019 krank fehlte und anschliessend vorerst vormittags (50%) arbeitete (da der Arzt ihn zu 50% krankgeschrieben habe). Am 17. Januar 2018 teilte der Versicherte der AA. _____ mit, aufgrund einer weiteren schlaflosen Nacht und der derzeit erhöhten Rückenschmerzen könne er

nicht mehr am Kursangebot teilnehmen. Um dieser veränderten Situation Rechnung zu tragen, seien bereits am Vortag durch seinen Arzt und ihm selbst "Gegenmassnahmen vereinbart und beantragt" worden (IV-act. 36-14/15 Mitte). Auf die Rückfrage der AA. _____, um was für Gegenmassnahmen es sich handle, antwortete der Versicherte gleichentags: "Bezüglich der Gegenmassnahmen handelt es sich um Aktivitäten im Rahmen des Arzt- Patienten-Vertrauensverhältnis, was das Unsere weit übersteigt" (IV-act. 36-14/15 oben). Allerdings unterliess es der Versicherte, der Einrichtung AA. _____ ein Arztzeugnis zukommen zu lassen (IV-act. 46-1/7).

2.4.6 Am 9. Februar 2018 erteilte die IV-Stelle Kostengutsprache für die erste Ausbildungstranche an der Fernfachhochschule Schweiz (CAS Research) für insgesamt Fr. 4'550.--; zudem wurde auf die Möglichkeit hingewiesen, ein Zehr- geld für die Schultage in Rechnung zu stellen (IV-act. 38).

2.5.1 In der Folge erhielt die IV-Stelle Kenntnis davon, dass der Versicherte sich aufgrund einer psychischen Dekompensation seit dem 30. Januar 2018 in der Psychiatrischen Klinik in Littenheid aufhielt. Dem Austrittsbericht der Klinik vom 15. März 2018 (zum ersten stationären Aufenthalt vom 30.1.2018 bis 9.3.2018) sind u.a. die folgenden Angaben zu entnehmen (IV-act. 47-8ff./13):

Diagnosen

- F33.1 Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode
- F61 Kombinierte Persönlichkeitsstörungen, DD: Akzentuierung mit emotional instabilen und narzisstischen Anteilen
- F10.1 Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Schädlicher Gebrauch gegenwärtig abstinert
- Z73 Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten in der Lebensbewältigung
- F43.1 Verdacht auf posttraumatische Belastungsstörung
- F45.41 Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren

Hinsichtlich Noxen wurde festgehalten, dass der Versicherte täglich 20 Zigaretten rauche und vor dem Klinikeintritt 1 bis 2 Liter Weisswein täglich getrunken habe, zudem gelegentlich 1 Joint Cannabis (1x bis 2x im Monat, IV-act. 47-9/13 oben).

Zu Beginn der stationären Behandlung standen psychopathologisch formale Denkstörungen (i.S. eines weitschweifigen und umständlichen Denkens), ein depressiv ausgelenktes Stimmungsbild mit einer Minderung des Antriebs im Vordergrund. Daneben bestanden ein sozialer Rückzug sowie Schlafstörungen (IV-act. 47-11/13 unten).

Im Behandlungsverlauf wurde u.a. festgehalten (IV-act. 47-12/13):

- dass beim Versicherten die traumatisch erlebte Kindheit und Jugend sowie der gewaltsame Tod des Bruders im Vordergrund standen;

- dass Alpträume auftraten (welche der Versicherte mit der stärkeren Beschäftigung mit dem Erfahrenen erklärte);
- dass der Versicherte in den Einzelgesprächen analysierend war, seine Situation sehr genau bewertete und gleichzeitig offen für Deutungen und die Eröffnung von Alternativen war;
- dass sich insgesamt eine subjektiv empfundene Perspektivlosigkeit und ein derzeitiges Leben im Still- und Wartezustand ergaben, was vom Versicherten als sehr unbefriedigend und belastend wahrgenommen wurde;
- dass gleichzeitig erarbeitet werden konnte, dass durch das hohe Reflexionsvermögen und das ehemals hohe Funktionsniveau sich Ressourcen zur Bewältigung der Lebenskrise ergeben;
- dass psychosoziale Belastungsfaktoren und der Umgang mit Alkohol thematisiert wurden;
- dass eine Indikation für eine stationäre Traumatherapie mit den Zielen der konstruktiven und suffizienten Aufarbeitung des Erlebten unter Hilfestellung sowie der Verbesserung des Umgangs mit den eigenen Emotionen formuliert wurden;
- dass der Versicherte von den Therapieangeboten der Klinik nur begrenzt profitieren konnte und diese als nicht hilfreich wertete;
- dass er durch ein Katastrophendenken in Bezug auf die Zukunft auffiel,
- und dass er sich in gutem Kontakt mit Mitpatienten befand und durch ein konfliktlösendes Verhalten und seine Hilfsbereitschaft auffiel.

2.5.2 Was den zweiten Aufenthalt in der Klinik Clenia Littenheid (vom 16.3.2018 bis 3.5.2018) anbelangt, verhält es sich nach der Aktenlage so, dass der Versicherte nach dem Austritt am 9. März 2018 "sofort in ein tiefes Loch gefallen" sei, dass er seine Medikamente nicht mehr einnahm und Alkohol konsumierte, worauf die ambulant behandelnde Psychiaterin Dr.med. O._____ den Versicherten im Rahmen einer Krisenintervention erneut der Klinik Littenheid zuwies. Im zweiten Austrittsbericht wurden die massgebenden Diagnosen folgendermassen überarbeitet (IV-act. 47-2/13).

Diagnosen

- F10.1 Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Schädlicher Gebrauch
- F33.1 Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode
- F61 Kombinierte und andere Persönlichkeitsstörungen
- F43.1 Posttraumatische Belastungsstörung
- Z73 Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung
- F45.41 Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren

Im Behandlungsverlauf wurde festgehalten, dass in der somatischen Untersuchung keine relevanten krankheitswertigen Befunde erhoben werden konnten (IV-act. 47-5/13 Mitte). Die Alkoholkrankheit stand im Vordergrund, indes war der Versicherte diesbezüglich eher uneinsichtig; er beharrte auf einer primären Behandlung der traumatisch erlebten Kindheit und Jugend sowie des gewaltsamen

Todes des Bruders (IV-act. 47-5/13 unten). Des Weiteren wurde erneut festgehalten, dass der Versicherte von den Therapieangeboten der Klinik nur wenig profitieren konnte; er konnte sich nur ungenügend auf neue Ansätze einlassen. Der Versicherte berichtete während des stationären Aufenthalts von unerträglichen Rückenschmerzen mit Schmerzausstrahlung, allerdings konnte er den Verlauf der Schmerzausstrahlung nicht beschreiben. Klinisch konnte kein fokalneurologisches Defizit objektiviert werden, insbesondere keine Reflexausfälle, keine latenten oder manifesten Paresen (etc., vgl. IV-act. 47-6/13).

2.5.3 Der dritte Aufenthalt in der Klinik in Littenheid begann am 7. August 2018 (für eine störungsspezifische Traumatherapie) und dauerte bis zum 18. September 2018. Im Austrittsbericht wurden folgende Diagnosen festgehalten (IV-act. 52-1/5):

- F43.1 Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung
- Z73.1 Persönlichkeitsakzentuierung;
- F61 DD: Kombinierte Persönlichkeitsstörungen mit narzisstischen, emotional-instabilen und selbstunsicheren Zügen
- F33.1 Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode
- F10.1 Psychische Verhaltensstörungen durch Alkohol: Schädlicher Gebrauch
- I15.80 Sekundäre Hypertonie

Die Beurteilung fassten die Fachpersonen der Klinik am Schluss des Berichts wie folgt zusammen (IV-act. 52-4/5):

Diagnostisch handelt es sich um eine komplexe posttraumatische Symptomatik, akzentuierte Persönlichkeitszüge narzisstischer, selbstunsicherer und emotional-instabiler Natur, eine Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren, einen schädlichen Gebrauch von Alkohol sowie um eine depressive Komorbidität. Entsprechend der vorliegenden Diagnosen liegen Schwierigkeiten in der Anspannungs- und Emotionsregulation sowie auf interaktioneller Ebene vor. In diesem 1. Intervall imponierte der Patient verstärkt mit seinem kontrollierenden Bearbeitungsstil, der einen massgeblichen aufrechterhaltenden Faktor darstellt. Die phasenweise Erhöhung des Blutdruckes kann auf psychischer Ebene klar mit dem dauerhaft erhöhten Anspannungsniveau und Schwierigkeiten sich zu entspannen erklärt werden. Wir attestieren dem Patienten für die Zeit während des stationären Aufenthalts eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit und sehen therapeutische Massnahmen weiterhin als nach wie vor im Vordergrund stehend. Das Ziel des Patienten, zum Jahresanfang wieder soweit rehabilitiert und funktionsfähig zu sein, um sein Studium wieder vollumfänglich aufnehmen zu können, sehen wir derzeit aufgrund der hohen Symptomlast als unrealistisch an.

2.6.1 Die ambulant behandelnde Psychiaterin Dr.med. O. _____ führte in ihrem Bericht vom 4. September 2018 an die IV-Stelle u.a. aus, der Versicherte leide an einer rezidivierend depressiven Störung (aktuell leichtgradig ICD10 F33.0); er weise eine auffällige Persönlichkeit (vermutlich emotional instabil, nar-

zisstisch F61) und einen missbräuchlichen Gebrauch von Cannabis und Alkohol in der Vergangenheit auf (F19.1); zudem liege eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren vor (F45.41, vgl. IV-act. 49-2f./4). Der Versicherte habe sich sehr unregelmässig, insgesamt ca. 8x gemeldet, jeweils bei psychischer Verschlechterung und war zu allen Zeitpunkten nicht in der Lage, seinem Studium nachzugehen, d.h. längere Phasen mit einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit (IV-act. 49-1/4 Ziff. 1.2 und 1.3). Ein Fernstudiengang erfordere Selbstdisziplin, aber auch die Fähigkeit, das Leben als Alleinstehender sozial und sinnhaft zu organisieren; hier liege beim Versicherten vermutlich eine Schwäche vor; besser wäre wohl eine Weiterbildung mit Präsenzpflcht (Anwesenheit, vgl. IV-act. 49-3/4 Ziff. 3.3).

2.6.2 In einem weiteren Verlaufsbericht vom 12. Februar 2019 an die IV-Stelle sprach die Psychiaterin Dr.med. O._____ von einem verbesserten Gesundheitszustand, es sei nunmehr von einer leichten depressiven Episode F33.0 auszugehen (weitere Diagnosen wie vorbestehend). Die Besuche bei der Tagesstätte im APP Einsiedeln habe der Versicherte sistiert mit der Begründung, er habe sie nicht als hilfreich empfunden. Eine Fortsetzung der Traumatherapie in Littenheid habe der Versicherte abgelehnt mit der Begründung, er habe sich dort nach eigenen Angaben "nicht sicher genug gefühlt". Er beschäftige sich nun mit seiner beruflichen Zukunft und hoffe, das Fernstudium mit Hilfe der IV wiederaufzunehmen. Da der Versicherte nun schon längere Zeit über keine Tagesstruktur verfüge, sei fraglich, wie belastbar er sei. Anstelle eines Fernstudiums empfahl sie einen strukturierten Rahmen mit Anwesenheitspflicht, eventuell eine Belastbarkeitsprüfung via Mythentrade oder WTL, beispielsweise beginnend mit einem 50%-Pensum (IV-act. 57-1/2).

2.7.1 Der RAD-Arzt Dr.med. E._____ (Facharzt für orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates) stellte nach Prüfung der medizinischen Aktenlage am 28. März 2019 fest, dass beim Versicherten aus somatisch-orthopädischer Sicht keine wesentlichen Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit bestünden (IV-act. 58-5/7).

2.7.2 Der RAD-Psychiater Dr.med. F._____ nahm am 18. April 2019 eine konsiliarische versicherungsmedizinische Beurteilung aus psychiatrischer Sicht vor, welche er wie folgt zusammenfasste (IV-act. 58-6/7):

Während der Abklärung in Bellikon (Bericht vom 02.09.2016 mit integriertem psychiatrisch-psychologischen Konsilium) wurde keine psychische Störung von Krankheitswert diagnostiziert. Es werden lediglich akzentuierte Persönlichkeitszüge narzisstischer Prägung erwähnt. Die Geschichte mit dem Bruder, der Opfer eines Gewaltverbrechens wurde, war zum damaligen Zeitpunkt bereits bekannt.

Während den Hospitalisationen in Littenheid wurde eine komplexe PTBS diagnostiziert und der Fokus der Behandlung darauf gelegt. Das zur Diagnose einer PTBS erforderliche Traumakriterium gemäss ICD 10 ist jedoch rein durch das Lesen von Akten über das am Bruder begangene Verbrechen nicht erfüllt. Die akzentuierten Persönlichkeitszüge beeinträchtigen die Arbeitsfähigkeit nicht. Im Rahmen der beschriebenen mittelgradigen depressiven Episode ist eine vorübergehende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit nicht ausgeschlossen.

Im aktuellsten Verlaufsbericht wird von der behandelnden Psychiaterin Dr. O._____ eine Besserung und noch eine leichte depressive Episode (ICD 10 F33.0) diagnostiziert, die die Arbeitsfähigkeit ebenfalls nicht einschränkt.

Zusammenfassend ist aus psychiatrischer Sicht eine vorübergehende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit möglich. Ein Gesundheitsschaden mit andauernder Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ist aber nicht ausgewiesen.

2.7.3 Eine Rückfrage der IV-Stelle beim Versicherten vom 6. Mai 2019 ergab, dass er sich aktuell nicht fähig fühle, an beruflichen Massnahmen teilzunehmen. Dementsprechend erfolgte kein weiterer Auftrag an die IV-Berufsberatung (IV-act. 60).

2.7.4 Nachdem die IV-Stelle mit Vorbescheid vom 8. Mai 2019 angekündigt hatte, das Leistungsbegehren abzuweisen (IV-act. 62), reichte der Versicherte am 26. Mai 2019 der IV-Stelle ein Schreiben ein, in welchem er ausdrücklich bemängelte, dass "sie mit der Abweisung des Leistungsbegehrens nicht im Sinne des Bundesgerichts handeln". Dabei verwies der Versicherte auf das Bundesgerichtsurteil 8C_181/2009 vom 30. September 2009, welches die Unfallversicherung und eine Kürzung der Rentenleistungen wegen einer vorbestehenden degenerativen Erkrankung betraf (IV-act. 67).

2.7.5 Der vom Sozialarbeiter des kommunalen Sozialamtes angefragte Psychiater AB._____ stellte nach Gesprächen mit dem Versicherten und vorbehandelnden Fachpersonen und Einblick in die zur Verfügung gestellten Akten folgende Diagnosen (IV-act. 75):

Aktualachse: 1. Rezidivierende depressive Störung, aktuell mittel bis schwergradig (Pat. ist immer wieder suizidal und wird Ende Juni zum 4. Mal in die Klinik Littenheid eintreten) ICD F33.2;

2. Störung durch Alkohol F10.26 mit episodischem Substanzgebrauch;

3. F43.8 komplexe Traumafolgestörung (Die Beurteilung des RAD, dass die Belastung durch das exzessive Studium der Gerichtsakten über den Mordfall an seinem Bruder kein A-Kriterium darstelle, ist nicht nachvollziehbar; zudem erfüllt der Patient alle übrigen PTBS-Kriterien in hohem Masse);

4. Schmerzverarbeitungsstörung im Sinne von F45.41 (chronische Schmerzstörung mit psychischen und körperlichen Anteilen).

Persönlichkeitsachse: Kombinierte Persönlichkeitsstörung mit histrionischen, emotional instabilen und paranoiden Anteilen F61.0

Intelligenzachse: gutes bis überdurchschnittliches Potential

Körperachse: chronische Schmerzverarbeitungsstörung mit diskreten strukturellen Veränderungen an der HWS und unverhältnismässig exazerbierender Schmerzentwicklung. Dementsprechend bio-psycho-soziale Dekonditionierung. Nikotin

Belastungen: Erwerbslosigkeit, Verschuldung, soziale Isolation, Sozialhilfeabhängigkeit, Migration mit gescheiterter Integration, Verlust eines Familienmitglieds durch ein Tötungsdelikt. Insgesamt schwer.

Des Weiteren übte dieser Psychiater mit den folgenden Ausführungen Kritik an der geltenden IV-Rechtsprechung zur Abklärung der massgebenden Arbeitsfähigkeit bei psychischen Beeinträchtigungen (IV-act. 75):

Ein polydisziplinäres Gutachten in Auftrag zu geben macht die Situation leider nicht schlüssiger. Der Irrglaube des Bundesgerichts, dass eine Querschnittsuntersuchung beweiskräftiger sein soll als die Beurteilung der Behandler, ist zu tief verankert. Die paranoide Vorstellung, dass Behandler parteiisch sein sollen, ist zwar nicht ganz unbegründet, sollte aber gerade im Fall von Herrn ... mit Vorsicht gehegt werden. Ich bin sowohl Behandler als auch Gutachter. Gutachter, die nicht das Patientengut, das sie beurteilen, auch behandeln, sind das Papier nicht wert, auf das sie ihre Expertenmeinung diktieren. (...)

2.7.6 Der zwischenzeitlich beigezogene Rechtsvertreter des Versicherten beantragte am Schluss seiner Eingabe vom 8. Juli 2019 die Einholung eines psychiatrischen Gutachtens, vorzugsweise bei Professor AC._____, FMH Psychiatrie und Neurologie (IV-act. 73).

2.8 Die 4. Hospitalisation des Versicherten in der Klinik Littenheid dauerte vom 30. Juli 2019 bis zum 30. August 2019. Dem Austrittsbericht (vom 17.9.2019) sind folgende Diagnosen zu entnehmen (IV-act. 80-1/16):

Diagnosen

F33.2 Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome

F61 Kombinierte Persönlichkeitsstörungen mit emotional-instabilen und narzisstischen Anteilen

F43.1 Komplexe posttraumatische Belastungsstörung

F10.2 Alkoholabhängigkeit

F12.1 Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide: schädlicher Gebrauch

F45.41 Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (...)

I15.80 Sonstige sekundäre Hypertonie

Im Austrittsbericht wurde u.a. ausgeführt, dass er ca. 20 Zigaretten pro Tag rauche und vor dem Klinikeintritt ½ bis 1 Flasche Wein abends konsumiert habe, zudem Cannabis, unregelmässig, ca. 0.5 g pro Tag (IV-act. 80-2/16). Als Behandlungsziele wurden beim Eintritt eine Stabilisierung bei stark depressiver

Symptomatik sowie eine Vorbereitung auf eine stationäre Traumatherapie vereinbart. Im Verlauf habe der Versicherte starke Abwehrmechanismen gegen therapeutische Fortschritte gezeigt, was als mögliche Schutzfunktion vor Überforderung vor dem Hintergrund einer stark traumatischen Belastung gewertet werden könne (IV-act. 80-4/16 unten). Dem Versicherten wurde sein Verhalten gespiegelt und er wurde wiederholt aufgefordert, seine passive Rolle zu verlassen und sich als aktiver Mitgestalter des therapeutischen Prozesses zu sehen (IV-act. 80-5/16 oben). Beim Austritt bestand psychopathologisch noch eine depressive Symptomatik und Affektlabilität im Rahmen der emotional-instabilen Persönlichkeit (ohne Anhaltspunkte für akute Selbst- oder Fremdgefährdung). Eine Arbeitsunfähigkeit wurde für den Zeitraum des stationären Aufenthalts bis einschliesslich dem 13. September 2019 attestiert (IV-act. 80-5/16).

2.9.1 In der Folge wurde das Dossier erneut dem RAD-Psychiater Dr.med. F._____ unterbreitet, welcher in seiner versicherungsmedizinischen Beurteilung vom 6. Februar 2020 seine Erkenntnisse wie folgt zusammenfasste (IV-act. 83-6/7):

Im Verlauf ist von einer Verschlechterung auszugehen. Der Versicherte war in stationärer Behandlung. Es wurde eine schwere depressive Episode bei rez. depressiver Störung beschrieben (neben einer kombinierten Persönlichkeitsstörung mit emotional-instabilen und narzisstischen Anteilen, PTBS und schädlichem Gebrauch von Alkohol und Cannabis sowie einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Anteilen).

Im Bericht wird ein täglicher Alkohol- und Cannabiskonsum beschrieben, so dass diagnostisch von einer Abhängigkeit auszugehen ist. Bei gleichzeitig bestehendem regelmässigem Alkohol- und Cannabiskonsum ist die Diagnose einer affektiven Störung nicht oder nur bedingt valide. Zur diagnostischen Klärung und Beurteilung der Arbeitsfähigkeit ist eine bidisziplinäre psychiatrische und neuropsychologische Begutachtung mit Beschwerdevalidierung und Konsensbeurteilung angezeigt.

2.9.2 Dem Versicherten wurden die vorgesehenen Gutachter (Dr.med. G._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, psychosomatische und psychosoziale Medizin SAPPm, zertifizierter mediz. Gutachter SIM, und lic.phil. P._____, Fachpsychologin für Neuropsychologie FSP) mit Schreiben vom 10. Februar 2020 mitgeteilt (IV-act. 84).

2.9.3 Am 18. Februar 2020 ging bei der IV-Stelle ein Arztbericht von Dr.med. H._____ (Pneumologie und Innere Medizin FMH, Wädenswil) ein, in welchem dieser Arzt die Ergebnisse einer Untersuchung vom 18. November 2019 dem Hausarzt berichtete (IV-act. 87-2/2):

Diagnosen: V.a. ACOS [Asthma-COPD-Overlap-Syndrom]. Adipositas. Posttraumatische Belastungsreaktion

Beurteilung: Die Anamnese und Befunde zeigen, dass es sich nicht nur um ein bisschen Hyperventilation oder eine psychisch bedingte Nebenerkrankung handelt. Sehr wahrscheinlich wird es sich um eine Kombination von Asthma und COPD handeln, also eine Form von ACOS. Wir werden das weiter klären und behandeln (...)

2.9.4 In einem weiteren Bericht vom 20. Februar 2020 stellte Dr.med. H._____, nachdem ihn der Versicherte konsultierte, "weil er so unter dem Husten leidet", folgende Diagnosen: Asthma bronchiale. Pertussis. Adipositas. Posttraumatische Belastungsreaktion. In seiner Beurteilung führte dieser Arzt gegenüber dem Hausarzt u.a. aus (IV-act. 90-1/7):

(...) Interessant ist, dass er heute eine fast normale Lungenfunktion geblasen hat. Er hat also, auch wenn er seine Lunge vollqualmt und zudröhnt, keine COPD und kaum Folgen des Rauchens, sondern ein Asthma. Es kann aber sein, dass ihm das Rauchen den chronischen Husten beim Asthma verschlimmert.

Er erzählte mir heute, wie intensiv sein Cannabisgebrauch ist und vor allem nachts. Die Hypoxien nachts sind mit hoher Wahrscheinlichkeit cannabisbedingte Atemdepression. Solange er diesen Konsum so fortführt, wird sich daran nichts bessern.

2.9.5 Am 26. März 2020 nahm die RAD-Ärztin AD._____ zur Fragestellung, ob im Rahmen der geplanten Begutachtung eine weitere Disziplin erforderlich sei, dahingehend Stellung, dass ein aussagekräftiger Lungenarztbericht vorliege, wonach der Versicherte das Rauchen und den Cannabiskonsum unterlassen sollte und dadurch sein Asthma beeinflussbar sei; ein diesbezügliches Teilgutachten wäre ohne zusätzlichen Erkenntnisgewinn (IV-act. 93). Dieses Ergebnis wurde dem Rechtsvertreter mit Schreiben vom 30. März 2020 mitgeteilt (IV-act. 94). In der Folge erteilte die IV-Stelle den Begutachtungsauftrag an die beiden oben angeführten Sachverständigen (IV-act. 95 und 96).

2.10 Das am 18. Juni 2020 fertiggestellte neuropsychologische Teilgutachten, an welchem die Fachpsychologinnen für Neuropsychologie FSP lic.phil. P._____ und lic.phil. Q._____ mitwirkten, ging am Folgetag bei der IV-Stelle ein. Diesem Teilgutachten sind u.a. die folgenden Angaben zu entnehmen (IV-act. 100-7f./9):

6. Diagnose

Alters- und bildungsadäquate kognitive Leistungsfähigkeit bei anamnestisch zeitlich verminderter mentaler Belastbarkeit.

7. Beurteilung

Es findet sich bei Herrn ... eine alters- und bildungsadäquate kognitive Leistungsfähigkeit bei anamnestisch zeitlich verminderter mentaler Belastbarkeit.

Herr ... konnte sich gut auf die neuropsychologische Untersuchung einlassen, arbeitete kooperativ, bei gegebener Anstrengungsbereitschaft.

Er konnte flexibel zwischen den Anforderungen wechseln, arbeitete konzentriert, mit unauffälligem Tempo und guter Sorgfalsleistung.

Es finden sich keine Hinweise auf kognitive Funktionsstörungen. Herr ... erbrachte in den geprüften kognitiven Domänen *Aufmerksamkeit, verbales und figurales Lernen/ Gedächtnis, Exekutivfunktionen, Visuokonstruktion/ visuell-räumliche Leistungen, basale sprachliche und rechnerische Leistungen* insgesamt durchschnittliche bis teilweise überdurchschnittliche Ergebnisse.

Die zeitliche mentale Belastbarkeit war für eine 3 ¾-stündige Untersuchung – unterbrochen durch eine Rauchpause – ausreichend. Gemäss eigenanamnestischen Angaben besteht eine erhöhte Ermüdbarkeit im Tagesverlauf.

Da kognitive Leistungen von einer Vielzahl von Faktoren (u.a. Psychopathologische Symptomatik, Müdigkeit, Schmerzen, Schlafvermögen, Medikamente, Drogenkonsum) abhängig sind, sind – trotz grundsätzlich unauffälliger kognitiver Leistungsfähigkeit – intermittierende Leistungsschwankungen möglich.

(...)

8. Arbeitsfähigkeit

8.1 Arbeitsfähigkeit in bisheriger Tätigkeit

8.2 Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit

Es finden sich keine kognitiven Dysfunktionen, die sich auf die Tätigkeit als Schreiner oder auf eine bildungsentsprechende Verweistätigkeit aus rein neuropsychologischer Sicht leistungsmässig einschränkend auswirken.

Die Ausbildungsfähigkeit für eine niveauentsprechende Verweistätigkeit ist leistungsmässig nicht eingeschränkt.

Die zeitliche mentale Belastbarkeit war für eine 3¾-stündige Untersuchung ausreichend. Wir können die zeitliche mentale Belastbarkeit über einen längeren Zeitrahmen (Arbeitstag/ Arbeitswoche) nicht beurteilen. Gemäss eigenanamnestischen Angaben besteht aktuell eine erhöhte Ermüdbarkeit/ Erschöpfbarkeit.

2.11.1 Am 10. September 2020 wurde der Versicherte vom psychiatrischen Gutachter Dr.med. G._____ untersucht. Nach einem Explorationsgespräch von nicht ganz zwei Stunden teilte der Versicherte mit, dass er erschöpft sei und die Untersuchung nicht fortsetzen könne, was vom Gutachter respektiert wurde. Zudem teilte der Versicherte mit, dass er seit ca. 3 Wochen in stationärer Behandlung bei der PUK Zürich sei. Bei dieser Sachlage teilte der Gutachter der IV-Stelle am 10. September 2020 mit, es sei zweckmässig, den Abschluss der PUK-Therapie abzuwarten (IV-act. 105-1/3).

2.11.2 Am 7. Oktober 2020 forderte die IV-Stelle mit entsprechender Vollmacht von der PUK Zürich erfolglos den Austrittsbericht an (IV-act. 107f.). Daraufhin forderte die IV-Stelle den Austrittsbericht vom Rechtsvertreter an (IV-act. 109), was vom letzteren am 3. Dezember 2020 umgesetzt wurde (IV-act. 113f.). Im Austrittsbericht vom 30. Oktober 2020 zur Hospitalisation vom 19. August 2020 bis 2. Oktober 2020 stellten AE._____ und Dr.med. R._____ folgende Diagnosen (IV-act. 114-1/10):

Diagnosen

- F33.2 Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome
- F10.2 Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Abhängigkeitssyndrom
- F12.2 Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide: Abhängigkeitssyndrom
- F43.1 Komplexe posttraumatische Belastungsstörung
- F51.5 Alpträume und Insomnie (DD i.R. F43.1)
- F13.1 Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika: Schädlicher Gebrauch
- F61 Vorbeschrieben: Kombinierte Persönlichkeitsstörung mit emotional-instabilen und narzisstischen Anteilen
- J44.93 COPD Gold Stadium I

Der Eintritt erfolgte freiwillig auf Zuweisung des Ambulatoriums Selnaustrasse zum Alkoholentzug und -Entwöhnung sowie bei depressiver Symptomatik, Angstzuständen und Panikattacken bei vorbeschriebener posttraumatischer Belastungsstörung sowie Abhängigkeitssyndrom von Cannabinoiden und mindestens schädlichem Gebrauch von Benzodiazepinen (IV-act. 114-1/10 unten). Des Weiteren wurde der Verlauf hinsichtlich der verschiedenen Aspekte (PTBS/ Depressivität/ Verhaltensstörungen durch Alkohol, Cannabinoide und Sedativa/ Alpträume und Insomnie/COPD) dargelegt und dabei u.a. festgehalten, dass die Kriterien für eine Persönlichkeitsstörung nach Massgabe der durchgeführten Testung nicht erfüllt wurden, allerdings das Testergebnis sich nur bedingt mit dem Bild der klinischen Präsentation decke (IV-act. 114-6/10 oben). Die Beurteilung fassten die erwähnten PUK-Fachpersonen wie folgt zusammen (IV-act. 114-6/10 unterhalb der Mitte):

Die beschriebenen Abhängigkeitssyndrome von Alkohol und Cannabinoiden sowie den mind. schädlichen Gebrauch von Benzodiazepinen ordnen wir am ehesten als dysfunktionale Copingstrategien im Umgang mit dem Beschwerdebild der komplexen posttraumatischen Belastungsstörung ein sowie zur Emotionsregulation.

Dementsprechend empfehlen wir bei ausreichend stabilem Zustandsbild eine integrative Trauma-fokussierte psychotherapeutische Behandlung.

2.11.3 Nach Zustellung des PUK-Austrittsberichts wurde der psychiatrische Gutachter am 3. Dezember 2020 gebeten, mit der Begutachtung fortzufahren (IV-act. 115), worauf ein weiterer Untersuchungstermin für den 9. Februar 2021 angesetzt wurde. Der Versicherte teilte am 23. Dezember 2020 mit, dass er wieder stationär untergebracht sei (IV-act. 117-1/2). Am 8. Februar 2021 teilte der Rechtsvertreter der IV-Stelle (unter Mitgabe eines ärztlichen Attests) mit, dass der Versicherte reiseunfähig sei und deswegen nicht an der geplanten Begutachtung vom 9. Februar 2021 teilnehmen könne (IV-act. 123f.). Ein neuer Untersuchungstermin wurde für den 6. Mai 2021 vereinbart, wobei der Rechtsvertreter

des Versicherten von der IV-Stelle aufgefordert wurde, den letzten Austrittsbericht der PUK ZH zu beschaffen, nachdem letztere die Herausgabe an die IV-Stelle verweigerte (IV-act. 131).

2.11.4 Am 4. Juni 2021 ging bei der IV-Stelle ein teilweise geschwärzter Austrittsbericht vom 16. März 2021 ein, welcher den PUK-Aufenthalt vom 18. Dezember 2020 bis 29. Januar 2021 betraf (IV-act. 134). Diesem Bericht sind u.a. folgende Angaben zu entnehmen (IV-act. 134-3/19):

Diagnosen

- F43.1 Posttraumatische Belastungsstörung
- F33.2 Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome
- F61 Kombinierte Persönlichkeitsstörung mit emotional-instabilen und narzisstischen Anteilen
- F12.2 Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide: Abhängigkeitssyndrom
- F10.2 Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Abhängigkeitssyndrom
- F13.2 Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika: Abhängigkeitssyndrom
- F17.2 Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak: Abhängigkeitssyndrom
- J44.93 COPD Gold Stadium I
- G47.32 Leichtgradige nächtliche Hypoventilation
- K29.7 B-Gastritis
- B98.0! Helicobacter pylori als Erreger
- R07.0 Halsschmerzen
- U99.0! Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf SARS-CoV-2

Der Klinikeintritt sei freiwillig zur Distanzgewinnung zum Alkohol sowie zur Traumatherapie bei vorbeschriebenem Abhängigkeitssyndrom von Alkohol, Cannabinoiden und Benzodiazepinen sowie einer komplexen posttraumatischen Belastungsstörung erfolgt (IV-act. 134-4/19 oben). Hinsichtlich Substanzanamnese wurde u.a. ausgeführt, dass der Versicherte zuletzt unregelmässig (nicht täglich) bis zu drei Liter Bier konsumiert habe, zudem täglich THC (unklare Menge) sowie Benzodiazepine (Temesta) bis zu 3 mg pro Tag (IV-act. 134-4/19 unten). Der Versicherte habe am multimodalen Therapieprogramm der Station teilgenommen, zudem seien regelmässige psychotherapeutische Gespräche erfolgt; auch fand eine ausführliche Beratung durch den hausinternen Sozialdienst statt (IV-act. 134-6/19 oben). Der Austritt erfolgte im gegenseitigen Einvernehmen bei fehlenden akuten Gefährdungsaspekten in die ambulante Nachbehandlung sowie in die vorbestehenden Wohn- und Sozialverhältnisse; zudem wurde ein Wiederein-

tritt zur Fortsetzung der stationären Behandlung für 12. März 2021 geplant (IV-act. 134-7/19 oberhalb der Mitte).

2.11.5 Die dritte Hospitalisation bei der PUK ZH erfolgte vom 26. März 2021 bis zum 7. Mai 2021. Im Austrittsbericht vom 2. August 2021 wurden die bereits bekannten Diagnosen wiederholt (IV-act. 137). Der Versicherte habe sich zum Zeitpunkt des Eintritts stark verzweifelt gezeigt. Seit dem letzten Austritt "sei einfach alles schiefgelaufen". Er mache sich grosse Sorgen aufgrund der voranschreitenden COPD, er werde sterben, wenn er nicht bald aufhören könne zu rauchen, dessen sei er sich bewusst. Es bestehe eine depressive Symptomatik mit starker Antriebslosigkeit, Anhedonie und Stimmungstief, ferner diffuse Ängste. Im Rahmen der posttraumatischen Belastungsstörung berichte der Versicherte von weiterhin bestehenden, stark belastenden Flashbacks, Intrusionen und Alpträumen. Der Konsum habe im Rahmen der erwähnten Belastung wieder zugenommen, er trinke täglich Bier (2-6 Bier), rauche Cannabis (täglich) und nehme bis zu 3 mg Temesta (IV-act. 137-2/8). Hinsichtlich des Verlaufs in der Klinik wurde u.a. ausgeführt, dass der Versicherte am multimodalen Therapieprogramm der Station teilgenommen habe (analoge Ausführungen wie bei der 2. PUK-Hospitalisation). Der Versicherte habe sich initial gegen eine erneute klassische antidepressive Medikation aufgrund der bisher erlebten Nebenwirkungen von gastrointestinalen Beschwerden und zunehmender Intensivierung von Alpträumen (welche der Versicherte der Pharmakotherapie zuordne) entschieden. Psychotherapeutisch sei der Schwerpunkt auf Beziehungsaufbau, Ressourcenaktivierung und -Stärkung sowie Aufdecken und versuchsweise Korrigieren von Grundannahmen und Glaubenssätzen gelegen (IV-act. 137-4/8). Dieser dritte Austrittsbericht der PUK ZH wurde am 9. August 2021 auch dem psychiatrischen Gutachter zugestellt (IV-act. 138).

2.12.1 Am 28. Juli 2021 hat Dr.med. G._____ sein versicherungspsychiatrisches Gutachten fertiggestellt, welches (abgesehen von den medizinischen Akten) auf zwei Untersuchungsgesprächen (vom 10.9.2020 und vom 6.5.2021) basiert. Dieses Gutachten gliedert sich u.a. in folgende Abschnitte (IV-act. 139-7ff./95):

- Ausgangslage/ Abwicklung des Gutachtensauftrages/ Anlass und Umstände der Begutachtung/ Fragestellung/ fallspezifische Fragen;
- Auflistung der zur Verfügung gestellten Akten (inkl. nachträglich zur Verfügung gestellte Akten);
- die Untersuchungen durch den Referenten;
- die vom Versicherten zur Verfügung gestellten Akten;
- Zusammenfassung der aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht relevanten Akten (ab IV-act. 139-13ff./95);

- Systematische Anamnese (ab IV-act. 139-23ff./95);
- Befragung/ Exploration vom 10.09.2020 (ab IV-act. 139-26ff./95);
- Befragung/ Exploration vom 6.5.2021 (ab IV-act. 139-30ff./95);
- Handschriftlicher Brief des Versicherten vom 5.5.2021 an den Gutachter (IV-act. 139-33/95);
- Strukturelle Selbstbeurteilung (IV-act. 139-33f./95);
- Befunde/ Verhaltensbeobachtungen (ab IV-act. 139-34ff./95);
- Psychopathologischer Befunde (ab IV-act. 139-37ff./95);
- Einschätzung der Suizidalität (IV-act. 139-39/95);
- Laboruntersuchungen (IV-act. 139-39ff./95);
- Testpsychologische Untersuchungen (Montgomery and Asberg Depression Rating Scale MADRS/ Minnesota Multiphasic Personality Inventory 2 Restructured Form MMPI-2-RF, ab IV-act. 139-41ff./95);
- Diagnosen (Auflistung und Herleitung, ab IV-act. 139-44f./95);
- Medizinische und versicherungsmedizinische Beurteilung (ab IV-act. 139-52/95, inkl. Stellungnahme zur Persönlichkeit, besonders im Hinblick auf die Ressourcenlage des Versicherten und Stellungnahme zu Unterstützung oder Schwierigkeiten im sozialen Umfeld);
- Beurteilung des bisherigen Verlaufs von Behandlungen, Rehabilitationen, Eingliederungsmassnahmen etc. (ab IV-act. 139-55ff./95);
- Beurteilung von Konsistenz und Plausibilität (inkl. Stellungnahme zu allfälligen Diskrepanzen, IV-act. 139-57ff./95);
- Würdigung von Fähigkeiten, Ressourcen und Belastungen (ab IV-act. 139-61ff./95);
- Beantwortung von Fragen (v.a. Arbeitsfähigkeit in der bisherigen und in angepasster Tätigkeit, ab IV-act. 139-65ff./95).

2.12.2 Als massgebliche Diagnosen wurde im Gutachten vom 28. Juli 2021 was folgt aufgelistet (IV-act. 139-44/95):

Persönlichkeitsstörung (ICD10 F68.8)

- bei einem rezidivierenden Schmerzsyndrom in der Folge eines Arbeitsunfalls im 03/2016;
- bei belastenden Lebensereignissen
- mit gegenwärtig regelmässigem Gebrauch ärztlich verordneter Benzodiazepine (Lorazepam) sowie anamnestisch vermehrtem Gebrauch von Alkohol und Cannabinoiden

2.12.3 Hinsichtlich des massgebenden Arbeitsfähigkeitsgrades gelangte der Gutachter zum Ergebnis, dass unter Einbezug der Beurteilung in der Rehaklinik Bellikon (vom 2.9.2016) die bisherige Tätigkeit als Fenstermonteur nicht mehr länger zumutbar sei (IV-act. 139-65/95 oben), derweil die Arbeitsfähigkeit in einer den Einschränkungen optimal angepassten Tätigkeit wie folgt veranschlagt wurde (IV-act. 139-65/95 unten, 139-66/95):

Die Defizite im Bereich der Flexibilität/ Umstellungsfähigkeit und der Selbstbehauptungsfähigkeit sowie die interaktionellen Defizite sollten toleriert, bestenfalls gemildert werden (bspw. mit Job Coaching). Die VP kann von einem Arbeitsplatz profitieren, bei dem ein verbindlicher, aber beweglicher Rahmen sowie Motivation und Kontrolle in einer wohlwollenden, familiären Arbeitsatmosphäre geboten werden. Schicht- und Akkordarbeit, hohe Verantwortung, Führungsaufgaben und komplexe Aufgaben unter Zeitdruck sind zu vermeiden.

Eine Minderung der Arbeitsfähigkeit in einer Tätigkeit als Schreiner oder einer bildungsentsprechenden Verweistätigkeit besteht aus neuropsychologischer Sicht nicht. Die Ausbildungsfähigkeit für eine niveauentsprechende Verweistätigkeit ist leistungsmässig ebenfalls nicht eingeschränkt. Rein neuropsychologisch ist die Fahreignung gegeben.

Welche maximale Präsenz wäre in einer solchen Tätigkeit möglich (in Stunden pro Tag)?

Ganztags.

Besteht während dieser Anwesenheitszeit auch eine Einschränkung der Leistung in einer solchen Tätigkeit?

Ja

Wenn ja, in welchem Umfang und warum?

Eine Einschränkung der Leistung von 40% ist aufgrund interaktioneller Defizite mit weiteren Einschränkungen im Bereich der Flexibilität/ Umstellungsfähigkeit und der Selbstbehauptungsfähigkeit anzunehmen. Die Limitierung des Aktivitätenniveaus ergibt sich für alle vergleichbaren Lebensbereiche aufgrund deutlicher Abweichungen im Wahrnehmen, Denken, Fühlen und in den Beziehungen zu anderen (Einschränkungen in der Anspannungs- und Emotionsregulation sowie interaktionelle Defizite mit paranoidem und zwanghaftem Kontaktverhalten, reduzierter Leistungsfähigkeit sowie rezidivierenden depressiven und neurasthenischen Verstimmungen.

Wie gross schätzen Sie insgesamt die Arbeitsfähigkeit in einer solchen Tätigkeit im freien Arbeitsmarkt, bezogen auf ein 100%-Pensum?

60%

Wie ist der zeitliche Verlauf der Entwicklung dieser Arbeitsfähigkeit?

Bis 03/2016 wird keine längerdauernde Minderung der Arbeitsfähigkeit in der realen Arbeitswelt bzw. am angestammten Arbeitsplatz als Fenstermonteur bzw. als (Hilfs-)Schreiner dokumentiert.

2.12.4 In der interdisziplinären Gesamtbeurteilung (Konsensbeurteilung, im Austausch zwischen dem psychiatrischen Gutachter Dr.med. S._____ und der neuropsychologischen Gutachterin lic.phil. T._____) wurden die bereits unter Erwägung 2.12.2 wiedergegebenen Diagnosen wiederholt (IV-act. 139-3/95) sowie die unter Erwägung 2.12.3 zusammengefasste Arbeitsfähigkeitsbeurteilung bestätigt (IV-act. 139-5/95).

2.12.5 Nachdem die IV-Stelle nachträglich den Austrittsbericht zum stationären Aufenthalt des Versicherten in der PUK Zürich (vom 26.3.2021 bis 27.5.2021) erhalten hatte, unterbreitete sie diesen Bericht dem Gutachter, welcher in seiner

Stellungnahme vom 31. August 2021 zum Ergebnis gelangte, aufgrund dieses Austrittsberichts ergebe sich aus versicherungspsychiatrischer Sicht keine Änderung an der im Gutachten vom 28. Juli 2021 enthaltenen Beurteilung (IV-act. 141).

2.13 Der RAD-Psychiater X._____ (zertif. medizinischer Gutachter SIM) beurteilte in seiner Stellungnahme vom 30. September 2021 das neuropsychologische und das psychiatrische Gutachten sowie die interdisziplinäre Gesamtbeurteilung als nachvollziehbar (IV-act. 143).

2.14 In einer Eingabe vom 22. Dezember 2021 an die IV-Stelle verwies der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers einerseits auf einen Bericht des Orthopäden Dr.med. L._____ vom 19. Oktober 2021, welcher in seiner Beurteilung im Vordergrund stehende thorakolumbale Rückenschmerzen erwähnte, die sich bei statischer Haltearbeit (zum Beispiel in der Küche stehen oder vor dem PC beim E-Mail-Verkehr) verstärken würden. Im MRI von HWS, BWS und LWS habe er keine korrelierende Pathologie gefunden, er gehe von muskulären Schmerzen aus, welche zum einen von einem Trainingsmangel herrühren und zum andern durch seine psychische Situation getriggert und verstärkt würden:

Am nachhaltigsten und mit am wenigsten Nebenwirkungen dürfte sich regelmässige Bewegung auswirken. Ich habe ihm auch erklärt, dass nichts Schlimmes vorliegt (IV-act. 162-7/8).

Andererseits verwies der Rechtsvertreter auf einen Austrittsbericht des AMEOS Seeklinikum in Brunnen, wo sich der Versicherte vom 9. bis 17. November 2021 aufgehalten hatte. In diesem Austrittsbericht wurden folgende Diagnosen aufgelistet (IV-act. 162-1/8):

- F33.2 Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome
- F43.1 Komplexe posttraumatische Belastungsstörung
- F51.0 Nichtorganische Insomnie
- G47.31 Obstruktives Schlafapnoe-Syndrom (AHI 3.0/h unter APAP-Therapie)

Zur Frage der Arbeitsfähigkeit wurde im Austrittsbericht nicht *expressis verbis* Stellung genommen. Hingegen wurde u.a. darauf hingewiesen, dass der Versicherte am 16. November 2021 entschieden habe, die stationäre psychiatrische Behandlung frühzeitig abubrechen (um sich einer Leistenoperation zu unterziehen), mit dem klaren Wunsch, die stationäre Behandlung zu einem späteren Zeitpunkt wieder aufzunehmen (IV-act. 162-4/8 oben).

2.15 In der Folge unterbreitete die IV-Stelle am 3. Februar 2022 dem Gutachter die Einwände des Rechtsvertreters des Versicherten (IV-act. 165). In der Antwort

vom 9. Februar 2022 wurde die Fragestellung, ob wesentliche neue Angaben formuliert worden seien, im Ergebnis verneint. Des Weiteren wurde sinngemäss ausgeführt, dass die postulierten Diagnosen nicht hinreichend erörtert worden sowie die objektiven psychopathologischen Befunde spärlich und unspezifisch seien (IV-act. 166-2/3 Mitte). Insgesamt sah der Gutachter keinen Anlass, von seiner Einschätzung im Gutachten abzuweichen (IV-act. 166-3/3).

3. Eine gerichtliche Würdigung der vorliegenden Unterlagen, der gesundheitlichen Situation des Versicherten und des ganzen Verlaufs seit Oktober 2014 (als er aufgrund seiner Situation den Notfall des Spitals Einsiedeln aufgesucht hatte, vgl. Erw. 2.1.1) zeitigt die nachfolgend dargelegten Ergebnisse.

3.1.1 Vorab ist festzuhalten, dass umfangreiche medizinische Unterlagen vorliegen, welche sich zur gesundheitlichen Situation des Beschwerdeführers äussern.

3.1.2 Was die *somatischen* Beeinträchtigungen des Versicherten anbelangt, ist unbestritten, dass seit dem Unfall vom 1. März 2016 auf einer Baustelle die angestammte, körperlich stark belastende Tätigkeit als Fenstermonteur nicht mehr länger zumutbar ist. Dies wird namentlich auch durch die Beurteilung der arbeitsbezogenen Leistungsfähigkeit in der Rehaklinik Bellikon dokumentiert (vgl. IV-act. 11-9ff./23).

3.1.3 Hingegen körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeiten sind dem Versicherten *aus somatischer Sicht* grundsätzlich möglich und zumutbar. Dafür sprechen namentlich folgende Aspekte:

- dass bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit in der Rehaklinik Bellikon ausdrücklich festgehalten wurde, das Ausmass der demonstrierten physischen Einschränkungen lasse sich mit den objektivierbaren pathologischen Befunden der klinischen Untersuchung und bildgebenden Abklärung grundsätzlich nicht erklären (IV-act. 11-10/23);
- dass bei der Untersuchung des Versicherten am 22. August 2016 (und mithin etwas mehr als 5½ Monate nach dem Unfall vom 1.3.2016) der Orthopäde Dr.med. L._____ nicht verstehen konnte, dass der Versicherte sein begonnenes Studium unterbrochen hatte, weshalb er auf eine relevante psychische Komponente verwies (IV-act. 13-9/13) und die Wiederaufnahme des Studiums und sportlicher Aktivitäten (Schwimmen, Velofahren) empfahl (IV-act. 13-10/13);
- dass bei der beruflichen Standortbestimmung vom 7. November 2016 ein relevantes Eingliederungspotenzial für eine berufliche Umorientierung bzw. Umschulung klar bejaht wurde (IV-act. 16-2f./7), was sich damit deckt, dass der Versicherte zu jener Zeit Ausbildungszertifikate erwarb (IV-act. 24-6f./16);
- dass der Hausarzt Dr.med. U._____ eine Umschulung befürwortete und diesbezüglich ein Hilfsmittel (ergonomischer Stuhl) beantragte (IV-act. 25);

- dass der Beschwerdeführer sich selber am 4. Mai 2017 für eine Bürotätigkeit (im Bereich Management, Organisation, v.a. Immobilienbranche) als arbeitsfähig erachtete (IV-act. 36-1/15) und auf Stellensuche war (IV-act. 36-3/15 unten);
- dass der Beschwerdeführer sich beim RAV Lachen meldete und Anspruch auf 226 Taggelder der Arbeitslosenversicherung hatte (IV-act. 36-8/15 unten);
- dass gemäss dem Austrittsbericht vom 15. März 2018 der Klinik Clenia Littenheid hinsichtlich der somatischen Anamnese abgesehen von bewegungsbezogenen Einschränkungen durch Schmerzen in der Nackenmuskulatur und der HWS keine weiteren körperlichen Leistungseinbussen festgestellt wurden (IV-act. 47-10/13, unterhalb der Mitte; analog wurde im Austrittsbericht vom 11.10.2018 zur 3. Hospitalisation in der Klinik Littenheid im Rahmen des somatischen Konsils einzig auf aktuell erhöhte Blutdruckwerte verwiesen, IV-act. 52-2/5 unten);
- und dass der RAD-Facharzt für Orthopädie in seiner Würdigung der medizinischen Aktenlage aus somatisch-orthopädischer Sicht keine wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (für adaptierte Tätigkeiten, unter Ausschluss der angestammten Tätigkeit als Fenstermonteur) veranschlagte (IV-act. 58-5/7), was vor Gericht unwidersprochen geblieben ist., zumal in der vorliegenden Beschwerde (S. 16) ausdrücklich vorgebracht wird, dass der Beschwerdeführer "nun schon seit Jahren mit psychischen Problemen" kämpft, ohne in diesem Kontext relevante somatische Einschränkungen zu thematisieren.

3.2 In der Folge ist zu prüfen, wie hoch der Arbeitsfähigkeitsgrad des Versicherten nach Massgabe seines psychischen Gesundheitszustandes festzulegen ist. Die Parteien sind sich grundsätzlich insoweit einig, dass aus psychiatrischer Sicht eine rentenrelevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit besteht, allerdings ist das Ausmass streitig. Während die Vorinstanz gestützt auf die psychiatrischen und neuropsychologischen Gutachten (vom 28.7.2021 bzw. 18.6.2020) eine Einschränkung von 40% (bzw. eine verbliebene Arbeitsfähigkeit von 60%) anerkannt hat, wird in der Beschwerde bezüglich des psychischen Zustandes eine vollständige Arbeitsunfähigkeit geltend gemacht, welche namentlich mit Ausführungen der behandelnden Fachpersonen und eines den Versicherten unterstützenden Paters des Klosters (Bf-act. 8) untermauert wird.

3.3 Bevor auf die Fragestellung, inwiefern das psychische Leiden des Versicherten invalidisierend wirkt, näher eingegangen wird, ist an dieser Stelle die Aufgabe des angerufenen Gerichtes nochmals hervorzuheben. Nach der aktuellen Rechtsprechung des Bundesgerichts ist es dem kantonalen Gericht verwehrt, bei einem psychiatrischen, lege artis erstellten Fachgutachten, welches grundsätzlich die höchstrichterliche Indikatorenrechtsprechung berücksichtigt und dabei die relevanten Themenkreise ausreichend abhandelt, eine davon losgelöste "Parallelüberprüfung nach besserem juristischen Wissen und Gewissen" durchzuführen (vgl. Erw. 1.6.2f. mit Verweis auf das 9C_439/2021 vom 13.4.2022).

3.4.1 Der Aufbau des zu prüfenden psychiatrischen Gutachtens wurde in Erwägung 2.12.1 im Einzelnen aufgeführt und gibt grundsätzlich keinen Anlass zur Beanstandung, jedenfalls ist - bezogen auf den Aufbau - nicht ersichtlich, inwiefern dieses Gutachten den fachlichen Anforderungen nicht genügen sollte.

3.4.2 Die Kritik in der Beschwerde (Ziff. 4) knüpft sinngemäss daran an, dass der Gutachter den unfallbedingten Aufenthalt in der Rehaklinik Bellikon und die sich damals zeigende psychische Problematik als Ausgangspunkt genommen habe. Was daran nicht lege artis sein soll, bleibt unerfindlich, zumal der Beschwerdeführer bis zum angesprochenen Unfall (1.3.2016) und dem anschliessenden Verlust der Stelle bei der A._____ AG - einmal abgesehen von Phasen, in welchen er Arbeitslosentaggelder bezog (vgl. IV-act. 10-3/4: Aug./Sept. 2009; Jan./Febr. 2010; Mai 2011; Febr./März 2014) - bei verschiedenen Arbeitgebern vollzeitlich erwerbstätig war und ein existenzsicherndes Einkommen bezog.

3.4.3 Soweit der Beschwerdeführer kritisiert, dass der Gutachter sich mit früheren Berichten des Sozialpsychiatrischen Dienstes (SPD) bzw. von Dr.med. I._____ (= Bf-act. 5 bis 7 bzw. oben, Erw. 2.1.1 bis 2.1.3) nicht auseinandergesetzt habe, übersieht er, dass diese psychiatrische Vorgeschichte ausdrücklich im psychiatrisch-psychologischen Konsilium der Rehaklinik Bellikon thematisiert wurde, wobei der Versicherte damals - gemäss den Aufzeichnungen im Konsilium - ausführte, dass er "einige psychotherapeutische Gespräche bei Dr. I._____" wahrgenommen habe, "weil er einfach eine aussenstehende Fachperson gebraucht habe, um darüber sprechen zu können; unter spezifischen Symptomen habe er nicht gelitten" (vgl. IV-act. 11-22/23 unten). Dass diese Aufzeichnungen falsch seien, wird vor Gericht nicht geltend gemacht. Im Übrigen wurde die damalige Konsultation beim SPD bzw. bei Dr. I._____ im Gutachten ausdrücklich berücksichtigt (vgl. IV-act. 139-28/95 oben).

Nachdem der Beschwerdeführer damals (hinsichtlich seiner erwähnten Kontakte mit dem SPD) selber spezifische Symptome verneinte, trifft weder die mit dem psychiatrisch-psychologischen Konsilium der Rehaklinik Bellikon betrauten Fachpersonen (Dr.med. K._____, Dr.phil. Z._____, IV-act. 11-11/23) noch den Gutachter Dr.med. G._____ ein Vorwurf, dass aus einer solchen Vorgeschichte keine psychische Störung mit relevanter Herabsetzung der Arbeitsfähigkeit abgeleitet wurde. Analog ist auch der (sinngemässe) Einwand in der Beschwerde (S. 7 unten) nicht zu hören, bei der Herleitung der Diagnose (im Gutachten S. 38) seien bis zum Unfall vom 1.3.2016 zu Unrecht keine psychopathologischen Auffälligkeiten (mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit) einbezogen worden. Wenn nun der Beschwerdeführer Jahre später vor Gericht einen gegen-

teiligen Standpunkt einnimmt und relevante, die Arbeitsfähigkeit herabsetzende Symptome bereits vor dem erwähnten Unfall geltend macht, kann er aus einer solchen nachträglichen Änderung seiner Argumentation nichts zu seinen Gunsten ableiten. Dies gilt erst recht, als der Beschwerdeführer (bzw. Rechtsvertreter) am 22. Dezember 2021, nachdem er Einblick (mittels einer aktualisierten CD) in die IV-Akten erhalten hatte, weitere medizinischen Berichte nachgereicht hat (von der Tell-Klinik sowie von der AMEOS Klinik Einsiedeln, vgl. IV-act. 161 und 162), allerdings damals (22.12.2021) selber noch keinen Anlass sah, die erwähnten (früheren) Gespräche mit Dr. I. _____ als besonders wichtig hervorzuheben.

3.4.4 Abgesehen davon fällt bei den erwähnten Berichten von Dr. I. _____ auf, dass der Versicherte die medikamentöse Behandlung wegen Nebenwirkungen nach kurzer Zeit absetzte und letztmals im August 2015 beim SPD erschien (ohne einen weiteren vereinbarten Termin einzuhalten), worauf Dr. I. _____ das Dossier mit der Einschätzung abschloss, dass die schwierigen Umstände am letzten Arbeitsplatz sowie die Umstände hinsichtlich des Todes des Bruders zu einer "affektiven Labilisierung und Überforderung" geführt hätten (Bf-act. 7).

3.4.5 Soweit in der Beschwerde (S. 5) argumentiert wird, auch der Orthopäde Dr.med. V. _____ habe in seinem Bericht vom 26. August 2015 eine psychische Komponente erwähnt (IV-act. 13-9/13 unten), kann aus einer solchen Komponente grundsätzlich nicht auf eine psychische Störung mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bzw. invalidisierender Wirkung geschlossen werden.

3.5 In Anbetracht dieser konkreten Umstände kommt der damaligen Beurteilung der Sachverständigen der Rehaklinik Bellikon (u.a. Dr.med. W. _____ / Dr.phil. Z. _____) eine besondere Bedeutung zu, welche im Rahmen der aktuellen klinischen Untersuchungen u.a. eine erhebliche Symptomausweitung feststellten. Den Sachverständigen fiel damals u.a. auf:

- dass der Versicherte bei gutem Effort eine bessere Leistung hätte erbringen können, als er bei den Leistungstests zeigte, weshalb die Resultate der physischen Leistungstests für die Beurteilung der zumutbaren Belastbarkeit nur teilweise verwertbar seien (IV-act. 11-10/23 oben);
- dass das Ausmass der demonstrierten physischen Einschränkungen sich mit den objektivierbaren pathologischen Befunden der klinischen Untersuchung und bildgebenden Abklärung kaum erklären liessen (IV-act. 11-10/23 oberhalb Mitte);
- dass keine psychische Störung erkennbar war, welche eine arbeitsrelevante Leistungsminderung begründen könnte (IV-act. 11-10/23 Mitte);
- dass bei den physischen Hebe- Haltungs- und Beweglichkeitstests von einer höheren Belastbarkeit ausgegangen wurde, als der Versicherte zeigte (IV-act. 11-13/23 unten);

- dass die Schmerzangaben des Versicherten sich mehrheitlich nicht einer bekannten Funktionsstörung zuordnen liessen (IV-act. 11-16/23 Mitte);
- dass der Versicherte hinsichtlich des Schmerzverhaltens eine übertriebene Abwehrreaktion bei der klinischen Untersuchung zeigte (schon bei geringer Berührung der schmerzhaften Bereiche zum Teil sehr stark ausgeprägtes Schmerzgebaren, vgl. IV-act. 11-16/23 unterhalb der Mitte);
- dass das Leistungsverhalten des Versicherten als schlecht beurteilt wurde, u.a. weil er sich auch "in nicht betroffenen Bereichen" nicht bis an eine beobachtbare funktionelle Leistungsgrenze belasten liess (IV-act. 11-16/23 unten);
- und dass die Konsistenz hinsichtlich "klinische Untersuchung und Tests/ Aktivitäten" sowie hinsichtlich "Angaben und Tests/Aktivitäten" sowie hinsichtlich "Handkraft" ausdrücklich als schlecht beurteilt wurde (mit konkreten Beispielen, siehe die Auflistung in IV-act. 11-17/23 oben, u.a.: Der Patient zeigte bei der klinischen Untersuchung einen Finger-Boden-Abstand von 20 cm, während er bei der Testung den Boden bei gestreckten Knie praktisch berühren konnte).

Im Lichte solcher Inkonsistenzen war und ist es weiterhin nachvollziehbar, dass im Rahmen des psychiatrisch-psychologischen Konsiliums in der Rehaklinik Bellikon die Voraussetzungen für die Annahme einer psychischen Störung mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit als nicht gegeben erachtet wurden. Analog durfte auch der psychiatrische Gutachter Dr.med. G._____ auf die dargelegten Erkenntnisse anlässlich des stationären Aufenthalts in der Rehaklinik Bellikon aufbauen, zumal der Beschwerdeführer vor Gericht nicht plausibel begründet hat, inwiefern sein inkonsistentes Verhalten in Bellikon für den weiteren Verlauf zu relativieren wäre. Anzuführen ist, dass es den Sachverständigen grundsätzlich möglich sein muss, ein für den Exploranden unvoreilhaftes Untersuchungsergebnis klar und deutlich auszusprechen und ihre Sicht der Dinge darzulegen, ohne dass deshalb auf eine Voreingenommenheit geschlossen werden darf (vgl. statt vieler VGE I 2022 33 vom 29.8.2022 Erw. 3.1 mit Hinweisen, u.a. auf VGE III 2015 142 vom 24.9.2015 Erw. 2.5.3; Urteil EVGE I 38/98 vom 6.9.1999 i.Sa. M. Erw. 3b in fine; siehe auch BGE 132 V 110 Erw. 7.2.2).

3.6 Soweit in der Beschwerde (S. 8 oben) die Bedeutung einer neuropsychologischen Untersuchung mit Symptomvalidierung hervorgehoben wurde, verhält es sich so, dass eine solche Abklärung vorgenommen wurde. Gemäss dem neuropsychologischen Teilgutachten vom 4. Juni 2020 machte der Versicherte geltend, aufgrund seiner schlechten psychischen Befindlichkeit, seiner Schmerzen und seiner generellen Hoffnungslosigkeit könne er sich nicht vorstellen, zu arbeiten (IV-act. 100-3/9 unten). Diese subjektive Überzeugung, nicht mehr arbeiten zu können, kontrastiert mit den Ergebnissen der neuropsychologischen Untersuchungsbefunde. Der Versicherte konnte sich gut auf diese Untersuchung einlassen, arbeitete kooperativ, bei gegebener Anstrengungsbereitschaft; er konnte flexibel zwischen den Anforderungen wechseln, er arbeitete konzentriert, mit un-

auffälligem Tempo und bei guter Sorgfaltsleistung; es fanden sich keine Hinweise auf kognitive Funktionsstörungen (IV-act. 100-7/9 unten). Die zeitliche mentale Belastbarkeit war für eine Untersuchung mit einer Zeitdauer von 3¾ Stunden (einzig unterbrochen durch eine Rauchpause) gemäss Einschätzung der Psychologinnen ausreichend (IV-act. 100-8/9 oben). Weshalb im Lichte eines solchen kognitiven Leistungsvermögens (unbesehen der subjektiven Überzeugung, nicht mehr arbeiten zu können) der Versicherte aus invalidenversicherungsrechtlicher Sicht vollständig arbeitsunfähig sein soll, bleibt hier unerfindlich, denn der Versicherte hat bei den erwähnten Untersuchungen und Testungen gezeigt, dass er über relevante Ressourcen verfügt, soweit er zu entsprechenden Handlungen motiviert ist bzw. wird.

3.7.1 In der Beschwerde (ab Ziff. 6) wird gegen das psychiatrische Gutachten namentlich eingewendet, der Sachverständige hätte abklären müssen, ob eine somatoforme Schmerzstörung vorliege (S. 7 unten), und dass es nicht schlüssig sei, weshalb eine depressive Störung negiert werde (S. 10). Des Weiteren wird zusammenfassend insbesondere gerügt, es sei keine hinreichende Auseinandersetzung mit den abweichenden Beurteilungen der behandelnden Fachpersonen und den Berichten zu den aktenkundigen Hospitalisationen erfolgt.

3.7.2 Hier zeigt sich einmal mehr die unterschiedliche Natur von Begutachtungs- und Behandlungsauftrag. Diesbezüglich ist zu beachten, dass namentlich für die therapeutisch behandelnden Fachpersonen mit ihrem besonderen Vertrauensverhältnis zu den Patienten, welche die geklagten Beschwerden als Faktum hinzunehmen haben, die Rechtsprechung zur Beweiswürdigung von Berichten von Hausärzten gilt (vgl. statt vieler VGE I 2020 18 vom 18.5.2020 Erw. 8.5 mit Hinweisen, u.a. auf Urteil des Bundesgerichts 8C_663/2007 vom 4.8.2008 Erw. 4.2). In diesem Kontext fällt entscheidend ins Gewicht, dass in den vorliegenden Berichten der behandelnden Fachpersonen nicht dokumentiert ist, dass ihnen sämtliche medizinischen Akten des IV-Dossiers bekannt seien, namentlich auch das in der Rehaklinik Bellikon erarbeitete psychiatrisch-psychologische Konsilium mit den dargelegten Inkonsistenzen. Soweit aber die angesprochenen Behandler keinerlei Kenntnisse von solchen Inkonsistenzen (inkl. Selbstlimitierungen) haben, vermögen ihre abweichenden Einschätzungen die Ergebnisse des psychiatrischen Gutachtens grundsätzlich nicht umzustossen. Der Argumentation in der Beschwerde (S. 18), wonach die im Recht liegenden Berichte eindeutig seien und einen krankhaften Zustand belegen würden, welcher die Annahme einer Arbeitsfähigkeit schlichtweg verbiete, könnte allenfalls dann beigespflichtet werden, wenn überhaupt keine Anhaltspunkte für inkonsistentes Verhalten bzw. Aggravation vorlägen bzw. sich die behandelnden Ärzte mit den angesprochenen Inkonsistenzen auseinandergesetzt hätten.

sistenzen expressis verbis auseinandergesetzt und diese nachvollziehbar relativiert hätten, was nach dem Gesagten nicht zutrifft.

3.7.3 Zutreffend und hier nachvollziehbar sind hingegen die Ausführungen in der vorinstanzlichen Vernehmlassung (Ziff. 2), wonach der Gutachter als Diagnosen eine Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F68.8) herleiten konnte bei einem rezidivierenden Schmerzsyndrom in der Folge eines Arbeitsunfalls im März 2016. Als Teil bzw. Ausdruck der Persönlichkeitsstörung wurden depressive Syndrome, ein (somatoformes) Schmerzsyndrom sowie der dysfunktionale Gebrauch von Alkohol, Cannabinoiden und Benzodiazepinen thematisiert. Von besonderer Bedeutung ist namentlich, dass der Gutachter darlegte, weshalb er die ICD-10 Kriterien für eine gegebenenfalls eigenständige depressive Episode als nicht erfüllt beurteilte (IV-act. 139-47/95), analog wurde auch hinreichend erläutert, weshalb nicht von einer somatoformen Schmerzstörung auszugehen ist (IV-act. 139-48f./95). Sodann befasste sich der Gutachter auch mit der Fragestellung einer posttraumatischen Belastungsstörung (IV-act. 139-50/95) sowie mit der Selbsteinschätzung des Versicherten (IV-act. 139-48/95). Es leuchtet ein, dass beim Versicherten Einschränkungen in der Anpassungs- und Emotionsregulation sowie interaktionale Defizite aufgrund der zunehmend prominenten Pathologie der Persönlichkeit im Vordergrund stehen. Depressive Symptome sind im vorliegenden Fall somit als Ausdruck seiner Überforderung aufgrund seiner Persönlichkeitsanteile (bspw. narzisstisches Selbstverständnis, emotionale Instabilität, geringe Frustrationstoleranz) zu verstehen. Die vom Versicherten aufgeführten psychopathologischen (subjektiven) Beschwerden und die geringen entsprechenden (objektiven) Befunde lassen sich hinreichend als Teil bzw. Ausdruck seiner Pathologie der Persönlichkeit verstehen (IV-act. 139-51/95). Hervorzuheben ist die Konsistenzprüfung (Ziff. 7.3) des Gutachtens, welche u.a. ein auffälliges Antwortverhalten ergab (widerwillig, ausweichend, allgemein, vage, pauschal, oberflächlich, etc. siehe IV-act. 139-58/95), wobei u.a. das Vorbringen der Klagen appellativ und demonstrativ wirkte (IV-act. 139-59/95) sowie u.a. auffiel, dass der Versicherte, je mehr Beschwerden erfragt wurden, desto mehr er bejahte (IV-act. 139-60/95). Mit der Vorinstanz ist festzuhalten, dass das vorliegende psychiatrische Gutachten die Qualitätsleitlinien für versicherungspsychiatrische Gutachten erfüllt, zumal der psychopathologische Befund nach AMDP erhoben wurde, die Diagnosen entsprechend den ICD-10 Kriterien geprüft wurden sowie das Gutachten auch die Indikatorenrechtsprechung hinreichend berücksichtigte.

3.8 Im Lichte all dieser Ausführungen ist es mit Blick auf die dem kantonalen Gericht durch die höchstrichterliche Rechtsprechung untersagte "Parallelüberprüfung" (welche - wäre sie zulässig - allenfalls auch auf einen etwas geringeren

Arbeitsfähigkeitsgrad hinauslaufen könnte) nicht zu beanstanden, dass die Vorinstanz in der angefochtenen Verfügung den Beweiswert des interdisziplinären Gutachtens anerkannt hat, auch wenn das Gutachten gewisse Schwachpunkte aufweist und es wünschbar gewesen wäre, dass die fachliche Auseinandersetzung mit Berichten behandelnder Fachpersonen etwas ausführlicher erfolgt wäre. Zusammenfassend sieht das Gericht keinen Anlass, ein weiteres Gutachten einzuholen, zumal im Rahmen einer zulässigen antizipierten Beweiswürdigung die festgestellten Inkonsistenzen grundsätzlich nicht wediskutiert werden können und insoweit die Annahme einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit aus psychiatrischer Sicht nicht in Frage kommen kann, mit anderen Worten es letztlich auf eine etwas andere Einschätzung des Umfangs der verbliebenen zumutbaren Arbeitsfähigkeit hinauslief.

3.9 An dieser Stelle drängen sich noch folgende Bemerkungen auf zur nicht einfachen Einschätzung des massgebenden Arbeitsfähigkeitsgrades eines Versicherten, dessen psychische Gesundheitssituation in relevantem Masse auch durch Inkonsistenzen geprägt ist, welche nach der Aktenlage von den behandelnden Fachpersonen (auch denjenigen der Klinik) nicht thematisiert wurden (offenbar weil ihnen solche im Verlauf festgestellten Inkonsistenzen nicht bekannt sind). Um bei dieser Sachlage allen Eventualitäten gerecht zu werden und auch dem vom Gesetzgeber geforderten Grundsatz des einfachen und raschen Verfahrens (Art. 61 lit. a ATSG) Rechnung zu tragen (siehe dazu die IV-Anmeldung vom 21.9.16 und mithin vor mehr als 6 Jahren!), rechtfertigt es sich in diesem konkreten Fall beim Einkommensvergleich bzw. bei der Festlegung des massgebenden Invalideneinkommens - entgegen der Auffassung der Vorinstanz - einen leidensbedingten Abzug zu gewähren, wobei in einer solchen Vorgehensweise auch Züge einer vermittelnden Vergleichslösung enthalten sind (siehe nachfolgend Erw. 4.2.2).

3.10 Am dargelegten Ergebnis vermögen sämtlichen weiteren Einwände und Vorbringen des Beschwerdeführers vor Gericht hier nichts zu ändern. Unbehelflich ist namentlich auch der Verweis auf das verwaltungsgerichtliche Verfahren III 2021 140 vom 28. Oktober 2021, weil im dortigen Verfahren keine Hinweise auf die oben ausgeführten Inkonsistenzen ersichtlich waren.

4.1 Beim Einkommensvergleich hat die Vorinstanz in der angefochtenen Verfügung ein Valideneinkommen von Fr. 73'201.30 (per 2020) ermittelt. Der beanwaltete Beschwerdeführer hat dagegen vor Gericht nichts vorgebracht, weshalb sich weitere Ausführungen dazu erübrigen.

4.2.1 Auch die Herleitung eines Invalideneinkommens aus der Schweizerischen Lohnstrukturhebung (LSE 2018, TA 1, Kompetenzniveau 1, indexiert per 2020), wonach ein Arbeitnehmer in einer einfachen und repetitiven Hilfsarbeitertätigkeit grundsätzlich einen Durchschnittsverdienst von Fr. 68'906.-- erzielen kann, wird in der vorliegenden Beschwerde nicht beanstandet. Davon berücksichtigte die Vorinstanz ausgehend von einer gutachtlich ermittelten Arbeitsfähigkeit von 60% insgesamt Fr. 41'343.60 ($68'906 \times 0.60$), ohne einen leidensbedingten Abzug zu gewähren.

4.2.2 Im Gutachten wird die Einschränkung der Leistungsfähigkeit um 40% "aufgrund interaktioneller Defizite mit weiteren Einschränkungen im Bereich der Flexibilität/ Umstellungsfähigkeit und der Selbstbehauptungsfähigkeit" begründet (IV-act. 139-66/95). Indessen werden im Gutachten weitere Aspekte thematisiert, welche bei einer angepassten Tätigkeit zu berücksichtigen wären, insbesondere eine "wohlwollende, familiäre Arbeitsatmosphäre" und das Vermeiden von "Schicht- und Akkordarbeit", von hoher Verantwortung, von Führungsaufgaben und das Vermeiden von komplexen Aufgaben unter Zeitdruck (vgl. IV-act. 139-65/95 unten). Diese vom Gutachter formulierten Vorgaben rechtfertigen es im konkreten Fall (unter Einbezug der Ausführungen unter Erwägung 3.9), entgegen der Auffassung der Vorinstanz bei der Festlegung des massgebenden Invalideneinkommens einen leidensbedingten Abzug zu gewähren, welcher ermessensweise auf 15% festgelegt wird. Damit ist das massgebende Invalideneinkommen auf Fr. 35'142.05 zu veranschlagen ($68'906 \times 0.60 \times 0.85$).

4.3 Bei einem unbestrittenen Valideneinkommen von Fr. 73'201.30 und einem massgebenden Invalideneinkommen von Fr. 35'142.05 resultiert ein IV-Grad von aufgerundet 52% ($73'201.30 \text{ minus } 35'142.05 = 38'059.25$; $38'059.25 : 73'201.30 \times 100 = 51.99$). Damit ist dem Beschwerdeführer ein Anspruch auf eine halbe IV-Rente zu gewähren. Die Beschwerde wird insoweit teilweise im Sinne der Erwägungen gutgeheissen, als dem Versicherten mit Wirkung ab 1. Januar 2018 eine halbe IV-Rente (statt eine Viertelsrente) zugestanden wird. Soweit der Beschwerdeführer einen höheren Rentenanspruch geltend macht, wird die Beschwerde als unbegründet abgewiesen.

4.4 Diesem Ergebnis entsprechend werden die Verfahrenskosten zu 3/5 dem Beschwerdeführer und zu 2/5 der Vorinstanz auferlegt. Auf das Inkasso des den Beschwerdeführer treffenden Verfahrenskostenanteils wird unter Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege verzichtet.

4.5 Analog wird dem beanwalteten Beschwerdeführer für das dargelegte Obsiegen zulasten der Vorinstanz eine (reduzierte) Parteientschädigung zugesprochen.

Für die Höhe des Honorars ist auf den kantonalen Gebührentarif für Rechtsanwälte (GebTRA, SRSZ 280.411) abzustellen, welcher in Verfahren vor dem Verwaltungsgericht in § 14 einen Rahmen von Fr. 300.-- bis Fr. 8'400.-- vorsieht. Nach § 2 GebTRA ist die Vergütung nach der Wichtigkeit der Streitsache, ihrer Schwierigkeit, dem Umfang und der Art der Arbeitsleistung sowie dem notwendigen Zeitaufwand zu bemessen. Unter Berücksichtigung all dieser Aspekte wird die reduzierte Parteientschädigung für das Teilobsiegen auf Fr. 1'150.-- (inkl. MwSt und Auslagen) festgelegt.

Soweit der Beschwerdeführer vor Gericht nicht obsiegt, wird ihm die unentgeltliche Rechtsverteidigung gewährt und das entsprechende Honorar nach den gleichen, vorerwähnten Grundsätzen auf Fr. 1'650.-- festgelegt.

Demnach erkennt das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird im Sinne der Erwägungen teilweise gutgeheissen. Die angefochtene Verfügung vom 16. August 2022 wird dahingehend abgeändert, dass der Beschwerdeführer mit Wirkung ab 1. Januar 2018 (anstelle einer Viertelsrente) Anspruch auf eine halbe IV-Rente (IV-Grad 52%) hat. Die Nachzahlung der entsprechenden Rentenbeträge ist Sache der Verwaltung. Im Übrigen wird die Beschwerde abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten werden auf Fr. 500.-- festgelegt und der Vorinstanz zu 2/5 (Fr. 200.--) sowie dem Beschwerdeführer zu 3/5 (Fr. 300.--) auferlegt. Die Vorinstanz hat ihren Verfahrenskostenanteil von Fr. 200.-- innert 30 Tagen seit Zustellung dieses Entscheids auf das Postkonto des Gerichts IBAN CH10 0900 0000 6002 2238 6 zu bezahlen. Der andere (dem Beschwerdeführer auferlegte) Verfahrenskostenanteil von Fr. 300.-- wird infolge Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege und mit Vorbehalt der Rückerstattungspflicht auf die Gerichtskasse genommen.
3. Dem Beschwerdeführer wird zu Lasten der IV-Stelle für das dargelegte Obsiegen im Verfahren vor Gericht eine reduzierte Parteientschädigung von Fr. 1'150.-- (inkl. Auslagen und MwSt) zugesprochen.
4. Soweit er obsiegt, wird ihm die unentgeltliche Rechtsverteidigung gewährt und Rechtsanwalt lic.iur. D. _____ als unentgeltlicher Rechtsbeistand bestellt. Das ihm zu Lasten des Gerichts zustehende Honorar wird auf Fr. 1'650.-- (inkl. Auslagen und MwSt) festgelegt.
5. Der Beschwerdeführer hat die Beträge von Fr. 300.-- (Verfahrenskostenanteil) und Fr. 1'650.-- (unentgeltliche Rechtsverteidigung) dem Gericht zurückzuerstatten, wenn er dazu innert 10 Jahren seit Rechtskraft dieses Entscheids in der Lage ist (§ 75 Abs. 3 VRP).
6. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit Zustellung Beschwerde* in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten beim Bundesgericht, Schwanenhofquai 6, 6004 Luzern, erhoben werden (Art. 42 und 82ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht [BGG; SR 173.110] vom 17.6.2005).

Soweit die Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten nicht zulässig ist, kann in derselben Rechtsschrift subsidiäre Verfassungsbeschwerde* erhoben und die Verletzung von verfassungsmässigen Rechten gerügt werden (Art. 113ff. BGG).

7. Zustellung an:

- den Rechtsvertreter des Beschwerdeführers (2/R)
- die Vorinstanz (R)
- und das Bundesamt für Sozialversicherungen BSV, Bern (A).

Schwyz, 10. November 2022

Im Namen des Verwaltungsgerichts

Der Vizepräsident:

Die a.o. Gerichtsschreiberin:

***Anforderungen an die Beschwerdeschrift**

Die Beschwerdeschrift ist in einer Amtssprache (Deutsch, Französisch, Italienisch, Rumantsch Grischun) abzufassen und hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift zu enthalten. In der Begründung ist in gedrängter Form darzulegen, inwiefern der angefochtene Entscheid Recht verletzt. Die Urkunden, auf die sich die Partei als Beweismittel beruft, sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat; der angefochtene Entscheid ist beizulegen.

Versand: 16. November 2022