

OBERGERICHT

Verwaltungsrechtliche Abteilung

OG V 23 43

Besetzung

Verfahrensbeteiligte

Gegenstand

Entscheid vom 20. Dezember 2024

Präsidentin Agnes H. Planzer Stüssi
Oberrichter Tony Z'graggen, Oberrichter Stefan Flury
Gerichtsschreiberin Claudia Schlüssel

A.____

vertreten durch RA lic. iur. Andreas Gnädinger,
Hubatka Müller Vetter Rechtsanwälte,
Seestrasse 6, Postfach, 8027 Zürich

Beschwerdeführerin

gegen

B.____

Beschwerdegegner

und

IV-Stelle Uri, Dätwylerstrasse 11, 6460 Altdorf

Beschwerdegegnerin

Invalidenrente (IVG)

(Verfügung vom 14.11.2023)

Prozessgeschichte:

A.

Nachdem die Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 21. Oktober 2014 ein erstes Gesuch des Beschwerdegegners (zur Vermeidung von Missverständnissen nachfolgend: Versicherter) um Invalidenversicherungsleistungen abgewiesen hatte und auf eine Neuanschuldung mit Verfügung vom 10. Juni 2016 nicht eingetreten war, beantragte dieser mit Anmeldung vom 22. März 2022 erneut die Ausrichtung von Invalidenversicherungsleistungen, namentlich berufliche Integration/Rente. Mit einem ersten Vorbescheid vom 6. September 2022 stellte die Beschwerdegegnerin die Abweisung des Gesuchs in Aussicht. Auf dagegen durch den Versicherten erhobenen Einwand erliess sie am 25. August 2023 einen neuen (zweiten) Vorbescheid, in dem sie die Ausrichtung einer halben Invalidenrente ab September 2021 in Aussicht stellte. Dagegen erhob die Beschwerdeführerin am 20. September 2023 Einwand. Am 14. November 2023 verfügte die Beschwerdegegnerin wie (am 25.08.2023) vorbeschieden.

B.

Dagegen erhob die Beschwerdeführerin am 13. Dezember 2023 Verwaltungsgerichtsbeschwerde an das Obergericht des Kantons Uri (Verwaltungsrechtliche Abteilung).

Sie stellt folgende Anträge:

- " 1. Die Verfügung der Vorinstanz vom 14. November 2023 sei aufzuheben.
2. Die Rentenberechtigung des Beschwerdegegners sei zu verneinen.
Eventualiter sei eine Rentenberechtigung des Beschwerdegegners erst frühestens ab Juni 2023 zu bestätigen.
Subeventualiter sei die Sache an die Vorinstanz zu ergänzenden medizinischen Abklärungen zurückzuweisen.
3. Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zulasten des Beschwerdegegners."

Die Begründung dieser Anträge ergibt sich, soweit erforderlich, aus den nachstehenden Erwägungen.

C.

Mit Stellungnahme vom 8. Februar 2024 beantragte die Beschwerdegegnerin, die Beschwerde vom 13. Dezember 2023 abzuweisen.

Die Begründung dieses Antrages ergibt sich, soweit erforderlich, ebenfalls aus den nachstehenden Erwägungen.

Erwägungen:

1.

Gegen Verfügungen, gegen welche eine Einsprache ausgeschlossen ist, kann Beschwerde an das kantonale Versicherungsgericht erhoben werden (Art. 56 Abs. 1 i.V.m. Art. 57 Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG, SR 830.1]). Das Obergericht des Kantons Uri (Verwaltungsrechtliche Abteilung) ist sowohl sachlich (Art. 37 Abs. 1 Gesetz über die Organisation der richterlichen Behörden [Gerichtsorganisationsgesetz; GOG, RB 2.3221]) als auch örtlich (Art. 69 Abs. 1 lit. a Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG, SR 831.20]) zuständig.

1.1 Laut Art. 59 ATSG ist zur Beschwerde berechtigt, wer durch die angefochtene Verfügung berührt ist und ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung hat. Als schutzwürdiges Interesse gilt nach der Rechtsprechung jedes praktische oder rechtliche Interesse, welches eine von der Verfügung betroffene Person an deren Änderung oder Aufhebung geltend machen kann. Das schutzwürdige Interesse besteht im praktischen Nutzen einer Gutheissung der Beschwerde oder – anders ausgedrückt – im Umstand, einen Nachteil wirtschaftlicher, ideeller, materieller oder anderweitiger Natur zu vermeiden, welchen der angefochtene Entscheid mit sich bringen würde (BGE 131 V 365 f. E. 2.1 mit Hinweisen).

1.2 Ein Entscheid der IV-Stelle oder – im Beschwerdefall – des kantonalen Sozialversicherungsgerichts (Art. 57 ATSG) ist für eine Einrichtung der beruflichen Vorsorge verbindlich, sofern diese in das invalidenversicherungsrechtliche Verfahren einbezogen wurde, die konkrete Fragestellung für die Beurteilung des Rentenanspruchs gegenüber der Invalidenversicherung entscheidend war und die invalidenversicherungsrechtliche Betrachtungsweise aufgrund einer gesamthaften Prüfung der Akten nicht als offensichtlich unhaltbar erscheint. Den Versicherern nach dem Bundesgesetz über die berufliche Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge (BVG, SR 831.40) steht in diesem Verfahren ein selbstständiges Beschwerderecht zu (BGE 144 V 63 E. 4.1.1, 133 V 67 E. 4.3.2, 132 V 1 E. 3.3; BGer 9C_99/2019 vom 07.01.2020 E. 2.1).

1.3 Im vorliegenden Fall war die Beschwerde führende Vorsorgeeinrichtung ins IV-Verfahren einbezogen, so dass sie nach dem Gesagten an den Entscheid der IV-Stelle gebunden ist. Es kommt ihr deshalb ein selbstständiges Beschwerderecht gegen die strittige Verfügung der IV-Stelle vom 14. November 2023 zu.

1.4 Die 30-tägige Beschwerdefrist (Art. 60 Abs. 1 ATSG) sowie die übrigen Formvorschriften (Art. 61 lit. b ATSG) wurden eingehalten, sodass auf die Beschwerde der Vorsorgeeinrichtung vom 13. Dezember 2023 einzutreten ist.

2.

Am 1. Januar 2022 trat das revidierte IVG in Kraft (Weiterentwicklung der IV [WEIV]; Änderung vom 19.06.2020, AS 2021 705, BBl 2017 2535). Unter dem Vorbehalt besonderer übergangsrechtlicher Regelungen gilt in intertemporalrechtlicher Hinsicht für die Beurteilung der Frage, welches Recht bei einer Änderung der Rechtsgrundlagen Anwendung findet, der Grundsatz, dass diejenigen Rechtssätze massgebend sind, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 146 V 364 E. 7.1 mit Hinweisen; vergleiche zum zeitlich massgebenden Sachverhalt auch BGE 144 V 210 E. 4.3.1, 129 V 354 E. 1).

2.1 Die vorliegend angefochtene Verfügung erging nach dem 1. Januar 2022. Die zur Diskussion stehende Frage des Rentenanspruchs ab 1. September 2021 bezieht sich jedoch auf die Zeit davor und ist daher nach der bis zum 31. Dezember 2021 geltenden Rechtslage zu beurteilen.

2.2 Sofern mit der Beschwerdeführerin von einem Beginn der Arbeitsunfähigkeit aus somatischen/kardiologischen Gründen ab Juni 2022 ausgegangen wird, kommen hingegen die ab 1. Januar 2022 geltenden Bestimmungen zur Anwendung.

3.

Das kantonale Versicherungsgericht hat von Amtes wegen die für den Entscheid erheblichen Tatsachen festzustellen; es erhebt die notwendigen Beweise und ist in der Beweiswürdigung frei (Art. 61 lit. c ATSG). Sind zur Abklärung des Sachverhaltes zusätzliche Beweise erforderlich, werden sie von Amtes wegen erhoben (Art. 60 Abs. 1 Verordnung über die Verwaltungsrechtspflege [VRPV, RB 2.2345]). Der Grundsatz der freien Beweiswürdigung bedeutet für das Beschwerdeverfahren, dass der Sozialversicherungsrichter alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten.

4.

Anspruch auf eine Rente haben Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können, während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 Prozent arbeitsunfähig gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 Prozent invalid sind (Art. 28 Abs. 1 IVG).

4.1 Nach Art. 6 ATSG ist die Arbeitsunfähigkeit die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten (Satz 1). Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem andern Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Satz 2). Als Invalidität gilt nach Art. 8 ATSG die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise

Erwerbsunfähigkeit. Sie kann im IV-Bereich Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Unter 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 allgemeinen Arbeitsmarkt zu verstehen (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind nach Art. 7 Abs. 2 ATSG ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen (Satz 1). Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Satz 2).

4.2 Nach Art. 28 Abs. 2 IVG (in der bis 31.12.2021 geltenden Fassung) wird die Rente nach dem Grad der Invalidität wie folgt abgestuft: Die versicherte Person hat Anspruch auf eine ganze Rente, wenn sie zu mindestens 70 Prozent, auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie zu mindestens 60 Prozent, auf eine halbe Rente, wenn sie zu mindestens 50 Prozent und auf eine Viertelsrente, wenn sie zu mindestens 40 Prozent invalid ist. Im Zuge der WEIV erfolgte unter anderem der Wechsel vom abgestuften zum stufenlosen Rentensystem. Der in diesem Zusammenhang neu eingefügte Art. 28b IVG besagt, dass die Höhe des Rentenanspruchs in prozentualen Anteilen an einer ganzen Rente (Abs. 1) folgendermassen festzulegen ist. Bei einem Invaliditätsgrad von 50 bis 69 Prozent entspricht der prozentuale Anteil dem Invaliditätsgrad (Abs. 2). Bei einem Invaliditätsgrad ab 70 Prozent besteht Anspruch auf eine ganze Rente (Abs. 3). Bei einem Invaliditätsgrad unter 50 Prozent gelten die im Gesetz festgelegten prozentualen Anteile (Abs. 4).

5.

Ausgangspunkt der Ermittlung des Invaliditätsgrades im Erwerbsbereich bildet die Frage, in welchem Ausmass die versicherte Person aufgrund ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigungen arbeitsunfähig ist. Bei der Feststellung des Gesundheitszustandes und insbesondere auch bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einer versicherten Person ist die rechtsanwendende Behörde – die Verwaltung und im Streitfall das Gericht – auf Unterlagen angewiesen, die vorab von Ärztinnen und Ärzten zur Verfügung zu stellen sind. Deren Aufgabe ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 115 V 133 E. 2). Darüber hinaus bilden die ärztlichen Stellungnahmen eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Zumutbarkeit, also der Frage, welche anderen Erwerbstätigkeiten als die zuletzt ausgeübte Berufsarbeit von der versicherten Person auf dem allgemeinen, ausgeglichenen und nach ihren persönlichen Verhältnissen in Frage kommenden Arbeitsmarkt zumutbarerweise noch verrichtet werden können (Ulrich Meyer-Blaser, Zur Prozentgenauigkeit in der Invaliditätsschätzung, in: Schaffhauser/Schlauri [Hrsg.], Rechtsfragen der Invalidität in der Sozialversicherung, St. Gallen 1999, S. 20 f. mit Hinweisen).

5.1 Der Grundsatz der freien Beweiswürdigung bedeutet für das Beschwerdeverfahren, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten.

5.2 Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist demnach entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten begründet sind (BGE 134 V 232 E. 5.1, 125 V 352 E. 3a, 122 V 160 E. 1c).

5.3 Dennoch erachtet es die Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (vergleiche die ausführlichen Zusammenstellungen dieser Richtlinien in BGE 125 V 351 E. 3b und in AHI-Praxis 2001 S. 114 E. 3b, jeweils mit weiteren Hinweisen).

5.3.1 Den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens durch die Beschwerdegegnerin 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 volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 1.3.4, 125 V 351 E. 3b/bb). Insbesondere lässt es die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag der therapeutisch tätigen (Fach-) Person einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits (BGE 124 I 170 E. 4) nicht zu, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Arztpersonen beziehungsweise Therapeuten zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil diese wichtige – und nicht rein subjektiver Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die bei der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (BGer 8C_549/2019 vom 26.11.2019 E. 3.2).

5.3.2 Bei den Ausführungen von RAD-Ärzten ohne eigene Untersuchung (Art. 54a IVG und Art. 49 Abs. 1 Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV, SR 831.201]) handelt es sich hingegen lediglich um Empfehlungen zur weiteren Bearbeitung des Leistungsbegehrens aus medizinischer Sicht (BGer 9C_405/2015 vom 18.01.2016 E. 5.1). In diesen würdigen RAD-Ärztinnen und -Ärzte die vorhandenen Befunde aus medizinischer Sicht, ohne dass sie selber medizinische Befunde erheben. Solche RAD-

Berichte vermögen sich einzig dazu zu äussern, ob der einen oder anderen ärztlichen Ansicht zu folgen oder aber eine zusätzliche Untersuchung vorzunehmen ist (BGer 9C_839/2015 vom 02.05.2016 E. 3.3). Die dabei erstellten Berichte haben eine andere Funktion als die medizinischen Gutachten (Art. 44 ATSG) oder die Untersuchungsberichte i.S.v. Art. 49 Abs. 2 IVV (vergleiche zu Letzteren BGer 9C_204/2009 vom 06.07.2009 E. 3.3.2). Aufgrund dieser unterschiedlichen Funktion können und müssen sie nicht die an ein medizinisches Gutachten gestellten inhaltlichen Anforderungen erfüllen. Es kann ihnen aber nicht jegliche Aussen- oder Beweiswirkung abgesprochen werden. Sie sind vielmehr entscheidrelevante Aktenstücke (BGer 8C_756/2008 vom 04.06.2009 E. 4.4). Zu beachten ist jedoch, dass, falls ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden soll, an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen sind. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, kann auf deren Ergebnis nicht abgestellt werden und es sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 145 V 97 E. 8.5, 142 V 58 E. 5.1, 135 V 465 E. 4.4; BGer 8C_452/2016 vom 27.09.2016 E. 3 und 4 [uneinheitliche Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit]; Meyer/Reichmuth, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 4. Aufl., Zürich 2022, Art. 54a N 2 und 4).

5.3.3 In Bezug auf Berichte von behandelnden Ärzten darf und soll das Gericht der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen. Dies gilt grundsätzlich nicht nur für Hausärzte (BGE 135 V 465 E. 4.5, 125 V 351 E. 3b/cc), sondern auch für spezialärztlich behandelnde Medizinalpersonen (BGer 8C_234/2021 vom 12.08.2021 E. 5.2). Bei der Abschätzung des Beweiswerts im Rahmen einer freien und umfassenden Beweiswürdigung müssen allerdings auch die potentiellen Stärken der Berichte behandelnder Ärzte berücksichtigt werden. Der Umstand allein, dass eine Einschätzung vom behandelnden Mediziner stammt, darf nicht dazu führen, sie als von vornherein unbeachtlich einzustufen; die einen längeren Zeitraum abdeckende und umfassende Betreuung durch behandelnde Ärzte bringt oft wertvolle Erkenntnisse hervor (BGer 8C_278/2011 vom 26.07.2011 E. 5.3).

6.

Die medizinische Aktenlage präsentiert sich im Wesentlichen wie folgt (gemäss Aktendossier der Beschwerdegegnerin eingereicht mit der Beschwerdeantwort [nachfolgend: BG-act.]).

6.1 Dr. med. C.____ diagnostizierte im Bericht vom 20. Juni 2020 (über Notfalldienst-Behandlung vom 18.06.2020) eine psychische Überlastungssituation bei Kündigung und attestierte eine 100-prozentige Arbeitsunfähigkeit von 18. bis 28. Juni 2020, welche am 26. Juni 2020 von Dr. med. C.____ bis 5. Juli 2020 verlängert wurde (BG-act. 39 S. 5 ff.).

6.2 Dr. med. D.____ stellte im Bericht vom 12. August 2020 folgende Diagnosen:

- rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10: F33.1)
- nichtorganische Insomnie (ICD-10: F51.0)

Der Patient berichte, dass er bereits im Jahr 2017 aufgrund seiner Herzerkrankung (5-fache Bypass-Operation im Jahr 2013) sowie der beruflichen Überlastung regelmässige ambulante psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung in Anspruch genommen habe und seit seiner Kündigung am 18. Juni 2020 zu 100 Prozent krankgeschrieben sei. Zum aktuellen Zeitpunkt bestehe weder eine medikamentöse Unterstützung noch eine ambulante psychotherapeutische Behandlung. Phänomenologisch stehe eine Niedergestimmtheit, ein soziales Rückzugsverhalten, Erschöpfungsgefühle, Antriebslosigkeit, Insuffizienzgefühle, eine innere Unruhe, Appetitlosigkeit, Konzentrationsstörungen, ein Gedankenkreisen, eine Lust- und Motivationslosigkeit sowie Schlafstörungen im Vordergrund des Zustandsbildes. Aufgrund der weiterhin fehlenden Ausschöpfung der ambulanten Möglichkeiten sei zum aktuellen Zeitpunkt die stationäre Therapie nicht indiziert. Es wurde die Wiederaufnahme einer regelmässigen ambulanten psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung empfohlen. Im Bericht vom 26. August 2020 bestätigte Dr. med. E. ___ eine schwergradige obstruktive Schlafapnoe (AHI 31.1/h; ICD-10: G47.31; BG-act. 39 S. 11 ff.).

6.3 Dr. med. F. ___ hielt im Bericht vom 13. Januar 2021 zuhanden der Beschwerdegegnerin fest, der Versicherte sei seit dem 25. August 2020 bei ihnen in ambulanter psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung. Er sei seit dem Tag der Kündigung durch die Firma, bei der er über 26 Jahre angestellt gewesen sei, zu 100 Prozent arbeitsunfähig, wobei die Arbeitsunfähigkeit zunächst durch den Hausarzt und anschliessend durch sie attestiert worden sei. Er habe sich bereits von 2015 bis 2017 in ihrer ambulanten Behandlung befunden, als er nach einer Herzoperation im Jahr 2014 grosse Angst vor einer Kündigung gehabt und sich deswegen sowohl körperlich als auch emotional überfordert habe (BG-act. 38).

6.4 Dr. med. G. ___ erachtete in der RAD-Stellungnahme vom 4. Februar 2021 – gestützt auf die Einschätzung von Dr. med. F. ___ vom 13. Januar 2021 – eine Verschlechterung als grundsätzlich glaubhaft gemacht. Er empfahl, auf die Anmeldung einzutreten und im Mai 2021 einen Verlaufsbericht bei der Triplus und beim Hausarzt einzuholen (BG-act. 41).

6.5 Dr. med. H. ___ berichtete am 14. Juni 2021 über ein leichtes Nachlassen der depressiven Symptome. Ein Eintritt in die psychiatrische Klinik sei geplant gewesen, jedoch aufgrund der kulturell bedingten starken Schamgefühle leider nicht möglich gewesen. Unter der medikamentösen Einstellung mit einem Antidepressivum zeige sich aktuell eine gute klinische Wirksamkeit. Depressive Symptome seien jedoch weiterhin vorhanden. Der Patient berichte auch von zusätzlichen somatischen Beschwerden wie Luftnot, Schwächegefühl mit verminderter Belastbarkeit bei körperlichen Tätigkeiten. Psychotherapeutische Gespräche mit verhaltenstherapeutischen Ansätzen fänden alle 10 bis 14 Tage statt.

Gestützt auf die erhobenen Befunde wurde die Diagnose rezidivierende depressive Episode (ICD-10: F33.1) gestellt. Im Rahmen der depressiven Störung sowie komorbiden somatischen Beschwerden sei der Patient aktuell noch zu 100 Prozent arbeitsunfähig. Prognostisch wäre eine Arbeitsfähigkeit im geschützten Rahmen in einem reduzierten Pensum denkbar, dies hänge jedoch vom Krankheitsverlauf und den Begleiterkrankungen ab. Einer Eingliederung stünden vor allem die somatische Begleiterkrankung sowie die kulturell bedingten Vorurteile gegenüber einer psychiatrischen Behandlung, welche die Therapie einer Depression erschweren, entgegen (BG-act. 55).

6.6 In der RAD-Stellungnahme vom 29. Juni 2021 empfahl Dr. I. ___ zur Abklärung des ergonomischen Profils und der Eingliederungsfähigkeit eine umfassende medizinische Abklärung in den Fachrichtungen Allgemeine Innere Medizin, Kardiologie und Psychiatrie (BG-act. 57).

6.7 Dr. med. F. ___ berichtete am 12. August 2021 von einer zunehmenden Remission des depressiven Zustandsbilds mit aktuell Symptomen einer leichten depressiven Episode (ICD-10: F32.0). Zu beachten sei, dass sich die Schwingungsfähigkeit gebessert habe. Eine langsame Besserung zeige sich bei der Fähigkeit zur Freude, Interessen und Konzentration. Es bestünden noch ein niedriges Selbstwertgefühl, mangelndes Selbstvertrauen sowie Zukunftsängste. Der Patient sei weiterhin zu 100 Prozent arbeitsunfähig im Rahmen der Grunderkrankung und zusätzlichen somatischen Beschwerden, die wohl jetzt auch abgeklärt würden. Aufgrund der niedrigen Belastbarkeit sowie Frustrationstoleranz und der begleitenden somatischen Komorbiditäten sei von einer vollen Arbeitsfähigkeit aktuell nicht auszugehen. Diese hänge weiterhin vom Krankheitsverlauf und der Umsetzung der erlernten Bewältigungsstrategien (um die negativen Denkmuster, das negative Selbstbild sowie die Selbstzweifel zu durchbrechen) ab (BG-act. 87).

6.8 Die Versicherungsärztin Dr. med. J. ___ hielt in ihrer Stellungnahme zuhanden der Taggeldversicherung vom 26. August 2021 fest, aufgrund des letzten Berichts (vom 12.08.2021), wonach aktuell nur noch eine leichte depressive Episode vorliege, sei eine 100-prozentige Arbeitsunfähigkeit nicht nachvollziehbar. Medizinisch-theoretisch werde in der angestammten Tätigkeit von einer vollen Arbeitsfähigkeit ausgegangen. Sie bat um die Einholung eines Berichts bei der Tagesklinik. Wenn diese ebenfalls von einer leichten depressiven Episode ausgehe und keine weiteren Faktoren mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hervorgingen, werde von einer 100-prozentigen Arbeitsfähigkeit ausgegangen (BG-act. 90).

6.9 Herr K. ___ und Frau L. ___ nannten im Austrittsbericht vom 5. Oktober 2021 (Aufenthalt: 18.05. - 14.07.2021 an insgesamt 12 Behandlungstagen) die Diagnose "ICD-10: F33.1 rezidivierende depressive Episode", was einer gegenwärtig mittelgradigen Episode entspricht. Gemäss Bericht ist der Patient sehr zurückhaltend und nervös in der Tagesklinik gestartet, habe sich ungern vor der Gruppe über seine Befindlichkeit geäussert. Bei der geplanten Behandlungsvereinbarung habe er nicht klar sagen können,

ob ihm die Tagesklinik etwas gebracht habe. Er habe gesagt, "er müsse ja etwas tun". Gleichzeitig habe er die Herausforderungen als Stress beschrieben. Nachdem er keine Ziele für die kommende Zeit in der Tagesklinik habe benennen können, hätten sie vereinbart, dass er für die nächsten vier Wochen nur noch an der Gruppe Bewegen und Erleben (die er als positiver erlebt habe) teilnehme. Eine Woche nach dem Gespräch sei der Patient ferienhalber in seine Heimat nach Kroatien gegangen und die Therapie sei vorzeitig beendet worden (BG-act. 88).

6.10 Mit Schreiben vom 16. November 2021 informierte die Krankenversicherung den Versicherten, dass sie das Taggeld noch bis 30. November 2021 zu 100 Prozent bezahlen würden. Gemäss den medizinischen Informationen sei er in seiner bisherigen Tätigkeit als Betriebsmitarbeiter wieder voll arbeitsfähig. Bereits seit Austritt aus der Tagesklinik im Juli 2021 bestehe eine deutliche Zustandsverbesserung. Der noch vorhandene Leidensdruck und die weiterhin notwendige Behandlung/Therapie begründe keine Arbeitsunfähigkeit (BG-act. 89).

6.11 In der Zwischenzeit hatte die Beschwerdegegnerin eine polydisziplinäre Begutachtung beim BEGAZ Begutachtungszentrum, Binningen BL (nachfolgend: BEGAZ) veranlasst. Das Gutachten wurde am 24. November 2021 erstattet (BG-act. 80).

6.11.1 Die allgemeininternistische Untersuchung erfolgte durch Dr. med. M.____ (Teilgutachten vom 19.10.2021, BG-act. 81), die kardiologische Untersuchung durch Dr. med. N.____ (Teilgutachten vom 20.11.2021, BG-act. 82) und die psychiatrische Untersuchung durch Dr. med. O.____ (Teilgutachten vom 09.11.2021, BG-act. 83).

6.11.2 Die Gutachter stellten folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (Konsensbeurteilung; BG-act. 80 S. 6 ff.):

- rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10: F33.1)
- koronare 3-Gefäss-Erkrankung mit Status nach 5-fachem aortokoronarem Bypass 2013 (ICD-10: I25.13)

6.11.3 Dem kardiologischen Gutachten lässt sich entnehmen, dass aus somatischer Sicht für leichte und sitzende Arbeiten sowie für mittelschwere Arbeiten (zu welcher auch die angestammte Arbeit zähle) zurzeit eine 100-prozentige Arbeitsfähigkeit bestehe. Für schwere körperliche Arbeiten (Strassenbau, Waldarbeiten) bestehe aufgrund der eingeschränkten Leistungsfähigkeit eine 100-prozentige Arbeitsunfähigkeit. Basierend auf der koronaren Herzkrankheit bestünden qualitative Einschränkungen bei Tätigkeiten mit grosser Kälte und Hitze sowie starken Temperaturschwankungen, bei gestörtem Tages- und Nachtrhythmus, bei atmosphärischem Unter- und Überdruck sowie überdurchschnittlicher Verletzungsgefahr (Aspirin-Therapie) (BG-act. 82 S. 10 f.). Aus kardialer Sicht sei die Therapie optimiert und bezüglich Arbeitsfähigkeit seien keine Verbesserungsmöglichkeiten vorhanden. Für die

Prognose sei die gute Einstellung der Risikofaktoren zwingend sowie eine Gewichtsabnahme anzustreben (BG-act. 82 S. 11).

6.11.4 Dr. med. M.____ führte im allgemeininternistischen Teilgutachten bezüglich Anamnese aus, der Versicherte habe als Hauptproblem das Herz und die psychische Situation angegeben. Er hätte bei der Arbeit die Leistung nicht erbringen können und einen grossen Druck verspürt. Bei der Kündigung habe ihm niemand den Grund gesagt. Nach einer adaptierten Tätigkeit gefragt, habe der Explorand angegeben, er hätte nach der Herzoperation einige Monate oder sogar etwas länger einen besseren Job machen können, danach hätte er wieder die "normale" Arbeit gemacht (BG-act. 81 S. 5 f.).

6.11.5 Dr. med. O.____ hielt im psychiatrischen Teilgutachten fest, aus psychiatrischer Sicht ergäben sich keine Hinweise für Inkonsistenzen. Der Explorand habe sich sozial zurückgezogen, unterhalte praktisch keine Hobbys mehr und erbringe nur reduzierte Haushaltsleistungen. Im Mini-ICF-APP-Ratingbogen hätten sich deutliche Beeinträchtigungen bei der Anpassung an Regeln und Routinen, Planung und Strukturierung von Aufgaben, Flexibilität und Umstellungsfähigkeit, Anwendung fachlicher Kompetenzen, Durchhaltefähigkeit, Selbstbehauptungsfähigkeit, Kontaktfähigkeit zu Dritten, Gruppenfähigkeit sowie Spontanaktivitäten ergeben. Der Explorand sei aus rein psychiatrischer Sicht aufgrund des Vorliegens einer mittelgradigen depressiven Episode, welche sich durch eine Reduktion der Konzentration, Grübeln, eine Reduktion des Antriebs und der Interessen und eine erhöhte Ermüdbarkeit negativ auf die Arbeitsfähigkeit auswirke, sowohl in der bisherigen als auch in angepasster Tätigkeit ab 25. August 2020 zu 50 Prozent arbeitsunfähig. Die Frage, ob es sich um eine rein reaktive psychische Störung handle, verneinte Dr. med. O.____. Die jetzige ambulante Behandlung beurteilte er als leitliniengetreu. Da davon auszugehen sei, dass bereits zwischen 2015 und 2017 eine depressive Episode bestanden habe, sei von einer rezidivierenden depressiven Störung auszugehen (BG-act. 83 S. 14 ff.).

6.11.6 Gemäss der interdisziplinären Gesamtbeurteilung besteht beim Versicherten aufgrund der eingeschränkten Leistungsfähigkeit eine 100-prozentige Arbeitsunfähigkeit in schwerer körperlichen Arbeit sowie qualitative Einschränkungen (siehe auch E. 6.11.3). In der bisherigen (und auch in angepasster) Tätigkeit sei der Explorand aus rein psychiatrischer Sicht ab mindestens 25. August 2020 zu 50 Prozent arbeitsunfähig (BG-act. 80 S. 7 f.).

6.12 Dr. I.____ berichtete in der RAD-Stellungnahme vom 7. Dezember 2021 über Ungereimtheiten. Die kardiale Diagnose werde unter "mit und ohne Auswirkung" aufgeführt. Das psychiatrische Gutachten habe inhaltlich deutliche Schwächen. Unter anderem bemängelt sie das Fehlen einer Begründung für eine dauerhafte Einschränkung zu 50 Prozent. Die RAD-Ärztin bat darum, ihre Anmerkungen einschliesslich der Stellungnahme von Dr. med. J.____ dem Gutachter zur Stellungnahme vorzulegen (BG-act. 93).

6.13 Dr. med. O.____ nahm seinerseits am 6. Januar 2022 Stellung zu den Rückfragen der Beschwerdegegnerin. Er machte geltend, ursprünglich sei ihm die Beurteilung von Frau Dr. med. J.____ (vom 26.08.2021) ebenso wenig zugestellt worden wie die drei Verlaufsberichte (vom 11.05., 12.08. und 05.10.2021). Die psychiatrischen Akten, welche ihm effektiv vorgelegen hätten, seien sehr wohl in die Diagnostik und den Verlauf miteingezogen worden. Dabei sei explizit festzuhalten, dass immer depressive Episoden und zumeist die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung in den Vorakten genannt worden seien. Ihm sei nicht bekannt gewesen, dass der Explorand den Aufenthalt in der Tagesklinik im Sommer 2021 zugunsten von Ferien in Kroatien abgebrochen habe. Diesbezüglich stelle sich für ihn die Frage der Compliance. Aufgrund der nun neu vorliegenden Akten, welche eine mittelgradige depressive Episode im Rahmen einer rezidivierenden depressiven Störung (analog seiner Diagnose) im aktuellsten Bericht vom 5. Oktober 2021 auswiesen, ergäben sich keine diagnostischen Divergenzen. Es gehöre zum typischen Verlauf einer rezidivierenden Störung, dass unterschiedlich stark ausgeprägte depressive Episoden auftreten könnten und auch Remissionen typisch seien, was er in seinem Gutachten in der Beurteilung ab Seite 13 ausführlich dargelegt habe. Die gerügten Mängel der psychiatrischen Begutachtung seien primär durch die mangelhafte Aktenlage, welche von der Beschwerdegegnerin zur Verfügung gestellt worden seien, verursacht worden, weshalb eine psychiatrische Neubegutachtung indiziert sei (BG-act. 97).

6.14 Dr. med. F.____ hielt im Schreiben vom 10. Januar 2022 an die Krankenversicherung betreffend Einstellung der Krankentaggelder fest, klinisch habe sich im Juli 2021 eine leichte depressive Episode gezeigt, welche sich zwischenzeitlich verschlechtert habe. Als aktuelle Diagnose nannte sie eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F33.1). Der Patient sei weiterhin zu 100 Prozent arbeitsunfähig im Rahmen der Grunderkrankungen und zusätzlichen somatischen Beschwerden. In Bezug auf die depressive Erkrankung sähen sie Einschränkungen im Bereich des Antriebes, der Selbstwirksamkeitskompetenzen, der allgemeinen Belastbarkeit und des Durchhaltevermögens, welche die Wiederaufnahme des alten Arbeitspensums verhindern würden (BG-act. 98).

6.15 Nachdem der Gutachter Dr. O.____ für eine Nachbegutachtung zugesagt hatte, formulierte Dr. I.____ mit RAD-Stellungnahme vom 8. Februar 2022 Zusatzfragen betreffend den Verlauf, eine allfällige (auf den Behandlungsunterbruch zurückzuführende) Verschlechterung, die Ausschöpfung der medizinischen Massnahmen, die Behandlungscompliance und bat um die zusätzliche Abgrenzung von psychosozialen Faktoren (BG-act. 104).

6.16 Mit Schreiben vom 17. Februar 2022 informierte die Krankenversicherung den Versicherten, dass die neuen ärztlichen Informationen leider eine Verschlechterung seines Zustands gezeigt hätten, eine Arbeitsunfähigkeit von weiterhin 100 Prozent jedoch nicht nachvollziehbar sei. Aus medizinischer Sicht sei ihm weiterhin eine Arbeitsfähigkeit von 50 Prozent möglich und zumutbar, was sich so auch

aus dem IV-Gutachten ergebe. Ab 1. Dezember 2021 könnten sie die Taggelder zu 50 Prozent bezahlen (BG-act. 108).

6.17 Dr. med. O. ___ hielt im psychiatrisch-psychotherapeutischen Gutachten vom 23. Mai 2022 fest, seit der letzten Begutachtung im November 2021 habe sich die psychiatrische Situation des Exploranden praktisch nicht verändert. Die Therapie sei sowohl ambulant als auch in der Tagesklinik intensiviert und die antidepressive Medikation erhöht worden. Die Aktivitäten und Haushaltsleistungen des Exploranden hätten sich reduziert und ebenfalls komme es neu zu Konflikten mit der Frau und der Schwiegermutter. Aufgrund der Aktenlage (wo seit 2015 immer wieder depressive Episoden festgehalten würden), der Anamnese und der heutigen Exploration müsse vom Vorliegen einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10: F33.1), ausgegangen werden. Es gehöre zur Natur einer rezidivierenden depressiven Störung, dass unterschiedlich stark ausgeprägte depressive Episoden inklusive Remissionen auftreten könnten. So habe vorliegend im Herbst 2015 eine schwergradige depressive Episode bestanden und danach wohl eine Remission, da der Explorand wieder habe arbeiten können bis 2020. Seit August 2020 müsse jedoch durchgängig vom Vorliegen einer mittelgradigen depressiven Episode ausgegangen werden. Dem widerspreche auch ein einzelner Bericht, welcher eine leichtgradige depressive Episode festhalte, nicht. Hinweise für Inkonsistenzen ergäben sich keine. Die gesamte Aktenlage sei in Bezug auf die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung konsistent. Es werde durchgängig (in allen Berichten ausser dem vom 12.08.2021) eine mittelgradige depressive Episode ausgewiesen, so insbesondere auch im Bericht der Tagesklinik, welche den Verlauf vom 18. Mai bis 14. Juli 2021 beschreibe. Eine Veränderung des psychopathologischen Befundes respektive des Schweregrades der depressiven Symptomatik und somit der Diagnose ergäben sich auch nicht im Vergleich zu seiner Vorbegutachtung vom November 2021. Aufgrund der Therapieintensivierung mit nun 7- bis 12-tägigen Therapiesitzungen und dem Aufsuchen der Tagesklinik an zwei Tagen pro Woche sei von einer guten Therapiecompliance des Exploranden auszugehen. Psychosoziale Belastungsfaktoren seien sicher durch die Verschlechterung der Beziehung zur Ehefrau und auch zur Schwiegermutter, welche im selben Haus lebe, gegeben. Beim Vorliegen einer mittelgradigen depressiven Episode (mit dieser klaren Symptomatik und Auswirkungen auf den Alltag) sei davon auszugehen, dass es sich um eine eigenständige Erkrankung handle, welche sich parallel zu möglichen psychosozialen Belastungsfaktoren entwickelt habe. Im hier zu besprechenden Fall könne explizit auch festgehalten werden, dass die mittelgradige depressive Episode vor diesen psychosozialen Belastungsfaktoren bestanden habe, da der Explorand während der letzten Begutachtung im November 2021 noch festgehalten habe, dass die Beziehungen zur Schwiegermutter und der Frau gut seien. Er habe damals auch mehrere Aktivitäten beschrieben, welche er mit ihnen noch mache. Dies habe sich somit im Verlaufe (insbesondere nach dem bereits längeren Bestehen der mittelgradigen depressiven Episode) geändert. Die jetzige ambulante Behandlung sei leitliniengetreu. Trotzdem sei eine Therapieintensivierung

indiziert. So sollte eine antidepressive Zweiermedikation eingesetzt und auch eine stationäre psychiatrische Behandlung erwogen werden, wobei deren Auswirkungen ein erstes Mal circa vier bis sechs Monate nach Umsetzung der Behandlung überprüft werden könnten. Sowohl in der bisherigen Tätigkeit als Betriebsmitarbeiter als auch in einer angepassten Tätigkeit sei der Explorand nach wie vor wie bereits in der letzten Begutachtung im November 2021 zu 50 Prozent als arbeitsunfähig zu beurteilen. Dies aufgrund der mittelgradigen depressiven Episode, welche durch die Reduktion der Konzentration, das Grübeln, die Reduktion des Antriebs und der Interessen und die erhöhte Ermüdbarkeit die Arbeitsunfähigkeit verursache. Dies zeige sich auch im heute durchgeführten Mini-ICF-APP-Rating-Bogen, wo deutliche Beeinträchtigungen bei Anpassung an Regeln und Routinen, Planung und Strukturierung von Aufgaben, Flexibilität und Umstellungsfähigkeit, Anwendung fachlicher Kompetenzen, der Durchhaltefähigkeit, der Selbstbehauptungsfähigkeit, Kontaktfähigkeit zu Dritten, der Gruppenfähigkeit, der familiären Beziehungen und der Spontan-Aktivitäten gefunden worden seien (BG-act. 113).

6.18 Dr. I. ___ bezeichnete in der RAD-Stellungnahme vom 14. Juni 2022 das Nachgutachten als widersprüchlich und empfahl die Einholung einer versicherungspsychiatrischen Stellungnahme beim RAD Zentralschweiz (BG-act. 116).

6.19 Dr. med. P. ___, RAD Zentralschweiz, hielt im fachärztlichen Konsilium vom 11. August 2022 – zur Frage, welche versicherungspsychiatrische Aussage sich aus dem Gutachten ableiten lasse – fest, eine depressive Symptomatik könne durchaus als überwiegend wahrscheinlich angenommen werden. Der Schweregrad und das tatsächliche funktionelle Leistungsniveau seien jedoch (vorbehältlich aufgezeigter Diskrepanzen) nicht schlüssig begründet. Die psychosozialen Faktoren seien offensichtlich (recte wohl: nicht) in die versicherungsmedizinische Beurteilung miteinbezogen worden. Abhängig von der Motivation des Versicherten sei eine praktische Erprobung in Erwägung zu ziehen (BG-act. 120).

6.20 Mit RAD-Stellungnahme vom 30. August 2022 hielt Dr. I. ___ fest, es könne allenfalls von einer leichten bis mittelgradigen depressiven Störung ausgegangen werden, welche grundsätzlich gut behandelbar sei und keine dauerhaft schwerwiegende Einschränkung begründe. Falls der Versicherte Interesse an einer Eingliederung habe, wäre dies jedoch zu unterstützen (BG-act. 122).

Gestützt auf diese Stellungnahme erliess die Beschwerdegegnerin am 6. September 2022 ihren ersten Vorbescheid, wogegen der Versicherte am 20. September beziehungsweise 6. Oktober 2022 Einwand erhob (BG-act. 126, 127 und 129).

6.21 Dr. med. Q. ___ berichtete am 15. September 2022 über die Hospitalisation des Versicherten von 12. bis 13. September 2022. Er stellte die Diagnose einer schweren koronaren Dreifässerkrankung. Der Patient sei zur elektiven Koronarangiographie bei Angina pectoris-Beschwerden CCS 2, Belastungsdyspnoe NYHA II-III, sowie klinisch und elektrisch positiver Ergometrie zugewiesen worden. Als Korrelat zur Angina pectoris habe sich ein subtotaler thrombotischer Verschluss des Venengrafts auf der RCA

gefunden, welcher mittels Direct Stenting mit einem Stent erfolgreich behandelt worden sei. Der Venengraft auf der RCX habe sich ostial zu gezeigt, während der LIMA-RIVA Bypass offen gewesen sei (BG-act. 127).

6.22 Dr. med. R.____ nahm am 17. Oktober 2022 Stellung zu den Aussagen von Dr. med. P.____ (siehe E. 6.19 hievor). Sie hielt unter anderem fest, dass der Patient beim Beck-Depressionsinventar von Februar 2021 42 Punkte und im März 2022 33 Punkte erreicht habe, was einer schweren depressiven Symptomatik entspreche (ab 29 Punkten). Klinisch habe jedoch stets eher eine mittelgradige Symptomatik imponiert. Der Patient sei von Mai bis Juli 2021 für jeweils zwei halbe Tage pro Woche in der Tagesklinik gewesen. Es stimme also nicht, dass er die Tagesklinik ganztags besucht habe. Er habe sich weiter nie wirklich auf die Gruppen einlassen können, die Situation sei für ihn sehr fordernd gewesen und er habe aufgrund zu hoher Anspannung immer wieder die Gruppe verlassen müssen, was letztlich auch der Grund für deren Beendigung im Juli 2021 gewesen sei. Aus ihrer Sicht bestünden in der Tat Einschränkungen der familiären Beziehungen. Von einem strukturierten Tagesablauf könne aktuell keine Rede sein. Der Patient fühle sich (nach erneuter Herzoperation vor 3 - 4 Wochen) tagsüber sehr müde und erschöpft, er schlafe sehr viel und schaffe es noch nicht einmal zu kochen, weder für sich noch für die Kinder. Er fühle sich mit allem überfordert, habe keinen Antrieb, keine Energie, fühle sich ständig erschöpft, körperlich schwer und könne sich nicht konzentrieren. Etwas lesen oder fernsehen schaffe er nicht aufgrund einer Reizüberflutung und breche dies nach wenigen Minuten wieder ab. Auch Dinge, die er früher gerne gemacht habe, könne er aktuell nicht durchführen. Es zeige sich eine insgesamt reduzierte Stresstoleranz, egal ob es sich um gute oder schlechte Informationen handle. Diese könne der Patient nicht verarbeiten, er werde dann aggressiv, wütend und gereizt. Im einzeltherapeutischen Gespräch werde deutlich, dass es dem Patienten aktuell nicht möglich sei, sich an Regeln und starre Strukturen zu halten. Diese würden massiven Stress und Angstreaktionen bis hin zu panikartigen Zuständen auslösen, so dass er die Situation verlassen müsse, auch wenn dies unangebracht sei. Aufgrund der beschriebenen Einschränkungen sähen sie aktuell keine Arbeitsfähigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt, auch eine Wiedereingliederungsmassnahme wäre schwierig. Den von Dr. med. P.____ erwähnten Heimaturlaub nach Beendigung der Tagesklinik sähen sie im Rahmen der Depression als dringend indiziert für den Genesungsprozess. Leider habe ein traumatisches Ereignis (Auffinden des Nachbarn, der sich in suizidaler Absicht in der Scheune erhängt habe) zu einer erneuten Zunahme der depressiven Symptome geführt und der Heimaturlaub habe vorzeitig nach sechs Tagen abgebrochen werden müssen. Im April 2022 sei eine Aufdosierung von Mirtazapin bis 45mg erfolgt. Aufgrund der kardiologischen Verschlechterung und weiteren Abklärungen im Juli 2022 sowie einer erneuten Herzoperation im Oktober 2022 sei der Beginn weiterer Antidepressiva aus kardiologischer Sicht kritisch zu hinterfragen (BG-act. 129 S. 3 f.).

6.23 In der RAD-Stellungnahme vom 15. November 2022 hielt Dr. I.____ fest, aus psychischen Gründen lasse sich eine 100-prozentige Arbeitsunfähigkeit nicht plausibel begründen. Im Bericht der Kardiologie werde der Versicherte als beschwerdefrei und unauffällig beschrieben. Von einer fraglichen Medikamenteninterferenz sei dem Kardiologen offensichtlich nichts bekannt und eine klinisch schwere depressive Symptomatik wäre sicherlich zumindest der Pflege aufgefallen (BG-act. 130).

6.24 Dr. med. S.____ hielt im Bericht zur kardiologischen Untersuchung vom 21. November 2022 fest, der Patient sei im täglichen Leben nicht beschwerdefrei. Er könne noch keine klare Aussage bezüglich Belastbarkeit im Arbeitsprozess machen, da die kardiale Situation noch nicht stabilisiert sei. Aktuell sei der Patient für eine schwere körperliche Arbeit nicht geeignet. Es sei eine erneute invasive Diagnostik notwendig. Hier könne festgelegt werden, ob eine vollständige Revaskularisation möglich sei (BG-act. 132).

6.25 Mit RAD-Stellungnahme vom 4. April 2023 bat Dr. I.____ den Kardiologen Dr. S.____ um eine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit nach Durchführung der Herz-PET/CT-Belastungsuntersuchung (BG-act. 141).

6.26 Dr. med. S.____ hielt im Bericht zur kardiologischen Untersuchung vom 11. Mai 2023 fest, beim Patienten bestehe eine schwere koronare Dreifässerkrankung. Er sei eingeschränkt belastbar, entsprechend knapp 70 Prozent der Norm. Die heutige Untersuchung passe zum PET-CT, das ebenfalls eine Restischämie gezeigt habe. Der Patient sei symptomatisch bei mässigen körperlichen Belastungen. Eine interventionelle oder operative Revaskularisation sei offensichtlich nicht mehr möglich. Der Patient sei – um die Frage der IV-Stelle zu beantworten – auf jeden Fall für eine körperliche Arbeit nicht geeignet (BG-act. 143).

6.27 Gestützt hierauf hielt Dr. I.____ in der RAD-Stellungnahme vom 25. Mai 2023 fest, dass sich die kardiologische Belastbarkeit ab Mitte 2022 verschlechtert habe und auch durch die Intervention (09/2022 und 01/2023) nur leicht habe stabilisiert werden können. Die (reduzierte) Leistungsfähigkeit betrage 70 Prozent der Norm. In Würdigung der psychiatrischen Gutachten von Dr. med. O.____ sowie der Berichte von Dr. med. P.____ (vom 11.08.2022) und Dr. med. R.____ (vom 17.10.2022) kam Dr. I.____ zum Schluss, dass eine schwere depressive Störung aus versicherungsmedizinischer Sicht nicht nachvollzogen werden könne. Allerdings sei offensichtlich bisher keine Beschwerdefreiheit eingetreten, so dass die Einschätzung im Gutachten eher zutreffe. Auch in Kombination mit der somatischen Grunderkrankung sei von einer Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit von 50 Prozent ab August 2020 auszugehen. Weitere medizinische Abklärungen seien nicht erforderlich (BG-act. 144).

6.28 Nachdem die Beschwerdeführerin Einwand erhoben hatte, nahm Dr. I.____ am 3. Oktober 2023 nochmals Stellung. Zu den kritischen Ausführungen in der psychiatrischen Stellungnahme von Frau Dr. med. P.____ vom 11. August 2022 merkte sie an, dass eine depressive Symptomatik als überwiegend

wahrscheinlich angenommen werden könne. Im psychiatrischen Bericht von Dr. med. R.____ (vom 17.10.2022) werde beschrieben, dass klinisch durchgängig eine mittelgradige depressive Symptomatik bestanden habe (testpsychologisch mit Beck-Depressionsskala 42 bzw. 33 Punkte), vermindertes Freudeempfinden, reduzierter Antrieb sowie verminderte Konzentration. Die medikamentöse Anpassung der Therapie mit Mirtazepin auf 45mg habe stattgefunden. Im Gesamtkontext sei zu werten, dass weder Dr. med. J.____ noch Dr. med. P.____ den Versicherten persönlich gesehen hätten. Der Gutachter Dr. med. O.____ habe den Versicherten jedoch zweimal persönlich gesehen. Auch wenn zu Recht kritisch angemerkt worden sei, dass die Beurteilung nicht ganz schlüssig sei, sei an der zurückliegenden 50-prozentigen Arbeitsunfähigkeit aus psychischen Gründen nicht grundsätzlich zu zweifeln. Aus versicherungsmedizinischer Sicht sei im Hinblick auf die Indikatorenprüfung festzustellen, dass neben der mittelgradigen depressiven Symptomatik eine relevante somatische Komorbidität (schwere koronare Herzkrankheit) bestehe, so dass eine gesamthafte Würdigung erfolgen müsse. Beginn der Arbeitsunfähigkeit von 50 Prozent sei damit aus Sicht des RAD August 2020 (BG-act. 152).

7.

7.1 Die Beschwerdegegnerin hat in der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 14. November 2023 einen Rentenanspruch ab 1. September 2021 bejaht. Sie ging in einer Gesamtbetrachtung davon aus, dass sich die koronare Herzkrankheit des Versicherten mit Status nach Bypass 2013 seit längerem latent auf das psychische Wohlbefinden auswirke und diese vorbestehende Herzkrankheit zusammen mit der (per se nicht leistungsbegründenden) mittelgradigen Depression die Ressourcen des Versicherten bereits ab Juni 2020 einschränke.

7.2 Demgegenüber steht gemäss Argumentation in der Beschwerde vom 13. Dezember 2023 für die Beschwerdeführerin fest, dass bis Mitte 2022 keine rechtsgenügend ausgewiesenen erheblichen Gesundheitseinschränkungen bestünden und eine relevante psychische Gesundheitsschädigung bis heute nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit ausgewiesen sei. Zur Begründung hält sie unter anderem fest, dass kaum je einzig aufgrund medizinischer Berichte von behandelnden Medizinerinnen eine Leistungszusprache der Invalidenversicherung erfolgen dürfe (BGE 135 V 465 E. 4.5; BGer 8C_260/2012 vom 27.06.2012).

7.2.1 Zum Gesundheitsschaden aus somatischer Sicht hält die Beschwerdeführerin fest, das Gutachten des BEGAZ vom 24. November 2021 bestätige (aus somatischer Sicht) eine volle Arbeitsfähigkeit in angestammter Tätigkeit, was mit der Ansicht des Hausarztes übereinstimme. Lediglich in schwerer körperlicher Tätigkeit soll sich der Vorzustand mit koronaren Beschwerden seit 2014 auswirken, was jedoch aufgrund der vollständigen Arbeitsfähigkeit in angestammter Tätigkeit nicht relevant sein könne. Bis zur Verschlechterung des Gesundheitszustandes per Mitte 2022 sei aus somatischer Sicht eine volle Arbeitsfähigkeit in angestammter Tätigkeit bestätigt worden. Auch eine gesundheitliche

Verschlechterung per Mitte 2022 müsse nicht zwingend zu einer Arbeitsunfähigkeit in angestammter Tätigkeit geführt haben. Der Behandler Dr. med. S. ___ gebe mit Bericht vom 11. Mai 2023 (BG-act. 143) keine erhebliche Arbeitsunfähigkeit in angestammter Tätigkeit an, geschweige denn sei er von einer Arbeitsunfähigkeit von 50 Prozent ausgegangen. Vielmehr habe er eine berufliche Abklärung zur Prüfung des Rentenanspruchs, sprich zur Prüfung der Arbeitsfähigkeit in angestammter und angepasster Tätigkeit, befürwortet. Die Meinung der Vorinstanz, es könne von einer 50-prozentigen Arbeitsunfähigkeit ab Mitte 2022 ausgegangen werden, erscheine nicht nachvollziehbar. Eventualiter könnte eine Rentenberechtigung frühestens ab Juni 2023 bestehen.

7.2.2 Bezüglich der Einschränkungen aus psychiatrischer Sicht steht für die Beschwerdeführerin fest, dass weder auf das erste psychiatrische Teilgutachten des BEGAZ vom 9. November 2021 (BG-act. 83) noch auf das Nachgutachten vom 19. Mai 2022 (BG-act. 113) abgestellt werden könne, wovon auch der RAD bis zuletzt richtigerweise ausgegangen sei. Auch auf ein teilweise nicht schlüssiges Gutachten könne nicht abgestellt werden. Entgegen dem zuletzt eingenommenen Standpunkt des RAD, eine leichte bis mittelgradige depressive Episode sei ausgewiesen, könne das Vorliegen eines relevanten Gesundheitsschadens nicht bestätigt werden. Dr. med. P. ___ des RAD habe mit Bericht vom 11. August 2022 lediglich eine depressive Symptomatik und dabei wohl eine Dysthymia bestätigt. Eine solche könne rechtsprechungsgemäss keine invalidisierende Wirkung haben (siehe etwa Entscheid des Bundesgerichts 8C_842/2011 vom 16.10.2012 E. 4.3.1). Nachdem nicht nur geringe, sondern erhebliche Zweifel an der zuletzt angegebenen Einschätzung des RAD (es müsse mit einer mittelgradigen depressiven Symptomatik von einer erheblichen psychischen Gesundheitsschädigung ausgegangen werden) bestünden, könne gemäss Rechtsprechung (BGE 135 V 465 E 4.4 und E 4.6) nicht auf die Meinung des RAD abgestellt werden. Mit BGE 144 V 50 E 4.3 sei festzuhalten, dass die ärztliche Arbeitsfähigkeits-schätzung den rechtlich geforderten Beweis des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit (Art. 7 Abs. 2 ATSG) nicht erbringen könne, weil sie weitgehend vom Ermessen des medizinisch psychiatrischen Sachverständigen abhängt. Sie sei aber eine wichtige Grundlage für die anschliessende juristische Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistung der versicherten Person noch zugemutet werden könne (BGE 140 V 193 E. 3.2). Gemäss der in BGE 141 V 281 entwickelten Indikatoren – so die Prüfung der Schwere des Leidens, vor allem der damit verbundenen funktionellen Einschränkungen, aber auch der persönlichen und sozialen Verhältnisse und der sich daraus ergebenden Ressourcen und Belastungen – resultiere hier ein Gesamtbild, welches offenkundig nicht auf bedeutende, therapeutisch nicht angehbare funktionelle Beeinträchtigungen in psychischer Hinsicht schliessen lasse. Vielmehr stehe fest, dass die relevanten Indikatoren gar nicht erst schlüssig erhoben worden seien. So habe auch die Vorinstanz mehrfach festgehalten, dass das Gutachten in psychiatrischer Hinsicht gerade mit Blick auf den Schweregrad des Leidens und die funktionelle Einschränkung, aber auch mit Blick auf die nicht gehörig berücksichtigten psychosozialen Faktoren nicht zu überzeugen vermöge. Dabei sei der guten Ordnung

halber erwähnt, dass auch erhebliche soziokulturelle Faktoren zu berücksichtigen wären. Die vom RAD mit Verweis auf die Indikatorenprüfung angenommene Arbeitsunfähigkeit seit August 2020 sei nicht nachvollziehbar. Vielmehr sei unter Berücksichtigung des strukturierten Beweisverfahrens eine Arbeitsunfähigkeit aufgrund von psychischen Beschwerden zumindest bis Juni 2022 praktisch ausgeschlossen. Damit sei auch erstellt, dass eine relevante Arbeitsunfähigkeit und damit eine relevante Invalidität entgegen dem Entscheid der Beschwerdegegnerin nicht ausgewiesen sei.

7.3 Die Beschwerdegegnerin räumte in ihrer Stellungnahme vom 8. Februar 2024 ein, die Vorbringen der Beschwerdeführerin seien weitgehend korrekt; so unter anderem, dass sie in der Begründung der angefochtenen Verfügung fälschlicherweise von einem Rentenanspruch "mit Wirkung ab Juni 2021" gesprochen habe, was ein Versehen sei, aber nichts weiter zur Sache tue. Einzig, dass eine depressive Symptomatik bzw. eine Dysthymia keine invalidisierende Wirkung haben könne (Beschwerde, Ziffer 38.5.2), sei seit BGE 141 V 281 (Entscheid vom 03.06.2015) nicht mehr richtig. Es sei aktenkundig, dass das Gutachten von Dr. med. O. ___ vom 23. Mai 2023 auch die IV-Stelle nicht restlos überzeuge. Unter Berücksichtigung der somatischen Komorbidität (erheblicher kardiologischer Befund gemäss Berichten vom 21.11.2022 und 11.05.2023: unter anderem fünffacher AC-Bypass seit 2013) erachte sie es aber als nachvollziehbar, dass die klinisch erhobene mittelgradige depressive Symptomatik, die gemäss Bericht von Frau Dr. med. R. ___ vom 17. Oktober 2022 durchgängig bestanden habe, den Versicherten bereits seit August 2020 in seiner Arbeitsfähigkeit limitiere. Eine weitere Begutachtung werde zu keiner besseren Klärung des Versicherungsfalls führen.

8.

Vorliegend hat die Beschwerdegegnerin im ersten Vorbescheid (vom 06.09.2022) eine behinderungsbedingte Erwerbseinbusse und damit einen Anspruch auf Invalidenrente verneint. Demgegenüber hat sie dem Versicherten mit angefochtener Verfügung – bei 50-prozentiger Arbeitsunfähigkeit ab Juni (recte: August) 2020 – eine halbe Rente zugesprochen. Hier stellt sich zunächst die Frage, was die Beschwerdegegnerin dazu bewogen hat, von ihrer ursprünglichen Einschätzung abzuweichen.

8.1 Dr. med. P. ___ erachtete im fachärztlichen Konsilium vom 11. August 2022 die psychiatrischen Gutachten (vom 11/2021 und 05/2022) in ihren Begründungen zu den krankheitsbedingten funktionellen Einschränkungen als nicht ausreichend nachvollziehbar. Sie gab jedoch keine eigene Einschätzung zur Arbeitsfähigkeit ab, sondern empfahl eine praktische Erprobung.

8.2 Sodann ging die Beschwerdegegnerin gemäss Feststellungsblatt vom 2. September 2022 von einer leichten bis mittelgradigen depressiven Störung aus, welche grundsätzlich gut behandelbar sei und nicht zu einer anhaltenden Arbeitsunfähigkeit führe (BG-act. 125). Nach aktueller Rechtsprechung ist aus sozialversicherungsrechtlicher Sicht jedoch nicht die Schwere einer Erkrankung entscheidend, sondern deren Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Denn bei psychischen Störungen resultiert unabhängig

von der klassifikatorischen Einordnung einer Krankheit aus einer Diagnose – mit oder ohne diagnoseinhärentem Bezug zum Schweregrad – allein keine verlässliche Aussage über das Ausmass der mit dem Gesundheitsschaden korrelierenden funktionellen Leistungseinbusse (BGE 148 V 49 E. 6.2.2, 143 V 418 E. 5.2.2).

8.3 Schliesslich hat der Versicherte im Einwand vom 6. Oktober 2022 zutreffend darauf hingewiesen, dass der SPD (Sozial Psychiatrischer Dienst Uri) schon im Bericht für die Taggeldversicherung von September 2015 (BG-act. 23 S. 2 f.), und damit lange vor der (als psychosozialer Faktor angeführten) Kündigung des Arbeitsplatzes Ende 2020, eine schwere depressive Episode diagnostiziert hatte. Weiter hat er im Einwand geltend gemacht, dass die praktische Erprobung der Arbeitsfähigkeit, wie von Dr. med. P. ___ empfohlen, nicht erfolgt sei. Der Gutachter habe zu den Aussagen der Konsiliarärztin nicht Stellung beziehen können, weshalb diese nicht verwertbar seien. Zudem sei er wieder beim Kardiologen in Behandlung und ein Belastungs-EKG sei (im November 2022) vorgesehen (BG-act. 129).

8.4 Unter diesen Umständen ist es nachvollziehbar, dass die Beschwerdegegnerin vor dem Fallabschluss weitere Abklärungen getätigt beziehungsweise die noch ausstehenden ärztlichen Berichte abgewartet hat.

9.

Unter Berücksichtigung der neuen medizinischen Berichte kam die RAD-Ärztin zu einer neuen Beurteilung. So erwog sie am 25. Mai 2023 in Würdigung der psychiatrischen Berichte von Dr. med. P. ___ und Dr. med. R. ___ (vom 11.08.2022 und 17.10.2022; E. 6.19 und 6.22), dass die Einschätzung im psychiatrischen Gutachten von Dr. med. O. ___ eher zutrefte und ging in Kombination mit der somatischen Erkrankung (kardiologischer Befund gemäss Berichten vom 21.11.2022 und 11.05.2023; E. 6.24 und 6.26) von einer 50-prozentigen Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit ab August 2020 aus. Am 3. Oktober 2023 hielt sie ergänzend fest, dass Dr. med. P. ___ eine depressive Symptomatik als überwiegend wahrscheinlich angenommen und gemäss Dr. med. R. ___ klinisch durchgängig eine mittelgradige depressive Episode bestanden hat. In ihre Beurteilung floss überdies mit ein, dass weder Dr. med. P. ___ noch Dr. med. R. ___ den Versicherten persönlich gesehen, der Gutachter Dr. med. O. ___ ihn jedoch zweimal persönlich untersucht hat.

9.1 Am Vorliegen einer rezidivierenden depressiven Störung an sich bestehen keine ernsthaften Zweifel. Zunächst deckt sich die Einschätzung von Dr. med. O. ___, dass seit August 2020 fast durchgehend eine mittelgradige Episode bestand, mit den Berichten der behandelnden Fachärzte, welche durchgehend eine rezidivierende depressive Störung (zumeist mittelgradige Episode) diagnostiziert hatten. So dann passt auch die vorübergehende Verbesserung des depressiven Zustandsbilds im August 2021 zum typischen Verlauf einer rezidivierenden Störung, in welchem unterschiedlich stark ausgeprägte Episoden und auch Remissionen auftreten können (siehe E. 6.2, 6.5, 6.7, 6.11.2, 6.14 und 6.17 hievor).

9.2 In Bezug auf das Argument der Beschwerdeführerin, dass Dr. med. P.____ lediglich eine depressive Symptomatik und dabei wohl eine Dysthymia bestätigt habe, welche rechtsprechungsgemäss keine invalidisierende Wirkung haben könne, ist daran zu erinnern, dass die Überwindbarkeitsvermutung mit BGE 141 V 281 aufgegeben und das früher geltende Regel/Ausnahme-Modell durch ein strukturiertes Beweisverfahren (ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des tatsächlichen Leistungsvermögens) ersetzt wurde. Überdies hat sich die Psychiaterin, welche den Versicherten nicht persönlich untersucht hat, eben gerade nicht zum Schweregrad geäussert, sondern nur ihre diesbezüglichen Zweifel dargelegt, wobei diese von Dr. med. R.____ zumindest teilweise entkräftet wurden. Letztere zeigte im Bericht vom 17. Oktober 2022 unter anderem auf, dass der Versicherte die Tagesklinik nicht ganztags, sondern lediglich an zwei halben Tagen pro Woche besucht habe, er sich dort nie wirklich auf die Gruppen habe einlassen können, Einschränkungen in den familiären Beziehungen beständen, von einem strukturierten Tagesablauf keine Rede sein könne und dass der Heimaturlaub für den Genesungsprozess dringend indiziert gewesen sei (siehe E. 6.22 hievov).

9.3 Bezüglich des Beweiswerts von RAD-Berichten ist darauf hinzuweisen, dass RAD-Ärzte, welche die versicherte Person nicht selber untersucht haben, sich in ihren Stellungnahmen einzig (aber immerhin) dazu zu äussern haben, welcher ärztlichen Ansicht zu folgen ist (vergleiche E. 5.3.2 hievov). Für diese Aufgabe ist ein Facharztstitel nicht notwendigerweise vorausgesetzt. Denn ein Arzt ist unabhängig von seiner Fachrichtung grundsätzlich in der Lage, die Kohärenz des Berichts eines Kollegen zu beurteilen (BGer 9C_550/2020 vom 30.11.2020 E. 5.3, 9C_149/2008 vom 27.10.2008 E. 3.2; Meyer/Reichmuth, a.a.O., Art. 54a N 4).

9.4 Dr. I.____ hat in ihren RAD-Stellungnahmen vom 25. Mai und 3. Oktober 2023 ebendiese Aufgabe wahrgenommen und ihre Einschätzung nachvollziehbar begründet. Wenn sie in ihrer Beurteilung der medizinischen Akten gestützt auf das psychiatrische Gutachten von Dr. med. O.____ von einer 50-prozentigen Arbeitsunfähigkeit seit August 2020 ausgeht, ist dies – insbesondere auch vor dem Hintergrund, dass aufgrund der nebst der depressiven Symptomatik zusätzlich bestehenden relevanten somatischen Komorbidität (schwere koronare Herzkrankheit) eine gesamthafte Würdigung erfolgen muss – nachvollziehbar.

9.4.1 Denn auch wenn die Herzkrankheit (zumindest im Zeitpunkt des mutmasslichen Rentenbeginns) für sich gesehen keine relevante Arbeitsunfähigkeit begründete, ist mit der Beschwerdegegnerin davon auszugehen, dass sie sich "seit längerem latent auf das psychische Wohlbefinden auswirkt"; oder mit anderen Worten zur Aufrechterhaltung der depressiven Störung beigetragen hat. So war beim Versicherten denn auch schon 2015 – nachdem er im Oktober 2013 eine Herz-Bypass-Operation gehabt hatte – vom SPD eine schwere depressive Episode (ICD-10: F32.2) mit 100-prozentiger Arbeitsunfähigkeit attestiert worden (BG-act. 23 S. 2 f).

9.4.2 Selbst wenn sein Gutachten die Beschwerdegegnerin "nicht restlos überzeugt", hat Dr. med. O. ___ doch begründet, aus welchen medizinisch-psychiatrischen Gründen die von ihm erhobenen Befunde das funktionelle Leistungsvermögen einschränken. Zu den Standardindikatoren lässt sich dem Gutachten weiter entnehmen, dass eine Therapieintensivierung stattgefunden hat, was auf einen erhöhten Leidensdruck schliessen lässt. Die Behandlungs-Compliance wird als gut beurteilt. Dass trotz Therapieintensivierung (ambulant und in der Tagesklinik) und erhöhter Medikation die Aktivitäten und Haushaltsleistungen reduziert wurden und die psychiatrische Situation unverändert blieb (E. 6.17), ist Hinweis für eine eher schwierige Behandelbarkeit des Leidens. Schliesslich konnte der Gutachter keine Hinweise für Inkonsistenzen feststellen (sozial zurückgezogen, praktisch keine Hobbys mehr, nur reduzierte Haushaltsleistungen; E. 6.11.5 hievor) und mass den von ihm genannten psychosozialen Belastungsfaktoren keinen massgeblichen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zu (siehe dazu nachstehende E. 9.5.2).

9.4.3 Vor diesem Hintergrund ist die Schlussfolgerung des Gutachters, welcher aufgrund der mittelgradigen depressiven Episode eine (durch die Reduktion der Konzentration, das Grübeln, die Reduktion des Antriebs und der Interessen sowie die erhöhte Ermüdbarkeit verursachte) 50-prozentige Arbeitsfähigkeit attestierte (E. 6.17), nachvollziehbar. In diesem Zusammenhang ist zu berücksichtigen, dass die psychiatrische Exploration von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei erfolgen kann und dem begutachtenden Psychiater deshalb praktisch immer einen gewissen Spielraum eröffnet, innerhalb dessen verschiedene medizinisch-psychiatrische Interpretationen möglich, zulässig und zu respektieren sind, sofern der Experte lege artis vorgegangen ist (BGer 8C_154/2022 vom 19.05.2022 E. 4.2).

9.5 Zu den von der Beschwerdeführerin vorgebrachten Argumenten ist Folgendes festzuhalten:

9.5.1 Soweit sie geltend macht, die Krankentaggeldversicherung habe aufgrund einer schon im Juli 2021 festgestellten erheblichen Zustandsverbesserung ihre Leistungen per Ende November 2021 eingestellt, ist darauf hinzuweisen, dass sie dies zwar mit Schreiben vom 16. November 2021 so angekündigt hatte. Am 17. Februar 2022 (nachdem verschiedene Ärzte eine mittelgradige depressive Episode attestiert hatten; siehe E. 6.9, 6.11.2 und 6.14) teilte sie dem Versicherten jedoch mit, dass die Taggeldleistungen ab 1. Dezember 2021 nicht eingestellt, sondern noch zu 50 Prozent ausbezahlt würden, wobei bezüglich der 50-prozentigen Arbeitsfähigkeit auf das IV-Gutachten verwiesen wurde (E. 6.16).

9.5.2 Entgegen dem Einwand der Beschwerdeführerin – dass die angegebenen psychischen Beschwerden, welche nach der Kündigung des Arbeitsvertrages eintraten, wohl praktisch ausschliesslich auf psychosozialen und soziokulturellen Faktoren beruhen würden – handelt es sich bei der mittelgradigen depressiven Episode gemäss Gutachten um eine eigenständige psychiatrische Erkrankung, welche sich parallel zu möglichen psychosozialen Belastungsfaktoren entwickelt hat beziehungsweise schon vor diesen bestanden hat. So wurde die depressive Störung vom Gutachter sowohl bei der

Erstbegutachtung – als der Versicherte einen guten und täglichen Kontakt zur im selben Haus wohnenden Schwiegermutter und eine gute partnerschaftliche Beziehung geschildert hat (BG-act. 83 S. 8) – als auch nach der Verschlechterung der Beziehung zur Ehefrau und zur Schwiegermutter als mittelgradig eingestuft (BG-act. 113 S. 50).

9.5.3 Nur am Rande sei angemerkt, dass die kardiale Diagnose – anders als die Beschwerdeführerin bemängelt – sowohl im kardiologischen Gutachten als auch in der Gesamtbeurteilung unter den Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit aufgeführt wurde (BG-act. 80 S. 7 + 82 S. 9).

9.6 Zusammenfassend ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit von einer rezidivierenden depressiven Störung auszugehen, welche beim Versicherten – in Kombination mit der schweren koronaren Herzkrankheit – seit August 2020 zu einer 50-prozentigen Arbeitsunfähigkeit führte.

10.

Weil von zusätzlichen medizinischen Abklärungsmassnahmen keine neuen entscheidungswesentlichen Aufschlüsse zu erwarten sind, kann auf weitergehende medizinische Erhebungen und Gutachten verzichtet werden (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 144 V 361 E. 6.5).

11.

Für die Bemessung der Invalidität von erwerbstätigen Versicherten ist Art. 16 ATSG anwendbar (Art. 28a Abs. 1 IVG). Danach wird für die Bestimmung des Invaliditätsgrades das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen).

11.1 Die Beschwerdegegnerin hat ausgehend von einem Valideneinkommen von CHF 68'830.00 und einem Invalideneinkommen von CHF 32'664.00 im Jahr 2021 eine Erwerbseinbusse von CHF 36'166.00 und daraus resultierend einen Invaliditätsgrad von 53 Prozent errechnet (BG-act. 147).

11.2 Der Einkommensvergleich blieb rein rechnerisch unbestritten und gibt zu keinen Bemerkungen Anlass. Ebenfalls unbestritten geblieben ist die Feststellung, dass der Rentenanspruch frühestens sechs Monate nach Eingang der IV-Anmeldung (Eingang am 26.03.2021), mithin ab September 2021 entsteht (Art. 29 Abs. 1 und 3 IVG).

12.

Bei einem Invaliditätsgrad von 53 Prozent besteht Anspruch auf eine halbe Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG [in der bis 31.12.2021 geltenden Fassung]). Die Verwaltungsgerichtsbeschwerde ist abzuweisen.

13.

13.1 Bei Streitigkeiten über Leistungen ist das Verfahren kostenpflichtig, wenn dies im jeweiligen Einzelgesetz vorgesehen ist (Art. 61 lit. f^{bis} ATSG). In Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten über IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht werden die Kosten nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 bis CHF 1'000.00 Franken festgelegt (Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG), wobei praxisgemäss die Gerichtsgebühr für eine Verwaltungsgerichtsbeschwerde in einer Angelegenheit mittlerer Komplexität in tatsächlicher und rechtlicher Hinsicht – wie vorliegend – CHF 900.00 beträgt. Dazu kommt eine Barauslagenpauschale von CHF 30.00 (Art. 25 Abs. 2 Reglement über die Gebühren und Entschädigungen vor Gerichtsbehörden [Gerichtsgebührenreglement, GGebR, RB 2.3232]). Die Gerichtsgebühr (inklusive Barauslagenpauschale) ist der Beschwerdeführerin als unterliegende Partei aufzuerlegen (Art. 34 Abs. 1 lit. b VRPV).

13.2 Eine Parteientschädigung ist nicht zuzusprechen. Der obsiegenden Beschwerdegegnerin steht keine Parteientschädigung zu (Art. 61 lit. g ATSG e contrario; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 4. Aufl., Zürich 2020, Art. 61 N 218). Der ebenfalls obsiegende, jedoch nicht anwaltlich vertretene Versicherte, der sich im vorliegenden Verfahren nicht geäußert hat, macht zu Recht keine zu entschädigende Kosten geltend (Art. 61 lit. g ATSG; Ueli Kieser, a.a.O., Art. 61 N 215 und 220).

Das Obergericht erkennt:

1. Die Verwaltungsgerichtsbeschwerde wird abgewiesen.

2. Die Verfahrenskosten, bestehend aus

CHF	900.00	Gerichtsgebühr
CHF	30.00	Barauslagen (pauschal)
<hr/>		
CHF	930.00	Total,
<hr/> <hr/>		

werden der Beschwerdeführerin auferlegt.

3. Eine Parteientschädigung wird nicht zugesprochen.

4. Eröffnung:

- Beschwerdeführerin
- Beschwerdegegnerin
- Beschwerdegegner
- Bundesamt für Sozialversicherungen

Altdorf, 20. Dezember 2024

OBERGERICHT DES KANTONS URI

Verwaltungsrechtliche Abteilung

Die Präsidentin

Die Gerichtsschreiberin

Rechtsmittelbelehrung

Gegen diesen Entscheid kann Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten erhoben werden. Die Beschwerde ist innert **30 Tagen** nach der Eröffnung der vollständigen Ausfertigung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, in der in Art. 42 Bundesgesetz über das Bundesgericht (Bundesgerichtsgesetz [BGG, SR 173.110]) vorgeschriebenen Weise schriftlich einzureichen. Die Beschwerdelegitimation und die zulässigen Beschwerdegründe richten sich nach den massgeblichen Bestimmungen des BGG.

Versand: