

Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz Kammer I



I 2022 62

Entscheid vom 12. Juli 2023

Besetzung

lic.iur. Thomas Rentsch, Vizepräsident
Dr.med. Urs Gössi, Richter
Dr.med. Pierre Lichtenhahn, Richter
MLaw Joëlle Sigrist, Gerichtsschreiberin

Parteien

A._____,
Beschwerdeführer,
vertreten durch Rechtsanwalt lic.iur. B._____,

gegen

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

Gegenstand

Invalidenversicherung (Leistungen)

Sachverhalt:

A. A._____ war ab 2009 bei der C._____ AG (Brandschutz) in einem 100% Pensum als Servicetechniker / Feuerlöscherkontrolleur im Aussendienst angestellt, als er sich am 16. Oktober 2020 (Posteingang) bei der IV-Stelle Schwyz zum Leistungsbezug anmeldete. Als gesundheitliche Beeinträchtigung nannte er "Post-Covid 19" bestehend seit 25. März 2020 (IV-act. 1, 15-1f./20).

B. In der Folge tätigte die IV-Stelle Schwyz Abklärungen, woraus sich u.a. ergab, dass A._____ im März 2020 positiv auf SARS-CoV-2 getestet worden und eine Quarantäne im häuslichen Umfeld erfolgt sei. Ab Anfang Mai 2020 sei A._____ wieder zu 100% berufstätig gewesen, habe jedoch bei persistierender Beeinträchtigung seiner Leistungsfähigkeit, chronischem trockenem Husten, thorakalem Stechen und Abgeschlagenheit die gewohnte Leistung nicht erbringen können (IV-act. 14-35/38). Nach Zuweisung durch den Hausarzt wurde A._____ durch die Klinik für Pneumologie des J._____ (Spital) am 14. August 2020 eine volle Arbeitsunfähigkeit attestiert (letzter effektiver Arbeitstag am 13.8.2020, IV-act. 15-1/20) und zur Durchführung weiterer Untersuchungen sowie einer ambulanten pulmonalen Rehabilitation in das K._____ (Spital) überwiesen (IV-act. 14-36/38; vgl. Arztbericht des K._____ (Spital) vom 20.8.2020, IV-act. 14-31/38). Vom 7. September 2020 bis 17. Oktober 2020 befand sich A._____ zur stationären pneumologischen Rehabilitationsbehandlung in der L._____ (Klinik) (IV-act. 14-9/38). Am 18. Oktober 2020 erfolgte der Übertritt in die psychosomatische Rehabilitation der L._____ (Klinik), wo sich A._____ bis am 7. November 2020 in Behandlung befand (IV-act. 16). Vom 29. April 2021 bis 26. Mai 2021 kam es erneut zur psychosomatischen stationären Rehabilitation in der L._____ (Klinik) (KV-act. 5-1/61).

Die Arbeitgeberin kündigte am 10. Februar 2021 das Arbeitsverhältnis per 9. Mai 2021 (IV-act. 32; KV-act. 4-3/18).

C. Am 18. Mai 2021 erstattete die M._____ dem Krankentaggeldversicherer ein bidisziplinäres Gutachten (Neurologie, Psychiatrie) (KV-act. 5-24/61). Am 22. September 2021 erfolgte zudem ein pneumologisches M._____ - Gutachten (KV-act. 5-9/61).

D. Die IV-Stelle Schwyz sah mit Vorbescheid vom 20. Januar 2022 vor, das Leistungsbegehren abzuweisen und einen Anspruch auf eine Invalidenrente zu verneinen (IV-act. 57). Dagegen liess A._____ am 17. Februar 2022 Einwände erheben (IV-act. 58). Mit Verfügung vom 20. September 2022 wies die IV-

Stelle Schwyz das Leistungsbegehren ab und verneinte den Anspruch auf eine Invalidenrente (IV-act. 69).

E. Mit Eingabe vom 21. Oktober 2022 (= Datum der Postaufgabe) lässt A._____ gegen die Verfügung vom 20. September 2022 fristgerecht Beschwerde beim Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz erheben mit den folgenden Anträgen:

1. Die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 20. September 2022 sei aufzuheben;
2. Die Beschwerdegegnerin sei anzuweisen, den Grad der Invalidität des Beschwerdegegners abzuklären und festzulegen und eine entsprechende IV-Rente bzw. IV-Leistungen zu bestimmen und mittels anfechtbarer Verfügung gegenüber dem Beschwerdeführer neu zu verfügen;
3. Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen (zzgl. MwSt.) zulasten der Beschwerdegegnerin

F. Mit Vernehmlassung vom 3. Januar 2023 beantragt die IV-Stelle Schwyz die Abweisung der Verwaltungsgerichtsbeschwerde unter Kostenfolge zu Lasten des Beschwerdeführers.

Das Verwaltungsgericht zieht in Erwägung:

1.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1] vom 6.10.2000). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [IVG; SR 831.20] vom 19.6.1959). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG). Arbeitsunfähigkeit ist die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Art. 6 ATSG).

1.2.1 Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können (Bst. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens zu 40% arbeitsunfähig gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40% invalid sind (lit. c).

1.2.2 Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG (in der bis 31.12.2021 geltenden Fassung) besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70%, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60% invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50% besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40% ein solcher auf eine Viertelsrente.

Gemäss der ab 1. Januar 2022 geltenden Gesetzesrevision "Weiterentwicklung der IV" (WEIV), wird die Höhe des Rentenanspruchs in prozentualen Anteilen an einer ganzen Rente festgelegt (Art. 28b Abs. 1 IVG). Dieses neue System gilt für alle ab 1. Januar 2022 zugesprochenen Renten (vgl. Dupont, Weiterentwicklung der IV, SZS 2022, S. 7).

Erfolgt die Verfügung über die erstmalige Rentenzusprache nach dem 1. Januar 2022, welche aber einen Rentenanspruch vor dem 1. Januar 2022 begründet, sind die Bestimmungen des IVG und diejenigen der IVV in der Fassung gültig bis 31. Dezember 2021 massgebend (Kreisschreiben über Invalidität und Rente in der Invalidenversicherung, KSIR [Fassung ab 1.1.2022] Rz. 9101; KOSS - Gerber, Art. 28b IVG, N 102). Dies gilt auch bei erstmalig abgestuften bzw. befristeten Rentenzusprachen und Revisionsfällen (KSIR Rz. 9102).

1.2.3 Vorliegend hat die Vorinstanz einen Rentenanspruch des Beschwerdeführers am 20. September 2022, also nach dem 1. Januar 2022 verneint. Zu beurteilen war jedoch ein geltend gemachter Anspruch der über die Zeit vor dem 1. Januar 2022 zurückreicht (dem Beschwerdeführer wurde spätestens ab dem 14.8.2020 eine volle, mindestens jedoch eine 50%-ige, Arbeitsunfähigkeit attestiert, die einjährige Wartefrist wäre somit ohne wesentlichen Unterbruch der minimalen Arbeitsunfähigkeit von 40% spätestens am 14.8.2021 abgelaufen bzw. ein Rentenanspruch würde allenfalls spätestens ab diesem Zeitpunkt bestehen). Es sind daher die bis 31. Dezember 2021 gültigen Bestimmungen anwendbar.

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 ver-

bliebene Arbeitsfähigkeit in zumutbarer Weise wirtschaftlich zu verwerten (BGE 109 V 25 E. 3d). Wer nicht mindestens teilweise arbeitsunfähig ist, kann auch nicht erwerbsunfähig und mithin nicht invalid sein (vgl. BGE 105 V 139 E. 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 E. 1a). Mit dem Untersuchungsgrundsatz korrelieren die Mitwirkungspflichten der versicherten Person, indem diese zur Abklärung des Sachverhaltes beitragen muss (vgl. Meyer/Reichmuth, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Bundesgesetz über die Invalidenversicherung IVG, 4. Aufl., Zürich 2022, Art. 53-57 IVG N 10 mit Verweis auf BGE 122 V 157 E. 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 (vgl. BGE 140 V 193 E. 3.1 f.; BGE 125 V 256 E. 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 E. 3a; 122 V 157 E. 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 gege-

benen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 351 E. 3a; BGE 134 V 231 E. 5.1).

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 BGer 9C_437/2012 vom 6.11.2012 E. 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 substanziell 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 E. 1 begründete und in zahllosen Urteilen bestätigte Rechtsprechung, z.B. BGE 132 V 93 E. 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 Beweiswürdigung Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 351 E. 3b/bb).

1.6 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 (vgl. BGE 143 V 409 bzw. BGE 143 V 418 betr. Anwendbarkeit des strukturierten Beweisverfahrens auf depressive Störungen leicht bis mittelgradiger Natur bzw. grundsätzlich auf sämtliche psychischen Erkrankungen). 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 E. 5.2).

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. Urteile BGer 9C_77/2015 vom 27.3.2015 E. 5.4; 9C_78/2014 vom 18.3.2014 E. 4; I 676/05 vom 13.3.2006 E. 2.4 mit Hinweisen).

1.8 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 (E. 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 soll nicht stattfinden (BGE 141 V 281 E. 5.2.3; Urteil BGer 8C_260/2017 vom 1.12.2017 E. 4.2.5 m.H.).

1.9 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. Aufl., Rz. 153; Urteil BGer 8C_424/2010 vom 19.7.2010 E. 3.2.3 mit Verweis auf BGE 134 I 140 E. 5.3).

1.10 Im Übrigen beschränkt sich der gerichtliche Überprüfungszeitraum grundsätzlich auf den Sachverhalt, wie er sich bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung (hier: Verfügung vom 20.9.2022) verwirklicht hat. Die rechtsanwendenden Behörden haben aber spätere Berichte und Dokumente in die Beurteilung miteinzubeziehen, sowie sie Rückschlüsse auf die im Zeitpunkt des Abschlusses des Verwaltungsverfahrens gegebene Situation erlauben (vgl. Urteil BGer 8C_503/2021 vom 18.11.2021 E. 4.1 mit Hinweisen, u.a. auf BGE 121 V 362 E. 1b; Urteile BGer 9C_534/2018 vom 15.2.2019 E. 2.1 und 8C_71/2017 vom 20.4.2017 E. 8.3).

2.1 Die Vorinstanz hält in ihrer Verfügung u.a. fest, dass der Beschwerdeführer im März 2020 an COVID-19 erkrankte und ab 14. August 2020 eine Arbeitsunfähigkeit attestiert worden sei. Aus dem Gutachten der Krankentaggeldversicherung gehe hervor, dass aus pneumologischer sowie neurologischer Sicht keine Arbeitsunfähigkeit bestehe. Aus psychiatrischer Sicht bestehe aufgrund der Be-

einträchtigung von Stimmung und Antrieb, affektiver Schwingungsfähigkeit und auch Kognition eine derzeit noch auf 50% herabgesunkene Arbeitsfähigkeit. Dies gelte für sämtliche Tätigkeiten. Mit dem Wiedererlangen einer 100%-igen Arbeitsfähigkeit sei aus psychiatrischer Sicht spätestens per Ende Juni 2021 zu rechnen. Aus der Stellungnahme des N._____) gehe hervor, dass vom 14. August 2020 bis 30. Juni 2021 eine 50%-ige Arbeitsunfähigkeit in sämtlichen Tätigkeiten vorgelegen habe. Ab 1. Juli 2021 liege eine 100%-ige Arbeitsfähigkeit für leichte, mittelschwere Tätigkeiten mit voller Leistungsfähigkeit vor. Die Einschätzung des Krankentaggeld-Gutachtens könne übernommen werden. Hinsichtlich der somatischen Diagnosen (Pneumologie, Neurologie) bestehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Da der Beschwerdeführer ab 1. Juli 2021 in einer angepassten Tätigkeit wieder zu 100% arbeitsfähig sei und somit innerhalb der einjährigen Wartefrist wieder eine volle Arbeitsfähigkeit erlangt habe, bestehe kein Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung. Seitens der L._____(Klinik) würden psychosoziale Gründe mit Folgen verschiedener Befindlichkeiten / Symptome (Grübeln, Angst um Berufsverbot, Erschöpfung, Gereiztheit, Ungeduld) im Sinne einer Arbeitsunfähigkeitsrelevanz erwähnt. Der neu erwähnte Testosteronmangel sei ein gut behandelbares Krankheitsbild, ebenso wie die erwähnten Schlafstörungen. Hier sei eine Optimierung der Maskenbehandlung, z.B. im Rahmen eines stationären Settings und/oder der Einsatz eines schlafanstossenden bzw. durchschlaffördernden Medikamentes möglich. In der - vom Beschwerdeführer mit den Einwänden - beigefügten Aktenlage fänden sich keine neuen Arbeitsunfähigkeits-relevanten Diagnosen.

2.2 Der Beschwerdeführer bestreitet mit Beschwerde vom 21. Oktober 2022, dass die Vorinstanz die effektiven Grade der Arbeitsunfähigkeit und deren Dauer korrekt berücksichtigt hat. Der Beschwerdeführer sei vom 14. August 2020 bis 30. September 2021 zu 100% und ab 1. Oktober 2021 bis 31. Januar 2022 zu 80% und somit durchgehend mindestens zu 80% arbeitsunfähig gewesen. Auch mit dem neu eingereichten Schreiben der L._____(Klinik) vom 19. April 2022 sei eine Arbeitsunfähigkeit von 70% attestiert worden, womit ein Anspruch auf IV-Leistungen bestehe.

2.3 Mit Vernehmlassung vom 3. Januar 2023 verweist die Vorinstanz u.a. erneut auf die Gutachten der Krankentaggeldversicherung, welchen gemäss Vorinstanz volle Beweiskraft zukomme, sowie die Beurteilungen des N._____.

3. Den vorliegenden Akten lassen sich zur Entwicklung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers sowie zur Arbeitsfähigkeit u.a. die nachfolgend aufgeführten Angaben entnehmen:

3.1 Aus dem Arztbericht der Klinik für Pneumologie des J. _____ (Spital) vom 14. August 2020 ergibt sich was folgt (IV-act. 14-35f./38):

Diagnose

1. Persistierender Husten, Belastungsdyspnoe und thorakales Stechen nach COVID-Infektion

- DD postinfektiös
- DD Lungenfibrose

2. St.n. SARS-CoV-2 Infektion 03/2020

Jetziges Leiden

Der Patient wurde im März bei Auftreten von Husten und Fieber positiv auf SARS-CoV-2 getestet. Es erfolgte eine Quarantäne im häuslichen Umfeld. Die Symptomatik mit ausgeprägter Abgeschlagenheit und Müdigkeit, Fieber, Husten, Geschmacksverlust war nach symptomatischer Therapie mit Dafalgan regredient. Die Ehefrau und vermutlich auch ihr Sohn waren ebenfalls betroffen.

Seit Anfang Mai ist der Patient in seinem Beruf als Feuerwehrmann und Brandschutzexperte (zu >80% körperliche Tätigkeiten) wieder zu 100% tätig, kann aber aufgrund von einer persistierenden Beeinträchtigung seiner Leistungsfähigkeit, chronischem trockenem Husten, thorakalem Stechen und Abgeschlagenheit die gewohnte Leistung nicht erbringen. Er muss am Tag mehrfach Pausen einlegen, um das Arbeitspensum bewältigen zu können. Eine sichere Leistungserbringung im Rahmen der Feuerwehreinsätze ist auch nicht gewährleistet.

Im Rahmen seines Berufs macht der Patient regelmässig Fitnesstraining, auch dies sei aktuell nicht möglich. Normalerweise beinhaltet das Training 30min Kardio und anschliessend Gewichtstraining, wobei er nun nicht einmal mehr das Kardiostraining absolvieren kann. Das Liegen auf dem Rücken bereite ihm Luftnot und tw sehe er bei Anstrengung schwarz vor Augen/Sternchen vor den Augen. Vor einer Woche war er beim Hausarzt, der ihm Symbicort verschrieben hat, das habe nur zu einer leichten Verbesserung der Beschwerden geführt, ohne Einfluss auf das Stechen in der Brust.

Bis zur COVID-Infektion war der Patient immer gesund und beschwerdefrei.

(...)

Beurteilung

(...)

Lungenfunktionell findet sich, bei nicht reproduzierbarem Manöver und ausgeprägten Hustenartefakten und somit eingeschränkter Interpretierbarkeit, der Hinweis auf eine Restriktion mit einer eingeschränkten FVC ohne Obstruktion, sowie eine leichtgradig eingeschränkte Diffusionmessung. Hinweise auf eine Gasaustauschstörung liegen bei normalen Blutgasen und normaler AaDO₂ jedoch nicht vor. In der klinischen Untersuchung konnte eine Sklerosiphonie ausgeschlossen werden und im Röntgenthorax (...) zeigen sich keine retikulären Veränderungen oder anderweitige Verschattungen.

Aufgrund der Symptomatik ist der Patient in seinem aktuellen Beruf nicht arbeitsfähig, weshalb wir ihn krank geschrieben und weitere Untersuchungen (HRCT Tho-

rax, Spiroergometrie), sowie die Durchführung einer ambulanten pulmonalen Rehabilitation empfohlen haben.

3.2 In der Folge nahm Dr.med. O. _____ (Facharzt FMH für Innere Medizin und Pneumologie) weitere Abklärungen vor und hielt im Bericht vom 20. August 2020 u.a. was folgt fest (IV-act. 14-31/38):

Diagnosen:

1. Vd.a. Vocal Cord Dysfunction Syndrom
 - St.n. SARS-COV-2-Infektion 03/2020
 - Vd. auf obstruktive Ventilationsstörung
 - Chronische Müdigkeit und Leistungsschwäche
 - St. nach SARS-COVID-19-Infekt.

Beurteilung und Vorschlag zum Procedere:

(...) Bei klinisch unauffälligen Befunde zeigt das CT Thorax vom 20.08.2020 keine Auffälligkeiten, insbesondere keine Lungenparenchymveränderungen, was gut zu den lungenfunktionellen Befunden passt. Auch bei uns gestalteten sich die lungenfunktionellen Untersuchungen schwierig. Die Spirometrie vor der Spiroergometrie am 19.08.2020 zeigte einen leicht eingeschränkten forzierten Tiffeneau, sowie z.T. eingeschränkte kleine Flusswerte - bei allerdings fraglich repräsentativer Untersuchung. Anlässlich der Spiroergometrie konnte eine leichtgradig eingeschränkte körperliche Leistungsfähigkeit objektiviert werden. Auffällig war vor allem eine intermittierende Dyspnoesymptomatik bei gleichzeitigem passagerem Auftreten eines «Boxmusters» in der Flussvolumenkurve. Bei im CT Thorax völlig offenen Atemwegen und unauffälligen Verhältnissen im Bereich Larynx muss von einer Funktionsstörung im Bereiche der Stimmbänder (Vocal Cord Dysfunction Syndrom) ausgegangen werden. Daneben ist eine leichte obstruktive Ventilationsstörung möglich, wie ich sie nun bei Patienten nach Covid-19-Infekt mehrmals gesehen habe. (...)

3.3 Der Beschwerdeführer befand sich vom 7. September 2020 bis zu 17. Oktober 2020 in der pneumologischen stationären Rehabilitationsbehandlung in der L. _____ (Klinik). Im Bericht vom 3. November 2020 wurden folgende Diagnosen festgehalten (IV-act. 14-9/38):

1. COVID-19-Infektion 3/2020

- Leicht eingeschränkte LVEF ca. 45% (ED 9/2020 mit Nachlastreduktion begonnen, LVEF ca. 60% 29.09.2020)
- SIQIII-Lagetyp bei Übergewicht, unauffälligem Echo und unauffälliger Spiroergometrie.

2. Restriktive, teils obstruktive Ventilationsstörung

- Hinweise für das Vorliegen eines Asthma bronchiale (Eosinophile Zellen 300/ul, kutane Sensibilisierung gegen Roggenpollen)

3. Mittelgradige depressive Episode, Verlegung in die Abteilung Psychosomatik am 17.10.2020

4. Mittel- bis schwergradiges obstruktives Schlafapnoe-Syndrom

- Therapie mit APAP Airsense 10 Autoset 8-12 mbar eingeleitet, Full-Face-Maske Amara view L Fullface

5. Seborrhisches Ekzem mit Superinfektion

6. Linksseitige Nasenatmungseinschränkung, ORL-Abklärung empfohlen

Bei Eintritt klagte der Beschwerdeführer über Belastungsdyspnoe schon bei leichter Tätigkeit, teils trockenen, teils produktiven Husten, intermittierendes thorakales Stechen und Druckgefühl, ausgeprägte Müdigkeit mit ca. 14 Stunden Schlaf pro Tag, Abgeschlagenheit auch in der restlichen Zeit, anhaltend verlegte Nasenatmung mit deutlich verringertem Geruchs- und Geschmacksempfinden, Einschlaf- und Durchschlafstörungen sowie deutlich verringerte psychologische Toleranz gegenüber Stress und insbesondere Lärm (IV-act. 14-10/38). Nachdem sich durch die intensive pneumologische und kardiologische Therapie keine zufriedenstellende Besserung des Allgemeinzustandes und der allgemeinen körperlichen Leistungsfähigkeit erreichen liess und sich beim Beschwerdeführer Hinweise für eine deutliche psychosomatische Komponente sowie ein deutliches psychosomatisches Beschwerdebild zeigten, erfolgte am 17. Oktober 2020 der Übertritt von der pneumologischen Rehabilitation in die psychosomatische Rehabilitation (IV-act. 14-18/38).

3.4 Nach pneumologischer Verlaufskontrolle bei Dr.med. O._____ wurden am 30. November 2020 folgende Diagnosen festgehalten (IV-act. 14-6/38):

1. COVID-19-Infekt 03/2020
 - Mittelgradig depressives Zustandsbild
 - Deutliche Dekonditionierung
 - Gewichtszunahme von rund 20kg (von 95kg auf 114kg, Grösse 180cm)
 - Lungenfunktionell nicht beurteilbar wegen Kooperationsproblemen bei den Lungenfunktionstest.
 - Keine Desaturation bei Belastung auf der Treppe.
2. Mittel bis schwergradiges obstruktive Schlafapnoesyndrom
 - Unter auto-CPAP-Therapie

In der Beurteilung wurde ein weiterhin wenig erfreulicher Verlauf geschildert. Der vor der COVID-19-Infektion fitte Beschwerdeführer leide weiterhin an einer eingeschränkten körperlichen Leistungsfähigkeit und einer depressiven Stimmungslage. Rein klinisch würden sich keine Hinweise finden, dass der Beschwerdeführer einen relevanten Lungenschaden erlitten habe. Die Anstrengungsdyspnoe werde vor allem durch eine erhebliche Gewichtszunahme von 20kg verursacht. Der Treppentest habe klar gezeigt, dass der Beschwerdeführer unter Belastung nicht desaturiere, d.h. der Gasaustausch normal funktioniere. Zudem hätten sich keine Hinweise für eine obstruktive Pneumopathie und das früher, anlässlich einer Spiroergometrie, vermutete Vocal-Cord-Dysfunktion-Syndrom sei auch nicht mehr manifest. Das wichtigste sei, dass der Beschwerdeführer wieder regelmässig trainiere und sein Gewicht relevant reduziere (IV-act. 14-7f./38).

3.5 Gemäss Arztbericht des Hausarztes med.pract. D._____ (Allgemeine Innere Medizin FMH) vom 17. Dezember 2020 ist der Beschwerdeführer seit 9.

April 2020 bei ihm in Behandlung. Zudem attestierte er eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit ab dem 10. April 2020 bis 31. Dezember 2020. Nach der Erst-Diagnose COVID-19 im März 2020 und persistierenden Beschwerden im weiteren Verlauf diagnostizierte der Hausarzt (mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit) ein Long-Covid-Syndrom; eine restriktive, teils obstruktive Ventilationsstörung sowie eine depressive Episode; und (ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit) ein mittel- bis schwergradiges OSAS. Der Beschwerdeführer leide an deutlich körperlichen Einschränkungen und verfüge über eine Konzentrationsfähigkeit von ca. 30 Minuten (IV-act. 14-2f./38).

3.6 Der Bericht zum psychosomatischen Klinikaufenthalt vom 18. Oktober 2020 bis 7. November 2020 von Dr.med. E. _____ (Chefarzt Psychosomatik) erfolgte am 22. Dezember 2020. Darin wurde was folgt festgehalten (IV-act. 16-1f./6):

Hauptdiagnosen

1. V.a. Schwergradige depressive Episode (F32.2)

- DD beginnende PTBS (F 43.1)

2. Long-post-Covid-Syndrom mit V.a. kardiale Beteiligung mit temporär reduzierter Pumpfunktion

- Schwergradig reduzierte körperliche Leistungsfähigkeit pulmonal und kardial nicht erklärt
- St.n. SARS-COV-2-Infektion 03/2020

3. Schwergradiges obstruktives Schlafapnoe-Syndrom (OSAS)

- ED 09/2020, APAP-Therapie seit 22.09.2020

4. Adipositas (BMI 35,9 kg/m²)

5. Seborrhoisches Ekzem mit Superinfektion, ED 09/2020

Ad 1:

Trotz Fortschritte auf der Pneumologie, was die Atmung betrifft, verhartete der Patient in einem schweren depressiven Zustandsbild geprägt durch Erschöpfung, Schlafstörung, Antriebslosigkeit, Trauer und erheblichen Ängsten und Konzentrationsstörungen, welche nicht allein mit der Somatik erklärbar waren und daher eine Verlegung auf die psychosomatische Abteilung erfolgte.

(...)

A. _____ erholte sich deutlich von der schwergradigen depressiven Episode, dennoch kann bei Austritt immer noch von einer mittelgradigen depressiven Episode gesprochen werden, welche nun im ambulanten Rahmen angegangen werden kann. Er äusserte, die vergangenen Wochen seien schwierig gewesen, er wolle nun aber nach vorne blicken und sein nächster Schritt, den er angehen möchte, sei eine berufliche Umschulung zum Brandschutz Innendienst. So wirkte er bei Austritt zuversichtlicher und im Antrieb gesteigerter. Auch erst in den letzten Tagen schaffte A. _____ angesichts der Ängste, der Antriebslosigkeit und Schwäche alleine einen Spaziergang zu machen. Weitere Themen im Verlauf werden sicher auch die längerfristige Wohnsituation wie auch der Umgang mit der Scheidung von der Ehefrau sowie seinem Wunsch ein guter Vater sein zu wollen sein.

Dr.med. E. _____ attestierte vom 7. September 2020 bis am 30. November 2020 eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit. Eine berufliche Re-Integration erscheine

kurz- bis mittelfristig bei sichtbaren Ängsten, Hyperventilationstendenzen bei Belastungen unrealistisch (IV-act. 16-6/6).

3.7 In der Folge befand sich der Beschwerdeführer weiterhin alle drei bis vier Wochen in ambulanter Behandlung bei Dr.med. E._____. (sowie ab Januar 2021 zusätzlich in der tagesklinischen Betreuung bei der P._____). Im Verlaufsbericht vom 15. Februar 2021 attestierte Dr.med. E._____ eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit in der Tätigkeit als Brandschutzfachmann VKF (Aussendienst) und als Feuerwehrmann vom 9. August 2020 bis 31. März 2021 (IV-act. 22). Aktuell würden insbesondere Ein- und Durchschlafstörungen, gesteigerter Appetit teils mit Binging und erneuter Gewichtszunahme auf 120kg nach einer zwischenzeitlichen Gewichtsabnahme auf 110kg, starke Antriebsminderung vor allem morgens, Erschöpfung, Kopfschmerzen, Spannungszustände und nächtliches Grübeln mit Zukunftsängsten sowie Existenzängsten persistieren. Der Beschwerdeführer berichte, dass insbesondere der Nachmittag besser gehe, sein Antrieb sich verbessert habe und auch der Kontakt zu seinem Sohn und zu seiner Frau sich sehr erfreulich entwickelt hätten, was Antrieb gebe. Des Weiteren wurden folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt (IV-act. 22-2/4):

- Schwergradige Depressive Episode (F32.2)
- Long Post-COVID Syndrom mit Verdacht auf kardiale Beteiligung mit temporär reduzierter Pumpfunktion
- Schwergradiges obstruktives Schlafapnoe-Syndrom (OSAS), ED 09/2020
 - CPAP-Therapie seit 22.09.2020, Adipositas mit einem BMI von 35.9kg/m²
- Binging im Rahmen von Diagnose 1

Zur Frage, welche Funktionseinschränkungen bestehen würden und wie sich diese auf die bisherige Tätigkeit auswirken würden, antwortete Dr.med. E._____, dass es im Rahmen der depressiven Episode mit Ängsten zu Binging mit einer Gewichtszunahme bzw. zu einem Übergewicht gekommen sei. Damit einhergehend sei es zu einer Dekonditionierung mit einhergehender Dyspnoe und daraus wieder resultierenden Ängsten gekommen. Seither erlebe der Beschwerdeführer eine Anstrengungsdyspnoe und grosse Angst vor Dyspnoe unter einer Atemschutzmaske. Zudem leide er an Antriebsminderung und Konzentrationsstörungen. Eine nachhaltige Gewichtsreduktion und Rekonditionierung sei bisher antriebsbedingt nicht möglich gewesen. Die bisherige Tätigkeit erscheine infolge der Dyspnoe und Dekonditionierung sowie den Ängsten vor der Atemschutzmaske nicht zumutbar. Bei Bürotätigkeiten z.B. in der Planung des Brandschutzes oder im Back-office sei eine Belastbarkeit von mindestens 40% anzunehmen.

3.8 Am 25. Februar 2021 erfolgte die Stellungnahme des N. _____-Arztes Dr.med. F. _____ (Allgemeinmedizin FMH) (IV-act. 25). Demgemäss würden anhaltende somatische (pneumologische und kardiologische) Folgeschäden zwar diskutiert, gesichert seien solche bisher aber nicht, teils wegen fehlender Abklärungsmöglichkeit (Durchführung einer Lungenfunktionsprüfung aus psychischen Gründen nicht möglich, keine kardiologische Verlaufskontrolle nach 11/20 durchgeführt), teils, weil noch nicht genügend Zeit vergangen sei seit der Covid-19-Infektion. Gemäss klinischer Beurteilung und Befundung durch Pneumologe Dr.med. O. _____ seien aus somatischer Sicht aber zumindest körperlich leichte Tätigkeiten zu 100% möglich. Aus kardiologischer Sicht sei der Versicherte im Belastungs-EKG vom Oktober 2020 bis 120 Watt (lediglich 50% des Solls) belastbar gewesen. Eine Echokardiographie sei offenbar nicht durchgeführt worden. Eine Eignung für mittelschwere Tätigkeiten (wie Brandschutzspezialist) bestehe aus somatischer Sicht aktuell nicht. Eine Prognose könne nicht gestellt werden. Der N. _____-Arzt hoffte, dass im weiteren Verlauf die kardiologische und pneumologische Situation besser abgeklärt werden könne. Aus psychiatrischer Sicht liege aktuell eine mittelschwere bis schwere Depression vor. Der Versicherte sei im Moment für leichte Tätigkeiten ca. 40% arbeitsfähig.

In der angestammten Tätigkeit als Servicetechniker / Feuerlöschkontrolleur im Aussendienst sei der Versicherte aktuell nicht arbeitsfähig. Ob diese Einschränkung dauerhafter Natur sei, könne zurzeit nicht beurteilt werden (ungenügende Abklärung, zu kurzer Verlauf, ungenügende wissenschaftliche Datenlage). Aus somatischer Sicht werde sich hoffentlich eine weitere Besserung durch den Spontan-Verlauf dieser Long-Covid Erkrankung ergeben. Eine Prognose sei nicht möglich (fehlende wissenschaftliche Daten). Aus psychiatrischer Sicht sei eine Verbesserung zu erwarten durch die aktuelle Behandlung inkl. Teilnahme an der Tagesklinik.

Zur Frage, ob ein Belastungsaufbau notwendig sei, antwortete der N. _____-Arzt, eine Integrationsmassnahme könne durchgeführt werden mit langsamem Aufbau der Arbeitsfähigkeit von initial drei Stunden pro Tag auf acht Stunden innert sechs bis zwölf Monaten. Begleitend müsse die fachärztlich psychiatrische Behandlung weitergeführt werden. Schön wäre es, wenn die Therapeuten gelegentlich auch kardiologische und pneumologische Verlaufskontrollen veranlassen würden. Evtl. werde auch eine neuropsychologische Testung im Verlauf sinnvoll sein. Falls der Aufbau der Arbeitsfähigkeit zumindest auf 100% für leichte Tätigkeiten nicht gelinge, werde am Schluss eine sehr ausführliche weitere Abklärung nötig werden, inkl. Kardiologie, Pneumologie, Neuropsychologie und Psychiatrie.

3.9 Am 21. April 2021 wurde der Beschwerdeführer von Prof. Dr.med. G._____ (Neurologie) und Dr.med. H._____ (Psychiatrie und Psychotherapie FMH) untersucht. Die gutachterliche Konsensbeurteilung der bidisziplinären M._____ -Begutachtung erfolgte am 21. Mai 2021, wonach die aktuelle Arbeitsfähigkeit mit 50% einzuschätzen und per Ende Juni 2021 eine wiedererlangte volle Arbeitsfähigkeit zu erwarten sei. Die beklagten Beschwerden seien am ehesten im Kontext des noch bestehenden depressiven Syndroms zu verstehen, hinsichtlich der anamnestisch berichteten Ausprägung ergebe sich jedoch kein ausreichendes Korrelat (KV-act. 5-24/61).

3.9.1 Die (neurologische) Diagnose und Beurteilung von Prof. Dr.med. G._____ lautete wie folgt (KV-act. 5-37ff.61):

4. Diagnose

Kein ausreichender Anhalt für eine nervale Läsion mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit

5. Beurteilung

Gefragt nach seinen Beschwerden, berichtete A._____ hier, körperlich als auch geistig nach einer Covid-19-Infektion im März 2020 weiterhin vorzeitig zu erschöpfen. Er sei weniger stressresistent und könne sich nicht auf mehrere Sachen gleichzeitig konzentrieren. Zudem bestünde eine Kurzatmigkeit beim Treppensteigen und in der Nacht gelegentlich Atemnot.

In der neurologischen Untersuchung bestand kein namhaftes objektivierbares nervales Defizit. Der Versicherte erschöpfte im Untersuchungsraum nicht vorzeitig und war jederzeit gut in der Lage, Daten und Ereignisse aus der Vergangenheit wiederzugeben. Die Notwendigkeit eine Mund-Nasen-Maske zu tragen bereitete keine Probleme. Das Durchführen der neurologischen Untersuchungsanforderungen gelang problemlos und prompt. Das Antwortverhalten war zügig und inhaltlich geordnet. Die Prüfung der hier geprüften kognitiven Funktionen war ohne namhaft auffälliges Ergebnis. Eine Dysarthrie oder ein heiseres oder kurzatmiges Sprechen bestand während der neurologischen Begutachtung nicht. Beim Treppenhinaufsteigen in die zweite Ebene war der Versicherte vorübergehend (vier Minuten) etwas kurzatmig, Pausen mussten ihm nicht gewährt werden und wurden nicht gefordert.

Unter Berücksichtigung der Anamnese und des klinischen Untersuchungsbefundes besteht zusammengefasst aus neurologischer Sicht kein ausreichender Anhalt für eine nervale Läsion mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit.

Unter Berücksichtigung der Aktendokumente sei der Versicherte Ende März 2020 an einer Infektion mit Covid-19 erkrankt und habe sich 14 Tage in Quarantäne befunden. Fieber habe bis zu einer Temperatur von 39,9°C laut dem Schreiben von Dr. E._____ (23.12.2020) aus der Psychosomatik der L._____ (Klinik) bestanden. In diesem Schreiben wird aufgeführt, dass der Versicherte Ende April 2020 seine Vollzeitstelle als Brandschutzfachmann, Maschinist und Atemschutzträger bei der Feuerwehr wieder aufgenommen hatte. Hierbei habe der Versicherte eine Leistungsminderung bei Tätigkeiten im Aussendienst bemerkt. Eine Verlegung in die psychosomatische Abteilung sei erfolgt, da trotz "Fortschritten in der Pneumologie" A._____ "in einem schweren depressiven Zustand" verharrt sei. Führend haben eine Erschöpfung, Schlafstörungen,

Antriebslosigkeit, Trauer und erhebliche Ängste mit überwertigen Ideen bestanden. An Diagnosen im Schreiben von Herrn Dr. E. _____ werden eine schwergradige depressive Episode, ein Long-post-Covid-Syndrom mit vor allem kardialer Beteiligung mit temporär reduzierter Pumpfunktion (schwergradig reduzierte körperliche Leistungsfähigkeit, pulmonal und kardial nicht erklärt), schwergradiges obstruktives Schlafapnoe-Syndrom sowie eine Adipositas mit einem BMI von 35.9 kg/m² angegeben. Aus hiesiger neurologischer Sicht liegt der Body-Mass-Index mit derzeit 37,4 kg/m² noch höher und sollte im gesundheitlichen Interesse des Versicherten und zum Erhalt der Leistungsfähigkeit in den Normalbereich gesenkt werden.

Aus neurologischer Sicht finden sich keine namhaft objektivierbaren und die Arbeitsfähigkeit reduzierenden Störungen im Rahmen eines Long-post-Covid-Syndroms. Mit Bezug zum in den Aktendokumenten aufgeführten obstruktiven Schlafapnoe-Syndrom war mit Bezug zur hiesigen neurologischen Begutachtung keine vorzeitige Ermüdung oder Erschöpfung in der neurologischen Untersuchung feststellbar. Im pneumologischen Schreiben über den stationären Aufenthalt vom 07.09. bis zum 17.10.2020 aus der L. _____ (Klinik) wird ein unauffälliger neurologischer Untersuchungsbefund beschrieben. Auch in der hiesigen neurologischen Begutachtung wurden keine namhaften neurologischen Auffälligkeiten festgestellt. Der Arztbrief des Pneumologen Dr. O. _____ beschreibt einen Treppentest mit pulsoxymetrischer Kontrolle. Hierbei musste A. _____, laut Schreiben vom 30.11.2020, sechs Stockwerke hinaufsteigen. Hierbei wurden Atemparameter gemessen. In der Beurteilung werden ein adäquater Herzfrequenzanstieg und ein rascher Erholungspuls beschrieben. Die eingeschränkte körperliche Leistungsfähigkeit bei der Testung wird ursächlich der bestehenden Adipositas zugeschrieben. Aus hiesiger neurologischer Sicht ist eine Reduktion des Körpergewichtes in den Normalbereich zum Erhalt der Arbeitsfähigkeit zu empfehlen und im Gesundheitsinteresse des Versicherten.

Zusammengefasst besteht aus hiesiger neurologischer Sicht unter Berücksichtigung der Anamnese, Aktendokumenten und des hiesigen neurologischen Untersuchungsbefundes kein ausreichender Anhalt für eine nervale Läsion mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit. Aus hiesiger neurologischer Sicht besteht keine Notwendigkeit für eine angepasste Tätigkeit. Die vom Versicherten beklagten Beschwerden sind aus hiesiger neurologischer Sicht nicht hinreichend wahrscheinlich nerval bedingt. Die Prüfung der Indikatoren zeigt eine erhaltene Selbstständigkeit, Selbstversorgung, soziale Integration und Aktivität, was die Annahme einer Arbeitsfähigkeit stützt.

In den Bemerkungen ergänzte Prof. Dr.med. G. _____, dass eine pulmologische Einschätzung der Arbeitsfähigkeit erwogen werden könne. Aus den Aktendokumenten seien keine anders lautenden neurologischen Einschätzungen der Arbeitsfähigkeit festzustellen (KV-act. 5-41/61).

3.9.2 Im psychiatrischen (Teil-) Gutachten hielt Dr.med. H. _____ zu den Diagnosen und zur Beurteilung was folgt fest (KV-act. 5-52ff./61):

4. Diagnosen

Derzeit leichtgradig ausgeprägte depressive Episode, ICD-10: F32.0

5. Beurteilung

Der Versicherte berichtet zunächst vorrangig eine verringerte körperliche Belastbarkeit und in der vertiefenden Exploration dann affektive Irritabilität, Zukunftsängste und Existenzängste mit assoziierter Unruhe, eine Grübelneigung sowie weitere kognitive und vegetative Beeinträchtigungen.

Im hiesigen AMDP-konform erhobenen psychiatrischen Befund sind Beeinträchtigungen von Stimmung, Antrieb und effektiver Schwingungsfähigkeit zu objektivieren. Formal liegt insgesamt ein noch leichtgradiger Restzustand einer abgelaufenen depressiven Episode vor.

Ein rezidivierender Erkrankungsverlauf ist diesbezüglich nicht herauszuarbeiten, eine psychiatrische Komorbidität liegt nicht vor. Eine eigenständige Angsterkrankung, eine Zwangserkrankung, Persönlichkeitsstörung, Suchterkrankung, Traumafolgestörung oder andere psychiatrische Erkrankung liegen nicht vor, da die entsprechenden Kriterien nicht erfüllt sind. Auch eine psychosomatische Genese der Beschwerden besteht nicht: Ein den Beschwerden zugrundeliegender erheblicher oder unbewältigter psychosozialer oder innerpsychischer Konflikt ist anamnestisch nicht herauszuarbeiten, sodass das definierende Diagnosekriterium nach der ICD-10 hier nicht vorliegt.

Vor dem Hintergrund der schlüssig berichteten persistierenden und auch zu objektivierender Beeinträchtigung von Stimmung und Antrieb, affektiver Schwingungsfähigkeit und auch Kognition ist eine derzeit noch auf 50% herabgesunkene Arbeitsfähigkeit zu bestätigen. Dies im angestammten Bereich sowie für den gesamten allgemeinen Arbeitsmarkt geltend, da sich die Beeinträchtigungen in jeder Arbeitstätigkeit zumindest gleichrangig negativ auswirken müssen.

Der Versicherte steht derzeit in niedrig frequenter ambulanter psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung und nimmt keine Psychopharmaka ein. Im Falle eines zukünftig stagnierenden Remissionsverlaufes sollte hier eine erneute Therapieintensivierung inklusive Reinstallation der wirksamen antidepressiven Medikation erwogen werden. Vorrangig notwendig erscheint nunmehr die Umsetzung des geplanten Belastungsaufbaus und beruflichen Wiedereinstiegs. Die Prognose affektiver Störungen ist grundsätzlich überwiegend günstig, siehe hierzu bitte auch die Ausführungen im Anhang nebst Literaturhinweisen. Diese positive Prognose hat sich in der eingetretenen Teilremission bereits anteilig realisiert.

Mit dem Wiedererlangen einer 100%igen Arbeitsfähigkeit ist aus psychiatrischer Sicht spätestens per Ende Juni 2021 zu rechnen.

Aktenkundig wurde durch die Behandler eine schwergradige depressive Episode attestiert, zuletzt eine Besserung mit dem Wiedererlangen einer 40%igen Arbeitsfähigkeit beschrieben, insofern ergeben sich zur hiesigen Einschätzung einer teilremittierten depressiven Episode mit wieder eingetretener Teilarbeitsfähigkeit keine erheblichen Abweichungen.

6. Gutachtenfragen

(...)

5. Bestehen Differenzen zwischen den subjektiven Beschwerden der versicherten Person und dem von Ihnen erhobenen Befund? Wenn ja, welche und wie sind diese zu beurteilen.

Nein.

6. **Wie beurteilen und begründen Sie aus psychiatrischer Sicht das Ausmass der heutigen und zukünftigen Arbeitsunfähigkeit? Welche medizinischen Befunde verunmöglichen eine teilweise/vollständige Arbeitsaufnahme? Bei der Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit muss berücksichtigt werden, dass die versicherte Person ab 09.05.2021 stellenlos ist und somit der gesamte Arbeitsmarkt für die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit berücksichtigt werden muss.**

Vor dem Hintergrund der schlüssig berichteten persistierenden und auch zu objektivierender Beeinträchtigung von Stimmung und Antrieb, affektiver Schwingungsfähigkeit und auch Kognition ist eine derzeit noch auf 50 % herabgesunkene Arbeitsfähigkeit zu bestätigen. Dies im angestammten Bereich sowie für den gesamten allgemeinen Arbeitsmarkt geltend, da sich die Beeinträchtigungen in jeder Arbeitstätigkeit zumindest gleichrangig negativ auswirken müssen. Mit dem Wiedererlangen einer 100%igen Arbeitsfähigkeit ist aus psychiatrischer Sicht spätestens per Ende Juni 2021 zu rechnen.

7. **Liegen bei der versicherten Person Faktoren vor, die keinen Krankheitswert aufweisen, aber dennoch Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit haben? Wenn ja, welche und in welchem Ausmass?**

Nein.

8. **Kann die Erwerbsfähigkeit der versicherten Person durch zumutbare und aussichtsreiche medizinische (z.B. psychotherapeutische, medikamentöse) Massnahmen oder durch berufliche Massnahmen verbessert oder erhalten werden? Wenn ja, welche Massnahmen schlagen Sie vor, in welchem Zeitrahmen?**

Der Versicherte steht derzeit in niedrig frequenter ambulanter psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung und nimmt keine Psychopharmaka ein. Im Falle eines zukünftig stagnierenden Remissionsverlaufes sollte hier eine erneute Therapieintensivierung inklusive Reinstallation der wirksamen antidepressiven Medikation erwogen werden. Vorrangig notwendig erscheint nunmehr die zügige Umsetzung des geplanten Belastungsaufbaus und beruflichen Wiedereinstieges. Die Prognose affektiver Störungen ist grundsätzlich überwiegend günstig, siehe hierzu bitte auch die Ausführungen im Anhang nebst Literaturhinweisen. Diese positive Prognose hat sich in der eingetretenen Teilremission bereits anteilig realisiert. Mit dem Wiedererlangen einer 100%igen Arbeitsfähigkeit ist aus psychiatrischer Sicht spätestens per Ende Juni 2021 zu rechnen.

9. **Wäre die versicherte Person in einer, den Beschwerden angepasste Tätigkeit arbeitsfähig? Falls ja, welche Tätigkeiten kommen in Frage und in welchem Umfang?**

Vor dem Hintergrund der schlüssig berichteten persistierenden und auch zu objektivierender Beeinträchtigung von Stimmung und Antrieb, affektiver Schwingungsfähigkeit und auch Kognition ist eine derzeit noch auf 50 % herabgesunkene Arbeitsfähigkeit zu bestätigen. Dies im angestammten Bereich sowie für den gesamten allgemeinen Arbeitsmarkt geltend, da sich die Beeinträchtigungen in jeder Arbeitstätigkeit zumindest gleichrangig negativ auswirken müssen.

(...)

3.10 Dr.med. E._____ hielt in einem Verlaufsbericht an den Krankentaggeldversicherer am 2. September 2021 folgende Diagnosen fest (KV-act. 5-1ff./61):

Long post-Covid Syndrom

- Rezidivierende depressive Störung, aktuell mittelgradig F33.1
- Mögliche Fatigue-Symptomatik
- Vd. a. kardiale Beteiligung mit temporär reduzierter Pumpfunktion
- St. n. SARS-Covid-Infektion 03/2020

Schwergradiges obstruktives Schlafapnoesyndrom OSAS, ED 09/2020, APAP-Therapie seit 22.09.2020

Adipositas 115 kg, bei 180cm, BMI ca. 34 kg/m²

Seit dem Bericht vom November 2020 sei es zu einer erneuten stationären Rehabilitation vom 29. April bis 26. Mai 2021 gekommen. Während des Aufenthaltes habe sich der Beschwerdeführer psychophysisch erfreulich rekonditionieren können. Einerseits habe er knapp 9kg an Gewicht verlieren können (auf 111kg). Andererseits habe er sich psychisch stabilisieren und der vorgegebenen Tagesstruktur nachgehen und sich am Wochenende selbständig strukturieren können. Nach der Rückkehr ins häusliche Umfeld habe sich das Einhalten der Tagesstruktur und das Fortführen des körperlichen Programmes etwas schwierig gestaltet, so dass es zwischenzeitlich auch wieder zu Krisen gekommen sei einhergehend mit einer gewissen Gewichtszunahme, jedoch ohne sein Maximalgewicht wieder erreicht zu haben. Gegenwärtig bestünden weiterhin Schlafstörungen, jedoch mit sehr wechselhaftem Verlauf mit starker morgendlichen Antriebsminderung. Es bestehe eine erhöhte Erschöpfbarkeit mit Bedarf nach längeren Erholungsphasen sowie Konzentrationsstörungen. Der Beschwerdeführer berichte auch über Gereiztheit und Überforderungstendenz bzw. Überforderungsgefühle. Was in den letzten Wochen bis Monaten sicher deutlich besser gehe im Vergleich zu den Vormonaten sei die Tagesstrukturierung, das Aufrechterhalten von wenigen sozialen Kontakten und das physische Training. Zur Frage nach dem Ausmass der Arbeitsunfähigkeit führte Dr.med. E._____ aus, eine berufliche Reintegration sei in den letzten Wochen bis Monaten kaum realistisch erschienen aufgrund der starken Antriebsstörung bzw. der Erschöpfbarkeit. Die Prognose scheine sich aber zuletzt deutlich aufzuhellen, eine Wiederaufnahme in einer Tätigkeit erscheine ab ca. Oktober im Teilzeitpensum von 10% realistisch. Es seien primär die psychiatrisch-kognitiven Einschränkungen mit Antriebslosigkeit, Konzentrationsstörungen und Erschöpfbarkeit einhergehend mit deutlich erhöhtem Erholungsbedarf, welche die Arbeitsaufnahme verunmöglichen würden. Hinzu kämen Überforderungstendenzen und Ängste. Es bestünde ein belastetes Verhältnis zwischen dem früheren Arbeitgeber und dem Beschwerdeführer, auch wenn das Arbeitsverhältnis schon gekündigt sei. Medikamentös habe Dipiperon durch Trittico ersetzt werden können. Hinsichtlich der antidepressiven Medikation

sei neu Brintellix installiert worden mit dem Bestreben, die Konzentrationsstörungen besser zu behandeln. Wie erwartet sei es bei der stationären Rehabilitation zu einer erfreulichen Verbesserung des Gesamtzustandes mit anschliessendem Einbruch im ambulanten Umfeld auch aufgrund des belasteten Verhältnisses zwischen dem früheren Arbeitgeber und dem Beschwerdeführer gekommen. Unterdessen habe sich aber der Beschwerdeführer diesbezüglich erfreulich stabilisieren können. Nach dem stationären Aufenthalt erfolgten jeweils ein bis zwei Mal monatlich Sitzungen (zuletzt am 19.9.2021). In Rücksprache mit dem behandelnden Hausarzt sei eine endokrinologische Beurteilung des Beschwerdeführers besprochen worden, um eine Gewichtsreduktion mit einem GLP1-Analagon beurteilen zu lassen. In der Folge der Covidkrise mit den entstandenen Ängsten sei es im Frühling / Sommer zu vermehrtem Binging und Gewichtszunahme gekommen. Mit Hilfe eines GLP-1-Analogons könnte eine weitere Gewichtsreduktion angestrebt werden, um auch das OSAS zu verbessern inkl. der Schlafqualität sowie die physische Belastbarkeit. Psychosomatische Einzelsitzungen würden unverändert (1-2 Mal monatlich) fortgeführt.

3.11 In der Folge wurde der Beschwerdeführer im Auftrag der Krankentaggeldversicherung von Dr.med. I. _____ (Pneumologie) begutachtet (mit Untersuchung am 17.8.2021). Das pneumologische M. _____-Gutachten erfolgte am 22. September 2021 (KV-act. 5-9ff./61). Die Diagnosen und Beurteilung lauten wie folgt (KV-act. 5-17ff./61):

4. Diagnosen

Verdacht auf Post-Covid-Syndrom

- Covid-19-Infektion 03/2020 (aktenanamnestisch positiv getestet, in den vorliegenden Akten ist die Art des Testes und Datum nicht erwähnt)
- CT Thorax vom 20.08.2020: Aktenanamnestisch unauffälliges Lungenparenchym, keine Residuen nach Koronainfekt
- Funktionelle Messungen (Lungenfunktion, CO-Diffusionskapazität) aufgrund ungenügender Mitarbeit nicht beurteilbar
- Spiroergometrie vom 20.08.2020:
Maximale Wattleistung 212 Watt (90% Soll), VO₂max 25,5 ml/min/kg (86% Soll), leicht erniedrigt

Mittel- bis schwergradiges obstruktives Schlafapnoe-Syndrom, ED der stationären Rehabilitation an der L. _____ (Klinik) mittels Polygraphie vom 16.09.2020 (RDI circa 40/Stunde), seither CPAP-Therapie, aktuell unregelmässig benutzt

Aktenanamnestisch Depression

5. Beurteilung

Zusammenfassend besteht bei dem Versicherten seit dem Covid-19-Infekt 03/2020 eine Leistungsintoleranz mit einer unspezifischen Symptomatik (schnelle Erschöpfbarkeit, ausgeprägte Müdigkeit, Atembeschwerden, Schwindel, etc.). Der Versicherte ist deswegen seit August 2020 100% arbeitsunfähig geschrieben. Die Krankenschreibung erfolgte initial an der L. _____ (Klinik), im Verlauf durch den Hausarzt.

Aufgrund des Eindruckes eines verminderten Allgemeinzustandes und der geschilderten Beschwerden ist eine Wiederaufnahme einer Arbeitstätigkeit selbst in angepasster Tätigkeit subjektiv nicht möglich, Angesichts der bis zur aktuellen Erkrankung bezüglich Arbeitstätigkeit sowie gesundheitlich komplett unauffälligen/unproblematischen Verlaufes, ist ein Post-Covid-Syndrom zwar durchaus denkbar, wobei es für diese Diagnose letztendlich ausserhalb des anamnestisch erhobenen unspezifischen Symptomenkomplexes keine objektiv messbaren diagnostischen Kriterien gibt. Warum der Versicherte, welcher in seiner Laufzeit als freiwilliger Feuerwehrmann offenbar komplett unauffällige Spirometrien durchgeführt hat (diese stehen leider nicht zur Verfügung), aktuell nicht in der Lage ist, eine Lungenfunktion adäquat durchzuführen, kann ich nicht erklären. Weder ein Verlauf mit residuellen strukturellen Lungenveränderungen nach allfälliger Covid-Pneumonie (es bestehen hierfür basierend auf der Anamnese und bei gemäss Akten unauffälligem CT-Thorax von 08/2021 (nicht vorliegend) keine Hinweise) noch ein Post-Covid-Syndrom mit Erschöpfungssymptomatik sollte die Durchführung der Lungenfunktion beeinträchtigen. Eine Objektivierung der Leistungsfähigkeit resp. Evaluation bezüglich einer pathologischen pulmonalen, kardialen oder Gasaustausch-bedingten Limitation mittels Spiroergometrie lässt sich aktuell aufgrund angegebener Rückenschmerzen nicht ermitteln.

Aus rein pneumologischer respektive lungenfunktioneller Sicht kann die Arbeitsfähigkeit aktuell nicht als objektiviert limitiert angesehen werden.

Die aktuell im Vordergrund stehende Erschöpfungssymptomatik kann grundsätzlich ohnehin nicht pneumologisch objektiviert werden. Ob die unspezifische Symptomatik und allfällige neurologische/psychiatrische Symptome tatsächlich im Rahmen eines Post-Covid-Zustandes zu erklären sind, kann ich von pneumologischer Seite ebenfalls nicht beurteilen.

Hier ist auf die vorliegende Beurteilung durch die Spezialisten (Neurologe, Psychiater) hinzuweisen. Aktenkundig wurde die attestierte Arbeitsunfähigkeit zuletzt psychosomatisch begründet.

Eine spezifische Therapieempfehlung von pneumologischer Seite gibt es in dieser Situation nicht. Grundsätzlich wichtig sind eine weitere Gewichtsabnahme und der weitere Ausbau der körperlichen Aktivität. Der Versicherte sollte die Nutzung der CPAP-Therapie weiter ausdehnen (aktuell gemäss seinen Angaben unregelmässige Anwendung). Bei ungenügender Erfahrung mit dem Krankheitsbild Post-Covid-Syndrom und sicherlich individuell stark unterschiedlichen Verlauf ist es (mir) nicht möglich, eine Prognose zum weiteren Krankheitsverlauf und bezüglich der zukünftigen Arbeitsfähigkeit zu machen.

3.12 Im Verlaufsbericht an die IV-Stelle vom 11. November 2021 berichtete Dr.med. E. _____ von einem verbesserten Gesundheitszustand. Die Diagnosen lauteten wie folgt (IV-act. 51):

1. Mittelgradige depressive Episode F32.1
2. Long-post-Covid-Syndrom
 - Schwergradig reduzierte körperliche Leistungsfähigkeit, pulmonal und kardial nicht erklärt
 - St. n. SARS-CoV-2-Infektion 03/2020
3. Schwergradiges obstruktives Schlafapnoesyndrom
 - ED 09/2020, CPAP-Therapie seit 22.09.2020
4. Adipositas BMI ca. 35 kg/m²

Die Diagnosen eins bis vier seien in ständiger Interaktion und begründeten in der Gesamtheit die Arbeitsunfähigkeit. Am meisten seien die Diagnosen eins und zwei für die Arbeitsunfähigkeit verantwortlich, geprägt von vermindertem Antrieb, der deutlich erhöhten Erschöpfbarkeit sowie der Schlafstörungen, die weiterhin noch persistierten. Die Tagesstrukturierung und die morgendlichen Tiefs schie- nen eher regredient sowie die Belastbarkeit leicht verbessernd. Aus diesem Grunde sei die Arbeitsunfähigkeit per 1. Oktober 2021 auf 80% reduziert worden. Therapeutisch fänden eher niederfrequenterer, psychosomatische / psychothera- peutische Einzelsprechstunden statt: Medikation mit Brintellix und Trittico. Das CPAP-Gerät nutze der Beschwerdeführer regelmässig.

3.13 Gemäss Stellungnahme der N. _____-Ärztin Breuer (Fachärztin Allge- meine Innere Medizin FMH) vom 11. Januar 2022 (IV-act. 54) sei gemäss KTG- Gutachten vom 18. Mai 2021 bis 30. Juni 2021 von einer 50%-igen Arbeitsun- fähigkeit in sämtlichen Tätigkeiten und am 1. Juli 2021 von einer 100%-igen Ar- beitsfähigkeit ausgegangen worden. Das KTG-Gutachten vom 18. Mai 2021 sei umfassend im Hinblick auf die strittigen Belange. Es habe eine vollständige Vor- aktenlage mit chronologisch angeführten Berichten vorgelegen. Es sei eine schlüssige Herführung der Diagnosen in allen fachärztlichen Teilaspekten an- hand der Anamnese und der klinischen Befunde erfolgt. Die funktionellen Aus- wirkungen seien im Abgleich mit sämtlichen Lebensbereichen nachvollziehbar hergeleitet worden; insbesondere auch unter Einbezug der Ressourcen im per- sönlichen und sozialen Umfeld. Zum therapeutischen - und Eingliederungspoten- tial, sowie zur Prognose sei Stellung genommen worden. Die Schlussfolgerungen im Gutachten seien differenziert begründet und nachvollziehbar. Der Einschät- zung zum AUF-Verlauf seitens des KTG-Gutachtens vom 18. Mai 2021 könne gefolgt werden. Die dazumal geklagten Beschwerden seien am ehesten im Kon- text des noch bestehenden depressiven Syndroms interpretiert worden, wobei sich dazumal hinsichtlich der anamnestisch berichteten Ausprägung jedoch kein ausreichendes Korrelat ergeben habe. Bereits im Mai 2021 sei seitens des Tag- geldgutachtens eine deutlich verbesserte psychische und auch physische Leis- tungsfähigkeit insbesondere auch in den Leistungen zur Teilhabe / Partizipation beschrieben worden. Dr.med. E. _____ habe bereits im Februar 2021 eine 40%-ige Arbeitsfähigkeit für seinen Patienten attestiert und nun zum Zeitpunkt vom 3. November 2021 (letzter Sprechstundentermin) sei erneut ein gebesserter Gesundheitszustand durch Dr.med. E. _____ festgestellt worden. Seitens des psychosomatischen Behandlers werde zum Zeitpunkt November 2021 eine eher niederfrequente psychotherapeutische und psychosomatische Behandlung in Einzelsprechstunden beschrieben. Bereits zum KTG-Gutachtenzeitpunkt im Mai 2021 seien nur noch niederfrequente Behandlungen, mit dazumal nur noch fest-

gestellter leichtgradiger depressiver Episode, erfolgt. Aus N. _____-Sicht sei auch unter Berücksichtigung des dokumentierten Behandlungserfolges des psychosomatischen Behandlers Dr.med. E. _____ nun von einer suffizient behandelten Depression auszugehen, sodass nun von einer weitestgehend wiederhergestellten Arbeitsfähigkeit auszugehen sei, wie bereits im KTG-Gutachten vom Mai 2021 prognostiziert. Die versicherte Person sollte mindestens hinsichtlich leichter bis mittelschwerer Tätigkeiten wieder voll leistungsfähig sein bzw. die Einschätzung des KTG-Gutachtens könne übernommen werden. Hinsichtlich der somatischen Diagnosen bestehe bei zuletzt blanden Facharztbefunden (Pneumologie, Neurologie) keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus somatischer Sicht.

3.14 In der Folge reichte der Beschwerdeführer ärztliche Zeugnisse ein, welche seit dem 14. August 2020 (zunächst durch das J. _____ (Spital) und die Kardiologie der L. _____(Klinik) bzw. ab 1.12.2020 durch Dr.med. E. _____) durchgehend eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit bis 30. September 2021 bzw. ab 1. Oktober 2021 eine 80%-ige Arbeitsunfähigkeit bis 30. November 2021, wie auch für Januar 2022, attestieren (IV-act. 61).

3.15 Mit Stellungnahme vom 19. April 2022 berichtete Dr.med. E. _____, dass beim Beschwerdeführer eine Kombination an somatischen, psychischen und sozialen Problemen im Vordergrund stehe (IV-act. 65). Somatisch sei vom Hausarzt ein Testosteronmangel festgestellt worden, was eine Abgeschlagenheit erklären könne. Die eingeleitete Therapie habe bisher ein wenig gegen die Erschöpfung geholfen. Auch das Schlafapnoe-Syndrom könne zu Tagesmüdigkeit führen. Die dringende Empfehlung die Maskenbeatmung diszipliniert in Anspruch zu nehmen, habe bei der Schlafqualität nur mässig geholfen. Vor rund zwei Monaten sei noch eine laboranalytische Abklärung aufgrund des therapierefraktären Verlaufs bezüglich der Erschöpfung erfolgt. Diese sei unauffällig geblieben. Therapeutisch sei die depressive Störung medikamentös leitliniengerecht behandelt und für die Schlafstörung seien eine Vielfalt an Medikamenten versucht worden - leider nur mit wenig Erfolg. In den letzten Sprechstunden sei vermehrt das Grübeln und die Angst um das Berufsverbot mit einer möglichen Klage von Seiten des ehemaligen Arbeitgebers vordergründig gewesen. Diese Angst und das Grübeln schaffe er auch mit Hilfe der Medikamente kaum auszublenden, was zu der Ein- und Durchschlafstörung führe mit der konsekutiven Erschöpfung und Konzentrationsminderung tagsüber. Abends und nachts scheine der Beschwerdeführer zudem die Anspannung unbewusst mit Essen (Binging) zu bewältigen versuchen, was erneut zu einer Gewichtszunahme geführt habe, was wiederum für das Schlafapnoe-Syndrom ungünstig sei. In der Gesamtschau bestünden organi-

sche Probleme, die behandelt würden. Psychosozial dominiere aktuell das Grübeln und die Angst um das Berufsverbot, was zur Schlafstörung, Erschöpfung, Gereiztheit und Ungeduld führe. Die Arbeitsfähigkeit sei damit klar eingeschränkt und betrage aktuell 30%.

3.16 N. _____-Ärztin Breuer hält am 1. September 2022 fest, es würden seitens der L. _____ (Klinik) psychosoziale Gründe mit Folge verschiedener Befindlichkeiten / Symptome (Grübeln, Angst um Berufsverbot, Erschöpfung, Gereiztheit, Ungeduld) im Sinne einer AU-relevanz erwähnt. Der neu erwähnte Testosteronmangel sei ein gut behandelbares Krankheitsbild, ebenso wie die erwähnten Schlafstörungen - hier sei eine Optimierung der Maskenbehandlung z.B. i.R. eines stationären Settings oder / und der Einsatz eines schlafanstossenden bzw. durchschlaffördernden Medikamentes möglich. Es könne weiterhin am Entscheid festgehalten werden. In der beigefügten Aktenlage (Bericht der Psychosomatik Davon vom 19.4.2022) fänden sich keine neuen AU-Relevanten Diagnosen (IV-act. 67).

4. Eine gerichtliche Würdigung dieser in den Erwägungen 3.1 bis 3.16 zusammengefasst, aus den vorliegenden Unterlagen entnommenen Angaben zeitigt die nachfolgend dargelegten Ergebnisse.

4.1.1 Vorliegend ist unbestritten, dass dem Beschwerdeführer ab dem 14. August 2020 eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit attestiert wurde. Die Vorinstanz ist sodann vom 14. August 2020 bis 30. Juni 2021 von einer 50%-igen Arbeitsunfähigkeit in sämtlichen Tätigkeiten ausgegangen. Damit einhergehend hat die Vorinstanz sinngemäss den Beginn der Wartezeit im Sinne von Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG auf den 14. August 2020 festgelegt, was vom Beschwerdeführer grundsätzlich nicht ausdrücklich gerügt wird. Indes macht der Beschwerdeführer geltend, dass er während der einjährigen Wartedauer zu keinem Zeitpunkt die volle Arbeitsfähigkeit je erlangt hat, und dass während der gesamten Dauer eine hochgradige Arbeitsunfähigkeit von mindestens 70 bis 80% vorgelegen habe.

4.1.2 Anspruch auf eine Rente haben Versicherte, die während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40% arbeitsunfähig gewesen sind (Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG; vgl. vorstehende E. 1.2.1). Arbeitsunfähigkeit (Art. 6 ATSG) ist die durch den Gesundheitsschaden bedingte Einbusse an funktionellem Leistungsvermögen im bisherigen Beruf, wohingegen die finanziellen Konsequenzen einer solchen Einbusse für deren Beurteilung während der Wartezeit grundsätzlich unerheblich sind (Urteil BGer 9C_276/2010 vom 2.7.2010 E. 3.2). Bei der Bestimmung der durchschnittlichen Arbeitsunfähigkeit während der Wartezeit gemäss Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG ist ausschliesslich die Ar-

beitsunfähigkeit im bisherigen Beruf massgebend, wobei unerheblich ist, auf welche gesundheitlich bedingten Ursachen die Arbeitsunfähigkeit zurückzuführen ist. Die Ursachen können verschiedener Natur sein und hintereinander oder kumulativ auftreten (KSIR Rz. 2206, u.a. m.V.a. BGE 130 V 97 E. 3.2; Urteil BGer 8C_174+178/2013 vom 21.10.2013 E. 3.1). Die Wartezeit kann auch zu laufen beginnen, wenn die versicherte Person über das ihr gesundheitlich Zumutbare hinaus arbeitet (Urteil BGer 9C_276/2010 vom 2.7.2010 E. 3.2 m.H.).

Bei der Berechnung der durchschnittlichen Arbeitsunfähigkeit gilt die einjährige Wartezeit in dem Zeitpunkt als eröffnet, in dem eine dauernde und erhebliche Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit eingetreten ist; erheblich kann sie bereits bei einem Grad von 20% sein (Urteil BGer 8C_174+178/2013 vom 21.10.2013 E. 3.2).

Der Zeitpunkt des Eintritts der Arbeitsunfähigkeit muss mit dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit grundsätzlich echtzeitlich nachgewiesen sein. Dieser Nachweis darf nicht durch nachträgliche Annahmen und spekulative Überlegungen ersetzt werden (Urteil BGer 9C_276/2010 vom 2.7.2010 E. 3.3 m.H.).

4.1.3 Gemäss der vorliegenden Aktenlage ist eine zumindest 50%-ige Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers ab dem 14. August 2020 ohne weiteres ausgewiesen. Anzumerken ist indes, dass sich in den Akten Anhaltspunkte finden, wonach der Beschwerdeführer bereits vor dem 14. August 2020 keine volle Leistungsfähigkeit mehr aufwies. Hierzu ist zum einen auf den Umstand zu verweisen, dass der Beschwerdeführer unbestritten im März 2020 an COVID-19 erkrankte und in der Folge rund zwei Wochen an Fieber sowie noch mehrere Wochen an einem schweren Husten litt (vgl. vorstehende E. 3.1; KV-act. 5-27+44/61). Im pneumologischen M._____-Gutachten wurde die Diagnose "Verdacht auf Post-Covid-Syndrom" gestellt (KV-act. 5-17/61). Und auch die L._____(Klinik) (sowie der Hausarzt des Beschwerdeführers) erwähnte ein Post-Covid-Syndrom (bzw. Long-Covid-Syndrom) in den Diagnosen (vorstehende E. 3.5f.). Zum anderen berichtete der Beschwerdeführer sowohl im J._____(Spital), als auch den M._____-Gutachtern, dass seine Leistungsfähigkeit nach der Arbeitsaufnahme im Mai 2020 weiterhin eingeschränkt war und er vermehrt Pausen benötigte (vgl. vorstehende E. 3.1; KV-act. 5-10+38+44/61). Dies manifestierte sich in der Folge in der Notwendigkeit einer ambulanten bzw. stationären pulmonalen Rehabilitation. Weder die M._____-Gutachter noch die N._____-Ärzte (entgegen der Annahme der Vorinstanz) haben sich soweit ersichtlich sodann explizit zum Beginn der Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers geäussert, und auch die Vorinstanz hat ihre Annahme

betreffend den 14. August 2020 nicht weiter bzw. lediglich mit dem Vorliegen eines Arzteugnisses begründet. Immerhin attestierte der Hausarzt des Beschwerdeführers jedoch bereits ab dem 10. April 2020 eine volle Arbeitsunfähigkeit (vgl. vorstehende E. 3.5). Zwar ist dieses Arzteugnis nicht ohne weiteres nachvollziehbar, nachdem der Beschwerdeführer von Mai bis August 2020 doch einige Monate seiner Arbeitstätigkeit (wenn gegebenenfalls auch eingeschränkt) nachgehen konnte. Allerdings lässt das Gesagte Zweifel an den Ausführungen der Vorinstanz zum Beginn der Arbeitsunfähigkeit und somit der Wartezeit aufkommen. Immerhin müsste sich mit weiteren Abklärungen (gegebenenfalls beim ehemaligen Arbeitgeber und/oder Gutachter) feststellen lassen, ob der Beschwerdeführer vom 1. Mai 2020 bis 14. August 2020 tatsächlich zu 100% arbeitsfähig war, oder ob Einschränkungen der Leistungsfähigkeit im Umfang von mindestens 20% vorgelegen haben.

4.1.4 Bereits deshalb ist die angefochtene Verfügung aufzuheben und die Sache zur Durchführung weiterer Sachverhaltsabklärungen und neuem Entscheid an die Vorinstanz zurückzuweisen.

4.2 Selbst wenn jedoch - nach weiteren Abklärungen - vom Beginn der Wartezeit am 14. August 2020 auszugehen ist, bestehen Zweifel an der vorinstanzlichen Feststellung, wonach der Beschwerdeführer innert der Wartezeit die volle Arbeitsfähigkeit erreicht hat.

4.2.1 Soweit die Vorinstanz vernehmlassend vorbringt, den durch Krankentaggeldversicherungen 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, sei bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen würden (mit Verweis auf BGE 125 V 351 E. 3 b/dd), so kann dem vorliegend nicht ohne weiteres gefolgt werden.

4.2.2 Bei den M. _____-Gutachten handelt es sich um vom Krankentaggeldversicherer veranlasste Gutachten, welche nicht nach den Bestimmungen von Art. 44 ATSG eingeholt wurden, weshalb ihnen nur der Beweiswert einer versicherungsinternen ärztlichen Stellungnahme zukommt. Bestehen also nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der Expertise, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (vgl. Urteile BGer 8C_35/2021 vom 8.3.2021 E. 6, 9C_280/2020 vom 12.8.2020 E. 2.2).

4.3 Damit sind nachfolgend die ärztlichen Beurteilungen der M._____ - Gutachter, der N._____ -Ärzte und der behandelnden Ärzte einander gegenüber zu stellen und wie folgt zu gewichten.

4.4.1 Nach der erwähnten Infektion mit COVID-19 im März 2020 wurde der Beschwerdeführer im August 2020 sowohl im J._____ (Spital) als auch im K._____ (Spital) pneumologisch untersucht und befand sich anschliessend vom 7. September 2020 bis 17. Oktober 2020 in stationärer pneumologischer Behandlung (vorstehende E. 3.1ff.). Die stationären Behandler gingen zwar von keiner zufriedenstellenden Besserung des Allgemeinzustandes und der allgemeinen körperlichen Leistungsfähigkeit aus, verwiesen hierzu jedoch auf eine deutliche psychosomatische Komponente, weshalb am 17. Oktober 2020 der Übertritt in die psychosomatische Rehabilitation erfolgte (vgl. vorstehende E. 3.3). Dabei wurde eine schwergradige depressive Episode festgestellt. Gleichzeitig wurde im Bericht vom 22. Dezember 2020 von Fortschritten auf der Pneumologie betreffend die Atmung berichtet (vorstehende E. 3.6).

Dementsprechend hielt auch Dr.med. O._____ in seinem Verlaufsbericht vom 30. November 2020 fest, dass sich trotz eingeschränkter körperlicher Leistungsfähigkeit rein klinisch keine Hinweise für einen relevanten Lungenschaden finden liessen, dass der Gasaustausch normal funktioniere, nachdem es bei Belastung auf der Treppe nicht zu einer Desaturation gekommen sei, dass die Anstrengungsdyspnoe vor allem durch eine erhebliche Gewichtszunahme von 20kg verursacht werde, dass sich keine Hinweise für eine obstruktive Pneumopathie fänden, und dass das vermutete Vocal-Cord-Dysfunktion-Syndrom auch nicht mehr manifest sei. Das wichtigste sei, dass der Beschwerdeführer wieder regelmässig trainiere und sein Gewicht relevant reduziere (vorstehende E. 3.4).

In der Folge finden sich in den Akten bis zum Gutachten des Neurologen Prof. Dr.med. G._____ und des Pneumologen Dr.med. I._____ keine Berichte mehr zu allfälligen somatischen Beeinträchtigungen, was auch N._____ -Arzt Dr.med. F._____ in seiner Stellungnahme vom 25. Februar 2021 zutreffend festhielt (vgl. vorstehende E. 3.8). Eine Eignung für mittelschwere Tätigkeiten (wie Brandschutzspezialist) wurde vom N._____ -Arzt aus somatischer Sicht verneint, ebenfalls die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit. Der N._____ -Arzt befürwortete jedoch weitere pneumologische und kardiologische Verlaufskontrollen bzw. Abklärungen.

Eine pneumologische Beurteilung erfolgte mit dem Gutachten von Dr.med. I._____ vom 22. September 2021 (vorstehende E. 3.11). Dieses stimmt in seiner Beurteilung überwiegend mit derjenigen des behandelnden Arztes Dr.med. O._____ überein. Dabei wurde jedoch festgehalten, dass sich eine

Objektivierung der Leistungsfähigkeit bzw. Evaluation bezüglich einer pathologischen pulmonalen, kardialen oder Gasaustausch-bedingten Limitation mittels Spiroergometrie aufgrund angegebener Rückenschmerzen nicht ermitteln liess, weshalb aus rein pneumologischer respektive lungenfunktioneller Sicht die Arbeitsfähigkeit aktuell nicht als objektiv limitiert angesehen werden könne. Damit aber konnte zum Zeitpunkt der Begutachtung keine vollumfängliche Untersuchung erfolgen (wie bereits bei früheren Untersuchungen, u.a. aufgrund von ausgeprägten Hustenartefakten oder seiner psychischen Situation, IV-act. 14-7+12+16+32+36/38). Aus den Akten ist nicht ersichtlich, ob diese Rückenschmerzen über einen längeren Zeitraum persistierten und somit nicht noch später eine vollumfängliche Untersuchung hätte stattfinden können.

4.4.2 Auf das pneumologische Gutachten - wie auch die vorangehenden pneumologischen Beurteilungen, deren vorangehende Untersuchungen nicht vollständig erfolgen konnten - kann somit vorliegend nur bedingt abgestellt werden. Eine kardiologische Abklärung erfolgte sodann gemäss Aktenlage nicht (mehr). Immerhin ging der N._____ -Arzt noch im Februar 2021 von einer vollumfänglichen Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit aus. Gleichzeitig verwies er auf die ungenügenden Abklärungen, den kurzen Verlauf und die ungenügende wissenschaftliche Aktenlage. Auch der pneumologische Gutachter hielt fest, bei ungenügender Erfahrung mit dem Krankheitsbild Post-Covid-Syndrom und individuell stark unterschiedlichem Verlauf, sei es ihm nicht möglich, eine Prognose zum weiteren Krankheitsverlauf und bezüglich der zukünftigen Arbeitsfähigkeit zu machen (vorstehende E. 3.11). Die somatischen M._____ -Gutachten setzen sich sodann mit den bisher attestierten Arbeitsunfähigkeiten nicht weiter auseinander. Dabei ist auch zu berücksichtigen, dass für die Begründung des Rentenanspruchs innerhalb der Wartezeit nur die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit ausgewiesen sein muss. Erst nach der Wartezeit ist die Erwerbsfähigkeit und somit die Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit zu berücksichtigen. Dabei ist anzumerken, dass dem Beschwerdeführer per 9. Mai 2021 gekündigt wurde, er sich jedoch im Rahmen der Wiedereingliederung (Berufsberatung) dafür aussprach, wieder eine vergleichbare Tätigkeit im Brandschutzbereich auszuüben (vgl. IV-act. 55).

4.4.3 Damit aber ergeben sich bereits zumindest geringe Zweifel an der Beurteilung der Vorinstanz, wonach beim Beschwerdeführer in somatischer Hinsicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (mehr) besteht. Was die neurologische Beurteilung des Beschwerdeführers betrifft, so ist mit dem Gutachter Prof.Dr.med. G._____ festzuhalten, dass sich den Akten keine anders lautenden neurologischen Einschätzungen der Arbeitsfähigkeit entnehmen lassen,

jedoch rechtfertigt es sich vorliegend, beim Beschwerdeführer eine interdisziplinäre Gesamtbeurteilung vorzunehmen, nachdem die kardiologische und die pneumologische Beurteilung noch nicht abschliessend erfolgt ist (betreffend psychiatrische Beurteilung, vgl. nachfolgende E. 4.5.1).

4.5.1 Unstrittig ist, dass der Beschwerdeführer an einer depressiven Episode erkrankte, welche bei Eintritt in die psychosomatische Klinik am 18. Oktober 2020 als schwergradig und bei Austritt am 7. November 2020 noch immer als mittelgradig beurteilt wurde. Eine Arbeitsfähigkeit wurde dem Beschwerdeführer zu diesem Zeitpunkt vom behandelnden Arzt nicht attestiert. Vielmehr wurde festgehalten, dass eine berufliche Re-Integration kurz- bis mittelfristig unrealistisch erscheine (vorstehende E. 3.6).

Nach ambulanter Behandlung erachtete Dr.med. E. _____ am 15. Februar 2021 die bisherige Tätigkeit nach wie vor nicht als zumutbar, während er für eine angepasste (Bürotätigkeit) eine Arbeitsfähigkeit von 40% attestierte (vorstehende E. 3.7). Damit hielt er sinngemäss eine Verbesserung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers fest, während er es gleichzeitig und nicht nachvollziehbar unterliess die Diagnose einer schwergradigen depressiven Episode anzupassen, nachdem der Beschwerdeführer gemäss Dr.med. E. _____ selbst bereits bei Klinikaustritt im November 2020 nur noch an einer mittelgradigen depressiven Episode litt. Immerhin wurde die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit als Brandschutzexperte insoweit nachvollziehbar begründet, als der Beschwerdeführer neben Dyspnoe und Dekonditionierung unter Ängsten vor der Atemschutzmaske, Antriebsminderung und Konzentrationsstörungen litt. Die Beurteilung des behandelnden Arztes erachtete auch N. _____-Arzt Dr.med. F. _____ am 25. Februar 2021 als schlüssig (vorstehende E. 3.8) und das psychiatrische M. _____-Gutachten vom 21. Mai 2021 - die Untersuchung des Beschwerdeführers erfolgte am 21. April 2021 - stimmte mit der Beurteilung des behandelnden Arztes insoweit überein, als auch der Gutachter eine 50%-ige Arbeitsunfähigkeit für (sowohl die bisherige als auch) eine angepasste Tätigkeit attestierte. Der Gutachter hielt auch fest, dass keine Faktoren vorlägen, die keinen Krankheitswert aufwiesen, aber dennoch Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hätten (vorstehende E. 3.9.2).

4.5.2 Uneinig sind sich der M. _____-Gutachter und Dr.med. E. _____ (neben der Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit, welche jedoch unbestritten mindestens 50% betrug) insbesondere im weiteren Verlauf. Im psychiatrischen M. _____-Gutachten wird mit dem Wiedererlangen einer 100%-igen Arbeitsfähigkeit per Ende Juni 2021 gerechnet. Dabei handelt es sich indes um eine Prognose, welche naturgemäss unsicher ist, was sich auch daran erkennen

lässt, dass der Gutachter im Falle eines zukünftig stagnierenden Remissionsverlaufs auf eine erneute Therapieintensivierung verweist. Zudem wird eine zügige Umsetzung des Belastungsaufbaus und des beruflichen Wiedereinstiegs empfohlen. Das zeigt, dass es sich lediglich um eine Vermutung der Weiterentwicklung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers handelt, welche jedoch nicht den tatsächlichen Verlauf wiedergibt. Ob sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers tatsächlich in der prognostizierten Weise weiterentwickeln wird, war für den Gutachter nicht vorhersehbar (vgl. Urteil BGer 8C_865/2017 vom 19.10.2018 E. 5.2.2).

Den Akten lässt sich denn auch keine Bestätigung dieser Verlaufsprognose entnehmen. Lediglich die N. _____-Ärztin Breuer, welche den Beschwerdeführer nicht persönlich untersuchte und welche nicht Fachärztin im Bereich Psychiatrie ist, stellte in ihrer Stellungnahme vom 11. Januar 2022 betreffend die psychiatrische Beurteilung auf das M. _____-Gutachten ab ohne auf die nachfolgenden Beurteilungen des behandelnden Arztes einzugehen. Vielmehr erwähnte sie lediglich die verbesserte Arbeitsfähigkeit im Februar 2021 und anschliessend wieder am 3. November 2021, ohne die - vom behandelnden Arzt erwähnte (vgl. nachfolgende Ausführungen) - Verschlechterung dazwischen zu berücksichtigen. Gleichzeitig hielt sie indes fest, dass unter Berücksichtigung des dokumentierten Behandlungserfolgs des psychosomatischen Behandlers nun (sinngemäss am 11.1.2022) von einer suffizient behandelten Depression und einer weitestgehend wiederhergestellten Arbeitsfähigkeit auszugehen sei (vgl. vorstehende E. 3.13). Damit zeigt sich in der Beurteilung der N. _____-Ärztin eine gewisse Widersprüchlichkeit. Der N. _____-Arzt F. _____ erachtete im Februar 2021 einen langsamen Aufbau der Arbeitsfähigkeit von initial drei Stunden pro Tag auf acht Stunden innert sechs bis zwölf Monaten als sinnvoll (vorstehende E. 3.8), was ebenfalls gegen eine volle Arbeitsfähigkeit per 1. Juli 2021 spricht, wobei es sich jedoch wiederum lediglich um eine Prognose handelte.

Auch der Verweis der Vorinstanz in der Vernehmlassung auf gewisse Arbeitstätigkeiten - insbesondere ab 1. Oktober 2022 - vermag eine vollumfängliche Arbeitsfähigkeit ab 1. Juli 2021 nicht zu bestätigen.

Nach der Untersuchung durch Dr.med. H. _____ am 21. April 2021 befand sich der Beschwerdeführer zu einem erneuten (psychosomatischen) stationären Aufenthalt in der L. _____ (Klinik) vom 29. April 2021 bis 26. Mai 2021, was gemäss dem behandelnden Arzt zu einer Verbesserung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers führte. Anschliessend kam es jedoch im häuslichen Umfeld wieder zu einer Verschlechterung. Der Beschwerdeführer liess sich gemäss Verlaufsbericht vom 2. September 2021 weiterhin medikamentös sowie

ein bis zwei Mal monatlich mit psychosomatischen Einzelsitzungen durch Dr.med. E._____ behandeln, woraufhin letzterer weiterhin bis am 30. September 2021 eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit attestierte (vgl. vorstehende E. 3.10). Erst im Verlaufsbericht vom 11. November 2021 berichtete Dr.med. E._____ von einem verbesserten Gesundheitszustand, weshalb die Arbeitsunfähigkeit ab 1. Oktober 2021 auf 80% reduziert werden könne. Dem Bericht lässt sich jedoch nicht entnehmen, ob sich die Arbeitsfähigkeit auf die angestammte oder eine angepasste Tätigkeit bezieht. Sodann bezieht sich Dr.med. E._____ im besagten Verlaufsbericht auf sämtliche (auch somatische) Diagnosen, welche in der Gesamtheit die Arbeitsunfähigkeit begründeten (vorstehende E. 3.12), woraus sich jedoch die psychische Komponente nicht ohne weiteres ergibt.

4.5.3 Damit aber lässt sich unter Berücksichtigung der vorliegenden Aktenlage der Grad und die Dauer der Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers auch in psychiatrischer Hinsicht - d.h. der Zeitpunkt von welchem an man von einem ausreichend therapierten depressiven Zustand ausgehen kann (vgl. hierzu Vernehmlassung der Vorinstanz Rz. 5 letzter Abs.) - nicht abschliessend beurteilen (vgl. vorstehende E. 4.4.1). Was die psychosozialen Belastungsfaktoren anbelangt, so können diese mittelbar zur Invalidität beitragen, wenn und soweit sie zu einer ausgewiesenen Beeinträchtigung der psychischen Integrität als solcher führen, welche ihrerseits eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bewirkt, wenn sie einen verselbstständigten Gesundheitsschaden aufrechterhalten oder den Wirkungsgrad seiner - unabhängig von den invaliditätsfremden Elementen bestehenden - Folgen verschlimmern (Urteil BGer 8C_559/2019 vom 20.1.2020 E. 3.2). Ob dies im konkreten Fall zutrifft, kann vorliegend offen bleiben, nachdem weitere Abklärungen vorzunehmen sind.

5. Zusammenfassend erweist sich die Beschwerde als begründet und ist gutzuheissen. Die angefochtene Verfügung vom 20. September 2022 ist aufzuheben und die Sache zur ergänzenden Sachverhaltsabklärung und neuem Entscheid an die Vorinstanz zurückzuweisen.

6.1 Die Rückweisung der Sache an die Vorinstanz zur erneuten Abklärung und neuem Entscheid (mit noch offenem Ausgang) gilt nach ständiger Praxis für die Frage der Auferlegung der Gerichtskosten wie auch der Zusprechung einer Parteientschädigung als Obsiegen der beschwerdeführenden Partei, unabhängig davon, ob die Rückweisung überhaupt beantragt, oder ob das entsprechende Begehren im Haupt- oder Eventualantrag gestellt wird (vgl. BGE 137 V 210 E. 7.1).

6.2 Dem Verfahrensausgang entsprechend werden die Verfahrenskosten der Vorinstanz auferlegt.

6.3 Nachdem der beanwaltete Beschwerdeführer im vorliegenden Verfahren obsiegt, ist ihm zu Lasten der Vorinstanz eine Parteientschädigung zuzusprechen (Art. 61 lit. g ATSG). Die Parteientschädigung ist in Beachtung des kantonalen Gebührentarifs für Rechtsanwälte (GebTRA; SRSZ 280.411) vom 27. Januar 1975, welcher für das Honorar im Verfahren vor dem Verwaltungsgericht in § 14 einen Rahmen von Fr. 300.-- bis Fr. 8'400.-- vorsieht, und unter Beachtung der in § 2 des Gebührentarifs enthaltenen Kriterien sowie in Ausübung des pflichtgemässen Ermessens auf insgesamt Fr. 1'200.-- (inkl. Barauslage und MwSt) festzusetzen.

Demnach erkennt das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird insoweit gutgeheissen, als die angefochtene Verfügung vom 20. September 2022 aufgehoben und die Sache zur ergänzenden Sachverhaltsabklärung und neuem Entscheid an die Vorinstanz zurückgewiesen wird.
2. Die Verfahrenskosten (Gerichtsgebühr, Kanzleikosten und Barauslagen) werden auf Fr. 500.-- festgelegt und der Vorinstanz auferlegt. Dies wird zahlungsverkehrsmässig so umgesetzt, dass das Gericht den vom Beschwerdeführer bezahlten Kostenvorschuss von Fr. 500.-- einbehält und die IV-Stelle dem Rechtsvertreter des Beschwerdeführers Fr. 500.-- zu bezahlen hat.
3. Dem Beschwerdeführer wird zulasten der Vorinstanz eine Parteientschädigung von Fr. 1'200.-- (inkl. MwSt und Auslagen) zugesprochen.
4. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit Zustellung Beschwerde* in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 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).
5. Zustellung an:
 - den Rechtsvertreter des Beschwerdeführers (2/R)
 - die Vorinstanz (R)
 - und das Bundesamt für Sozialversicherungen BSV, 3003 Bern (A).

Schwyz, 12. Juli 2023

Im Namen des Verwaltungsgerichts

Der Vizepräsident:

Die 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: 18. August 2023