

# SO\_GERICHTE VSBES.2015.123 vom 19. März 2015

SO Obergericht, 2015-03-19, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so\\_gerichte\\_VSBES.2015.123](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2015.123)

FR: SO\_GERICHTE VSBES.2015.123 du 19 mars 2015

IT: SO\_GERICHTE VSBES.2015.123 del 19 marzo 2015

## Erwägungen

### E. 1

1.1 Der 1970 geborene A.\_\_\_\_ erlitt am 23. Oktober 1997 einen Auffahrunfall. Gemäss Aktennotiz vom 2. Dezember 1997 (IV-Stelle, Beleg-Nr. [IV-Nr.] 1.4 S. 37) erklärte er gegenüber der Unfallversicherung, er sei gelernter [ ]. Er habe die Lehre bei [...] gemacht, mit Abschluss. Zuletzt habe er bei der Firma B.\_\_\_\_ in [...] gearbeitet, von ca. 1991 bis Ende 1995. Er habe aus familiären Gründen (Krankheit der Mutter) gekündigt. Ca. im April 1996 habe er sich bei der Arbeitslosenversicherung gemeldet. Am 23. Oktober 1997 habe er als Fahrer eines Personenwagens Ford Fiesta auf einer Hauptstrasse angehalten, weil er nach links abbiegen wollte. Dabei sei das Auto von hinten stark angefahren worden. Gemäss Bericht des Kantonsspitals [...], chirurgische Klinik (IV-Nr.

### E. 1.4

S. 38), erfolgte am 23. Oktober 1997 eine notfallmässige Selbstzuweisung des Beschwerdeführers, nachdem dieser am Morgen eine Auffahrkollision erlitten hatte, wegen Nacken- sowie Lendenschmerzen.

1.2 Die Suva als obligatorischer Unfallversicherer stellte mit Verfügung vom 29. Juli 1998 (IV-Nr. 1.4 S. 20) ihre Leistungen für das Unfallereignis vom 23. Oktober 1997 rückwirkend auf den 19. Januar 1998 (Datum einer kreisärztlichen Untersuchung, vgl. IV-Nr. 1.4 S. 29 f.) ein. Zur Begründung wurde erklärt, seit diesem Datum bestehe wieder volle Arbeitsfähigkeit. Die dagegen erhobene Einsprache (IV-Nr. 1.4 S. 11 ff.) wies die Suva mit Einspracheentscheid vom 24. September 1998 (IV-Nr. 1.4 S. 1 ff.) ab. Dagegen liess der Versicherte beim Versicherungsgericht des Kantons Solothurn (nachfolgend: Versicherungsgericht) Beschwerde erheben. Im Verlauf des Beschwerdeverfahrens liess er in seinem Auftrag erstattete Gutachten von Dr. med. C.\_\_\_\_, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, vom 23. Februar 1999 (IV-Nr. 1.3 S. 23 ff.), von Dr. med. D.\_\_\_\_, Spezialarzt FMH für Otorhinolaryngologie, Hals- und Gesichtschirurgie, vom 25. Februar 1999 (IV-Nr. 1.3 S. 15 ff.) und von Dr. med. E.\_\_\_\_, Spezialarzt für Neurologie FMH, vom 9. April 1999 (IV-Nr. 1.3 S. 1 ff.) einreichen. Das Versicherungsgericht holte ein neurootologisches Gerichtsgutachten von Prof. Dr. med. F.\_\_\_\_, Kantonsspital [...], vom 29. September 2002 ein (vgl. IV-Nr. 131 S. 25 ff.). Der Beschwerdeführer liess in der Folge ein weiteres psychiatrisches Gutachten von Dr. med. C.\_\_\_\_ vom 11. Januar 2003 (IV-Nr. 110) und ein weiteres neurologisch-neuropsychologisches Gutachten von Dr. med. E.\_\_\_\_ vom 29. Oktober 2003 (vgl. IV-Nr. 131 S. 32 ff.) auflegen. In der Folge gab das Versicherungsgericht bei der Rehaklinik G.\_\_\_\_ ein polydisziplinäres Gerichtsgutachten in Auftrag. Dieses wurde unter Einbezug der Disziplinen Neurologie und Rheumatologie, radiologischer Abklärungen sowie einer neuropsychologischen und klinisch-psychologischen Untersuchung am 23. Juli 2004 erstattet (IV-Nr. 131 S. 5 ff.). Ergänzende Fragen des Vertreters des Versicherten beantwortete die Rehaklinik G.\_\_\_\_ mit

Schreiben vom 29. Dezember 2004 (IV-Nr. 142 S. 4 ff.).

1.3 Mit Urteil vom 27. Juli 2005 (IV-Nr. 158.2) wies das Versicherungsgericht die bei ihm erhobene Beschwerde gegen den Einspracheentscheid der Unfallversicherung vom 24. September 1998 (IV-Nr. 1.4 S. 1 ff.) ab. Dagegen liess der Versicherte am 14. September 2005 Beschwerde erheben. Mit Urteil vom 3. August 2007 (U 355/05) hob das Bundesgericht diesen Entscheid des Versicherungsgerichts vom 27. Juli 2005 auf und wies die Sache an das Versicherungsgericht zurück, damit dieses die vom Beschwerdeführer verlangte öffentliche Verhandlung durchführe. Das Versicherungsgericht führte am 19. Januar 2009 die öffentliche Verhandlung durch und wies die Beschwerde gegen den Einspracheentscheid vom 24. September 1998 wiederum ab. Die dagegen erhobene Beschwerde wies das Bundesgericht ab (Urteil vom 18. September 2009, IV-Nr. 175).

## **E. 2**

2.1 Am 30. November 1998 (Eingang: 14. Dezember 1998) meldete sich der Versicherte unter Hinweis auf eine Distorsion der Hals- und der Lendenwirbelsäule sowie einen Tinnitus, bestehend seit dem Unfall vom 23. Oktober 1997, bei der Invalidenversicherungs-Stelle des Kantons Solothurn (IV-Stelle; nachfolgend: Beschwerdegegnerin) zum Leistungsbezug an (IV-Nr. 1.6). Die Beschwerdegegnerin nahm Unterlagen aus dem unfallversicherungsrechtlichen Verfahren zu den Akten. Weiter wurden berufliche Massnahmen in Form eines Arbeitstrainings in der Institution H.\_\_\_\_ begonnen (IV-Nr. 7), aber wieder abgebrochen (vgl. Mitteilung vom 14. Januar 2000, IV-Nr. 19). Vom 28. Juni bis 26. Juli 2000 hielt sich der Versicherte in der Rehaklinik I.\_\_\_\_ auf. Deren Bericht datiert vom 7. September 2000 (IV-Nr. 33).

2.2 Mit Verfügung vom 14. Februar 2001 (IV-Nr. 46) verneinte die Beschwerdegegnerin einen Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung. Ein dagegen beim Versicherungsgericht angehobenes Beschwerdeverfahren (IV-Nr. 47) wurde mit Verfügung vom 10. September 2001 (IV-Nr. 65) als gegenstandslos abgeschrieben, nachdem die Beschwerdegegnerin die angefochtene Verfügung aufgehoben hatte, um weitere Abklärungen vorzunehmen (IV-Nr. 59). Die in Aussicht genommene Begutachtung kam jedoch nicht zustande, weil der Versicherte den Verlauf einer begonnenen Ausbildung [...] sowie des unfallversicherungsrechtlichen Verfahrens abwarten wollte und sich deshalb weigerte, zur Begutachtung zu erscheinen (vgl. IV-Nr. 71, 73). Daraufhin lehnte es die Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 9. Januar 2002 (IV-Nr. 74) wiederum ab, Leistungen zu erbringen. Zur Begründung wurde erklärt, der Versicherte habe trotz eines Mahn- und Bedenkzeitverfahrens seine Mitwirkungspflicht bei der vorgesehenen Begutachtung nicht erfüllt, so dass aufgrund der vorliegenden Akten entschieden werden müsse. Das Versicherungsgericht wies die dagegen erhobene Beschwerde mit Urteil vom 29. September 2003 ab (IV-Nr. 114). Auf Beschwerde des Versicherten hin (IV-Nr. 116) hob das Eidgenössische Versicherungsgericht diesen Entscheid auf. Es wies die Sache an die Beschwerdegegnerin zurück, damit sie, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen, über den Leistungsanspruch neu verfüge (Urteil vom 19. März 2004, IV-Nr. 121). In der Begründung hielt das Eidgenössische Versicherungsgericht fest, der Beschwerdeführer habe die Teilnahme an der Begutachtung nicht prinzipiell verweigert, sondern nur in zeitlicher Hinsicht dafür plädiert, zuvor die Beendigung einer begonnenen Ausbildung und die Ergebnisse einer im parallel laufenden unfallversicherungsrechtlichen Verfahren angeordneten Begutachtung (vgl. E. I. 1.4 hiernach) abzuwarten. Dieses Verhalten stelle keine schuldhaft Verletzung der Mitwirkungspflicht dar.

2.3 Am 10. November 2004 forderte die Beschwerdegegnerin den Versicherten auf, eine Psychotherapie in Angriff zu nehmen, und kündigte an, sie werde im Dezember 2005 über seine Leistungsansprüche befinden (IV-Nr. 135). Der Beschwerdeführer liess daraufhin eine ergänzende Stellungnahme der Rehaklinik G.\_\_\_\_ vom 29. Dezember 2004 (IV-Nr. 142 S. 4 ff.) und einen Bericht von Dr. med. J.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, vom 23. Januar 2005 (IV-Nr. 142 S. 2 f.) einreichen. Er führte aus, mit dem Entscheid könne nicht bis Ende Jahr zugewartet werden, und verlangte, es sei ihm mindestens eine befristete Rente zuzusprechen (IV-Nr. 142). Die Beschwerdegegnerin hielt mit Schreiben vom 9. März 2005 (IV-Nr. 143) an ihrem Standpunkt fest. In der Folge holte sie Berichte von Dr. med. J.\_\_\_\_ vom 15. Januar 2006 (IV-Nr. 149) und der Hausärztin Dr. med. K.\_\_\_\_, Ärztin FMH für Allgemeine Medizin, vom 20. Dezember 2005 (IV-Nr. 148) ein. Letzterem lag ein Austrittsbericht der Klinik L.\_\_\_\_, in der sich der Beschwerdeführer vom 5. August bis 17. August 2005 aufgehalten hatte, vom 24. August 2005 (IV-Nr. 148 S. 6 ff.) bei.

2.4 Mit Schreiben vom 3. Mai 2006 (IV-Nr. 156) erklärte die Beschwerdegegnerin, sie werde den Ausgang des unfallversicherungsrechtlichen Verfahrens abwarten. Am 4. August 2006 liess der Beschwerdeführer beim Versicherungsgericht Beschwerde wegen Rechtsverweigerung und Rechtsverzögerung führen, weil die Beschwerdegegnerin noch nicht über sein Leistungsgesuch entschieden habe (IV-Nr. 160). Das Versicherungsgericht hiess diese Beschwerde mit Urteil vom 5. Dezember 2006 (IV-Nr. 167) teilweise gut. Es wies die Beschwerdegegnerin an, umgehend eine Verfügung (begründete Sistierungsverfügung, Leistungsverfügung oder Anhandnahme weiterer Abklärungen, falls der Sachverhalt noch unvollständig sein sollte) zu erlassen. Die Beschwerdegegnerin erliess daraufhin eine 4. Januar 2007 eine Verfügung, wonach das Verfahren bis zum Vorliegen des Bundesgerichtsurteils im UVG-Verfahren sistiert werde (IV-Nr. 168).

### **E. 3**

3.1 Die Beschwerdegegnerin traf in der Folge weitere medizinische Abklärungen. Die Hausärztin Dr. med. K.\_\_\_\_ erklärte am 24. November 2009 (IV-Nr. 178), sie habe den Beschwerdeführer nur wegen der Unfallfolgen behandelt (vgl. auch Protokolleintrag vom 16. Februar 2010). Die Psychiaterin Dr. med. J.\_\_\_\_, mit der vereinbart worden war, sie werde den Beschwerdeführer zu einer Untersuchung aufbieten (vgl. Protokolleintrag vom 25. Juni 2010), antwortete auf eine entsprechende Anfrage vom 29. November 2010, der Beschwerdeführer habe sich bisher nicht gemeldet (IV-Nr. 191; vgl. auch Protokolleintrag vom 7. Dezember 2010).

3.2 Nachdem am 31. Mai 2011 ein Gespräch über das weitere Vorgehen und die Gewährung von Eingliederungsmassnahmen stattgefunden hatte (vgl. Protokolleintrag), forderte die Beschwerdegegnerin den Beschwerdeführer am 30. Juni 2011 auf (IV-Nr. 199), bis 15. Juli 2011 ein Motivationsschreiben (betreffend berufliche Eingliederungsmassnahmen) einzureichen und weitere Verhaltensregeln einzuhalten. Das Motivationsschreiben wurde in der Folge eingereicht (IV-Nr. 202).

3.3 Am 19. August 2011 teilte die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer mit, es werde eine medizinische Abklärung bei der Begutachtungsstelle M.\_\_\_\_ durchgeführt (IV-Nr. 209). Der Beschwerdeführer liess am 1. September 2011 beantragen, die Begutachtung sei zu sistieren und es sei ein Arbeitstraining durchzuführen (IV-Nr. 212). Die Beschwerdegegnerin lehnte eine Sistierung ab (IV-Nr. 214). Der Beschwerdeführer

liess erklären, er lehne die vorgeschlagene Begutachtungsstelle ab (Schreiben vom 22. September 2011, IV-Nr. 216).

3.4 Mit Verfügung vom 17. November 2011 hielt die Beschwerdegegnerin an der Begutachtung durch die Begutachtungsstelle M.\_\_\_\_ fest (IV-Nr. 219). Der Versicherte liess dagegen am 3. Januar 2012 beim Versicherungsgericht des Kantons Solothurn Beschwerde erheben und die Aufhebung der Verfügung sowie die Zusprache von Leistungen verlangen (IV-Nr. 222). Mit Urteil vom 11. Dezember 2012 (IV-Nr. 235) wies das Versicherungsgericht die Beschwerde ab, soweit darauf eingetreten wurde. Die vom Versicherten am 28. Januar 2013 gegen diesen Entscheid erhobene Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten (IV-Nr. 239) wies das Bundesgericht mit Urteil vom 18. März 2013 ab, soweit darauf einzutreten war (IV-Nr. 240).

3.5 Am 10. Mai 2013 teilte die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer mit, als Gutachter innerhalb der Begutachtungsstelle M.\_\_\_\_ sei Dr. med. N.\_\_\_\_, Oberarzt, vorgesehen. Der Beschwerdeführer erhielt Gelegenheit, innerhalb von zehn Tagen Einwände gegen die Person des Gutachters zur erheben (IV-Nr. 242). Auf Gesuch hin wurde die Frist bis 7. Juni 2013 erstreckt (IV-Nr. 244). Der Beschwerdeführer liess am 7. Juni 2013 erklären, er sei mit dem Gutachter Dr. med. N.\_\_\_\_ nicht einverstanden. Die Beschwerdegegnerin bat daraufhin die Begutachtungsstelle M.\_\_\_\_, einen anderen Gutachter vorzuschlagen (Schreiben vom 25. Juni 2013, IV-Nr. 248). Die Begutachtungsstelle erklärte am 16. September 2013, die Begutachtung werde durch Dr. med. O.\_\_\_\_, Fachärztin Psychiatrie und Psychotherapie, übernommen (IV-Nr. 258). Der Beschwerdeführer liess am 20. September 2013 mitteilen, er sei auch mit der Gutachterin Dr. med. O.\_\_\_\_ nicht einverstanden, und schlug andere Gutachter vor (IV-Nr. 260). Nach entsprechender Fristsetzung (IV-Nr. 262) erhob er am 11. Oktober 2013 Einwände gegen die vorgesehene Gutachterin Dr. med. O.\_\_\_\_ (IV-Nr. 264).

3.6 Mit Verfügung vom 22. Oktober 2013 (IV-Nr. 265) hielt die Beschwerdegegnerin an der vorgesehenen Gutachterin Dr. med. O.\_\_\_\_ fest. Die dagegen durch den Beschwerdeführer am 22. November 2013 erhobene Beschwerde (IV-Nr. 266) wies das Versicherungsgericht mit Urteil vom 1. Juli 2014 ab (IV-Nr. 277).

3.7 Als die Beschwerdegegnerin die Begutachtung in die Wege leiten wollte, stellte sich heraus, dass die gerichtlich bestätigte Gutachterin Dr. med. O.\_\_\_\_ in der Zwischenzeit ihre Tätigkeit bei der Begutachtungsstelle M.\_\_\_\_ aufgegeben hatte (Protokolleintrag vom 8. Juli 2014; Schreiben vom 16. Juli 2014, IV-Nr. 278). Die Parteien einigten sich schliesslich darauf, Dr. med. C.\_\_\_\_, der bereits die Privatgutachten vom 23. Februar 1999 (IV-Nr. 1.3 S. 23 ff.) und vom 11. Januar 2003 (IV-Nr. 110) erstattet hatte, mit der Begutachtung zu betrauen (IV-Nr. 279, 280).

#### **E. 4**

4.1 Dr. med. C.\_\_\_\_ teilte der Beschwerdegegnerin am 25. September 2014 telefonisch mit, er habe den Beschwerdeführer für den 16. September 2014 zum Untersuchungstermin aufgeboten, dieser sei jedoch nicht erschienen. Er habe den Beschwerdeführer daraufhin für den 25. September 2014 erneut aufgeboten; dieser Termin sei auch mit dem Rechtsvertreter des Beschwerdeführers koordiniert worden. Der Beschwerdeführer sei wiederum nicht erschienen. In der Folge stellte Dr. med. C.\_\_\_\_ der Beschwerdegegnerin die schriftlichen Aufgebote an den Beschwerdeführer für den 16. respektive 25. September 2014 zu (IV-Nr. 284 S. 2 f.).

4.2 Mit Schreiben vom 2. Oktober 2014 (IV-Nr. 283) forderte die Beschwerdegegnerin den Beschwerdeführer auf, am 18. Dezember 2014, 14:15 Uhr, zum neu angesetzten Begutachtungstermin bei Dr. med. C.\_\_\_\_ zu erscheinen. Verhinderungen würden nur bei Vorliegen eines zwingenden Grundes akzeptiert und seien sowohl dem Gutachter Dr. med. C.\_\_\_\_ als auch der Beschwerdegegnerin unverzüglich zu melden und zu belegen. Bei Nichteinhaltung des Termins werde die Beschwerdegegnerin einen Entscheid aufgrund der Akten fällen, was voraussichtlich die Ablehnung des Leistungsbegehrens zur Folge haben werde. Dr. med. C.\_\_\_\_ bot den Beschwerdeführer mit einem ebenfalls vom 2. Oktober 2014 datierten Schreiben (IV-Nr. 284) für den 18. Dezember 2014, 14:15 Uhr, zur Begutachtung auf. Am 11. November 2014 wurde der Beschwerdeführer durch den Gutachter gebeten, den Termin vom 18. Dezember 2014 zu bestätigen (IV-Nr. 285). Nachdem der Beschwerdeführer nicht reagiert hatte (vgl. IV-Nr. 287), forderte ihn die Beschwerdegegnerin mit Schreiben vom 25. November 2014 ihrerseits auf, den Termin vom 18. Dezember 2014 (recte: 2014) bis spätestens 5. Dezember 2014 an Dr. med. C.\_\_\_\_ zu bestätigen (IV-Nr. 286). Am 19. Dezember 2014 teilte Dr. med. C.\_\_\_\_ der Beschwerdegegnerin mit, der Beschwerdeführer sei zum Termin vom 18. Dezember 2014 wiederum nicht erschienen (vgl. Protokolleintrag). Am 22. Dezember 2014 bestätigte Dr. med. C.\_\_\_\_ per E-Mail, der Beschwerdeführer habe den neuen Termin vom 18. Dezember 2014 unentschuldigt nicht eingehalten (IV-Nr. 288).

## **E. 5**

5.1 Gemäss Bericht des Kantonsspitals [...], chirurgische Klinik (IV-Nr. 1.4 S. 38), erfolgte am 23. Oktober 1997 eine notfallmässige Selbstzuweisung des Beschwerdeführers, nachdem dieser am Morgen eine Auffahrkollision erlitten hatte, wegen Nacken- sowie Lendenschmerzen. Im Bereich der HWS fand sich ein deutlicher muskulärer Hartspann mit daraus resultierender Weichteileinschränkung der HWS-Beweglichkeit in allen Ebenen. Im Bereich der LWS, insbesondere am thorakalen Übergang, gab der Beschwerdeführer eine Klopfdolenz an. Motorik und Sensibilität waren intakt. Es bestand keine radikuläre Symptomatik im Bereich der HWS. Die Röntgenuntersuchung zeigte eine leichte Streckhaltung der HWS bei ansonsten unauffälligen Ergebnissen.

5.2 Die unfallversicherungsrechtliche Beurteilung, welche schliesslich abgeschlossen wurde mit dem Urteil des Versicherungsgerichts vom 12. Februar 2009 und dem dieses bestätigenden Urteil des Bundesgerichts vom 18. September 2009 (IV-Nr. 175), ergab Folgendes: Der Beschwerdeführer leide an keinen organisch nachweisbaren Beschwerden. Soweit organisch nicht nachweisbare Beschwerden vorlägen, stünden diese in keinem adäquaten Kausalzusammenhang zum Unfallereignis vom 23. Oktober 1997. Das Bundesgericht liess offen, ob das nach HWS-Verletzungen nicht selten beschriebene, von der Rechtsprechung als «bunt» bezeichnete Beschwerdebild vorliege, da auch eine Adäquanzbeurteilung nach der sogenannten Schleudertrauma-Rechtsprechung (BGE 134 V 109 E. 10 S. 126 ff.) zur Verneinung der Adäquanz führte. Aus diesem Grund enthalten die unfallversicherungsrechtlichen Entscheidungen auch keine abschliessende Beurteilung der Frage, ob und gegebenenfalls inwieweit der Beschwerdeführer wegen organisch nicht nachweisbarer Beschwerden eingeschränkt war oder ist. Ebenso wenig war im dortigen Verfahren zu beurteilen, ob unfallunabhängige Einschränkungen bestehen.

5.3 Dr. med. C.\_\_\_\_ führt in seinem psychiatrischen Gutachten vom 23. Februar 1999 (IV-Nr. 2 S. 30 ff.), das im Auftrag des Beschwerdeführers erstellt wurde (vgl. z.B. IV-Nr. 158.3 S. 37), aus, prämorbid könne aufgrund der Aktenlage, der Anamnese und der

Fremdanamnese (Gespräch mit der Freundin des Beschwerdeführers) keine psychiatrische Diagnose gestellt werden. Der Beschwerdeführer habe sich in der erweiterten Bandbreite dessen Verhalten, was als gesund betrachtet werde. Es lasse sich aus psychiatrischer Sicht lediglich die sich mit der neurologischen Begutachtung überschneidende Diagnose der kognitiven Störungen (ICD-10 F06.7) feststellen. Im Rahmen dieser nach dem Unfall entstandenen kognitiven Defizite müsse auch eine Verunsicherung des Beschwerdeführers festgestellt werden, ohne dass darauf eine Diagnose aus dem affektiven Formenkreis, z.B. eines depressiven Syndroms, effektiv gestellt werden könnte. Aus psychiatrischer Sicht sei der Beschwerdeführer zu 100 % arbeitsfähig. Eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit sei in den kognitiven Defiziten und der posttraumatischen zervikalen Schmerzsymptomatik begründet.

5.4 Das ebenfalls im Auftrag des Beschwerdeführers erstellte neurologische/neuropsychologische Gutachten von Dr. med. E.\_\_\_\_ vom 9. April 1999 (IV-Nr. 2 S. 5 ff.) basiert auf den dem Gutachter zur Verfügung gestellten Unterlagen sowie einer neurologischen, neuropsychologischen und elektroencephalographischen Untersuchung vom 8. Dezember 1998. Der Gutachter hält fest, der Beschwerdeführer sei am 23. Oktober 1997 mit seinem Ford Fiesta auf einer Hauptstrasse gestanden und habe nach links abbiegen wollen. Plötzlich sei ein Personenwagen der Marke Opel Senator 3.0 i von hinten mit einer Geschwindigkeit von (gemäss Polizeirapport) 50 - 55 km/h auf sein Fahrzeug aufgeprallt. Als Diagnosen nennt Dr. med. E.\_\_\_\_ einen Zustand nach Verkehrsunfall vom 23. Oktober 1997 sowie eine milde traumatische Gehirnverletzung. Noch bestehend seien ein mässiges rechtsbetontes Cervicalsyndrom, mässige cervicocephale Beschwerden mit insbesondere cervicogen getriggerten Kopfschmerzen, leicht bis mässig ausgeprägte kognitive Störungen sowie eine posttraumatische Labyrinthopathie rechts mit posttraumatischem Tinnitus. In der Beurteilung hält der Arzt fest, als Folge der oben erwähnten Verletzungsmechanismen bestünden auch heute noch ein zumindest mässig ausgeprägtes rechts betontes Cervicalsyndrom sowie zumindest mässig ausgeprägte cervicocephale Beschwerden, wie aber auch leicht bis mässig ausgeprägte kognitive Störungen. Die Einschränkungen und Einbussen verursachten insbesondere belastungsabhängige Genickschmerzen, aber auch Kopfschmerzen, Schwindelbeschwerden, ein Ohrgeräusch, eine Hörstörung sowie Gedächtnis- und Konzentrationsdefizite, aber auch eine leichte Antriebsstörung. Eine konsequente Behandlung der Unfallfolgen habe bisher nicht stattgefunden. Die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit schätze er, Dr. med. E.\_\_\_\_, auf 40 %, diejenige in einer angepassten Tätigkeit (wechselnd sitzend, ohne Kopfwanghaltung, ohne arbeitsmässige Belastung der Oberarmmuskulatur) betrage zurzeit maximal 60 %. Nach einer entsprechenden Behandlung und intensiven Therapie werde, so sei zu erwarten, von einer höheren Arbeitsfähigkeit ausgegangen werden können. Entsprechend sei eine abschliessende Beurteilung der Zumutbarkeit nicht sinnvoll.

5.5 Die Rehaklinik I.\_\_\_\_ berichtete am 7. September 2000 über eine stationär-klinische Rehabilitationsbehandlung, die vom 28. Juni bis 26. Juli 2000 stattgefunden hatte (IV-Nr. 47 S. 28 ff.). Es wurden folgende Diagnosen gestellt:

Status nach Verkehrsunfall (Heckaufprallkollision) am 23.10.1997 mit HWS-Distorsion (HWS-Abknickverletzung) und leichter traumatischer Hirnverletzung. Konsekutiv:

Weiter wird erklärt, seit dem Unfall leide der Beschwerdeführer nach seinen Angaben an täglich auftretenden, für mehrere Stunden anhaltenden Stirn-, periorbitalen und den Schädel

betreffenden Kopfschmerzen mit «Augenstechen», welche sich durch Anstrengung verstärkten und anfänglich mit Schmerzmitteln kaum zu beeinflussen gewesen seien. Weiter beständen zeitweise Sehbeschwerden, Schwindel, Tinnitus, eine Konzentrationsabnahme, eine Störung des Kurzzeitgedächtnisses, eine depressive Stimmung mit Gereiztheit, Nervosität und Interessenverlust sowie Ziellosigkeit und ein sozialer Rückzug.

Zur Arbeitsfähigkeit wird ausgeführt, im Zeitpunkt des Unfalls sei der Beschwerdeführer (gelernter [ ]) arbeitslos gewesen. Er habe vorher als [ ] gearbeitet. Er sei im Anschluss an den Unfall für ca. zwei Monate arbeitsunfähig geschrieben worden (100 %). Die Arbeitsunfähigkeit sei später wieder aufgehoben worden, womit der Beschwerdeführer nicht einverstanden gewesen sei. Er habe den Hausarzt gewechselt, der neue Hausarzt würde ihn aber auch nicht krankschreiben. Bei Eintritt habe keine Medikation bestanden.

Während des Klinikaufenthalts sei der Beschwerdeführer psychologisch betreut worden. Gemäss Beurteilung des betreuenden Psychologen lic. phil. U. \_\_\_ stehe zurzeit die depressive Symptomatik (mittelgradige depressive Episode, ICD-10 F32.1) mit suizidaler Gefährdung im Vordergrund. Hinter der manifesten Haltung von Desinteresse des Patienten werde starke Verzweiflung deutlich, ebenso eine enorme Kränkbarkeit und Zurückweisung, die vom Patienten beim versicherungstechnischen Problem festgemacht werde. Eine Psychotherapie sei trotz der ambivalenten Haltung des Patienten dringend indiziert. Schwerpunkt sollte die Unfallverarbeitung mit der depressiven Begleitsymptomatik und die berufliche Reintegration sein. Ohne eine intensive Psychotherapie seien alle diesbezüglichen Versuche zum Scheitern verurteilt. In der neuropsychologischen Untersuchung der kognitiven Basisfunktionen hätten sich in einem Grossteil der untersuchten Funktionsbereiche ausgesprochen starke Minderfunktionen manifestiert, die sich einer neuropsychologischen Interpretation im Rahmen obiger Diagnose entzögen und sich im klinischen Eindruck nicht bestätigten. Gesamthaft gesehen habe sich der Beschwerdeführer während der Hospitalisation psychisch etwas stabilisiert und sei motiviert, seine private und berufliche Zukunft zu organisieren. Die Schmerzsymptomatik habe hingegen nur teilweise gebessert werden können. Aufgrund der bestehenden Unfallfolgen sei der Beschwerdeführer in seinen beruflichen und Alltagsaktivitäten vermindert leistungsfähig. Ein beruflicher Wiedereinstieg als [ ] sei in Anbetracht auftretender stressiger Parallelfunktionen und der Hektik wenig realistisch. Nach weiterer psychischer Stabilisierung werde eine Berufsberatung und eine berufliche Förderung via IV empfohlen. Da das im Vorfeld der jetzigen Hospitalisation durchgeführte Arbeitstraining in der Institution H. \_\_\_ nicht nur wegen generellem Motivationsmangel gescheitert sei, sondern der Patient auch wegen der Arbeit mit Behinderten und geringer Arbeitsanforderung Mühe bekundet habe und schlussendlich durch die Depression kompromittiert gewesen sei, sollte die berufliche Umschulung extern erfolgen.

5.6 Im neuro-otologischen Gerichtsgutachten von Prof. Dr. med. F. \_\_\_, vom 29. September 2002 (vgl. IV-Nr. 131 S. 25 ff.) wird folgende Diagnose gestellt: «Tinnitus und Hyperakusis bei Status nach Innenohrschaden rechts wegen Heckauffahrunfall 23.10.1997 mit Distorsionen cervikale und lumbale Wirbelsäule mit konsekutiven kognitiven Störungen und depressiven Episoden». Der Gutachter führt aus, bei der eingehenden neuro-otologischen Untersuchung habe während der Begutachtung keine Störung des Innenohrs nachgewiesen werden können, weder des Hörorgans noch des Gleichgewichtsorgans. Aufgrund der allgemein fehlenden Motivation und der

Konzentrationschwierigkeiten des Beschwerdeführers seien gewisse Untersuchungen, die eine erhöhte Kooperation erforderten, schwierig durchzuführen gewesen, und somit seien die Resultate nicht immer eindeutig zu interpretieren. Trotzdem habe mithilfe von objektiven Methoden und Kombinationen von verschiedenen Untersuchungen eindeutig eine normale Funktion des Innenohrs festgestellt werden können. Aufgrund der in den Vorakten festgehaltenen Befunde und Beschwerden sei davon auszugehen, dass zu einem früheren Zeitpunkt ein Innenohrschaden bestanden habe, der unfallkausal sei. Dieser Schaden habe sich offensichtlich erholt. Funktionsstörungen des Innenohrs hätten sich bei der Untersuchung nicht mehr nachweisen lassen.

5.7 Das zweite (Privat-)Gutachten von Dr. med. C.\_\_\_\_ datiert vom 11. Januar 2003 (IV-Nr. 110). Der Arzt diagnostiziert eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.4), eine chronifizierte depressive Episode mittleren Grades (ICD-10 F32.1) sowie kognitive Defizite (ICD-10 F06.7) bei Persönlichkeitsänderung mit resignativer, misstrauischer Haltung und sozialem Rückzug bei langem belastendem Krankheitsverlauf (ICD-10 F62.8). Zur somatoformen Schmerzstörung wird ausgeführt, der Beschwerdeführer leide an diffusen Kopfschmerzen, Nacken- und Schulterschmerzen, die schwer und quälend seien und alleine mit einem psychologischen Prozess resp. einer körperlichen Störung nicht vollständig erklärt werden könnten. Es bestehe ein zervikozephaler Symptomenkomplex, der aber alleine mit einer organischen Ursache nicht gänzlich erklärt werden könne. Zusätzlich bestehe eine affektive Störung bei gleichzeitig vorhandener erheblicher psychosozialer Problematik (lange Arbeitslosigkeit; gescheiterte Wiedereingliederung und Arbeitsversuche; fruchtloser, langwieriger medico-legaler Konflikt). Es bestehe eine chronifizierte depressive Episode mittleren Grades. Der Beschwerdeführer zeige neben den kognitiven Störungen eine pessimistische, resignierte Zukunftsperspektive, Suizidgedanken, eine Lust- und Interesselosigkeit, verbunden mit einer gravierenden Freudlosigkeit, einer psychomotorischen Hemmung und einem Libidoverlust. Er sei leicht- bis mittelgradig depressiv. Neben seiner depressiven Grundstimmung sei er auch als gravierend dysphorisch, aggressionsgeladen, zu bezeichnen. Die Depressivität des Beschwerdeführers sei insofern gefährlich, als sie mit einer latenten bis offensichtlichen Suizidalität verbunden sei. Dass die Hausärztin Dr. med. K.\_\_\_\_ den Beschwerdeführer auch als potenziell fremdgefährdend erlebe, sei nachvollziehbar. Er, Dr. med. C.\_\_\_\_, habe bereits bei der Begutachtung im Januar 1999 ein höchst labilisiertes Gleichgewicht festgestellt. Er habe damals befürchtet, dass eine psychische Dekompensation drohe, falls die therapeutischen und die Wiedereingliederungsmassnahmen nicht ausgeschöpft würden. Dies müsse heute leider festgestellt werden. Beim Beschwerdeführer finde sich eine feindliche oder misstrauische Haltung gegenüber der Umwelt, ein massiver sozialer Rückzug, eine Hoffnungslosigkeit, ein chronisches Gefühl des Angespanntseins und Bedrohtseins, eine Entfremdung von seinen Beziehungen mit einer tiefgreifenden Veränderung seiner Lebensführung. Der Beschwerdeführer zeige eine Anspruchshaltung gegenüber anderen, sei überzeugt von der Krankheit, überzeugt davon, verändert und stigmatisiert zu sein, und zeige eine deutliche Vernachlässigung seiner Interessen, seiner Freizeitaktivitäten und seiner Beziehungen. Im Vergleich zur prämorbidem Stimmung des Beschwerdeführers finde sich eine deutliche Störung der sozialen und beruflichen Funktionsfähigkeit. Zwischen der andauernden Persönlichkeitsänderung des Beschwerdeführers und den oben beschriebenen Diagnosen komme es bei gewissen Symptomen zu einer Überlagerung.

Zur Arbeitsfähigkeit führt Dr. med. C.\_\_\_\_ aus, der bisherige Verlauf zeige eine Chronifizierung und eine deutliche Verschlechterung. Der Beschwerdeführer könne sich offenbar von seinen psychischen Symptomen aus freiem Willen nicht befreien. Es komme ihnen Krankheitswert zu. Infolge der Auswirkungen und der Schwere des Symptomatik resp. der Diagnosen müsse aus psychiatrischer Sicht zum heutigen Zeitpunkt eine 75%ige Arbeitsunfähigkeit festgestellt werden. Der Beschwerdeführer sei einem allfälligen Arbeitgeber zum heutigen Zeitpunkt aus psychiatrischer Sicht nicht zumutbar. Hingegen sei ihm eine Arbeit in geschütztem Rahmen zuzumuten. In der freien Wirtschaft müsste der Beschwerdeführer Enttäuschungen und allenfalls auch Kränkungen und Rückschläge verkraften, wozu er heute nicht in der Lage sei.

5.8 Dr. med. E.\_\_\_\_ erstattete ■ wiederum im Auftrag des Beschwerdeführers ■ am 29. Oktober 2003 erneut ein neurologisches/neuropsychologisches Gutachten (das psychiatrische Gutachten von Dr. med. C.\_\_\_\_ [E. II. 5.7 hiervor] wurde durch Dr. med. E.\_\_\_\_ eingeholt). Dessen Ergebnisse werden im Gerichtsgutachten der Rehaklinik G.\_\_\_\_ vom 23. Juli 2004 (IV-Nr. 131; E. II. 5.9 hiernach) zusammengefasst. Dr. med. E.\_\_\_\_ hielt fest, der Beschwerdekomples des Versicherten decke sich mit den schon bekannten Beschwerden. Die festgestellten mässig bis mittelstark ausgeprägten kognitiven Störungen seien nicht ausschliesslich als direkte Unfallfolge anzusehen. In der Zwischenzeit sei es zu wesentlichen seelischen Beeinträchtigungen im Sinne der vom Psychiater bezeichneten mittelgradigen depressiven Episode sowie zu einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung gekommen. Diese zusätzlichen seelischen Elemente erklärten die Verschlechterung der in diesem Gutachten erhobenen psychometrischen Befunde im Vergleich zur Voruntersuchung von Dezember 1998. Ohne die seelische Entwicklung, aus rein organisch begründbarer Sicht, wäre heute, gleich wie in Dr. med. E.\_\_\_\_ s Gutachten von 1999, von einer 40%igen Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit auszugehen.

5.9 Im unfallversicherungsrechtlichen Beschwerdeverfahren VSBES.2007.280, das schliesslich mit dem Urteil vom 12. Februar 2009 abgeschlossen wurde, holte das Versicherungsgericht ein neurologisches/neuropsychologisches und rheumatologisches Gerichtsgutachten der Rehaklinik G.\_\_\_\_ vom 23. Juli 2004 ein (IV-Nr. 131). Die Gutachter stellten folgende Diagnosen:

Status nach Auffahrunfall mit HWS-Distorsionstrauma am 29. Oktober 1997 mit/bei:

In der Beurteilung halten die Gutachter fest, in ihren klinisch-neurologischen wie auch rheumatologischen Untersuchungen sei als einziger objektivierbarer Befund ein höchstens mässiggradiges chronifiziertes zervikozepales und zervikospondylogenes Schmerzsyndrom beidseits mit einer überwiegend schmerzbedingten Einschränkung der HWS-Beweglichkeit festgestellt worden. Wie aus dem recht umfangreichen medizinischen Dossier hervorgehe, hätten auch in den zahlreichen früheren medizinischen Berichten und Gutachten keine grobpathologischen neurologischen oder rheumatologischen Befunde eruiert werden können. Bei der Beurteilung der Gesamtsymptomatik stünden die psychiatrischen und neuropsychologischen Aspekte im Vordergrund.

Weiter wurde dargelegt, unmittelbar nach dem Unfall hätten sicher organische Beschwerden vorgelegen, insb. im Bereich des Nackens sei es zu Weichteilverletzungen gekommen. Verifizierbare Schädigungen an der Hals- wie auch Brustwirbelsäule hätten weder auf konventionellen Bildern noch in verschiedenen MRI-Untersuchungen (inkl.

Gehirn) festgestellt werden können. Eine milde traumatische Hirnschädigung als Folge des erlittenen recht heftigen Unfalles sei aufgrund der Unfallanamnese nach heutigem wissenschaftlichem Stand möglich und könne somit nicht ganz ausgeschlossen werden. Im Vergleich zur formalen Erstuntersuchung vom Dezember 1998 lasse sich jedoch vom neuropsychologischen Standpunkt aus eine deutliche Verstärkung der kognitiven Einbussen feststellen. Eine solche Verschlechterung sei multifaktoriell bedingt und werde sicher auch durch Fremdfaktoren beeinflusst. Im gesamten Beschwerdeverlauf hätten sich einige Faktoren negativ ausgewirkt. So habe der Beschwerdeführer im Zeitpunkt des Unfalls schon seit anderthalb Jahren Arbeitslosenentschädigung bezogen und sei somit einige Monate vor der Aussteuerung gestanden, was die berufliche Reintegration nach dem Unfall sicher zusätzlich erschwert habe. Zudem sei der Beschwerdeführer in seiner Berufswahl «selektiv» gewesen, so habe er gemäss einem Arztbericht nicht im erlernten Beruf als [ ] arbeiten wollen, weil man zu viele Überstunden machen müsse und zu wenig verdiene. Weiter bestehe beim Beschwerdeführer eine Alexithymie. Diese sei ein Risikofaktor, um psychisch zu dekompensieren, und wahrscheinlich einer der Gründe dafür, dass es zu einer Somatisierung des gesamten Beschwerdekomples habe kommen können.

Was die neuro-otologischen Symptome anbelange, könnten die Hyperakusis und der Tinnitus einen gewissen Krankheitswert haben, die Arbeitsfähigkeit sei aber dadurch kaum eingeschränkt.

Aus neuropsychologischer/klinisch-psychologischer Sicht seien folgende Diagnosen zu nennen: Mögliche posttraumatische neuropsychologische Funktionsstörungen, Wesensänderung; anhaltende somatoforme Schmerzstörung; chronifiziertes depressives Zustandsbild. Im Vergleich zur formalen Erstuntersuchung im Dezember 1998 lasse sich eine deutliche Verstärkung der kognitiven Einbussen feststellen, eine Verschlechterung, die multifaktoriell bedingt sei. Sowohl formal als auch klinisch sei von einer erheblich reduzierten psycho-physischen Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers auszugehen. Dabei im Vordergrund stehe das ursprünglich als Reaktion auf die Unfallfolgen entstandene, heute chronifizierte depressive Zustandsbild. Der Leidensdruck des Patienten, seine Verzweiflung seien spürbar und glaubwürdig. Aus neuropsychologischer/klinisch-psychologischer Sicht sei der Beschwerdeführer höchstens in einem geschützten Rahmen teilarbeitsfähig. Auf dem freien Arbeitsmarkt sei er nicht vermittlungsfähig. Als einzige Massnahme empfehle sich die auch vom Beschwerdeführer gewünschte Aufnahme einer psychiatrischen Betreuung, einerseits zur Stützung, andererseits zur Verarbeitung der seit dem Unfall erlittenen Enttäuschungen und Verluste und, in einem weiteren Schritt, zur Verbesserung der Lebensqualität. Eine derartige Behandlung sei längerfristig und in diesem Rahmen sei, ebenfalls als längerfristiges Ziel, eine wenigstens teilweise Reintegration in den Arbeitsprozess anzustreben.

5.10 In einem Ergänzungsgutachten vom 8. Dezember 2004 (erwähnt im Urteil des Versicherungsgerichts vom 12. Februar 2009, S. 10 f. E. 5q) präzisierten die Ärzte der Rehaklinik G.\_\_\_\_, beim Versicherten lägen rein vom somatischen Standpunkt aus keine Befunde vor, die seine Arbeitsfähigkeit einschränkten. Es seien vor allem psychologische/psychiatrische Aspekte, die ihn in seiner normalen Lebensweise (sowohl arbeitsmässig als auch psychosozial) einschränkten. Er leide an einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung und einem chronifizierten Zustandsbild, Syndrome, welche ihn neben der deutlichen Wesensveränderung in seiner vor dem Unfall gewohnten Lebensweise einschränkten. Eine milde traumatische Hirnschädigung als Folge des

erlittenen Unfalles sei auf Grund der Unfallanamnese lediglich möglich, also nicht überwiegend wahrscheinlich.

5.11 Auf Nachfrage des Vertreters des Beschwerdeführers nahm der Chefarzt der Rehaklinik G.\_\_\_\_, Dr. med. V.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie FMH, am 29. Dezember 2004 nochmals Stellung (IV-Nr. 142 S. 4 ff.). Er erklärte namens der Gutachter, sie seien der Meinung, dass der «medizinische Endzustand» beim Beschwerdeführer zum heutigen Zeitpunkt noch nicht erreicht sei und er einer intensiven psychiatrischen Betreuung, einerseits zur Stützung, andererseits zur Verarbeitung der seit dem Unfall erlittenen Enttäuschungen und Verluste und, in einem weiteren Schritt, zur Verbesserung der Lebensqualität zugeführt werden sollte. Diese Behandlung sei sicher längerfristig und könne, obwohl zeitlich schwer abschätzbar, gut ein bis zwei Jahre in Anspruch nehmen. Das längerfristige Ziel bei diesem noch jungen Patienten sei eine wenigstens teilweise Reintegration in den Arbeitsprozess sowie, was ebenso wichtig sei, die psychosoziale Reintegration. Eine derartige Reintegration könne kaum zum Erfolg führen, wenn der Patient weiterhin finanziell vollständig von seiner Familie abhängig sei, quasi unter seinem existenziellen Niveau lebe. Deshalb seien sich die Gutachter mit dem Rechtsvertreter einig, dass der Patient von Seiten der Versicherungen sobald als möglich unterstützt werden sollte und nicht bis Dezember 2005 zugewartet werden dürfe. Die jetzige psychosoziale Situation trage kaum dazu bei, eine Verbesserung des Gesundheitszustands zu erreichen. Erfahrungsgemäss könne auch eine optimale psychiatrische Betreuung oft wenig dazu beitragen, Patienten zu helfen, die von existenziellen Ängsten geplagt und ohne Zukunftsperspektiven seien. Deshalb unterstützten sie, die Gutachter, eindeutig eine sobald als mögliche finanzielle Unterstützung seitens der Versicherung. Die finanzielle Unterstützung könne durchaus nur temporär ausgesprochen und nach einem Jahr anhand des medizinischen Zustands und der erzielten Fortschritte neu beurteilt werden. Die Gutachter seien der Meinung, dass unter diesen Bedingungen zusammen mit psychotherapeutischen Massnahmen bis Dezember 2005 mit einer Teilarbeitsfähigkeit gerechnet werden könne. Eine teilweise Reintegration in den Arbeitsprozess sei in ein bis zwei Jahren möglich, könnte aber unter optimalen Bedingungen auch schon früher eintreten. Eine optimale Reintegration in den Arbeitsprozess, wie auch eine für den Patienten wichtige psychosoziale Reintegration, könne nur unter optimalen Bedingungen erfolgen, was eine finanzielle Unterstützung des Patienten voraussetze. Nach Meinung der Gutachter sollte der Fall versicherungstechnisch nicht abgeschlossen, aber der Patient temporär finanziell unterstützt werden. Sie hätten bei jungen Patienten schlechte Erfahrungen in Bezug auf die berufliche und psychosoziale Reintegration schlechte Erfahrungen gemacht, wenn der Versicherungsfall abgeschlossen und eine regelmässige Rente bezogen werde. Ein gewisser «psychischer Druck» müsse vorhanden sein und es müsse vom Patienten verstanden werden, dass auch von seiner Seite in Bezug auf die Reintegration ein aktiver Beitrag verlangt und erwartet werden könne.

5.12 Die Psychiaterin Dr. med. J.\_\_\_\_ führt in ihrem Schreiben an den Vertreter des Beschwerdeführers vom 23. Januar 2005 (IV-Nr. 142 S. 2 f.) aus, der Beschwerdeführer sei von November 2002 bis Dezember 2002 für vier Gespräche und seit November 2004 zweimal zu einem Gespräch vorbeigekommen. Er habe den Wunsch geäussert, nun eine Psychotherapie zu beginnen. Es seien Gespräche im Abstand von ca. 14 Tagen geplant. Aus psychiatrischer Sicht sollte der Beschwerdeführer berentet werden, damit er von einer gewissen Eigenständigkeit aus wieder Integrationsversuche unternehmen könne. Nach ihrer

Einschätzung seien die langdauernden chronischen sozialen Abstiege des Patienten nicht mit therapeutischem Erfolg gekrönt. Der Patient sei ständig unsicher und ambivalent und habe die Tendenz, alles beim Alten behalten zu wollen. Der Therapeut habe wenige Möglichkeiten, neue Impulse zu geben und Veränderungen anzusteuern, da die Rentenfrage immer in den Luft mitschwebe. Nach Abschluss der ganzen Leidensgeschichte sei ein besserer therapeutischer Einstieg möglich, da die soziale Situation stabiler sei und keine Unsicherheit mehr bezüglich der Finanzen bestehe. Dabei könne der soziale Abstieg in die Therapie einbezogen und verarbeitet werden. Erst dann sei eine eventuelle Integration wieder möglich.

5.13 Vom 5. bis 17. August 2005 war der Beschwerdeführer in der Klinik L.\_\_\_\_ hospitalisiert. Der Austrittsbericht vom 24. August 2005 (IV-Nr. 148 S. 6 ff.) nennt folgende Diagnosen:

Aktuelle Beschwerden seien täglich vorhandene Kopfschmerzen, ein Schwindelgefühl, Nausea, ein Tinnitus und lumbale Rückenschmerzen. Weiter bestehe eine depressive Symptomatik mit zusätzlicher Erschöpfung, Lustlosigkeit, Interesselosigkeit, Konzentrationsstörungen und zunehmender Vergesslichkeit. Seit zwei Jahren stehe der Beschwerdeführer bei Dr. med. J.\_\_\_\_ in psychiatrischer Behandlung (ca. zweimal pro Monat, seit zwei Monaten pausiert). Gegenüber den Voruntersuchungen ergäben sich keine Veränderungen. Hinsichtlich der leichten depressiven Episode bestehe aktuell keine Indikation für eine medikamentöse Therapie. Der Beschwerdeführer habe mit der Hospitalisation den Wunsch verbunden, «für seinen weiteren Kampf aufzutanken». Sein primäres Ziel habe in der Anerkennung seiner unfallbedingten Erkrankung sowie in einer finanziellen Existenzsicherung bestanden, wobei er sich appellativ-vorwurfsvoll auf externale Hilfserwartungen an die Kranken- oder Invalidenversicherung versteift und keinerlei Selbstwirksamkeitserwartungen mehr bezüglich Suche nach einem geeigneten längerfristigen Arbeitsplatz aufgebracht habe. Er habe durch die stationäre Aufnahme eine gewisse Distanzierung von seinen Alltagsorgen erlebt, jedoch vom Therapieangebot wenig profitieren können. Aus psychosomatischer Sicht werde eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % für die Dauer der Hospitalisation und anschliessend bis 4. September 2005 attestiert.

5.14 In ihrem Bericht vom 15. Januar 2006 (IV-Nr. 149 S. 5 ff.) führt Dr. med. J.\_\_\_\_ aus, der Beschwerdeführer sei im Jahr 2002 für einige Sitzungen vorbeigekommen und habe sich im Dezember 2004 wieder gemeldet, weil er selbst einen Leidensdruck habe und weil er eine Auflage der IV für eine Psychotherapie erhalten habe. Er sei insgesamt für neun Gespräche vorbeigekommen. Die letzte Untersuchung habe am 26. September 2005 stattgefunden. Zudem sei der Beschwerdeführer vom 5. bis 18. August 2005 auf seinen Wunsch hin in der Klinik L.\_\_\_\_ hospitalisiert gewesen. Die Therapie habe keinen Erfolg gezeitigt. Dr. med. J.\_\_\_\_ fährt fort, ihres Erachtens könne nicht «nur» von einer chronifizierten Depression und einer andauernden somatoformen Störung ausgegangen werden, sondern es liege eine schwerere Pathologie vor, die in Richtung einer Persönlichkeitsstörung gehe. Der Beschwerdeführer erfülle die Kriterien für eine Borderline-Störung (emotionale Instabilität, gestörtes inneres Selbstbild, wechselnde Ziele, Gefühl der inneren Leere, Suizidgedanken). Es scheine, dass der soziale Rückzug, das zunehmende Gedankenkreisen und das Leben in einer eigenen Welt zu einer tiefen Ambivalenz, Selbstwertverlust und Aggressivität geführt hätten. Vermutlich spiele dabei der äussere Druck eine grosse Rolle. In Anbetracht der Tatsache, dass der Unfall 1997 stattgefunden habe und sich die psychiatrische Symptomatologie verschärft habe (im

Vergleich zum Gutachten 1999), könne sie, Dr. med. J.\_\_\_\_, keine optimistischen Aussagen zu Gunsten der erfolgten Behandlung noch zur Prognose machen. Für den Beschwerdeführer wäre es wichtig, die Psychotherapie fortzusetzen. Seine psychischen Probleme seien jedoch nicht in einem Jahr lösbar, sondern in einer langjährigen Behandlung. Als Diagnosen nennt Dr. med. J.\_\_\_\_ eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4), eine chronifizierte Depression (ICD-10 F33.1) sowie eine Borderline-Störung (ICD-10 F60.31). Sie attestiert dem Beschwerdeführer seit dem ersten Termin bei ihr am 6. Dezember 2004 bis auf weiteres eine Arbeitsunfähigkeit von 100 %. Der Gesundheitszustand sei sich verschlechternd.

5.15 Nachdem das bundesgerichtliche Urteil im unfallversicherungsrechtlichen Verfahren am 18. September 2009 gefällt worden war (IV-Nr. 177), wandte sich die Beschwerdegegnerin an die Hausärztin Dr. med. K.\_\_\_\_ mit der Frage nach unfallfremden Leiden. Dr. med. K.\_\_\_\_ antwortete am 24. November 2009, sie habe den Beschwerdeführer immer nur in Bezug auf den Unfall behandelt (IV-Nr. 178). Die Beschwerdegegnerin erkundigte sich daraufhin beim Beschwerdeführer und seinem Rechtsvertreter nach weiteren behandelnden Ärzten (IV-Nr. 179, 182). Der Beschwerdeführer lehnte es jedoch ab, diese Frage zu beantworten (vgl. Protokolleinträge vom 21. April 2010 und 26. Mai 2010). In der Folge wurde vereinbart, die Psychiaterin Dr. med. J.\_\_\_\_ werde den Beschwerdeführer, der nicht mehr bei ihr Patient sei, zu einem Untersuchungstermin aufbieten und einen Abklärungsbericht erstellen (vgl. Protokolleinträge vom 25. Mai und 25. Juni 2010; Schreiben des Vertreters des Beschwerdeführers vom 29. Juni 2010, IV-Nr. 184). Dr. med. J.\_\_\_\_ teilte der Beschwerdegegnerin jedoch am 7. Dezember 2010 telefonisch und schriftlich mit, der Beschwerdeführer habe sich nicht bei ihr gemeldet und sie werde den Fragebogen für den Arztbericht retournieren (vgl. Protokolleintrag von diesem Datum; IV-Nr. 191). In der Folge fanden verschiedene Gespräche zwischen dem Beschwerdeführer und Angestellten der Beschwerdegegnerin statt, eine spezialärztliche Untersuchung kam jedoch nicht mehr zustande. Die durch die Beschwerdegegnerin in Aussicht genommene Begutachtung durch die Begutachtungsstelle M.\_\_\_\_ verzögerte sich und scheiterte schliesslich, weil die zuletzt vorgesehene Gutachterin die Stelle wechselte. Den drei Untersuchungsterminen bei Dr. med. C.\_\_\_\_ blieb der Beschwerdeführer unentschuldigt fern. Der Versuch des Gerichts, im Rahmen des Beschwerdeverfahrens eine Begutachtung durchzuführen, blieb ebenfalls erfolglos, weil der Beschwerdeführer auch dem Termin beim gerichtlich bestellten Gutachter Dr. med. S.\_\_\_\_ unentschuldigt fernblieb (vgl. E. I. 11. hiavor).

## **E. 6**

6.1 In der gerichtlichen Verfügung vom 4. November 2016 wurde der Beschwerdeführer auf seine Pflicht hingewiesen, zum Begutachtungstermin zu erscheinen und sich der Untersuchung zu unterziehen. Bei triftigen Hinderungsgründen habe er sich rechtzeitig und mit den erforderlichen Belegen abzumelden. Im Unterlassungsfall könne das Gericht aufgrund der Akten entscheiden, wobei es die Verletzung der Mitwirkungspflicht bei der Beweiswürdigung und der Verteilung der Beweislast berücksichtige.

6.2 Der Beschwerdeführer ist trotz dieses Hinweises nicht zum Begutachtungstermin bei Dr. med. S.\_\_\_\_ erschienen, ohne sich vorgängig zu entschuldigen. Mit Verfügung vom 17. Januar 2017 wurde ihm daraufhin Gelegenheit geboten, bis 31. Januar 2017 die Gründe für sein Nichterscheinen zu nennen und zu belegen. Gleichzeitig wurde angekündigt, im Unterlassungsfall werde das Gericht von einem unentschuldigtem Versäumnis ausgehen, auf

die Einholung des Gutachtens verzichten und auf Grund der Akten entscheiden, wobei es die Verletzung der Mitwirkungspflicht bei der Beweiswürdigung berücksichtigen werde. Innert Nachfrist liess der Beschwerdeführer am 3. März 2017 vorbringen, er sei wegen einer schweren und stark ansteckenden Augenkrankheit nicht in der Lage gewesen, zum Begutachtungstermin zu erscheinen. Die geforderten Belege wurden aber auch mit dieser Eingabe nicht eingereicht und liegen bis heute nicht vor. Dementsprechend ist wie angekündigt zu verfahren. Auf die Begutachtung ist zu verzichten und es ist ein Entscheid aufgrund der Akten zu fällen. Dem Umstand, dass der Beschwerdeführer ohne nachgewiesenen, triftigen Verhinderungsgrund nicht zur Begutachtung erschienen ist und damit diese verhindert hat, ist bei der Beweiswürdigung angemessen Rechnung zu tragen.

7. Die Würdigung der medizinischen Unterlagen ergibt Folgendes:

7.1 Das Versicherungsgericht gelangte im unfallversicherungsrechtlichen Verfahren mit Urteil vom 12. Februar 2009 (VSBES.2007.280), E. 6a S. 11, zum Ergebnis, angesichts der medizinischen Aktenlage, namentlich der gerichtlich angeordneten umfassenden interdisziplinären Abklärungen durch die Rehaklinik G.\_\_\_\_ sowie des neurootologischen Gerichtsgutachtens von Prof. Dr. med. F.\_\_\_\_, hätten beim Versicherten ab 19. Januar 1998 keine erheblichen organischen Unfallrestfolgen mehr mit der erforderlichen überwiegenden Wahrscheinlichkeit objektiviert werden können. Die anders lautende Beurteilung des neurologischen Privatgutachters Dr. med. E.\_\_\_\_ wurde verworfen. Diese Feststellung wurde auf Beschwerde hin durch das Bundesgericht bestätigt (Urteil 8C\_283/2009 vom 18. September 2009 E. 6). Sie ist auch der Beurteilung im vorliegenden Verfahren zugrunde zu legen. Zu prüfen bleibt demnach einzig, ob sich ein Rentenanspruch aus organisch nicht nachweisbaren Beeinträchtigungen herleiten lässt.

7.2 Was den Verlauf nach dem Unfall vom 23. Oktober 1997 anbelangt, hat das Bundesgericht im unfallversicherungsrechtlichen Urteil 8C\_283/2009 vom 18. September 2009 E. 8.2, festgehalten, der Beschwerdeführer sei am 19. Januar 1998, als der unfallversicherungsrechtliche Fallabschluss erfolgte, wieder voll arbeitsfähig gewesen und von ärztlicher Seite sei lediglich noch symptomkampfbekämpfende Medikation empfohlen worden. Die für den Rentenanspruch erforderliche Arbeitsunfähigkeit von 40 % während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch (Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG) war somit nach dem Unfall vom 23. Oktober 1997 zunächst nicht erfüllt. Ein Leistungsanspruch gegenüber der Invalidenversicherung müsste sich aus einer später eingetretenen gesundheitlichen Verschlechterung ergeben.

7.3 Der Neurologe Dr. med. E.\_\_\_\_ diagnostiziert in seinem Privatgutachten vom 9. April 1999 (IV-Nr. 2 S. 5 ff.; E. II. 5.2 hiervor) einen Zustand nach Verkehrsunfall vom 23. Oktober 1997 sowie eine milde traumatische Gehirnverletzung. Daraus leitet er eine erhebliche Arbeitsunfähigkeit ab. Im Rahmen des gerichtlich eingeholten Gutachtens der Rehaklinik G.\_\_\_\_ wurde jedoch festgestellt, eine milde traumatische Hirnverletzung könne zwar nicht ganz ausgeschlossen werden, sei aber nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt. Ein Abweichen von diesen Ergebnissen des Gerichtsgutachtens wäre nur bei zwingenden Gründen zulässig (vgl. BGE 135 V 465 E. 4.4 S. 469 f.; E. II. 4.2 hiervor). Solche Gründe sind nicht ersichtlich. Damit haben die anders lautenden Einschätzungen von Dr. med. E.\_\_\_\_ als nicht massgeblich zu gelten. Dementsprechend kann auch nicht auf die darauf basierenden Folgerungen dieses Arztes abgestellt werden. Unabhängig davon wäre von einem unklaren Beschwerdebild im Sinne der Rechtsprechung auszugehen.

Das Bundesgericht liess in seinem unfallversicherungsrechtlichen Urteil 8C\_283/2009 vom 18. September 2009 die Frage offen, ob der Beschwerdeführer das für ein Schleudertrauma der Halswirbelsäule oder eine diesem gleichgestellte Verletzung typische, vielfältige Beschwerdebild (BGE 134 V 109 E. 6.2.1 S. 116) aufgewiesen habe. Auch vorliegend muss diese Frage nicht abschliessend geklärt werden. Geht man vom Vorliegen eines entsprechenden Beschwerdebildes aus, wäre dessen invalidisierende Wirkung analog zu einer somatoformen Schmerzstörung zu beurteilen (BGE 136 V 279). Anhand bestimmter durch die neuere Rechtsprechung formulierter Indikatoren (vgl. BGE 141 V 281 E. 4.1.3 S. 297 ff.) wird geprüft, ob die Symptomatik zu einer erheblichen Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit der versicherten Person führt. Die Abschätzung der Folgen erfolgt somit auf dem Weg einer (indirekten) Beweisführung. Da entsprechend der gesetzlichen Regelung von der grundsätzlichen «Validität» der versicherten Person ausgegangen wird, trägt diese die materielle Beweislast für das Vorliegen einer invalidisierenden Beeinträchtigung (BGE 141 V 281 E. 3.7.2 S. 295 f.).

Die letzten aktenkundigen fachärztlichen Untersuchungen gehen auf das Jahr 2005 zurück (Behandlung durch Dr. med. J.\_\_\_\_, E. II. 5.14 hiervor). Nach Lage der Akten fand seither keine spezialärztliche Behandlung oder Untersuchung mehr statt. Der Beschwerdeführer weigerte sich im Jahr 2010, die Frage zu beantworten, welche Ärzte ihn behandelt hätten (E. II. 5.13 hiervor) und reagierte im gleichen Jahr nicht auf das Aufgebot von Dr. med. J.\_\_\_\_ (E. I. 3.1 hiervor). Die daraufhin von der Beschwerdegegnerin angestrebte Begutachtung durch die Begutachtungsstelle M.\_\_\_\_ kam wegen entsprechender Beschwerdeverfahren und eines Stellenwechsels nicht zustande (E. I. 3.3 - 3.7 hiervor). Die Begutachtung bei Dr. med. C.\_\_\_\_, auf den sich die Parteien daraufhin geeinigt hatten, kam nicht zustande, weil der Beschwerdeführer zu allen drei Untersuchungsterminen nicht erschien (vgl. E. I. 4.2) hiervor). Auch der Versuch des Gerichts, ein psychiatrisches Gutachten einzuholen, scheiterte, weil der Beschwerdeführer den Untersuchungstermin bei Dr. med. S.\_\_\_\_ ebenfalls nicht wahrnahm.

Die im Dezember 2004 begonnene psychiatrische Behandlung durch Dr. med. J.\_\_\_\_ beschränkte sich auf eine monatliche Sitzung während neun Monaten und endete bereits im September 2005 (vgl. E. II. 5.14 hiervor). Von einer intensiven Behandlung kann unter diesen Umständen keine Rede sein. Die übrigen in diesem Zusammenhang relevanten Indikatoren lassen sich nicht zuverlässig beurteilen, da die Versuche, weitere medizinische Abklärungen zu treffen, allesamt fehlschlagen. Wie dargelegt, ist auch unter der Geltung der mit BGE 141 V 281 begründeten Rechtsprechung von der grundsätzlichen «Validität» der versicherten Person auszugehen. Die materielle Beweislast für eine invalidisierende Wirkung liegt beim Beschwerdeführer. Da keinerlei Abklärungen getroffen werden konnten, ist davon auszugehen, die HWS-Verletzung und deren Folgen wirkten sich nicht in einer invalidisierenden Weise aus. Dies gilt für den gesamten hier zu beurteilenden Zeitraum.

7.4 Zu prüfen bleibt, ob aufgrund der vorhandenen Unterlagen aus rein psychiatrischer Sicht ein invalidisierendes Leiden ausgewiesen ist, das während des zu prüfenden Zeitraums seit dem Unfall vom 23. Oktober 1997 einen Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung begründet hat oder weiterhin begründet.

7.4.1 Dr. med. C.\_\_\_\_ gelangte in seinem ersten Gutachten vom 23. Februar 1999 (IV-Nr. 2 S. 30 ff.; E. II. 5.1 hiervor) zum Ergebnis, aus psychiatrischer Sicht sei der Beschwerdeführer zu 100 % arbeitsfähig. Eine relevante, psychisch begründete

Einschränkung müsste sich somit später ergeben haben.

7.4.2 Während des Aufenthalts in der I. \_\_\_ vom 28. Juni bis 26. Juli 2000 erfolgte keine psychiatrische Untersuchung. Es fand aber eine psychologische Betreuung statt (vgl. E. II. 5.5 hiervor). Der Bericht vom 7. September 2000 (IV-Nr. 47 S. 28 ff.) erwähnt eine depressive Stimmung mit Gereiztheit, Nervosität und Interessenverlust sowie Ziellosigkeit und einen sozialen Rückzug. Als Diagnose wird eine mittelgradige depressive Episode genannt. Der Psychologe lic. phil. U. \_\_\_ erwähnt eine starke Verzweiflung sowie eine enorme Kränkbarkeit und Zurückweisung, die der Beschwerdeführer am versicherungs-technischen Problem festmache. Eine Psychotherapie erachtet er trotz der ambivalenten Haltung des Patienten als dringend indiziert, wobei der Schwerpunkt auf die Unfallverarbeitung mit der depressiven Begleitsymptomatik und die berufliche Reintegration zu legen sei. Während des Aufenthalts konnte, so der Bericht weiter, der psychische Zustand etwas stabilisiert werden, während die Schmerzsymptomatik nur teilweise gebessert werden konnte.

7.4.3 In seinem zweiten Gutachten vom 11. Januar 2003 (IV-Nr. 110) diagnostiziert Dr. med. C. \_\_\_ eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.4), eine chronifizierte depressive Episode mittleren Grades (ICD-10 F32.1) sowie kognitive Defizite (ICD-10 F06.7) bei Persönlichkeitsänderung mit resignativer, misstrauischer Haltung und sozialem Rückzug bei langem belastendem Krankheitsverlauf (ICD-10 F62.8). Diesem Gutachten kommt als Privatgutachten nicht dieselbe Beweiskraft zu wie einer Expertise, welche ein Versicherungsträger im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholt hat (vgl. BGE 125 V 351 E. 3c S. 354). Es enthält aber gewisse Anhaltspunkte für eine erhebliche Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes gegenüber der Situation im Jahr 1999. Nicht restlos klar ist, warum der Gutachter von einer chronifizierten depressiven Episode mittleren Grades ausgeht und gleichzeitig den Beschwerdeführer als leicht- bis mittelgradig depressiv bezeichnet (IV-Nr. 110 S. 20). Wie sich dem Gutachten von Dr. med. C. \_\_\_ weiter entnehmen lässt, hatte von Juni 2001 bis Dezember 2002 eine Behandlung bei Frau W. \_\_\_, dipl. prakt. Psychologin, [...], stattgefunden. Gegenüber dem Gutachter erklärte Frau W. \_\_\_, sie arbeite mit Menschen in Krisensituationen, nicht mit psychisch Kranken. Der Beschwerdeführer habe ein Trauma erlebt und es sei empfehlenswert, an diesem Trauma zu arbeiten. Das Trauma seien der Unfall und vor allem «was nachher gelaufen sei, mit Ämtern, Versicherungen etc.». Einen Gewaltausbruch halte sie, anders als die Hausärztin, nicht für möglich (IV-Nr. 110 S. 14 f.).

Die durch Dr. med. C. \_\_\_ beschriebene Entwicklung im Sinne einer Verschlechterung wird durch die Ergebnisse des Gerichtsgutachtens der Rehaklinik G. \_\_\_ (E. II. 5.9 hiervor) grundsätzlich bestätigt. Insbesondere wird dort ebenfalls ein chronifiziertes depressives Zustandsbild diagnostiziert. Dieses sei ursprünglich als Reaktion auf die Unfallfolgen entstanden, mittlerweile chronifiziert und zeitige deutliche Auswirkungen in Form einer erheblich reduzierten psycho-physischen Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers. Die Zuverlässigkeit dieser gutachterlichen Einschätzung ist insofern etwas reduziert, als sie nicht auf einer medizinisch-psychiatrischen Exploration basiert. Vielmehr wurde der Beschwerdeführer durch eine Psychologin untersucht. Einer derartigen nichtmedizinischen Abklärung kann nicht dieselbe Beweiskraft beigemessen werden wie einer solchen durch einen entsprechend ausgebildeten Spezialarzt. Dies bedeutet aber nicht, dass der von einer Psychologin stammenden Einschätzung keinerlei Relevanz beizumessen wäre. Sie ist in die

Gesamtwürdigung einzubeziehen, bildet aber für sich allein genommen keine hinreichende Basis für die Anspruchsbeurteilung.

In der Stellungnahme an den Vertreter des Beschwerdeführers (E. II. 5.11 hiervor) äussern sich die Gerichtsgutachter ergänzend zur Prognose. Sie halten fest, eine teilweise Reintegration in den Arbeitsprozess sei in ein bis zwei Jahren, unter optimalen Bedingungen auch schon früher möglich. Erforderlich seien psychotherapeutische Massnahmen sowie eine psychosoziale Reintegration, wobei Letztere eine finanzielle Unterstützung des Patienten voraussetze.

Die behandelnde Psychiaterin Dr. med. J. \_\_\_ weist in ihrem Schreiben vom 23. Januar 2005 (E. II. 5.12 hiervor) auf eine soeben begonnene Psychotherapie hin. Sie befürwortet eine Berentung, weil die Therapie durch die Unsicherheit bezüglich der Finanzen behindert werde. Im Austrittsbericht der Klinik L. \_\_\_ vom 24. August 2005 (E. II. 5.13 hiervor) wird das Schwergewicht auf die Schmerzsymptomatik gelegt. Die depressive Symptomatik wird einer leichten depressiven Episode zugeordnet, wobei diesbezüglich keine Indikation für eine medikamentöse Behandlung bestehe. Dem Bericht von Dr. med. J. \_\_\_ vom 15. Januar 2006 schliesslich lässt sich entnehmen, dass sich die im Dezember 2004 begonnene Psychotherapie auf neun Sitzungen beschränkte, wobei deren letzte im September 2005 stattfand und die Therapie erfolglos blieb. Dr. med. J. \_\_\_ geht von einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1), aus. Zudem diagnostiziert sie eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung. Weiter äussert sie den Verdacht auf eine «schwerere Pathologie», die in Richtung einer Persönlichkeitsstörung gehe. Der Beschwerdeführer erfülle die Kriterien für eine Borderline-Störung.

7.5 Die genannten Berichte enthalten Hinweise darauf, dass eine depressive Symptomatik vorlag. Die Hinweise im Bericht der Rehaklinik I. \_\_\_ vom 7. September 2000 (IV-Nr. 47 S. 28 ff.) auf eine mittelgradige depressive Episode stammen vom Psychologen lic. phil. U. \_\_\_. In der Folge fand offenbar eine Behandlung durch Frau W. \_\_\_ dipl. prakt. Psychologin, statt. Die Therapeutin erklärte gegenüber dem Gutachter Dr. med. C. \_\_\_, sie arbeite mit Menschen in Krisensituationen, nicht mit psychisch Kranken. Dieser Behandlung kann daher keine erhebliche Bedeutung beigemessen werden. Dr. med. C. \_\_\_ geht in seinem Privatgutachten vom 11. Januar 2003 (E. II. 5.7 hiervor) von einer chronifizierten mittelgradigen depressiven Episode aus, bezeichnet den Beschwerdeführer aber gleichzeitig als leicht- bis mittelgradig depressiv (IV-Nr. 110 S. 20). Auch die Rehaklinik G. \_\_\_ nimmt in ihrem Gerichtsgutachten vom 23. Juli 2004 ein (IV-Nr. 131; E. II. 5.9) eine chronifizierte Depression an. Der Brief der Gerichtsgutachter vom 29. Dezember 2004 (E. II. 5.11 hiervor) weist darauf hin, dass diese eine Verbesserung als realistisch erachten, sofern eine Psychotherapie durchgeführt und die psychosoziale Situation verbessert werde. Sie halten eine intensive Therapie für notwendig. Demgegenüber gehen die Ärzte der Klinik L. \_\_\_ im August 2005 von einer lediglich leichten depressiven Episode aus, welche keine medikamentöse Behandlung erfordere. Dr. med. J. \_\_\_ bezeichnet in ihrem Bericht vom Januar 2016 die Depression als chronifiziert und nennt den ICD-10-Code F33.1, der sich auf eine rezidivierende depressive Störung (gegenwärtig mittelgradige Episode) bezieht. Weiter äussert sie den Verdacht auf eine schwerere Pathologie, namentlich eine Persönlichkeitsstörung.

Diese ärztlichen und psychologischen Stellungnahmen sind grundsätzlich geeignet, das Vorliegen einer invalidisierenden psychischen Störung als möglich erscheinen zu lassen. Soweit eine depressive Störung diagnostiziert wird, gehen mehrere Berichte von einer

mittelgradigen Ausprägung aus. Dr. med. C.\_\_\_\_ bezeichnet den Beschwerdeführer allerdings gleichzeitig als leicht- bis mittelgradig depressiv. Die Klinik L.\_\_\_\_ geht von einer leichten Ausprägung der depressiven Symptomatik aus. Dr. med. J.\_\_\_\_, die den Beschwerdeführer ebenfalls im Jahr 2005 behandelte, erwähnt den ICD-10-Code für eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode. Diese Abweichungen können teilweise durch die einer derartigen Störung oft inhärenten Schwankungen erklärt werden.

Wie das Bundesgericht in seiner neueren Rechtsprechung darlegt, gelten derartige Störungen nicht ohne weiteres als invalidisierend. So wird im Urteil des Bundesgerichts 8C\_14/2017 vom 15. März 2017, E. 4.2, unter Hinweis auf die Rechtsprechung ausgeführt, bei depressiven Störungen im mittelgradigen Bereich sei die invalidisierende Wirkung besonders sorgfältig zu prüfen. Es dürfe nicht unbesehen darauf geschlossen werden, eine solche Störung vermöchte eine voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde (teilweise) Erwerbsunfähigkeit zu bewirken. Weiter führt das Bundesgericht im erwähnten Urteil aus: «Bei leichten bis mittelschweren Störungen aus dem depressiven Formenkreis, seien sie im Auftreten rezidivierend oder episodisch, wird praxisgemäss angenommen, dass ■ aufgrund der nach gesicherter psychiatrischer Erfahrung regelmässig guten Therapierbarkeit ■ hieraus keine invalidenversicherungsrechtlich relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit resultiert (statt vieler: BGE 140 V 193 E. 3.3; SVR 2016 IV Nr. 52 S. 176, 9C\_13/2016). Gemäss E. 4.3.1.2 des BGE 141 V 281 gelten Behandlungserfolg oder ■resistenz bei somatoformen Schmerzstörungen und vergleichbaren psychosomatischen Leiden konsequenterweise als wichtige Schweregradindikatoren. Den hier interessierenden leichten bis mittelschweren depressiven Erkrankungen fehlt es dementsprechend, solange sie therapeutisch angebar sind, an einem hinreichenden Schweregrad der Störung, um diese als invalidisierend anzusehen. Nur in der seltenen, gesetzlich verlangten Konstellation mit Therapieresistenz ist den normativen Anforderungen des Art. 7 Abs. 2 zweiter Satz ATSG für eine objektivierende Betrachtungs- und Prüfungsweise Genüge getan (BGE 141 V 281 E. 3.7.1 bis 3.7.3 S. 295 f.). Ein solcher Sachverhalt muss überwiegend wahrscheinlich und darf nicht lediglich nicht auszuschliessen sein. Zudem muss die Therapie in dem Sinne konsequent gewesen sein, als die aus fachärztlicher Sicht indizierten zumutbaren (ambulanten und stationären) Behandlungsmöglichkeiten in kooperativer Weise optimal und nachhaltig ausgeschöpft worden sind (BGE 140 V 193 E. 3.3, 137 V 64 E. 5.2; vgl. BGE 141 V 281 E. 3.7.1 bis 3.7.3 S. 295 f.). Zusammenfassend ist nochmals festzuhalten, dass psychische Störungen der hier interessierenden Art nur als invalidisierend zu werten sind, wenn sie schwer und therapeutisch nicht (mehr) angebar sind, was voraussetzt, dass keine therapeutische Option mehr und somit eine Behandlungsresistenz besteht (vgl. BGE 141 V 281 E. 4.3.1.2 S. 299 f.).»

Mit Blick auf diese Rechtsprechung kann im Fall des Beschwerdeführers eine invalidisierende depressive Störung nicht als hinreichend erstellt gelten. Insbesondere fand nach Lage der Akten zu keinem Zeitpunkt eine konsequente Therapie statt, wie sie im vorstehend zitierten Urteil umschrieben wird. Die Behandlung bei Frau W.\_\_\_\_, dipl. prakt. Psychologin, von Juni 2001 bis Dezember 2002 bezog sich laut den Angaben der Therapeutin auf die Bearbeitung einer Krisensituation und nicht auf die Behandlung einer psychischen Krankheit. Ihr kann daher im vorliegenden Zusammenhang keine erhebliche Bedeutung zukommen, so dass offen bleiben kann, welcher Stellenwert der Ausbildung der Therapeutin beizumessen ist. Die Ende 2004 ■ nach entsprechender Aufforderung durch

die Beschwerdegegnerin ■ begonnene Psychotherapie bei Dr. med. J. \_\_\_ auf neun Sitzungen innerhalb eines Zeitraums von neun Monaten. Anschliessend wurde sie beendet. In diesen Zeitraum fällt die auf eigenen Wunsch des Beschwerdeführers angetretene Hospitalisation in der Klinik L. \_\_\_ im August 2005. Diese war jedoch, wie sich dem Austrittsbericht entnehmen lässt (E. II. 5.13), nicht mit einer intensiven Therapie verbunden. Die Ärzte erachteten bezüglich der durch sie als leicht qualifizierten depressiven Komponente eine medikamentöse Therapie als nicht notwendig. Nach September 2005 wurde nach Lage der Akten keine psychiatrische Behandlung mehr durchgeführt. Von einer intensiven und konsequenten Behandlung kann vor diesem Hintergrund nicht gesprochen werden. Die Voraussetzungen für die Annahme einer depressiven Störung, welche zu einer erheblichen, voraussichtlich bleibenden oder längere Zeit dauernden (teilweisen) Erwerbsunfähigkeit führt, sind nicht erfüllt.

7.6 Eine Persönlichkeitsstörung, wie sie Dr. med. J. \_\_\_ in ihrem letzten Bericht vom 15. Januar 2006 (IV-Nr. 149 S. 5 ff.; E. II 5.14 hiervor) erwähnt, lässt sich aufgrund der Akten zwar nicht ausschliessen. Sie ist aber auch in keiner Weise erhärtet. Die von der einstmals behandelnden Psychiaterin mehrere Monate nach dem Abschluss der Therapie geäusserte Vermutung bildet keine hinreichende Basis für die Annahme einer krankheitswertigen psychischen Störung aus diesem Formenkreis. Die (auch) diesbezüglich bestehende Beweislosigkeit geht wiederum auf das Verhalten des Beschwerdeführers zurück, der sich, soweit bekannt, seit Anfang 2006 keiner spezialärztlichen Therapie mehr unterzogen hat und die Abklärungsversuche der Beschwerdegegnerin in den Jahren ab 2010 ebenso scheitern liess wie denjenigen des Gerichts im Jahr 2016.

8. Nach dem Gesagten erlauben die vorhandenen medizinischen Stellungnahmen keine zuverlässige Beurteilung des Gesundheitszustands, der Arbeitsfähigkeit und der Leistungsansprüche des Beschwerdeführers. Lassen sich somit der Gesundheitszustand und dessen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit nicht zuverlässig feststellen, liegt Beweislosigkeit vor. Ein psychischer Gesundheitsschaden mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit ist demnach nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachweisbar. Die Beweislosigkeit wirkt sich zu Lasten des Beschwerdeführers aus, der die materielle Beweislast für das Vorliegen eines Gesundheitsschadens und der daraus resultierenden Arbeitsfähigkeit trägt (vgl. Urteil des Bundesgerichts 141 V 281 E. 3.7.2 S. 295 f. und E. 6 S. 307 f.).

Der Beschwerdeführer hat an der Verhandlung die Befragung verschiedener Personen begehrt, um sein auffälliges Verhalten zu beweisen. Davon ist jedoch abzusehen, da keine wesentlichen neuen Erkenntnisse zu erwarten sind. Einerseits ist unbestritten, dass sich der Beschwerdeführer auffällig verhält. Andererseits wären entsprechende Angaben des Bruders des Beschwerdeführers, seiner früheren Berufsberaterin sowie der Sekretärinnen des Vertreters nicht geeignet, einen invalidisierenden Gesundheitsschaden nachzuweisen. Die Einholung und Würdigung einer Fremdanamnese durch einen Gutachter wiederum hat der Beschwerdeführer mit seinem Verhalten verunmöglicht.

9. Mangels einer hinreichend nachgewiesenen, invalidisierenden gesundheitlichen Einschränkung hat die Beschwerdegegnerin einen Leistungsanspruch des Beschwerdeführers zu Recht verneint. Die Beschwerde ist abzuweisen.

Es sei bei Frau Dr. med. J. \_\_\_\_, Psychiatrie FMH, [...], ein Abschlussbericht einzuholen (Beweisthema: psychische Auffälligkeit des Versicherten).

#### **E. 8**

Es sei ein gerichtliches Gutachten zur Eruierung der Gründe erstellen zu lassen, die dazu führten, dass der Versicherte an den Begutachtungsterminen bei Dr. med. C. \_\_\_\_, nicht erschienen ist (Beweisthema: Mitwirkungsverletzung aus psychogenen Gründen).

#### **E. 9**

Über die vom Beschwerdeführer im vorliegenden Beschwerdeverfahren gestellten Beweisanträge sei eine Beweisverfügung nach Art. 29 Abs. 2 BV und Art. 6 Ziff. 1 EMRK zu eröffnen, worin die zugelassenen Beweismittel bezeichnet werden und wo bestimmt wird, welcher Partei zu welchen Tatsachen der Haupt- oder Gegenbeweis obliegt. Dabei sei der Praxis des Bundesverwaltungsgerichts (Urteil vom 4. Juni 2014, B-3253/2012, E. 3.2) Rechnung zu tragen, welche die Anordnungen einer solchen Beweisverfügung insbesondere im Bereich des Sozialversicherungsrechts ausdrücklich verlangt.

#### **E. 10**

10.1 Bei diesem Ausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 61 lit. g ATSG).

10.2 Der Beschwerdeführer ist unentschuldigt nicht zum Begutachtungstermin beim gerichtlich bestimmten Gutachter Dr. med. S. \_\_\_\_ erschienen. Der Gutachter stellt für seine Bemühungen einen Betrag von CHF 1'200.00 in Rechnung. Dieser Betrag kann als angemessen gelten.

Die Tragung der Kosten von Gerichtsgutachten ist in sinngemässer Anwendung von Art. 45 ATSG zu bestimmen. Gemäss Abs. 3 dieser Bestimmung können die Kosten der Partei auferlegt werden, wenn sie trotz Aufforderung und Androhung der Folgen die Abklärung in unentschuldbarer Weise verhindert oder erschwert hat. Dies trifft hier zu, denn der Beschwerdeführer wurde mit der verfahrensleitenden Verfügung vom 4. November 2016, Ziffer 8, auf seine Verpflichtung hingewiesen, zum Begutachtungstermin zu erscheinen und sich der Untersuchung zu unterziehen. Bei triftigen Hinderungsgründen habe er sich rechtzeitig und mit den erforderlichen Belegen abzumelden. Dabei wurde auch erwähnt, dass das Auferlegen von Kosten, die durch ein unentschuldigtes Nichterscheinen entstehen, vorbehalten bleibe. Trotz dieses ausdrücklichen Hinweises ist der Beschwerdeführer nicht zur Begutachtung erschienen. Weder hat er sich vorgängig entschuldigt noch hat er innerhalb der ihm anschliessend gesetzten und in der Folge bis 3. März 2017 verlängerten Frist (E. I. 11 hiervor) Belege für die von ihm im Nachhinein geltend gemachte Verhinderung beigebracht. Er hat daher der Gerichtskasse die Kosten des Gerichtsgutachtens von CHF 1'200.00 (gemäss Kostennote des Gutachters Dr. med. S. \_\_\_\_ vom 5. April 2017) zu erstatten.

10.3 Aufgrund von Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 - 1'000.00 festgelegt. Als unterliegende Partei hat der Beschwerdeführer die Verfahrenskosten von CHF 1'000.00 zu bezahlen, die mit dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe zu verrechnen sind.

Demnach wird erkannt:

## Rechtsmittel

Gegen diesen Entscheid kann innerhalb 30 Tagenseit der Mitteilung beim Bundesgericht Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten eingereicht werden (Adresse: Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern). Die Frist beginnt am Tag nach dem Empfang des Urteils zu laufen und wird durch rechtzeitige Aufgabe bei der Post gewahrt. Die Frist ist nicht erstreckbar (vgl. Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgerichtsgesetzes, BGG). Bei Vor- und Zwischenentscheiden (dazu gehört auch die Rückweisung zu weiteren Abklärungen) sind die zusätzlichen Voraussetzungen nach Art. 92 oder 93 BGG zu beachten.

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Der Präsident

Der Gerichtsschreiber

Flückiger

Haldemann

Auf die gegen den vorliegenden Entscheid erhobene Beschwerde trat das Bundesgericht mit Urteil 9C\_437/2017 vom 1. September 2017 nicht ein.

### **E. 10.2**

Der Beschwerdeführer ist unentschuldigt nicht zum Begutachtungstermin beim gerichtlich bestimmten Gutachter Dr. med. S.\_\_\_\_ erschienen. Der Gutachter stellt für seine Bemühungen einen Betrag von CHF 1'200.00 in Rechnung. Dieser Betrag kann als angemessen gelten. Die Tragung der Kosten von Gerichtsgutachten ist in sinngemässer Anwendung von Art. 45 ATSG zu bestimmen. Gemäss Abs. 3 dieser Bestimmung können die Kosten der Partei auferlegt werden, wenn sie trotz Aufforderung und Androhung der Folgen die Abklärung in unentschuldbarer Weise verhindert oder erschwert hat. Dies trifft hier zu, denn der Beschwerdeführer wurde mit der verfahrensleitenden Verfügung vom 4. November 2016, Ziffer 8, auf seine Verpflichtung hingewiesen, zum Begutachtungstermin zu erscheinen und sich der Untersuchung zu unterziehen. Bei triftigen Hinderungsgründen habe er sich rechtzeitig und mit den erforderlichen Belegen abzumelden. Dabei wurde auch erwähnt, dass das Auferlegen von Kosten, die durch ein unentschuldigtes Nichterscheinen entstehen, vorbehalten bleibe. Trotz dieses ausdrücklichen Hinweises ist der Beschwerdeführer nicht zur Begutachtung erschienen. Weder hat er sich vorgängig entschuldigt noch hat er innerhalb der ihm anschliessend gesetzten und in der Folge bis 3. März 2017 verlängerten Frist (E. I. 11 hiervor) Belege für die von ihm im Nachhinein geltend gemachte Verhinderung beigebracht. Er hat daher der Gerichtskasse die Kosten des Gerichtsgutachtens von CHF 1'200.00 (gemäss Kostennote des Gutachters Dr. med. S.\_\_\_\_ vom 5. April 2017) zu erstatten.

### **E. 10.3**

Aufgrund von Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 - 1'000.00 festgelegt. Als unterliegende Partei hat der Beschwerdeführer die Verfahrenskosten von CHF 1'000.00 zu bezahlen, die mit dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe zu verrechnen sind.

### **E. 11**

Vor der Eröffnung des materiellen Endentscheids sei dem unterzeichneten Rechtsanwalt Gelegenheit zur Einreichung einer detaillierten Kostennote zur Geltendmachung einer Parteientschädigung resp. einer armenrechtlichen Entschädigung zu geben (vgl. Art. 29 Abs. 2 BV).

## **E. 12**

Alles unter Kosten- und Entschädigungsfolge zu Lasten der Beschwerdegegnerin. U.K.u.E.F. 8. In ihrer Beschwerdeantwort vom 25. Juni 2015 beantragt die Beschwerdegegnerin, die Beschwerde sei abzuweisen (A.S. 22 ff.). 9. Der Beschwerdeführer hält mit Replik vom 8. Juli 2016 (A.S. 36 ff.) an seinen Rechtsbegehren fest, ebenso die Beschwerdegegnerin mit Duplik vom 29. August 2016 (A.S. 43 ff.). 10. Mit Verfügung vom 7. September 2016 (A.S. 46 f.) wird den Parteien mitgeteilt, es werde ein psychiatrisches Gerichtsgutachten eingeholt. Es sei vorgesehen, mit der Begutachtung des Beschwerdeführers Dr. med. S.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, zu beauftragen. Der Beschwerdeführer lässt mit Eingabe vom 31. Oktober 2016 (A.S. 55 ff.) mitteilen, er lehne den vorgesehenen Gerichtsgutachter ab. Er schlägt andere Gutachter vor und beantragt Zusatzfragen. Mit Verfügung vom 4. November 2016 (A.S. 64 ff.) hält der Präsident des Versicherungsgerichts am Gutachter Dr. med. S.\_\_\_\_ fest. Die Zusatzfragen werden teilweise in angepasster Form zugelassen und teilweise abgewiesen. 11. Am 16. Januar 2017 teilt Dr. med. S.\_\_\_\_ dem Gericht telefonisch mit, der Beschwerdeführer sei zum angesetzten Begutachtungstermin nicht erschienen (vgl. Aktennotiz von diesem Datum, A.S. 69). Dem Beschwerdeführer wird daraufhin mit Verfügung vom 17. Januar 2017 (A.S. 70 f.) Frist gesetzt, um die Gründe für sein Nichterscheinen zu nennen und zu belegen. Der Beschwerdeführer verlangt zweimal eine Fristverlängerung (A.S. 72 und 76). Schliesslich lässt er mit Schreiben vom 3. März 2017 (A.S. 78 f.) mitteilen, er habe den Termin wegen einer schweren ansteckenden Augenkrankheit nicht wahrnehmen können, ohne jedoch entsprechende Belege oder ein Arztzeugnis beizubringen. 12. Am 8. Mai 2017 findet – wie durch den Beschwerdeführer beantragt – eine öffentliche Verhandlung vor dem Versicherungsgericht statt. Der Vertreter des Beschwerdeführers (welcher unentschuldigt ausbleibt) hält einen Parteivortrag, in dem er folgende Rechtsbegehren stellt und begründet (vgl. Verhandlungsprotokoll, A.S. 88 f.): 1. Die Verfügung der IV-Stelle Solothurn vom 19. März 2015 sei vollumfänglich aufzuheben. 2. a) Das angerufene Gericht habe den Sachverhalt mit einem speziellen Setting abzuklären, das den spezifischen psychischen Beeinträchtigungen des Versicherten Rechnung trägt oder aber der Sachverhalt sei ohne Gutachten abzuklären und die Beschwerdegegnerin sei anzuweisen, die Rentenprüfung ohne neues Gutachten vorzunehmen. b) Eventualiter: Die Beschwerdesache sei an die Vorinstanz zur weiteren Abklärung zurückzuweisen. 3. Der Bruder des Versicherten sei nach Art. 169 ZPO gerichtlich als Zeuge resp. Auskunftsperson zum Verhalten des Versicherten zu befragen (Beweisthema: Kindheit und Jugend des Versicherten sowie dessen spezielles Verhalten). 4. Frau T.\_\_\_\_ sei nach Art. 169 ZPO gerichtlich als Zeugin resp. Auskunftsperson zum Verhalten des Versicherten zu befragen (Beweisthema: Verhaltensauffälligkeiten des Versicherten). 5. Die Sekretärinnen des unterzeichneten Rechtsanwalts, [...] seien als Zeuginnen resp. Auskunftspersonen zum Verhalten des Versicherten zu befragen (Beweisthema: Verhaltensauffälligkeiten des Versicherten). 6. Alles unter Kosten- und Entschädigungsfolge zu Lasten der Beschwerdegegnerin. Ausserdem reicht der Vertreter eine Kostennote ein (A.S. 84 ff.). Die Beschwerdegegnerin, der das Erscheinen freigestellt worden ist, nimmt an der Verhandlung nicht teil. II. 1. Die Sachurteilsvoraussetzungen (Einhaltung der Frist und Form, örtliche

und sachliche Zuständigkeit des angerufenen Gerichts, zulässiges Anfechtungsobjekt) sind erfüllt. Auf die Beschwerde ist einzutreten. 2. 2.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG, SR 830.1], in Kraft seit 1. Januar 2003). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG, SR 831.20], in der seit 1. Januar 2003 geltenden Fassung). Die Invalidität gilt als eingetreten, sobald sie die für die Begründung des Anspruchs auf die jeweilige Leistung erforderliche Art und Schwere erreicht hat (Art. 4 Abs. 2 IVG). Vor dem Inkrafttreten des ATSG umschrieb das IVG die Invalidität als die durch einen körperlichen oder geistigen Gesundheitsschaden als Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall verursachte, voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde Erwerbsunfähigkeit (Art. 4 Abs. 1 aIVG, in Kraft bis 31. Dezember 2002). 2.2 Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG (in der seit 1. Januar 2008 geltenden Fassung) resp. Art. 28 Abs. 1 IVG (in der vom 1. Januar 2004 bis 31. Dezember 2007 geltenden Fassung) besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente. Nach Art. 28 Abs. 1 IVG in der bis 31. Dezember 2003 geltenden Fassung bestand bei einem Invaliditätsgrad ab 40 % ein Anspruch auf eine Viertelsrente, ab 50 % auf eine halbe Rente und ab 66 2/3 % auf eine ganze Rente. 2.3 Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu 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.

## **E. 16**

ATSG). Für den Einkommensvergleich sind bei erstmaliger Rentenprüfung die Verhältnisse im Zeitpunkt des Beginns des Rentenanspruchs massgebend. Im Falle einer Revision gilt der Zeitpunkt der Erhöhung oder Herabsetzung der Rente (Urteil des Bundesgerichts 9C\_882/2010 vom 25. Januar 2011 E. 7.2.1). Validen- und Invalideneinkommen sind auf zeitidentischer Grundlage zu erheben und allfällige rentenwirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Verfügungserlass sind zu berücksichtigen (BGE 129 V 222). 3. Sowohl im Verwaltungsverfahren wie auch im kantonalen Sozialversicherungsprozess gilt der Untersuchungsgrundsatz (Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben Verwaltung und Sozialversicherungsgericht den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht. Der Untersuchungsgrundsatz weist enge Bezüge zum – auf Verwaltungs- und Gerichtsstufe geltenden – Grundsatz der freien Beweiswürdigung auf. Führen die im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen den Versicherungsträger oder das Gericht bei umfassender, sorgfältiger, objektiver und inhaltsbezogener Beweiswürdigung (BGE 132 V 393 E. 4.1 S. 400) zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich (BGE 126 V 353 E. 5b S. 360, 125 V 193 E. 2 S. 195, je mit Hinweisen) zu betrachten, und es könnten

weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, so liegt im Verzicht auf die Abnahme weiterer Beweise keine Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 134 I 140 E. 5.3 S. 148, 124 V 90 E. 4b S. 94). Bleiben jedoch erhebliche Zweifel an Vollständigkeit und/oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellung bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteile des Bundesgerichts 8C\_909/2010 vom 1. März 2011 E. 4.1, 8C\_1021/2009 vom 3. November 2010 E. 4.2, 8C\_101/2010 vom 3. Mai 2010 E. 4.1 und 9C\_167/2009 vom 28. Mai 2009 E. 3.1).

4. Bei der Beurteilung der Arbeits(un)fähigkeit stützt sich die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht auf Unterlagen, die von ärztlichen und gegebenenfalls auch anderen Fachleuten zur Verfügung zu stellen sind. 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.

4.1 Versicherungsträger und Sozialversicherungsrichter haben die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen (Art. 61 lit. c ATSG; BGE 125 V 351 E. 3a). Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, 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. Insbesondere darf er bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum er auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

4.2 Nach der Rechtsprechung weicht das Gericht bei Gerichtsgutachten, welche den vorstehend umschriebenen inhaltlichen Anforderungen gerecht werden, nicht ohne zwingende Gründe von den Einschätzungen des medizinischen Experten ab (BGE 135 V 465 E. 4.4 S. 469). Ein Grund zum Abweichen kann vorliegen, wenn die Gerichtsexpertise widersprüchlich ist oder wenn ein vom Gericht eingeholtes Obergutachten in überzeugender Weise zu andern Schlussfolgerungen gelangt. Eine abweichende Beurteilung kann ferner gerechtfertigt sein, wenn gegensätzliche Meinungsäusserungen anderer Fachexperten dem Richter als triftig genug erscheinen, die Schlüssigkeit des Gerichtsgutachtens in Frage zu stellen, sei es, dass er die Überprüfung durch einen Oberexperten für angezeigt hält, sei es, dass er ohne Oberexpertise vom Ergebnis des Gerichtsgutachtens abweichende Schlussfolgerungen zieht (BGE 125 V 351 E. 3b/aa S. 352 f.).

4.3 Den im Verwaltungsverfahren eingeholten Gutachten externer Spezialärzte, die aufgrund 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 S. 227, 135 V 465 E. 4.4 S. 470, BGE 125 V 351 E. 3b/bb S. 353). Wurde

ein externes Administrativgutachten nach altem Standard (das heisst noch ohne Gewährung der in BGE 137 V 210 statuierten Beteiligungsrechte) in Auftrag gegeben, bildet es grundsätzlich zwar eine massgebende Entscheidungsgrundlage. Es genügen jedoch schon relativ geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der (verwaltungsexternen) ärztlichen Feststellungen, um eine (neue) Begutachtung anzuordnen (BGE 139 V 99 E. 2.3.2 S. 103).

4.4 Die behandelnden Ärztinnen und Ärzte stehen in einem auftragsrechtlichen Verhältnis zur versicherten Person und haben sich zudem in erster Linie auf die Behandlung zu konzentrieren. Ihre Berichte verfolgen daher nicht den Zweck einer abschliessenden Entscheidung über die Versicherungsansprüche erlaubenden objektiven Beurteilung des Gesundheitszustands und erfüllen deshalb kaum je die materiellen Anforderungen an ein Gutachten. Aufgrund der auftragsrechtlichen Vertrauensstellung zum Patienten sind die Berichte behandelnder Ärzte mit Vorbehalt zu würdigen (BGE 125 V 351 E. 3b/cc S. 353); dies gilt für den allgemein praktizierenden Hausarzt wie den behandelnden Spezialarzt (Urteil des Bundesgerichts 9C\_559/2012 vom 27. November 2012 E. 1.4 mit Hinweis). Die Beurteilung der behandelnden Ärzte vermag deshalb ein Gerichtsgutachten oder ein im Rahmen von Art. 44 ATSG eingeholtes Administrativgutachten grundsätzlich nur dann in Frage zu stellen und zumindest Anlass zu weiteren Abklärungen zu geben, wenn wichtige Aspekte benannt werden, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_425/2013 vom 16. September 2013 E. 4.1).

4.5 Das Sozialversicherungsgericht hat bei seiner Beurteilung grundsätzlich auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügung (hier: 19. März 2015) eingetretenen Sachverhalt abzustellen (BGE 121 V 362 E. 1b S. 366).

5. 5.1 Gemäss Bericht des Kantonsspitals [...], chirurgische Klinik (IV-Nr. 1.4 S. 38), erfolgte am 23. Oktober 1997 eine notfallmässige Selbstzuweisung des Beschwerdeführers, nachdem dieser am Morgen eine Auffahrkollision erlitten hatte, wegen Nacken- sowie Lendenschmerzen. Im Bereich der HWS fand sich ein deutlicher muskulärer Hartspann mit daraus resultierender Weichteileinschränkung der HWS-Beweglichkeit in allen Ebenen. Im Bereich der LWS, insbesondere am thorakalen Übergang, gab der Beschwerdeführer eine Klopfdolenz an. Motorik und Sensibilität waren intakt. Es bestand keine radikuläre Symptomatik im Bereich der HWS. Die Röntgenuntersuchung zeigte eine leichte Streckhaltung der HWS bei ansonsten unauffälligen Ergebnissen.

5.2 Die unfallversicherungsrechtliche Beurteilung, welche schliesslich abgeschlossen wurde mit dem Urteil des Versicherungsgerichts vom 12. Februar 2009 und dem dieses bestätigenden Urteil des Bundesgerichts vom 18. September 2009 (IV-Nr. 175), ergab Folgendes: Der Beschwerdeführer leide an keinen organisch nachweisbaren Beschwerden. Soweit organisch nicht nachweisbare Beschwerden vorlägen, stünden diese in keinem adäquaten Kausalzusammenhang zum Unfallereignis vom 23. Oktober 1997. Das Bundesgericht liess offen, ob das nach HWS-Verletzungen nicht selten beschriebene, von der Rechtsprechung als «bunt» bezeichnete Beschwerdebild vorliege, da auch eine Adäquanzbeurteilung nach der sogenannten Schleudertrauma-Rechtsprechung (BGE 134 V 109 E. 10 S. 126 ff.) zur Verneinung der Adäquanz führte. Aus diesem Grund enthalten die unfallversicherungsrechtlichen Entscheidungen auch keine abschliessende Beurteilung der Frage, ob und gegebenenfalls inwieweit der Beschwerdeführer wegen organisch nicht nachweisbarer Beschwerden eingeschränkt war oder ist. Ebenso wenig war im dortigen Verfahren zu beurteilen, ob unfallunabhängige Einschränkungen bestehen.

5.3 Dr. med. C.\_\_\_\_ führt in seinem psychiatrischen Gutachten vom 23. Februar 1999 (IV-Nr. 2 S. 30 ff.), das im Auftrag des Beschwerdeführers erstellt wurde (vgl. z.B. IV-Nr.

158.3 S. 37), aus, prämorbid könne aufgrund der Aktenlage, der Anamnese und der Fremdanamnese (Gespräch mit der Freundin des Beschwerdeführers) keine psychiatrische Diagnose gestellt werden. Der Beschwerdeführer habe sich in der erweiterten Bandbreite dessen verhalten, was als gesund betrachtet werde. Es lasse sich aus psychiatrischer Sicht lediglich die sich mit der neurologischen Begutachtung überschneidende Diagnose der kognitiven Störungen (ICD-10 F06.7) feststellen. Im Rahmen dieser nach dem Unfall entstandenen kognitiven Defizite müsse auch eine Verunsicherung des Beschwerdeführers festgestellt werden, ohne dass darauf eine Diagnose aus dem affektiven Formenkreis, z.B. eines depressiven Syndroms, effektiv gestellt werden könnte. Aus psychiatrischer Sicht sei der Beschwerdeführer zu 100 % arbeitsfähig. Eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit sei in den kognitiven Defiziten und der posttraumatischen zervikalen Schmerzsymptomatik begründet.

5.4 Das ebenfalls im Auftrag des Beschwerdeführers erstellte neurologische/neuropsychologische Gutachten von Dr. med. E.\_\_\_\_ vom 9. April 1999 (IV-Nr. 2 S. 5 ff.) basiert auf den dem Gutachter zur Verfügung gestellten Unterlagen sowie einer neurologischen, neuropsychologischen und elektroencephalographischen Untersuchung vom 8. Dezember 1998. Der Gutachter hält fest, der Beschwerdeführer sei am 23. Oktober 1997 mit seinem Ford Fiesta auf einer Hauptstrasse gestanden und habe nach links abbiegen wollen. Plötzlich sei ein Personenwagen der Marke Opel Senator 3.0 i von hinten mit einer Geschwindigkeit von (gemäss Polizeirapport) 50 - 55 km/h auf sein Fahrzeug aufgeprallt. Als Diagnosen nennt Dr. med. E.\_\_\_\_ einen Zustand nach Verkehrsunfall vom 23. Oktober 1997 sowie eine milde traumatische Gehirnverletzung. Noch bestehend seien ein mässiges rechtsbetontes Cervicalsyndrom, mässige cervicocephale Beschwerden mit insbesondere cervicogen getriggerten Kopfschmerzen, leicht bis mässig ausgeprägte kognitive Störungen sowie eine posttraumatische Labyrinthopathie rechts mit posttraumatischem Tinnitus. In der Beurteilung hält der Arzt fest, als Folge der oben erwähnten Verletzungsmechanismen bestünden auch heute noch ein zumindest mässig ausgeprägtes rechts betontes Cervicalsyndrom sowie zumindest mässig ausgeprägte cervicocephale Beschwerden, wie aber auch leicht bis mässig ausgeprägte kognitive Störungen. Die Einschränkungen und Einbussen verursachten insbesondere belastungsabhängige Genickschmerzen, aber auch Kopfschmerzen, Schwindelbeschwerden, ein Ohrgeräusch, eine Hörstörung sowie Gedächtnis- und Konzentrationsdefizite, aber auch eine leichte Antriebsstörung. Eine konsequente Behandlung der Unfallfolgen habe bisher nicht stattgefunden. Die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit schätze er, Dr. med. E.\_\_\_\_, auf 40 %, diejenige in einer angepassten Tätigkeit (wechselnd sitzend, ohne Kopfwanghaltung, ohne arbeitsmässige Belastung der Oberarmmuskulatur) betrage zurzeit maximal 60 %. Nach einer entsprechenden Behandlung und intensiven Therapie werde, so sei zu erwarten, von einer höheren Arbeitsfähigkeit ausgegangen werden können. Entsprechend sei eine abschliessende Beurteilung der Zumutbarkeit nicht sinnvoll.

5.5 Die Rehaklinik I.\_\_\_\_ berichtete am 7. September 2000 über eine stationär-klinische Rehabilitationsbehandlung, die vom 28. Juni bis 26. Juli 2000 stattgefunden hatte (IV-Nr. 47 S. 28 ff.). Es wurden folgende Diagnosen gestellt: Status nach Verkehrsunfall (Heckaufprallkollision) am 23.10.1997 mit HWS-Distorsion (HWS-Abknickverletzung) und leichter traumatischer Hirnverletzung. Konsekutiv: persistierender zervikozephaler Symptomenkomplex neuropsychologische Defizite Tinnitus rechts mittelgradige depressive Episode Weiter wird erklärt, seit dem Unfall leide der Beschwerdeführer nach seinen Angaben an täglich auftretenden, für mehrere Stunden anhaltenden Stirn-, periorbitalen und den Schädel betreffenden

Kopfschmerzen mit «Augenstechen», welche sich durch Anstrengung verstärkten und anfänglich mit Schmerzmitteln kaum zu beeinflussen gewesen seien. Weiter bestünden zeitweise Sehbeschwerden, Schwindel, Tinnitus, eine Konzentrationsabnahme, eine Störung des Kurzzeitgedächtnisses, eine depressive Stimmung mit Gereiztheit, Nervosität und Interessenverlust sowie Ziellosigkeit und ein sozialer Rückzug. Zur Arbeitsfähigkeit wird ausgeführt, im Zeitpunkt des Unfalls sei der Beschwerdeführer (gelernter [...]) arbeitslos gewesen. Er habe vorher als [...] gearbeitet. Er sei im Anschluss an den Unfall für ca. zwei Monate arbeitsunfähig geschrieben worden (100 %). Die Arbeitsunfähigkeit sei später wieder aufgehoben worden, womit der Beschwerdeführer nicht einverstanden gewesen sei. Er habe den Hausarzt gewechselt, der neue Hausarzt würde ihn aber auch nicht krankschreiben. Bei Eintritt habe keine Medikation bestanden. Während des Klinikaufenthalts sei der Beschwerdeführer psychologisch betreut worden. Gemäss Beurteilung des betreuenden Psychologen lic. phil. U.\_\_\_\_ stehe zurzeit die depressive Symptomatik (mittelgradige depressive Episode, ICD-10 F32.1) mit suizidaler Gefährdung im Vordergrund. Hinter der manifesten Haltung von Desinteresse des Patienten werde starke Verzweiflung deutlich, ebenso eine enorme Kränkbarkeit und Zurückweisung, die vom Patienten beim versicherungstechnischen Problem festgemacht werde. Eine Psychotherapie sei trotz der ambivalenten Haltung des Patienten dringend indiziert. Schwerpunkt sollte die Unfallverarbeitung mit der depressiven Begleitsymptomatik und die berufliche Reintegration sein. Ohne eine intensive Psychotherapie seien alle diesbezüglichen Versuche zum Scheitern verurteilt. In der neuropsychologischen Untersuchung der kognitiven Basisfunktionen hätten sich in einem Grossteil der untersuchten Funktionsbereiche ausgesprochen starke Minderfunktionen manifestiert, die sich einer neuropsychologischen Interpretation im Rahmen obiger Diagnose entzögen und sich im klinischen Eindruck nicht bestätigten. Gesamthaft gesehen habe sich der Beschwerdeführer während der Hospitalisation psychisch etwas stabilisiert und sei motiviert, seine private und berufliche Zukunft zu organisieren. Die Schmerzsymptomatik habe hingegen nur teilweise gebessert werden können. Aufgrund der bestehenden Unfallfolgen sei der Beschwerdeführer in seinen beruflichen und Alltagsaktivitäten vermindert leistungsfähig. Ein beruflicher Wiedereinstieg als [...] sei in Anbetracht auftretender stressiger Parallelfunktionen und der Hektik wenig realistisch. Nach weiterer psychischer Stabilisierung werde eine Berufsberatung und eine berufliche Förderung via IV empfohlen. Da das im Vorfeld der jetzigen Hospitalisation durchgeführte Arbeitstraining in der Institution H.\_\_\_\_ nicht nur wegen generellem Motivationsmangel gescheitert sei, sondern der Patient auch wegen der Arbeit mit Behinderten und geringer Arbeitsanforderung Mühe bekundet habe und schlussendlich durch die Depression kompromittiert gewesen sei, sollte die berufliche Umschulung extern erfolgen.

5.6 Im neuro-otologischen Gerichtsgutachten von Prof. Dr. med. F.\_\_\_\_, vom 29. September 2002 (vgl. IV-Nr. 131 S. 25 ff.) wird folgende Diagnose gestellt: «Tinnitus und Hyperakusis bei Status nach Innenohrschaden rechts wegen Heckauffahrunfall 23.10.1997 mit Distorsionen cervikale und lumbale Wirbelsäule mit konsekutiven kognitiven Störungen und depressiven Episoden». Der Gutachter führt aus, bei der eingehenden neuro-otologischen Untersuchung habe während der Begutachtung keine Störung des Innenohrs nachgewiesen werden können, weder des Hörorgans noch des Gleichgewichtsorgans. Aufgrund der allgemein fehlenden Motivation und der Konzentrationsschwierigkeiten des Beschwerdeführers seien gewisse Untersuchungen, die eine erhöhte Kooperation erforderten, schwierig durchzuführen gewesen, und somit seien die Resultate nicht immer eindeutig zu

interpretieren. Trotzdem habe mithilfe von objektiven Methoden und Kombinationen von verschiedenen Untersuchungen eindeutig eine normale Funktion des Innenohrs festgestellt werden können. Aufgrund der in den Vorakten festgehaltenen Befunde und Beschwerden sei davon auszugehen, dass zu einem früheren Zeitpunkt ein Innenohrschaden bestanden habe, der unfallkausal sei. Dieser Schaden habe sich offensichtlich erholt.

Funktionsstörungen des Innenohrs hätten sich bei der Untersuchung nicht mehr nachweisen lassen. 5.7 Das zweite (Privat-)Gutachten von Dr. med. C.\_\_\_\_ datiert vom 11. Januar 2003 (IV-Nr. 110). Der Arzt diagnostiziert eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.4), eine chronifizierte depressive Episode mittleren Grades (ICD-10 F32.1) sowie kognitive Defizite (ICD-10 F06.7) bei Persönlichkeitsänderung mit resignativer, misstrauischer Haltung und sozialem Rückzug bei langem belastendem Krankheitsverlauf (ICD-10 F62.8). Zur somatoformen Schmerzstörung wird ausgeführt, der Beschwerdeführer leide an diffusen Kopfschmerzen, Nacken- und Schulterschmerzen, die schwer und quälend seien und alleine mit einem psychologischen Prozess resp. einer körperlichen Störung nicht vollständig erklärt werden könnten. Es bestehe ein zervikozephaler Symptomenkomplex, der aber alleine mit einer organischen Ursache nicht gänzlich erklärt werden könne. Zusätzlich bestehe eine affektive Störung bei gleichzeitig vorhandener erheblicher psychosozialer Problematik (lange Arbeitslosigkeit; gescheiterte Wiedereingliederung und Arbeitsversuche; fruchtloser, langwieriger medico-legaler Konflikt). Es bestehe eine chronifizierte depressive Episode mittleren Grades. Der Beschwerdeführer zeige neben den kognitiven Störungen eine pessimistische, resignierte Zukunftsperspektive, Suizidgedanken, eine Lust- und Interesselosigkeit, verbunden mit einer gravierenden Freudlosigkeit, einer psychomotorischen Hemmung und einem Libidoverlust. Er sei leicht- bis mittelgradig depressiv. Neben seiner depressiven Grundstimmung sei er auch als gravierend dysphorisch, aggressionsgeladen, zu bezeichnen. Die Depressivität des Beschwerdeführers sei insofern gefährlich, als sie mit einer latenten bis offensichtlichen Suizidalität verbunden sei. Dass die Hausärztin Dr. med. K.\_\_\_\_ den Beschwerdeführer auch als potenziell fremdgefährdend erlebe, sei nachvollziehbar. Er, Dr. med. C.\_\_\_\_, habe bereits bei der Begutachtung im Januar 1999 ein höchst labilisiertes Gleichgewicht festgestellt. Er habe damals befürchtet, dass eine psychische Dekompensation drohe, falls die therapeutischen und die Wiedereingliederungsmassnahmen nicht ausgeschöpft würden. Dies müsse heute leider festgestellt werden. Beim Beschwerdeführer finde sich eine feindliche oder misstrauische Haltung gegenüber der Umwelt, ein massiver sozialer Rückzug, eine Hoffnungslosigkeit, ein chronisches Gefühl des Angespanntseins und Bedrohtseins, eine Entfremdung von seinen Beziehungen mit einer tiefgreifenden Veränderung seiner Lebensführung. Der Beschwerdeführer zeige eine Anspruchshaltung gegenüber anderen, sei überzeugt von der Krankheit, überzeugt davon, verändert und stigmatisiert zu sein, und zeige eine deutliche Vernachlässigung seiner Interessen, seiner Freizeitaktivitäten und seiner Beziehungen. Im Vergleich zur prämorbidem Stimmung des Beschwerdeführers finde sich eine deutliche Störung der sozialen und beruflichen Funktionsfähigkeit. Zwischen der andauernden Persönlichkeitsänderung des Beschwerdeführers und den oben beschriebenen Diagnosen komme es bei gewissen Symptomen zu einer Überlagerung. Zur Arbeitsfähigkeit führt Dr. med. C.\_\_\_\_ aus, der bisherige Verlauf zeige eine Chronifizierung und eine deutliche Verschlechterung. Der Beschwerdeführer könne sich offenbar von seinen psychischen Symptomen aus freiem Willen nicht befreien. Es komme ihnen Krankheitswert zu. Infolge der Auswirkungen und der Schwere des Symptomatik resp. der

Diagnosen müsse aus psychiatrischer Sicht zum heutigen Zeitpunkt eine 75%ige Arbeitsunfähigkeit festgestellt werden. Der Beschwerdeführer sei einem allfälligen Arbeitgeber zum heutigen Zeitpunkt aus psychiatrischer Sicht nicht zumutbar. Hingegen sei ihm eine Arbeit in geschütztem Rahmen zuzumuten. In der freien Wirtschaft müsste der Beschwerdeführer Enttäuschungen und allenfalls auch Kränkungen und Rückschläge verkraften, wozu er heute nicht in der Lage sei. 5.8 Dr. med. E. \_\_\_ erstattete – wiederum im Auftrag des Beschwerdeführers – am 29. Oktober 2003 erneut ein neurologisches/neuropsychologisches Gutachten (das psychiatrische Gutachten von Dr. med. C. \_\_\_ [E. II. 5.7 hiervor] wurde durch Dr. med. E. \_\_\_ eingeholt). Dessen Ergebnisse werden im Gerichtsgutachten der Rehaklinik G. \_\_\_ vom 23. Juli 2004 (IV-Nr. 131; E. II. 5.9 hiernach) zusammengefasst. Dr. med. E. \_\_\_ hielt fest, der Beschwerdekomples des Versicherten decke sich mit den schon bekannten Beschwerden. Die festgestellten mässig bis mittelstark ausgeprägten kognitiven Störungen seien nicht ausschliesslich als direkte Unfallfolge anzusehen. In der Zwischenzeit sei es zu wesentlichen seelischen Beeinträchtigungen im Sinne der vom Psychiater bezeichneten mittelgradigen depressiven Episode sowie zu einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung gekommen. Diese zusätzlichen seelischen Elemente erklärten die Verschlechterung der in diesem Gutachten erhobenen psychometrischen Befunde im Vergleich zur Voruntersuchung von Dezember 1998. Ohne die seelische Entwicklung, aus rein organisch begründbarer Sicht, wäre heute, gleich wie in Dr. med. E. \_\_\_ s Gutachten von 1999, von einer 40%igen Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit auszugehen. 5.9 Im unfallversicherungsrechtlichen Beschwerdeverfahren VSBES.2007.280, das schliesslich mit dem Urteil vom 12. Februar 2009 abgeschlossen wurde, holte das Versicherungsgericht ein neurologisches/neuropsychologisches und rheumatologisches Gerichtsgutachten der Rehaklinik G. \_\_\_ vom 23. Juli 2004 ein (IV-Nr. 131). Die Gutachter stellten folgende Diagnosen: Status nach Auffahrunfall mit HWS-Distorsionstrauma am 29. Oktober 1997 mit/bei: · chronifiziertem zervikovertebralem und thorakovertebralem Schmerzsyndrom mit intermittierenden zerviko-okzipitalen und zervikospondylogenen Ausstrahlungen und anhaltenden Kopfschmerzen vorwiegend vom Spannungstyp · möglichen posttraumatischen neuropsychologischen Funktionsstörungen und Wesensveränderung · anhaltender somatoformer Schmerzstörung · chronifiziertem depressivem Zustandsbild · Tinnitus und Hyperakusis bei Status nach Innenohrschaden rechts · verminderter psychischer Belastbarkeit In der Beurteilung halten die Gutachter fest, in ihren klinisch-neurologischen wie auch rheumatologischen Untersuchungen sei als einziger objektivierbarer Befund ein höchstens mässiggradiges chronifiziertes zervikozephal und zervikospondylogenes Schmerzsyndrom beidseits mit einer überwiegend schmerzbedingten Einschränkung der HWS-Beweglichkeit festgestellt worden. Wie aus dem recht umfangreichen medizinischen Dossier hervorgehe, hätten auch in den zahlreichen früheren medizinischen Berichten und Gutachten keine grobpathologischen neurologischen oder rheumatologischen Befunde eruiert werden können. Bei der Beurteilung der Gesamtsymptomatik stünden die psychiatrischen und neuropsychologischen Aspekte im Vordergrund. Weiter wurde dargelegt, unmittelbar nach dem Unfall hätten sicher organische Beschwerden vorgelegen, insb. im Bereich des Nackens sei es zu Weichteilverletzungen gekommen. Verifizierbare Schädigungen an der Hals- wie auch Brustwirbelsäule hätten weder auf konventionellen Bildern noch in verschiedenen MRI-Untersuchungen (inkl. Gehirn) festgestellt werden können. Eine milde traumatische Hirnschädigung als Folge des erlittenen recht heftigen

Unfalles sei aufgrund der Unfallanamnese nach heutigem wissenschaftlichem Stand möglich und könne somit nicht ganz ausgeschlossen werden. Im Vergleich zur formalen Erstuntersuchung vom Dezember 1998 lasse sich jedoch vom neuropsychologischen Standpunkt aus eine deutliche Verstärkung der kognitiven Einbussen feststellen. Eine solche Verschlechterung sei multifaktoriell bedingt und werde sicher auch durch Fremdfaktoren beeinflusst. Im gesamten Beschwerdeverlauf hätten sich einige Faktoren negativ ausgewirkt. So habe der Beschwerdeführer im Zeitpunkt des Unfalls schon seit anderthalb Jahren Arbeitslosenentschädigung bezogen und sei somit einige Monate vor der Aussteuerung gestanden, was die berufliche Reintegration nach dem Unfall sicher zusätzlich erschwert habe. Zudem sei der Beschwerdeführer in seiner Berufswahl «selektiv» gewesen, so habe er gemäss einem Arztbericht nicht im erlernten Beruf als [...] arbeiten wollen, weil man zu viele Überstunden machen müsse und zu wenig verdiene. Weiter bestehe beim Beschwerdeführer eine Alexithymie. Diese sei ein Risikofaktor, um psychisch zu dekompensieren, und wahrscheinlich einer der Gründe dafür, dass es zu einer Somatisierung des gesamten Beschwerdekomples habe kommen können. Was die neuro-otologischen Symptome anbelange, könnten die Hyperakusis und der Tinnitus einen gewissen Krankheitswert haben, die Arbeitsfähigkeit sei aber dadurch kaum eingeschränkt. Aus neuropsychologischer/klinisch-psychologischer Sicht seien folgende Diagnosen zu nennen: Mögliche posttraumatische neuropsychologische Funktionsstörungen, Wesensänderung; anhaltende somatoforme Schmerzstörung; chronifiziertes depressives Zustandsbild. Im Vergleich zur formalen Erstuntersuchung im Dezember 1998 lasse sich eine deutliche Verstärkung der kognitiven Einbussen feststellen, eine Verschlechterung, die multifaktoriell bedingt sei. Sowohl formal als auch klinisch sei von einer erheblich reduzierten psycho-physischen Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers auszugehen. Dabei im Vordergrund stehe das ursprünglich als Reaktion auf die Unfallfolgen entstandene, heute chronifizierte depressive Zustandsbild. Der Leidensdruck des Patienten, seine Verzweiflung seien spürbar und glaubwürdig. Aus neuropsychologischer/klinisch-psychologischer Sicht sei der Beschwerdeführer höchstens in einem geschützten Rahmen teilarbeitsfähig. Auf dem freien Arbeitsmarkt sei er nicht vermittlungsfähig. Als einzige Massnahme empfehle sich die auch vom Beschwerdeführer gewünschte Aufnahme einer psychiatrischen Betreuung, einerseits zur Stützung, andererseits zur Verarbeitung der seit dem Unfall erlittenen Enttäuschungen und Verluste und, in einem weiteren Schritt, zur Verbesserung der Lebensqualität. Eine derartige Behandlung sei längerfristig und in diesem Rahmen sei, ebenfalls als längerfristiges Ziel, eine wenigstens teilweise Reintegration in den Arbeitsprozess anzustreben. 5.10 In einem Ergänzungsgutachten vom 8. Dezember 2004 (erwähnt im Urteil des Versicherungsgerichts vom 12. Februar 2009, S. 10 f. E. 5q) präzisierten die Ärzte der Rehaklinik G.\_\_\_\_, beim Versicherten lägen rein vom somatischen Standpunkt aus keine Befunde vor, die seine Arbeitsfähigkeit einschränkten. Es seien vor allem psychologische/psychiatrische Aspekte, die ihn in seiner normalen Lebensweise (sowohl arbeitsmässig als auch psychosozial) einschränkten. Er leide an einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung und einem chronifizierten Zustandsbild, Syndrome, welche ihn neben der deutlichen Wesensveränderung in seiner vor dem Unfall gewohnten Lebensweise einschränkten. Eine milde traumatische Hirnschädigung als Folge des erlittenen Unfalles sei auf Grund der Unfallanamnese lediglich möglich, also nicht überwiegend wahrscheinlich. 5.11 Auf Nachfrage des Vertreters des Beschwerdeführers nahm der Chefarzt der Rehaklinik G.\_\_\_\_, Dr. med. V.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie FMH, am 29. Dezember 2004 nochmals Stellung

(IV-Nr. 142 S. 4 ff.). Er erklärte namens der Gutachter, sie seien der Meinung, dass der «medizinische Endzustand» beim Beschwerdeführer zum heutigen Zeitpunkt noch nicht erreicht sei und er einer intensiven psychiatrischen Betreuung, einerseits zur Stützung, andererseits zur Verarbeitung der seit dem Unfall erlittenen Enttäuschungen und Verluste und, in einem weiteren Schritt, zur Verbesserung der Lebensqualität zugeführt werden sollte. Diese Behandlung sei sicher längerfristig und könne, obwohl zeitlich schwer abschätzbar, gut ein bis zwei Jahre in Anspruch nehmen. Das längerfristige Ziel bei diesem noch jungen Patienten sei eine wenigstens teilweise Reintegration in den Arbeitsprozess sowie, was ebenso wichtig sei, die psychosoziale Reintegration. Eine derartige Reintegration könne kaum zum Erfolg führen, wenn der Patient weiterhin finanziell vollständig von seiner Familie abhängig sei, quasi unter seinem existenziellen Niveau lebe. Deshalb seien sich die Gutachter mit dem Rechtsvertreter einig, dass der Patient von Seiten der Versicherungen sobald als möglich unterstützt werden sollte und nicht bis Dezember 2005 zugewartet werden dürfe. Die jetzige psychosoziale Situation trage kaum dazu bei, eine Verbesserung des Gesundheitszustands zu erreichen. Erfahrungsgemäss könne auch eine optimale psychiatrische Betreuung oft wenig dazu beitragen, Patienten zu helfen, die von existenziellen Ängsten geplagt und ohne Zukunftsperspektiven seien. Deshalb unterstützten sie, die Gutachter, eindeutig eine sobald als mögliche finanzielle Unterstützung seitens der Versicherung. Die finanzielle Unterstützung könne durchaus nur temporär ausgesprochen und nach einem Jahr anhand des medizinischen Zustands und der erzielten Fortschritte neu beurteilt werden. Die Gutachter seien der Meinung, dass unter diesen Bedingungen zusammen mit psychotherapeutischen Massnahmen bis Dezember 2005 mit einer Teilarbeitsfähigkeit gerechnet werden könne. Eine teilweise Reintegration in den Arbeitsprozess sei in ein bis zwei Jahren möglich, könnte aber unter optimalen Bedingungen auch schon früher eintreten. Eine optimale Reintegration in den Arbeitsprozess, wie auch eine für den Patienten wichtige psychosoziale Reintegration, könne nur unter optimalen Bedingungen erfolgen, was eine finanzielle Unterstützung des Patienten voraussetze. Nach Meinung der Gutachter sollte der Fall versicherungstechnisch nicht abgeschlossen, aber der Patient temporär finanziell unterstützt werden. Sie hätten bei jungen Patienten schlechte Erfahrungen in Bezug auf die berufliche und psychosoziale Reintegration gemacht, wenn der Versicherungsfall abgeschlossen und eine regelmässige Rente bezogen werde. Ein gewisser «psychischer Druck» müsse vorhanden sein und es müsse vom Patienten verstanden werden, dass auch von seiner Seite in Bezug auf die Reintegration ein aktiver Beitrag verlangt und erwartet werden könne.

5.12 Die Psychiaterin Dr. med. J.\_\_\_\_ führt in ihrem Schreiben an den Vertreter des Beschwerdeführers vom 23. Januar 2005 (IV-Nr. 142 S. 2 f.) aus, der Beschwerdeführer sei von November 2002 bis Dezember 2002 für vier Gespräche und seit November 2004 zweimal zu einem Gespräch vorbeigekommen. Er habe den Wunsch geäussert, nun eine Psychotherapie zu beginnen. Es seien Gespräche im Abstand von ca. 14 Tagen geplant. Aus psychiatrischer Sicht sollte der Beschwerdeführer berentet werden, damit er von einer gewissen Eigenständigkeit aus wieder Integrationsversuche unternehmen könne. Nach ihrer Einschätzung seien die langdauernden chronischen sozialen Abstiege des Patienten nicht mit therapeutischem Erfolg gekrönt. Der Patient sei ständig unsicher und ambivalent und habe die Tendenz, alles beim Alten behalten zu wollen. Der Therapeut habe wenige Möglichkeiten, neue Impulse zu geben und Veränderungen anzusteuern, da die Rentenfrage immer in den Luft mitschwebe. Nach Abschluss der ganzen Leidensgeschichte sei ein besserer therapeutischer Einstieg möglich, da die soziale Situation stabiler sei und keine

Unsicherheit mehr bezüglich der Finanzen bestehe. Dabei könne der soziale Abstieg in die Therapie einbezogen und verarbeitet werden. Erst dann sei eine eventuelle Integration wieder möglich. 5.13 Vom 5. bis

#### **E. 17**

August 2005 war der Beschwerdeführer in der Klinik L. \_\_\_ hospitalisiert. Der Austrittsbericht vom 24. August 2005 (IV-Nr. 148 S. 6 ff.) nennt folgende Diagnosen: 1. Chronische Schmerzsymptomatik im Bereich des Kopfes, des Nackens und des Rückens mit/bei (ICD-10 F45.4) - Status nach Auffahrunfall mit HWS-Distorsionstrauma am 23.10.1997 - Spannungskopfschmerzen - Tinnitus und Hyperakusis bei Status nach Innenohrschaden rechts - Verdacht auf posttraumatische neuropsychologische Funktionsstörungen und Wesensveränderungen - Somatoformen Anteilen 2. Leichte depressive Episode bei gereizter Stimmungslage und auffälligen Persönlichkeitszügen (ICD-10 F33.0) 3. Hyperlipidämie Aktuelle Beschwerden seien täglich vorhandene Kopfschmerzen, ein Schwindelgefühl, Nausea, ein Tinnitus und lumbale Rückenschmerzen. Weiter bestehe eine depressive Symptomatik mit zusätzlicher Erschöpfung, Lustlosigkeit, Interesselosigkeit, Konzentrationsstörungen und zunehmender Vergesslichkeit. Seit zwei Jahren stehe der Beschwerdeführer bei Dr. med. J. \_\_\_ in psychiatrischer Behandlung (ca. zweimal pro Monat, seit zwei Monaten pausiert). Gegenüber den Voruntersuchungen ergäben sich keine Veränderungen. Hinsichtlich der leichten depressiven Episode bestehe aktuell keine Indikation für eine medikamentöse Therapie. Der Beschwerdeführer habe mit der Hospitalisation den Wunsch verbunden, «für seinen weiteren Kampf aufzutanken». Sein primäres Ziel habe in der Anerkennung seiner unfallbedingten Erkrankung sowie in einer finanziellen Existenzsicherung bestanden, wobei er sich appellativ-vorwurfsvoll auf externale Hilfserwartungen an die Kranken- oder Invalidenversicherung versteift und keinerlei Selbstwirksamkeitserwartungen mehr bezüglich Suche nach einem geeigneten längerfristigen Arbeitsplatz aufgebracht habe. Er habe durch die stationäre Aufnahme eine gewisse Distanzierung von seinen Alltagsorgen erlebt, jedoch vom Therapieangebot wenig profitieren können. Aus psychosomatischer Sicht werde eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % für die Dauer der Hospitalisation und anschliessend bis 4. September 2005 attestiert. 5.14 In ihrem Bericht vom 15. Januar 2006 (IV-Nr. 149 S. 5 ff.) führt Dr. med. J. \_\_\_ aus, der Beschwerdeführer sei im Jahr 2002 für einige Sitzungen vorbeigekommen und habe sich im Dezember 2004 wieder gemeldet, weil er selbst einen Leidensdruck habe und weil er eine Auflage der IV für eine Psychotherapie erhalten habe. Er sei insgesamt für neun Gespräche vorbeigekommen. Die letzte Untersuchung habe am 26. September 2005 stattgefunden. Zudem sei der Beschwerdeführer vom 5. bis 18. August 2005 auf seinen Wunsch hin in der Klinik L. \_\_\_ hospitalisiert gewesen. Die Therapie habe keinen Erfolg gezeitigt. Dr. med. J. \_\_\_ fährt fort, ihres Erachtens könne nicht «nur» von einer chronifizierten Depression und einer andauernden somatoformen Störung ausgegangen werden, sondern es liege eine schwerere Pathologie vor, die in Richtung einer Persönlichkeitsstörung gehe. Der Beschwerdeführer erfülle die Kriterien für eine Borderline-Störung (emotionale Instabilität, gestörtes inneres Selbstbild, wechselnde Ziele, Gefühl der inneren Leere, Suizidgedanken). Es scheine, dass der soziale Rückzug, das zunehmende Gedankenkreisen und das Leben in einer eigenen Welt zu einer tiefen Ambivalenz, Selbstwertverlust und Aggressivität geführt hätten. Vermutlich spiele dabei der äussere Druck eine grosse Rolle. In Anbetracht der Tatsache, dass der Unfall 1997 stattgefunden habe und sich die psychiatrische Symptomatologie verschärft habe (im Vergleich zum Gutachten 1999), könne sie, Dr. med. J. \_\_\_, keine optimistischen Aussagen zu Gunsten der erfolgten Behandlung noch zur

Prognose machen. Für den Beschwerdeführer wäre es wichtig, die Psychotherapie fortzusetzen. Seine psychischen Probleme seien jedoch nicht in einem Jahr lösbar, sondern in einer langjährigen Behandlung. Als Diagnosen nennt Dr. med. J.\_\_\_\_ eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4), eine chronifizierte Depression (ICD-10 F33.1) sowie eine Borderline-Störung (ICD-10 F60.31). Sie attestiert dem Beschwerdeführer seit dem ersten Termin bei ihr am 6. Dezember 2004 bis auf weiteres eine Arbeitsunfähigkeit von 100 %. Der Gesundheitszustand sei sich verschlechternd. 5.15 Nachdem das bundesgerichtliche Urteil im unfallversicherungsrechtlichen Verfahren am

## **E. 18**

September 2009 gefällt worden war (IV-Nr. 177), wandte sich die Beschwerdegegnerin an die Hausärztin Dr. med. K.\_\_\_\_ mit der Frage nach unfallfremden Leiden. Dr. med. K.\_\_\_\_ antwortete am 24. November 2009, sie habe den Beschwerdeführer immer nur in Bezug auf den Unfall behandelt (IV-Nr. 178). Die Beschwerdegegnerin erkundigte sich daraufhin beim Beschwerdeführer und seinem Rechtsvertreter nach weiteren behandelnden Ärzten (IV-Nr. 179, 182). Der Beschwerdeführer lehnte es jedoch ab, diese Frage zu beantworten (vgl. Protokolleinträge vom 21. April 2010 und 26. Mai 2010). In der Folge wurde vereinbart, die Psychiaterin Dr. med. J.\_\_\_\_ werde den Beschwerdeführer, der nicht mehr bei ihr Patient sei, zu einem Untersuchungstermin aufbieten und einen Abklärungsbericht erstellen (vgl. Protokolleinträge vom 25. Mai und 25. Juni 2010; Schreiben des Vertreters des Beschwerdeführers vom 29. Juni 2010, IV-Nr. 184). Dr. med. J.\_\_\_\_ teilte der Beschwerdegegnerin jedoch am 7. Dezember 2010 telefonisch und schriftlich mit, der Beschwerdeführer habe sich nicht bei ihr gemeldet und sie werde den Fragebogen für den Arztbericht retournieren (vgl. Protokolleintrag von diesem Datum; IV-Nr. 191). In der Folge fanden verschiedene Gespräche zwischen dem Beschwerdeführer und Angestellten der Beschwerdegegnerin statt, eine spezialärztliche Untersuchung kam jedoch nicht mehr zustande. Die durch die Beschwerdegegnerin in Aussicht genommene Begutachtung durch die Begutachtungsstelle M.\_\_\_\_ verzögerte sich und scheiterte schliesslich, weil die zuletzt vorgesehene Gutachterin die Stelle wechselte. Den drei Untersuchungsterminen bei Dr. med. C.\_\_\_\_ blieb der Beschwerdeführer unentschuldigt fern. Der Versuch des Gerichts, im Rahmen des Beschwerdeverfahrens eine Begutachtung durchzuführen, blieb ebenfalls erfolglos, weil der Beschwerdeführer auch dem Termin beim gerichtlich bestellten Gutachter Dr. med. S.\_\_\_\_ unentschuldigt fernblieb (vgl. E. I. 11. hiervor).

6. 6.1 In der gerichtlichen Verfügung vom 4. November 2016 wurde der Beschwerdeführer auf seine Pflicht hingewiesen, zum Begutachtungstermin zu erscheinen und sich der Untersuchung zu unterziehen. Bei triftigen Hinderungsgründen habe er sich rechtzeitig und mit den erforderlichen Belegen abzumelden. Im Unterlassungsfall könne das Gericht aufgrund der Akten entscheiden, wobei es die Verletzung der Mitwirkungspflicht bei der Beweiswürdigung und der Verteilung der Beweislast berücksichtige.

6.2 Der Beschwerdeführer ist trotz dieses Hinweises nicht zum Begutachtungstermin bei Dr. med. S.\_\_\_\_ erschienen, ohne sich vorgängig zu entschuldigen. Mit Verfügung vom 17. Januar 2017 wurde ihm daraufhin Gelegenheit geboten, bis 31. Januar 2017 die Gründe für sein Nichterscheinen zu nennen und zu belegen. Gleichzeitig wurde angekündigt, im Unterlassungsfall werde das Gericht von einem unentschuldigtem Versäumnis ausgehen, auf die Einholung des Gutachtens verzichten und auf Grund der Akten entscheiden, wobei es die Verletzung der Mitwirkungspflicht bei der Beweiswürdigung berücksichtigen werde. Innert Nachfrist liess der Beschwerdeführer am 3. März 2017 vorbringen, er sei wegen einer schweren und stark ansteckenden Augenkrankheit nicht in der Lage gewesen, zum

Begutachtungstermin zu erscheinen. Die geforderten Belege wurden aber auch mit dieser Eingabe nicht eingereicht und liegen bis heute nicht vor. Dementsprechend ist wie angekündigt zu verfahren. Auf die Begutachtung ist zu verzichten und es ist ein Entscheid aufgrund der Akten zu fällen. Dem Umstand, dass der Beschwerdeführer ohne nachgewiesenen, triftigen Verhinderungsgrund nicht zur Begutachtung erschienen ist und damit diese verhindert hat, ist bei der Beweiswürdigung angemessene Rechnung zu tragen.

7. Die Würdigung der medizinischen Unterlagen ergibt Folgendes: 7.1 Das Versicherungsgericht gelangte im unfallversicherungsrechtlichen Verfahren mit Urteil vom 12. Februar 2009 (VSBES.2007.280), E. 6a S. 11, zum Ergebnis, angesichts der medizinischen Aktenlage, namentlich der gerichtlich angeordneten umfassenden interdisziplinären Abklärungen durch die Rehaklinik G.\_\_\_\_ sowie des neurootologischen Gerichtsgutachtens von Prof. Dr. med. F.\_\_\_\_, hätten beim Versicherten ab 19. Januar 1998 keine erheblichen organischen Unfallrestfolgen mehr mit der erforderlichen überwiegenden Wahrscheinlichkeit objektiviert werden können. Die anders lautende Beurteilung des neurologischen Privatgutachters Dr. med. E.\_\_\_\_ wurde verworfen. Diese Feststellung wurde auf Beschwerde hin durch das Bundesgericht bestätigt (Urteil 8C\_283/2009 vom 18. September 2009 E. 6). Sie ist auch der Beurteilung im vorliegenden Verfahren zugrunde zu legen. Zu prüfen bleibt demnach einzig, ob sich ein Rentenanspruch aus organisch nicht nachweisbaren Beeinträchtigungen herleiten lässt. 7.2 Was den Verlauf nach dem Unfall vom 23. Oktober 1997 anbelangt, hat das Bundesgericht im unfallversicherungsrechtlichen Urteil 8C\_283/2009 vom 18. September 2009 E. 8.2, festgehalten, der Beschwerdeführer sei am 19. Januar 1998, als der unfallversicherungsrechtliche Fallabschluss erfolgte, wieder voll arbeitsfähig gewesen und von ärztlicher Seite sei lediglich noch symptombekämpfende Medikation empfohlen worden. Die für den Rentenanspruch erforderliche Arbeitsunfähigkeit von 40 % während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch (Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG) war somit nach dem Unfall vom 23. Oktober 1997 zunächst nicht erfüllt. Ein Leistungsanspruch gegenüber der Invalidenversicherung müsste sich aus einer später eingetretenen gesundheitlichen Verschlechterung ergeben. 7.3 Der Neurologe Dr. med. E.\_\_\_\_ diagnostiziert in seinem Privatgutachten vom 9. April 1999 (IV-Nr. 2 S. 5 ff.; E. II. 5.2 hiavor) einen Zustand nach Verkehrsunfall vom

## **E. 23**

Oktober 1997 sowie eine milde traumatische Gehirnverletzung. Daraus leitet er eine erhebliche Arbeitsunfähigkeit ab. Im Rahmen des gerichtlich eingeholten Gutachtens der Rehaklinik G.\_\_\_\_ wurde jedoch festgestellt, eine milde traumatische Hirnverletzung könne zwar nicht ganz ausgeschlossen werden, sei aber nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt. Ein Abweichen von diesen Ergebnissen des Gerichtsgutachtens wäre nur bei zwingenden Gründen zulässig (vgl. BGE 135 V 465 E. 4.4 S. 469 f.; E. II. 4.2 hiavor). Solche Gründe sind nicht ersichtlich. Damit haben die anders lautenden Einschätzungen von Dr. med. E.\_\_\_\_ als nicht massgeblich zu gelten. Dementsprechend kann auch nicht auf die darauf basierenden Folgerungen dieses Arztes abgestellt werden. Unabhängig davon wäre von einem unklaren Beschwerdebild im Sinne der Rechtsprechung auszugehen. Das Bundesgericht liess in seinem unfallversicherungsrechtlichen Urteil 8C\_283/2009 vom 18. September 2009 die Frage offen, ob der Beschwerdeführer das für ein Schleudertrauma der Halswirbelsäule oder eine diesem gleichgestellte Verletzung typische, vielfältige Beschwerdebild (BGE 134 V 109 E. 6.2.1 S. 116) aufgewiesen habe. Auch vorliegend muss diese Frage nicht abschliessend geklärt werden. Geht man vom Vorliegen eines entsprechenden Beschwerdebildes aus, wäre dessen invalidisierende

Wirkung analog zu einer somatoformen Schmerzstörung zu beurteilen (BGE 136 V 279). Anhand bestimmter durch die neuere Rechtsprechung formulierter Indikatoren (vgl. BGE 141 V 281 E. 4.1.3 S. 297 ff.) wird geprüft, ob die Symptomatik zu einer erheblichen Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit der versicherten Person führt. Die Abschätzung der Folgen erfolgt somit auf dem Weg einer (indirekten) Beweisführung. Da entsprechend der gesetzlichen Regelung von der grundsätzlichen «Validität» der versicherten Person ausgegangen wird, trägt diese die materielle Beweislast für das Vorliegen einer invalidisierenden Beeinträchtigung (BGE 141 V 281 E. 3.7.2 S. 295 f.). Die letzten aktenkundigen fachärztlichen Untersuchungen gehen auf das Jahr 2005 zurück (Behandlung durch Dr. med. J.\_\_\_\_, E. II. 5.14 hiervor). Nach Lage der Akten fand seither keine spezialärztliche Behandlung oder Untersuchung mehr statt. Der Beschwerdeführer weigerte sich im Jahr 2010, die Frage zu beantworten, welche Ärzte ihn behandelt hätten (E. II. 5.13 hiervor) und reagierte im gleichen Jahr nicht auf das Aufgebot von Dr. med. J.\_\_\_\_ (E. I. 3.1 hiervor). Die daraufhin von der Beschwerdegegnerin angestrebte Begutachtung durch die Begutachtungsstelle M.\_\_\_\_ kam wegen entsprechender Beschwerdeverfahren und eines Stellenwechsels nicht zustande (E. I. 3.3 - 3.7 hiervor). Die Begutachtung bei Dr. med. C.\_\_\_\_, auf den sich die Parteien daraufhin geeinigt hatten, kam nicht zustande, weil der Beschwerdeführer zu allen drei Untersuchungsterminen nicht erschien (vgl. E. I. 4.2) hiervor). Auch der Versuch des Gerichts, ein psychiatrisches Gutachten einzuholen, scheiterte, weil der Beschwerdeführer den Untersuchungstermin bei Dr. med. S.\_\_\_\_ ebenfalls nicht wahrnahm. Die im Dezember 2004 begonnene psychiatrische Behandlung durch Dr. med. J.\_\_\_\_ beschränkte sich auf eine monatliche Sitzung während neun Monaten und endete bereits im September 2005 (vgl. E. II. 5.14 hiervor). Von einer intensiven Behandlung kann unter diesen Umständen keine Rede sein. Die übrigen in diesem Zusammenhang relevanten Indikatoren lassen sich nicht zuverlässig beurteilen, da die Versuche, weitere medizinische Abklärungen zu treffen, allesamt fehlschlagen. Wie dargelegt, ist auch unter der Geltung der mit BGE 141 V 281 begründeten Rechtsprechung von der grundsätzlichen «Validität» der versicherten Person auszugehen. Die materielle Beweislast für eine invalidisierende Wirkung liegt beim Beschwerdeführer. Da keinerlei Abklärungen getroffen werden konnten, ist davon auszugehen, die HWS-Verletzung und deren Folgen wirkten sich nicht in einer invalidisierenden Weise aus. Dies gilt für den gesamten hier zu beurteilenden Zeitraum.

7.4 Zu prüfen bleibt, ob aufgrund der vorhandenen Unterlagen aus rein psychiatrischer Sicht ein invalidisierendes Leiden ausgewiesen ist, das während des zu prüfenden Zeitraums seit dem Unfall vom 23. Oktober 1997 einen Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung begründet hat oder weiterhin begründet.

7.4.1 Dr. med. C.\_\_\_\_ gelangte in seinem ersten Gutachten vom 23. Februar 1999 (IV-Nr. 2 S. 30 ff.; E. II. 5.1 hiervor) zum Ergebnis, aus psychiatrischer Sicht sei der Beschwerdeführer zu 100 % arbeitsfähig. Eine relevante, psychisch begründete Einschränkung müsste sich somit später ergeben haben.

7.4.2 Während des Aufenthalts in der I.\_\_\_\_ vom 28. Juni bis 26. Juli 2000 erfolgte keine psychiatrische Untersuchung. Es fand aber eine psychologische Betreuung statt (vgl. E. II. 5.5 hiervor). Der Bericht vom 7. September 2000 (IV-Nr. 47 S. 28 ff.) erwähnt eine depressive Stimmung mit Gereiztheit, Nervosität und Interessenverlust sowie Ziellosigkeit und einen sozialen Rückzug. Als Diagnose wird eine mittelgradige depressive Episode genannt. Der Psychologe lic. phil. U.\_\_\_\_ erwähnt eine starke Verzweiflung sowie eine enorme Kränkbarkeit und Zurückweisung, die der Beschwerdeführer am versicherungs-technischen Problem festmache. Eine Psychotherapie erachtet er trotz der ambivalenten Haltung des Patienten als

dringend indiziert, wobei der Schwerpunkt auf die Unfallverarbeitung mit der depressiven Begleitsymptomatik und die berufliche Reintegration zu legen sei. Während des Aufenthalts konnte, so der Bericht weiter, der psychische Zustand etwas stabilisiert werden, während die Schmerzsymptomatik nur teilweise gebessert werden konnte. 7.4.3 In seinem zweiten Gutachten vom 11. Januar 2003 (IV-Nr. 110) diagnostiziert Dr. med. C.\_\_\_\_ eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.4), eine chronifizierte depressive Episode mittleren Grades (ICD-10 F32.1) sowie kognitive Defizite (ICD-10 F06.7) bei Persönlichkeitsänderung mit resignativer, misstrauischer Haltung und sozialem Rückzug bei langem belastendem Krankheitsverlauf (ICD-10 F62.8). Diesem Gutachten kommt als Privatgutachten nicht dieselbe Beweiskraft zu wie einer Expertise, welche ein Versicherungsträger im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholt hat (vgl. BGE 125 V 351 E. 3c S. 354). Es enthält aber gewisse Anhaltspunkte für eine erhebliche Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes gegenüber der Situation im Jahr 1999. Nicht restlos klar ist, warum der Gutachter von einer chronifizierten depressiven Episode mittleren Grades ausgeht und gleichzeitig den Beschwerdeführer als leicht- bis mittelgradig depressiv bezeichnet (IV-Nr. 110 S. 20). Wie sich dem Gutachten von Dr. med. C.\_\_\_\_ weiter entnehmen lässt, hatte von Juni 2001 bis Dezember 2002 eine Behandlung bei Frau W.\_\_\_\_, dipl. prakt. Psychologin, [...], stattgefunden. Gegenüber dem Gutachter erklärte Frau W.\_\_\_\_, sie arbeite mit Menschen in Krisensituationen, nicht mit psychisch Kranken. Der Beschwerdeführer habe ein Trauma erlebt und es sei empfehlenswert, an diesem Trauma zu arbeiten. Das Trauma seien der Unfall und vor allem «was nachher gelaufen sei, mit Ämtern, Versicherungen etc.». Einen Gewaltausbruch halte sie, anders als die Hausärztin, nicht für möglich (IV-Nr. 110 S. 14 f.). Die durch Dr. med. C.\_\_\_\_ beschriebene Entwicklung im Sinne einer Verschlechterung wird durch die Ergebnisse des Gerichtsgutachtens der Rehaklinik G.\_\_\_\_ (E. II. 5.9 hiervor) grundsätzlich bestätigt. Insbesondere wird dort ebenfalls ein chronifiziertes depressives Zustandsbild diagnostiziert. Dieses sei ursprünglich als Reaktion auf die Unfallfolgen entstanden, mittlerweile chronifiziert und zeitige deutliche Auswirkungen in Form einer erheblich reduzierten psycho-physischen Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers. Die Zuverlässigkeit dieser gutachterlichen Einschätzung ist insofern etwas reduziert, als sie nicht auf einer medizinisch-psychiatrischen Exploration basiert. Vielmehr wurde der Beschwerdeführer durch eine Psychologin untersucht. Einer derartigen nichtmedizinischen Abklärung kann nicht dieselbe Beweiskraft beigemessen werden wie einer solchen durch einen entsprechend ausgebildeten Spezialarzt. Dies bedeutet aber nicht, dass der von einer Psychologin stammenden Einschätzung keinerlei Relevanz beizumessen wäre. Sie ist in die Gesamtwürdigung einzubeziehen, bildet aber für sich allein genommen keine hinreichende Basis für die Anspruchsbeurteilung. In der Stellungnahme an den Vertreter des Beschwerdeführers (E. II. 5.11 hiervor) äussern sich die Gerichtsgutachter ergänzend zur Prognose. Sie halten fest, eine teilweise Reintegration in den Arbeitsprozess sei in ein bis zwei Jahren, unter optimalen Bedingungen auch schon früher möglich. Erforderlich seien psychotherapeutische Massnahmen sowie eine psychosoziale Reintegration, wobei Letztere eine finanzielle Unterstützung des Patienten voraussetze. Die behandelnde Psychiaterin Dr. med. J.\_\_\_\_ weist in ihrem Schreiben vom 23. Januar 2005 (E. II. 5.12 hiervor) auf eine soeben begonnene Psychotherapie hin. Sie befürwortet eine Berentung, weil die Therapie durch die Unsicherheit bezüglich der Finanzen behindert werde. Im Austrittsbericht der Klinik L.\_\_\_\_ vom 24. August 2005 (E. II. 5.13 hiervor) wird das Schwergewicht auf die Schmerzsymptomatik gelegt. Die depressive Symptomatik wird einer leichten depressiven

Episode zugeordnet, wobei diesbezüglich keine Indikation für eine medikamentöse Behandlung bestehe. Dem Bericht von Dr. med. J. \_\_\_ vom 15. Januar 2006 schliesslich lässt sich entnehmen, dass sich die im Dezember 2004 begonnene Psychotherapie auf neun Sitzungen beschränkte, wobei deren letzte im September 2005 stattfand und die Therapie erfolglos blieb. Dr. med. J. \_\_\_ geht von einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1), aus. Zudem diagnostiziert sie eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung. Weiter äussert sie den Verdacht auf eine «schwerere Pathologie», die in Richtung einer Persönlichkeitsstörung gehe. Der Beschwerdeführer erfülle die Kriterien für eine Borderline-Störung. 7.5 Die genannten Berichte enthalten Hinweise darauf, dass eine depressive Symptomatik vorlag. Die Hinweise im Bericht der Rehaklinik I. \_\_\_ vom 7. September 2000 (IV-Nr. 47 S. 28 ff.) auf eine mittelgradige depressive Episode stammen vom Psychologen lic. phil. U. \_\_\_. In der Folge fand offenbar eine Behandlung durch Frau W. \_\_\_ dipl. prakt. Psychologin, statt. Die Therapeutin erklärte gegenüber dem Gutachter Dr. med. C. \_\_\_, sie arbeite mit Menschen in Krisensituationen, nicht mit psychisch Kranken. Dieser Behandlung kann daher keine erhebliche Bedeutung beigemessen werden. Dr. med. C. \_\_\_ geht in seinem Privatgutachten vom 11. Januar 2003 (E. II. 5.7 hiervor) von einer chronifizierten mittelgradigen depressiven Episode aus, bezeichnet den Beschwerdeführer aber gleichzeitig als leicht- bis mittelgradig depressiv (IV-Nr. 110 S. 20). Auch die Rehaklinik G. \_\_\_ nimmt in ihrem Gerichtsgutachten vom 23. Juli 2004 ein (IV-Nr. 131; E. II. 5.9) eine chronifizierte Depression an. Der Brief der Gerichtsgutachter vom 29. Dezember 2004 (E. II. 5.11 hiervor) weist darauf hin, dass diese eine Verbesserung als realistisch erachten, sofern eine Psychotherapie durchgeführt und die psychosoziale Situation verbessert werde. Sie halten eine intensive Therapie für notwendig. Demgegenüber gehen die Ärzte der Klinik L. \_\_\_ im August 2005 von einer lediglich leichten depressiven Episode aus, welche keine medikamentöse Behandlung erfordere. Dr. med. J. \_\_\_ bezeichnet in ihrem Bericht vom Januar 2016 die Depression als chronifiziert und nennt den ICD-10-Code F33.1, der sich auf eine rezidivierende depressive Störung (gegenwärtig mittelgradige Episode) bezieht. Weiter äussert sie den Verdacht auf eine schwerere Pathologie, namentlich eine Persönlichkeitsstörung. Diese ärztlichen und psychologischen Stellungnahmen sind grundsätzlich geeignet, das Vorliegen einer invalidisierenden psychischen Störung als möglich erscheinen zu lassen. Soweit eine depressive Störung diagnostiziert wird, gehen mehrere Berichte von einer mittelgradigen Ausprägung aus. Dr. med. C. \_\_\_ bezeichnet den Beschwerdeführer allerdings gleichzeitig als leicht- bis mittelgradig depressiv. Die Klinik L. \_\_\_ geht von einer leichten Ausprägung der depressiven Symptomatik aus. Dr. med. J. \_\_\_, die den Beschwerdeführer ebenfalls im Jahr 2005 behandelte, erwähnt den ICD-10-Code für eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode. Diese Abweichungen können teilweise durch die einer derartigen Störung oft inhärenten Schwankungen erklärt werden. Wie das Bundesgericht in seiner neueren Rechtsprechung darlegt, gelten derartige Störungen nicht ohne weiteres als invalidisierend. So wird im Urteil des Bundesgerichts 8C\_14/2017 vom 15. März 2017, E. 4.2, unter Hinweis auf die Rechtsprechung ausgeführt, bei depressiven Störungen im mittelgradigen Bereich sei die invalidisierende Wirkung besonders sorgfältig zu prüfen. Es dürfe nicht unbesehen darauf geschlossen werden, eine solche Störung vermöchte eine voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde (teilweise) Erwerbsunfähigkeit zu bewirken. Weiter führt das Bundesgericht im erwähnten Urteil aus: «Bei leichten bis mittelschweren Störungen aus dem depressiven Formenkreis, seien sie im Auftreten rezidivierend oder

episodisch, wird praxisgemäss angenommen, dass – aufgrund der nach gesicherter psychiatrischer Erfahrung regelmässig guten Therapierbarkeit – hieraus keine invalidenversicherungsrechtlich relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit resultiert (statt vieler: BGE 140 V 193 E. 3.3; SVR 2016 IV Nr. 52 S. 176, 9C\_13/2016). Gemäss E. 4.3.1.2 des BGE 141 V 281 gelten Behandlungserfolg oder –resistenz bei somatoformen Schmerzstörungen und vergleichbaren psychosomatischen Leiden konsequenterweise als wichtige Schweregradindikatoren. Den hier interessierenden leichten bis mittelschweren depressiven Erkrankungen fehlt es dementsprechend, solange sie therapeutisch angebar sind, an einem hinreichenden Schweregrad der Störung, um diese als invalidisierend anzusehen. Nur in der seltenen, gesetzlich verlangten Konstellation mit Therapieresistenz ist den normativen Anforderungen des Art. 7 Abs. 2 zweiter Satz ATSG für eine objektivierende Betrachtungs- und Prüfungsweise Genüge getan (BGE 141 V 281 E. 3.7.1 bis 3.7.3 S. 295 f.). Ein solcher Sachverhalt muss überwiegend wahrscheinlich und darf nicht lediglich nicht auszuschliessen sein. Zudem muss die Therapie in dem Sinne konsequent gewesen sein, als die aus fachärztlicher Sicht indizierten zumutbaren (ambulanten und stationären) Behandlungsmöglichkeiten in kooperativer Weise optimal und nachhaltig ausgeschöpft worden sind (BGE 140 V 193 E. 3.3, 137 V 64 E. 5.2; vgl. BGE 141 V 281 E. 3.7.1 bis 3.7.3 S. 295 f.). Zusammenfassend ist nochmals festzuhalten, dass psychische Störungen der hier interessierenden Art nur als invalidisierend zu werten sind, wenn sie schwer und therapeutisch nicht (mehr) angebar sind, was voraussetzt, dass keine therapeutische Option mehr und somit eine Behandlungsresistenz besteht (vgl. BGE 141 V 281 E. 4.3.1.2 S. 299 f.).» Mit Blick auf diese Rechtsprechung kann im Fall des Beschwerdeführers eine invalidisierende depressive Störung nicht als hinreichend erstellt gelten. Insbesondere fand nach Lage der Akten zu keinem Zeitpunkt eine konsequente Therapie statt, wie sie im vorstehend zitierten Urteil umschrieben wird. Die Behandlung bei Frau W.\_\_\_\_, dipl. prakt. Psychologin, von Juni 2001 bis Dezember 2002 bezog sich laut den Angaben der Therapeutin auf die Bearbeitung einer Krisensituation und nicht auf die Behandlung einer psychischen Krankheit. Ihr kann daher im vorliegenden Zusammenhang keine erhebliche Bedeutung zukommen, so dass offen bleiben kann, welcher Stellenwert der Ausbildung der Therapeutin beizumessen ist. Die Ende 2004 – nach entsprechender Aufforderung durch die Beschwerdegegnerin – begonnene Psychotherapie bei Dr. med. J.\_\_\_\_ auf neun Sitzungen innerhalb eines Zeitraums von neun Monaten. Anschliessend wurde sie beendet. In diesen Zeitraum fällt die auf eigenen Wunsch des Beschwerdeführers angetretene Hospitalisation in der Klinik L.\_\_\_\_ im August 2005. Diese war jedoch, wie sich dem Austrittsbericht entnehmen lässt (E. II. 5.13), nicht mit einer intensiven Therapie verbunden. Die Ärzte erachteten bezüglich der durch sie als leicht qualifizierten depressiven Komponente eine medikamentöse Therapie als nicht notwendig. Nach September 2005 wurde nach Lage der Akten keine psychiatrische Behandlung mehr durchgeführt. Von einer intensiven und konsequenten Behandlung kann vor diesem Hintergrund nicht gesprochen werden. Die Voraussetzungen für die Annahme einer depressiven Störung, welche zu einer erheblichen, voraussichtlich bleibenden oder längere Zeit dauernden (teilweisen) Erwerbsunfähigkeit führt, sind nicht erfüllt.

#### 7.6 Eine Persönlichkeitsstörung, wie sie Dr. med. J.\_\_\_\_ in ihrem letzten Bericht vom 15. Januar 2006 (IV-Nr. 149 S. 5 ff.; E. II 5.14 hiervor) erwähnt, lässt sich aufgrund der Akten zwar nicht ausschliessen. Sie ist aber auch in keiner Weise erhärtet. Die von der einstmals behandelnden Psychiaterin mehrere Monate nach dem Abschluss der Therapie geäusserte Vermutung bildet keine hinreichende Basis für die Annahme einer krankheitswertigen

psychischen Störung aus diesem Formenkreis. Die (auch) diesbezüglich bestehende Beweislosigkeit geht wiederum auf das Verhalten des Beschwerdeführers zurück, der sich, soweit bekannt, seit Anfang 2006 keiner spezialärztlichen Therapie mehr unterzogen hat und die Abklärungsversuche der Beschwerdegegnerin in den Jahren ab 2010 ebenso scheitern liess wie denjenigen des Gerichts im Jahr 2016. 8. Nach dem Gesagten erlauben die vorhandenen medizinischen Stellungnahmen keine zuverlässige Beurteilung des Gesundheitszustands, der Arbeitsfähigkeit und der Leistungsansprüche des Beschwerdeführers. Lassen sich somit der Gesundheitszustand und dessen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit nicht zuverlässig feststellen, liegt Beweislosigkeit vor. Ein psychischer Gesundheitsschaden mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit ist demnach nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachweisbar. Die Beweislosigkeit wirkt sich zu Lasten des Beschwerdeführers aus, der die materielle Beweislast für das Vorliegen eines Gesundheitsschadens und der daraus resultierenden Arbeitsfähigkeit trägt (vgl. Urteil des Bundesgerichts 141 V 281 E. 3.7.2 S. 295 f. und E. 6 S. 307 f.). Der Beschwerdeführer hat an der Verhandlung die Befragung verschiedener Personen begehrt, um sein auffälliges Verhalten zu beweisen. Davon ist jedoch abzusehen, da keine wesentlichen neuen Erkenntnisse zu erwarten sind. Einerseits ist unbestritten, dass sich der Beschwerdeführer auffällig verhält. Andererseits wären entsprechende Angaben des Bruders des Beschwerdeführers, seiner früheren Berufsberaterin sowie der Sekretärinnen des Vertreters nicht geeignet, einen invalidisierenden Gesundheitsschaden nachzuweisen. Die Einholung und Würdigung einer Fremdanamnese durch einen Gutachter wiederum hat der Beschwerdeführer mit seinem Verhalten verunmöglicht. 9. Mangels einer hinreichend nachgewiesenen, invalidisierenden gesundheitlichen Einschränkung hat die Beschwerdegegnerin einen Leistungsanspruch des Beschwerdeführers zu Recht verneint. Die Beschwerde ist abzuweisen. 10. 10.1 Bei diesem Ausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 61 lit. g ATSG).

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