

SO_GERICHTE VSBES.2020.50 vom 2. Juni 2020

SO Obergericht, 2020-06-02, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2020.50_d20200602

FR: SO_GERICHTE VSBES.2020.50 du 2 juin 2020

IT: SO_GERICHTE VSBES.2020.50 del 2 giugno 2020

Regeste

Invalidenrente

Erwägungen

E. 1

Es sei die Verfügung der IV-Stelle Solothurn vom 28. Januar 2020 aufzuheben und dem Beschwerdeführer seien die gesetzlichen Leistungen auszurichten.

E. 2

Eventualiter sei zur weiteren Abklärungen des Sachverhalts ein Gerichtsgutachten in Auftrag zu geben.

E. 3

Subeventualiter sei die Angelegenheit – in Aufhebung der Verfügung vom 28. Januar 2020 – zu weiteren Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

E. 4

Gemäss den Ausführungen des Beschwerdeführers könne nicht überprüft werden, ob die anlässlich der neuropsychologischen Begutachtung durchgeführten Tests geeignet seien, im konkreten Fall Auskunft über die Validität der geklagten Beschwerden zu geben, da dem Gutachten weder über die durchgeführten Tests noch über die Testergebnisse Informationen entnommen werden könnten. Der Hinweis des Gutachters, wonach die Testreihen von hirnverletzten Personen ohne Schwierigkeiten gelöst werden könnten, lasse bezüglich der Geeignetheit und der Vergleichspopulation jedenfalls Zweifel aufkommen, zumal im vorliegenden Fall doch viel spezifischer eine Fragestellung im Zusammenhang mit einer anerkannten MS-Erkrankung in Frage stehe. Sodann müsse weiter beachtet werden, dass die Qualitätsleitlinien zu den erweiterten psychodiagnostischen und neuropsychologischen Abklärungen feststellten, dass sich bei der Notwendigkeit aufwendigerer Testverfahren die Beauftragung eines hierin spezialisierten Psychologen oder eines darin erfahrenen Arztes als sinnvoll erweise. Diese Befunde seien dann als Zusatzbefunde einzubeziehen. Das bedeute aber mit anderen Worten, dass die Ergebnisse einer testpsychologischen Untersuchung Zusatzbefunde darstellten, die hernach wiederum von den Fachärzten im Gesamtzusammenhang zu würdigen seien. Ganz abgesehen vom Umstand, dass das neuropsychologische Gutachten als nicht verwertbar gerügt werde, habe eine solche Würdigung, welche hiernach zum Beispiel allenfalls die Frage zu beantworten hätte, ob eine bewusstseinsnahe oder -ferne Aggravation oder Ähnliches vorliege, nicht stattgefunden. Des Weiteren fehlten auch die Informationen des Gutachters zu seiner Qualifikation (also Erfahrung in der Beurteilung von MS-Patienten) und schliesslich in Bezug auf die Bezugspopulation. So werde in den Qualitätsrichtlinien darauf hingewiesen,

dass bei der Indikationsstellung von psychodiagnostischen Instrumenten die üblichen Regeln bezüglich Validierung auf die Fragestellung und auf die jeweilige Bezugspopulation (z.B. Sprache, Kultur, Bildung) gälten. Sodann würden in der Publikation von Keppler / Plomann / Pflueger / Rabovsky / Langewitz / Mager mit dem Titel «Beschwerdevalidierung in der versicherungsmedizinischen Begutachtung» in einer grossen tabellarischen Übersicht die entsprechenden Validierungsverfahren namentlich erwähnt. Es sei aus dem Gutachten von lic. phil. C. ___ – nach dessen Ausführung absichtlich – nicht ersichtlich, welche drei Validierungsverfahren Anwendung gefunden hätten. Die Validierung im Einzelfall in Bezug auf die entsprechende Population sei auch nicht zu entnehmen. Wenn nun aber der Fachliteratur keinerlei Hinweise darauf zu entnehmen sei, dass ein solches «Geheimhaltungsinteresse» bestehen könnte, vielmehr die einzelnen Verfahren in der Fachliteratur namentlich genannt und kurz beschrieben würden, sei nicht ersichtlich, weshalb ein Gutachter diese in seinem Gutachten nicht unaufgefordert offenlege. Die Gutachten seien nur dem Auftraggeber und der betroffenen versicherten Person zugänglich, weshalb sich dieses Vorgehen nicht nachvollziehen lasse. Die zu diesem Vorgehen angeführte Argumentation erwecke vielmehr an der Unbefangenheit des Gutachters Zweifel. Aus der dargelegten Argumentation und den Ausführungen des behandelnden Neurologen ergäben sich erhebliche Zweifel an der Vollständig und Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellungen. Das bedeute, dass der Sachverhalt noch nicht bis zur zweifelsfreien Eruierung feststehe. Bei dieser Ausgangslage könne weder auf eine Verletzung der Mitwirkungspflicht, noch auf eine solche begangen in unentschuldbarer Weise und in der Folge auch nicht auf eine Situation der vom Beschwerdeführer zu tragenden Beweislosigkeit geschlossen werden. Des Weiteren werde gerügt, dass gerade unter Berücksichtigung des Zeitaufwands für die Übersetzung und Rückübersetzung die Untersuchungsdauer bei lic. phil. D. ___ von 1.5 Stunden nicht ausreichend gewesen sei. Zudem werde im Zusammenhang mit der von lic. phil. D. ___ gestellten Diagnose einer Aggravation gerügt, dass keine fremdanamnestischen Angaben eingeholt oder einbezogen worden seien. In seiner Stellungnahme vom 23. September 2019 äussere sich der neuropsychologische Gutachter dazu wie folgt: Es sei bei Vorliegen einer Aggravation oder Simulation kognitiver Funktionsbeeinträchtigungen wegen der Möglichkeit des Vorliegens einer Täuschungsabsicht nicht mit genügender Sicherheit davon auszugehen, dass Angaben von Verwandten der Wahrheit entsprechen würden, weshalb er auf die Einholung derselben verzichtet habe. Diese Sichtweise werde in der Literatur und auch in der bundesgerichtlichen Rechtsprechung nicht geteilt. Grundsätzlich stelle die Einholung von fremdanamnestischen Angaben (sei dies beim vorher behandelnden Psychiater oder bei Verwandten) jedenfalls einen Teil der psychiatrischen Exploration dar, insbesondere wenn die psychiatrisch-gutachterliche Beurteilung nicht mit früheren Einschätzungen übereinstimme (vgl. dazu ADRIAN M. SIEGEL, Anforderungen an medizinische Gutachten aus ärztlicher Sicht, in: Leistungsverweigerung im Sozialversicherungsrecht, Schaffhauser/Kieser (hrsg.), St. Gallen 2011, S.117). Der Gutachter gehe von einer Diskrepanz der Befunde und dem Umstand, dass der Beschwerdeführer weiterhin ein eigenes Geschäft führe, aus. Gestützt unter anderem auf diese Beurteilung komme der Gutachter zu der von ihm festgestellten Diagnose. Die Diskrepanz hätte aber durch die Einholung von fremdanamnestischen Angaben, insbesondere durch einen Informationszuwachs und die Validierung der anamnestischen Auskünfte ausgeräumt werden können. Die Beurteilung des neuropsychologischen Gutachters basiere also auf einer unvollständigen Informationsgrundlage. Demgegenüber vertritt die

Beschwerdegegnerin die Ansicht, gemäss Abklärungsdienst sei dem Beschwerdeführer eine Geschäftsaufgabe vollends anzurechnen, auch wenn er als Selbständigerwerbender zu gelten hätte. Die Betriebsaufgabe sei nämlich hinsichtlich verbliebener Leistungsfähigkeit, Alter, noch zu erwartender Aktivitätsdauer, Betriebsgrösse, finanzieller Einlagen im Betrieb, beruflicher Stellung sowie keiner Möglichkeit zur Umstellung des Betriebes, zumutbar. Die medizinischen Abklärungen hätten ergeben, dass dem Beschwerdeführer seine bisherige Tätigkeit ab Oktober 2016 nur noch im 50%-Pensum zumutbar sei. Bei anderen Tätigkeiten mit körperlich leichten bis mittelschweren, wechselbelastend oder überwiegend sitzend ausgeübten Tätigkeiten ohne höhere Ansprüche an das Gleichgewicht sei keine Einschränkung gegeben. Unter Berücksichtigung der vorgenannten Kriterien bestehe eine volle Arbeitsfähigkeit. Sodann habe die IV-Stelle zwar gestützt auf den Untersuchungsgrundsatz den Sachverhalt soweit zu ermitteln, dass sie über den Leistungsanspruch zumindest mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit entscheiden könne (vgl. BGE 126 V 353 E. Sb), dieser Untersuchungsgrundsatz jedoch werde durch die Mitwirkungspflichten des Versicherten ergänzt (vgl. BGE 125 V 193 E. 2), wonach er bei den ärztlichen oder fachlichen Untersuchungen (genügend) mitzuwirken habe (Art. 43 ATSG). Dieser Mitwirkungspflicht sei der Beschwerdeführer ganz eindeutig nicht nachgekommen; andernfalls wäre es nicht erklärbar, dass er in drei Symptomvalidierungsverfahren auffällige Leistungen gezeigt haben: In einer ersten Symptomvalidierungsaufgabe mit Anforderungen an einfache Aufmerksamkeitsleistungen und das Sehen sei seine Leistung deutlich auffällig gewesen. In einer zweiten Symptomvalidierungsaufgabe mit Anforderungen an die verbale Merkspanne und das verbale Arbeitsgedächtnis sei seine Leistung ebenfalls deutlich auffällig gewesen. In einer dritten Symptomvalidierungsaufgabe mit Anforderungen an das Zählen und die kognitive Verarbeitungsgeschwindigkeit sei seine Leistung auffällig gewesen. Teilweise neuropsychologisch unplausible und logisch inkonsistente Leistungen habe er auch in anderen kognitiven Aufgaben gezeigt, so sei beispielsweise bei unauffälliger Spontansprache nicht nachvollziehbar, dass seine Leistungen beim Benennen von einfachen gezeichneten Objekten mittelschwer vermindert gewesen sei. Wenig plausibel sei auch der Schweregrad von Einschränkungen der Aufmerksamkeit, dies vor dem Hintergrund, dass er im Alltag weiterhin Auto fahre und im klinischen Eindruck nicht offensichtlich verlangsamt gewirkt habe. Die von ihm gezeigte mittelschwere Beeinträchtigung bei einer nichtsprachlichen Denkaufgabe, welche einem denkerischen Leistungsniveau im Bereich einer leichten geistigen Behinderung entsprochen habe, sei in Diskrepanz dazu gestanden, dass er weiterhin ein eigenes Geschäft führe. Aufgrund der vom Beschwerdeführer gezeigten neuropsychologisch unplausiblen und logisch inkonsistenten Symptomproduktion sei es zwar potentiell möglich, aber nicht gesichert, dass bei ihm im Rahmen der Multiplen Sklerose kognitive Funktionsbeeinträchtigungen vorhanden seien. Dies habe sich jedoch wegen dem von ihm anlässlich der neuropsychologischen Untersuchung an den Tag gelegten Verhaltens nicht feststellen oder objektivieren lassen. Der Beschwerdeführer habe die Konsequenzen seiner Mitwirkungspflichtverletzung zu tragen, sei er doch rechtsgenügend mit Schreiben vom 7. Dezember 2018 auf seine Mitwirkungspflichten hingewiesen worden. Allfällige Auswirkungen allenfalls bestehender kognitiver Funktionsbeeinträchtigungen im Rahmen seiner Erkrankung auf die Arbeitsfähigkeit hätten somit nicht bestimmt werden können. Da der Beschwerdeführer als Gesuchsteller die materielle Beweislast für die Auswirkungen seines neuropsychologischen Zustandes auf seine Arbeitsfähigkeit trage, wirke sich diese Beweislosigkeit zu seinen

Lasten aus (vgl. BGE 141 V 281 E. 3.7.2 und E. 6). Der neuropsychologische Gutachter habe die Aggravation im Übrigen überzeugend im Sinne der bundesgerichtlichen Rechtsprechung begründet (Urteil des Bundesgerichts 9C_154/2016 vom 19. Oktober 2016 E. 4.3) mit den drei erwähnten Symptomvalidierungsverfahren. Damit würden die Anhaltspunkte für die Annahme einer Aggravation deutlich überwiegen. 5. Streitig und zu prüfen ist somit, ob die Beschwerdegegnerin den Anspruch des Beschwerdeführers auf berufliche Massnahmen und eine Invalidenrente zu Recht verneint hat. In diesem Zusammenhang sind im Wesentlichen folgende medizinischen Unterlagen von Belang:

5.1 Im Bericht des E. ___ vom 26. November 2015 (IV-Nr. 23, S. 1) wurden folgende Diagnosen gestellt: Posttraumatische Instabilität und OSG Arthrose links bei - erneuter Distorsion am 12. Oktober 2015 - Distorsion mit Avulsionsfraktur an der distalen Fibula am 26. Juni 2014 - St. n. erstmaliger Vorstellung bei Distorsionstrauma im 02/2014 Es seien mehrere Läsionen zu sehen, die auf eine alte posttraumatische Störung hinwiesen, insbesondere der anteriore Osteophyt an der Tibia weise auf eine seit längerem bestehende Instabilität im OSG hin, das Ödem im Bereich der Avulsion an der Fibulaspitze könne zu der frisch stattgehabten Distorsion passen. Ebenso sei eine kleine osteochondrale Läsion an der Tatusschulter posterior lateral zu sehen, ob diese frisch oder alt sei, sei nicht feststellbar, allerdings fehle das subchondrale Ödem, sodass eher an eine alte posttraumatische Läsion zu denken sei. Die Schmerzen lateral am OSG könnten erklärt sein durch die Aktivierung der Avulsion an der Fibulaspitze.

5.2 Im Bericht von Dr. med. B. ___, Facharzt für Neurologie FMH, vom 31. Oktober 2016 (IV-Nr. 33) wurden folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit gestellt: Multiple Sklerose vom schubförmig remittierenden Verlaufstyp (ES ca. 2010, ED 11/2015) - Schübe: Schub mit Hemihypästhesie distal Th5 ca. 2010, möglicher sensibler Schub distal Th5/6 rechtsbetont am Ober- und Unterschenkel 12/2015 - MRI Neurocranium vom 9. Oktober 2015 (Imamed): Multiple Hyperintensitäten periventrikulär juxtacortical, im Corpus callosum, sowie Kleinhirn ohne Zeichen einer Aktivität - MRI Myelon vom 29. Oktober 2015 (Imamed): Zwei myelopathische Herde BWK4 und BWK10 ohne KM-Anreicherung - Medianus- und Tibialis-SSEP vom 26. November 2015: Lemniskale Afferenzstörung bei Stimulation der Arme und Beine betont bei Stimulation rechts - Therapie mit Plegridy seit 22. Dezember 2015 Chronische Cervikalgien bei - Degenerativen HWS-Veränderungen - MRI der Wirbelsäule vom 29. Oktober 2015: Osteochondrosen und Unkovertebralarthrosen mit begleitenden breitbasigen dorsalen osteodiskären Protrusionen HWK 4/5 und HWK 5/6 mit geringer Impression des Myelon. Thorakal keine Diskopathie. - Multisegmentale ausgeprägte anteriore Spondylose der mittleren BWS. Auf Grund der Fatigue-Symptomatik bestehe psychisch und körperlich eine rasche Erschöpfbarkeit, wodurch das Arbeitstempo reduziert sei und vermehrt Pausen benötigt würden. Dies werde verstärkt durch die chronische Cervikalgie, welche durch daraus resultierende Schmerzen die Leistungsfähigkeit einschränke. Mit einem 50%-Pensum sollte die bisherige Arbeit zu bewältigen sein. Die Arbeitsfähigkeit würde sich durch eine alternative, bspw. Tätigkeit mit körperlich leichten Arbeiten nicht verbessern, da die reduzierte Arbeitsfähigkeit auch körperlich leichte Arbeiten betreffe.

5.3 Im polydisziplinären Gutachten der C. ___ vom 24. April 2018 (IV-Nr. 56.1) wurden folgende Diagnosen gestellt: Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit - Multiple Sklerose, ES 2010, ED 11/2015, initial verdachtsweise schubförmig mit unvollständigen Remissionen, aktuell ohne klinische und kernspintomographische Progredienz, EDSS 2,5 - Retropatellar betonte Gonarthrose links ohne funktionelle Einschränkungen - Posttraumatische, geringgradige degenerative

Veränderungen des linken oberen Sprunggelenks, ohne namhafte funktionelle Einschränkungen Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit - Arterielle Hypertonie - Adipositas Grad 1 In Zusammenfassung aller Teilgutachten, der dabei erhobenen Anamnesen und Befunde sowie der Aktdaten kämen die Gutachter gemeinsam zum Schluss, die Arbeitsfähigkeit des Versicherten in der zuletzt ausgeübten sowie jedweder vergleichbaren Tätigkeit sei nicht als anhand erheblicher objektiver Störungsbefunde limitiert anzusehen. Die aufgrund der Multiplen Sklerose bestehende Ataxie sowie die orthopädischen Befunde bedingten eine nicht mehr gegebene Belastbarkeit für körperlich schwere Arbeiten und für Tätigkeiten mit höheren Anforderungen an das Gleichgewicht. Für die reklamierten Beschwerden habe sich hinsichtlich deren Ausmass in den hiesigen objektiven Befunden kein ausreichendes Korrelat gefunden, insbesondere hinsichtlich der reklamierten reduzierten kognitiven Belastbarkeit. Es bestünden also Hinweise für eine Aggravation. 5.4 In seiner Stellungnahme vom 25. Juni 2018 (IV-Nr. 63) führte Dr. med. B.____ aus, im Gutachten der C.____ werde der MS-assozierten Fatigue-Symptomatik wohl keine angemessene Beachtung geschenkt. Zudem werde diese nicht in ihrer Plausibilität geprüft noch die Schwere oder das Vorhandensein der Fatigue-Symptomatik eingeschätzt. Mit einer lediglich aufgrund des klinischen Eindrucks erfolgenden Beurteilung der MS-assozierten Fatigue-Symptomatik, die rein subjektiv sei, sei die Einschätzung der Fatigue-Symptomatik nicht adäquat. Es werde versäumt, die Fatigue-Symptomatik nach gängigem Fatigue-Skalen zu beurteilen. Darüber hinaus sei eine neuropsychologische Untersuchung, welche MS-assozierte kognitive Dysfunktionen beurteile und mit der Fatigue-Symptomatik assoziiert sein könne, nicht erfolgt. Die Fatigue-Symptomatik, häufiges Symptom der Multiplen Sklerose und schon länger beschrieben, sei gut bekannt. Es sei ebenso gut bekannt, dass selbst in Anfangsstadien der MS-Erkrankung die Fatigue-Symptomatik einen erheblichen Anteil in der Reduktion der Leistungs- und Arbeitsfähigkeit haben könne. Aus diesem Grund schätze er, Dr. med. B.____, die Begutachtung als nicht ausreichend ein und empfehle eine zusätzliche neuropsychologische Beurteilung bei einem Neuropsychologen/in mit Erfahrung bei Patienten mit Multipler Sklerose. 5.5 Im neuropsychologischen Gutachten vom 22. Januar 2019 (IV-Nr. 72) diagnostizierte lic. phil. D.____ eine Aggravation oder Simulation kognitiver Funktionsbeeinträchtigungen (ICD-10 Z76.5 oder Z76.8). Zur Beurteilung führte er aus, in der jetzigen neuropsychologischen Untersuchung habe Herr A.____ eine neuropsychologisch unplausible und logisch inkonsistente Symptomproduktion gezeigt. Darauf wiesen unter anderem auffällige Leistungen in drei Symptomvalidierungsverfahren hin. In einer ersten Symptomvalidierungsaufgabe mit Anforderungen an einfache Aufmerksamkeitsleistungen und das Sehen sei seine Leistung deutlich auffällig gewesen. In einer zweiten Symptomvalidierungsaufgabe mit Anforderungen an die verbale Merkspanne und das verbale Arbeitsgedächtnis sei seine Leistung ebenfalls deutlich auffällig gewesen. In einer dritten Symptomvalidierungsaufgabe mit Anforderungen an das Zählen und die kognitive Verarbeitungsgeschwindigkeit sei seine Leistung auffällig gewesen. Teilweise neuropsychologisch unplausible und logisch inkonsistente Leistungen habe Herr A.____ auch in anderen kognitiven Aufgaben gezeigt, so sei beispielsweise bei unauffälliger Spontansprache nicht nachvollziehbar, dass seine Leistung beim Benennen von einfachen gezeichneten Objekten mittelschwer vermindert gewesen sei. Wenig plausibel sei auch der Schweregrad von Einschränkungen der Aufmerksamkeit gewesen, dies vor dem Hintergrund, dass er im Alltag weiterhin Auto fahre und im klinischen Eindruck nicht

offensichtlich verlangsamt gewirkt habe. Die von ihm gezeigte mittelschwere Beeinträchtigung bei einer nichtsprachlichen Denkaufgabe, welche einem denkerischen Leistungsniveau im Bereich einer leichten geistigen Behinderung entsprochen habe, sei in Diskrepanz dazu gestanden, dass er weiterhin ein eigenes Geschäft führe. Wegen der neuropsychologisch unplausiblen und logisch inkonsistenten Symptomproduktion seien sämtliche Testwerte dieser Untersuchung als ungültig zu betrachten. Aus der jetzigen Untersuchung liessen sich somit keine gesicherten Aussagen über die tatsächliche kognitive Leistungsfähigkeit von Herrn A.____ ableiten.

5.6 In der Stellungnahme vom 29. Mai 2019 (IV-Nr. 81, S. 5) hielt Dr. med. B.____ fest, es sei nicht auszuschliessen, dass der Begutachter sich in seiner Vermutung der Aggravation bzw. Simulation getäuscht habe, sei es auf Grund der übersetzten und in der serbischen Sprache nicht validierten neuropsychologischen Untersuchung, sei es auf Grund der Verwechslung einer Verdeutlichungstendenz mit einer Aggravation bzw. Simulation. In seiner Beurteilung blende Herr D.____ insgesamt die Angaben des Beschwerdeführers zur Fatigue-Symptomatik aus und berücksichtige diese in seiner Beurteilung nicht. Die Vermutung einer Aggravation bzw. Simulation in der Begutachtung könne nicht über die Glaubhaftmachung der Beschwerden entscheiden. Eine mässige Fatigue, wie der Gutachter Herr D.____ als von ihm, Dr. med. B.____, beurteilt erwähne, sei definitionsgemäss als mindestens mit den Alltagaktivitäten interferierend und bis zu 50 % im Alltag einschränkend beschrieben (Definition gemäss Expanded Disability Status Scale, EDSS: Standardised Neurological Examination and Assessment of Kurtzke's Functional Systems and Expanded Disability Status Scale Slightly modified from J.F. Kurtzke, Neurology 1983:33,1444-52). Ähnliche Begutachtungen von MS-Patienten mit einer Fatigue-Symptomatik berücksichtigten diese hinreichend in der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit, was für die Begutachtung durch Herrn D.____ nicht behauptet werden könne. Das Gutachten sei tendenziös und nicht verwertbar. Aufgrund der Läsionslast im MRT des Neurocraniums und selbst des Myelons, zudem des bisherigen Verlaufs, sei eine Fatigue-Symptomatik und neurokognitive Einschränkung beim Beschwerdeführer sehr gut möglich. Er, Dr. med. B.____, empfehle eine neue neuropsychologische Begutachtung.

5.7 In seiner Stellungnahme vom 23. September 2019 (IV-Nr. 85) führte lic. phil. D.____ aus, Dr. med. B.____ kritisiere in seiner Stellungnahme zu seinem Gutachten, dass die erfolgte Diagnose einer Aggravation oder Simulation kognitiver Funktionsbeeinträchtigungen (ICD-10 Z76.5 oder Z76.8) lediglich auf einer subjektiven Einschätzung beruhe und es nicht auszuschliessen sei, dass er, lic. phil. D.____ sich dabei getäuscht habe, dies weil die neuropsychologische Untersuchung übersetzt und nicht auf Serbisch validiert worden sei und weil er eine Verdeutlichungstendenz mit einer Aggravation bzw. Simulation verwechselt habe. Gegen die Argumentation von Dr. med. B.____ spreche, dass bei der neuropsychologischen Untersuchung eine Reihe von Symptomvalidierungsverfahren verwendet worden sei, welche entweder komplett sprachfrei oder bei denen die verwendete Sprache nicht relevant gewesen sei. Es habe sich somit einerseits nicht lediglich um eine «subjektive Einschätzung», sondern um objektive Befunde gehandelt, andererseits könne aufgrund der verwendeten Testverfahren die Durchführung mit Dolmetscher nicht moniert werden, da diese keine Rolle für die Bewertung des von Herrn A.____ in diesen Testverfahren gezeigten auffälligen Testverhaltens gespielt habe. Die Bezeichnung «Verdeutlichungstendenz» sei ein Synonym zu den Begriffen «Aggravation» und «Simulation» mit denselben Konsequenzen für die Beurteilung der von Herrn A.____ gezeigten Untersuchungsleistungen (wegen der

neuropsychologisch unplausiblen und logisch inkonsistenten Symptomproduktion seien sämtliche Testwerte der Untersuchung als ungültig zu betrachten, es liessen sich damit keine gesicherten Aussagen über die tatsächliche kognitive Leistungsfähigkeit von Herrn A. ___ ableiten). Die Unterstellung, er, lic. phil. D. ___, hätte hier Begrifflichkeiten verwechselt, sei somit sowohl irrelevant wie unrichtig. Weiter habe Dr. med. B. ___ kritisiert, dass keine fremdanamnestischen Angaben beispielsweise bei der Ehefrau eingeholt worden seien. Bei Vorliegen einer Aggravation oder Simulation kognitiver Funktionsbeeinträchtigungen sei wegen der Möglichkeit des Vorliegens einer Täuschungsabsicht nicht mit genügend Sicherheit davon auszugehen, dass Angaben von Verwandten der Wahrheit entsprechen würden, weshalb er, lic. phil. D. ___, darauf verzichtet habe. Dr. med. B. ___ kritisiere zudem, dass er, lic. phil. D. ___, die Angaben von Herrn A. ___ zu einer Fatigue-Symptomatik ausgeblendet und in der Beurteilung nicht berücksichtigt habe. Diese Angaben seien aber keineswegs ausgeblendet worden und sowohl unter «Jetziges Leiden / aktuelle Beschwerden» aufgeführt wie auch unter «Beurteilung» diskutiert worden. Der Grund dafür, dass die diesbezüglichen Angaben von Herrn A. ___ nicht einfach übernommen worden seien, liege darin, dass durch die von ihm bei der neuropsychologischen Untersuchung gezeigten Aggravation oder Simulation kognitiver Funktionsbeeinträchtigungen der Wahrheitsgehalt seiner subjektiven Angaben nicht gesichert gewesen sei. Dem von Dr. med. B. ___ vorgebrachten Argument, man könne sich im Fall von Herrn A. ___ auf «die natürlichen Verläufe der Multiplen Sklerose und ihre Beschwerden im Allgemeinen» berufen, könne aus neuropsychologischer Sicht nicht Folge geleistet werden, da die diesbezüglichen Einschränkungen und die entsprechende Funktionsfähigkeit immer im Einzelfall beurteilt werden sollten.

5.8 In der Stellungnahme vom 26. Februar 2020 (IV-Nr. 91, S. 31) führte Dr. med. B. ___ aus, Herr D. ___ bringe offensichtlich die Begrifflichkeiten wie Aggravation, Verdeutlichungstendenz und Simulation durcheinander und operiere mit diesen falsch. Gemäss Dr. med. F. ___ (Präsident der Schweiz. Gesellschaft für Versicherungspsychiatrie) werde dies im SIM-Kurs 2015 so erklärt: «Simulation»: Bewusste Vortäuschung. «Aggravation»: Bewusste Übertreibung. «Verdeutlichungstendenzen»: Betonung von Beschwerden. Hier seien durchaus Unterschiede vorhanden und in einem Gutachten von Relevanz, da eine Verdeutlichung sehr häufig im Gutachten-Setting zu beobachten sei und nicht zur Abwertung der Glaubwürdigkeit des Begutachtenden führen sollte. Der Gutachter sollte den Anteil der Verdeutlichung oder Aggravation von der Simulation unterscheiden können und präzise zu erfassen wissen und fähig sein diese durch Führung des Exploranden zu mindern (Dr. med. H.R. Stöckli, aus den Handouts: «Die Spannungsfelder des Gutachters und der Umgang mit Exploranden, Versicherungen resp. Auftraggebern und Geschädigtenanwälten, Hans Rudolf Stöckli, 25. September 2014»). Man habe den Eindruck, dass Herr D. ___ in der Gutachtenuntersuchung die natürlicherweise bestehenden Verdeutlichungstendenzen im Gutachten nicht mindere, sondern den Begutachtenden in die Aggravation treibe. Anhand des D. ___-Gutachtens lasse sich in keiner Weise das Ausmass einer kognitiven Einschränkung bemessen, da alle Resultate als nicht glaubwürdig bewertet würden. Es sei die Aufgabe des Gutachters, differenziert das Ausmass der kognitiven Leistung zu beurteilen, was Herr D. ___ nicht erreiche. Dies könne mit der Technik des Gutachters zu tun haben. Das Gutachten sei nicht verwertbar und ein neues Gutachten mit Neuropsychologinnen/-en, die in der Beurteilung von MS-Patienten Erfahrung hätten, sei zu fordern. Herr D. ___ stütze sich auf intransparente und nicht nachvollziehbare Symptomvalidierungsverfahren ab, die objektiv sein sollten, was im neuropsychologischen

Gutachten von Herrn D. ___ leider nicht nachvollzogen werden könne. Eine Fatigue sei mehrfach in den Untersuchungen dokumentiert worden. Neben der Fatigue sei eine neurokognitive Störung auf Grund des bisherigen Verlaufes der MS mit Schüben in der Vergangenheit, einer signifikanten Läsionslast im MRT des Gehirns mit mehreren Demyelinisierungsherden supratentoriell und mehreren black holes, stark anzunehmen.

6. Die Beschwerdegegnerin stützt sich im angefochtenen Entscheid im Wesentlichen auf das polydisziplinäre C. ___-Gutachten vom 24. April 2018 (IV-Nr. 56.1) in den Fachrichtungen Innere Medizin, Neurologie, Orthopädie und Psychiatrie sowie auf das neuropsychologische Gutachten von lic. phil. D. ___ vom 22. Januar 2019 (IV-Nr. 72) ab, weshalb deren Beweiswert zu prüfen ist. Die beiden Gutachten werden den allgemeinen rechtsprechungsgemässen Anforderungen gerecht. Sie stammen von unabhängigen Fachärzten, welche den Beschwerdeführer eingehend untersucht und die Anamnese erhoben (S. 13 - 16, 17 - 22, 24 - 31, 32 - 36 des C. ___-Gutachtens sowie S. 2 - 8 des neuropsychologischen Gutachtens) sowie die Vorakten studiert haben (S. 2 - 12 des C. ___-Gutachtens sowie S. 2 des neuropsychologischen Gutachtens). Weiter ist zu prüfen, ob die Gutachten auch den übrigen beweisrechtlichen Anforderungen genügt.

6.1 6.1.1 Im internistischen Teilgutachten der C. ___ wurde ausgeführt, der Versicherte trage eine eingeschränkte Leistungsfähigkeit, frühzeitige Erschöpfung und gelegentlichen anfallsweisen Schwindel vor. Vorrangig würden Gelenk- und Muskelbeschwerden sowie Kopfschmerz reklamiert. Der hier erhobene internistische Befund zeige trotz medikamentöser Behandlung sowohl in Ruhe und während der Belastungsphase hypertone Blutdruckwerte. Die übrigen kardialen und pulmonalen Befunde seien ebenso wie der Gefässstatus normentsprechend unauffällig, während der Untersuchung sei kein Schwindel reklamiert worden. Weiter bestehe eine Adipositas Grad 1. Die antihypertensive Therapie sollte hausärztlich geführt angepasst werden, daneben empfehle sich eine Gewichtsreduktion und ein mild beginnendes körperliches Ausdauertraining. Diese Massnahme sei medizinisch gut zumutbar und stehe im gesundheitlichen Eigeninteresse des Versicherten. Für einen Zeitraum von sechs Monaten, in dem die antihypertensive Therapie modifiziert und die Gewichtsreduktion erfolgen sollte, seien schwer belastende körperliche Arbeiten zu vermeiden. Gestützt auf die vorgehenden gutachterlichen Ausführungen erscheint es sodann nachvollziehbar, dass der Gutachter zum Schluss kam, weiter bestehe auf internistischem Gebiet zusammenfassend kein ausreichender Anhalt für eine Minderung der Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit sowie jedweder vergleichbaren Tätigkeit des allgemeinen Arbeitsmarkts.

6.1.2 Im neurologischen Teilgutachten der C. ___ findet eine eingehende Befunderhebung und Auseinandersetzung mit den Vorakten statt. Gestützt darauf kommt der neurologische Gutachter in nachvollziehbarer Weise zum Schluss, dass aus neurologischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit vorliegt. Zur Begründung wurde ausgeführt, aktenkundig sei eine Multiple Sklerose, die als initial schubförmig beschrieben worden sei, diagnostiziert erstmalig Ende 2015 und welche immunmodulatorisch seit Dezember 2015 mit Plegridy behandelt werde. Klinisch vorbeschrieben sei eine Hemihypästhesie mit Kribbelparästhesien unter Betonung im rechten Thorakalbereich sowie im Bereich der rechten unteren Extremität. Von Dr. med. B. ___ sei im Bericht vom 12. September 2017 zudem eine «Fatigue-Symptomatik» berichtet worden. Herr A. ___ beklage hier im Wesentlichen Sensibilitätsstörungen im Bereich der rechten Körperseite mit Betonung im Bereich der rechten Rumpfwand, im rechten Arm und im rechten Bein, ferner Schmerzen im Nacken, entlang der Brust- und der Lendenwirbelsäule sowie belastungsabhängige Schmerzen im linken Fuss und eine im

Tagesverlauf zunehmende Müdigkeit. Der neurologische Untersuchungsbefund zeige hier keine sicheren Zeichen einer Fatigue, der Versicherte sei durchgehend wach, attent und in der Auffassungsgabe nicht gestört. Es hätten sich ebenfalls keine Hinweise auf das Vorliegen eines organisch bedingten Psychosyndroms ergeben. Klinisch lägen eine diskrete Ataxie sowie eine diskrete, rechtsseitige, beinbetone Hemisymptomatik vor, welche zu keiner funktionell bedeutsamen motorischen Einschränkung führten. Auch die fleckförmig betonte Hemihypästhesie rechts führe zu keiner funktionell bedeutsamen Einschränkung. Die Multiple Sklerose sei unter der immunmodulatorischen Therapie mit Plegridy stabil, dies sowohl klinisch als auch kernspintomographisch. Die berichteten Schmerzen entlang der gesamten Wirbelsäule mit zervikaler Betonung fänden keine neurologische Erklärung, eine Spastik bestehe nicht. Neurologisch hätten sich auch keine Hinweise auf das Vorliegen einer Nervenwurzelkompression ergeben. Eine spastische Muskeltonuserhöhung liege ebenfalls nicht vor. Aktenkundig sei zudem ein Hörsturz auf der rechten Seite mit den Folgen einer rechtsseitigen Hörminderung und eines Tinnitus. Diese Symptomatik sei letztlich auch Anlass der kernspintomographischen Untersuchung des Kopfes gewesen, anlässlich derer dann schliesslich die Diagnose einer Multiplen Sklerose gestellt worden sei. Aufgrund der Multiplen Sklerose mit der diskreten, vorwiegend sensiblen Hemisymptomatik und der leichtgradigen Ataxie seien jedwede Tätigkeiten mit besonderer Anforderung an den Gleichgewichtssinn nicht geeignet. Die bisher durchgeführte Tätigkeit als Kaufmann erscheine indes aus neurologischer Sicht als uneingeschränkt leistbar. In der klinischen Untersuchung hätten sich keine Hinweise auf das Vorliegen einer namhaften Fatigue ergeben, somit sei hier auch keine Ausprägung belegt, die die Attestierung einer resultierenden Arbeitsunfähigkeit begründen könnte. Auch aktenkundig sei keine Vigilanzstörung als objektiv beobachtet beschrieben worden. Die Ausprägung einer hier möglichen MS-assoziierten Fatigue bleibe also offen.

6.1.3 Im orthopädischen Gutachten der C.____ stützt sich der Gutachter auf seine umfassende Befunderhebung und kommt gestützt darauf in überzeugender Weise zum Schluss, dass aus orthopädischer Sicht in der bisherigen sowie in einer angepassten Tätigkeit keine Einschränkung des Arbeitspensums vorliegt, sondern lediglich ein eingeschränktes Zumutbarkeitsprofil gegeben ist. Vorrangig klagt der Beschwerdeführer über Schmerzen im Bereich des linken Fusses. Die hiesige klinische Untersuchung zeige ein seitengleiches, altersentsprechendes Bewegungsausmass der Sprunggelenke. Das hier angefertigte MRI des linken OSG zeige geringe degenerative Veränderungen mit einer kleinen osteochondralen Läsion. Die nach Angabe des Versicherten seit zwei Jahren konsequent getragenen Künzli-Schuhe wiesen nahezu keine Gebrauchsspuren auf. Das konsequente Tragen der Schuhe stelle bei den gering ausgeprägten degenerativen Veränderungen im linken OSG die ausreichend leidensangepasste Therapie dar. Offenkundig bestehe jedoch auch kein namhafter Leidensdruck, da das orthopädische Schuhwerk keine Abnutzungsspuren aufweise. Für die geklagten Kniegelenksbeschwerden links sei die retropatelläre Gonarthrose ursächlich. Es lägen jedoch (bisher) keine funktionellen Einschränkungen vor. Hier seien therapeutische Massnahmen lediglich schmerzreduzierend möglich, da die im MRI beschriebenen Veränderungen irreversibel seien. Die geklagten BWS-Beschwerden liessen sich klinisch am ehesten mit der erheblichen Adipositas erklären. Eine geplante MRI-Untersuchung habe der Versicherte abgesagt. In dem aktenkundigen MRI-Befund der gesamten Wirbelsäule von 7/2016 seien neben den multiplen Demyelinisierungsherden nur geringe degenerative Veränderungen beschrieben. Klinisch auffallend sei eine deutliche Diskrepanz im Fingerbodenabstand zum Finger-Zehen-Abstand im Langsitz, für die es keine biologische

Plausibilität gebe. Aus orthopädischer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit des Versicherten auf Grund der degenerativen Veränderungen am Knie- und Sprunggelenk dauerhaft limitiert: Schwere körperliche Arbeiten, Arbeiten überwiegend im Stehen und auf Treppen und Leitern sowie in Körperzwangshaltungen seien nicht mehr leistbar (Arbeitsfähigkeit 0 %). Für körperlich leichte bis mittelschwere, bevorzugt wechselbelastend zu leistende Tätigkeiten bestehe aus orthopädischer Sicht jedoch eine Arbeitsfähigkeit von 100 % (Pensum und Rendement 100 %). Anderslautende orthopädische Einschätzungen seien aktenkundig nicht vorliegend.

6.1.4 Im psychiatrischen Teilgutachten der C.____ wurde schliesslich eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ebenfalls überzeugend begründet verneint: Der Versicherte berichte über ein multilokuläres Schmerzsyndrom. Assoziiert würden Freud- Kraft- und Lustlosigkeit, innere Unruhe, affektive Irritabilität, nächtliche Ängste sowie weitere kognitive und vegetative Beeinträchtigungen berichtet. Diskrepant zum Beschwerdevortrag seien im hiesigen AMDP-konform erhobenen psychiatrischen Befund keine erheblichen Beeinträchtigungen zu objektivieren. Insbesondere seien Stimmung, Antrieb und affektive Schwingungsfähigkeit nicht namhaft gestört. Eine affektive Erkrankung sei somit nicht ICD-10-konform zu diagnostizieren. Allenfalls aufgrund des Beschwerdevortrags zu erwägen wäre eine subsyndromal chronifiziert verlaufende depressive Erkrankung im Sinne einer Dysthymie. Diese bliebe jedoch qua Leichtgradigkeit ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Auch eine andere psychiatrische Erkrankung liege nicht vor: Eine Angst- oder Zwangserkrankung, Persönlichkeitsstörung, Suchterkrankung, Traumafolgestörung oder andere psychiatrische Erkrankung seien nicht ICD-10-konform zu diagnostizieren. Auch eine somatoforme Schmerzstörung bestehe nicht: Ein den berichteten Schmerzen zugrundeliegender erheblicher oder unbewältigter seelischer oder psychosozialer Konflikt sei anamnestisch nicht herauszuarbeiten. Auch hier sei eine ICD-10-konforme Diagnosestellung somit nicht möglich. Zusammenfassend sei keine psychiatrische Erkrankung mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit mit der gebotenen Wahrscheinlichkeit zu diagnostizieren. Eine psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlungsnotwendigkeit sei nicht zu erkennen. Gestützt auf dieses beweismässige fachärztliche Teilgutachten, welches eine psychiatrisch bedingte Arbeitsunfähigkeit in überzeugender Weise verneint, kann auf eine Indikatorenprüfung verzichtet werden (BGE 143 V 418 E. 7.1 S. 429).

6.1.5 Gestützt auf die schlüssigen Teilgutachten vermag schliesslich auch die Gesamtbeurteilung im C.____-Gutachten zu überzeugen, wonach die Arbeitsfähigkeit des Versicherten in der zuletzt ausgeübten sowie jedweder vergleichbaren Tätigkeit nicht als anhand erheblicher objektiver Störungsbefunde limitiert anzusehen sei. Sodann setzen sich die Gutachter in ihrer Gesamtbeurteilung schlüssig mit der entgegenstehenden Beurteilung der Arbeitsfähigkeit durch den behandelnden Neurologen, Dr. med. B.____, auseinander: Die im Bericht von Dr. med. B.____ vom 31. Oktober 2016 attestierte, auf 50 % reduzierte Arbeitsfähigkeit, sei mit einer Fatigue-Symptomatik begründet worden, korrelierende objektive Befunde seien jedoch nicht schlüssig dargestellt worden. In den hiesigen Befunden seien keine Beeinträchtigungen der Wachheit oder Auffassung zu erkennen, sodass zumindest das Ausmass der postulierten Fatigue offen bleibe und eine überwiegend wahrscheinliche invalidisierende Beeinträchtigung mithin bzgl. einer Fatigue nicht attestierbar sei. Auch in seinem Befundbericht vom 5. September 2017 stelle Dr. med. B.____ keine objektiven Störungen von Wachheit und Auffassung oder Kognition in seinem klinischen Befund dar und nenne lediglich eine anamnestisch berichtete Fatigue-Symptomatik.

6.2 Sodann ist der Beweiswert des neuropsychologischen

Gutachtens von lic. phil. D.____ vom 22. Januar 2019 (IV-Nr. 72) zu prüfen, welcher eine Aggravation oder Simulation kognitiver Funktionsbeeinträchtigungen (ICD-10 Z76.5 oder Z76.8) diagnostizierte. 6.2.1 Nach der Rechtsprechung liegt regelmässig keine versicherte Gesundheitsschädigung vor, soweit die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung beruht. Hinweise auf solche und andere Äusserungen eines sekundären Krankheitsgewinns ergeben sich namentlich, 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 unglaubwürdig 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 (BGE 141 V 281 E. 2.2.1 S. 287 f. mit Hinweisen; Urteile des Bundesgerichts 8C_604/2017 vom 15. März 2018 E. 6.1 und 9C_899/2014 vom 29. Juni 2015 E. 4.1, je mit Hinweisen). Besteht im Einzelfall Klarheit darüber, dass solche Ausschlussgründe die Annahme einer Gesundheitsbeeinträchtigung verbieten, so besteht von vornherein keine Grundlage für eine Invalidenrente. Soweit die betreffenden Anzeichen neben einer ausgewiesenen verselbstständigten Gesundheitsschädigung auftreten, sind deren Auswirkungen im Umfang der Aggravation zu bereinigen (BGE 141 V 281 E. 2.2.2 S. 288 mit Hinweis; Urteil des Bundesgerichts 9C_899/2014 vom 29. Juni 2015 E. 4.2.4 mit Hinweisen). Die Grenzziehung zwischen einer anspruchsausschliessenden Aggravation und einer blossen Verdeutlichungstendenz, welche nicht gleichgesetzt werden dürfen, ist heikel. Zum einen prägt die (unbewusste) Tendenz zur Schmerzausweitung und -verdeutlichung das Wesen von Schmerzstörungen und vergleichbaren Leiden gerade mit, welche sich bekanntlich dadurch charakterisieren, dass für die geklagten Beschwerden kein ausreichendes organisches Korrelat gefunden werden kann. Zum andern dürfen die Besonderheiten des sozialversicherungsrechtlichen Abklärungsverhaltens nicht ausser Acht gelassen werden. Die versicherte Person, welche mit ihrer Anmeldung bei der Invalidenversicherung die Zusprechung von Versicherungsleistungen bezweckt, wird vielfach (wenn auch nicht ausnahmslos) – bewusst oder unbewusst – ihre Beschwerden und Einschränkungen im Hinblick auf dieses Ziel präsentieren (Urteil des Bundesgerichts 9C_899/2014 vom 29. Juni 2015 E. 4.2.1 mit Hinweisen). Wann ein Verhalten (nur) verdeutlichend und unter welchen Voraussetzungen die Grenze zur Aggravation und vergleichbaren leistungshindernden Konstellationen überschritten ist, bedarf einer einzelfallbezogenen, sorgfältigen Prüfung. Eine Aggravation zeichnet sich aus durch eine Übertreibung oder Ausweitung von Beschwerden, indem tatsächlich vorhandene Symptome zur Erreichung eines Ziels (im hier interessierenden Kontext die Nichteinstellung der Invalidenrente) verstärkt werden. Externe Motivation (Nichteinstellung einer Rente) und Bewusstseinsnähe sind somit – nebst den dargelegten Hinweisen – starke (in der Praxis allerdings oft schwierig nachzuweisende) Anhaltspunkte für eine anspruchshindernde Aggravation. Grundsätzlich lässt sich sagen, dass eine Aggravation umso eher vorliegt, je mehr Hinweise auf eine absichtliche, gesteuerte und in diesem Sinne «bewusste» Symptomerzeugung hindeuten. Für die Beantwortung dieser Frage ist – wiederum – zentral, dass die Gutachter, wie auch die anderen mit der Berichterstattung über die versicherte Person befassten Ärzte, alle verfügbaren Hinweise aus dem Alltag der versicherten Person, insbesondere auch aus dem ausserberuflichen Bereich, berücksichtigen und auf dieser möglichst breiten Beobachtungsbasis eine Verbindung herstellen zwischen dem

festgestellten versicherten Gesundheitsschaden und den dadurch bewirkten funktionellen Einschränkungen einerseits sowie den geschilderten sowie tatsächlichen, gegebenenfalls fremdanamnestic erhobenen Auswirkungen auf Aktivität und Partizipation andererseits. Auf dieser Grundlage ist zu plausibilisieren, dass die Inkonsistenzen über das im Rahmen einer blossen Verdeutlichung «Normale» hinausgehen (Urteil des Bundesgerichts 9C_899/2014 vom 29. Juni 2015 E. 4.2.2). Bedeutsame Hinweise ergeben sich u.a. daraus, ob und inwieweit sowohl die medizinischen Gutachter als auch die behandelnden, in aller Regel einen längeren Beobachtungszeitraum überblickenden Ärzte Diskrepanzen zwischen subjektiver Beschwerdeschilderung und objektivierbaren Befunden beobachtet und dokumentiert haben, beispielsweise indem ihnen eine demonstrative Schmerzausgestaltung aufgefallen ist oder die versicherte Person – aus nicht krankheitsbedingten Gründen – während längerer Zeit geeignete Therapievorschlüsse abgelehnt hat. Ebenfalls erhellend sein kann unter Umständen eine Bestimmung des Medikamentenspiegels (Urteil des Bundesgerichts 9C_899/2014 vom 29. Juni 2015 E. 4.2.3 mit Hinweis). Eine auf Aggravation oder vergleichbaren Konstellationen 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 (Urteile des Bundesgerichts 8C_604/2017 vom 15. März 2018 E. 6.1 und 9C_899/2014 vom 29. Juni 2015 E. 4.2.4, je mit Hinweisen).

6.2.2 Das neuropsychologische Gutachten von lic. phil. D.____ gründet auf umfangreichen Testverfahren, welche folgende Resultate ergaben: In einer ersten Symptomvalidierungsaufgabe mit Anforderungen an einfache Aufmerksamkeitsleistungen und das Sehen sei die Leistung von Herrn A.____ deutlich auffällig gewesen. In einer zweiten Symptomvalidierungsaufgabe mit Anforderungen an die verbale Merkspanne und das verbale Arbeitsgedächtnis sei seine Leistung ebenfalls deutlich auffällig gewesen. In einer dritten Symptomvalidierungsaufgabe mit Anforderungen an das Zählen und die kognitive Verarbeitungsgeschwindigkeit sei seine Leistung auffällig gewesen. Weitere Tests – Denken: Im induktiven logischen Denken mit visuellem Material mittelschwer vermindert (Matrizen-Test, 3 WP). Merkspanne und Arbeitsgedächtnis: Die verbale Merkspanne (unmittelbares Nachsprechen von Zahlenreihen) – mittelschwer vermindert. Das unmittelbare Wiedergeben einer längeren Wortliste – mittelschwer vermindert. Das unmittelbare Wiedergeben von einfacheren geometrischen Figuren – leicht bis mittelschwer vermindert. Das Nachsprechen-Rückwärts von Zahlenreihen leicht bis mittelschwer vermindert (verbales Arbeitsgedächtnis). Lernen und Gedächtnis: Das Lernen einer mündlich vorgegebenen Wortliste – mittelschwer bis schwer vermindert (Lernkurve 3/5/6 von 10 Wörtern), das Abrufen – mittelschwer bis schwer vermindert (3 von 10 Wörtern), ebenso das Wiedererkennen. Mittelschwer vermindertes Lernen und Abrufen von kurz vorgezeigten einfacheren geometrischen Figuren. Aufmerksamkeit und Verarbeitungsgeschwindigkeit: In der grundlegenden Aktivierung / Wachheit, Reaktionen auf einfache visuelle Reize schwer vermindert. Bei Aufgabenstellungen mit Anforderungen an die kognitive Informationsverarbeitungsgeschwindigkeit von mittelschwer bis schwer verlangsamt (Geschwindigkeit GoNoGo) bis leicht bis mittelschwer verlangsamt (Geschwindigkeit Zahlen verbinden). Bei einer Aufgabenstellung mit Anforderungen an die selektive Aufmerksamkeit leicht vermindert (Fehler GoNoGo). Handlungsplanung /

Problemlösen: Beim Abzeichnen einer komplexen geometrischen Figur keine offensichtlichen Hinweise auf Einschränkungen der Handlungsplanung, des Überblicks und des Berücksichtigens von Rahmenbedingungen. Raumwahrnehmung konstruktive Fähigkeiten: Mittelschwer bis schwer vermindertes Abzeichnen einer komplexen geometrischen Figur. Sprache: In der Spontansprache keine Hinweise auf eigentliche aphasische Störungen. Beim Benennen gezeichneter Objekte mittelschwer vermindert. Gestützt auf die vorgenannten Testresultate kommt lic. phil. D.____ zum Schluss, beim Beschwerdeführer liege eine Aggravation oder Simulation kognitiver Funktionsbeeinträchtigungen (ICD-10 Z76.5 oder Z76.8) vor. Dies begründet lic. phil. D.____ in einleuchtender Weise: In der jetzigen neuropsychologischen Untersuchung habe Herr A.____ eine neuropsychologisch unplausible und logisch inkonsistente Symptomproduktion gezeigt. Darauf wiesen unter anderem auffällige Leistungen in drei Symptomvalidierungsverfahren hin. Als Ursache der von Herrn A.____ bei der jetzigen Untersuchung gezeigten neuropsychologisch unplausiblen und logisch inkonsistenten Symptomproduktion komme in erster Linie eine Aggravation oder Simulation kognitiver Beeinträchtigungen in Frage. Diese Annahme werde gestützt durch Kriterien für den Nachweis einer Aggravation oder Simulation, welche im angelsächsischen Raum von Slick et al. (1999) formuliert worden seien. Danach dürfe von einer definitiven Aggravation bzw. Simulation ausgegangen werden, wenn ein substantieller finanzieller Anreiz vorhanden sei (z.B. Rentenbegehren), wenn eine neuropsychologisch unplausible und logisch inkonsistente Symptomproduktion nachgewiesen werden könne und wenn ausgeschlossen werden könne, dass alternative Ursachen aus den Bereichen Psychiatrie, Neurologie und Entwicklungsgeschichte für die auffällige Symptomproduktion vollständig verantwortlich gemacht werden könnten. Diese Kriterien träfen bei Herrn A.____ alle zu. In guter Übereinstimmung mit einer Aggravation oder Simulation zeigten sich schon anlässlich einer Begutachtung in der Firma C.____ [...] im Frühjahr 2018 entsprechende Hinweise. So habe Herr A.____ damals behauptet, er trage seit zwei Jahren überwiegend hohe Künzli-Schuhe, diese wiesen aber im Widerspruch zu seiner Angabe nahezu keine Verbrauchsspuren auf. Die C.____ habe zudem angegeben, es bestünden Hinweise für eine Aggravation, da sich in den objektiven Befunden kein ausreichendes Korrelat für die reklamierten Beschwerden von Herrn A.____ gefunden habe. Weiter führte lic. phil. D.____ aus, es sei potentiell möglich, aber nicht gesichert, dass bei Herrn A.____ im Rahmen der Multiplen Sklerose kognitive Funktionsbeeinträchtigungen vorhanden seien. Dies lasse sich jedoch wegen der von ihm gezeigten Aggravation oder Simulation bei der jetzigen Testung nicht feststellen oder objektivieren. Gegen relevante kognitive Funktionsbeeinträchtigungen bei ihm spreche, dass er weiterhin Auto fahre, dass er weiterhin seine Firma führe, dass die Abteilung für Neurologie des G.____ im April 2016 angegeben habe, die kognitive Leistungsfähigkeit von Herrn A.____ sei normal und dass auch die Firma C.____ anlässlich einer Begutachtung vom Frühjahr 2018 keine kognitiven Funktionsbeeinträchtigungen festgestellt habe. Ähnliche Überlegungen gälten auch für das Vorhandensein einer Fatigue beim Beschwerdeführer. Es sei potentiell möglich, aber nicht gesichert, dass bei ihm eine relevante Fatigue-Symptomatik vorhanden sei. Nachgefragt nach einer aktuellen Fatigue-Symptomatik mit Hilfe eines entsprechenden Fragebogens (Fatigue Severity Scale FSS) bei der jetzigen Untersuchung hätten die Angaben von Herrn A.____ auf eine deutliche Fatigue hingedeutet (57 Punkte). Er habe beispielsweise angegeben, es treffe voll zu, dass er weniger Motivation habe, wenn er erschöpft sei, dass die Erschöpfung seine körperliche Belastbarkeit beeinflusse und dass seine Erschöpfung eine körperliche Betätigung

behindere. Auf die Angaben von Herrn A.____ könne jedoch wegen der von ihm gezeigten Aggravation oder Simulation nicht abgestützt werden, weil nicht mit genügender Sicherheit davon ausgegangen werden könne, dass die von ihm berichteten Einschränkungen auch tatsächlich vorhanden seien bzw. seine Angaben der Wahrheit entsprächen. Dies erschwere das Beurteilen einer Fatigue bei ihm ausserordentlich, da es sich dabei um ein subjektiv erlebtes Phänomen handle, welches nicht objektiv messbar sei, sondern sich nur durch eine Befragung der betroffenen Person darstellen lasse, ähnlich wie das bei Schmerzen der Fall sei. Auf eine nicht allzu stark einschränkende Fatigue bei Herrn A.____ deute hin, dass er weiterhin Auto fahre, dass er weiterhin seine Firma führe, dass der behandelnde Neurologe Dr. B.____ im September 2017 die Fatigue-Symptomatik als mässig beurteilt habe, dass anlässlich der Begutachtung durch die Firma C.____ im Frühjahr 2018 keine sicheren Zeichen einer Fatigue beobachtet worden seien und dass auch bei der jetzigen Untersuchung keine offensichtlich erhöhte Ermüdbarkeit habe beobachtet werden können.

6.2.3 Sodann vermögen auch die vom Beschwerdeführer vorgebrachten Rügen und die entgegenstehenden Berichte von Dr. med. B.____ den Beweiswert der überzeugenden neuropsychologischen Beurteilung von lic. phil. D.____ nicht zu vermindern. Die von lic. phil. D.____ durchgeführten Tests haben, wie vorgehend ausgeführt, teilweise erhebliche Einschränkungen ergeben, welche aber im klaren Widerspruch zu dem vom Beschwerdeführer anlässlich der Begutachtungen sowie im Alltag gezeigten Verhalten (u.a. Berufsausübung und Autofahren) stehen. Zudem hat lic. phil. D.____ drei Symptomvalidierungen durchgeführt, welche alle auffällig waren. Demnach erscheint es überzeugend, wenn lic. phil. D.____ zum Schluss kommt, wegen der neuropsychologisch unplausiblen und logisch inkonsistenten Symptomproduktion seien sämtliche Testwerte dieser Untersuchung als ungültig zu betrachten. Aus der jetzigen Untersuchung liessen sich somit keine gesicherten Aussagen über die tatsächliche kognitive Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers ableiten. Bei diesem Resultat kann denn auch die vom Beschwerdeführer aufgeworfene Frage offen bleiben, ob lic. phil. D.____ sich genügend mit der spezifischen Fragestellung bei MS-Erkrankungen auskenne. So ist davon auszugehen, dass ein derart diskrepantes Testresultat auch im Lichte der MS-Erkrankung nicht zu anderen Schlussfolgerungen führen kann. Sodann kann aufgrund der nicht verwertbaren neuropsychologischen Testresultate – entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers – auch darauf verzichtet werden, das neuropsychologische Gutachten dem psychiatrischen Gutachter der C.____ zur Stellungnahme vorzulegen. Des Weiteren sind die von lic. phil. D.____ angeführten Testresultate genügend begründet und lassen sich mit den im vorliegenden Verfahren eingeholten Testunterlagen validieren, zumal die Testresultate auch mit den Resultaten aus dem C.____-Gutachten übereinstimmen. Zudem wurden auch von den C.____-Gutachtern deutliche Unplausibilitäten festgestellt. Insofern der Beschwerdeführer weiter rügt, die Untersuchungsdauer bei lic. phil. D.____ von 1.5 Stunden sei nicht ausreichend gewesen, ist darauf hinzuweisen, dass es für den Aussagegehalt eines Arztberichtes nicht auf die Dauer der Untersuchung ankommen kann; massgeblich ist vielmehr, ob der Bericht inhaltlich vollständig und im Ergebnis schlüssig ist (Urteil des EVG I 719/05 vom 17. November 2006, E. 3), was nach der obigen Beweiswürdigung hinsichtlich des Gutachtens von lic. phil. D.____ bejaht werden kann. Sodann vermag eine fehlende Fremdanamnese den Beweiswert des neuropsychologischen Gutachtens nicht zu schmälern. So ist es dem Gutachter überlassen, welche zusätzlichen Abklärungen er als notwendig erachtet, zumal angesichts der vorliegenden Testresultate die Aussagekraft zusätzlicher Fremdanamnese äusserst fraglich erscheint. Schliesslich ist dem Einwand von

Dr. med. B. ___ aber insofern Recht zu geben, dass lic. phil. D. ___ die Begriffe «Verdeutlichungstendenz, Aggravation und Simulation» in seiner Stellungnahme vom 23. September 2019 fälschlicherweise als Synonyme bezeichnet (vgl. zur Definition dieser Begriffe E. II. 6.2.1 hiervor). Immerhin weist aber auch das Bundesgericht darauf hin, dass die Abgrenzung zwischen einer Verdeutlichungstendenz einerseits und einer Aggravation oder Simulation andererseits häufig nicht einfach sei (Urteil des Bundesgerichts 9C_218/2018 vom 22. Juni 2018 E. 1.3.3; Michael Philipp, Verdeutlichung, Aggravation und Simulation in der sozialmedizinischen Begutachtung, in: Der Medizinische Sachverständige 3/2016 S. 91 ff.). So können sich habituelle Verdeutlichungstendenzen (Verdeutlichung) und situationsspezifische Aggravation überlagern (Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch, 267. Aufl. 2017, S. 32). Auch ohne explizite «Grenzziehung» zwischen diesen Begriffen ist es jedoch mit Blick auf seine Ausführungen im neuropsychologischen Gutachten von lic. phil. D. ___ nicht zu beanstanden, dass dieser einer Aggravation des Versicherten ausging, die eindeutig die blossе (unbewusste) Tendenz zur Beschwerdeausweitung und -verdeutlichung überstieg (siehe auch Urteil 8C_858/2017 vom 17. Mai 2018 E. 3.2). Im Übrigen sind auch die weiteren Rügen, welche die Qualitätsleitlinien zu den erweiterten psychodiagnostischen und neuropsychologischen Abklärungen betreffen, nicht geeignet, den Beweiswert der Expertise in Frage zu stellen. Weder Gesetz noch Rechtsprechung schreiben eine Begutachtung nach den entsprechenden Richtlinien vor. Ein Gutachten verliert nicht automatisch seine Beweiskraft, wenn es sich nicht an die erwähnten Qualitätsrichtlinien anlehnt (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_820/2016 vom 27. September 2017 E. 5.2). 6.2.4 Zusammenfassend ist somit festzuhalten, dass die neuropsychologischen Testresultate auf Grund der im neuropsychologischen Gutachten nicht bestandenen Symptomvalidierung nicht verwertet werden können. Die Konsequenzen dieser Beweislosigkeit trägt der einen Anspruch ableitende Beschwerdeführer. So wird nach der allgemeinen auch im Sozialversicherungsrecht geltenden (vgl. 8C_324/2014 E. 3.2) Beweisregel (Art. 8 Zivilgesetzbuch [ZGB, SR 210]) bei Beweislosigkeit vermutet, dass sich der geklagte Gesundheitsschaden nicht invalidisierend auswirkt. Bleiben die Auswirkungen eines objektivierbaren wie auch eines nicht (bildgebend) fassbaren Leidens auf die Arbeitsfähigkeit trotz in Nachachtung des Untersuchungsgrundsatzes sorgfältig durchgeführter Abklärungen vage und unbestimmt, ist der Beweis für die Anspruchsgrundlage nicht geleistet und nicht zu erbringen (BGE 140 V 290 E. 4.1 mit Hinweisen). Weitere neuropsychologische Abklärungen erübrigen sich deshalb, weil eben keine validen Ergebnisse vorlagen und dementsprechend keine solchen erwartet werden können, wenn weitere Tests durchgeführt würden. 7. Da der Beschwerdeführer gestützt auf die gutachterlichen Ausführungen demnach weder in der angestammten Tätigkeit als Kaufmann noch in einer Tätigkeit in seiner Arbeits- und Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist, erübrigt sich die Durchführung einer Invaliditätsberechnung. Somit ist es im Resultat nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin den Anspruch des Beschwerdeführers auf berufliche Massnahmen und eine Invalidenrente verneint hat. Demnach ist die Beschwerde abzuweisen.

E. 8

8.1 Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung.

8.2 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. Im vorliegenden Fall hat der Beschwerdeführer die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen, die mit dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe zu verrechnen sind.

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