

SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2019/288 vom 23. Juni 2021

Sg Versicherungsgericht, 2021-06-23, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2019_288

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2019/288 du 23 juin 2021

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2019/288 del 23 giugno 2021

Regeste

Art. 7 ATSG; Art. 8 ATSG; Art. 28 ATSG: Beweistauglichkeit eines psychiatrischen Gutachtens, gemäss dem aufgrund von Inkonsistenzen Aussagen zur Diagnostik und Arbeitsfähigkeit nicht möglich sind. Der Beschwerdeführer hat die Folgen der Beweislosigkeit zu tragen (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 23. Juni 2021, IV 2019/288).

Volltext

Entscheid vom 23. Juni 2021 Besetzung Versicherungsrichterinnen Michaela Machleidt Lehmann (Vorsitz), Karin Huber-Studerus und Corinne Schambeck; Gerichtsschreiberin Beatrix Zahner Geschäftsnr. IV 2019/288 Parteien A.____, Beschwerdeführer, vertreten durch Rechtsanwalt Dr. iur. Kreso Glavas, Advokatur Glavas AG, Haus zur alten Dorfbank, 9313 Muolen, gegen IV-Stelle des Kantons St. Gallen, Postfach 368, 9016 St. Gallen, Beschwerdegegnerin, Gegenstand IV-Leistungen Sachverhalt A.____ (nachfolgend: Versicherter) war gemäss Bericht von Dr. med. B.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 20. Dezember 2016 während neun Jahren bei ihr in ambulanter Therapie (IV-act. 5). Am 11. April 2016 erfolgte eine Erstkonsultation bei Dr. med. C.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie (Bericht vom 12. April 2016, IV-act. 28). Vom 26. Mai bis 2. Juli 2016 war der Versicherte in der Psychiatrischen Klinik D.____ (Austrittsbericht vom 28. Juli 2016, IV-act. 3) und vom 18. Oktober bis 14. Dezember 2016 in der E.____ (Austrittsbericht vom 15. Dezember 2016, IV-act. 4) in stationärer Behandlung. Die bei Dr. B.____ durchgeführte ambulante Psychotherapie wurde am 20. Dezember 2016 abgebrochen und der Versicherte wurde zur Weiterbehandlung an das Psychiatriezentrum F.____ überwiesen, da eine längere Abwesenheit der Ärztin bevorstand (Bericht vom 20. Dezember 2016, IV-act. 5). Diagnostiziert bzw. erhoben wurden durch die behandelnden Fachärzte im Wesentlichen übereinstimmend eine mittelgradige bzw. schwergradige depressive Episode, eine (vorbestehende) generalisierte Angststörung sowie auffällige, insbesondere narzisstische Persönlichkeitszüge bzw. eine kombinierte Persönlichkeitsstörung (vgl. die zitierten Berichte). Am 26. Januar 2017 meldete sich der Versicherte bei der Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (IV-act. 1). Die IV-Stelle wies mit Mitteilung vom 7. März 2017 das Gesuch um berufliche Massnahmen ab. Da der Versicherte als Selbständigerwerbender in der Elektrobranche tätig sei, seien berufliche Eingliederungsmassnahmen zurzeit nicht angezeigt (IV-act. 35). Gemäss Arztbericht vom 27. März 2017 (IV-act. 39) und Austrittsbericht vom 30. Juni 2017 (IV-act. 49-4 ff.) war der Versicherte vom 30. Januar bis 30. März 2017 erneut in der Psychiatrischen Klinik D.____ hospitalisiert. Es wurden eine generalisierte Angststörung, eine gegenwärtig schwere depressive Episode und der Verdacht auf eine narzisstische

Persönlichkeitsakzentuierung (kodierte als ICD-10: F60.8) bzw. eine narzisstische Persönlichkeitsstörung festgehalten. Bei Austritt wurde eine Arbeitsfähigkeit von 50 % bis auf Weiteres attestiert (IV-act. 49-4). Dr. med. G.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, führte im Arztbericht vom 26. April 2017 aus, sie behandle den Versicherten seit Dezember 2016. Er leide unter einer generalisierten Angststörung (ICD-10: F41.1), einer Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F60.8) sowie einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig schwere Episode (ICD-10: F33.2) und sei seit Dezember 2016 zu 100 % arbeitsunfähig bzw. sei ihm seine bisherige Tätigkeit während einer Stunde täglich zumutbar (IV-act. 40). Gemäss Arztzeugnis vom 4. September 2017 attestierte sie dem Versicherten für den Monat September 2017 eine Arbeitsunfähigkeit von 80 %. Eine Abklärung vor Ort betreffend Selbständigerwerbende vom 18. September 2017 ergab eine geltend gemachte Einschränkung von 84 %. Der Versicherte gab an, seit Mai 2016 sei er nicht mehr in der Lage, auf Baustellen zu arbeiten. Diese Verantwortung und Wahrung der Geschäftsinteressen auf den Baustellen habe der Stiefvater seiner Ehefrau übernommen. Er verrichte gewöhnlich nachmittags während bis zwei Stunden administrative Arbeiten. Sein Ziel sei, im Sommer 2018 wieder einigermaßen fit zu sein und wieder voll arbeiten zu können (Abklärungsbericht vom 27. September 2017, IV-act. 47). Dr. G.____ führte im Verlaufsbericht vom 23. März 2018 aus, es seien immer noch ängstlich-depressive Symptome vorhanden. Der Versicherte verrichte aktuell während zwei Stunden administrative Arbeiten und fühle sich danach sehr erschöpft. Zurzeit bestehe in der bisherigen und in einer ideal adaptierten Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 20 % (IV-act. 49-1 ff.). Im Verlaufsbericht vom 30. Juli 2018 gab sie keine Arbeitsfähigkeitsschätzung ab und empfahl eine Begutachtung (IV-act. 58). Der RAD-Arzt J.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, führte in seiner Stellungnahme vom 3. August 2018 aus, der lange Verlauf der depressiven Episode ohne eine Remission trotz leitliniengerechter medikamentöser antidepressiver Behandlung und mehrmaliger stationärer Behandlung sei aus versicherungsmedizinischer Sicht zu hinterfragen. Die Diskrepanz zwischen der durch die Psychiatrische Klinik D.____ attestierten Arbeitsfähigkeit von 50 % und der anlässlich der Abklärung an Ort und Stelle geltend gemachten Einschränkung von 84 % sei nicht nachvollziehbar (IV-act. 64). Im psychiatrisch-neuropsychologischen Gutachten vom 4. März 2019 (Dr. med. H.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Dr. phil. I.____, Fachpsychologin Neuropsychologie; Untersuchungen 27. November 2018 und 15. Februar 2019; IV-act. 71) kamen die Gutachter zusammenfassend zum Schluss, eine Diagnostik und Einschätzung der Arbeitsfähigkeit sei nicht möglich, da sie zuverlässige Angaben voraussetzten, die aufgrund vorhandener Inkonsistenzen vor allem in der neuropsychologischen Begutachtung nicht vorhanden seien (IV-act. 71-51 ff.). Dies bedeute jedoch nicht, dass der Versicherte sicherlich gesund sei und keinerlei Einschränkungen beständen (IV-act. 71-56). Der RAD-Arzt J.____ legte in seiner Stellungnahme vom 23. Mai 2019 dar, zusammenfassend sei die gutachterliche Beurteilung aus versicherungsmedizinischer Sicht plausibel und nachvollziehbar. Es sei nicht möglich, medizinisch-theoretisch zu beurteilen, ob ein dauerhafter Gesundheitsschaden mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vorliege und ob und in welchem Ausmass die Arbeitsfähigkeit des Versicherten eingeschränkt sei (IV-act. 72). Mit Vorbescheid vom 24. Mai 2019 gewährte die IV-Stelle dem Versicherten das rechtliche Gehör zur vorgesehenen Abweisung des Leistungsbegehrens um Rente (IV-act. 74). Innert erstreckter Frist (vgl. IV-act. 80 ff., 86) liess der Beschwerdeführer mit begründetem Einwand vom 29. August 2019 vorbringen, da der Gutachter zum Ergebnis

gelangt sei, keine Diagnose stellen und keine Einschätzung der Arbeitsfähigkeit vornehmen zu können, hätte sich die Erhebung von Fremdanamnesen aufgedrängt. Er leide an einer chronifizierten und jahrelangen Spielsuchtproblematik und an den Folgen einer Kindheit ohne Liebe und Geborgenheit, was in der Psychiatrie eine grosse Bedeutung und Rolle spiele (IV-act. 88). Der RAD-Arzt J.____ äusserte sich am 16. September 2019, aus dem Einwand gehe kein neuer medizinischer Sachverhalt hervor, der dem Gutachter nicht bekannt gewesen sei oder von ihm nicht gewürdigt worden sei. Die Spielsuchtproblematik und die Kindheitserlebnisse stellten aus versicherungsmedizinischer Sicht keinen dauerhaften Gesundheitsschaden mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit dar (IV-act. 90). Der Rechtsdienst der IV-Stelle führte in seiner Stellungnahme vom 30. September 2019 aus, der Gutachter halte fest, dass mit überwiegender Wahrscheinlichkeit von einer Aggravation auszugehen sei. Damit falle eine versicherte Gesundheitsschädigung ausser Betracht und ein Rentenanspruch sei ausgeschlossen. Eine erneute Begutachtung sei nicht angezeigt. Die vom Rechtsvertreter gerügte behauptete kurze Explorationsdauer sowie das Nichteinholen von Fremdanamnesen ändere an der Beweiskraft des Gutachtens nichts, zumal es im pflichtgemässen Ermessen des Gutachters liege, wie viel Zeit er für die Exploration in Anspruch nehme und ob er das Einholen einer Fremdanamnese für notwendig erachte (IV-act. 91). Mit Verfügung vom 1. Oktober 2019 wies die IV-Stelle das Leistungsbegehren ab. Zur Begründung führte sie aus, aufgrund der eingeschränkten Mitwirkung sei es dem Gutachter nicht möglich gewesen, zu beurteilen, ob ein Gesundheitsschaden mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vorliege. Dies sei aus versicherungsmedizinischer Sicht plausibel und nachvollziehbar. Ebenfalls spreche die gezeigte und beschriebene Aktivität im Alltag gegen eine invalidisierende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. In erneuten Stellungnahmen des RAD und des Rechtsdienstes sei festgehalten worden, dass aus dem Einwand kein neuer medizinischer Sachverhalt hervorgehe, der dem Gutachter nicht bereits bekannt gewesen sei oder von ihm nicht gewürdigt worden sei. Aus juristischer Sicht erfülle das Gutachten vom 27. November 2018 die bundesgerichtlichen Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Entscheidungsgrundlage. Der Gutachter halte fest, dass mit überwiegender Wahrscheinlichkeit von einer Aggravation auszugehen sei. Damit falle eine versicherte Gesundheitsschädigung und ein Rentenanspruch ausser Betracht. Eine erneute Begutachtung sei nicht angezeigt (IV-act. 92). Mit Beschwerde vom 29. Oktober 2019 beantragt A.____ (fortan: Beschwerdeführer), vertreten durch Rechtsanwalt Dr. iur. K. Glavaš, die Verfügung der IV-Stelle (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) vom 1. Oktober 2019 unter Kosten- und Entschädigungsfolge aufzuheben und die Streitsache sei einer vertieften Abklärung in medizinischer und erwerblicher Hinsicht zu unterziehen, bevor darüber entschieden werde. Eventualiter sei die angefochtene Verfügung aufzuheben und ihm mindestens eine halbe Rente zu gewähren. Der Gutachter Dr. H.____ habe festgehalten, aufgrund der - ausdrücklich bestrittenen - eingeschränkten Mitwirkung des Beschwerdeführers sei ihm keine klare Stellungnahme zur Diagnostik und zu Einschränkungen möglich. Die Beschwerdegegnerin hätte ein Mahn- und Bedenkzeitverfahren durchführen müssen. Indem sie uneingeschränkt auf das Gutachten abgestellt habe, habe sie den Untersuchungsgrundsatz und die Begründungspflicht verletzt. Angesichts der angeblich fehlenden Mitwirkung hätte der Gutachter Fremdanamnesen erheben müssen, insbesondere da der Gutachter ausführe, dass der Beschwerdeführer in zerrütteten Verhältnissen aufgewachsen sei. Habe der Gutachter keine Diagnose stellen können, habe er auch keine Aggravation feststellen können. Im Gegensatz zu Dr. H.____

hätten ihn alle behandelnden Psychiater krankgeschrieben. Der Gutachter habe deren Diagnosen unter Vorwand der fehlenden Mitwirkung ignoriert, statt den Auftrag zurückzugeben (act. G 1). Mit Beschwerdeantwort vom 13. Januar 2020 beantragt die Beschwerdegegnerin, die Beschwerde sei abzuweisen. Dr. H. ___ habe in seinem Gutachten anhand vorliegender Austrittsberichte diverse Inkonsistenzen aufgezeigt. Auch der neuropsychologische Gutachter sei zum Schluss gekommen, dass die erbrachten Leistungen des Beschwerdeführers nicht dem eigentlichen Leistungspotential entsprächen und mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine Aggravation vorliege. Es sei zu Recht von einer Aggravation ausgegangen und ein Rentenanspruch deshalb ausgeschlossen worden (act. G 4). Mit Replik vom 24. Januar 2020 macht der Beschwerdeführer geltend, der Gutachter habe eine Aggravation ausdrücklich ausgeschlossen. Diese Feststellung sei für die Beschwerdegegnerin verbindlich. Auf die neuropsychologische Abklärung sei nicht abzustellen, da solche Untersuchungen manipulierbar seien und die Untersuchung nicht in seiner Muttersprache erfolgt sei. Indem die Beschwerdegegnerin nicht auf die fachmedizinische Beurteilung abstelle, verstosse sie gegen den Untersuchungsgrundsatz und gegen die medizinischen Regeln der Begutachtung. Aufgrund der divergierenden Beurteilung des psychiatrischen und des neuropsychologischen Gutachters bezüglich Aggravation sei die Gesamtbeurteilung nicht schlüssig und nachvollziehbar, sondern widersprüchlich (act. G 6). Die Beschwerdegegnerin verzichtet am 3. Februar 2020 auf eine Duplik (act. G 8). Auf die Vorbringen der Verfahrensbeteiligten zur Begründung ihrer Anträge sowie die Akten wird, soweit für den Entscheid relevant, in den nachstehenden Erwägungen eingegangen. Erwägungen Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) umschreibt Invalidität als voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Erwerbsunfähigkeit ist der durch die gesundheitliche Beeinträchtigung verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende 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 nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG). Ein invalidenversicherungsrechtlich relevanter Gesundheitsschaden setzt eine auf objektivierten Beschwerden beruhende fachärztlich gestellte Diagnose nach einem wissenschaftlich anerkannten Klassifikationssystem voraus (BGE 141 V 289 E. 3.2; Urteil des Bundesgerichts vom 22. Februar 2016, 8C_1/2016, E. 4.3). Erforderlich ist zudem, dass die geltend gemachten Beschwerden objektiviert werden können und sich auf die Arbeits- bzw. Erwerbsfähigkeit auswirken (vgl. BGE 143 V 427 E. 6). Für somatisch unklare Beschwerdebilder (somatoforme Schmerzstörung und gleichgestellte Diagnosen), psychische Erkrankungen wie namentlich Depressionen und Abhängigkeitserkrankungen ist der Beweis nach dem strukturierten Verfahren mittels Indikatoren zu führen (vgl. dazu BGE 145 V 226 E. 6; BGE 143 V 429 E. 7.2; BGE 141 V 294 f., E. 3.5 f. und S. 298, E. 4.2). Ein invalidisierender psychischer Gesundheitsschaden kann nur gegeben sein, wenn das klinische Beschwerdebild nicht einzig in psychosozialen und soziokulturellen Umständen seine Erklärung findet, sondern davon psychiatrisch unterscheidbare Befunde umfasst. Auch bei einer diagnostizierten Depressionsstörung sind daher das Beschwerdebild prägende psychosoziale Belastungsfaktoren bei der Beurteilung, ob ein invalidisierender Gesundheitsschaden vorliegt, zu beachten und auszuklammern (Urteil des Bundesgerichts vom 15. März 2017, 8C_14/2017, E. 5.3). Nicht als invalidisierend zu

berücksichtigen sind gesundheitliche Störungen, die bei intakten sozialen Verhältnissen weitgehend entfielen (vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 23. Mai 2020, 9C_171/2020, E. 5.1, vom 7. Mai 2019, 9C_740/2018, E. 5.2.1 f., und vom 29. Januar 2019, 9C_194/2017, E. 6.3.4 a. E.). Beruht die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Konstellation, die eindeutig über die bloss (unbewusste) Tendenz zur Schmerzausweitung und -verdeutlichung hinausgeht, ohne dass das betreffende Verhalten auf eine verselbständigte, krankheitswertige psychische Störung zurückzuführen wäre, fällt eine versicherte Gesundheitsschädigung ausser Betracht und ein Rentenanspruch ist ausgeschlossen. Ob ein Ausschlussgrund gegeben ist, bedarf einer sorgfältigen Prüfung auf möglichst breiter Beobachtungsbasis auch in zeitlicher Hinsicht (Urteil des Bundesgerichts vom 22. Oktober 2019, 9C_520/2019, E. 6.1). Das Vorliegen von Aggravation führt rechtsprechungsgemäss nicht automatisch zur Verneinung jeglicher versicherten Gesundheitsschädigung, sondern nur insoweit, als die Leistungseinschränkung auf der Aggravation beruht oder als deren Folge nicht mit ausreichender Wahrscheinlichkeit festgestellt werden kann. Soweit die betreffenden Anzeichen neben einer ausgewiesenen verselbständigten Gesundheitsschädigung auftreten, sind deren Auswirkungen derweil im Umfang der Aggravation zu bereinigen. Sodann bilden Hinweise auf Inkonsistenzen, Aggravation oder Simulation nicht in jedem Fall einen Ausschlussgrund, rufen aber jedenfalls nach einer vertiefenden Prüfung des funktionellen Schweregrads (Urteile des Bundesgerichts vom 22. März 2021, 9C_383/2020, E. 3.2.3, und vom 12. März 2019, 9C_501/2018, E. 5.1). Der Beweis für eine lang andauernde und erhebliche gesundheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit kann nur dann als geleistet betrachtet werden, wenn die Prüfung der massgeblichen Beweisthemen im Rahmen einer umfassenden Betrachtung ein stimmiges Gesamtbild einer Einschränkung in allen Lebensbereichen (Konsistenz) für die Bejahung einer Arbeitsunfähigkeit zeigt (BGE 143 V 427, E. 6 a. E.). Nach Art. 28 Abs. 2 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) besteht Anspruch auf eine ganze Invalidenrente, wenn die versicherte Person mindestens zu 70 %, auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie wenigstens zu 60 %, auf eine halbe Rente, wenn sie mindestens zu 50 %, und auf eine Viertelsrente, wenn sie mindestens zu 40 % invalid ist. Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird 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 (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen, Art. 16 ATSG). Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 132 V 93 E. 4 mit Hinweisen). Die urteilenden Instanzen haben die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Fachperson begründet sind (BGE 125 V 352 E. 3a mit Hinweisen).

Rechtsprechungsgemäss ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten und -ärztinnen, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 227 E. 1.3.4; Urteil des Bundesgerichts vom 13. Februar 2019, 8C_801/2018, E. 4.3). Im Sozialversicherungsrecht gelten der Untersuchungsgrundsatz und der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c ATSG). Verwaltung und Sozialversicherungsgericht haben von sich aus für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhaltes zu sorgen. Rechtserheblich sind alle Tatsachen, von deren Vorliegen es abhängt, ob über den streitigen Anspruch so oder anders zu entscheiden ist. In diesem Rahmen haben Verwaltungsbehörden und das Versicherungsgericht zusätzliche Abklärungen stets dann vorzunehmen oder zu veranlassen, wenn hierzu aufgrund der Parteivorbringen oder anderer sich aus den Akten ergebenden Anhaltspunkte hinreichender Anlass besteht (Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 4. Aufl., Bern/St. Gallen/Zürich 2020, Art. 61 N 107). In beweisrechtlicher Hinsicht gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung. Danach haben die urteilenden Instanzen die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Der Untersuchungsgrundsatz schliesst die Beweislast im Sinne einer Beweisführungslast begriffsnotwendig aus. Im Sozialversicherungsprozess tragen mithin die Parteien in der Regel eine Beweislast nur insofern, als im Falle der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Diese Beweisregel greift allerdings erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes auf Grund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 117 V 264 E. 3b mit Hinweisen). Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen (vgl. BGE 126 V 353 E. 5b; BGE 125 V 193 E. 2, je mit Hinweisen). Die Beschwerdegegnerin stützt sich auf die Erkenntnisse der Dres. H.____ und I.____ sowie die Einschätzungen des RAD-Arztes J.____ und hält eine IV-rechtlich versicherte Gesundheitsschädigung aufgrund der überwiegend wahrscheinlich vorhandenen Aggravation für nicht gegeben. Der Beschwerdeführer bemängelt das Gutachten in verschiedener Hinsicht und beantragt weitere Abklärungen. Nachfolgend ist zu prüfen, ob die medizinischen Akten eine zuverlässige Beurteilung erlauben. Dr. H.____ erhob die Anamnese, insbesondere die biographischen Angaben, sehr detailliert (IV-act. 71-33 ff.; was per se auch bereits für die ausreichende Dauer der Untersuchung spricht). Soweit der Beschwerdeführer einwendet, der Gutachter hätte Fremdanamnesen erheben müssen, ist dem entgegenzuhalten, dass die Auswahl der Untersuchungsmethoden grundsätzlich den Sachverständigen obliegt (Urteile des Bundesgerichts vom 23. April 2019, 8C_8/2019, E. 5.2.1, und vom 13. August 2018, 8C_341/2018, E. 6.1.2). Der Beschwerdeführer gab im Wesentlichen an, er sei in einer schwierigen Situation. Er sei depressiv, könne sich nicht gut konzentrieren, sei schnell müde, mache sich viele Gedanken und diese würden sich mischen. Er habe keine Lust zu leben, mit seinen Kindern zu spielen, er gerate in Angst, Panik und Depressionen. Er habe auch keine Lust zu arbeiten und das mache ihm noch mehr Angst, weil er nicht wisse, wie sein Leben (sein) werde mit drei Kindern und Frau (IV-act. 71-33). Sobald er Probleme in der Familie oder im Geschäft habe, würde er sofort

zittern, habe sofort keine Lust, bekomme sofort Angst und gehe ins Bett. Er sei oft innerlich unruhig. Zum Einschlafen brauche er manchmal eine halbe Stunde, manchmal eine Stunde, manchmal eineinhalb Stunden. Er erwache jede Nacht und stehe sicher fünfmal auf. Dann esse er etwas aus dem Kühlschrank und gehe wieder ins Bett. Tagsüber sei er müde und er schlafe auch oft. Sobald er mehr Probleme habe, schlafe er, damit er nicht an die Probleme denken müsse (IV-act. 71-39). Er stehe zwischen 10.00 Uhr und 12.00 Uhr auf, denke nach und lege sich nach dem Mittag wieder hin. Danach mache er während einer bis zwei Stunden Büroarbeiten. Er nehme sich immer wieder vor, am Nachmittag etwas zu machen, verschiebe es dann aber wieder (IV-act. 71-45). Sämtliche Hausarbeiten erledige die Ehefrau. Er würde gerne normal leben und Freude haben. Es quäle ihn, dass er seinen Kindern keine Liebe zeigen könne. Wenn er mit Kollegen zusammen sei, würde er nur schweigen und nichts sagen. Er habe auch Kollegen verloren (IV-act. 71-37). Hobbys habe er nicht. Zum Fernsehen und Lesen habe er kein Interesse. Besuche mache und bekomme er nur wenig. Nur in den Ferien könne er sich ein wenig von der Arbeit distanzieren. Meistens mache er in seiner Heimat Ferien. Seine Mutter habe da ein Haus. Kleider kaufe er nur zweimal im Jahr in einem Einkaufszentrum ein. Nach einer Stunde werde er sofort nervös und halte es nicht mehr aus (IV-act. 71-46). Im Befund erhob Dr. H. ___ keine Auffälligkeiten bezüglich Aufmerksamkeit, Konzentration, Auffassung und Langzeitgedächtnis. Es hätten sich leichte Merkfähigkeitsstörungen gezeigt. Die Grundstimmung war etwas zum depressiven Pol hin verschoben, die affektive Modulationsfähigkeit war eingeschränkt. Der Beschwerdeführer habe eine starke Ambivalenz mit Kopfschmerzen beschrieben, wenn er entscheiden müsse. Gelegentlich sei er gereizt, oft ängstlich und die Stimmung sei meist schlecht; je nach Situation, wenn er etwas nicht lösen könne, sei die Stimmung noch schlechter. Beschrieben worden sei auch eine ausgeprägte Minderung des Antriebs, Mimik und Gestik seien aber nicht auffällig gewesen. Weiter habe er regelmässige Ein- und Durchschlafstörungen, moderate körperliche Begleiterscheinungen der Angst und fehlende Energie beklagt (IV-act. 71-41, 49 f.). Eine Diagnosestellung hielt der Gutachter aufgrund fehlender Zuverlässigkeit der Angaben des Beschwerdeführers bzw. vorhandener Inkonsistenzen für ausgeschlossen (IV-act. 71-52). Sodann hielt er zur Diagnostik fest, gemäss ICD-10 würden sich die Diagnosen einer generalisierten Angststörung und eine mittelgradigen depressive Episode gegenseitig ausschliessen (IV-act. 71-51). Der RAD-Arzt J. ___ führte in seiner Stellungnahme vom 23. Mai 2017 aus, es sei nachvollziehbar, dass es dem Gutachter aufgrund der eingeschränkten Mitwirkung des Beschwerdeführers nicht möglich gewesen sei, eine psychiatrische Diagnose zu stellen oder zu den Einschränkungen Stellung zu nehmen (IV-act. 72-3). Der Gutachter zeigte folgende Inkonsistenzen auf: In den Austrittsberichten sei immer wieder eine Verbesserung beschrieben worden, während der Beschwerdeführer selber zur Behandlung in der Schweiz pauschal sage, dass diese überhaupt nichts genützt habe, es sei ihm stattdessen immer nur schlechter gegangen sei. Wiederholt sei darauf hingewiesen worden, dass der Beschwerdeführer sich nicht auf die Behandlung habe einlassen können, stattdessen auf die Medikation fixiert gewesen sei und sogar während der stationären Aufenthalte für sein Geschäft gearbeitet habe. Dennoch sei er von Dr. G. ___ zu diesem Zeitpunkt noch zu 100 % arbeitsunfähig geschrieben gewesen und habe auch angegeben, dass er nicht mehr im Geschäft arbeite (IV-act. 71-52 f.). Auch im Rahmen der aktuellen Untersuchung hätten sich Hinweise auf Diskrepanzen und Widersprüche ergeben. So habe der Beschwerdeführer angegeben, Arbeitsschritte und beispielsweise das Löschen des Lichts bis zu zehn Mal kontrollieren zu müssen, aber erst,

nachdem ihm diese Beispiele bei der Evaluation von Zwängen aufgezeigt worden seien. Weiter habe er berichtet, sich nur in den Ferien ein wenig von der Arbeit distanzieren zu können, andererseits aber, dass er nur am Tisch im Wohnzimmer sitzen und alles verschieben würde (IV-act. 71-54). Schliesslich ergab die neuropsychologische Untersuchung, dass verschiedene Auffälligkeiten klar auf suboptimales Leistungsverhalten hinweisen würden: Einer der Beschwerdevalidierungstests habe hochauffällige Resultate ergeben, in einem weiteren entspreche das Resultat genau dem Grenzwert. Die Leistung liege bei einer Aufgabe bei mehreren Parametern in einem Bereich, der üblicherweise bei randomisierter Testbearbeitung beobachtet werden könne. Die Reaktionszeiten hätten starke Schwankungen und eine Verschlechterung gegenüber dem ersten Testdurchgang aufgewiesen, was bei authentischen Störungen in der Regel nicht zu erwarten sei. Diskrepanz zu den vorgängigen Untersuchungen sei am Ende der Untersuchung eine Aufgabe zur Erfassung der psychomotorischen Geschwindigkeit durchgeführt worden mit durchschnittlichem Resultat. Die Leistung beim Abzeichnen einer Figur sei in Anbetracht der Schulbildung und möglicher vorliegender Störungen ungewöhnlich deutlich reduziert. Es hätten sich keine Hinweise auf psychische Beschwerden gezeigt, welche die beschriebenen Auffälligkeiten erklären könnten. Insgesamt könne man nur festhalten, dass der Beschwerdeführer bei dieser Abklärung nicht mitgewirkt hat. Das Ausmass von tatsächlich vorliegenden Einschränkungen lasse sich daher nicht sicher festlegen. Negative Antwortverzerrung resp. Aggravation erscheine überwiegend wahrscheinlich. Die Kriterien für das wahrscheinliche Vorliegen von suboptimalem Leistungsverhalten von Slick et al. (1999) seien erfüllt (IV-act. 71-55 f., 69 ff., 72). Seitens der behandelnden Fachärzte wurden - wenn überhaupt - lediglich leichte kognitive Einschränkungen festgehalten (Austrittsbericht E. ___ vom 15. Dezember 2016, IV-act. 4-2; Bericht Dr. B. ___ vom 20. Dezember 2016, IV-act. 5; Austrittsbericht Psychiatrische Klinik D. ___ vom 22. Juni 2017, IV-act. 49-6; vgl. aber Arztbericht Psychiatrische Klinik D. ___ vom 27. März 2017, wo Konzentrationsschwierigkeiten unter den Funktionsausfällen erwähnt werden, IV-act. 39). Die neuropsychologische Abklärung am Psychiatrischen Zentrum K. ___ ergab eine psychogen reduzierte mentale Effizienz (mentale Verlangsamung, Aufmerksamkeitsstörung und Konzentrationsstörung). Es wurde festgehalten, es bestünde eine "ziemlich grosse Variabilität der Ergebnisse" (Bericht vom 19. April 2017, IV-act. 55-2 ff.). Auch die behandelnde Dr. G. ___ berichtete nicht von relevanten kognitiven Einschränkungen (vgl. Arztbericht vom 26. April 2017, IV-act. 40-3; Verlaufsberichte vom 23. März 2018, IV-act. 49-2, und vom 30. Juli 2018, IV-act. 58-2). Im Austrittsbericht der Psychiatrischen Klinik D. ___ vom 28. Juli 2016 wurde festgehalten, bei Austritt sei der Beschwerdeführer stabilisiert gewesen, namentlich seien über mehrere Wochen keine Panikattacken mehr aufgetreten und der Antrieb sei gebessert gewesen; nach wie vor vorhanden sei eine Grübelneigung tagsüber (IV-act. 3). In der E. ___ minimierten sich zunächst die innere Unruhe und Suizidgedanken. Nach der Geburt des dritten Kindes habe sich erneut ein Stimmungseinbruch abgezeichnet. Der Beschwerdeführer sei auf die medikamentöse Behandlung fokussiert gewesen (Austrittsbericht vom 15. Dezember 2016, IV-act. 4). Während des Aufenthaltes in der Psychiatrischen Klinik D. ___ vom 30. Januar bis 30. März 2017 stabilisierte sich die Symptomatik Schritt für Schritt. Der Beschwerdeführer habe mehr Antrieb gezeigt und der Grundaffekt habe sich aufgehellt. Insgesamt habe sich der Zustand aber lediglich etwas gebessert (Austrittsbericht vom 22. Juni 2017, IV-act. 49-4 ff.). Dennoch bezeichnete der Beschwerdeführer diese Behandlungen, insbesondere jene in der E. ___, als frustrierend. Erst die Behandlung in K. ___

habe insoweit eine Besserung gebracht, als er seither im zeitlichen Pensum von etwa 20 % für sein Unternehmen administrative Arbeiten verrichten könne (vgl. Austrittsbericht Psychiatrische Klinik D.____ vom 22. Juni 2017, IV-act. 49-5; Abklärungsbericht Selbständigerwerbende vom 23. Oktober 2017, IV-act. 47-1 f.; Gutachten, IV-act. 71-36). Allerdings führte der Beschwerdeführer bereits während des stationären Aufenthalts vom 30. Januar bis 30. März 2017 Arbeiten für sein Unternehmen aus und liess sich nicht in angeratener Weise auf die Therapie ein (Austrittsbericht Psychiatrische Klinik D.____, vom 22. Juni 2017, IV-act. 49-6). In diesem Zusammenhang führte der RAD-Arzt J.____ bereits in seiner Stellungnahme vom 3. August 2018 an, der lange Verlauf der depressiven Episode ohne eine Remission trotz leitliniengerechter medikamentöser antidepressiver und mehrmaliger stationärer Behandlung sei aus versicherungsmedizinischer Sicht zu hinterfragen (IV-act. 64-2). Bei Austritt aus der Psychiatrischen Klinik D.____ sei dem Beschwerdeführer eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % attestiert worden (vgl. Austrittsbericht vom 22. Juni 2017, IV-act. 49-4), was in nicht nachvollziehbarer Diskrepanz zur anlässlich der Abklärung an Ort und Stelle geltend gemachten Einschränkung von 84 % (vgl. Abklärungsbericht vom 23. Oktober 2017, IV-act. 47) stehe (IV-act. 64-3). Gegen eine schwere Depression sprächen auch die regelmässige Teilnahme des Beschwerdeführers an Glücksspielen im Ausland und die uneingeschränkte Fähigkeit, mit seinem Auto in sein Heimatland zu fahren. Zudem spreche das bewusste mehrwöchige Absetzen von Medikamenten, um mit seiner Ehefrau sexuell verkehren zu können, gegen einen entsprechenden Leidensdruck (RAD-Stellungnahme vom 23. Mai 2019, IV-act. 72). Weiter fällt auf, dass selbst die behandelnde Psychiaterin Dr. G.____ im Arztbericht vom 26. April 2017 festhielt, sie empfehle Eingliederungsmassnahmen (IV-act. 40-4), im Verlaufsbericht vom 23. März 2018, die Diagnose sei unklar (IV-act. 49-3) und im Verlaufsbericht vom 30. Juli 2018, es sei eine Begutachtung erforderlich (IV-act. 58-2), obwohl sie noch nach dem Klinikaufenthalt in D.____ von Anfang 2017 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % und später von 80 % attestierte. Der Beschwerdeführer macht geltend, Dr. H.____ habe eine Aggravation ausdrücklich ausgeschlossen, während der neuropsychologische Gutachter sie bejaht habe. Massgeblich ist, ob und wie der psychiatrische Gutachter die Ergebnisse der neuropsychologischen Untersuchung gewürdigt hat (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 12. November 2019, 8C_605/2019, E. 3.2.2). Vorliegend hat der psychiatrische Gutachter das neuropsychologische Teilgutachten visiert (IV-act. 71-73). In seinem Gutachten hat er zunächst Ungereimtheiten in der Diagnostik und in den Angaben des Beschwerdeführers bzw. den medizinischen Akten aufgezeigt und daran anschliessend festgehalten, "ganz eindeutig" habe sich die Situation dann im Rahmen der neuropsychologischen Abklärung gezeigt (IV-act. 71-55). Damit ist er den Ausführungen des neuropsychologischen Gutachters gefolgt und hat die neuropsychologischen Ergebnisse als Hinweis auf eine Aggravation gewertet. Ebenso kann der Beschwerdeführer mit seiner Behauptung, die neuropsychologische Abklärung habe nicht in seiner Muttersprache stattgefunden, nichts zu seinen Gunsten ableiten (act. G 6, S. 3). Denn der neuropsychologischen Beurteilung ist zu entnehmen, dass ein Dolmetscher anwesend war (IV-act. 71-64) und die Instruktionen und Anweisungen übersetzt wurden, obwohl der Beschwerdeführer angab, dass er es auch auf Deutsch verstehe (IV-act. 71-68). Insgesamt entspricht das Gutachten gemäss Gesagtem den von der Rechtsprechung geforderten formellen und materiellen Kriterien und es sind keinerlei konkreten Anhaltspunkte gegen dessen Zuverlässigkeit vorhanden (vgl. E. 1.6). Somit ist den Gutachtern und dem RAD zu folgen, dass Inkonsistenzen bzw. Hinweise auf eine Aggravation vorliegen. Ob diese einem invalidenversicherungsrechtlich relevanten

Gesundheitsschaden im Sinne eines Ausschlussgrundes von vornherein entgegenstehen, kann offenbleiben, da ein solcher auch aus weiteren Überlegungen als nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen betrachtet werden muss, wie im Folgenden aufzuzeigen ist. Der Beschwerdeführer schilderte anlässlich der Begutachtung im Wesentlichen, ein erstes Mal sei er depressiv geworden, nachdem er im Jahr 2003 nach rund 15 Jahren seine damalige Stelle in einem metallurgischen Labor verloren habe (IV-act. 71-40 f.; vgl. auch Austrittsbericht Psychiatrische Klinik D.____ vom 16. April 2004, IV-act. 27). Einmal sei er einfach mit einem Kollegen spielen gegangen. Dabei habe er gemerkt, dass es ihm gut gehe und er nicht über die Freundin oder den Job nachdenke. Er habe gesehen, dass es ihm gut gehe, wenn er spiele. Mittlerweile sei er in der Schweiz und in umliegenden Ländern ausser L.____ gesperrt. Dorthin gehe er nur noch spielen, wenn er einen starken Reiz verspüre, das letzte Mal vor einer Woche (IV-act. 71-42). Nach dem Austritt aus der Klinik habe ein Kollege ihm Elektroarbeiten gezeigt. Ab 1. Mai 2004 habe er sich in diesem Bereich (Vorbereitung Elektroinstallationen) selbständig gemacht. 2016 sei die Auftragslage nicht gut gewesen. Als er erfahren habe, dass die Ehefrau wieder schwanger sei, sei er in eine wirklich tiefe Depression gefallen. Nach der stationären Therapie im Mai und Juni 2016 habe er zu Hause nur noch geweint, gezittert und sich gequält. Im Juni 2017 sei er zu einem Arzt in ____ gegangen, welcher ihn medikamentös behandelt habe. Er sei über die rasche Wirkung überrascht gewesen. Seit August 2017 erledige er wieder administrative Arbeiten im Pensum von 20 % (IV-act. 71-35 ff.). Inzwischen habe er Schulden in der Höhe von Fr. 300'000.--, wovon etwa 30 % bis 40 % aus dem Glückspiel stammen würden (IV-act. 71-44). Aufgrund dieser Angaben erscheint nachvollziehbar, dass sowohl der RAD-Arzt J.____ (Stellungnahme vom 3. August 2018, IV-act. 64) als auch der Gutachter (IV-act. 71-53, 60 f.) betonen, dass gravierende psychosoziale Belastungsfaktoren am Krankheitsgeschehen beteiligt seien. Der Beschwerdeführer gab gegenüber den behandelnden Ärzten einen deutlichen Verlust an Interessen und Freude, an sozialer Teilhabe, an Antrieb, Schlafstörungen, Gereiztheit, Existenz- und Zukunftsängste sowie wiederkehrende suizidale Gedanken an. Entsprechend wurden ihm eine mittelgradige bis schwere depressive Erkrankung bzw. eine generalisierte Angststörung diagnostiziert (Bericht Dr. C.____ vom 12. April 2016, IV-act. 28; Austrittsbericht Psychiatrische Klinik D.____ vom 28. Juli 2016, IV-act. 3; Bericht E.____ vom 15. Dezember 2016, IV-act. 4-3; Bericht Dr. B.____ vom 20. Dezember 2016, IV-act. 5; Austrittsbericht Psychiatrische Klinik D.____ vom 22. Juni 2017, IV-act. 49-6; Arztbericht Dr. G.____ vom 26. April 2017, IV-act. 40). Der Gutachter hielt zunächst fest, eine mittelgradige depressive Episode und eine generalisierte Angststörung könnten nicht gleichzeitig diagnostiziert werden (IV-act. 71-51). Massgeblich ist im invalidenversicherungsrechtlichen Kontext jedoch nicht, welcher Diagnose die geklagten Beschwerden zuzuordnen sind, sondern dass diese als die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigender Gesundheitsschaden lege artis objektivierbar sind (vgl. BGE 136 V 281 E. 3.2.1; Urteil des Bundesgerichts vom 23. November 2020, 9C_524/2020, E. 5.1 mit weiteren Verweisen). Ob die Beschwerden einer depressiven Episode oder einer Angststörung zugeschrieben werden, ist somit aus rechtlicher Sicht nicht relevant. Weiter hielt der Gutachter fest, sofern tatsächlich eine depressive Episode bestehen würde, würde die Stimmung nicht auf die jeweiligen Lebensumstände reagieren, wie etwa die vom Beschwerdeführer angegebene Ablenkung durch das Spielen (IV-act. 71-54). Der RAD-Arzt J.____ führte in seiner Stellungnahme vom 23. Mai 2017 aus, im psychiatrischen Befund würden aus versicherungsmedizinischer Sicht lediglich leichte depressive

Symptome beschrieben (IV-act. 72-3), was auf eine wenig stark ausgeprägte Beeinträchtigung der funktionellen Leistungsfähigkeit hinweist. Während der gutachterlichen Anamneseerhebung beschrieb der Beschwerdeführer nicht mehr Panikattacken und Existenzängste, sondern vordergründig ein immerwährendes Gedankenkreisen, so dass nachvollziehbar erscheint, dass die geltend gemachte Arbeitsunfähigkeit nicht primär auf den Symptomen der generalisierten Angststörung, sondern auf der depressiven Symptomatik beruht. Ein pathologisches Spielen (ICD-10: F63) wurde dem Beschwerdeführer nie diagnostiziert. Er betreibt zwar gelegentliches Glücksspiel, jedoch geht aus seinen Angaben nicht hervor, dass er dadurch in seiner Funktionsfähigkeit im täglichen Leben beeinträchtigt wäre und er ständig mit entsprechenden Gedanken oder Vorstellungen beschäftigt wäre (vgl. H. Dilling/H. J. Freyberger, Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen, 9. Aufl., Bern 2019, S. 255 f.). Dem Beschwerdeführer wurden verschiedentlich Diagnosen im Bereich der Persönlichkeit gestellt (Austrittsbericht Klinik D.____ vom 16. April 2004, IV-act. 27: auffällige Persönlichkeitszüge, narzisstisch, ängstlich und abhängig; Austrittsbericht Psychiatrische Klinik D.____ vom 28. Juli 2016, IV-act. 3: Verdacht auf sonstige spezifische Persönlichkeitsstörung mit narzisstischen Zügen; Austrittsbericht E.____ vom 15. Dezember 2016, IV-act. 4: Akzentuierung narzisstischer Persönlichkeitszüge; Bericht Dr. B.____ vom 20. Dezember 2016, IV-act. 5: kombinierte Persönlichkeitsstörung mit narzisstischen, ängstlichen und abhängigen Zügen; Bericht Psychologisches Zentrum K.____ vom 19. April 2017, IV-act. 55-2 ff.). Der Beschwerdeführer verlebte seine Kindheit und Jugend bei seiner Grossmutter, da seine Eltern in Deutschland bzw. in der Schweiz wohnten und arbeiteten. Er berichtete dem Gutachter von starkem Heimweh mit einmalig Suizidgedanken (IV-act. 71-40 f.). Bei Persönlichkeitsstörungen handelt es sich um Bedingungen der Persönlichkeitsentwicklung, die in der späten Kindheit oder Adoleszenz beginnen und bis ins Erwachsenenleben andauern (Dilling/Freyberger, a.a.O., S. 231). Sie führen dazu, dass die charakteristischen und dauerhaften inneren Erfahrungs- und Verhaltensmuster der Betroffenen deutlich vom kulturell erwarteten und akzeptierten Vorgaben abweichen (Dilling/Freyberger, a.a.O., S. 234 f.). Der Beschwerdeführer hat nach eigener Angabe das Gymnasium mit Matura abgeschlossen und rund 15 Jahre lang in einem metallurgischen Labor gearbeitet (IV-act. 71-42, 57, 65). Gemäss Bericht von Dr. C.____ vom 12. April 2016 habe er eine schöne Kindheit ohne traumatische Ereignisse verbracht (IV-act. 28). Somit ist nachvollziehbar, dass der Gutachter keine die Arbeitsfähigkeit schmälernde Persönlichkeitsstörung diagnostizierte. Eine zusätzliche relevant einschränkende Komorbidität oder erschwerende Indikatoren seitens der Persönlichkeit liegen damit nicht vor. Wie bereits erwähnt sind die Ressourcen durch verschiedene psychosoziale Belastungsfaktoren beeinträchtigt. Die Alltagsaktivitäten bewegen sich auf einem niedrigen Niveau und soziale Beziehungen ausserhalb der Familie bestehen wenige. Aufgrund der bereits aufgezeigten Inkonsistenzen kann jedoch nicht als überwiegend wahrscheinlich erachtet werden, dass dies auf einem objektiv nachgewiesenen Gesundheitsschaden beruht. Das Vorhandensein von psychosozialen Belastungsfaktoren und von Inkonsistenzen erklärt auch die von den behandelnden Ärzten abweichende Beurteilung des Gutachters. Unabhängig davon, ob die festgestellten Inkonsistenzen bereits IV-rechtlich relevanten Gesundheitsschaden ausschliessen, ergibt sich unter Berücksichtigung der vorhandenen psychosozialen Belastungsfaktoren (E. 3.1), des nachweisbaren leichten Schweregrades der funktionellen Einschränkungen (E. 3.2), der fehlenden Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit unter anderem der Spielsucht (E. 3.3)

sowie der fehlenden Komorbidität seitens der Persönlichkeit (E. 3.4), dass eine rentenbegründende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit beweislos bleibt. Die Beschwerdegegnerin hat den Rentenanspruch somit zu Recht abgewiesen. Soweit der Beschwerdeführer rügt, statt Beweislosigkeit anzunehmen, wäre ein Mahn- und Bedenkzeitverfahren anzuordnen gewesen, kann dem nicht gefolgt werden. Zum einen enthielt die Mitteilung vom 6. September 2018, wonach sich der Beschwerdeführer einer medizinischen Abklärung zu untersuchen habe, einen Hinweis auf die Folgen einer Verletzung der Mitwirkungspflicht gemäss Art. 43 Abs. 3 ATSG und Art. 7b (Abs. 1) IVG (IV-act. 67). Zudem statuiert Art. 7 b Abs. 2 lit. d IVG eine Ausnahme von der Anwendbarkeit des Mahn- und Bedenkzeitverfahrens, wenn die versicherte Person der IV-Stelle Auskünfte nicht erteilt, welche diese zur Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgabe benötigt. Nach dem Zweck der Norm hat dies auch zu gelten für Auskünfte gegenüber ärztlichen Gutachtern und auch, wenn eine Mitwirkung oder Auskunft nicht verweigert, sondern bewusst nicht vollständig oder den Tatsachen entsprechend erteilt wird. Es ist in solchen Fällen nicht Sinn und Zweck des Mahn- und Bedenkzeitverfahrens, dass die versicherte Person in solchen Fällen durch ihr Verhalten eine weitere Begutachtung erwirken kann. Nach dem Gesagten ist die Beschwerde abzuweisen. Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- erscheint in der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit als angemessen. Dem Ausgang des Verfahrens entsprechend ist sie vollumfänglich dem Beschwerdeführer aufzuerlegen und durch den von ihm geleisteten Kostenvorschuss von Fr. 600.-- gedeckt. Der Beschwerdeführer hat bei diesem Verfahrensausgang keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (vgl. Art. 61 lit. g ATSG). Entscheid im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP Die Beschwerde wird abgewiesen. Der Beschwerdeführer hat eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- zu bezahlen; diese ist durch den in gleicher Höhe geleisteten Kostenvorschuss gedeckt.

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