

Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz Kammer I



I 2023 19

Entscheid vom 17. Oktober 2023

Besetzung

lic.iur. Thomas Rentsch, Vizepräsident
Dr.med. Bernhard Zumsteg, Richter
Dr.med. Pierre Lichtenhahn, Richter
MLaw Manuel Gamma, Gerichtsschreiber

Parteien

A._____,
Beschwerdeführer,
vertreten durch Rechtsanwalt MLaw B._____,

gegen

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

Gegenstand

Invalidenversicherung (Leistungen)

Sachverhalt:

A. A._____ (geb. ____1964) absolvierte nach dem Besuch der Primar- und Sekundarschule in der Schweiz eine Mittelschule in Afrika, die Berufs- sowie eine Fachschule in der Schweiz und studierte an einer schweizerischen sowie amerikanischen Universität. Namentlich absolvierte/erlangte er bei der C._____ AG eine Berufslehre EFZ, bei der "D._____" eine Fachausbildung EFA, an der Universität E._____ ein Nachdiplomstudium sowie bei der F._____ eine Diplomprüfung. Nachdem er in den Jahren 1977 bis 1981 in der Elfenbeinküste sowie von 2008 bis 2016 in Gabun gewohnt bzw. gearbeitet hatte, war er vom 1. September 2018 bis - nachdem ihm vom Arbeitgeber wegen Restrukturierung gekündigt worden war - 29. März 2021 (bzw. bis 31.3.2021, vgl. IV-act. 10-1/9) in einem Vollpensum bei der G._____ AG als Geschäftsführer tätig (zum Ganzen IV-act. 1).

B. Am 13. Januar 2021 ging bei der IV-Stelle - übermittelt durch den Krankentaggeld(KTG-)Versicherer (H._____; IV-act. 1) - die von A._____ am 4. Januar 2021 unterzeichnete Anmeldung zur beruflichen Integration und zum Bezug einer Rente ein mit dem Hinweis auf eine psychische Erkrankung ("Psychische Beschwerden"), bestehend seit 29. Juni 2020 (IV-act. 3). Die H._____ übermittelte der IV-Stelle gleichzeitig die Krankenversicherungsakten (IV-act. 1, KV-act. 1).

C. Mit Vorbescheid vom 23. Mai 2022 stellte die IV-Stelle Schwyz die Ablehnung des Leistungsbegehrens in Aussicht (IV-act. 42). Dagegen liess A._____ am 22. Juni 2022 Einwand erheben (IV-act. 46). Nachdem weitere Abklärungen seitens der IV-Stelle getroffen worden waren, namentlich durch das Einholen eines Arztberichtes des A._____ behandelnden Psychiaters (vgl. IV-act. 47-1/4, 48-1 ff./5), verfügte die IV-Stelle Schwyz am 3. Februar 2023 unter dem Titel "Kein Anspruch auf eine Invalidenrente", dass das Leistungsbegehren abgewiesen werde (Bf-act. 1 = IV-act. 57-1 ff./5).

D. Gegen diese Verfügung lässt A._____ am 6. März 2023 Beschwerde beim Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz erheben mit dem Antrag, der angefochtene Entscheid sei aufzuheben, die Sache sei an die Vorinstanz zurückzuweisen, wobei die Vorinstanz zu verpflichten sei, ein neutrales Gutachten in Auftrag zu geben, unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zzgl. MwSt. zu Lasten der Vorinstanz.

E. Die IV-Stelle Schwyz beantragt mit Vernehmlassung vom 6. April 2023, die Verwaltungsgerichtsbeschwerde sei abzuweisen, unter Kostenfolge zu Lasten

des Beschwerdeführers. Mit Replik vom 2. Mai 2023 lässt der Beschwerdeführer an seinen Rechtsbegehren in der Beschwerde festhalten. Die Vorinstanz teilt am 9. Mai 2023 unter Festhalten an ihrer Vernehmlassung vom 6. April 2023 den Verzicht auf eine Duplik mit.

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 Bei der Bestimmung der durchschnittlichen Arbeitsunfähigkeit während der Wartezeit gemäss Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG ist ausschliesslich die Arbeitsunfähigkeit 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 (Kreisschreiben über Invalidität und Rente in der Invalidenversicherung

[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).

1.2.3 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.

1.2.4 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. E. 1.2.3 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 19.6.2020; Kreisschreiben über die Übergangsbestimmungen zum Rentensystem im Rahmen der WE IV).

1.2.5 Vorliegend geht es um eine IV-Anmeldung vom 4. Januar 2021 (mit Eingang bei der IV-Stelle am 13.1.2021). Nach Abklärungen hat es die IV-Stelle mit Verfügung vom 3. Februar 2023 abgelehnt, IV-Rentenleistungen zuzusprechen. Bei dieser Sachlage ist ein allfälliger Rentenanspruch grundsätzlich nach dem bisherigen Recht (und nicht nach dem neuen, seit dem 1.1.2022 geltenden Recht) zu bestimmen (vgl. VGE I 2022 53 vom 9.12.2022 E. 1.1.3).

1.3 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 Tätigkeit 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).

1.4 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, a.a.O., 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 (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. Entschei-

dend für den Beweiswert ist grundsätzlich weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 351 E. 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 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 Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts ist es grundsätzlich zulässig, dass eine Beurteilung des medizinischen Sachverhalts einzig gestützt auf versicherungsinterne Grundlagen erfolgt (vgl. Kieser, Kommentar zum ATSG, 4. Aufl., Rz. 64 zu Art. 43 ATSG, mit Verweis auf BGE 122 V 157 und die Kritik daran). Dies gilt indessen nur, wenn nicht - bereits geringe - Zweifel den entsprechenden Schluss als unsicher erscheinen lassen. Bei versicherungsinternen Berichten ist deshalb von Bedeutung, ob solche Zweifel an der Glaubwürdigkeit bestehen; ist dies zu bejahen, ist eine unabhängige Begutachtung notwendig. Einen entsprechenden Zweifel hat das Bundesgericht beispielsweise im Fall der Einreichung eines Privatgutachtens angenommen oder wenn im Bericht des versicherungsinternen Arztes Widersprüche bestanden (vgl. Kieser, a.a.O., mit Verweis auf die bundesgerichtlichen Urteile 8C_474/2016 und 8C_261/2018).

1.5.6 Den vom Krankentaggeldversicherer nicht im gesetzlich vorgesehenen Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten kommt der Beweiswert versicherungsinterner ärztlicher Feststellungen zu (Urteil BGer 8C_71/2016 vom 1.7.2016 E. 5.3).

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 (Urteil BGer 8C_213/2020 vom 19.5.2020 E. 4.1 mit Verweis auf BGE 141 V 281 E. 2 S. 285 ff., E. 3.4 - 3.6 und 4.1 S. 291 ff.). 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 S. 306 f.).

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 BGer I 676/05 vom 13.3.2006 E. 2.4 mit Hinweisen).

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 BGer 8C_424/2010 vom 19.7.2010 E. 3.2.3 mit Verweis auf BGE 134 I 140 E. 5.3).

1.9 Im Übrigen beschränkt sich der gerichtliche Überprüfungszeitraum grundsätzlich auf den Sachverhalt, wie er sich bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung (hier: Verfügung vom 3.2.2023) 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. Vorliegend ist grundsätzlich einzig strittig, ob die IV-Stelle aufgrund der Sachlage, wie sie sich der IV-Stelle bei ihrem Entscheid darbot, ohne Rechtsverletzung hat verfügen dürfen oder ob sie im Sinne der Argumentation des Be-

schwerdeführers eine externe Begutachtung hätte einholen müssen. 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 Dr.med. I. _____ (FMH Innere Medizin, Pneumologie, FA Schlafmedizin) diagnostizierte nach einer am 4. März 2020 im Schlaflabor J. _____ durchgeführten Polysomnografie im Bericht vom 6. März 2020 u.a.: Leichtes bis mittelschweres obstruktives und gemischtes Schlafapnoe-/Hypopnoe-Syndrom, Upper Airway Resistance Syndrom leichten Grades, PLMS / Restless Legs Syndrom, Mässiges Übergewicht, Insomnie: Ein- und Durchschlafstörungen (Diagnosen 1-5 von 16; vgl. KV-act. 1-13/65 = 1-57/65).

2.2 Der Hausarzt PD Dr.med. K. _____ (Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH) bzw. Dr.med. L. _____ (Leitende Ärztin) sowie die Hausärztin Dr.med. M. _____ (FMH Allgemeine Innere Medizin) attestierten für den Beschwerdeführer eine durchgehende 100%ige Arbeitsunfähigkeit vom 29. Juni 2020 bis 16. Mai 2021 infolge Krankheit (vgl. KV-act. 1-1 ff./65, Zeugnisse vom 24.6.2020, 6.7.2020, 10.7.2020, 3.8.2020, 21.8.2020, 9.9.2020, 23.9.2020, 20.10.2020, 25.11.2020 und 17.12.2020; KV-act. 2-15 ff./24, Zeugnisse vom 6.1.2021, 28.1.2021, 19.2.2021, 2.3.2021; KV-act. 2-22 f./24, Zeugnis vom 29.3.2021; KV-act. 5-217/477, Zeugnis vom 28.4.2021), danach eine solche von 80% bis 31. August 2021 (KV-act. 5-235/477 und 244/477, 253/477, 259/477, Zeugnisse 17.5.2021, 4.6.2021, 28.6.2021, 30.6.2021). Dr.med.univ. N. _____ attestierte in der Folge ab 1. September 2021 eine 80%ige (KV-act. 5-276/477, 5-308/477, 325/477), bzw. ab 3. November 2021 eine 60%ige (KV-act. 5-401/477, 5-429/477, 5-431/477), bzw. ab 1. Januar 2022 eine 50%ige (KV-act. 5-435/477, 5-447/477, 5-455/477, 5-459/477), bzw. ab 1. April 2022 eine 40%ige (KV-act. 5-477/477) bzw. ab 1. Juli 2022 bis 31. Juli 2022 eine 30%ige Arbeitsunfähigkeit (vgl. [zum Ganzen auch] KV-act. 48-3/5 Ziff. 3).

2.3 Im Bericht vom 6. Juli 2020 zum gleichentags im Spital O. _____ durchgeführten MR Schädel mit Hypophyse bei der Fragestellung "Intrazerebrale Pathologie? Hypophyse?" hielt Dr.med. P. _____ (Leitender Arzt) beurteilend und verglichen mit der Voruntersuchung vom 2. April 2020 eine stationäre intraselläre Raumforderung, vereinbar mit einem Makroadenom, fest; bekannte Infiltration des linken Sinus cavernosus mit Kontakt und partieller Ummauerung der A. carotis im kavernösen Segment ohne relevante lumenale Einengung; Keine Tangierung des N. opticus oder des Chiasma opticum (KV-act. 1-55/65).

2.4 Am 12. August 2020 teilte der Beschwerdeführer gegenüber der H._____ den "Arbeitsausfall aufgrund der Arbeitsstelle und mittelgradige depressive Episode" als Grund für die Arbeitsunfähigkeit mit; dies habe sich lange angestaut, seit Jahren schon gehe es ihm im Geschäft nicht mehr gut. Das Ziel sei ganz klar, dass er wieder arbeiten könne (KV-act. 1-28/65).

2.5 Im "Ärztlichen Erstbericht" an die H._____ vom 21. August 2020 hielt PD Dr.med. K._____ als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine mittelschwere depressive Verstimmung fest, als Diagnosen ohne solche Auswirkungen Adipositas, Hemmungen, Hypertonie. Als nicht-medizinische Gründe, die einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit haben, nannte der Hausarzt "Arbeitsumfeld, Chef 'mobbt' den Mitarbeiter"; er bejahte sodann die Zumutbarkeit und Möglichkeit einer dem Krankheitsverlauf angepassten Tätigkeit an einem anderen Arbeitsort und bei einem anderen Arbeitgeber (KV-act. 1-30 ff./65).

2.6 Im Rahmen eines Gesprächs vom 15. September 2020 in einer H._____ -Verkaufsstelle führte der Beschwerdeführer aus, dass es ihm nicht gut gehe, er seit 1.5 Jahren Probleme habe, es im Juli 2020 akut geworden sei und er seit 1.5 Jahren auch nicht mehr schlafen könne. Die H._____ informierte den Beschwerdeführer darüber, dass es sich gemäss Bericht von Dr. K._____ um eine Arbeitsplatzproblematik handle und er bei einem anderen Arbeitgeber voll arbeitsfähig wäre; der Beschwerdeführer "sehe das auch so" (KV-act. 1-40/65).

2.7 In Beantwortung verschiedener Fragen des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers hielt der Hausarzt PD Dr.med. K._____ am 25. November 2020 als Diagnose eine mittelschwere Depression, ausgelöst durch das Verhalten des Arbeitgebers, fest, die weiterhin behandlungsbedürftig und therapieresistent sei. Es erfolge daher eine Zuweisung in die Klinik Q._____. Aufgrund dieser mittlerweile eigenständigen psychischen Störung sei der Beschwerdeführer aktuell nicht in der Lage, als Geschäftsführer in einem Betrieb arbeiten zu können. Aktuell und nach wie vor könne der Patient "auch keine angepasste Tätigkeit durchführen, auch eine [recte wohl: keine] ohne die hohen Anforderungen an einen Geschäftsführer." Die Prognose sei grundsätzlich gut. Sobald das Arbeitsverhältnis mit dem aktuellen Arbeitgeber gelöst sei, werde der Patient sich langsam von seiner mittelschweren Depression erholen können. Zu seinem Bericht vom 21. August 2020 notiert der Hausarzt schliesslich, dieser gebe nur an, dass der Beschwerdeführer an einem anderen Ort arbeitsfähig sein würde, aber bewusst nicht, ab wann und zu wieviel Prozent, da dies zum Zeitpunkt der Be-

richtserstellung nicht absehbar gewesen sei (KV-act. 1-45 f./65 = 1-50 f./65 = 3-88/9 f.).

2.8 Anlässlich einer MR Schädel mit Hypophyse vom 14. Dezember 2020 im Rahmen einer Verlaufskontrolle betreffend Hypophysenadenom im Spital O. _____ beurteilte Dr.med. R. _____ (Leitende Ärztin) verglichen mit einer Voruntersuchung vom 6. Juli 2020:

grössenstationäre teils solide teils zystische Raumforderung des Hypophysenvorderlappens paramedian links wie beschrieben vereinbar mit einem Makroadenom. Weiterhin keine Kompression des Nervus opticus noch des Chiasma opticum. Unveränderte Infiltration des linken Sinus cavernosus mit Kontakt zur linken Arteria carotis interna ohne luminale Einengung.

2.9 Am 4. Februar 2021 beantwortete Dr.med. L. _____ verschiedene Fragen der H. _____. Als Diagnosen nannte sie (KV-act. 2-6 ff./24):

F32.11 Mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom bei ausgeprägter Belastungssituation und vor dem Hintergrund von
Z73.1 Akzentuierten Persönlichkeitszügen (selbstunsicher)

Die Ärztin verneinte eine Beeinflussung des Heilungsverlaufs durch frühere Erkrankungen oder Unfälle. Nach wie vor bestünden ausgeprägte Existenzängste und Konzentrationsstörungen, der Schlaf sei besser, aber noch nicht normalisiert. Die Arbeitsunfähigkeit am aktuellen Arbeitsplatz betrage 100% bis auf weiteres; eine angepasste Tätigkeit beim bisherigen Arbeitgeber sei unzumutbar. Ferner sei bei einem anderen Arbeitgeber weder die bisherige berufliche Tätigkeit noch eine angepasste Tätigkeit zumutbar.

2.10 Im Arztbericht berufliche Eingliederung / Rente vom 2. März 2021 (IV-act. 9) berichtete der Hausarzt PD Dr.med. K. _____ über eine attestierte 100%ige Arbeitsunfähigkeit seit dem 29. Juni 2020 in seiner angestammten Tätigkeit als Geschäftsführer. Mit Verweis auf einen Bericht der Privatklinik Q. _____ hielt er als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine mittelschwere Depression fest, erkannte auf eine gute Prognose zur Arbeitsfähigkeit.

2.11 Die Augenärztin Dr.med. T. _____ hielt am 22. März 2021 fest, aus ophthalmologischer Sicht bestehe keine Arbeitsunfähigkeit. Als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit hielt sie "Primäres Offenwinkelglaukom DD oculäre Hypertension" fest (IV-act. 12 1 ff./6). Bereits am 9. Juli 2020 hielt die Augenärztin gegenüber Dr.med. M. _____ (FMH Allgemeine innere Medizin) nach Überweisung durch letztere als Diagnosen fest: Dringender Verdacht auf Glaukom rechts > links, Gesichtsfeld: beids kleiner Ausfall bitemporal + nasal oben rechts DD: im Rahmen eines Hypophysenprozesses? Glaukomatös?, Ver-

dacht auf klinisch asymptomatisches Makroadenom der Hypophyse, ED 04/20 bei Routine MRI im Rahmen internistischer Abklärungen, Astigmatismus myopicus compositus beidseits (vgl. IV-act. 12-6/6).

2.12 Im Austrittsbericht bzw. im abschliessenden Bericht der Privatklinik Q. _____ vom 23. März 2021 hielt Dr.med. L. _____ zum rund 7-wöchigen Aufenthalt des Beschwerdeführers vom 5. Januar 2021 bis 24. Februar 2021 folgende Diagnosen fest (IV-act. 15 = KV-act. S. 214 ff.):

Psychiatrische Diagnosen nach ICD-10

F32.11 Mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom bei ausgeprägter Belastungssituation und vor dem Hintergrund von
Z73.1 Akzentuierten Persönlichkeitszügen (selbstunsicher)

Somatische Diagnosen

Makroadenom Hypophyse EO 4/2020 klinisch asymptomatisch
Poliglobulie Hb 18 g/l
Arterielle Hypertonie
Hypercholesterinämie
COPD GOLD II, anamnestisch Asthma bronchiale
Schlafapnoe/Hypopnoe-Syndrom
PLMS /Restless-Legs-Syndrom
Anamnestisch Fructose-Intoleranz
Rez. Schwindel in Rückenlage
Übergewicht
Spondylolyse LWK 5/SWK 1 mit initialer Spondylolisthesis
Glaukom bds.
Aktuell Blutdruckschwankungen und Diarrhoe

Nach der Zuweisung von Dr.med. K. _____ wegen mittelschwerer depressiver Episode ohne Besserung durch ambulante Psychotherapie sei es im Rahmen des schützenden stationären Settings und der ausgezeichneten Ressourcen des Patienten zu einer guten Stabilisierung gekommen, die eine ambulante Weiterbetreuung erlaube.

Hinsichtlich der Beschwerden bei Eintritt habe der Beschwerdeführer angegeben, die Problematik habe sich langsam entwickelt parallel zu Problemen mit dem Arbeitgeber. Immer wieder drängten sich Gesprächsszenen mit dem Arbeitgeber auf - zum Teil wie sie vorgekommen seien, zum Teil verändert; privat leide er darunter, dass er und seine Frau in Schwyz noch nicht heimisch seien, kaum private Kontakte hätten.

Hinsichtlich Therapie und Verlauf hielt die Ärztin fest, der Beschwerdeführer sei in der Klinik mit einem multimodalen Setting behandelt worden, welches u.a. drei fachärztliche Gespräche sowie Bezugspersonengespräche umfasst habe. Der Beschwerdeführer habe offen und ambitioniert an diesen Angeboten teilgenom-

men, habe sich in den psychiatrisch-psychotherapeutischen Gesprächen intensiv mit seiner schwierigen aktuellen Lebenssituation, aber auch den Persönlichkeitsfaktoren, die zu seiner Dekompensation beigetragen hätten, und die durch seine Lebensgeschichte zu erklären seien (unter anderem Selbstunsicherheit, Gutgläubigkeit), auseinandergesetzt. Medikamentös sei seine erhebliche Schlafstörung mit Trittico und Zolpidem erfolgreich behandelt worden. Somatisch sei es zu einer erwünschten Gewichtsabnahme auf 88 kg und einer Normalisierung des Blutdrucks gekommen.

2.13 Dr.med. M._____ hielt am 30. April 2021 gegenüber der H._____ als

Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit "Burn out" sowie "reaktive Depression" fest (KV-act. 5-218 ff./477). Zum Behandlungsverlauf notierte sie "gut, psychisch stabilisiert, braucht noch Zeit, um 100% arbeitsfähig zu sein". Der Beschwerdeführer sei bis ca. 31. Mai 2021 für sämtliche Tätigkeiten arbeitsunfähig.

2.14 Im psychiatrischen Zwischenbericht vom 29. Juni 2021 bestätigte Dr.med.univ. N._____ (Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie) gegenüber der H._____ die Diagnosen "F32.11 Mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom bei ausgeprägter Belastungssituation und vor dem Hintergrund von Z73.1 Akzentuierten Persönlichkeitszügen (selbstunsicher) - ED Privatlinik Q._____ 01/21". Am aktuellen Arbeitsplatz sei er seit 1. März 2021 100% bzw. ab 17. Mai 2021 80% arbeitsunfähig. Eine angepasste Tätigkeit sei ebenfalls ab 17. Mai 2021 zu 20% zumutbar und möglich (KV-act. 5-256/477).

2.15 Am 11. August 2021 fasste der die H._____ beratende Arzt Dr.med. U._____ zusammen, dass sich beim sehr protrahierten Verlauf der depressiven Episode die Frage nach der weiteren Prognose stelle; es sei unklar, ob die Arbeitsunfähigkeit von 80% in der angestammten Tätigkeit weiterhin ausgewiesen sei (KV-act. 5-261/477).

2.16 Im von der H._____ veranlassten (vgl. KV-act. 5-267/477) Gutachten von V._____ (Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie sowie für Pharmazeutische Medizin) vom 6. September 2021 (KV-act. 5-280 ff./477) wurde diagnostisch eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F32.1) genannt. Aufgrund der Vorgeschichte sei es offensichtlich, dass das Krankheitsbild reaktive Bezüge zu einem Konflikt im Rahmen des letzten, inzwischen aufgelösten Anstellungsverhältnisses aufweise. Zusammenfassend notierte er, die mittelschwere Depression sei inzwischen weitgehend abgeklungen, sehe man von einer nach wie vor bestehenden Kränkung ab; die vom Versicherten vorgebrachten

Beschwerden würden sich auf eine immer noch rasche psychophysische Erschöpfung und eine nach wie vor reduzierte Anpassungsfähigkeit im Sinne einer verminderten Resilienz beziehen. Die Teilarbeitsfähigkeit und die Steigerung derjenigen veranschlagte der Gutachter wie folgt: 20% bis Ende September 2021, 40% ab Oktober 2021, 60% ab November 2021, 80% ab Dezember 2021, volle Arbeitsfähigkeit ab Januar 2022. Eingangs und abschliessend hielt der Arzt in seinem Gutachten fest, den Beschwerdeführer aus Studienzeiten zu kennen, was er allerdings bei der Terminvereinbarung nicht realisiert habe. Er empfehle vor dem Hintergrund einer strikten Neutralität in der Begutachtung, den Beschwerdeführer bei einem anderen Facharzt zum Zweck einer Zweitmeinung anzumelden.

2.17 Im Verlaufsbericht der Ärztezentrum Y. _____ AG vom 23. September 2021 (IV-act. 24) wird bei der Diagnose reaktive Depression ein stationärer Gesundheitszustand beschrieben, im Verlauf unverändert, psychisch labil, Konzentrationsstörungen, nicht belastbar; die Arbeitsfähigkeit sei unverändert bei 80%; die Prognose sei unbekannt ("Psychiater fragen").

2.18 Im Sinne der Einholung einer Zweitmeinung beauftragte die H. _____ Dr.med. W. _____ (Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH) mit einer psychiatrischen Begutachtung des Beschwerdeführers (vgl. KV-act. 5-294/477). In seinem Gutachten vom 18. Oktober 2021 (KV-act. 5-327 ff./477) konnte Dr.med. W. _____ keine psychiatrisch relevanten Erkrankungen mit oder ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit feststellen (KV-act. 5-335/477). Der Versicherte gebe an, er leide unter einer depressiven Symptomatik. Gemäss ICD-10 wäre hier zu überprüfen, inwieweit die Hauptsymptome von depressiven Erkrankungen vorlägen. Es fänden sich keine gedrückte Stimmung, kein Interessesverlust oder Freudlosigkeit und keine Antriebsverminderung. Als subjektive Einschränkung werde eine Schlafstörung angegeben. Innerhalb der gesamten Untersuchung hätten sich keine Hinweise auf kognitive Einschränkungen finden lassen. Es würde sich keine depressive Stimmung als Hauptsymptom finden lassen und es ist somit nicht von einer depressiven Episode gemäss internationalem Klassifikationssystem auszugehen. Es sei auch nicht von einer reinen Anpassungsstörung auszugehen. Bei einer solchen wäre eine entsprechende leichte depressive Symptomatik diagnostizierbar, was zum aktuellen Zeitpunkt nicht vorliege. Der Gutachter konnte entsprechend auch keine psychiatrische Erkrankung finden, bei welcher eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit nachvollziehbar wäre. Es sei in jeder entsprechenden Tätigkeit von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit auszugehen. Innerhalb der Untersuchung hätten sich auch weder funktionelle Einschränkungen im Alltag oder bzgl. beruflicher Tätigkeiten noch Hinweise

auf spezifische psychosoziale Belastungssituationen, die arbeitsrelevant wären, finden lassen.

Der Gutachter hält im Weiteren fest, bereits zu Beginn gebe der Versicherte an, er habe nicht vor, über die Problemsituation zu reden. Er verlese dann eine vorformulierte Erklärung, dass er vorhabe, nur bezüglich der Datierungen Angaben zu machen. Zusätzlich sei der behandelnde Facharzt Psychiatrie und Psychotherapie im Stand-by-Modus, Herr Dr. N. _____, am Telefon jederzeit erreichbar, falls er es für nötig empfinden würde, Fragen nicht zu beantworten. Er behalte sich vor, jederzeit den Untersucher darauf hinzuweisen, dass er eine Frage nicht beantworten würde und dass er sich sofort an den Behandler zu wenden habe.

Zur Frage, ob die Behandlung des Beschwerdeführers den anerkannten und aktuellen Therapie-/Behandlungsleitlinien entspreche, hielt der Gutachter fest, zum aktuellen Zeitpunkt werde eine Behandlung alle 14 Tage durch einen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie durchgeführt; es werde Trittico und Zolpidem verschrieben; die Behandlungsstruktur entspreche maximal einer leichten depressiven Symptomatik, aber nicht einer formulierten, entsprechenden 100%igen Arbeitsunfähigkeit. Der Versicherte gebe an, täglich Trittico und Zolpidem einzunehmen. Zu beachten sei, dass nach 4- bis 6-wöchiger regelmässiger Zufuhr einer "Z-Substanz" die Möglichkeit einer Abhängigkeitsentwicklung bestehe; dringend indiziert sei das Absetzen der entsprechenden Medikation; der Beschwerdeführer formuliere, er sei nicht bereit zu einer Veränderung der Psychopharmakotherapie, der Psychotherapie oder zu anderen therapeutischen Massnahmen (Ziff. 13.5).

Zur Frage, ob es während der Untersuchung Hinweise auf Inkonsistenzen, Verdeutlichung oder Aggravation gegeben habe, erklärte der Gutachter vorab, das SRSI (Self-Report Symptom Inventory) diene der Feststellung negativer Antwortverzerrungen in einer Untersuchung, namentlich einer überhöhten und/oder ausweiteten Beschwerdeschilderung, die, wenn sie vorliege, die subjektiven Angaben des Probanden als unzuverlässig ausweise. Es finde sich ein Hinweis bzgl. Aggravation und Simulation in der Anzahl der bejahten Pseudobeschwerden. Die Anzahl der bejahten Pseudobeschwerden liege bei 11. Gemäss Interpretationsrichtlinie "für unterschiedliche Wertebereiche bei Anzahl der bejahten Pseudobeschwerden" sei eine deutlich erhöhte Wahrscheinlichkeit von bedeutsamen Antwortverzerrungen zu dokumentieren. Das Verhältnis Pseudobeschwerden zu Beschwerden liege mit 0.78 deutlich über dem Cutoff-Wert von 0.288, was ein weiterer Hinweis auf Antwortverzerrungen sei. Basierend auf der Testuntersuchung fänden sich erhebliche Hinweise auf Antwortverzerrungen. Innerhalb der Untersuchung würden erhebliche Einschränkungen bezüglich der

angestammten Arbeitstätigkeit mit 100% formuliert. In allen anderen Feldern fänden sich gemäss Angaben des Versicherten keinerlei Einschränkungen. Einschränkungen fänden sich auch nicht im Alltag und im sozialen Bereich. Basierend auf der klinischen Evaluation und auf der Testuntersuchung sei ein erheblicher Hinweis auf Antwortverzerrungen zu formulieren (Ziff. 6).

2.19 Dr.med.univ. N._____ stellte der IV-Stelle am 21. Oktober 2021 (vgl. IV-act. 25) seinen "Arztbericht: Berufliche Integration/Rente" vom 23. September 2021 zu (IV-act. 26-1 ff./9 = 27-1 ff./6). Er beschreibt eine Arbeitsunfähigkeit von 80% vom 1. September 2021 bis 30. September 2021 sowie eine solche von 60% geplant ab 1. November 2021 für die Tätigkeit als Geschäftsführer. Die depressive Symptomatik sei in Teilremission, der Beschwerdeführer zeige viele eigene Impulse, um seine Selbstwirksamkeit im Umgang mit der depressiven Symptomatik zu stärken. Der Arzt befundete:

(...). Bewusstseinsklar, zu allen Qualitäten orientiert. Gedankengang kohärent. Angabe von Konzentrations- und Merkfähigkeitsstörungen. Gedankenkreisen und Grübeln seit Klinikaufenthalt nur mehr leichtgradig. Emotional aktiviert bei Themen zur Arbeitssituation und damit zusammenhängende Konflikte. Aktuelle Belastung durch das laufende Rechtsverfahren diesbezüglich. Keine Hinweise auf produktives Erleben, optische oder akustische Halluzinationen. Ängstliche Grundspannung. Keine Zwangsgedanken oder Zwangshandlungen. Grundstimmung depressiv, Anhedonie, Insuffizienz erleben, Zukunftsängste. Schlaf nur unter Medikation zufriedenstellend. Antrieb vermindert. Glaubhaft distanziert von handlungsrelevanter Suizidalität.

Als Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit nannte er F32.11 Mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom bei ausgeprägter Belastungssituation und vor dem Hintergrund von Z73.1 Akzentuierten Persönlichkeitszügen (selbstunsicher) - ED Privatlinik Q._____ 01/21. Die Arbeitsfähigkeit habe auf 20% gesteigert werden können und es sei pro Monat eine weitere Steigerung von 10-20% geplant; prognostisch ging der Arzt bis Ende Jahr von einer 50%igen Arbeitsfähigkeit aus und, sollte sich das psychopathologische Zustandsbild weiterhin bessern, von einer "vollen Remission in den kommenden Monaten". Aktuell arbeite der Beschwerdeführer zu 20% bei einer Firma für Verkehrsdienst.

2.20 Zuhanden des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers beantwortete der behandelnde Psychiater Dr.med.univ. N._____ am 15. Dezember 2021 einen Fragenkatalog (KV-act. 5-438 ff./477); er stellte erneut die bekannte Diagnose F32.11 Mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom bei ausgeprägter Belastungssituation und vor dem Hintergrund von Z73.1 Akzentuierten Persönlichkeitszügen (selbstunsicher) - ED Privatlinik Q._____ 01/21. Nach Ausführungen zum psychopathologischen Befund (Frage 2) hielt der Psychiater

hinsichtlich Arbeitsfähigkeit (Frage 3) fest, diese habe auf 40% gesteigert werden können, was im Rahmen einer beruflichen Wiedereingliederung nach/während einer depressiven Episode durchaus als normal beurteilt werden könne; weitere Steigerungen in den nächsten Monaten um etwa 10% bis 20% pro Monat bei weiterhin gutem Therapieverlauf seien zu erwarten. Zur Frage (5.), ob (u.a.) die Beurteilung des Gutachtens korrekt sei, wurde festgehalten, dass der Beschwerdeführer gemäss dem Gutachten unter keinen psychiatrischen Störungen leiden soll, könne nicht nachvollzogen werden. Der Beschwerdeführer befinde sich nach Ansicht von Dr.med.univ. N._____ in einer schrittweisen Genesung der depressiven Erkrankung. Auch wenn sich schon Fortschritte gezeigt hätten, sei das Krankheitsbild noch nicht vollständig remittiert. Zur Frage (6.), wie er sich dazu äussere, dass die aktuelle Behandlung gegen eine Arbeitsunfähigkeit sprechen würde, hielt Dr.med.univ. N._____ fest, die aktuelle Behandlung werde nach bestem Wissen und Gewissen und nach aktuellen therapeutischen Standards und Leitlinien durchgeführt. In seiner Tätigkeit als Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie habe er schon hunderte Patienten in ähnlichen Situationen begleitet. Vor allem der Übergang vom stationären zum ambulanten Setting gestalte sich teilweise als schwierig. Hinsichtlich der Frage 7 lässt sich schliesslich entnehmen, Dr.med. N._____ habe während seinen regelmässig durchgeführten Konsultationen keine "[Antwort-]Verzerrungen" wahrnehmen können und er wüsste auch nicht, welche Vorteile sich für den Beschwerdeführer ergeben sollten. Sinngemäss sei sodann nicht nachvollziehbar, dass der Beschwerdeführer als akzentuierte Persönlichkeit mit narzisstischen Anteilen beschrieben worden sei.

2.21 Am 4. Januar 2022 hielt der Vertrauensarzt der H._____, Dr.med. X._____ (Facharzt Neurologie FMH, Psychiatrie & Psychotherapie FMH), fest, mit Verweis auf die Dokumentation in der Versicherungsakte sei eine dermassen schwerwiegende psychiatrische Störung, die in diesem Fall eine stationäre Behandlung und Anpassung der psychopharmakologischen Behandlung nach sich ziehen würde, im Falle des Versicherten nicht ausgewiesen (KV-act. 5-443 f./477). Dem Bericht von Dr.med.univ. N._____ seien weder Informationen betreffend der aktuellen Therapiefrequenz noch der medikamentösen Behandlung zu entnehmen. Sollte der Versicherte - wie bereits im Bericht von Dr.med.univ. N._____ vom 29. Juni 2021 - seit Erkrankungsbeginn an einer mittelgradigen depressiven Episode mit somatischem Syndrom (F32.11) leiden, wäre die bis dato durchgeführte psychopharmakologische Behandlung als weitgehend unzureichend zu bezeichnen. Verglichen mit dem Untersuchungsbefund von Dr. W._____ müsste von einer erheblichen Verschlechterung des Gesundheitszustands ausgegangen werden, was hier nicht nachvollziehbar er-

scheine. Zusammenfassend und nach erneuter Würdigung der gesamten Versicherungsakte ergäben sich keine neuen medizinischen Inhalte, die eine andere Beurteilung der Arbeitsfähigkeit, wie bereits im Gutachten von Dr. W. _____ vom 18. Oktober 2021 festgehalten, zulassen würden. "Auf der Beurteilung der AF wird festgehalten."

2.22 Der konsultierte RAD-Arzt Z. _____ (Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie) empfahl am 10. Januar 2022 vor der Beantwortung der Fragen der IV-Stelle, beim ambulanten Behandler Dr.med.univ. N. _____ einen aktuellen Bericht mit der Frage nach dem Verlauf der Arbeitsunfähigkeit "seit der Aufnahme der psych. Behandlung am 1. März 2021" einzuholen (IV-act. 31).

2.23 Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers gelangte mit weiteren Fragen an Dr.med.univ. N. _____, welche dieser behandelnde Psychiater am 27. Januar 2022 u.a. und sinngemäss wie folgt beantwortete (vgl. KV-act. 5-450 ff./477): Die Therapiefrequenz von 10-14 Tagen sei ausreichend; wichtig sei, dass der Beschwerdeführer versuche, in den Sitzungen erkannte Problembereiche und die damit erstandenen Lösungsansätze auch zwischen den Sitzungen umzusetzen. Da von einer mittelgradigen depressiven Episode in Remission gesprochen werde, sehe er die medikamentöse Behandlung als zureichend, da bei einem krankheits- und behandlungseinsichtigen Patienten von Beginn an der Fokus auf die psychotherapeutische Behandlung habe gelegt werden können. Da sie zum Zeitpunkt des Gutachtens schon von einem gebesserten psychopathologischen Zustandsbild in Hinblick auf den Zeitpunkt der Diagnosestellung hätten berichten können, sei das Abklingen der initialen Symptome im Verlauf und im Rahmen der Stabilisierungsphase nachvollziehbar.

2.24 Im Verlaufsbericht vom 17. Februar 2022 bezeichnete Dr.med.univ. N. _____ den Gesundheitszustand als stationär; eine Änderung der Diagnose verneinte er. Es habe sich eine Verbesserung des psychopathologischen Zustandsbildes und der Belastbarkeit gezeigt. Der Versicherte habe die Arbeitsfähigkeit, die aktuell mit 50% ausgewiesen sei, sukzessive steigern können. Insgesamt sei der Heilungsprozess noch im Gange. Eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit von 10% im Monat scheinerealistisch (IV-act. 37).

2.25 Der neuerlich konsultierte Vertrauensarzt der H. _____ hielt am 1. März 2022 (KV-act. 5-457/477; vgl. auch unsignierter Bericht vom 3.3.2022, KV-act. 5-457/477) fest, unter erneuter Würdigung der Informationen aus der Versicherungsakte und zusätzlich dem neu eingegangenen Arztbericht von Dr.med.univ. N. _____ vom 27. Januar 2022 sei die Attestierung einer weiteren Arbeitsunfähigkeit von 50% trotz der beschriebenen mittelgradigen depressiven Episode in

Remission nicht nachvollziehbar. Er empfahl, seine Stellungnahme sowie diejenige von Dr.med.univ. N._____ dem Gutachter Dr.med. W._____ vorzulegen.

2.26 Der Gutachter Dr.med. W._____ nahm auf Rückfrage durch den Krankentaggeldversicherer hin am 18. März 2022 wie folgt Stellung (KV-act. 5-462/477):

27.01.2022 Schreiben des behandelnden Arztes Herrn Dr. N._____ an den Anwalt

Wertung: Es wird weder eine spezifische Psychopathologie noch eine Diagnose dokumentiert. Das Schreiben ist nicht ausreichend, um eine Bewertung zu ermöglichen. Das Schreiben ist auch nicht ausreichend, um eine Arbeitsunfähigkeit zu dokumentieren.

15.12.2021, Schreiben des behandelnden Arztes Herrn Dr. N._____ an den Anwalt

Der Behandler weist darauf hin, dass das Instrument ihm nicht bekannt sei und dass der Versicherte keine Vorteile aus Verzerrungen haben würde. Dies ist nicht als ausreichend anzusehen, um eine Aggravation oder schwergradige Antwortverzerrungen nicht zu dokumentieren.

Der Untersucher interpretierte akzentuierte Persönlichkeit als nicht nachvollziehbar, stellt jedoch selber die Diagnose einer akzentuierten Persönlichkeit einer anderen Struktur.

In der Untersuchung vom 18.10.2021 stellte sich keine depressive Symptomatik dar. Es ist nicht ausreichend[,] 8 Wochen später erneut auf eine mittelgradige depressive Episode hinzuweisen[,] ohne das[s] entsprechende Anpassungen bezüglich Therapie durchgeführt werden. Falls es sich um eine Verschlechterung der Symptomatik handeln sollte, wäre davon auszugehen, dass entweder die Behandlungsfrequenz oder die Psychopharmakotherapie dringend intensiviert werden sollte. Dies findet nicht statt.

Die dargestellte Situation vom 15.12.2021 und 27.01.2022 ist insgesamt nicht nachvollziehbar und in der Gesamtbewertung bei ausgeprägten Antwortverzerrungen in der Begutachtung von Oktober 2021 nur sehr eingeschränkt verwertbar. Es reicht nicht aus anzugeben, dass man das Instrument nicht kennt, um entsprechend es zu entwerten.

Basierend auf der Aktendokumentation durch den Behandler ist nicht nachvollziehbar, dass akut eine Verschlechterung der Symptomatik vorliegen sollte. Es wird keine spezifische Verschlechterung, sondern insgesamt eine Verbesserung dargestellt und gleichzeitig weiterhin eine erhebliche Arbeitsunfähigkeit dokumentiert.

Insgesamt verbleibe ich auch bei der erneuten Aktendokumentation durch den Behandler bei meinen Feststellungen bezüglich des Sachstandes Oktober 2021. Es bietet sich für mich keine Indikation eine Veränderung des Befundberichtes, der Diagnose oder der Schlussfolgerungen basierend auf der Aktendokumentation zu dokumentieren.

2.27 Die H._____ gelangte in der Folge erneut an ihren Vertrauensarzt Dr.med. X._____, welcher die Frage "Kann auf der Beurteilung von Herrn Dr. W._____ abgestellt und damit an der Schadenminderung festgehalten wer-

den?" am 1. April 2022 dahingehend beantwortete (KV-act. 5-468/477), dass nach erneuter Würdigung der Dokumentation in der Versicherungsakte und der eingeholten Stellungnahme des Gutachters Dr.med. W._____ sich keine neuen medizinischen Inhalte ergeben würden, die eine andere Beurteilung der Arbeitsfähigkeit aus versicherungsmedizinischer Sicht implizierten.

2.28 Der neuerlich konsultierte RAD-Arzt Z._____ erachtete in seiner Stellungnahme vom 19. Mai 2022 das psychiatrische Gutachten von Dr.med. W._____ vom 18. Oktober 2021 sowie die Antwort auf die Rückfrage vom 18. März 2022 als nachvollziehbar. In diesem Gutachten habe keine psychiatrisch relevante Erkrankung diagnostiziert werden können. Der Verlaufsbericht von Dr.med.univ. N._____ vom 17. Februar 2022 gehe von einem stationären Gesundheitszustand seit 24. September 2021 aus. Somit würden anhand der zur Prüfung vorgelegten medizinischen Unterlagen auch keine IV-relevanten Diagnosen/Gesundheitsschäden vorliegen (IV-act. 40).

In der Folge teilte die Vorinstanz mit Vorbescheid vom 23. Mai 2022 mit, sie sehe vor, das Leistungsbegehren - da kein Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung bestehe - abzuweisen (IV-act. 42).

2.29 Im vom Beschwerdeführer mit dem Einwand vom 22. Juni 2022 (IV-46) gegen diesen Vorbescheid in Aussicht gestellten und am 21. Juli 2022 eingereichten (vgl. IV-act. 48-1/5) Arztbericht vom 11. Juli 2022 (IV-act. 48-2 ff./5 = Bf-act. 3) brachte Dr.med.univ. N._____ namentlich seine Überraschung über die RAD-Beurteilung zum Ausdruck, da sich der Entscheid einzig auf das vom KTG-Versicherer in Auftrag gegebene Gutachten bei Dr.med. W._____ stütze. Die von den Behandlern in der Klinik Q._____ gestellte Diagnose sowie die durch ihn erhobenen Befunde und Einschätzungen, auch zur Steigerung der Arbeitsfähigkeit, welche einer realistischen Einschätzung der Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit nach einer depressiven Erkrankung entspreche, seien leider nicht berücksichtigt worden. Dass das vertrauensärztliche Gutachten ohne Verschulden des Versicherten innerhalb weniger Wochen habe wiederholt werden müssen, werde im Entscheid nicht erwähnt. Auch sei es nachvollziehbar, dass sich daher beim Versicherten ein gewisses Misstrauen und Unsicherheiten gezeigt hätten, seine belastende Krankheitsentwicklung ein zweites Mal in derselben Detailtreue (Biographische Anamnese, etc.) zu wiederholen. Dies sei vom Untersucher Dr.med. W._____ mit „einer akzentuierten Persönlichkeit mit narzisstischen Anteilen“ beschrieben worden, ohne dies in einem strukturierten Interview (z.B. SCID-5) zu bestätigen. In Betrachtung der aktuellen Entwicklung der Arbeitsfähigkeit, die aktuell zu 70% attestiert werden könne, erscheine es aus fachärztlicher Sicht als realistisch, dass diese in den nächsten 2-3 Monaten bei

weiterhin günstigem Verlauf auf 100% erhöht werden könne. Ohne die Ereignisse und Entscheide, welche jeweils eine Destabilisierung des psychopathologischen Zustandsbildes, eine Reaktivierung von belastenden Faktoren und damit den Fokus in den Therapiesitzungen beeinflusst hätten, sei diese Entwicklung wohl schon vor einigen Monaten passiert, wie ursprünglich geplant gewesen sei. Der Arzt kritisiert abschliessend, dass dem Beschwerdeführer nach seiner äusserst schwierigen Arbeitssituation inklusive Verlust des Arbeitsplatzes, dem stationären

Klinikaufenthalt im Rahmen einer Erschöpfungsdepression und der Notwendigkeit zur Einnahme von Psychopharmaka keine relevante psychiatrische Erkrankung und damit keine IV-relevanten Diagnosen/Gesundheitsschäden einzig anhand einer zweistündigen Konsultation attestiert worden war.

2.30 Der RAD-Arzt Z._____ wurde in der Folge (1.) um eine Würdigung des Einwandes und der Stellungnahme von Dr. N._____ gebeten und es wurde ihm (u.a.) die Frage gestellt (2.), ob aufgrund des Einwandes und der Stellungnahme von Dr. N._____ von einer anderen Beurteilung auszugehen sei. Der RAD Arzt nahm hierzu wie folgt Stellung (Vi-act. 53):

Ad 1

Das psychiatrische Gutachten von Dr.med. W._____ vom 16.10.2021 sowie die Antwort auf die Rückfrage vom 18.03.2022 für die Krankentaggeldversicherung nach Einwände[n] von Dr.med.univ. N._____ sind nachvollziehbar. Im neuen Bericht von Dr.med.univ. N._____ vom 11.07.2022 ist keine Verschlechterung seit der Begutachtung ersichtlich, der psych. Befund ist sogar besser. Neue med. Informationen (bis zum Zeitpunkt der Begutachtung) werden aktuell nicht vorgelegt.

Ad 2

Nein, es liegen keine neuen med. Erkenntnisse vor, die auf eine Verschlechterung seit der Begutachtung hinweisen würden.

3.1 Der Beschwerdeführer rügt, dass die IV-Stelle bloss auf die Beurteilung des Arztes der KTG-Versicherung abgestellt habe, obwohl dieser den Widerspruch zwischen seiner Beurteilung und denjenigen der behandelnden Fachärzte nicht ansatzmässig habe aufzeigen können bzw. er sich damit gar nicht auseinandergesetzt habe. Der RAD hätte sich damit auseinandersetzen müssen. Dies sei umso stossender, als der erste KTG-Gutachter die psychiatrische Diagnose und die Teilarbeitsunfähigkeit noch bestätigt habe (vgl. Replik S. 2 ad Ziffer 2); der zweite Arzt habe eine Gefälligkeitsbeurteilung abgegeben; hierauf habe die IV-Stelle ohne sorgfältige Prüfung des Gesundheitszustands abgestellt, wodurch der Untersuchungsgrundsatz verletzt sei (S. 2 Ziff. 3).

Da der Beschwerdeführer aufgrund seines hohen versicherten Lohnes eine grosse Versicherungslast gewesen sei, sei er zu Dr. V. _____ zur Untersuchung gesandt worden; dieser habe am 6. September 2021 ausgeführt, dass er zwar während der Untersuchung bemerkt habe, dass er den Beschwerdeführer aus dem Studium gekannt habe, dennoch habe er die Begutachtung nicht abgebrochen (S. 3 Ziff. 3). Dr. V. _____ habe ausgeführt, die mittelschwere Depression sei weitgehend abgeklungen; dennoch habe er in Übereinstimmung mit den behandelnden Fachärzten diagnostisch eine mittelgradige depressive Episode festgehalten. Aufgrund der Voreingenommenheit habe der Gutachter der H. _____ empfohlen, eine neue Begutachtung anzuordnen. Gleichzeitig habe Dr.med.univ. N. _____ erklärt, dass noch Konzentrationsstörungen bestünden und die Belastbarkeit nicht gegeben sei (S. 4 Ziff. 3). Der Beschwerdeführer habe sich - da die H. _____ den Beschwerdeführer "noch immer möglichst rasch loswerden [wollte]", nun durch Dr. W. _____ untersuchen lassen müssen. Der aufgrund der ersten Begutachtung dekompenzierte Beschwerdeführer habe von Anfang an erklärt, dass er sich vorhalte, auch einige Fragen nicht zu beantworten und dass Dr.med. N. _____ "'in Alarmbereitschaft' ist, um eine nochmalige Verschlechterung seiner gesundheitlichen Situation zu verhindern." Der Versicherungsmediziner sei darüber eingeschnappt gewesen, habe deshalb gar keine Diagnose aus psychiatrischer Sicht stellen wollen und behauptet, es seien keine funktionellen Einschränkungen auszumachen. Nun habe die H. _____ mit der Gefälligkeitsbeurteilung ihr Ziel erreicht (S. 4 Ziff. 4).

Der Versicherungsmediziner Dr. W. _____ habe die bei seiner Untersuchung noch bestehenden funktionellen Einschränkungen entweder nicht wahrhaben wollen oder bewusst nicht erwähnt; die Stellungnahme des Versicherungsmediziners sei unbrauchbar, zumal er sich auch nicht mit den neuen Beurteilungen von Dr. N. _____ auseinandergesetzt habe (S. 5 Ziff. 6).

Sinngemäss sei der RAD auch in der Beurteilung vom 12. Januar 2023 nicht auf die Ausführungen von Dr.med.univ. N. _____ eingegangen. Die IV-Stelle habe erwähnt, dass keine Begutachtung notwendig sei, da der Versicherungsmediziner der KTG-Versicherung seine Beurteilung nachvollziehbar begründet habe (S. 6 Ziff. 8). Sowohl die Fachärzte der Klinik Q. _____ als auch Dr. N. _____ hätten aufgezeigt, dass der Beschwerdeführer an einer mittelgradigen depressiven Episode leide, selbst der Versicherungsmediziner der H. _____ habe diese Diagnose bestätigt. Die Arbeitsfähigkeit habe zwar gesteigert werden können, dennoch habe die Teilarbeitsunfähigkeit weiterhin bestanden. Dr. W. _____ habe dagegen gar keine psychiatrische Diagnose mehr sehen und den Beschwerdeführer bloss schnell gesundschreiben wollen, da sich dieser verständlicherweise vor der erneuten KTG-Untersuchung ge-

sträubt habe; mit dem retrospektiven Verlauf habe er sich nicht einlässlich auseinandergesetzt (S. 6 f. Ziff. 10). Auch der RAD habe sich nicht mit dem Widerspruch auseinandergesetzt, sondern bloss auf die Beurteilung von Dr. W._____ abgestützt, und habe sich nicht ansatzweise erklärt, weshalb die Beurteilung schlüssig sein solle. Die IV-Stelle habe den Gesundheitszustand nicht objektiv geprüft und sei dem Untersuchungsgrundsatz nicht nachgekommen. Es hätte eine neutrale Begutachtung angeordnet werden müssen (S. 7 Ziff. 11). Es würden "zumindest gewichtige Zweifel" an der Beurteilung von Dr. W._____ und folgerichtig auch des RAD bestehen, zumal dieser pauschal auf die Beurteilung des ersteren abgestellt habe. Es könne nicht auf die KTG-Beurteilung von Dr. W._____ abgestellt werden; es handle sich weder um ein umfassendes noch schlüssiges Gutachten, sondern um "eine kurze Gesundheitsbeschreibung ohne schlüssige Darlegung" (S. 8 f. Ziff.12; vgl. Replik S. 2 ad Ziffer 2, S. 3 ad Ziffer 4).

Man könne geneigt sein, die gegenteiligen Beurteilungen auf die unterschiedliche Stellung der Ärzte zurückzuführen; dies könne vorliegend aber nicht angehen. Dr. N._____ habe aufzeigen können, wieso das Gutachten aus psychiatrischer Sicht nicht korrekt sei. Zudem bestehe selbst zwischen den beiden Versicherungsbeurteilungen der H._____ ein Widerspruch, weshalb die IV-Stelle im Lichte des Untersuchungsgrundsatzes gezwungen gewesen wäre, eigene Abklärungen zu tätigen (Replik S. 2 f. ad Ziffer 4).

3.2 In der angefochtenen Verfügung erwog die IV-Stelle, gemäss Gutachten von Dr.med. W._____ vom 18. Oktober 2021 habe keine relevante psychiatrische Erkrankung diagnostiziert werden können; somit seien anhand der vorliegenden medizinischen Unterlagen auch keine IV-relevanten Diagnosen/Gesundheitsschäden ausgewiesen, die sich bleibend oder lang andauernd auf die Arbeitsfähigkeit auswirkten. Die vom Beschwerdeführer nachgereichte Stellungnahme von Dr.med.univ. N._____ sei zusammen mit dem Einwand dem RAD vorgelegt worden; das Gutachten von Dr.med. W._____ sowie dessen Antwort auf eine Rückfrage sei "nach den Einwänden von Dr. N._____ nachvollziehbar"; im Bericht des letzteren vom 11. Juli 2022 sei keine Verschlechterung seit der Begutachtung ersichtlich, der psychiatrische Befund sei sogar besser; es lägen keine neuen medizinischen Erkenntnisse vor, die auf eine Verschlechterung seit der Begutachtung hinweisen würden.

Vernehmlassend hält die IV-Stelle fest, das Gutachten vom 18. Oktober 2021 sei in Kenntnis der Vorakten erstellt worden, beruhe auf eigenen anamnestischen Erhebungen und Untersuchungen, die medizinischen Akten seien berücksichtigt und die geltend gemachten Beschwerden zur Kenntnis genommen worden; die

psychiatrische Exploration eröffne dem begutachtenden Psychiater praktisch immer einen gewissen Spielraum, innerhalb dessen verschiedene Interpretationen möglich und zulässig seien, solange der Experte lege artis vorgegangen sei (S. 2 Ziff. 2). Gemäss Dr.med. W._____ seien innerhalb der Untersuchung ausser bzgl. der angestammten Tätigkeit keinerlei erheblicher Einschränkungen feststellbar gewesen; Dr. W._____ habe allerdings präzisiert, dass nicht grundsätzlich von einer Einschränkung der Leistungsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit auszugehen sei, sondern sich diese insbesondere auf die Tätigkeit als Geschäftsführer bei der ehemaligen Arbeitgeberin beziehe. Im Zusammenhang mit dem Belastungsprofil werde daher vermerkt, "dass [sich] keine psychiatrische Erkrankung [finde], bei der eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit nachvollziehbar wäre". Auf Rückfrage hin habe Dr. W._____ zu den Stellungnahmen von Dr.med. N._____ festgehalten, dass die dargestellte Situation vom 15. Dezember 2021 und vom 27. Januar 2022 nicht nachvollziehbar und bei ausgeprägten Antwortverzerrungen nur eingeschränkt verwertbar sei (S. 2 Ziff. 3).

4.1 Die Invalidenversicherung stütze sich bei ihrer Entscheidung auf die Beurteilung des RAD, welcher sich seinerseits auf eine vom Krankentaggeldversicherer eingeholte Expertise abstütze.

4.1.2 Der Grundsatz der freien Beweiswürdigung verlangt eine umfassende, inhaltsbezogene, verantwortliche und der behördlichen Begründungspflicht genügende Prüfung aller Beweismittel (BGE 140 V 193 E. 3.1), unabhängig von ihrer Herkunft und ohne Bindung an förmliche Beweisregeln (BGE 137 V 210 E. 3.4.1.1). Dabei kommt den vom Krankentaggeldversicherer nicht im gesetzlich vorgesehenen Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten der Beweiswert versicherungsinterner ärztlicher Feststellungen zu, wie der Beschwerdeführer replicando (S. 3 oben) zutreffend darauf hinweist (vgl. Urteile BGer 8C_230/2019 vom 2.7.2019 E. 3.2, 8C_71/2016 vom 1.7.2016 E. 5.3 mit Hinweis). Trotz dieser grundsätzlichen Beweiseignung kommt solchen "Parteibehauptungen" (vgl. Replik, ebenda) praxisgemäss nicht dieselbe Beweiskraft zu, wie einem gerichtlichen oder im Verfahren nach Art. 44 ATSG vom Versicherungsträger veranlassten Gutachten unabhängiger Sachverständiger; an die Beweiswürdigung sind strenge Anforderungen zu stellen in dem Sinne, dass bei Bestehen auch nur geringer Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen (bzw. der als solche geltenden) ergänzende Abklärungen vorzunehmen sind (BGE 139 V 225 E. 5.2; 135 V 465 E. 4.4; Urteil BGer 8C_348/2016 vom 9.12.2016 E. 2.4; VGE I 2022 62 vom 12.7.2023 E. 4.2.2 m.H.). Der Einbezug des Gutachtens des Krankentaggeldversicherers in die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit an sich ist aber nicht zu bean-

standen und führt zu keiner Verletzung verfahrensrechtlicher Rechte des Beschwerdeführers.

4.2.1 Was die Beweiskraft des Gutachtens von Dr. W. _____ vom 18. Oktober 2021 anbelangt, ist vorab festzuhalten, dass die sinngemässen Vorbringen des Beschwerdeführers, i) dass Dr.med. W. _____ ihn schnell habe gesundschreiben wollen, da sich der Beschwerdeführer gegen die KTG-Untersuchung gestäubt habe, ii) dass der Gutachter deshalb eingeschnappt gewesen sei und iii) dass es sich um eine Gefälligkeitsbeurteilung für die Krankentaggeldversicherung handle, nicht stichhaltig sind, zumal hierfür weder konkreten Anhaltspunkte ersichtlich sind noch solche substantiiert geltend gemacht werden.

4.2.2 Das Gutachten von Dr.med. W. _____ berücksichtigt die geklagten Beschwerden und beruht auf den notwendigen psychiatrischen Untersuchungen. Es enthält namentlich eine klinische Untersuchung mit Anamneseerhebung, Symptomerfassung und Verhaltensbeobachtung. Ergänzend wurde ein standardisierter Test zur Feststellung negativer Antwortverzerrungen durchgeführt (SRSI). Schliesslich finden sich eine Stellungnahme zu Diagnosen (keine psychiatrisch relevante Erkrankung) mit kurzer Herleitung, Ausführungen zu funktionellen Einschränkungen, zur Arbeitsfähigkeit sowie zur aktuellen Therapie. Das Gutachten wurde in Kenntnis der Vorakten erstellt. Allerdings ist das Gutachten für die streitigen Belange nicht umfassend. Vorliegend von Bedeutung ist im Wesentlichen der Verlauf der Arbeitsfähigkeit seit der erstmaligen Krankenschreibung vom 24. Juni 2020 (KV-act. 1-10/65, vgl. auch KV-act. 1-30/65) bis zum Zeitpunkt der Begutachtung im Oktober 2021. In diese Zeitspanne fällt nebst einer ambulanten psychotherapeutischen Behandlung namentlich ein stationärer Aufenthalt von rund 1.5 Monaten in der Klinik Q. _____, in deren Verlauf der Beschwerdeführer unter anderem eine fachärztliche Gesprächstherapie mit einer Frequenz von drei Einheiten pro Woche erhielt (KV-act. 2-6/24). An den stationären Aufenthalt schloss ab 1. März 2021 eine ambulante Psychotherapie bei Dr.med. N. _____ an. Dem Gutachten sind keine Ausführungen zum Krankheitsverlauf sowie zum Verlauf der Arbeitsfähigkeit vor der gutachterlichen Exploration vom 12. Oktober 2021 zu entnehmen. Die behandelnden Ärzte bzw. Fachärzte hatten beim Beschwerdeführer durchgehend eine mittelschwere Depression bzw. eine mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom (F32.11) diagnostiziert (IV-act. 15-1/5; KV-act. 5-255/477) und eine Arbeitsunfähigkeit von 100% bis 16. Mai 2021 attestiert. Da sich das Gutachten angesichts dieser Vorakten nicht mit dem Krankheitsverlauf auseinandersetzt, erweist es sich für die Belange der Invalidenversicherung als lückenhaft. Ausführungen zum Arbeitsfähigkeitsverlauf vor dem 12. Oktober 2021 wären schon deshalb erforderlich gewesen,

um die Erfüllung des Wartejahres (vgl. Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG) zu überprüfen, zumal der frühestmögliche Rentenbeginn aufgrund des Eingangs der IV-Anmeldung am 13. Januar 2021 mit Ablauf der Karenzfrist im Juli 2021 (vgl. Art. 29 IVG) und somit jedenfalls schon vor dem Zeitpunkt der Exploration hätte eintreten können. In der Beantwortung der Rückfrage der Krankenversicherung äussert sich der Gutachter am 18. März 2022 zwar dahingehend, dass seit Oktober 2021 keine Indikation für eine Veränderung des Befundberichtes, der Diagnose oder der Schlussfolgerungen gegeben sei. Zum Verlauf vor Oktober 2021 lassen sich indes auch dieser gutachterlichen Antwort keine Ausführungen entnehmen.

Auch in den RAD-ärztlichen Stellungnahmen vom 19. Mai 2022 (vgl. IV-act. 40) sowie vom 12. Januar 2023 (IV-act. 53) fehlen Äusserungen zum Verlauf der Arbeitsunfähigkeit während und nach Ablauf des Wartejahres.

4.2.3 Darüber hinaus setzt sich der Gutachter nicht einlässlich mit den abweichenden Einschätzungen der Behandler sowie des Vorgutachters Dr.med. V._____ auseinander. Hinsichtlich des Gutachtens von Dr.med. V._____ liess er es bei der Feststellung bewenden, dieser kenne den Beschwerdeführer persönlich und habe unter Hinweis darauf ein ärztliches Gutachten erstellt; weiter führt er die Diagnosen von Dr.med. N._____ an, dessen Therapie sowie die von diesem attestierte Arbeitsunfähigkeit. Weitergehende Ausführungen zu den abweichenden Beurteilungen dieser Fachärzte fehlen. Dasselbe gilt es hinsichtlich der Beurteilungen von Dres.med. L._____, M._____ und K._____ zu sagen: Auch diesbezüglich lässt sich dem Gutachten von Dr.med. W._____ keine "Stellungnahme bezüglich abweichender Beurteilung der Diagnose(n) und Arbeitsfähigkeit" entnehmen (vgl. zum Ganzen Gutachten von Dr.med. W._____ S. 14 f. = KV-act. 5-340 f./477).

Dem Beschwerdeführer ist nach dem Gesagten darin beizupflichten, dass sich Dr.med. W._____ nicht, jedenfalls nicht in schlüssiger Art und Weise, mit den Widersprüchen bzw. abweichenden Beurteilungen auseinandergesetzt hat.

4.3.1 Bereits zwischen den vom Krankentaggeldversicherer eingeholten Beurteilungen von Dr.med. V._____ einerseits und von Dr.med. W._____ andererseits besteht eine erhebliche Diskrepanz nicht nur bezüglich der Diagnosestellung, sondern auch hinsichtlich des Grades der Arbeits(un-)fähigkeit, welche einer näheren Auseinandersetzung bedurft hätten, zumal beide Gutachter weitgehende Normalbefunde erhoben.

4.3.2 Dr.med. V._____ konnte im Zuge seiner Untersuchung vom 1. September 2021 diagnostisch eine mittelgradige depressive Episode feststellen - die er

zusammenfassend zwar als "inzwischen weitgehend abgeklungen" umschrieb - und er erachtete eine fachärztliche Behandlung zumindest vorläufig weiterhin als angezeigt. Vor dem Hintergrund der mittelgradigen depressiven Episode bestehe seit 29. Juni 2020 eine Arbeitsunfähigkeit von "Anfangs [...] 100 Prozent, gegenwärtig weiterhin [...] 80 Prozent". Dr.med. V._____ hielt im Sinne einer prognostischen Einschätzung und vorschlagsweise eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit in Schritten à je 20% pro Monat ab Anfang Oktober 2021 fest.

4.3.3 Demgegenüber konnte Dr.med. W._____ nach seiner Untersuchung am 12. Oktober 2021, folglich nur rund einen Monat nach derjenigen von Dr.med. V._____, weder eine psychiatrisch relevante Diagnose mit noch eine solche ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers stellen. Konsequenterweise konnte Dr.med. W._____ - anders als Dr.med. V._____ - auch kein Therapie- oder Behandlungsprozedere empfehlen (vgl. Gutachten Ziff. 13. Zusatzfragen Ziff. 6).

4.3.4 Zu erinnern und unbestritten ist, dass die Expertise von Dr.med. W._____ nicht im nach Art. 44 ATSG vorgesehenen Verfahren für die Anordnung von Gutachten eingeholt worden ist (vgl. Beschwerde S. 6 Ziff. 9; Replik S. 3 oben), weshalb sie auch nicht als solches gewertet werden kann. Ihr kommt, da sie zuhanden der H._____ erstellt worden war, vielmehr der Beweiswert versicherungsinterner ärztlicher Feststellungen zu, was ebenso für die Berichte des RAD-Arztes Dr.med. Z._____ gilt (vgl. Urteil BGer 9C_661/2019 vom 26.5.2019 E. 4.2). Wenn auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit versicherungsinterner ärztlicher Berichte bestehen, ist eine versicherungsexterne Begutachtung anzuordnen (BGE 139 V 225 E. 5.2 m.H.).

4.3.5 Vorliegend bestehen solche Zweifel bereits aufgrund der Ausführungen des ebenfalls von der H._____ mit einer Expertise beauftragten Dr.med. V._____, die - wie oben aufgezeigt - in erheblichem Widerspruch zu denjenigen von Dr.med. W._____ sowie des diesem folgenden RAD-Arztes Z._____ stehen. Dr.med. V._____ ist nicht ein den Beschwerdeführer behandelnder Arzt, weshalb - anders als etwa bei den Dres.med. L._____ oder N._____ - auch nicht gesagt werden könnte, er argumentiere aufgrund auftragsrechtlicher Vertrauensstellung im Zweifelsfall eher zu seinen Gunsten (vgl. Urteil BGer 8C_486/2015 vom 30.11.2015 E. 4.1.3 m.H.a. BGE 135 V 465 E. 4.5. S. 470). Dr.med. W._____ setzt sich nicht schlüssig und nachvollziehbar mit der abweichenden Auffassung von Dr.med. V._____ auseinander.

4.3.6 Was die Konsistenzprüfung im Gutachten von Dr.med. W._____ anbelangt, ist der Einsatz eines Beschwerdevalidierungstests wie dem SRSI zwar

(entgegen der Auffassung des behandelnden Arztes Dr.med. N._____) grundsätzlich nicht zu beanstanden. Die Durchführung von Tests unterliegt der Fachkunde und dem Ermessensspielraum des begutachtenden Psychiaters. Allerdings fehlt vorliegend eine nachvollziehbare Darlegung, ob und inwiefern der festgestellte "erhebliche Hinweis auf Antwortverzerrungen" Eingang in das gutachterliche Ergebnis gefunden hat. In diesem Punkt erweist sich das Gutachten als nicht - zumindest nicht hinreichend - schlüssig.

4.3.7 Auch der RAD-ärztlichen Beurteilung(en) mangelt es an irgend einer kritischen Auseinandersetzung mit den widersprüchlichen Expertisen von Dr.med. V.______ und Dr.med. W.______: Der RAD-Arzt ging einzig auf die Beurteilung von Dr.med. W.______ ein, während die Expertise von Dr.med. V.______ keine Erwähnung findet. Eine fachärztliche Auseinandersetzung mit den voneinander abweichenden Beurteilungen fehlt damit gänzlich. Es ist nicht nachvollziehbar, warum der Zweitexpertise von Dr.med. W.______ gegenüber der Ersteren von Dr.med. V.______ der Vorzug zu geben ist, warum auf diese Zweitbefundung abgestellt werden kann und nicht auf die Erstbefundung. Dabei kann dem Beschwerdeführer insoweit beigeplichtet werden (vgl. Beschwerde S. 4 Ziff. 3), dass die Diagnosestellung von Dr.med. V.______ grundsätzlich mit denjenigen der behandelnden Fachärzten (Dr.med. L.______, Dr.med. N._____) übereinstimmt; eine schlüssige Auseinandersetzung mit den Beurteilungen dieser Fachärzte ist den RAD-Arztberichten ferner aber auch nicht zu entnehmen. So erweist sich etwa namentlich nicht als nachvollziehbar, wenn Dr.med. Z.______ unter Verweis auf den Verlaufsbericht von Dr.med. N.______ vom 17. Februar 2022 aufgrund eines "stationären Gesundheitszustand[s] seit 24.09.2021" auf das Vorliegen nicht IV-relevanter Diagnosen/Gesundheitsschäden schliesst.

4.3.8 Anzufügen bleibt indes immerhin, dass geringe Zweifel an der Expertise von Dr.med. W.______ auch mit Blick auf die diametral davon abweichenden medizinischen Beurteilungen namentlich von Dr.med. L.______ und Dr.med. N.______ gegeben sind (vgl. Urteil BGer 8C_549/2021 vom 7.1.2022 E. 7.1), welche je eine psychiatrische Diagnose stellten und Arbeitsunfähigkeiten attestierten. Auch der Hausarzt Dr.med. K.______, der am 21. August 2020 zwar noch von einer mittelschweren depressiven Verstimmung ausging und den Beschwerdeführer ab 26. Juni 2020 für 100% arbeitsunfähig, derweil in einer angepassten Tätigkeit an einem anderen Arbeitsort und bei einem anderen Arbeitgeber als arbeitsfähig (ohne Angabe von Pensum und Datum) erachtete, schilderte am 25. November 2020 gegenüber dem Rechtsvertreter des Beschwerdeführers, es liege mittlerweile eine eigenständige psychische Störung i.S. einer mittel-

schweren Depression vor, sodass der Patient nicht in der Lage sei, als Geschäftsführer in einem Betrieb zu arbeiten; seine Entscheidungsfähigkeit sei eingeschränkt. Aktuell könne der Beschwerdeführer "nach wie vor" keine angepasste Tätigkeit durchführen, auch eine ohne die hohen Anforderungen an einen Geschäftsführer.

4.3.9 Schliesslich ist anzufügen, dass auch die Einschätzung des behandelnden Facharztes Dr.med. N. _____ nicht zu überzeugen vermag. Namentlich leuchtet nicht ein, weshalb angesichts der Fortschritte in der Behandlung der mittelgradigen depressiven Episode - auch wenn das Krankheitsbild "noch nicht vollständig remittiert sei" - im Dezember 2021 noch immer eine Arbeitsunfähigkeit von 60% für sämtliche Tätigkeiten attestiert wurde. Diese Einschätzung steht in erheblichem Widerspruch zu den Aussagen des Beschwerdeführers in der Exploration vom 12. Oktober 2021, wonach er alle Haushaltstätigkeiten ohne Einschränkungen und alle organisatorischen Tätigkeiten durchführen könne und im Alltag keinerlei Einschränkungen erlebe (vgl. KV-act. 5-333/477).

Auch die Arbeitsfähigkeitsschätzung des Gutachters Dr.med. V. _____ erweist sich im Übrigen als nicht einleuchtend. Namentlich erscheint nicht nachvollziehbar, weshalb angesichts eines weitgehenden Normalbefundes (vgl. KV-act. 5-284 ff./477) eine "absichtlich äusserst konservativ gewählte" Arbeitsfähigkeit beginnend mit 20% und langsamer Steigerung auf 100% per Januar 2022 attestiert wurde. Der blosse Hinweis auf das Risiko eines Krankheitsrückfalls vermag dies nicht zu erklären. Insbesondere wird nicht dargelegt, weshalb im vorliegenden Fall mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ein Rückfall drohen sollte. Eine drohende Invalidität kann nicht ohne Weiteres einen Rentenanspruch nach Art. 28 ff. IVG begründen.

4.3.10 Die Sache ist angesichts des nicht durchwegs schlüssigen, nicht umfassenden Gutachtens von Dr.med. W. _____ sowie angesichts der aufgezeigten Zweifel an seiner Einschätzung sowie der RAD-ärztlichen Beurteilung, die derjenigen von Dr.med. W. _____ folgt, zur Einholung eines versicherungsexternen Gutachtens nach Art. 44 ATSG an die IV-Stelle zurückzuweisen. Unter Berücksichtigung der vorliegenden Aktenlage lässt sich weder das Vorliegen noch das Nichtvorliegen einer (psychiatrischen) Diagnose noch der Grad und die Dauer der (Teil-)Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in psychiatrischer Hinsicht - d.h. der Zeitpunkt des Beginns der Arbeitsunfähigkeit und derjenige, von welchem an man von einem ausreichend therapierten depressiven Zustand ausgehen kann (vgl. hierzu VGE I 2022 62 vom 12.7.2023 E. 4.5.3) - abschliessend beurteilen.

5. Zusammenfassend bestehen aufgrund der aufgezeigten widersprüchlichen Beurteilungen zumindest geringe Zweifel an der RAD-ärztlichen Beurteilung, so dass die IV-Stelle zu Unrecht darauf abgestellt hat. Die Beschwerde erweist sich damit als begründet und ist gutzuheissen. Die angefochtene Verfügung vom 3. Februar 2023 ist im Sinne der Erwägungen aufzuheben und die Sache an die IV-Stelle zur Einholung eines Gutachtens nach Art. 44 ATSG und neuem Entscheid 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 bewaltete 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 3. Februar 2023 aufgehoben und die Sache im Sinne der Erwägungen zur ergänzenden Abklärung 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 Rechtschrift 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, 17. Oktober 2023

Im Namen des Verwaltungsgerichts

Der Vizepräsident:

Der Gerichtsschreiber:

***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: 25. Oktober 2023