

SO_GERICHTE VSBES.2020.23 vom 11. Dezember 2019

SO Obergericht, 2019-12-11, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2020.23

FR: SO_GERICHTE VSBES.2020.23 du 11 décembre 2019

IT: SO_GERICHTE VSBES.2020.23 del 11 dicembre 2019

Erwägungen

E. 2

S. 195, 122 V 157 E. 1d S. 162). In einer solchen antizipierten Beweiswürdigung liegt kein Verstoß gegen das verfassungsmässig gewährleistete rechtliche Gehör (BGE 134 I 140 E. 5.3 S. 148, 124 V 90 E. 4b S. 94). Bleiben jedoch erhebliche Zweifel an der Vollständigkeit und / oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellung bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteil des Bundesgerichts 9C_407/2015 vom 22. April 2016 E. 3.1).

E. 3.1

3.1.1 Der Beschwerdeführer arbeitete seit September 2006 bei der C.____ AG (fortan: Arbeitgeberin) in der Montage (IV-Nr. 2 S. 4 Ziff. 5.4 / Nr. 22 S. 2 f.) 1). Ab dem 24. Mai 2016 war er zu 100 % arbeitsunfähig geschrieben (s. diverse Arztzeugnisse, IV-Nr. 6 S. 6 ff.).

3.1.2 Dr. med. D.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, stellte in den Berichten vom

E. 3.3

3.3.1 Was die somatischen Leiden angeht, besteht keinerlei Anlass, am Beweiswert des B.____-Gutachtens zu zweifeln, entspricht dieses doch vollumfänglich den Anforderungen der Rechtsprechung (s. E. II. 2.4 hiervor): Es stammt von unabhängigen Fachärzten, welche den Beschwerdeführer zu seinen subjektiven Beschwerden, seinen Lebensumständen sowie seiner Vorgeschichte befragten (IV-Nr. 54.2 S. 1 ff. / Nr. 54.4 S. 1 ff. + 13 ff.), die objektiven Befunde erhoben (IV-Nr. 54.2 S. 4 f. / Nr. 54.4 S. 6 f. + 18) und die Vorakten zur Kenntnis nahmen (IV-Nr. 54.2 S. 1 / Nr. 54.4 S. 1, 13 und 21 ff.). Auf dieser Grundlage gaben die Experten eine Beurteilung ab, wobei sie die Gründe für ihre Auffassung erläuterten (IV-Nr. 54.2 S. 6 ff. / Nr. 54.4 S. 7 ff. + 19 f.). Die Schlussfolgerung, es bestehe weder in der angestammten leichten noch in einer anderen, vergleichbaren Tätigkeit eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, erscheint als nachvollziehbar. Sie korrespondiert mit den erhobenen objektiven Befunden, welche sich weitestgehend unauffällig präsentierten. Soweit sich Beschwerden indes nicht auf objektivierbare organische Schäden zurückführen lassen, darf eine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit füglich verneint werden (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C_990/2012 vom 10. Juni 2013 E. 5.1 und 9C_514/2015 vom 14. Januar 2016 E. 4). Dies muss umso mehr gelten, als keine abweichenden Berichte von orthopädischen oder neurologischen Fachärzten vorliegen, die zu einem anderen Schluss führen könnten.

E. 3.3.2.1

Auch das psychiatrische Teilgutachten genügt an sich den allgemeinen Anforderungen an eine Expertise, erging es doch nach einer umfassenden Untersuchung des Beschwerdeführers und in Kenntnis der Vorakten. Die Beschwerdegegnerin wich jedoch, dem RAD-Arzt folgend, von der psychiatrischen Beurteilung im Gutachten ab und ging davon aus, dass trotz der Diagnose einer depressiven Störung keine invalidisierende Arbeitsunfähigkeit vorliege. Dazu ist festzuhalten, dass die Organe der Rechtsanwendung die Arbeitsfähigkeit aus juristischer Sicht prüfen (BGE 141 V 281 E. 5.2.1 S. 306 f., 140 V 193 E. 3 S. 194 ff.). Sie dürfen aus rechtlichen Gründen von der medizinischen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit in einem Gutachten abweichen, ohne dass deswegen die ganze Beurteilung ihren Beweiswert verliert (Urteile des Bundesgerichts 9C_892/2015 vom 22. Januar 2016 E. 2 und 8C_319/2012 vom 18. September 2012 E. 4.1).

E. 3.3.2.2

Praxismässig fehlt es regelmässig an einer versicherten gesundheitlichen Beeinträchtigung, soweit eine Leistungseinschränkung auf einer Aggravation oder einer ähnlichen Konstellation beruht (Urteil des Bundesgerichts 9C_659/2017 vom 20. September 2018 E. 3.2). Dasselbe gilt, wenn die Folgen einer Aggravation nicht mit ausreichender Wahrscheinlichkeit festgestellt werden können (Urteil des Bundesgerichts 9C_501/2018 vom 12. März 2019 E. 5.1). Eine Aggravation liegt namentlich dann vor, wenn eine erhebliche Diskrepanz zwischen den geschilderten Schmerzen oder Einschränkungen und dem gezeigten Verhalten oder der Anamnese besteht, intensive Schmerzen angegeben werden, deren Charakterisierung jedoch vage bleibt, keine medizinische Behandlung und Therapie in Anspruch genommen wird, demonstrativ vorgetragene Klagen auf den Sachverständigen unglaublich wirken, oder wenn schwere Einschränkungen im Alltag behauptet werden, das psychosoziale Umfeld jedoch weitgehend intakt ist. Nicht per se auf Aggravation weist blosses verdeutlichendes Verhalten hin. Eine auf Aggravation beruhende Leistungseinschränkung vermag einen versicherten Gesundheitsschaden nicht leichthin auszuschliessen, sondern nur, wenn im Einzelfall Klarheit darüber besteht, dass nach plausibler ärztlicher Beurteilung die Anhaltspunkte für eine klar als solche ausgewiesene Aggravation eindeutig überwiegen und die Grenzen eines bloss verdeutlichenden Verhaltens zweifellos überschritten sind, ohne dass das aggravatorische Verhalten auf eine verselbstständigte, krankheitswertige psychische Störung zurückzuführen wäre (Urteil des Bundesgerichts 9C_659/2017 vom 20. September 2018 E. 4.1).

E. 3.3.2.3

Aus dem Gutachten ergibt sich, dass der Beschwerdeführer den Bereich der blossen Verdeutlichung von Beschwerden bereits verlassen hat, heisst es doch, er habe seine Symptome übertrieben oder teilweise falsch dargestellt (IV-Nr. 54.1 S. 6). Dies erhellt einerseits aus der durchgeführten neuropsychologischen Testung. Dort zeigten sich bei der Symptomvalidierung deutliche Auffälligkeiten, weshalb die Validität der erhobenen Befunde zweifelhaft blieb und eine Beurteilung der Leistungsfähigkeit unmöglich war. Es ist zulässig, bei der Beurteilung einer Aggravation auf neuropsychologische Validierungstests abzustellen, soweit ein psychiatrischer Facharzt die Testergebnisse würdigt (Urteil des Bundesgerichts 8C_605/2019 vom 12. November 2019 E. 3.2.2). Dies ist hier der Fall, befasste sich der psychiatrische Experte doch eingehend mit dem neuropsychologischen Teilgutachten. Andererseits weist das Verhalten des Beschwerdeführers während der neurologischen und psychiatrischen Untersuchung ebenfalls auf Aggravation hin. Die Experten nahmen ihn nämlich nicht nur als klagsam,

sondern auch als nicht immer authentisch und unkooperativ wahr, indem er Fragen nur vage, ausweichend oder auch gar nicht beantwortete (vgl. dazu Urteil des Bundesgerichts 9C_324/2015 vom 23. Dezember 2015 E. 3.3.2 f.). Dieser Eindruck der Experten wird im Übrigen dadurch bestätigt, dass der Beschwerdeführer seinem Hausarzt während des laufenden Abklärungsverfahrens weitere Auskünfte über seinen Gesundheitszustand untersagte (E. II. 3.1.6 hiervor). Weiter spricht auch die Diskrepanz zwischen dem geschilderten Leidensdruck und den tatsächlich wahrgenommenen Behandlungsoptionen für eine Aggravation. Der Beschwerdeführer klagte nämlich stets über erhebliche Schmerzen, nahm aber seine Medikamente im Widerspruch dazu nicht, resp. nur unzureichend ein und verzichte auf eine intensivere psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung (Urteil des Bundesgerichts 9C_324/2015 vom 23. Dezember 2015 E. 3.3.3).

E. 3.3.2.4

Liegt eine Aggravation neben einer ausgewiesenen verselbständigten Gesundheitsschädigung vor, so müssen die Auswirkungen dieser Diagnose auf die Arbeitsfähigkeit im Umfang der Aggravation bereinigt werden (Urteil des Bundesgerichts 9C_462/2019 vom 18. Dezember 2019 E. 4.2.3). Im vorliegenden Fall diagnostiziert das Gutachten als Leiden mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit an sich schlüssig eine depressive Störung. Der Feststellung im Gutachten, die Aggravation sei bei der attestierten Restarbeitsfähigkeit von 50 % berücksichtigt worden, kann jedoch nicht gefolgt werden. Es ist nämlich, wie aus dem neuropsychologischen Teilgutachten hervorgeht, gar nicht möglich, den Einfluss der Aggravation zuverlässig von den Auswirkungen der depressiven Störung abzugrenzen. Diese Ungewissheit geht auf das Verhalten des Beschwerdeführers während der Begutachtung zurück, indem er nur bei der neuropsychologischen Testung ungenügend mitwirkte und sich bei der Beantwortung von Fragen unkooperativ gab (E. II 3.3.2.3 hiervor). Auch der psychiatrische Gutachter war gezwungen, teilweise spekulative Überlegungen anzustellen, nachdem der Beschwerdeführer wichtige Fragen gar nicht oder nur sehr vage beantwortet hatte. Es liegt mit anderen Worten, was das genaue Ausmass der Aggravation betrifft, Beweislosigkeit vor, welche zu Lasten des Beschwerdeführers geht (Urteil des Bundesgerichts 9C_836/2019 vom 15. Juni 2020 E. 4.3). Von den beantragten ergänzenden Fragen an die B. ___-Gutachter sind keine zusätzlichen Erkenntnisse zu erwarten, weshalb davon abgesehen wird. Die Unsicherheit bei der Beurteilung der gesundheitlichen Beeinträchtigung und der Arbeitsfähigkeit, welche der Beschwerdeführer durch sein Verhalten geschaffen hat, kann auch durch präzisierende Ausführungen der Experten nicht ausgeräumt werden (s.a. Stellungnahme des RAD-Arzt vom 11. Juli 2019, E. II. 3.2.7 in fine hiervor).

E. 3.3.2.5

Der Beschwerdeführer wendet ein, eine allfällige Aggravation stehe einer Invalidität nicht entgegen, da sie krankheitsbedingt sei. In der Tat findet sich im Gutachten eine solche Aussage (IV-Nr. 54.1 S. 10), welche aber lediglich mit dem Hinweis auf Emotionen wie Verbitterung im Rahmen der depressiven Episode begründet wird. Dies vermag, wie der RAD-Arzt zutreffend festhält (E. II. 3.2.7 in fine hiervor), nicht zu überzeugen, zumal eine übertriebene oder unzutreffende Darstellung der Beschwerden nicht zu den üblichen Symptomen von depressiven Störungen gehört (s. ICD-10 F32 + F33). Hinzu kommt, dass das Gutachten eine weitere, mindestens ebenso wahrscheinliche Erklärung für die Aggravation nennt, nämlich das Bestreben des Beschwerdeführers, nicht mehr in den Arbeitsprozess zurückkehren zu müssen. Zurückgeführt wird dies auf die Probleme am

früheren Arbeitsplatz, welche der behandelnden Psychiater Dr. med. D. ___ als Diskriminierung resp. Mobbing klassifizierte (E. II. 3.1.2 hiervor). Dabei handelt es sich freilich um eine Z-codierte Diagnose nach ICD-10, die keine krankheitswertige gesundheitliche Störung darstellt (s. Urteil des Bundesgerichts 9C_542/2019 vom 12. November 2019 E. 3.2) und deshalb hier unerheblich ist. Vor diesem Hintergrund kann das aggravatorische Verhalten des Beschwerdeführers bestenfalls möglicherweise, aber nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf eine selbständige Erkrankung zurückgeführt werden.

Aus den Berichten der behandelnden Ärzte ergibt sich nichts für den Beschwerdeführer. Sie enthalten keine Erkenntnisse, welche sein aggravatorisches Verhalten in einem anderen Licht erscheinen liessen.

3.3.3 Zusammenfassend ist die Beschwerdegegnerin zu Recht von der Arbeitsunfähigkeit, welche das Gutachten attestierte, abgewichen und hat eine relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit als nicht ausgewiesen erachtet. Ist der Beschwerdeführer aber nach dem Beweisergebnis sowohl in seiner bisherigen als auch in einer vergleichbaren anderen Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig, so fehlt es an einer Invalidität, welche einen Leistungsanspruch begründen könnte. Die einzige Vorgabe des Gutachtens, der Beschwerdeführer müsse die Arbeit bei Bedarf für WC-Pausen unterbrechen können, war am letzten Arbeitsplatz gewährleistet und stellt ansonsten eine eher geringe Einschränkung dar, so dass daraus offenkundig kein relevanter Invaliditätsgrad resultieren kann. Die Beschwerde stellt sich damit als unbegründet heraus und ist abzuweisen.

4. Bei diesem Verfahrensausgang steht dem Beschwerdeführer keine Parteientschädigung zu. Die Beschwerdegegnerin wiederum hat als mit öffentlich-rechtlichen Aufgaben betraute Organisation ■ abgesehen von hier nicht interessierenden Ausnahmen ■ keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (vgl. etwa BGE 128 V 133 E. 5b, 126 V 150 E. 4a).

5. Das Beschwerdeverfahren vor dem Versicherungsgericht ist kostenpflichtig, sofern es sich wie hier um Streitigkeiten betreffend die Bewilligung oder Verweigerung von Leistungen der Invalidenversicherung handelt. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 bis 1■000.00 festgelegt (Art. 69 Abs. 1bisIVG).

Der unterlegene Beschwerdeführer hat die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu tragen. Diese werden mit dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe verrechnet.

Demnach wird erkannt:

3. Der Beschwerdeführer hat die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen. Dieser Betrag wird mit dem geleisteten Kostenvorschuss in Höhe von CHF 600.00 verrechnet.

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

E. 6

Juli und 7. November 2016 (IV-Nr. 12.4 S. 1 ff. + 6 ff.) folgende Diagnosen:

Der Beschwerdeführer sei für jegliche Art von Tätigkeit arbeitsunfähig. Es finde eine supportive Einzelpsychotherapie, eine Behandlung mit Psychopharmaka sowie flankierend eine verhaltenstherapeutisch orientierte delegierte Psychotherapie in zweiwöchentlichem Rhythmus statt. Am 15. Dezember 2016 ergänzte Dr. med. D.____, der Beschwerdeführer werde auch wegen einer posttraumatischen Belastungsstörung (fortan: PTBS) behandelt (IV-Nr. 18).

3.1.3 Der Hausarzt Dr. med. E.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, diagnostizierte im Bericht vom 28. Juli 2016 (IV-Nr. 12.4 S. 5) ein lumbospondylogenes Schmerzsyndrom, das er seit dem 25. Mai 2016 behandle.

3.1.4 Der Bericht der Klinik F.____ vom 13. Dezember 2016 (IV-Nr. 23), wo der Beschwerdeführer vom 3. Oktober bis 2. Dezember 2016 hospitalisiert war enthielt folgende Diagnosen:

Der Beschwerdeführer wurde bis zum 31. Dezember 2016 zu 100 % arbeitsunfähig geschrieben. Dr. med. D.____ hielt dazu im Bericht vom 5. Februar 2017 (IV-Nr. 24 S. 2 ff.) fest, dass weiterhin eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bestehe, wobei er die Diagnosen der Klinik D.____ übernahm; im Bericht vom 14. Februar 2017 sprach er demgegenüber leicht abweichend von einer mittelschweren bis schweren depressiven Episode (IV-Nr. 25 S. 2 ff.).

3.1.5 Die Berichte der Klinik G.____ vom 4. August und 19. Dezember 2017 (IV-Nr. 30 S. 2 ff. / Nr. 43), wo der Beschwerdeführer vom 20. Juni bis 11. Juli 2017 hospitalisiert war, enthielten folgende Diagnosen:

Dazu wurde festgehalten, der Beschwerdeführer sei nach wie vor zu 100 % arbeitsunfähig. Dr. med. D.____ wiederum sprach im Zeugnis vom 17. Januar 2018 (IV-Nr. 32) von einer Restarbeitsfähigkeit von mindestens 20 %, wobei er bekräftigte, dass neben einer depressiven Störung auch eine PTBS behandelt werde.

3.1.6 Am 13. April 2017 schrieb der Beschwerdeführer Dr. med. E.____, er wolle nicht mehr, dass ohne sein Einverständnis Auskünfte über seinen Gesundheitszustand weitergegeben würden (IV-Nr. 34), worauf es Dr. med. E.____ am 10. März 2018 ablehnte, der Beschwerdegegnerin einen weiteren Bericht zu erstatten (IV-Nr. 33).

3.1.7 Dr. med. D.____ bestätigte im Bericht vom 1. Mai 2018 (IV-Nr. 36 S. 2 ff.) die früheren Diagnosen mit einer mittelschweren bis schweren depressiven Episode sowie die daraus resultierende Arbeitsunfähigkeit für jede Tätigkeit. Der Beschwerdeführer komme regelmässig und zuverlässig zu den zwei- bis dreiwöchentlich anberaumten einstündigen Gesprächen. Trotz guter Compliance habe sich an seinem Zustand kaum etwas verändert. Gegenwärtig erscheine die Intensivierung der medikamentösen antidepressiven Behandlung im ambulanten Rahmen am ehesten geeignet, die Prognose mittelfristig zu verbessern.

3.1.8 Dr. med. H.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie beim Regionalen Ärztlichen Dienst der Invalidenversicherung (RAD), gelangte in seiner Stellungnahme vom 6. August 2018 (IV-Nr. 38 S. 2 ff.) zum Schluss, dass der Sachverhalt durch ein polydisziplinäres Gutachten geklärt werden müsse.

3.2 Das von der Beschwerdegegnerin eingeholte polydisziplinäre Gutachten der Gutachterstelle B.____ vom 11. Dezember 2018 (IV-Nr. 54.1 S. 2 ff.) enthielt im Wesentlichen folgende Diagnosen (S. 8):

Mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit

Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit

3.2.1 Gemäss dem Experten Dr. med. I.____, Facharzt für Allg. Innere Medizin FMH, bestand aus internistischer Sicht neben Adipositas und Nikotinabusus keine gesundheitliche Problematik. Die arterielle Hypertonie sei medikamentös eingestellt (IV-Nr. 54.4 S. 19). Die Arbeitsfähigkeit sei sowohl in der bisherigen als auch in einer angepassten Tätigkeit nicht beeinträchtigt (S. 20).

3.2.2 Der Experte Dr. med. J.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie, hielt in seinem Teilgutachten (IV-Nr. 54.2) fest, der Beschwerdeführer klage über Schmerzen im Bereich der Lendenwirbelsäule mit Ausstrahlung nach kranial gegen die Brustwirbelsäule. Die Schmerzen seien nicht jeden Tag gleich, aber auch im Liegen vorhanden. Nachts wache er deswegen mehrmals auf (S. 1).

Von Anfang an falle die Rückenschonhaltung auf. Beim Ausziehen für die Untersuchung bewege der Beschwerdeführer den Rücken kaum, weil er Angst habe, durch eine abrupte Bewegung eine Schmerzattacke auszulösen. Das MRI vom 26. Oktober 2018 zeige nur geringe bis fokale mässiggradige nicht aktivierte degenerative Veränderungen an der LWS sowie eine ossär bedingte rechtsseitige neuroforaminale Enge L5/S1 mit möglicher Irritation der Nervenwurzel L5 rechts. Bezüglich der ISG finde sich nur eine geringe bis mässiggradige Arthrose beidseits mit bloss diskreter anterokranieler Aktivierung. Am rechten Ellenbogengelenk bestehe ein Knochensporn am Olecranon, im Ansatzbereich der Trizepssehne, bei sonst unauffälligen osteoartikulären Verhältnissen. Am rechten Kniegelenk ergäben sich in der Röntgenaufnahme kleine osteophytäre Ausziehungen am Tibiaplateau medial bei sonst regelrechten osteoartikulären Verhältnissen femorotibial und femoropatellar mit kongruenten Gelenkflächen sowie normal weitem Gelenkspalt (S. 6).

Die vorgebrachten Beschwerden liessen sich weder durch die klinischen Untersuchungen (s. S. 4 f.) noch durch die radiologischen Abklärungen vollumfänglich erklären. Die eingenommene übertriebene Schonhaltung habe zu einer fettgewebigen Atrophie der Rückenmuskulatur geführt, die sich negativ auf die Schmerzsituation auswirke (S. 8). Die bisherige Tätigkeit (Verkabelung von Steuergeräten für die Heizung in Zügen) sei leicht gewesen, ohne Heben von schweren Sachen, aber mit Stehen an einer Stelle während des ganzen Tages (S. 3 + 6). Dort bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 100 %. Auch andere, dem Alter und Habitus des Beschwerdeführers angepasste Tätigkeit seien bezüglich zeitlicher Anwesenheit und Leistung zumutbar (S. 8). Es sei eine intensive Physio- und Psychotherapie notwendig. Der Beschwerdeführer sollte überzeugt werden, dass durch Auftrainieren der autochthonen Rückenmuskulatur eine Schmerzlinderung eintrete und der Teufelskreis der chronischen Schmerzstörung durchbrochen werden könne (S. 9).

3.2.3 Der Experte Dr. med. K.____, Facharzt für Neurologie, erklärte in seinem Teilgutachten (IV-Nr. 54.4 S. 1 ff.), der Beschwerdeführer klage neben den psychischen Befindlichkeitsstörungen über Schmerzen am gesamten Körper mit wechselnder Lokalisation, besonders im Wirbelsäulenbereich, aber auch in Nacken und Schultern. Hinzu kämen intermittierende sensible Störungen an der ellenwärtigen linken Hand mit Einschluss der beiden äusseren Finger, ein schlechter Schlaf sowie eine Dranginkontinenz für Harn und Stuhl (S. 2 f.). Die Beschwerdedarstellung wirke deutlich demonstrierend, sehr diffus und schwer fassbar. Es fänden sich positive Waddell-Zeichen (S. 5 f.).

Für die Schlafstörungen finde sich keine neurologische Ursache. Symptome eines Schlafapnoe- bzw. restless legs-Syndroms liessen sich nicht erfragen. Die Diagnose einer Narkolepsie sei nicht möglich, zumal der Beschwerdeführer tagsüber nicht unvermittelt einschlafe. Dies spreche auch gegen eine relevante funktionelle Auswirkung der Durchschlafstörung (S. 7 f.). Was die belastungs- und positionsabhängigen Rücken- und Nackenschmerzen mit eingeschränkter HWS- und LWS-Beweglichkeit sowie die diffusen muskuloskelettalen Schmerzen angehe, so bestehe kein muskulärer Erkrankungsprozess. Der Muskelfunktionsstatus sei unauffällig mit voller Kraft in allen untersuchten Muskelgruppen und fehlendem Muskelabbau bei allgemein sehr gut entwickelter Muskeltrrophik. Labordiagnostisch zeigten sich ebenfalls keine Hinweise auf einen muskulären oder vaskulitischen Erkrankungsprozess. Mangels sensomotorischer Ausfälle mit einem radikulären Verteilungsmuster lägen keine Symptome einer cervikalen, thorakalen und lumbalen radikulären Kompression vor. Die zirkulären Sensibilitätsstörungen ab Mitte Oberarm nach distal sowie am linken Unterschenkel und Fuss liessen sich nicht somatisch einordnen, da sie atypisch für eine Nerven- und eine radikuläre Läsion seien. Auch eine asymmetrische Polyneuropathie oder eine zentralnervöse Läsion finde sich nicht. Auch die ulnare Betonung dieser Sensibilitätsstörungen sei unklar, denn es lägen auch keine Hinweise für eine Plexus brachialis-Schädigung vor und die sensible Störung gehe über das Innervationsgebiet des Nervus ulnaris hinaus. Zudem seien die Provokationstests hinsichtlich vermehrter Komprimierbarkeit des Plexus brachialis im costoclavikulären Bereich unauffällig. Da aber keine motorischen Defizite an der linken Hand bestünden, könnten an Grobkraft und Feinmotorik normale Ansprüche gestellt werden. Die schmerzbedingte Einschränkung der Hebefähigkeit beider Arme, etwas links betont, sei nicht neurologisch bedingt, da keine Schädigung der die Schultergelenke bewegenden Armnerven bestehe. Es liege auch keine Symptomatik einer Irritation cervicaler, thorakaler und lumbaler Nervenwurzeln vor. Rezidivierende, diffuse und belastungskorrelierte Schmerzabstrahlungen in die Oberschenkel stellten pseudoradikuläre Schmerzen dar, die durch die Degeneration der Bewegungssegmente selbst entstünden, jedoch nicht durch Wurzelirritationen. Sie würden daher im Rahmen der Belastbarkeit der LWS mitbeurteilt. Die rezidivierenden thorakalen Druckzustände links seien ebenfalls neurologisch nicht zuzuordnen. Da sie mit Luftnot und Angstzuständen assoziiert seien, komme auch eine psychische Ursache in Betracht. Angesichts des demonstrativen Beschwerdevortrags könne man die vom Beschwerdeführer angegebene Schmerzintensität nicht linear übernehmen, da davon auszugehen sei, dass der Schmerz für den Beschwerdeführer eine hohe subjektive Bedeutung habe. Die wechselnd ausgeprägte Dranginkontinenz für Harn und Stuhl leichten Grades (Grad I) sei ätiologisch noch unklar. Um eine (ansonsten asymptomatischen) Halsmarkschädigung auszuschliessen, empfehle man ein MRT der HWS nebst urologischer und gastroenterologischer Vorstellung. Funktionseinschränkungen ergäben sich nur für Tätigkeiten, welche keine

Pausen für die notwendigen Entleerungen zuliessen; laut Beschwerdeführer habe er in der angestammten Tätigkeit die Arbeitsabläufe jederzeit unterbrechen können. Neurokognitive Einschränkungen im eigentlichen Sinne gebe der Beschwerdeführer nicht an, sondern mehr diffuse körperliche Störungen und Lärmempfindlichkeit mit der Folge einer subjektiven Leistungsminderung (S. 8). Klinisch-neurologisch zeigten sich ebenfalls keine Einschränkungen der neurokognitiven Leistung. Die neuropsychologische Untersuchung (s. E. II. 3.2.5 hiernach) erlaube wegen erheblicher Inkonsistenzen keine gültigen Aussagen über das kognitive Leistungsvermögen und krankheitsbezogene Funktionsstörungen. Die Ergebnisse der Beschwerdevalidierung begründeten nämlich Zweifel an der Gültigkeit des erhaltenen Testprofils. Belegbar und mit hoher Wahrscheinlichkeit nachweisbar seien negative Antwortverzerrungen mit der Folge eines ungültigen Testprofils (S. 9).

Neurologisch ergebe sich aus den berichteten Störungen keine Minderung der Arbeitsfähigkeit. Der Beschwerdeführer weise keine Sinnesbehinderungen und keine hirnsubstanziell bedingten neurokognitiven Leistungseinschränkungen auf. Rumpfsicherheit und Gehvermögen seien regelrecht. Es lägen keine Lähmungen oder Koordinationsstörungen im Bereich der Extremitäten vor. Wegen der Dranginkontinenz seien nur Tätigkeiten zumutbar, die selbstbestimmt unterbrochen werden könnten. Eine deutlich erhöhte Zahl an Harn- und Stuhlentleerungen mit einem erhöhten Zeitbedarf liege auf Nachfrage nicht vor (S. 10 f.). Die bisherige Tätigkeit als angelernter Monteur für Elektroheizgeräte mit Teamleitungsfunktion, aber auch andere angepasste Tätigkeiten seien 8,5 Stunden täglich ohne Minderung der Leistungsfähigkeit möglich. Diese Einschätzung gelte weitgehend retrospektiv, auch ab Antragstellung (S. 11).

3.2.4 Der Experte Dr. med. L.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, stellte in seinem Teilgutachten (IV-Nr. 54.3) fest, der Beschwerdeführer habe nach eigenen Angaben in den letzten zwei Jahren immer öfter Kopfweg und Rückenschmerzen gehabt, verspüre keine Freude mehr, schlafe schlecht und sei ständig müde (S. 1). Formelle Inkonsistenzen fänden sich keine. Der Beschwerdeführer wirke jedoch bei der Untersuchung nicht immer authentisch. Die Beschreibung seiner somatischen Beschwerden sei sehr allgemein und wenig konkret. Er scheine vieles zu verschweigen und weigere sich, einzelne Fragen detailliert zu beantworten (S. 5).

Bei der Untersuchung lasse sich kein guter affektiver Rapport herstellen. Der Beschwerdeführer verstehe alle Fragen, Auffassungsstörungen seien keine aufgetreten. Die Ausführungen des Beschwerdeführers seien differenziert, kohärent, zielführend und gut verständlich; er spreche indes langsam und gepresst, als ob das Sprechen eine grosse Anstrengung wäre. Während des anderthalbstündigen Gesprächs sei der Beschwerdeführer wach, bewusstseinsklar und allseits orientiert. Aufmerksamkeits-, Konzentrations-, Gedächtnis- oder Merkfähigkeitsstörungen seien nicht aufgetreten. Auch gegen Ende des Gespräches sei der Beschwerdeführer vital und konzentriert. Das formale Denken sei kohärent und intakt. Der Beschwerdeführer äussere keine Zwänge. Er erzähle, dass er durch Erinnerungen an seine Gefangenschaft im Jahr 1992 geplagt werde. Nachts wache er manchmal auf und sehe wie Schatten von Toten in seinem Zimmer. Zusätzlich äussere er Furcht vor den albanischen Mitarbeitern und Vorgesetzten, die ihn an seiner letzten Arbeitsstelle gemobbt und beleidigt hätten. Die sehr detaillierte und emotionale Erzählung mache klar, dass der Beschwerdeführer durch diese Ereignisse immer noch sehr gekränkt und wütend sei. Er befürchte, dass er erneut von «diesen Leuten» geplagt werde, wenn er wieder in den Arbeitsprozess einsteige. Über seine fünf Monate im Gefangenenlager in

Bosnien erzähle er weniger detailliert, aber präzise. Dabei herrschten Verbitterung, Ohnmacht und das Gefühl von grossem Unrecht. Bei anderen Themen sei der Beschwerdeführer schweigsam und ausweichend, z.B. bei den Gründen seiner Scheidung oder gewissen Geschehnissen am letzten Arbeitsplatz. Er äussere die Befürchtung, dass er die Arbeit seiner Frau in der gleichen Firma gefährde, wenn er darüber rede. Weder anamnestisch noch bei der Untersuchung gebe es Hinweise auf Wahn, Sinnestäuschungen oder Ich-Störungen. Affektiv wirke der Beschwerdeführer starr, ernst und traurig. Die Schwingungsfähigkeit sei stark reduziert. Es kämen nur negative Emotionen zum Vorschein. Gestik und Mimik seien herabgesetzt, die Stimme leise (S. 6). Bei Konfrontation mit manchen Themen, z.B. dem Wiedereinstieg in eine berufliche Tätigkeit, reagiere der Beschwerdeführer reizbar und laut. Es entstehe jedoch der Eindruck, dass er sehr um Kontrolle und Unterdrückung seiner Triebe und Emotionen bemüht sei, so dass seine Emotionen nicht immer klar interpretierbar seien. Insgesamt zeige er sich klagsam und betont leidend. Die Schilderung der somatischen Beschwerden sei diffus und ungenau, gleichzeitig aber emotional und stark betont, so dass es nicht ganz authentisch wirke. Die Realitätsorientierung sei intakt. Die Selbstwahrnehmung sei die eines ausgesprochenen Opfers, die Fremdwahrnehmung die einer Welt voller Missgunst und Feindseligkeit. Die Persönlichkeit wirke kontrolliert, ernst und etwas zwanghaft. Die gezielte Befragung nach depressiven Symptomen (Hamilton Rating Scale for Depression / HRSD21) ergebe mit 27 Punkten einen auffälligen Befund (21 bis 30 Punkte bedeuteten eine mittelgradige und über 31 Punkte schwere depressive Stimmungslage). Nach der Analyse der Antworten seien die ICD-10 Kriterien einer mittelgradigen depressiven Episode erfüllt: Anhaltend depressive Stimmung, Interessenverlust und Freudlosigkeit, erhöhte Ermüdbarkeit, subjektiv verminderte Konzentration, negative Zukunftsperspektiven, Schlafstörungen und Libidoverlust. Die gezielte Befragung nach Symptomen einer PTBS mittels DSM-5-Kriterien ergebe Hinweise auf eine solche Störung. Alle Kriterien seien mindestens teilweise erfüllt: Die Kriterien A (Konfrontation mit tatsächlichem oder drohendem Tod in Form der Gefangenschaft) und B (Bericht über wiederkehrende, sich unwillkürlich aufdrängende belastende Erinnerungen) seien vorhanden. Was das Kriterium C angehe, so werde kein Versuch erwähnt, belastende Erinnerungen, Gedanken oder Gefühle zu vermeiden, doch wirke der Beschwerdeführer sehr kontrolliert. In der Gruppe D sei das Kriterium «anhaltende oder übertriebene negative Überzeugungen oder Erwartungen, die sich auf andere Personen oder die Welt beziehen» erfüllt, während in der Gruppe E Reizbarkeit und Wutausbrüche berichtet würden. Eine PTBS könne mit überwiegender Wahrscheinlichkeit als mindestens zum Teil vorhanden angenommen werden. Die Laboruntersuchung ergebe folgende Medikamentenblutspiegel: Duloxetin liege knapp unterhalb des therapeutischen Bereiches, während Seroquel, Diclofenac und Dafalgan nicht nachweisbar seien (S. 7).

Vor dem Hintergrund einer weitgehend unauffälligen Kindheit und Jugend habe sich beim Beschwerdeführer eine ausgeglichene Persönlichkeit entwickelt. Im Alter von 26 Jahren habe er extrem schwierige fünf Monate in einem Gefangenenlager erlebt, sei gedemütigt, gefoltert und vergewaltigt worden. Nach der Entlassung hätten, soweit bekannt, keine diesbezüglich auffälligen Symptome oder Störungen bestanden. Drei Jahre später sei es zu einer schwierigen Kampscheidung gekommen. Der Beschwerdeführer sei von seiner ehemaligen Frau und seinen Kindern schwer enttäuscht worden. Einige Jahre später, etwa 2001 oder 2002, habe er eine psychiatrische Behandlung angetreten, wobei Grund und Dauer nicht ganz klar seien. Etwa im Jahr 2008 habe der Beschwerdeführer am Arbeitsplatz

Schwierigkeiten mit einem Vorgesetzten und Mitarbeitern bekommen. Er habe während acht Jahren diese Schwierigkeiten ausgehalten und die entstandenen Emotionen unterdrückt, bis es 2016 zu einer Krise gekommen sei. Seit Juni 2016 befinde sich der Beschwerdeführer in psychiatrischer Behandlung. Mehrfach seien depressive Episoden diagnostiziert worden, zuletzt im Mai 2018 eine rezidivierende depressive Störung mit gegenwärtig mittlerer bis schwerer depressiver Episode. Zusätzlich werde eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung bzw. eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren diagnostiziert und zuletzt eine andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung. Bei der aktuellen Untersuchung im Rahmen der Begutachtung präsentiere sich klinisch ein mittelgradig depressiver Mann mit Hinweisen auf Symptome einer PTBS und fraglich einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung. Bei der klinischen Untersuchung sowohl beim Neurologen als auch beim Psychiater wirke der Beschwerdeführer demonstrativ. Bei der neuropsychologischen Teilbegutachtung stehe die auffällige Beschwerdevalidierung im Mittelpunkt. Leider erschwerten diese Befunde die Einschätzung der Funktionsfähigkeit. Aus Sicht des psychiatrischen Experten bestünden mit überwiegender Wahrscheinlichkeit tatsächlich negative Emotionen von Verbitterung, Kränkung, Ohnmacht und Verzweiflung. Diese könnten unter der Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode im Rahmen einer rezidivierenden depressiven Störung subsumiert werden. Auf die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung bzw. einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren werde verzichtet, da überzeugende Hinweise fehlten, dass der Beschwerdeführer tatsächlich an Schmerzen leide, die das Ausmass der somatisch erklärbaren Schmerzen oder Schmerzen im Rahmen einer Depression übertreffe. Die auffällige Symptomvalidierung der neuropsychologischen Testung könne eventuell dadurch erklärt werden, dass der Beschwerdeführer erhebliche Befürchtungen habe, wieder in den Arbeitsprozess einzusteigen. In der Klinik F.____ sei das schon 2016 festgestellt worden, indem es heisse, der bei der Arbeit gedemütigte und gemobbte Beschwerdeführer habe eine «Phobie» vor seiner Arbeitsstelle entwickelt (S. 12). Es sei daher durchaus möglich, dass er, um eine Rückkehr in die Berufstätigkeit zu verhindern, sowohl bei den klinischen als auch bei den Testuntersuchungen seine Beschwerden verdeutliche, übertreibe oder zum Teil auch falsch darstelle. Dies schliesse jedoch nicht aus, dass der Beschwerdeführer tatsächlich Beschwerden habe, das Ausmass der geschilderten Beschwerden und Behinderungen müsse aber relativiert werden (S. 13).

Die Persönlichkeit scheine insgesamt stabil zu sein, mit etwas zwanghaften Zügen, die dazu geführt hätten, dass sich der Beschwerdeführer an der letzten Arbeitsstelle wahrscheinlich selbst überfordert habe bzw. habe überfordern lassen. Der bisherige Verlauf zeige Schwankungen ohne eine echte Remission. Bisher seien keine Eingliederungsmassnahmen getroffen worden. Solche seien aus psychiatrischer Sicht möglich und zumutbar. Die bisherigen ambulanten Behandlungen seien allem Anschein nach nicht intensiv oder störungsspezifisch genug gewesen, um den Gesundheitszustand dauerhaft und genügend zu verbessern. Deshalb sei es notwendig, die psychiatrische Behandlung anzupassen, so dass einerseits der Gesundheitszustand sich auf einem besseren Niveau stabilisieren lasse und andererseits die Motivation zur Wiederaufnahme einer beruflichen Tätigkeit unterstützt werde (S. 13). Was Konsistenz und Plausibilität angehe, so sei nicht bekannt, dass wegen der Misshandlungen im Jahr 1992 vor 2016 Symptome aufgetreten seien. Es sei möglich, dass die erneute Demütigung an der Arbeitsstelle als Retraumatisierung gewirkt habe, jedoch sei nicht plausibel, dass dies eine schwere PTBS ausgelöst oder gar zu der zuletzt

attestierten andauernden Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung geführt habe. Plausibel sei, dass die diversen Belastungen in den letzten Jahren zu einem Krankheitsbild geführt hätten, das am ehesten als rezidivierende depressive Störung bezeichnet werden könne, gegenwärtig mittelgradige Episode. Die auffällige Symptomvalidierung der neuropsychologischen Testung könne eventuell dadurch erklärt werden, dass der Beschwerdeführer erhebliche Befürchtungen habe, wieder in den Arbeitsprozess einzusteigen. Bei den Untersuchungen im Rahmen der Begutachtung habe er mehrmals berichtet, dass er praktisch täglich Schmerzmedikamente einnehme. Bei der Laboruntersuchung im Rahmen der Begutachtung hätten im Blut keine Spuren von Schmerzmedikamenten gefunden werden können. Dies relativiere die Aussagen des Beschwerdeführers bezüglich seines Leidensdruckes infolge der Schmerzen. Zu den Fähigkeiten, Ressourcen und Belastungen sei festzuhalten, dass der Beschwerdeführer fähig sei, sich an Regeln und Routinen anzupassen, denn er halte sich an Termine und regle seine Angelegenheiten. Die Fähigkeit zur Aufgabenplanung und Strukturierung sei höchstens leicht beeinträchtigt, Flexibilität und Umstellungsfähigkeit wiederum leicht bis mässig. Die Fähigkeit zur Anwendung fachlicher Kompetenzen als Elektroschweisser sei erhalten. Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit seien infolge der depressiven Störung leicht bis zeitweise mässig beeinträchtigt. Die Durchhaltefähigkeit werde durch die depressive Störung und vereinzelte posttraumatischer Belastungssymptome mässig beeinträchtigt. Die Selbstbehauptungsfähigkeit sei infolge der Persönlichkeitsstruktur und der depressiven Störung leicht bis mässig eingeschränkt. Die Kontaktfähigkeit zu Dritten und die Gruppenfähigkeit seien infolge depressiver Störung und Reizbarkeit leicht beeinträchtigt. Die Verkehrsfähigkeit (mit öffentlichen Verkehrsmitteln) sei nicht eingeschränkt (S. 14).

Insgesamt bestünden aus psychiatrischer Sicht mässig ausgeprägte, hauptsächlich quantitative Beeinträchtigungen der Funktionsfähigkeit. In der bisherigen Tätigkeit sei der Beschwerdeführer infolge der reduzierten Belastbarkeit quantitativ zu 50 % in seiner Arbeitsfähigkeit eingeschränkt. Mit relevanten qualitativen Einbussen sei nicht zu rechnen (S. 14). Dies gelte seit der ersten Bestätigung einer Arbeitsunfähigkeit aus psychiatrischen Gründen per 24. Juni 2016. Eine Arbeitsfähigkeit von 100 % für eine längere Dauer sei in den letzten zweieinhalb Jahren mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht vorhanden gewesen. In einer angepassten Tätigkeit liege die Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht in jeder körperlich zumutbaren Tätigkeit bei 50 %. Die Reduktion der Arbeitsfähigkeit sei quantitativ. Psychiatrisch bestünden keine qualitativen Einbussen bzw. eine Notwendigkeit, die bisherige Tätigkeit anzupassen. Der Verlauf der Arbeitsunfähigkeit sei gleich wie bei der bisherigen Tätigkeit. Berufliche Wiedereingliederungsmassnahmen könnten schon jetzt durchgeführt werden. Bisher seien keine längerdauernden, intensiven, störungsspezifischen Behandlungen dokumentiert. Die unterstützenden Gespräche bei einer Psychologin alle zwei Wochen seien für eine komplexe Störung, wie sie der Beschwerdeführer aufweise, nicht adäquat. Neben einer störungsspezifischen, leitlinienorientierten Behandlung sei auch eine positive und motivierende Haltung notwendig, um es dem Beschwerdeführer zu ermöglichen, wieder in den Arbeitsprozess einzusteigen. Eine andauernde Krankschreibung mit vollständiger Arbeitsunfähigkeit könne nicht als motivierend gelten (A.S. 15).

3.2.5 Aus dem neuropsychologischen Teilgutachten (IV-Nr. 54.5) von dipl.-Psych. M.____, Fachpsychologin für Neuropsychologie FSP, geht hervor, dass der Beschwerdeführer als aktuelles Hauptproblem seine extreme Lärmempfindlichkeit mit Herzrasen, Blutdruckanstieg und Kopfschmerzen angebe (S. 2).

Im Zentrum der neuropsychologischen Befundung stehe die Überprüfung der psychometrisch quantifizierbaren kognitiven und psychischen Leistungen in den Bereichen Aufmerksamkeit und Konzentration (kognitive Reaktionsschnelligkeit, selektive und geteilte Aufmerksamkeit, Belastbarkeit), in den exekutiven Funktionen (Ideenproduktion, Konzepterkennung, Planen und Kontrollfunktionen), im kurz- und mittelfristigen figuralen und verbalen Lernen und Gedächtnis sowie in den visuell-räumlichen und räumlich-konstruktiven Fähigkeiten (S. 9). In den durchgeführten Symptomvalidierungsverfahren ergäben sich deutliche Auffälligkeiten und Inkonsistenzen, was Zweifel an der Gültigkeit des erhaltenen kognitiven Leistungsprofils erwecke. Die Leistungsbereitschaft sei unklar. Motivation und Kooperation seien nicht ausreichend gegeben. Die erzielten Minderleistungen in den verschiedenen Testverfahren könnten nicht eindeutig als Funktionsstörungen interpretiert werden. Auf dieser Grundlage lasse sich keine Aussage über krankheitsbezogene Funktionsstörungen und deren Schweregrad machen. Eine Gesamteinschätzung des aktuellen kognitiven Leistungsvermögens und der Arbeitsfähigkeit sei nicht möglich. Positiv belegbar und mit hoher Wahrscheinlichkeit nachweisbar seien negative Antwortverzerrungen, so dass kein gültiges Testprofil vorliege. Ob eine kognitive Störung dennoch vorhanden sei, entziehe sich somit den Erkenntnismöglichkeiten des Experten (S. 10).

3.2.6 In der interdisziplinären Gesamtbeurteilung gelangten die Experten zum Schluss, die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit sei ausschliesslich psychiatrisch bedingt. Die Erkrankungen auf neurologischem, orthopädischem und internistischem Gebiet bewirkten keine Minderung der Arbeitsfähigkeit (IV-Nr. 54.1 S. 11). Die Beeinträchtigungen der Funktionsfähigkeit seien trotz der depressiven Erkrankung nur mässig ausgeprägt und hauptsächlich quantitativ (S. 8). Von der Skelettbelastung her seien dem Habitus und Alter angepasste Tätigkeiten zeitlich und auch leistungsmässig zumutbar. Auch die neurologischen Funktionen seien regelrecht. Eine volle berufliche Untätigkeit wirke eher kontraproduktiv (S. 9). Die auffällige Symptomvalidierung, die demonstrative Präsentation der Beschwerden sowie die Diskrepanz zwischen der Schilderung von dauerhaften, kaum zu ertragenden Schmerzen und den Blutspiegeln der Medikamente liessen Zweifel an der Authentizität der Aussagen des Beschwerdeführers aufkommen. Die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit berücksichtige dies. Diese Inkonsistenzen seien krankheitsbedingt, denn es bestünden mit überwiegender Wahrscheinlichkeit negative Emotionen von Verbitterung, Kränkung, Ohnmacht und Verzweiflung, die wie die Teilsymptome einer PTBS unter der Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode (im Rahmen einer rezidivierenden depressiven Störung) zu subsumieren seien. Auch den Inkonsistenzen bei der neuropsychologischen Testung lägen krankheitsbedingte erhebliche Befürchtungen zugrunde, wieder in den Arbeitsprozess einzusteigen, im Sinne einer depressiv bedingten falschen Realitätswahrnehmung und durch depressive Selbstwertprobleme. Sowohl in der bisherigen als auch einer angepassten Tätigkeit sei die Arbeitsfähigkeit seit dem 24. Juni 2016 um 50 % eingeschränkt. Qualitative Einbussen lägen keine vor, wegen der minimalen Dranginkontinenz sei aber eine eigenbestimmt unterbrechbare Tätigkeit notwendig (S. 10).

3.2.7 Der RAD-Arzt Dr. med. H. ___ hielt in seiner Stellungnahme vom 21. Januar 2019 (IV-Nr. 59) dafür, das B. ___-Gutachten sei in der Beurteilung des medizinischen Sachverhaltes und der daraus resultierenden Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit teilweise nachvollziehbar (S. 4). Zum psychiatrischen Gutachten sei anzumerken, dass die Darstellungen und Auskünfte des Beschwerdeführers teilweise oberflächlich, unpräzise und

vage geblieben seien und er Antworten auf vertiefende Fragen sogar ohne nachvollziehbare Begründung verweigert habe. Dazu komme, dass mehrere Teilgutachten (Neurologie, Psychiatrie, Neuropsychologie) die Angaben des Beschwerdeführers entweder als demonstrativ, aggravierend oder inkonsistent bzw. nicht objektivierbar beschreiben würden. Die Ergebnisse der Symptomvalidierung in der neuropsychologischen Testung liessen auf eine bewusste Verzerrung in den Antworten des Beschwerdeführers schliessen, die deren Ergebnisse entwerte. Naheliegend sei die Annahme, dass der Beschwerdeführer, wie mehrfach zum Ausdruck gebracht, eine Rückkehr in die Erwerbstätigkeit für sich als unmöglich und die damit verbundene Schonung als «Entschädigung» für erlittenes reales und vermeintliches Unrecht ansehe. Nicht zuletzt dürften weitere psychosoziale, versicherungsfremde Faktoren hierbei beachtlich sein. Dass die Gründe für die nachgewiesenen Inkonsistenzen in den Schilderungen und im Verhalten des Beschwerdeführers möglicherweise auf krankheitsbedingte Ursachen zurückzuführen seien, werde im Gutachten allerdings weder hinreichend noch nachvollziehbar begründet, insbesondere auch nicht unter dem Aspekt, ob es sich hierbei um versicherungsmedizinisch relevante Diagnosen handle. Weder die gestellten Diagnosen noch die anzunehmenden biographischen Erfahrungen reichten aus Sicht des RAD aus, die bewusst intendierten tendenziösen Antworten des Beschwerdeführers in den Symptomvalidierungsuntersuchungen oder anderen Teilgutachten als krankhaft oder krankheitswertig bezeichnen zu können. Somit könne die polydisziplinäre Abklärung allenfalls in den Punkten als valide angesehen werden, die durch weitgehend objektive Befunde erhärten worden seien. Wie bereits die Experten wiederholt angedeutet hätten, bestünden im Übrigen erhebliche und begründete Zweifel an der Authentizität der Darstellung des Beschwerdeführers und damit an einem validen Ergebnis der Gesamtbegutachtung. Da die Zweifel an der Konsistenz und Validität der Aussagen des Beschwerdeführers auch in der für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit massgeblichen psychiatrischen Beurteilung geäussert worden seien, vermöge sich der RAD daher gesamthaft den Schlussfolgerungen des psychiatrischen Teilgutachtens in diagnostischer Hinsicht wie auch bezüglich der daraus abzuleitenden Arbeitsunfähigkeit nicht vorbehaltlos anschliessen. Die Empfehlung des psychiatrischen Experten hinsichtlich beruflicher Massnahmen erscheine in Anbetracht der ausgewiesenen selbstlimitierenden Einschätzung des Beschwerdeführers, nicht arbeitsfähig zu sein, ebenfalls nicht nachvollziehbar. Zusammengefasst sei aus Sicht des RAD ein Gesundheitsschaden im Sinne des ATSG in psychiatrischer, neuropsychologischer und auch neurologischer Hinsicht weiterhin nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ausgewiesen. Hierfür trage vor allem der Beschwerdeführer die Verantwortung, da er durch sein Verhalten eine valide Abklärung in den genannten Bereichen in von ihm zu verantwortender Weise verhindert habe. Die offenen Fragen könnten nach den obigen Ausführungen aus Sicht des RAD weiterhin nicht valide beantwortet werden (S. 5).

Der RAD-Arzt bekräftigte in einer weiteren Stellungnahme vom 11. Juli 2019 (IV-Nr. 69 S. 2 f.), der Beschwerdeführer habe mit seinem überwiegend wahrscheinlich durch den Rentenwunsch motivierten Verhalten eine valide Einschätzung des Sachverhalts und der Arbeitsfähigkeit bewusst verhindert. Die depressive Symptomatik vermöge das fragliche Verhalten nicht zu begründen. Weitere Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit hätten die Experten keine gestellt, weshalb eine entsprechende Rückfrage bei ihnen ins Leere laufen würde.

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