

# **SO\_GERICHTE VSBES.2022.91 vom 31. März 2022**

SO Obergericht, 2022-03-31, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so\\_gerichte\\_VSBES.2022.91](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2022.91)

FR: SO\_GERICHTE VSBES.2022.91 du 31 mars 2022

IT: SO\_GERICHTE VSBES.2022.91 del 31 marzo 2022

## **Erwägungen**

### **E. 1**

1.1 Die Sachurteilsvoraussetzungen (Einhaltung von Frist und Form, örtliche und sachliche Zuständigkeit des angerufenen Gerichts) sind erfüllt. Auf die Beschwerde ist einzutreten.

1.2 Am 1. Januar 2022 trat das revidierte Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) in Kraft. Vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen sind in zeitlicher Hinsicht grundsätzlich diejenigen materiellen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestands Geltung haben (statt vieler: BGE 144 V 210 E. 4.3.1 S. 213 mit Hinweisen). Dementsprechend ist der Anspruch für die Zeit bis Ende 2021 nach denjenigen materiellrechtlichen Normen zu beurteilen, welche damals in Kraft standen.

### **E. 2**

2.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein. Die Invalidität gilt als eingetreten, sobald sie die für die Begründung des Anspruchs auf die jeweilige Leistung erforderliche Art und Schwere erreicht hat (Art. 4 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG).

2.2 Gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), und die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. b und c). Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente.

### **E. 3**

3.1 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 132 V 99 f. E. 4,

125 V 261 E. 4).

3.2 Das Administrativverfahren vor der IV-Stelle wie auch der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1, Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben IV-Stelle und Sozialversicherungsgericht den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht. Der Untersuchungsgrundsatz weist enge Bezüge zum ■ auf Verwaltungs- und Gerichtsstufe ebenfalls in gleicher Weise geltenden ■ Prinzip der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c in fine ATSG) auf (einschliesslich die antizipierte Beweiswürdigung): Führt die pflichtgemässe, umfassende und sachbezogene Beweiswürdigung den Versicherungsträger oder das Gericht zur Überzeugung, der Sachverhalt sei hinreichend abgeklärt, darf von weiteren Untersuchungen (Beweismassnahmen) abgesehen werden. Ergibt die Beweiswürdigung jedoch, dass erhebliche Zweifel an Vollständigkeit und / oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellungen bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteil des Bundesgerichts vom 9. April 2008, 8C\_308/2007, E. 2.2.1 mit vielen Hinweisen).

3.3 Der im Sozialversicherungsrecht massgebende Beweisgrad ist derjenige der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 117 V 194 f. E. 3.b). Das Bundesrecht schreibt nicht vor, wie die einzelnen Beweismittel zu würdigen sind. Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsbeschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (BGE 125 V 352 E. 3a). Der Sozialversicherungsrichter hat alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf er bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum er auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten ■ d.h. der Anamnese ■ abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und in seinen Schlussfolgerungen begründet ist (AHI 1997 S. 121; BGE 122 V 160). Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten.

Die Rechtsprechung erachtet es jedoch als mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (BGE 125 V 352 ff. E. 3b). So ist einem im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten medizinischen Gutachten durch externe Spezialärzte, welches auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten erstellt wurde und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangt, in der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 104 V 212). Andererseits ist der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Ärzte im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen mitunter eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 353).

4. Gemäss den Ausführungen des Beschwerdeführers komme das C.\_\_\_\_-Gutachten zum Schluss, dass keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden könne. Die Gutachter führten aus, dass eine durchgeführte Testung (Beck'sches Depressionsinventar) einen Wert für eine schwere depressive Symptomatik ergeben habe, dies allerdings nicht dem Eindruck entsprochen habe, den der Versicherte im Rahmen der Exploration hinterlassen habe. Die Einschätzung der Gutachter, wonach ein Widerspruch bestehe zwischen den Angaben des Beschwerdeführers bezüglich der Aktivitäten und der geschilderten Einschränkungen, führten zur Unmöglichkeit, eine Diagnose zu stellen. Dieser Widerspruch, der nicht direkt, jedoch indirekt mit Aggravation in Verbindung gebracht werde, lasse sich auch erklären mit dem Drang des Beschwerdeführers sich möglichst gut zu präsentieren, die Aktivitäten aufzubauschen und die «Leerzeiten» schönzureden. Ein Widerspruch zeige sich denn auch zwischen der angeblichen psychischen Gesundheit und dem Umstand, dass der Beschwerdeführer sein Leben nicht auf die Reihe bringe. Er lebe in einem Kellerzimmer bei seiner Mutter, erhalte bei den letzten Arbeitsstellen jeweils die Empfehlung selbst zu kündigen, um eine Kündigung durch den Arbeitgeber zu verhindern. Der Beschwerdeführer gehe seit vielen Jahren in eine Psychotherapie und sei mehrfach in stationärer Behandlung gewesen. Zuletzt sei er vom 9. Juli 2020 bis 20. August 2020 hospitalisiert gewesen. Anschliessend sei er vom 28. September 2020 bis 12. November 2021 (während 14 Monaten) teilstationär in der Tagesklinik gewesen. Seit dem Austritt werde er von der Psychiatriespitex begleitet. Bei Austritt aus der Tagesklinik sei von den behandelnden Ärzten sogar eine betreute Wohnform vorgeschlagen worden. Sodann hätten sich die behandelnden Ärzte im Schreiben vom 22. April 2022 zu den Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit geäussert. Sie stellten fest, dass der Beschwerdeführer in der Alltagsbewältigung massiv überfordert sei. Sie hielten auch fest, dass eine (von den Gutachtern empfohlene) Medikamentenumstellung bzw. -ergänzung aufgrund der komplexen somatischen Situation in Korrelation mit der Medikation gar nicht möglich gewesen sei. Die Behandler stellten fest, dass eine vollständige Arbeitsunfähigkeit im ersten Arbeitsmarkt vorliege. Eine Tätigkeit im geschützten Rahmen werde empfohlen. Die behandelnden Ärzte Dr. med. D.\_\_\_\_ und Dr. med. univ. E.\_\_\_\_ hätten den Beschwerdeführer während 14 Monaten in der Tagesklinik beobachten und so die Widersprüche zwischen den Einschätzungen der Gutachter, den angegebenen Aktivitäten des Beschwerdeführers und den geschilderten Einschränkungen einordnen können und seien zum Schluss gekommen, dass eine vollständige Arbeitsunfähigkeit vorliege. Den Gutachtern sei diese Klärung nicht gelungen. Auch bestünden erhebliche Zweifel am Gutachten, wenn diese scheinbar die ergänzende Behandlung mittels eines zusätzlichen Antidepressivums und einer bariatrischen Operation voraussetzten, was jedoch medizinisch nicht möglich sei. Die Feststellungen der Behandler deckten sich mit den erheblichen Einschränkungen in der Alltagsbewältigung und könnten somit überzeugen. Sollten wider Erwarten Zweifel an deren Einschätzungen bleiben, sei die widersprüchliche Situation bezüglich Diagnosen und Arbeitsfähigkeit mittels eines gerichtlich angeordneten Obergutachtens zu klären. Der Beschwerdeführer sei aus gesundheitlichen Gründen aus dem Arbeitsmarkt ausgegliedert worden. Im Falle der Annahme einer Restarbeitsfähigkeit sei er auf die Unterstützung der Beschwerdegegnerin angewiesen. Der Beschwerdeführer sei bereit, an einer beruflichen Massnahme im Sinne eines Aufbau- und Belastbarkeitstrainings mitzuwirken. Sodann habe die Beschwerdegegnerin von dem Aufenthalt in der psychiatrischen (Tages-)Klinik gewusst. Zudem sei beantragt worden, bei den behandelnden Ärzten die aktuellen Berichte

einzuholen. Die Beschwerdegegnerin habe dies unterlassen und damit den Untersuchungsgrundsatz verletzt. Der Sistierungsantrag bzw. die Aufhebung der formlosen Sistierung seien nicht beantwortet bzw. bekannt gegeben worden. Somit sei es dem Beschwerdeführer nicht möglich gewesen, die ausstehenden Berichte von sich aus einzureichen. Bereits aus diesen Gründen sei der angefochtene Entscheid aufzuheben. Sodann führe die Beschwerdegegnerin weiter aus, dass bei fehlender vollständiger Arbeitsunfähigkeit und daraus resultierender Eingliederungsfähigkeit keine Rente gesprochen werden könne. Diese Lesart würde zukünftig sämtliche Teilrenten ausschliessen. Es sei zudem davon auszugehen, dass das von der Beschwerdegegnerin zitierte Urteil (9C\_380/2021 vom 31. Januar 2022 E. 5.1) in der Lehre nicht unkommentiert bleiben werde. Sollte das Urteil die von der Beschwerdegegnerin behauptete Tragweite erhalten, müssten in casu konsequenterweise die beruflichen Massnahmen nicht abgewiesen werden. Schliesslich sei darauf hinzuweisen, dass der Beschwerdeführer seit Beginn der Arbeitsunfähigkeit nicht mehr in der Lage sei, diese Kompensationsleistung zu erbringen. Dies sei auf die Kombination von nicht therapierbaren somatischen und psychiatrischen Erkrankungen zurückzuführen.

Demgegenüber vertritt die Beschwerdegegnerin die Ansicht, die Abklärungen hätten ergeben, dass nach wie vor keine medizinische Diagnose vorliege, welche eine länger dauernde Arbeitsunfähigkeit begründe. Dem Beschwerdeführer seien jegliche Verweistätigkeiten weiterhin zumutbar, sofern das Belastungsprofil eingehalten werde: Keine grossen körperlichen Belastungen aufgrund des Herz-Kreislaufleidens sowie der Adipositas Grad II, Sicherstellung der zeitgerechten adäquaten Nahrungsaufnahme, keine Nacharbeit (siehe polydisziplinäres Gutachten vom 28. Januar 2020, S. 11). Der Beschwerdeführer sei in seiner Arbeits- und Leistungsfähigkeit nicht eingeschränkt. Sodann überzeuge die Kritik des Beschwerdeführers am Gutachten nicht. Auch wenn die Adipositas per magna nicht vor allem durch bariatrische Methoden reduziert werden könnte, wie im Gutachten festgehalten, sei der Beschwerdeführer nach Ansicht der Gutachterpersonen trotz seiner körperlichen Leiden in der Lage, sämtliche Tätigkeiten auszuüben, sofern das im Abklärungsergebnis festgehaltene Belastungsprofil eingehalten werde. Aus psychiatrischer Sicht werde im Gutachten festgehalten, dass sich aufgrund der Diskrepanzen im Vortrag des Beschwerdeführers, vor allem aufgrund der Beschwerdeschilderungen, aber auch aufgrund des signifikant schlechten Abschneidens in zwei unterschiedlichen Beschwerdevalidierungsverfahren, keine Diagnose habe herleiten lassen. Die diesbezügliche Beweislosigkeit gehe zu Lasten des Beschwerdeführers, da er als Versicherter die Beweislast für anspruchsbegründende Tatsachen trage (BGE 125 V 195 E. 2 mit Hinweisen). Da sich der Beschwerdeführer nicht im gutachterlich attestierten Ausmass arbeitsfähig fühle, bestehe zudem auch kein Anspruch auf berufliche Eingliederungsmassnahmen. Des Weiteren sei auf die ausführliche RAD-Stellungnahme vom 22. April 2021 zu verweisen, die die Kritikpunkte des Beschwerdeführers zu entkräften vermöge. In dieser Stellungnahme sei unter anderem festgehalten worden, die gutachterliche Exploration habe Hinweise darauf ergeben, dass das Funktionsniveau des Beschwerdeführers nicht in dem Masse eingeschränkt sei, wie er angegeben habe und er durchaus Aktivitäten verfolge, die gegen eine vollständige Arbeitsunfähigkeit sprächen (vgl. dazu auch Interdisziplinäre Gesamtbeurteilung vom 28. Januar 2020, Ziffer 4.6 [Konsistenzprüfung]). Habe aber nie eine vollständige Arbeitsunfähigkeit und somit auch keine Eingliederungsunfähigkeit vorgelegen, hätte mit Blick auf das Urteil des Bundesgerichts 9C\_380/2021 vom 31. Januar 2022 E. 5.1 eine Rente ohnehin nicht

zugesprochen werden dürfen. Wie es sich damit im Einzelnen verhalte, könne jedoch offenbleiben, da die sachverständigen Personen in ihrer interdisziplinären Gesamtbeurteilung überzeugend dargelegt hätten, dass beim Beschwerdeführer dauernd eine Arbeitsfähigkeit bestanden habe. Da in diesem Fall der Invaliditätsgrad unter 40 % liege resp. gar kein Invaliditätsgrad vorliege, habe die IV-Stelle den Rentenentscheid ohne Verletzung des Grundsatzes «Eingliederung vor Rente» erlassen. Selbst wenn das Gericht urteilen würde, dass die Abweisung beruflicher Eingliederungsmassnahmen nicht rechtmässig gewesen sei, würde dies nichts daran ändern, dass die Ablehnung des Rentenanspruchs rechtmässig gewesen sei. Wie im polydisziplinären Gutachten festgehalten, habe beim Versicherten andauernd eine 100%ige Arbeitsfähigkeit bestanden (vgl. polydisziplinäres Gutachten vom 28. Januar 2020, S. 12). Da sich der Versicherte nicht in dem von den Gutachterpersonen attestierten Ausmass arbeitsfähig gefühlt habe, sei nicht zu beanstanden, dass ein Anspruch auf berufliche Eingliederungsmassnahmen abgewiesen worden sei. Mangels subjektiver Eingliederungsfähigkeit habe die IV-Stelle die Anspruchsvoraussetzungen einzelner beruflicher Eingliederungsmassnahmen nicht näher prüfen müssen. Der Vollständigkeit halber werde auf die Randziffer 2300 im KSIR (Stand 1. Juli 2022) hingewiesen, die auf das in der erwähnte Urteil 9C\_380/2021 sowie auf den per 1. Januar 2022 eingeführten Art. 28 Abs. 1 bis IVG Bezug nehme, wonach eine Rente nach Art. 28 Abs. 1 IVG nicht zugesprochen werden könne, solange die Möglichkeit zur Eingliederung im Sinne von Art. 8 Absätze 1 bis und 1 ter IVG nicht ausgeschöpft seien. Diese Randziffer sei vorliegend jedoch nicht von Relevanz.

5. Strittig 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 der Memory Clinic des B.\_\_\_\_ vom 19. September 2017 (IV-Nr. 7, S. 15) wurden folgende Diagnosen gestellt:

Zur Beurteilung wurde ausgeführt, anamnestisch bestünden leichte kognitive Störungen seit mindestens zwei Jahren, der Verlauf werde als langsam progredient beschrieben. Die Gedächtnisschwierigkeiten und Wortfindungsstörungen träten in verschiedenen Lebenssituationen (Beruf und privater Alltag) auf. Relevante Beeinträchtigungen in Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL) bestünden hingegen bisher nicht. Die neuropsychologische Untersuchung objektiviere ein weitgehend altersentsprechend normgerechtes kognitives Leistungsprofil. Leichte Defizite zeigten sich in der selektiven Aufmerksamkeit (in einer Papier-Bleistift-Aufgabe verlangsamte Bearbeitungszeit bei knapp genügender Fehlerkontrolle; Prüfung am Computer unauffällig), in verbalepisodischen Gedächtnisleistungen (flache Lernkurve, verminderte Lernleistung, Einschränkungen im freien Abruf bei unauffälligen Leistungen im Wiedererkennen), im Arbeitsgedächtnis (verbal und nonverbal), in der verbalen und figuralen Ideenproduktion sowie in der kognitiven Flexibilität (Verlangsamung bei guter Fehlerkontrolle). Die Leistungen in den übrigen geprüften Teilfunktionen der Aufmerksamkeit und exekutiven Funktionen lägen in der Altersnorm. Es bestehe aktuell keine Agnosie, keine Aphasie, keine Apraxie. Die Ätiologie der objektivierten kognitiven Defizite bleibe vorerst unklar. Im MR-Schädel vom 29. August 2017 zeigten sich vaskuläre Veränderungen (Fazekas Score 2), welche die kognitive Verlangsamung und gewisse exekutive Einschränkungen miterklären könnten. Die Anamnese sowie die neuropsychologische Untersuchung seien

differentialdiagnostisch am ehesten vereinbar mit einer kognitiven Beeinträchtigung im Rahmen der rezidivierenden und chronifizierten depressiven Störung. Das kognitive Leistungsprofil zeige eine Beeinträchtigung der Exekutivfunktionen, der Aufmerksamkeit und des Gedächtnisses und keine weiteren lateralisierenden Befunde, welche zusätzlich den V.a. eine neurodegenerative Genese ergeben würden. Entsprechend zeige auch die Bildgebung keine umschriebene Atrophie. Die objektivierten leichten kognitiven Störungen könnten sich auf die Arbeitsfähigkeit im angestammten Beruf als Detailhandelsangestellter im Verkauf / Lager störend auswirken. Es werde deshalb zur affirmativen Beurteilung der Arbeitsfähigkeit eine psychiatrische Mitbeurteilung empfohlen.

5.2 Im Einwandschreiben vom 21. Dezember 2017 (IV-Nr. 12) hielt Dr. med. F.\_\_\_\_, Allgemeinarzt fest, beim Beschwerdeführer bestehe eine mittelgradige depressive Reaktion und ein massives Übergewicht von 158 kg auf 182 cm ■ BMI: 47.7. Er, Dr. med. F.\_\_\_\_, habe den Beschwerdeführer nun ab 27. November 2017 zu 50 % arbeitsunfähig schreiben müssen.

5.3 Dr. med. F.\_\_\_\_, Allgemeinarzt, führte in seinem Bericht vom 30. Oktober 2018 (IV-Nr. 21, S. 3) aus, bei zunehmender Verschlechterung habe er den Beschwerdeführer der Klinik G.\_\_\_\_ zugewiesen. Es bestehe bei der langdauernden Arbeitsunfähigkeit zu 50 % seit Sommer nun sogar eine sicher 80%ige Arbeitsunfähigkeit.

5.4 Im Austrittsbericht der Klinik G.\_\_\_\_ vom 15. Februar 2019 (IV-Nr. 26) wurden folgende Diagnosen gestellt:

Der Beschwerdeführer sei mit einem schwer depressiven Zustandsbild eingetreten (BDI II: 57= schwere Depressivität; HADS: 19). Er habe regelmässig und motiviert am multimodalen Therapieprogramm mit Einzel- und Gruppenpsychotherapie, Milieu-, Ergo-, Kunst-, Musik- sowie Sport- und Bewegungstherapie teilgenommen. Zudem habe er an der psychoedukativen Depressionsgruppe teilgenommen und sei vom hausinternen Sozialdienst beraten worden. Im weiteren Verlauf sei es ihm gelungen, mithilfe von Wochenplänen, der Erhöhung der Medikation und einem gezielten Aktivitätsaufbau, eine Besserung der depressiven Episode, verbunden mit einer leichten Stimmungsaufhellung, zu erreichen. Er habe sich daraufhin einerseits motivierter gezeigt, sich auf den Therapieprozess einzulassen, gleichzeitig seien Persönlichkeitsstile ersichtlich geworden, welche zu immer wiederkehrenden Konsequenzen seines Handelns geführt hätten und somit einen Boden für die immer wiederkehrenden Stimmungseinbrüche und depressiven Episoden darstellten. So habe er grosse Schwierigkeiten gezeigt, eigene Bedürfnisse im Alltag zu befriedigen oder zu kommunizieren und habe gerne kleine Gefälligkeiten für Mitpatienten gezeigt. Auch habe sich eine teilweise Externalisierung und selektive Wahrnehmung gezeigt, was den Veränderungsprozess, trotz hohem Leidensdruck und Wunsch seine psychosoziale Situation zu bessern, erschwerte habe. Gleichzeitig habe er Schwierigkeiten gehabt, Ärger anzubringen und habe sich bei Konfrontation in eine Passivität zurückgezogen. Zusätzlich seien Emotionsregulations- und Stresstoleranzstrategien erarbeitet und werteorientiertes Handeln besprochen worden. Der Beschwerdeführer sei in einem leicht gebesserten Zustand, dennoch mit weiterhin hohen Depressivität (BDI II: 50) aus der Klinik ausgetreten. Die Lebensqualität werde mit 50 % (WHOQOL) als leicht erhöht bewertet. Insgesamt sei, aufgrund der Komplexität innerhalb der Persönlichkeitsstörung, mit grossen Schwierigkeiten sich abzugrenzen und einer vorhandenen Externalisierungstendenz mit verringerter Selbstwirksamkeitserwartung, zugleich der erschwerten psychosozialen Situation, von einer hohen weiteren Gesamtbelastung (BSCL: 120) auszugehen.

Sodann sei aus somatischer Sicht festzuhalten, dass der Beschwerdeführer mit einem Körpergewicht von 153,4 kg (BMI 45,81 kg/m<sup>2</sup>) in die Klinik eingetreten sei. Durch geregelte Essstrukturen auf der Abteilung habe er deutlich profitieren und sein Gewicht auf 141,4 kg (BMI 42,22 kg/m<sup>2</sup>) bei Austritt reduzieren können. Regelmässige Blutzuckermessungen hätten von Anfang an recht gute Resultate gezeigt (immer im einstelligen Bereich), was ebenfalls auf die geregelten Essensstrukturen zurückzuführen sei. Entsprechend sei das HbA1c innert 8 Wochen von 9,7 auf 7,2 % gefallen. Wegen der vorbestehenden CPAP-Therapie sei beim Eintritt ein CPAP-Download veranlasst worden, der eine sehr gute Compliance (regelmässige Nutzung in 100 % der Nächte über 9 h) und eine AHI von 1/h unter Therapie gezeigt hätten.

5.5 Im C.\_\_\_\_-Gutachten vom 28. Januar 2020 (IV-Nr. 37.1; Fachrichtungen Neuropsychologie, Psychiatrie und Innere Medizin) wurden folgende Diagnosen gestellt:

Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (letzte Tätigkeit)

Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (letzte Tätigkeit)

Zur Beurteilung wurde ausgeführt, als Ergebnis der psychiatrischen Untersuchung könne festgehalten werden, dass bei dem Versicherten keine leitliniengerechte psychiatrische Diagnose zu stellen sei. Dies führe dazu, dass die Arbeitsfähigkeit des Versicherten aus psychiatrischer Sicht nicht eingeschränkt sei. Aufgrund der Auffälligkeiten, die der Versicherte hier gezeigt habe, könne auch nicht darauf rückgeschlossen werden, dass jemals eine relevante psychiatrische Symptomatik vorgelegen sei. Dies gelte auch aus neuropsychologischer Sicht. Die beiden standardmässig eingesetzten Symptomvalidierungsverfahren seien beide auffällig ausgefallen, darüber hätten sich im Vortrag des Versicherten deutliche Inkonsistenzen gezeigt, weshalb sich weder aus den gezeigten Leistungen noch aus den Vorbefunden eine sinnvolle Aussage zur aktuellen Arbeitsfähigkeit und/oder Funktionsfähigkeit im Alltag ableiten lasse. Sodann hätten aus internistischer Sicht zwar zahlreiche Diagnosen verifiziert werden können, die sich allerdings nicht auf die Arbeitsfähigkeit des Versicherten auswirkten.

5.6 Dr. med. H.\_\_\_\_, Kardiologie FMH, hielt in seinem Bericht vom 12. Mai 2020 (IV-Nr. 51, S. 6) fest, wie geplant habe er die Motilität der linken Kammer mit Echo-Kontrast dargestellt. Die systolische Funktion sei intakt ohne regionale Motilitätsstörungen. Auch bei der Rhythmusdiagnostik seien keine relevanten Bradykardien oder Pausen unter antiarrhythmischer Therapie und Betablocker zu verzeichnen, sodass die Therapie unverändert weitergeführt werden könne.

5.7 Im Verlaufsbericht der I.\_\_\_\_, vom 28. August 2020 (IV-Nr. 48, S. 2) stellte Dr. med. D.\_\_\_\_ aus psychiatrischer Sicht folgende Diagnosen:

Der Beschwerdeführer sei vom 9. August 2020 bis 20. August 2020 im Behandlungszentrum für Psychosomatik der J.\_\_\_\_ stationär behandelt worden. Dieser Aufenthalt habe zusammengefasst im Rahmen der Depression auftretende Antriebslosigkeit, Hoffnungs- und Perspektivlosigkeit, eine erhöhte Ermüdbarkeit (diese sei auch zurückzuführen auf das behandelte Schlafapnoesyndrom siehe oben), Konzentrationsstörungen mit Vergesslichkeit sowie sozialem Rückzug gezeigt. Es bestehe ein hoher Leidensdruck aufgrund der körperlichen und psychischen Beschwerden, der mangelhaften Tagesstruktur und Isolation. Das Leiden sei durch den übermässigen Bierkonsum von bis zu vier Litern alle drei Tage als dysfunktionale Bewältigungsstrategie

verstärkt worden, diesen habe der Beschwerdeführer während dem stationären Aufenthalt jedoch komplett sistieren und dies nach Austritt beibehalten können. Im stationären Rahmen habe er sich müde, antriebsarm gezeigt, habe unter Interesse- und Freudverlust sowie Schuldgefühlen aufgrund seines Gewichts und der aktuellen Situation gelitten. Zudem habe er über starke Stimmungsschwankungen berichtet, früher Selbstverletzungen mit gegen sich gerichteter Gewalt bis hin zu Frakturen (Radiuskopffraktur, die letzte Selbstverletzung habe er vor etwa drei Monaten begangen), sowie schwierigem Umgang mit Nähe-Distanz (er lebe isoliert, keine Freunde, keine Partnerschaft). Wegen Unzufriedenheit (Isolation, Arbeitslosigkeit, finanzielle Situation, gesundheitliche Situation, Übergewicht, wiederholte Suizidgedanken mit klarer Distanz zu Handlungsschritten) meide er direkte Menschenkontakte, im Rahmen der agoraphobischen Ängste auch Menschenansammlungen, enge Räume ohne Fluchtmöglichkeit und öffentliche Verkehrsmittel. Zurzeit bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Diese begründe sich zum einen aufgrund der psychischen Beschwerden zum anderen aber auch aufgrund der somatischen Diagnosen, welche vor allem auch die körperliche Belastbarkeit einschränkten (Obstruktives Schlafapnoesyndrom, Adipositas, Vorhofflimmern). Zudem sei der Beschwerdeführer seit längerer Zeit aus dem beruflichen Leben ausgeschieden, so dass eine Wiederaufnahme der Arbeitstätigkeit im Rahmen einer Wiedereingliederung und mit geringem Pensum (wie zum Beispiel Belastbarkeitstraining mit zwei Stunden pro Tag) zu empfehlen sei. Dabei könnte die Belastbarkeit im Kontext zu den körperlichen und psychischen Beschwerden evaluiert und entsprechend angepasst werden. Der Beschwerdeführer zeige sich diesbezüglich zugänglich und motiviert. Allerdings scheine er im Rahmen seiner dependenten Persönlichkeit auch sehr nachgiebig, seine Ressourcen zu überschätzen, sich tendenziell zu überfordern und als arbeitsfähiger einzuschätzen, als dass er es wirklich sei.

5.8 In ihrer Stellungnahme vom 22. April 2021 (IV-Nr. 53) führte Dr. med. K.\_\_\_\_, Fachärztin Neurologie FMH, vom Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) aus, aus den im Einwandverfahren eingereichten medizinischen Unterlagen könne höchstens indirekt, durch die intensivere Behandlung, eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes gegenüber dem Zeitpunkt der gutachterlichen Beurteilung (12/2019) abgeleitet werden. Eine tatsächliche Verschlechterung sei aber nicht ausgewiesen, der Versicherte stehe seit Jahren in wechselnd intensiver psychiatrischer Behandlung. Die Behandler beurteilten das bekannte Krankheitsgeschehen anders als die Gutachter, was durchaus ihrem Behandlungsauftrag entspreche. Für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit im sozialversicherungsrechtlichen Kontext sei aber nicht nur die subjektive Beschwerdelast ausschlaggebend. Die subjektiven Beschwerden müssten durch objektive Befunde und Beschwerdevalidierung auf ihre Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit geprüft werden. Eben diese Objektivierung und Beschwerdevalidierung sei im polydisziplinären Gutachten der C.\_\_\_\_ vom 28. Januar 2020 nicht möglich gewesen, weshalb keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit habe gestellt werden können. Die Beschwerdeschilderung des Versicherten, wie im Bericht Dr. med. D.\_\_\_\_ zuhanden des Rechtsdienstes Procap wiedergegen, finde sich bereits ausführlich in den gutachterlichen Abklärungen der C.\_\_\_\_. Neue, darüberhinausgehende Beschwerden seien im Bericht von Dr. med. D.\_\_\_\_ nicht ersichtlich. Im Gegensatz zum psychiatrischen Gutachten fehle im Bericht von Dr. med. D.\_\_\_\_ eine leitliniengerechte Befunderhebung, was wiederum einen Vergleich des Zustandsbildes zwischen 12/2019 und aktuell verunmögliche. Die diagnostische Beurteilung durch die Behandler der I.\_\_\_\_ sei bereits vor der Begutachtung

vorgelegen, der Gutachter habe die Vordiagnosen aufgrund der im Gutachten offensichtlich gewordenen Inkonsistenzen und Hinweisen auf bewusstes Vortäuschen nicht vorhandener Symptome nicht bestätigen können. Zwar habe der Versicherte auch im Gutachten im BDI Werte erreicht, die für eine schwere Depression sprächen, der klinische Eindruck habe aber nicht einer schweren Depression entsprochen. Die gutachterliche Exploration habe zudem Hinweise darauf ergeben, dass das Funktionsniveau des Versicherten nicht in dem Masse eingeschränkt sei, wie er angebe, und er durchaus Aktivitäten verfolge, die gegen eine vollständige Arbeitsunfähigkeit sprächen. Sodann habe die kardiologische Verlaufsuntersuchung inklusive Herz-MRT im Juli 2020 bei seit 04/2015 bekanntem paroxysmalem Vorhofflimmern und erhöhtem kardiovaskulären Risikoprofil bei krankhafter Adipositas, Diabetes mellitus und Hypertonie, weitgehend normale Befunde ergeben, insbesondere keine Verschlechterung gegenüber den Voruntersuchungen.

5.9 Im Austrittsbericht der I.\_\_\_\_ vom 25. November 2021 (IV-Nr. 60, S. 22) stellte Dr. med. D.\_\_\_\_ folgende Diagnosen:

Die Zuweisung sei zur weiteren psychiatrischen Behandlung und Sicherstellung einer geregelten Tagesstruktur erfolgt. Der Beschwerdeführer habe unter depressiven Beschwerden, vorwiegend geprägt von Niedergestimmtheit, Freudlosigkeit, Konzentrationsstörungen, Antriebsarmut, negativer Zukunftssicht und Insuffizienzgefühlen gelitten. Überdies seien zeitweise Suizidgedanken ohne konkrete Vorstellungen berichtet worden. Aufgrund der depressiven Symptomatik habe der Beschwerdeführer isoliert und zurückgezogen im gemeinsamen Haus der Mutter und Brüder gelebt. Die verordnete psychiatrische Medikation Paroxetin, welche vom Vorbehandler verschrieben worden sei, sei unverändert fortgeführt worden. Der Beschwerdeführer habe stets aktiv und präsent an den Therapien teilgenommen. Er habe sich gut in die Patientengruppe integriert gehabt und gute soziale Kompetenzen gezeigt. Die medizinische Behandlung in der Tagesklinik und der Kontakt mit Patienten hätten ihn motiviert, seinen Lebensstil zu ändern (er sei in die Wohnung eines Kollegen gezogen, um mehr Selbstständigkeit zu gewinnen). Am Ende der Behandlung habe er sich Ziele für die Zukunft gesetzt gehabt, die er nach seiner Entlassung anstreben möchte: Eine Peer Ausbildung, eine eigene Wohnung, gesunde Ernährung, weitere Alkoholabstinenz. Des Weiteren sei seit 20 Jahren eine Agoraphobie mit Angst vor öffentlichen Räumen, Menschenansammlungen und Verkehrsmitteln (wo keine Fluchtmöglichkeit gegeben sei) bekannt. Um die entsprechenden Situationen und den öffentlichen Verkehr zu vermeiden, sei ein zunehmender Rückzug und eine Isolation erfolgt. Seit fünf Jahren (auch während der medizinischen Behandlung in der Tagesklinik) seien die Beschwerden unter der psychiatrischen Medikation stabil.

5.10 Im Bericht vom 22. April 2022 (IV-Nr. 60, S. 29) führte Dr. med. D.\_\_\_\_, I.\_\_\_\_, aus, wie bereits im Austrittsbericht der Tagesklinik vom 25. November 2021 erwähnt, sei der Beschwerdeführer aufgrund der depressiven Symptomatik, Agoraphobie und Persönlichkeitsstörung mit emotional instabilen und abhängigen Anteilen in der Alltagsbewältigung massiv überfordert. Er lebe isoliert und zurückgezogen im Haus seiner Mutter. Aufgrund der komplexen somatischen Situation (insbesondere Herzproblematik) in Korrelation mit der Medikation (somatisch und psychiatrisch) sei es leider nicht möglich, den Beschwerdeführer auf ein zusätzliches Antidepressivum zur Behandlung der Depression und Angstsymptomatik einzustellen. Sein gesundheitlicher Zustand sei zudem beeinträchtigt durch das Übergewicht und ein Schlafapnoesyndrom, dadurch sei die körperliche Belastbarkeit schwer eingeschränkt. Zurzeit sei unter diesen Umständen keine

Befindlichkeitsbesserung zu erwarten. Aus medizinischer Sicht sei dem Beschwerdeführer aktuell keine Tätigkeit im ersten Arbeitsmarkt aufgrund der somatischen wie auch psychiatrischen Symptomatik in gegenseitigem Einfluss zumutbar. Eine leichte Tätigkeit im geschützten Bereich sei aus ärztlicher Sicht zumutbar.

6. Da sich die Beschwerdegegnerin in ihrer angefochtenen Verfügung im Wesentlichen auf das C.\_\_\_\_-Gutachten vom 28. Januar 2020 (IV-Nr. 37.1) abstützt, ist nachfolgend dessen Beweiswert zu prüfen:

6.1 Im internistischen Teilgutachten der C.\_\_\_\_ (IV-Nr. 37.4) wurde ausgeführt, im Vordergrund stehe die Adipositas per magna (Grad III) bei Binge-Eating-Disorder mit einem aktuellen BMI von 48.3 kg/m<sup>2</sup>. Alle bisherigen Anstrengungen eine Gewichtsreduktion zu erreichen seien nicht erfolgreich verlaufen. Eine bariatrische Massnahme komme in der Wahrnehmung des Versicherten zurzeit nicht in Frage. Der Diabetes Mellitus sei mit Janumet knapp ungenügend gut eingestellt, die Fettstoffwechselstörung sei mit Crestastatin suboptimal unter Kontrolle. Im Weiteren bestünden eine arterielle Hypertonie mit hypertensiver Kardiopathie sowie eine leichten diastolischen Dysfunktion gemäss TTE vom 27. Dezember 2018. Wegen eines paroxysmalen tachykarden Vorhofflimmerns ED 04/2015 werde bis heute die Antikoagulation mit Xarelto sowie die Thrombozytenaggregationshemmung mit ASS Cardio 100 mg durchgeführt. Im Rahmen des Schlafapnoe-Syndroms ED 2008 werde seit langem eine regelmässige CPAP-Therapie mit entsprechenden Kontrollen durchgeführt. Der Nikotinabusus sei während einiger Jahre unterbrochen gewesen und nach Aussage des Versicherten wegen schlechter psychischer Verfassung wieder aufgenommen worden. Der Vitamin-D-Mangel sei vorübergehend substituiert worden. Es bestehe eine leichte hypochrome normozytäre Anämie (Thrombozyten grenzwertig, Leukozyten deutlich erhöht). Vitamin B12 und Folsäure sollten substituiert werden. Gestützt auf die vorliegend erhobenen und mit den Vorakten übereinstimmenden Diagnosen vermag sodann die gutachterliche Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers aus internistischer Sicht zu überzeugen: Der Versicherte sei in der Lage, alle seiner Ausbildung und seiner Erfahrung entsprechenden beruflichen Tätigkeiten auszuüben. Grosse körperliche Belastungen sollten aufgrund des Herzkreislaufleidens sowie der Adipositas Grad III vermieden werden. Es sei darauf zu achten, dass die Planung der Arbeitseinsätze eine zeitgerechte adäquate Nahrungsaufnahme erlaube. Im allgemeininternistischen Bereich bestünden keine Erkrankungen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Die Beachtung des Belastungsprofils für eine erneute Tätigkeit im Detailhandel sei jedoch sehr wichtig.

Auf das internistische Teilgutachten, welches für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten ■ d.h. der Anamnese ■ abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und in seinen Schlussfolgerungen begründet ist (AHI 1997 S. 121; BGE 122 V 160), kann somit abgestellt werden.

6.2 Im neuropsychologischen Teilgutachten der C.\_\_\_\_ (IV-Nr. 37.5) wurde zur Beurteilung festgehalten, beim Beschwerdeführer hätten in der neuropsychologischen Abklärung keine aussagekräftigen Befunde erhoben werden können. Die Ergebnisse einer eingehenden Beschwerdevalidierung mithilfe spezifischer Verfahren seien sowohl für den kognitiven Bereich als auch für den Bereich der subjektiven Beschwerdeangaben auffällig ausgefallen, sodass weder ein valides Testprofil noch eine zuverlässige Beschwerdeschilderung durch den Versicherten habe ermittelt werden können. Innerhalb

der Testuntersuchung hätten sich zudem deutliche Inkonsistenzen gezeigt: Während beispielsweise verbale Inhalte durchschnittlich gut gelernt und zu einem späteren Zeitpunkt wieder hätten abgerufen werden könnten, habe sich im weitaus einfacheren Wiedererkennen der gelernten Informationen eine deutlich beeinträchtigte Leistung gefunden. Kaum erklärbar seien auch Wortfindungsstörungen bei Begriffen, die soeben gerade noch benutzt worden seien. In der Testsituation scheine sich der Beschwerdeführer zwar Mühe gegeben zu haben, die Ergebnisse hätten aber aufgrund der Inkonsistenzen kein interpretierbares und nachvollziehbares Bild ergeben. Inwiefern die beschriebenen Inkonsistenzen und übertriebenen Beschwerdeschilderungen im Rahmen der in den Akten dokumentierten jahrelangen psychischen Störung (es würden eine Persönlichkeitsstörung, eine rezidivierende depressive Störung, eine Binge Eating Störung sowie eine Panikstörung genannt) zu interpretieren seien, sei aus psychiatrischer Sicht zu beurteilen. In der Testsituation habe die Stimmung neutral gewirkt, Anzeichen einer erhöhten Anspannung oder Angst hätten nicht eruiert werden können. In einer neuropsychologischen Voruntersuchung im Jahr 2017 habe ein weitgehend normgerechtes kognitives Leistungsprofil erhoben werden können. Leichte Beeinträchtigungen seien in der selektiven Aufmerksamkeit, im verbalen Lernen und Abruf, im Arbeitsgedächtnis, in der Ideenproduktion sowie in der kognitiven Flexibilität festgestellt worden. Die leichten Beeinträchtigungen seien als am ehesten psychisch, durch die jahrelange rezidivierende depressive Störung verursacht, beurteilt worden. Die im MRI festgestellten vaskulären Veränderungen (Fazekas Score 2) könnten aber auch gewisse exekutive Dysfunktionen miterklären (Bericht Memory Clinic B.\_\_\_\_, 19. September 2017). Eine systematische Beurteilung der Validität der erhobenen Befunde sei damals allerdings nicht durchgeführt worden, weshalb auch diese Befunde nicht als gesichert valide beurteilt werden könnten. Gestützt auf die vorstehenden Ausführungen vermögen schliesslich auch die gutachterlichen Schlussfolgerungen zu überzeugen, wonach sich aus rein neuropsychologischer Sicht weder aus den gezeigten Leistungen noch aus den Vorbefunden eine sinnvolle Aussage zur aktuellen Arbeitsfähigkeit und / oder Funktionsfähigkeit im Alltag ableiten lasse. Allerdings sei auch nicht ausgeschlossen, dass tatsächliche kognitive Minderleistungen bestünden. Das Ausmass allfälliger Defizite lasse sich jedoch aufgrund der ungenügenden Anstrengungsbereitschaft, bzw. des ungenügenden Anstrengungsvermögens bei der Bearbeitung der Aufgaben aktuell nicht eruieren.

Zusammenfassend kann auf das schlüssige neuropsychologische Teilgutachten, welches den in E. II. 6.1 hiervor genannten rechtsprechungsgemässen Anforderungen an ein Gutachten entspricht (vgl. AHI 1997 S. 121; BGE 122 V 160), ebenfalls abgestellt werden.

6.3 Im psychiatrischen Teilgutachten der C.\_\_\_\_ (IV-Nr. 37.3) wurde zur Beurteilung festgehalten, der Beschwerdeführer habe beim Beck'schen Depressionsinventar einen Wert verwirklicht, der für eine schwere depressive Symptomatik spreche. Dies habe allerdings nicht dem Eindruck entsprochen, den der Versicherte im Rahmen der Exploration hinterlassen habe. Bei dem Versicherten habe aufgrund des signifikant schlechten Abschneidens in einem Beschwerdevalidierungsverfahren, vor allem aber aufgrund der deutlichen Diskrepanz zwischen seinem Auftreten und der geschilderten Symptomatik, keine leitliniengerechte Diagnose gestellt werden können. Diese gutachterliche Einschätzung wird durch die im Gutachten erhobenen Befunde bestätigt: Der Versicherte sei in einem guten Allgemeinzustand, einem adipösen Ernährungszustand und einem guten Pflegezustand gewesen. Er sei alters- und witterungsentsprechend gekleidet, die Kleidung

sei geordnet und sauber gewesen. Es sei leicht gelungen, einen tragfähigen Kontakt zum Versicherten herzustellen und durchgehend aufrecht zu erhalten. Die Auffassung sei nicht erschwert gewesen, die Konzentration nicht beeinträchtigt, auch nicht im Verlauf oder gegen Ende der Untersuchung. Es hätten keine Hinweise auf intellektuelle Defizite vorgelegen; die höheren kognitiven Leistungen (problemlösendes Denken, Urteilsvermögen) seien angemessen differenziert gewesen. Der Versicherte sei bewusstseinsklar sowie zeitlich, örtlich, situativ und zur eigenen Person vollständig orientiert gewesen. Es hätten keine Zeitgitterstörungen bestanden. Der Versicherte habe mit gut modulierter Stimme in adäquater Geschwindigkeit gesprochen. Der formale Gedankengang sei geordnet gewesen. Es zeigten sich in der Untersuchungssituation keine Wahngedanken, keine Halluzinationen, keine illusionären Verkennungen; auch anamnestisch hätten sich keine Hinweise für diesbezügliche psychopathologische Auffälligkeiten ergeben. Die Merkfähigkeit, das Kurz- und das Langzeitgedächtnis hätten im klinischpsychopathologischen Befund unbeeinträchtigt gewirkt. Störungen des Ich-Bewusstseins hätten nicht vorgelegen. Auch wenn keine explizite Testung der Intelligenz vorgenommen worden sei, hätten sich keine Hinweise auf eine Intelligenzminderung gezeigt. Das Intelligenzniveau habe passend zur Schulbildung und zum beruflichen Werdegang als durchschnittlich imponiert. Die Willenskräfte seien ausreichend strukturiert und regelrecht gewesen. Ambivalenz oder Ambitendenz beständen nicht. Die Antriebslage sei ausreichend gewesen. Die Gestik und die Mimik seien überwiegend ruhig gewesen. Die Stimmung und der Affekt seien psychomotorisch synthym unterstrichen worden. Der Versicherte habe sich in ausgeglichener Grundstimmung gezeigt. Die affektive Schwingungsfähigkeit sei nicht beeinträchtigt gewesen. Es hätten keine Affektlabilität oder Affektinkontinenz bestanden. Es hätten keine Interesselosigkeit, kein ausgewiesener Rückzug und keine Anhedonie erfragt werden können. Zwangssymptome oder phobische Ängste hätten nicht vorgelegen. Bei der hiesigen Untersuchung hätten sich keine Hinweise auf das Vorliegen einer akzentuierten Persönlichkeit oder gar Persönlichkeitsstörung ergeben. Insbesondere emotional instabile Inhalte seien hier nicht wahrnehmbar gewesen. Der Versicherte sei verträglich, er habe gescherzt, teilweise mit einem nachvollziehbaren, gesund wirkenden Sarkasmus über seine gegenwärtige Situation und habe in keiner Weise in seiner Persönlichkeit auffällig gewirkt. Die Urteils- und Kritikfähigkeit seien erhalten gewesen; es hätten keinerlei Hinweise für paranoide Denkinhalte vorgelegen. Der Versicherte sehe sich zu einer beruflichen Tätigkeit mit Einschränkungen in der Lage. Es seien Schlafstörungen, keine Störungen des Appetits aber eine Aufhebung der sexuellen Interessen berichtet worden.

Weiter führte der Gutachter aus, falls man beim Versicherten in der Vergangenheit tatsächlich von einer relevanten psychiatrischen Symptomatik ausgehen würde, so überrasche es, dass dieser, obwohl die Symptomatik vor 18 Jahren aufgetreten sei und seither im Wesentlichen unverändert bestehe, weiterhin habe beruflich tätig sein können. Auch entfalte der Versicherte seinen eigenen Angaben zufolge Aktivitäten, so helfe er beispielsweise seinem Bruder in dessen Garage und sei aktuell bemüht, 5'000 Modellautos zu verkaufen. All dies spreche gegen eine aufgehobene Arbeitsfähigkeit, vor allem aber gegen eine relevante depressive Symptomatik. Weiter stelle sich die Frage, warum prinzipiell gut zu behandelnde Störungsbilder auf eine entsprechende Behandlung nicht angesprochen hätten, wenngleich die Medikation eingenommen werde. Auch der zurückliegende Wechsel der Medikation innerhalb der gleichen Stoffgruppe (Serotonin-Wiederaufnahmehemmer) verwundere, da möglicherweise über eine andere

Stoffgruppe hätte nachgedacht werden können. Auch sei nicht erkennbar, dass Augmentationsstrategien versucht worden seien. Wie bereits ausgeführt, passten die Aktivitäten, die der Versicherte entwickle, nicht zu einer aufgehobenen Arbeitsfähigkeit. Das entscheidende Argument, warum beim Versicherten allerdings keine leitliniengerechte Diagnose gestellt werden könne, sei, dass dieser in zwei verschiedenen Beschwerdevalidierungsverfahren, die jeweils unterschiedliche Aspekte prüfe, massiv schlecht abgeschnitten habe, so dass laut Testmanual hinsichtlich des einen Verfahrens von einem praktisch sicheren Nachweis einer ungültigen Beschwerdeangabe und hinsichtlich des anderen Verfahrens vom zielgerichteten Vortäuschen einer nicht vorhandenen Symptomatik auszugehen sei. Um Missverständnisse zu vermeiden, erlaube sich der Referent den Hinweis, dass es sich jedenfalls bei einem Verfahren um ein solches handle, das bei Menschen mit einer Intelligenzminderung, einer beginnenden Demenz, aber auch einer floriden Schizophrenie zu vollkommen unauffälligen Ergebnissen führe, allerdings nur dann, wenn der Untersuchte eine ausreichende Anstrengungsbereitschaft zeige. Genau dies sei vorliegend offensichtlich nicht der Fall gewesen. Die bisher gestellten Diagnosen könnten aus den genannten Gründen nicht nachvollzogen werden. Offensichtlich seien Phänomene wie Aggravation beziehungsweise Simulation von den behandelnden Ärzten bisher nicht in Betracht gezogen worden. Hinsichtlich der Diagnose einer Persönlichkeitsstörung werde darauf hingewiesen, dass der letzte Bericht diese Diagnose nur aktenanamnestisch beschreibe, was dafür spreche, dass sie dort nicht habe wahrgenommen werden können. Dies entspreche auch der gutachterlichen Einschätzung. Aus psychiatrischer Sicht könne somit festgehalten werden, dass sich aufgrund der Diskrepanzen im Vortrag des Versicherten, vor allem aufgrund der Beschwerdeschilderung des Versicherten, aber auch seines signifikant schlechten Abschneidens in zwei unterschiedlichen Beschwerdevalidierungsverfahren keine Diagnose habe verifizieren lassen. Es sei nicht davon auszugehen, dass die Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht eingeschränkt sei bzw. gewesen sei.

Zusammenfassend kann auf das schlüssige psychiatrische Teilgutachten, welches den in E. II. 6.1 hiervor genannten rechtsprechungsgemässen Anforderungen an ein Gutachten entspricht (vgl. AHI 1997 S. 121; BGE 122 V 160), ebenfalls abgestellt werden. 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).

6.5 Gestützt auf die beweismässigen Teilgutachten vermag auch die interdisziplinäre Gesamtbeurteilung der C.\_\_\_\_-Gutachter zu überzeugen (s. E. II. 5.5 hiervor), wonach beim Beschwerdeführer keine Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden könnten und sowohl in der Vergangenheit als auch im Zeitpunkt der gutachterlichen Untersuchung keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit eruiert werden könne.

6.6 Sodann vermögen die Rügen des Beschwerdeführers den Beweiswert des C.\_\_\_\_-Gutachtens nicht zu vermindern. Der Beschwerdeführer macht unter anderem geltend, der im psychiatrischen Gutachten genannte Widerspruch, wonach das Beck'sche Depressionsinventar für eine schwere depressive Symptomatik spreche, während im Rahmen der Exploration keine krankheitswertige Störung habe festgestellt werden könne, sei mit dem Drang des Beschwerdeführers sich möglichst gut zu präsentieren, die Aktivitäten aufzubauschen und die «Leerzeiten» schönzureden, zu erklären. Diesbezüglich ist festzuhalten, dass sich die genannten Diskrepanzen nicht nur im psychiatrischen

Teilgutachten gezeigt haben, sondern auch im neuropsychologischen Teilgutachten, in welchem keine validen Testresultate erzielt wurden. Gemäss dem neuropsychologischen Gutachter waren diese nicht verwertbaren Testresultate auf die ungenügende Anstrengungsbereitschaft des Beschwerdeführers zurückzuführen. Selbst wenn man der vorerwähnten Erklärung des Beschwerdeführers für die bestehenden Widersprüche folgen würde, änderte dies nichts am Resultat, dass der Beschwerdeführer die Konsequenzen einer solchen Beweislosigkeit zu tragen hat (s. E. II. 6.7 hiernach). Die vom Beschwerdeführer weiter angeführten Umstände, wonach der vom 9. Juli 2020 bis 20. August 2020 hospitalisiert und anschliessend 28. September 2020 bis 12. November 2021 teilstationär in der Tagesklinik gewesen sei und seit seinem Austritt von der Psychiatriespitex begleitet werde, führen im Lichte der gemachten Ausführungen betreffend Beweislosigkeit ebenfalls zu keinem anderen Resultat.

Des Weiteren vermögen auch die entgegenstehenden Berichte der Behandler des Beschwerdeführers den Beweiswert der gutachterlichen Beurteilung nicht zu entkräften. Aus den Berichten der I. \_\_\_ geht zwar eine dem Gutachten diametral entgegenstehende Diagnosestellung und Beurteilung der Arbeitsfähigkeit hervor. Wie die RAD-Ärztin mit Stellungnahme vom 22. April 2021 aber zurecht darauf hingewiesen hat, fehlt es diesen Berichten teilweise an einer leitliniengerechten Befunderhebung, so dass die dort gestellten Diagnosen nur begrenzt überprüft werden können. Zudem wurden bei der von den psychiatrischen Ärzten attestierten 100%igen Arbeitsunfähigkeit auch die somatischen und damit fachfremden Beschwerden mitberücksichtigt, was den Beweiswert der diesbezüglichen Beurteilung zusätzlich schmälert. Des Weiteren ist in diesem Zusammenhang der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Ärzte im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen mitunter eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 353), weshalb den Berichten von Dr. med. D. \_\_\_ nur begrenzt Beweiswert zugemessen werden kann. Sodann wurde im C. \_\_\_-Gutachten ■ entgegen der Ansicht des behandelnden Psychiaters, Dr. med. D. \_\_\_, ■ nicht vorgeschlagen, den Beschwerdeführer auf ein zusätzliches Antidepressivum zur Behandlung der Depression und Angstsymptomatik einzustellen. Im Gutachten wurde lediglich angemerkt, es erstaune, dass beim Beschwerdeführer bei der Medikation nicht eine andere Stoffgruppe versucht worden sei. Zudem sei nicht erkennbar, dass Augmentationsstrategien versucht worden seien. Im Rahmen der Augmentation wird das Antidepressivum durch andere Medikamente unterstützt. Dabei handelt es sich etwa um Antipsychotika der neueren Generation, Lithium und Schilddrüsenhormone (Österreichische Ärztezeitung Nr. 20 / 25. Oktober 2016).

6.7 Zusammenfassend ist somit festzuhalten, dass gestützt auf das beweiswertige C. \_\_\_-Gutachten vom 28. Januar 2020 weder aus internistischer noch aus neuropsychologischer und psychiatrischer Sicht Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden können. Während im internistischen Teilgutachten gestützt auf die erhobenen Befunde und die Vorakten lediglich Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit gestellt wurden, war eine Diagnosestellung in den neuropsychologischen und psychiatrischen Teilgutachten aufgrund fehlender valider Testresultate bzw. der festgestellten erheblichen Inkonsistenzen nicht möglich. 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.

#### **E. 4**

Dem Beschwerdeführer sei die unentgeltliche Prozessführung zu bewilligen und er sei von allfälligen Vorschuss- und Sicherheitsleistungen zu befreien. Zudem sei ihm die unentgeltliche Rechtsverteidigung durch die Unterzeichnende zu gewähren.

#### **E. 5**

Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen (zuzüglich der gesetzlichen Mehrwertsteuer) zulasten der Beschwerdegegnerin. 3. Mit Beschwerdeantwort vom 6. Juli 2022 (A.S. 31) schliesst die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde. 4. Mit Verfügung vom 8. Juli 2022 (A.S. 32) wird dem Beschwerdeführer ab Prozessbeginn die unentgeltliche Rechtspflege (Befreiung von sämtlichen Gerichtskosten und von der Kostenvorschusspflicht) bewilligt und Rechtsanwältin Irja Zuber, [...] als unentgeltliche Rechtsbeiständin bestellt. 5. Mit Eingaben vom 21. Juli 2022 (A.S. 34 f.) und 28. Juli 2022 (A.S. 38) lassen sich die Parteien abschliessend vernehmen. 6. Auf die Ausführungen der Parteien in ihren Rechtsschriften wird nachfolgend, soweit notwendig, eingegangen. II. 1. 1.1 Die Sachurteilsvoraussetzungen (Einhaltung von Frist und Form, örtliche und sachliche Zuständigkeit des angerufenen Gerichts) sind erfüllt. Auf die Beschwerde ist einzutreten. 1.2 Am 1. Januar 2022 trat das revidierte Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) in Kraft. Vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen sind in zeitlicher Hinsicht grundsätzlich diejenigen materiellen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestands Geltung haben (statt vieler: BGE 144 V 210 E. 4.3.1 S. 213 mit Hinweisen). Dementsprechend ist der Anspruch für die Zeit bis Ende 2021 nach denjenigen materiellrechtlichen Normen zu beurteilen, welche damals in Kraft standen. 2. 2.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein. Die Invalidität gilt als eingetreten, sobald sie die für die Begründung des Anspruchs auf die jeweilige Leistung erforderliche Art und Schwere erreicht hat (Art. 4 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG). 2.2 Gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), und die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. b und c). Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente. 3. 3.1 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 132 V 99 f. E. 4,

125 V 261 E. 4). 3.2 Das Administrativverfahren vor der IV-Stelle wie auch der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1, Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben IV-Stelle und Sozialversicherungsgericht den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht. Der Untersuchungsgrundsatz weist enge Bezüge zum – auf Verwaltungs- und Gerichtsstufe ebenfalls in gleicher Weise geltenden – Prinzip der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c in fine ATSG) auf (einschliesslich die antizipierte Beweiswürdigung): Führt die pflichtgemässe, umfassende und sachbezogene Beweiswürdigung den Versicherungsträger oder das Gericht zur Überzeugung, der Sachverhalt sei hinreichend abgeklärt, darf von weiteren Untersuchungen (Beweismassnahmen) abgesehen werden. Ergibt die Beweiswürdigung jedoch, dass erhebliche Zweifel an Vollständigkeit und / oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellungen bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteil des Bundesgerichts vom 9. April 2008, 8C\_308/2007, E. 2.2.1 mit vielen Hinweisen).

3.3 Der im Sozialversicherungsrecht massgebende Beweisgrad ist derjenige der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 117 V 194 f. E. 3.b). Das Bundesrecht schreibt nicht vor, wie die einzelnen Beweismittel zu würdigen sind. Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsbeschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (BGE 125 V 352 E. 3a). Der Sozialversicherungsrichter hat alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf er bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum er auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten – d.h. der Anamnese – abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und in seinen Schlussfolgerungen begründet ist (AHI 1997 S. 121; BGE 122 V 160). Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten. Die Rechtsprechung erachtet es jedoch als mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (BGE 125 V 352 ff. E. 3b). So ist einem im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten medizinischen Gutachten durch externe Spezialärzte, welches auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten erstellt wurde und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangt, in der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 104 V 212). Andererseits ist der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Ärzte im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen mitunter eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 353).

4. Gemäss den Ausführungen des Beschwerdeführers komme das C.\_\_\_\_-Gutachten zum Schluss, dass keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden könne. Die Gutachter führten aus, dass eine durchgeführte Testung (Beck'sches

Depressionsinventar) einen Wert für eine schwere depressive Symptomatik ergeben habe, dies allerdings nicht dem Eindruck entsprochen habe, den der Versicherte im Rahmen der Exploration hinterlassen habe. Die Einschätzung der Gutachter, wonach ein Widerspruch bestehe zwischen den Angaben des Beschwerdeführers bezüglich der Aktivitäten und der geschilderten Einschränkungen, führten zur Unmöglichkeit, eine Diagnose zu stellen. Dieser Widerspruch, der nicht direkt, jedoch indirekt mit Aggravation in Verbindung gebracht werde, lasse sich auch erklären mit dem Drang des Beschwerdeführers sich möglichst gut zu präsentieren, die Aktivitäten aufzubauschen und die «Leerzeiten» schönzureden. Ein Widerspruch zeige sich denn auch zwischen der angeblichen psychischen Gesundheit und dem Umstand, dass der Beschwerdeführer sein Leben nicht auf die Reihe bringe. Er lebe in einem Kellerzimmer bei seiner Mutter, erhalte bei den letzten Arbeitsstellen jeweils die Empfehlung selbst zu kündigen, um eine Kündigung durch den Arbeitgeber zu verhindern. Der Beschwerdeführer gehe seit vielen Jahren in eine Psychotherapie und sei mehrfach in stationärer Behandlung gewesen. Zuletzt sei er vom 9. Juli 2020 bis 20. August 2020 hospitalisiert gewesen. Anschliessend sei er vom 28. September 2020 bis 12. November 2021 (während 14 Monaten) teilstationär in der Tagesklinik gewesen. Seit dem Austritt werde er von der Psychiatriespitex begleitet. Bei Austritt aus der Tagesklinik sei von den behandelnden Ärzten sogar eine betreute Wohnform vorgeschlagen worden. Sodann hätten sich die behandelnden Ärzte im Schreiben vom 22. April 2022 zu den Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit geäussert. Sie stellten fest, dass der Beschwerdeführer in der Alltagsbewältigung massiv überfordert sei. Sie hielten auch fest, dass eine (von den Gutachtern empfohlene) Medikamentenumstellung bzw. -ergänzung aufgrund der komplexen somatischen Situation in Korrelation mit der Medikation gar nicht möglich gewesen sei. Die Behandler stellten fest, dass eine vollständige Arbeitsunfähigkeit im ersten Arbeitsmarkt vorliege. Eine Tätigkeit im geschützten Rahmen werde empfohlen. Die behandelnden Ärzte Dr. med. D. \_\_\_ und Dr. med. univ. E. \_\_\_ hätten den Beschwerdeführer während 14 Monaten in der Tagesklinik beobachten und so die Widersprüche zwischen den Einschätzungen der Gutachter, den angegebenen Aktivitäten des Beschwerdeführers und den geschilderten Einschränkungen einordnen können und seien zum Schluss gekommen, dass eine vollständige Arbeitsunfähigkeit vorliege. Den Gutachtern sei diese Klärung nicht gelungen. Auch bestünden erhebliche Zweifel am Gutachten, wenn diese scheinbar die ergänzende Behandlung mittels eines zusätzlichen Antidepressivums und einer bariatrischen Operation voraussetzten, was jedoch medizinisch nicht möglich sei. Die Feststellungen der Behandler deckten sich mit den erheblichen Einschränkungen in der Alltagsbewältigung und könnten somit überzeugen. Sollten wider Erwarten Zweifel an deren Einschätzungen bleiben, sei die widersprüchliche Situation bezüglich Diagnosen und Arbeitsfähigkeit mittels eines gerichtlich angeordneten Obergutachtens zu klären. Der Beschwerdeführer sei aus gesundheitlichen Gründen aus dem Arbeitsmarkt ausgegliedert worden. Im Falle der Annahme einer Restarbeitsfähigkeit sei er auf die Unterstützung der Beschwerdegegnerin angewiesen. Der Beschwerdeführer sei bereit, an einer beruflichen Massnahme im Sinne eines Aufbau- und Belastbarkeitstrainings mitzuwirken. Sodann habe die Beschwerdegegnerin von dem Aufenthalt in der psychiatrischen (Tages-)Klinik gewusst. Zudem sei beantragt worden, bei den behandelnden Ärzten die aktuellen Berichte einzuholen. Die Beschwerdegegnerin habe dies unterlassen und damit den Untersuchungsgrundsatz verletzt. Der Sistierungsantrag bzw. die Aufhebung der formlosen Sistierung seien nicht beantwortet bzw. bekannt gegeben worden. Somit sei es dem

Beschwerdeführer nicht möglich gewesen, die ausstehenden Berichte von sich aus einzureichen. Bereits aus diesen Gründen sei der angefochtene Entscheid aufzuheben. Sodann führe die Beschwerdegegnerin weiter aus, dass bei fehlender vollständiger Arbeitsunfähigkeit und daraus resultierender Eingliederungsfähigkeit keine Rente gesprochen werden könne. Diese Lesart würde zukünftig sämtliche Teilrenten ausschliessen. Es sei zudem davon auszugehen, dass das von der Beschwerdegegnerin zitierte Urteil (9C\_380/2021 vom 31. Januar 2022 E. 5.1) in der Lehre nicht unkommentiert bleiben werde. Sollte das Urteil die von der Beschwerdegegnerin behauptete Tragweite erhalten, müssten in casu konsequenterweise die beruflichen Massnahmen nicht abgewiesen werden. Schliesslich sei darauf hinzuweisen, dass der Beschwerdeführer seit Beginn der Arbeitsunfähigkeit nicht mehr in der Lage sei, diese Kompensationsleistung zu erbringen. Dies sei auf die Kombination von nicht therapierbaren somatischen und psychiatrischen Erkrankungen zurückzuführen. Demgegenüber vertritt die Beschwerdegegnerin die Ansicht, die Abklärungen hätten ergeben, dass nach wie vor keine medizinische Diagnose vorliege, welche eine länger dauernde Arbeitsunfähigkeit begründe. Dem Beschwerdeführer seien jegliche Verweistätigkeiten weiterhin zumutbar, sofern das Belastungsprofil eingehalten werde: Keine grossen körperlichen Belastungen aufgrund des Herzkreislaufleidens sowie der Adipositas Grad II, Sicherstellung der zeitgerechten adäquaten Nahrungsaufnahme, keine Nacharbeit (siehe polydisziplinäres Gutachten vom 28. Januar 2020, S. 11). Der Beschwerdeführer sei in seiner Arbeits- und Leistungsfähigkeit nicht eingeschränkt. Sodann überzeuge die Kritik des Beschwerdeführers am Gutachten nicht. Auch wenn die Adipositas per magna nicht vor allem durch bariatrische Methoden reduziert werden könnte, wie im Gutachten festgehalten, sei der Beschwerdeführer nach Ansicht der Gutachterpersonen trotz seiner körperlichen Leiden in der Lage, sämtliche Tätigkeiten auszuüben, sofern das im Abklärungsergebnis festgehaltene Belastungsprofil eingehalten werde. Aus psychiatrischer Sicht werde im Gutachten festgehalten, dass sich aufgrund der Diskrepanzen im Vortrag des Beschwerdeführers, vor allem aufgrund der Beschwerdeschilderungen, aber auch aufgrund des signifikant schlechten Abschneidens in zwei unterschiedlichen Beschwerdevalidierungsverfahren, keine Diagnose habe herleiten lassen. Die diesbezügliche Beweislosigkeit gehe zu Lasten des Beschwerdeführers, da er als Versicherter die Beweislast für anspruchsbegründende Tatsachen trage (BGE 125 V 195 E. 2 mit Hinweisen). Da sich der Beschwerdeführer nicht im gutachterlich attestierten Ausmass arbeitsfähig fühle, bestehe zudem auch kein Anspruch auf berufliche Eingliederungsmassnahmen. Des Weiteren sei auf die ausführliche RAD-Stellungnahme vom 22. April 2021 zu verweisen, die die Kritikpunkte des Beschwerdeführers zu entkräften vermöge. In dieser Stellungnahme sei unter anderem festgehalten worden, die gutachterliche Exploration habe Hinweise darauf ergeben, dass das Funktionsniveau des Beschwerdeführers nicht in dem Masse eingeschränkt sei, wie er angegeben habe und er durchaus Aktivitäten verfolge, die gegen eine vollständige Arbeitsunfähigkeit sprächen (vgl. dazu auch Interdisziplinäre Gesamtbeurteilung vom 28. Januar 2020, Ziffer 4.6 [Konsistenzprüfung]). Habe aber nie eine vollständige Arbeitsunfähigkeit und somit auch keine Eingliederungsunfähigkeit vorgelegen, hätte mit Blick auf das Urteil des Bundesgerichts 9C\_380/2021 vom 31. Januar 2022 E. 5.1 eine Rente ohnehin nicht zugesprochen werden dürfen. Wie es sich damit im Einzelnen verhalte, könne jedoch offenbleiben, da die sachverständigen Personen in ihrer interdisziplinären Gesamtbeurteilung überzeugend dargelegt hätten, dass beim Beschwerdeführer dauernd eine Arbeitsfähigkeit bestanden habe. Da in diesem Fall der Invaliditätsgrad unter 40 %

liege resp. gar kein Invaliditätsgrad vorliege, habe die IV-Stelle den Rentenentscheid ohne Verletzung des Grundsatzes «Eingliederung vor Rente» erlassen. Selbst wenn das Gericht urteilen würde, dass die Abweisung beruflicher Eingliederungsmassnahmen nicht rechtmässig gewesen sei, würde dies nichts daran ändern, dass die Ablehnung des Rentenanspruchs rechtmässig gewesen sei. Wie im polydisziplinären Gutachten festgehalten, habe beim Versicherten andauernd eine 100%ige Arbeitsfähigkeit bestanden (vgl. polydisziplinäres Gutachten vom 28. Januar 2020, S. 12). Da sich der Versicherte nicht in dem von den Gutachterpersonen attestierten Ausmass arbeitsfähig gefühlt habe, sei nicht zu beanstanden, dass ein Anspruch auf berufliche Eingliederungsmassnahmen abgewiesen worden sei. Mangels subjektiver Eingliederungsfähigkeit habe die IV-Stelle die Anspruchsvoraussetzungen einzelner beruflicher Eingliederungsmassnahmen nicht näher prüfen müssen. Der Vollständigkeit halber werde auf die Randziffer 2300 im KSIR (Stand 1. Juli 2022) hingewiesen, die auf das in der erwähnte Urteil 9C\_380/2021 sowie auf den per 1. Januar 2022 eingeführten Art. 28 Abs. 1 bis IVG Bezug nehme, wonach eine Rente nach Art. 28 Abs. 1 IVG nicht zugesprochen werden könne, solange die Möglichkeit zur Eingliederung im Sinne von Art. 8 Absätze 1 bis und 1ter IVG nicht ausgeschöpft seien. Diese Randziffer sei vorliegend jedoch nicht von Relevanz. 5. Strittig 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 der Memory Clinic des B.\_\_\_\_ vom 19. September 2017 (IV-Nr. 7, S. 15) wurden folgende Diagnosen gestellt: 1. Subjektiv progrediente kognitive Störungen • Klinisch prädominante Gedächtnisstörungen · Neuropsychologische Untersuchung 1./04. September 2017, KSO: Leichte kognitive Defizite in der selektiven Aufmerksamkeit, verbal-episodischen Gedächtnisleistungen, im Arbeitsgedächtnis (verbal und nonverbal), in der verbalen und figuralen Ideenproduktion sowie der kognitiven Flexibilität. • MRI Hirn vom 29. August 2017: Vaskuläre Enzephalopathie Fazekas Score 2. • Laborchemische Diagnostik

## **E. 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). Die beantragten weiteren Abklärungen erübrigen sich deshalb, weil eben keine validen Ergebnisse vorlagen. Da somit keine invalidenversicherungsrelevanten Beschwerden erstellt sind, sind auch die vom Beschwerdeführer zusätzlich beantragten beruflichen Massnahmen abzuweisen. Im Übrigen durfte die Beschwerdegegnerin angesichts der Resultate der C.\_\_\_\_-Begutachtung darauf verzichten, weitere Berichte bei den behandelnden Psychiatern einzuholen, zumal diese, wie vorstehend dargelegt, den Beweiswert des Gutachtens nicht zu entkräften vermögen. Eine Verletzung der Untersuchungspflicht liegt demnach nicht vor.

7. Demnach ist die Beschwerde abzuweisen.

Der Beschwerdeführer steht ab Prozessbeginn im Genusse der unentgeltlichen Rechtspflege (vgl. E. I. 4. hiervor).

Die Kostenforderung ist bei Unterliegen der Partei mit unentgeltlichem Rechtsbeistand vom Gericht festzusetzen. Der Kanton entschädigt die unentgeltliche Rechtsbeiständin oder den unentgeltlichen Rechtsbeistand angemessen (Art. 122 Abs. 1 lit. a ZPO). Der Stundenansatz beträgt gemäss § 160 Abs. 3 Gebührentarif (GT) CHF 180.00. In Anbetracht von Aufwand und Schwierigkeit des Prozesses ist die Kostenforderung auf CHF 2'124.35 festzusetzen (10.3 Stunden zu CHF 180.00, zuzügl. Auslagen von 118.45 und MwSt), zahlbar durch die Zentrale Gerichtskasse des Kantons Solothurn. Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren sowie der Nachzahlungsanspruch der unentgeltlichen Rechtsbeiständin im Umfang von CHF 554.65 (CHF 2'679.00 ■ 2'124.35), wenn A.\_\_\_\_ zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

7.2 Aufgrund von Art. 69 Abs. 1bisIVG 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 an die gesamten Verfahrenskosten einen Betrag von CHF 600.00 zu bezahlen, die jedoch infolge Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege durch den Kanton Solothurn zu übernehmen sind (Art. 122 Abs. 1 lit. b ZPO). Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren, wenn A.\_\_\_\_ zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

Demnach wird erkannt:

2. Die Kostenforderung der unentgeltlichen Rechtsbeiständin, Rechtsanwältin Irja Zuber, [...], wird auf CHF 2'124.35 (inkl. Auslagen und MwSt) festgesetzt, zahlbar durch die Zentrale Gerichtskasse des Kantons Solothurn. Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren sowie der Nachzahlungsanspruch der unentgeltlichen Rechtsbeiständin im Umfang von CHF 554.65, wenn A.\_\_\_\_ zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

3. Der Beschwerdeführer hat die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen, die infolge Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege durch den Staat Solothurn zu übernehmen sind. Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren, wenn A.\_\_\_\_ zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

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

Die Präsidentin

Der Gerichtsschreiber

Weber-Probst

Isch

## **E. 9**

Dyslipidämie

## **E. 10**

Anamnestisch chronisches Vorhofflimmern

## **E. 11**

Obstruktives Schlafapnoe-Syndrom

## **E. 12**

Verlängerte QT-Zeit

## **E. 13**

Vitamin-D Unterversorgung (bei Eintritt 54 nmol/l) Der Beschwerdeführer sei mit einem schwer depressiven Zustandsbild eingetreten (BDI II: 57= schwere Depressivität; HADS: 19). Er habe regelmässig und motiviert am multimodalen Therapieprogramm mit Einzel- und Gruppenpsychotherapie, Milieu-, Ergo-, Kunst-, Musik- sowie Sport- und Bewegungstherapie teilgenommen. Zudem habe er an der psychoedukativen Depressionsgruppe teilgenommen und sei vom hausinternen Sozialdienst beraten worden. Im weiteren Verlauf sei es ihm gelungen, mithilfe von Wochenplänen, der Erhöhung der Medikation und einem gezielten Aktivitätenaufbau, eine Besserung der depressiven Episode, verbunden mit einer leichten Stimmungsaufhellung, zu erreichen. Er habe sich daraufhin einerseits motivierter gezeigt, sich auf den Therapieprozess einzulassen, gleichzeitig seien Persönlichkeitsstile ersichtlich geworden, welche zu immer wiederkehrenden Konsequenzen seines Handelns geführt hätten und somit einen Boden für die immer wiederkehrenden Stimmungseinbrüche und depressiven Episoden darstellten. So habe er grosse Schwierigkeiten gezeigt, eigene Bedürfnisse im Alltag zu befriedigen oder zu kommunizieren und habe gerne kleine Gefälligkeiten für Mitpatienten gezeigt. Auch habe sich eine teilweise Externalisierung und selektive Wahrnehmung gezeigt, was den Veränderungsprozess, trotz hohem Leidensdruck und Wunsch seine psychosoziale Situation zu bessern, erschwerte habe. Gleichzeitig habe er Schwierigkeiten gehabt, Ärger anzubringen und habe sich bei Konfrontation in eine Passivität zurückgezogen. Zusätzlich seien Emotionsregulations- und Stresstoleranzstrategien erarbeitet und werteorientiertes Handeln besprochen worden. Der Beschwerdeführer sei in einem leicht gebesserten Zustand, dennoch mit weiterhin hohen Depressivität (BDI II: 50) aus der Klinik ausgetreten. Die Lebensqualität werde mit 50 % (WHOQOL) als leicht erhöht bewertet. Insgesamt sei, aufgrund der Komplexität innerhalb der Persönlichkeitsstörung, mit grossen Schwierigkeiten sich abzugrenzen und einer vorhandenen Externalisierungstendenz mit verringerter Selbstwirksamkeitserwartung, zugleich der erschwerten psychosozialen Situation, von einer hohen weiteren Gesamtbelastung (BSCL: 120) auszugehen. Sodann sei aus somatischer Sicht festzuhalten, dass der Beschwerdeführer mit einem Körpergewicht von 153,4 kg (BMI 45,81 kg/m<sup>2</sup>) in die Klinik eingetreten sei. Durch geregelte Essstrukturen auf der Abteilung habe er deutlich profitieren und sein Gewicht auf 141,4 kg (BMI 42,22 kg/m<sup>2</sup>) bei Austritt reduzieren können. Regelmässige Blutzuckermessungen hätten von Anfang an recht gute Resultate gezeigt (immer im einstelligen Bereich), was ebenfalls auf die geregelten Essensstrukturen zurückzuführen sei. Entsprechend sei das HbA1c innert 8 Wochen von 9,7 auf 7,2 % gefallen. Wegen der vorbestehenden CPAP-Therapie sei beim Eintritt ein CPAP-Download veranlasst worden, der eine sehr gute

Compliance (regelmässige Nutzung in 100 % der Nächte über 9 h) und eine AHI von 1/h unter Therapie gezeigt hätten. 5.5 Im C.\_\_\_\_-Gutachten vom 28. Januar 2020 (IV-Nr. 37.1; Fachrichtungen Neuropsychologie, Psychiatrie und Innere Medizin) wurden folgende Diagnosen gestellt: Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (letzte Tätigkeit) - Keine Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (letzte Tätigkeit) 1. Binge-Eating-Disorder mit Adipositas per magna (Grad III), BMI 48.3 kg/m<sup>2</sup> 2. Diabetes mellitus Typ 2, knapp ungenügend gut eingestellt 3. Hyperlipidämie, suboptimal eingestellt 4. Arterielle Hypertonie, hypertensive Kardiopathie mit leichter diastolischer Dysfunktion (TTE 27. Dezember 2018), knapp genügend eingestellt 5. Paroxysmales tachykardes Vorhofflimmern ED 04/2015, Antikoagulation mit Xarelto sowie Thrombozytenaggregationshemmer mit ASS Cardio 100 mg 6. Leichte hypochrome normozytäre Anämie (Thrombozyten grenzwertig, Leukozyten deutlich erhöht, Vitamin B12 und Folsäure Substitution angezeigt) 7. Obstruktives Schlafapnoe-Syndrom CPAP-Behandlung ab 2008 8. Nikotinabusus 9. Vitamin-D-Mangel (anamnestisch), korrigiert Zur Beurteilung wurde ausgeführt, als Ergebnis der psychiatrischen Untersuchung könne festgehalten werden, dass bei dem Versicherten keine leitliniengerechte psychiatrische Diagnose zu stellen sei. Dies führe dazu, dass die Arbeitsfähigkeit des Versicherten aus psychiatrischer Sicht nicht eingeschränkt sei. Aufgrund der Auffälligkeiten, die der Versicherte hier gezeigt habe, könne auch nicht darauf rückgeschlossen werden, dass jemals eine relevante psychiatrische Symptomatik vorgelegen sei. Dies gelte auch aus neuropsychologischer Sicht. Die beiden standardmässig eingesetzten Symptomvalidierungsverfahren seien beide auffällig ausgefallen, darüber hätten sich im Vortrag des Versicherten deutliche Inkonsistenzen gezeigt, weshalb sich weder aus den gezeigten Leistungen noch aus den Vorbefunden eine sinnvolle Aussage zur aktuellen Arbeitsfähigkeit und/oder Funktionsfähigkeit im Alltag ableiten lasse. Sodann hätten aus internistischer Sicht zwar zahlreiche Diagnosen verifiziert werden können, die sich allerdings nicht auf die Arbeitsfähigkeit des Versicherten auswirkten. 5.6 Dr. med. H.\_\_\_\_, Kardiologie FMH, hielt in seinem Bericht vom 12. Mai 2020 (IV-Nr. 51, S. 6) fest, wie geplant habe er die Motilität der linken Kammer mit Echo-Kontrast dargestellt. Die systolische Funktion sei intakt ohne regionale Motilitätsstörungen. Auch bei der Rhythmusdiagnostik seien keine relevanten Bradykardien oder Pausen unter antiarrhythmischer Therapie und Betablocker zu verzeichnen, sodass die Therapie unverändert weitergeführt werden könne. 5.7 Im Verlaufsbericht der I.\_\_\_\_, vom 28. August 2020 (IV-Nr. 48, S. 2) stellte Dr. med. D.\_\_\_\_ aus psychiatrischer Sicht folgende Diagnosen: - Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (F33.1) - Agoraphobie, gegenwärtig ohne Panikstörung (F40.00) - Alkoholabhängigkeitssyndrom, episodischer Substanzgebrauch (F10.26) - Aktenanamnestisch kombinierte Persönlichkeitsstörung mit emotional instabilen und abhängigen Anteilen (F61.0) Der Beschwerdeführer sei vom 9. August 2020 bis 20. August 2020 im Behandlungszentrum für Psychosomatik der J.\_\_\_\_ stationär behandelt worden. Dieser Aufenthalt habe zusammengefasst im Rahmen der Depression auftretende Antriebslosigkeit, Hoffnungs- und Perspektivlosigkeit, eine erhöhte Ermüdbarkeit (diese sei auch zurückzuführen auf das behandelte Schlafapnoesyndrom siehe oben), Konzentrationsstörungen mit Vergesslichkeit sowie sozialem Rückzug gezeigt. Es bestehe ein hoher Leidensdruck aufgrund der körperlichen und psychischen Beschwerden, der mangelhaften Tagesstruktur und Isolation. Das Leiden sei durch den übermässigen Bierkonsum von bis zu vier Litern alle drei Tage als dysfunktionale Bewältigungsstrategie

verstärkt worden, diesen habe der Beschwerdeführer während dem stationären Aufenthalt jedoch komplett sistieren und dies nach Austritt beibehalten können. Im stationären Rahmen habe er sich müde, antriebsarm gezeigt, habe unter Interesse- und Freudverlust sowie Schuldgefühlen aufgrund seines Gewichts und der aktuellen Situation gelitten. Zudem habe er über starke Stimmungsschwankungen berichtet, früher Selbstverletzungen mit gegen sich gerichteter Gewalt bis hin zu Frakturen (Radiuskopffraktur, die letzte Selbstverletzung habe er vor etwa drei Monaten begangen), sowie schwierigem Umgang mit Nähe-Distanz (er lebe isoliert, keine Freunde, keine Partnerschaft). Wegen Unzufriedenheit (Isolation, Arbeitslosigkeit, finanzielle Situation, gesundheitliche Situation, Übergewicht, wiederholte Suizidgedanken mit klarer Distanz zu Handlungsschritten) meide er direkte Menschenkontakte, im Rahmen der agoraphobischen Ängste auch Menschenansammlungen, enge Räume ohne Fluchtmöglichkeit und öffentliche Verkehrsmittel. Zurzeit bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Diese begründe sich zum einen aufgrund der psychischen Beschwerden zum anderen aber auch aufgrund der somatischen Diagnosen, welche vor allem auch die körperliche Belastbarkeit einschränkten (Obstruktives Schlafapnoesyndrom, Adipositas, Vorhofflimmern). Zudem sei der Beschwerdeführer seit längerer Zeit aus dem beruflichen Leben ausgeschieden, so dass eine Wiederaufnahme der Arbeitstätigkeit im Rahmen einer Wiedereingliederung und mit geringem Pensum (wie zum Beispiel Belastbarkeitstraining mit zwei Stunden pro Tag) zu empfehlen sei. Dabei könnte die Belastbarkeit im Kontext zu den körperlichen und psychischen Beschwerden evaluiert und entsprechend angepasst werden. Der Beschwerdeführer zeige sich diesbezüglich zugänglich und motiviert. Allerdings scheine er im Rahmen seiner dependenten Persönlichkeit auch sehr nachgiebig, seine Ressourcen zu überschätzen, sich tendenziell zu überfordern und als arbeitsfähiger einzuschätzen, als dass er es wirklich sei.

5.8 In ihrer Stellungnahme vom 22. April 2021 (IV-Nr. 53) führte Dr. med. K.\_\_\_\_, Fachärztin Neurologie FMH, vom Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) aus, aus den im Einwandverfahren eingereichten medizinischen Unterlagen könne höchstens indirekt, durch die intensivere Behandlung, eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes gegenüber dem Zeitpunkt der gutachterlichen Beurteilung (12/2019) abgeleitet werden. Eine tatsächliche Verschlechterung sei aber nicht ausgewiesen, der Versicherte stehe seit Jahren in wechselnd intensiver psychiatrischer Behandlung. Die Behandler beurteilten das bekannte Krankheitsgeschehen anders als die Gutachter, was durchaus ihrem Behandlungsauftrag entspreche. Für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit im sozialversicherungsrechtlichen Kontext sei aber nicht nur die subjektive Beschwerdelast ausschlaggebend. Die subjektiven Beschwerden müssten durch objektive Befunde und Beschwerdevalidierung auf ihre Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit geprüft werden. Eben diese Objektivierung und Beschwerdevalidierung sei im polydisziplinären Gutachten der C.\_\_\_\_ vom 28. Januar 2020 nicht möglich gewesen, weshalb keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit habe gestellt werden können. Die Beschwerdeschilderung des Versicherten, wie im Bericht Dr. med. D.\_\_\_\_ zuhanden des Rechtsdienstes Procap wiedergegen, finde sich bereits ausführlich in den gutachterlichen Abklärungen der C.\_\_\_\_. Neue, darüberhinausgehende Beschwerden seien im Bericht von Dr. med. D.\_\_\_\_ nicht ersichtlich. Im Gegensatz zum psychiatrischen Gutachten fehle im Bericht von Dr. med. D.\_\_\_\_ eine leitliniengerechte Befunderhebung, was wiederum einen Vergleich des Zustandsbildes zwischen 12/2019 und aktuell verunmögliche. Die diagnostische Beurteilung durch die Behandler der I.\_\_\_\_ sei bereits vor der Begutachtung vorgelegen, der Gutachter habe die Vordiagnosen aufgrund der im Gutachten offensichtlich

gewordenen Inkonsistenzen und Hinweisen auf bewusstes Vortäuschen nicht vorhandener Symptome nicht bestätigen können. Zwar habe der Versicherte auch im Gutachten im BDI Werte erreicht, die für eine schwere Depression sprächen, der klinische Eindruck habe aber nicht einer schweren Depression entsprochen. Die gutachterliche Exploration habe zudem Hinweise darauf ergeben, dass das Funktionsniveau des Versicherten nicht in dem Maße eingeschränkt sei, wie er angebe, und er durchaus Aktivitäten verfolge, die gegen eine vollständige Arbeitsunfähigkeit sprächen. Sodann habe die kardiologische Verlaufsuntersuchung inklusive Herz-MRT im Juli 2020 bei seit 04/2015 bekanntem paroxysmalem Vorhofflimmern und erhöhtem kardiovaskulären Risikoprofil bei krankhafter Adipositas, Diabetes mellitus und Hypertonie, weitgehend normale Befunde ergeben, insbesondere keine Verschlechterung gegenüber den Voruntersuchungen. 5.9 Im Austrittsbericht der I. \_\_\_ vom 25. November 2021 (IV-Nr. 60, S. 22) stellte Dr. med. D. \_\_\_ folgende Diagnosen: 1. Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode (F33.0) 2. Kombinierte Persönlichkeitsstörung mit emotional instabilen und abhängigen Anteilen (F61.0) 3. Agoraphobie, gegenwärtig ohne Angaben einer Panikstörung (F40.00) 4. Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol, Abhängigkeitssyndrom, gegenwärtig abstinent (F10.20) Die Zuweisung sei zur weiteren psychiatrischen Behandlung und Sicherstellung einer geregelten Tagesstruktur erfolgt. Der Beschwerdeführer habe unter depressiven Beschwerden, vorwiegend geprägt von Niedergestimmtheit, Freudlosigkeit, Konzentrationsstörungen, Antriebsarmut, negativer Zukunftssicht und Insuffizienzgefühlen gelitten. Überdies seien zeitweise Suizidgedanken ohne konkrete Vorstellungen berichtet worden. Aufgrund der depressiven Symptomatik habe der Beschwerdeführer isoliert und zurückgezogen im gemeinsamen Haus der Mutter und Brüder gelebt. Die verordnete psychiatrische Medikation Paroxetin, welche vom Vorbehandler verschrieben worden sei, sei unverändert fortgeführt worden. Der Beschwerdeführer habe stets aktiv und präsent an den Therapien teilgenommen. Er habe sich gut in die Patientengruppe integriert gehabt und gute soziale Kompetenzen gezeigt. Die medizinische Behandlung in der Tagesklinik und der Kontakt mit Patienten hätten ihn motiviert, seinen Lebensstil zu ändern (er sei in die Wohnung eines Kollegen gezogen, um mehr Selbstständigkeit zu gewinnen). Am Ende der Behandlung habe er sich Ziele für die Zukunft gesetzt gehabt, die er nach seiner Entlassung anstreben möchte: Eine Peer Ausbildung, eine eigene Wohnung, gesunde Ernährung, weitere Alkoholabstinenz. Des Weiteren sei seit 20 Jahren eine Agoraphobie mit Angst vor öffentlichen Räumen, Menschenansammlungen und Verkehrsmitteln (wo keine Fluchtmöglichkeit gegeben sei) bekannt. Um die entsprechenden Situationen und den öffentlichen Verkehr zu vermeiden, sei ein zunehmender Rückzug und eine Isolation erfolgt. Seit fünf Jahren (auch während der medizinischen Behandlung in der Tagesklinik) seien die Beschwerden unter der psychiatrischen Medikation stabil. 5.10 Im Bericht vom 22. April 2022 (IV-Nr. 60, S. 29) führte Dr. med. D. \_\_\_, I. \_\_\_, aus, wie bereits im Austrittsbericht der Tagesklinik vom 25. November 2021 erwähnt, sei der Beschwerdeführer aufgrund der depressiven Symptomatik, Agoraphobie und Persönlichkeitsstörung mit emotional instabilen und abhängigen Anteilen in der Alltagsbewältigung massiv überfordert. Er lebe isoliert und zurückgezogen im Haus seiner Mutter. Aufgrund der komplexen somatischen Situation (insbesondere Herzproblematik) in Korrelation mit der Medikation (somatisch und psychiatrisch) sei es leider nicht möglich, den Beschwerdeführer auf ein zusätzliches Antidepressivum zur Behandlung der Depression und Angstsymptomatik einzustellen. Sein gesundheitlicher Zustand sei zudem beeinträchtigt durch das Übergewicht und ein

Schlafapnoesyndrom, dadurch sei die körperliche Belastbarkeit schwer eingeschränkt. Zurzeit sei unter diesen Umständen keine Befindlichkeitsbesserung zu erwarten. Aus medizinischer Sicht sei dem Beschwerdeführer aktuell keine Tätigkeit im ersten Arbeitsmarkt aufgrund der somatischen wie auch psychiatrischen Symptomatik in gegenseitigem Einfluss zumutbar. Eine leichte Tätigkeit im geschützten Bereich sei aus ärztlicher Sicht zumutbar.

6. Da sich die Beschwerdegegnerin in ihrer angefochtenen Verfügung im Wesentlichen auf das C.\_\_\_\_-Gutachten vom 28. Januar 2020 (IV-Nr. 37.1) abstützt, ist nachfolgend dessen Beweiswert zu prüfen: 6.1 Im internistischen Teilgutachten der C.\_\_\_\_ (IV-Nr. 37.4) wurde ausgeführt, im Vordergrund stehe die Adipositas per magna (Grad III) bei Binge-Eating-Disorder mit einem aktuellen BMI von 48.3 kg/m<sup>2</sup>. Alle bisherigen Anstrengungen eine Gewichtsreduktion zu erreichen seien nicht erfolgreich verlaufen. Eine bariatrische Massnahme komme in der Wahrnehmung des Versicherten zurzeit nicht in Frage. Der Diabetes Mellitus sei mit Janumet knapp ungenügend gut eingestellt, die Fettstoffwechselstörung sei mit Crestastatin suboptimal unter Kontrolle. Im Weiteren bestünden eine arterielle Hypertonie mit hypertensiver Kardiopathie sowie eine leichten diastolischen Dysfunktion gemäss TTE vom 27. Dezember 2018. Wegen eines paroxysmalen tachykarden Vorhofflimmerns ED 04/2015 werde bis heute die Antikoagulation mit Xarelto sowie die Thrombozytenaggregationshemmung mit ASS Cardio 100 mg durchgeführt. Im Rahmen des Schlafapnoe-Syndroms ED 2008 werde seit langem eine regelmässige CPAP-Therapie mit entsprechenden Kontrollen durchgeführt. Der Nikotinabusus sei während einiger Jahre unterbrochen gewesen und nach Aussage des Versicherten wegen schlechter psychischer Verfassung wieder aufgenommen worden. Der Vitamin-D-Mangel sei vorübergehend substituiert worden. Es bestehe eine leichte hypochrome normozytäre Anämie (Thrombozyten grenzwertig, Leukozyten deutlich erhöht). Vitamin B12 und Folsäure sollten substituiert werden. Gestützt auf die vorliegend erhobenen und mit den Vorakten übereinstimmenden Diagnosen vermag sodann die gutachterliche Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers aus internistischer Sicht zu überzeugen: Der Versicherte sei in der Lage, alle seiner Ausbildung und seiner Erfahrung entsprechenden beruflichen Tätigkeiten auszuüben. Grosse körperliche Belastungen sollten aufgrund des Herzkreislaufleidens sowie der Adipositas Grad III vermieden werden. Es sei darauf zu achten, dass die Planung der Arbeitseinsätze eine zeitgerechte adäquate Nahrungsaufnahme erlaube. Im allgemeininternistischen Bereich bestünden keine Erkrankungen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Die Beachtung des Belastungsprofils für eine erneute Tätigkeit im Detailhandel sei jedoch sehr wichtig. Auf das internistische Teilgutachten, welches für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten – d.h. der Anamnese – abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und in seinen Schlussfolgerungen begründet ist (AHI 1997 S. 121; BGE 122 V 160), kann somit abgestellt werden. 6.2 Im neuropsychologischen Teilgutachten der C.\_\_\_\_ (IV-Nr. 37.5) wurde zur Beurteilung festgehalten, beim Beschwerdeführer hätten in der neuropsychologischen Abklärung keine aussagekräftigen Befunde erhoben werden können. Die Ergebnisse einer eingehenden Beschwerdevalidierung mithilfe spezifischer Verfahren seien sowohl für den kognitiven Bereich als auch für den Bereich der subjektiven Beschwerdeangaben auffällig ausgefallen, sodass weder ein valides Testprofil noch eine zuverlässige Beschwerdeschilderung durch den Versicherten habe ermittelt werden können. Innerhalb der Testuntersuchung hätten sich zudem deutliche Inkonsistenzen gezeigt: Während beispielsweise verbale Inhalte

durchschnittlich gut gelernt und zu einem späteren Zeitpunkt wieder hätten abgerufen werden könnten, habe sich im weitaus einfacheren Wiedererkennen der gelernten Informationen eine deutlich beeinträchtigte Leistung gefunden. Kaum erklärbar seien auch Wortfindungsstörungen bei Begriffen, die soeben gerade noch benutzt worden seien. In der Testsituation scheine sich der Beschwerdeführer zwar Mühe gegeben zu haben, die Ergebnisse hätten aber aufgrund der Inkonsistenzen kein interpretierbares und nachvollziehbares Bild ergeben. Inwiefern die beschriebenen Inkonsistenzen und übertriebenen Beschwerdeschilderungen im Rahmen der in den Akten dokumentierten jahrelangen psychischen Störung (es würden eine Persönlichkeitsstörung, eine rezidivierende depressive Störung, eine Binge Eating Störung sowie eine Panikstörung genannt) zu interpretieren seien, sei aus psychiatrischer Sicht zu beurteilen. In der Testsituation habe die Stimmung neutral gewirkt, Anzeichen einer erhöhten Anspannung oder Angst hätten nicht eruiert werden können. In einer neuropsychologischen Voruntersuchung im Jahr 2017 habe ein weitgehend normgerechtes kognitives Leistungsprofil erhoben werden können. Leichte Beeinträchtigungen seien in der selektiven Aufmerksamkeit, im verbalen Lernen und Abruf, im Arbeitsgedächtnis, in der Ideenproduktion sowie in der kognitiven Flexibilität festgestellt worden. Die leichten Beeinträchtigungen seien als am ehesten psychisch, durch die jahrelange rezidivierende depressive Störung verursacht, beurteilt worden. Die im MRI festgestellten vaskulären Veränderungen (Fazekas Score 2) könnten aber auch gewisse exekutive Dysfunktionen miterklären (Bericht Memory Clinic B.\_\_\_\_, 19. September 2017). Eine systematische Beurteilung der Validität der erhobenen Befunde sei damals allerdings nicht durchgeführt worden, weshalb auch diese Befunde nicht als gesichert valide beurteilt werden könnten. Gestützt auf die vorstehenden Ausführungen vermögen schliesslich auch die gutachterlichen Schlussfolgerungen zu überzeugen, wonach sich aus rein neuropsychologischer Sicht weder aus den gezeigten Leistungen noch aus den Vorbefunden eine sinnvolle Aussage zur aktuellen Arbeitsfähigkeit und / oder Funktionsfähigkeit im Alltag ableiten lasse. Allerdings sei auch nicht ausgeschlossen, dass tatsächliche kognitive Minderleistungen bestünden. Das Ausmass allfälliger Defizite lasse sich jedoch aufgrund der ungenügenden Anstrengungsbereitschaft, bzw. des ungenügenden Anstrengungsvermögens bei der Bearbeitung der Aufgaben aktuell nicht eruieren. Zusammenfassend kann auf das schlüssige neuropsychologische Teilgutachten, welches den in E. II. 6.1 hiervor genannten rechtsprechungsgemässen Anforderungen an ein Gutachten entspricht (vgl. AHI 1997 S. 121; BGE 122 V 160), ebenfalls abgestellt werden.

6.3 Im psychiatrischen Teilgutachten der C.\_\_\_\_ (IV-Nr. 37.3) wurde zur Beurteilung festgehalten, der Beschwerdeführer habe beim Beck'schen Depressionsinventar einen Wert verwirklicht, der für eine schwere depressive Symptomatik spreche. Dies habe allerdings nicht dem Eindruck entsprochen, den der Versicherte im Rahmen der Exploration hinterlassen habe. Bei dem Versicherten habe aufgrund des signifikant schlechten Abschneidens in einem Beschwerdevalidierungsverfahren, vor allem aber aufgrund der deutlichen Diskrepanz zwischen seinem Auftreten und der geschilderten Symptomatik, keine leitliniengerechte Diagnose gestellt werden können. Diese gutachterliche Einschätzung wird durch die im Gutachten erhobenen Befunde bestätigt: Der Versicherte sei in einem guten Allgemeinzustand, einem adipösen Ernährungszustand und einem guten Pflegezustand gewesen. Er sei alters- und witterungsentsprechend gekleidet, die Kleidung sei geordnet und sauber gewesen. Es sei leicht gelungen, einen tragfähigen Kontakt zum Versicherten herzustellen und durchgehend aufrecht zu erhalten. Die Auffassung sei nicht

erschwert gewesen, die Konzentration nicht beeinträchtigt, auch nicht im Verlauf oder gegen Ende der Untersuchung. Es hätten keine Hinweise auf intellektuelle Defizite vorgelegen; die höheren kognitiven Leistungen (problemlösendes Denken, Urteilsvermögen) seien angemessen differenziert gewesen. Der Versicherte sei bewusstseinsklar sowie zeitlich, örtlich, situativ und zur eigenen Person vollständig orientiert gewesen. Es hätten keine Zeitgitterstörungen bestanden. Der Versicherte habe mit gut modulierter Stimme in adäquater Geschwindigkeit gesprochen. Der formale Gedankengang sei geordnet gewesen. Es zeigten sich in der Untersuchungssituation keine Wahngedanken, keine Halluzinationen, keine illusionären Verkennungen; auch anamnestisch hätten sich keine Hinweise für diesbezügliche psychopathologische Auffälligkeiten ergeben. Die Merkfähigkeit, das Kurz- und das Langzeitgedächtnis hätten im klinischpsychopathologischen Befund unbeeinträchtigt gewirkt. Störungen des Ich-Bewusstseins hätten nicht vorgelegen. Auch wenn keine explizite Testung der Intelligenz vorgenommen worden sei, hätten sich keine Hinweise auf eine Intelligenzminderung gezeigt. Das Intelligenzniveau habe passend zur Schulbildung und zum beruflichen Werdegang als durchschnittlich imponiert. Die Willenskräfte seien ausreichend strukturiert und regelrecht gewesen. Ambivalenz oder Ambitendenz beständen nicht. Die Antriebslage sei ausreichend gewesen. Die Gestik und die Mimik seien überwiegend ruhig gewesen. Die Stimmung und der Affekt seien psychomotorisch synthym unterstrichen worden. Der Versicherte habe sich in ausgeglichener Grundstimmung gezeigt. Die affektive Schwingungsfähigkeit sei nicht beeinträchtigt gewesen. Es hätten keine Affektlabilität oder Affektinkontinenz bestanden. Es hätten keine Interesselosigkeit, kein ausgewiesener Rückzug und keine Anhedonie erfragt werden können. Zwangssymptome oder phobische Ängste hätten nicht vorgelegen. Bei der hiesigen Untersuchung hätten sich keine Hinweise auf das Vorliegen einer akzentuierten Persönlichkeit oder gar Persönlichkeitsstörung ergeben. Insbesondere emotional instabile Inhalte seien hier nicht wahrnehmbar gewesen. Der Versicherte sei verträglich, er habe gescherzt, teilweise mit einem nachvollziehbaren, gesund wirkenden Sarkasmus über seine gegenwärtige Situation und habe in keiner Weise in seiner Persönlichkeit auffällig gewirkt. Die Urteils- und Kritikfähigkeit seien erhalten gewesen; es hätten keinerlei Hinweise für paranoide Denkinhalte vorgelegen. Der Versicherte sehe sich zu einer beruflichen Tätigkeit mit Einschränkungen in der Lage. Es seien Schlafstörungen, keine Störungen des Appetits aber eine Aufhebung der sexuellen Interessen berichtet worden. Weiter führte der Gutachter aus, falls man beim Versicherten in der Vergangenheit tatsächlich von einer relevanten psychiatrischen Symptomatik ausgehen würde, so überrasche es, dass dieser, obwohl die Symptomatik vor 18 Jahren aufgetreten sei und seither im Wesentlichen unverändert bestehe, weiterhin habe beruflich tätig sein können. Auch entfalte der Versicherte seinen eigenen Angaben zufolge Aktivitäten, so helfe er beispielsweise seinem Bruder in dessen Garage und sei aktuell bemüht, 5'000 Modellautos zu verkaufen. All dies spreche gegen eine aufgehobene Arbeitsfähigkeit, vor allem aber gegen eine relevante depressive Symptomatik. Weiter stelle sich die Frage, warum prinzipiell gut zu behandelnde Störungsbilder auf eine entsprechende Behandlung nicht angesprochen hätten, wenngleich die Medikation eingenommen werde. Auch der zurückliegende Wechsel der Medikation innerhalb der gleichen Stoffgruppe (Serotonin-Wiederaufnahmehemmer) verwundere, da möglicherweise über eine andere Stoffgruppe hätte nachgedacht werden können. Auch sei nicht erkennbar, dass Augmentationsstrategien versucht worden seien. Wie bereits ausgeführt, passten die Aktivitäten, die der Versicherte entwickle, nicht zu einer

aufgehobenen Arbeitsfähigkeit. Das entscheidende Argument, warum beim Versicherten allerdings keine leitliniengerechte Diagnose gestellt werden könne, sei, dass dieser in zwei verschiedenen Beschwerdevalidierungsverfahren, die jeweils unterschiedliche Aspekte prüfe, massiv schlecht abgeschnitten habe, so dass laut Testmanual hinsichtlich des einen Verfahrens von einem praktisch sicheren Nachweis einer ungültigen Beschwerdeangabe und hinsichtlich des anderen Verfahrens vom zielgerichteten Vortäuschen einer nicht vorhandenen Symptomatik auszugehen sei. Um Missverständnisse zu vermeiden, erlaube sich der Referent den Hinweis, dass es sich jedenfalls bei einem Verfahren um ein solches handle, das bei Menschen mit einer Intelligenzminderung, einer beginnenden Demenz, aber auch einer floriden Schizophrenie zu vollkommen unauffälligen Ergebnissen führe, allerdings nur dann, wenn der Untersuchte eine ausreichende Anstrengungsbereitschaft zeige. Genau dies sei vorliegend offensichtlich nicht der Fall gewesen. Die bisher gestellten Diagnosen könnten aus den genannten Gründen nicht nachvollzogen werden. Offensichtlich seien Phänomene wie Aggravation beziehungsweise Simulation von den behandelnden Ärzten bisher nicht in Betracht gezogen worden. Hinsichtlich der Diagnose einer Persönlichkeitsstörung werde darauf hingewiesen, dass der letzte Bericht diese Diagnose nur aktenanamnestisch beschreibe, was dafür spreche, dass sie dort nicht habe wahrgenommen werden können. Dies entspreche auch der gutachterlichen Einschätzung. Aus psychiatrischer Sicht könne somit festgehalten werden, dass sich aufgrund der Diskrepanzen im Vortrag des Versicherten, vor allem aufgrund der Beschwerdeschilderung des Versicherten, aber auch seines signifikant schlechten Abschneidens in zwei unterschiedlichen Beschwerdevalidierungsverfahren keine Diagnose habe verifizieren lassen. Es sei nicht davon auszugehen, dass die Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht eingeschränkt sei bzw. gewesen sei. Zusammenfassend kann auf das schlüssige psychiatrische Teilgutachten, welches den in E. II. 6.1 hiervor genannten rechtsprechungsgemässen Anforderungen an ein Gutachten entspricht (vgl. AHI 1997 S. 121; BGE 122 V 160), ebenfalls abgestellt werden. 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).

6.5 Gestützt auf die beweismässigen Teilgutachten vermag auch die interdisziplinäre Gesamtbeurteilung der C.\_\_\_\_-Gutachter zu überzeugen (s. E. II. 5.5 hiervor), wonach beim Beschwerdeführer keine Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden könnten und sowohl in der Vergangenheit als auch im Zeitpunkt der gutachterlichen Untersuchung keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit eruiert werden könne.

6.6 Sodann vermögen die Rügen des Beschwerdeführers den Beweiswert des C.\_\_\_\_-Gutachtens nicht zu vermindern. Der Beschwerdeführer macht unter anderem geltend, der im psychiatrischen Gutachten genannte Widerspruch, wonach das Beck'sche Depressionsinventar für eine schwere depressive Symptomatik spreche, während im Rahmen der Exploration keine krankheitswertige Störung habe festgestellt werden könne, sei mit dem Drang des Beschwerdeführers sich möglichst gut zu präsentieren, die Aktivitäten aufzubauschen und die «Leerzeiten» schönzureden, zu erklären. Diesbezüglich ist festzuhalten, dass sich die genannten Diskrepanzen nicht nur im psychiatrischen Teilgutachten gezeigt haben, sondern auch im neuropsychologischen Teilgutachten, in welchem keine validen Testresultate erzielt wurden. Gemäss dem neuropsychologischen Gutachter waren diese nicht verwertbaren Testresultate auf die ungenügende Anstrengungsbereitschaft des Beschwerdeführers zurückzuführen. Selbst wenn man der vorerwähnten Erklärung des Beschwerdeführers für die bestehenden Widersprüche folgen

würde, änderte dies nichts am Resultat, dass der Beschwerdeführer die Konsequenzen einer solchen Beweislosigkeit zu tragen hat (s. E. II. 6.7 hiernach). Die vom Beschwerdeführer weiter angeführten Umstände, wonach der vom 9. Juli 2020 bis 20. August 2020 hospitalisiert und anschliessend 28. September 2020 bis 12. November 2021 teilstationär in der Tagesklinik gewesen sei und seit seinem Austritt von der Psychiatriespitex begleitet werde, führen im Lichte der gemachten Ausführungen betreffend Beweislosigkeit ebenfalls zu keinem anderen Resultat. Des Weiteren vermögen auch die entgegenstehenden Berichte der Behandler des Beschwerdeführers den Beweiswert der gutachterlichen Beurteilung nicht zu entkräften. Aus den Berichten der I.\_\_\_\_ geht zwar eine dem Gutachten diametral entgegenstehende Diagnosestellung und Beurteilung der Arbeitsfähigkeit hervor. Wie die RAD-Ärztin mit Stellungnahme vom 22. April 2021 aber zurecht darauf hingewiesen hat, fehlt es diesen Berichten teilweise an einer leitliniengerechten Befunderhebung, so dass die dort gestellten Diagnosen nur begrenzt überprüft werden können. Zudem wurden bei der von den psychiatrischen Ärzten attestierten 100%igen Arbeitsunfähigkeit auch die somatischen und damit fachfremden Beschwerden mitberücksichtigt, was den Beweiswert der diesbezüglichen Beurteilung zusätzlich schmälert. Des Weiteren ist in diesem Zusammenhang der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Ärzte im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen mitunter eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 353), weshalb den Berichten von Dr. med. D.\_\_\_\_ nur begrenzt Beweiswert zugemessen werden kann. Sodann wurde im C.\_\_\_\_-Gutachten – entgegen der Ansicht des behandelnden Psychiaters, Dr. med. D.\_\_\_\_, – nicht vorgeschlagen, den Beschwerdeführer auf ein zusätzliches Antidepressivum zur Behandlung der Depression und Angstsymptomatik einzustellen. Im Gutachten wurde lediglich angemerkt, es erstaune, dass beim Beschwerdeführer bei der Medikation nicht eine andere Stoffgruppe versucht worden sei. Zudem sei nicht erkennbar, dass Augmentationsstrategien versucht worden seien. Im Rahmen der Augmentation wird das Antidepressivum durch andere Medikamente unterstützt. Dabei handelt es sich etwa um Antipsychotika der neueren Generation, Lithium und Schilddrüsenhormone (Österreichische Ärztezeitung Nr. 20 / 25. Oktober 2016). 6.7 Zusammenfassend ist somit festzuhalten, dass gestützt auf das beweiswertige C.\_\_\_\_-Gutachten vom 28. Januar 2020 weder aus internistischer noch aus neuropsychologischer und psychiatrischer Sicht Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden können. Während im internistischen Teilgutachten gestützt auf die erhobenen Befunde und die Vorakten lediglich Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit gestellt wurden, war eine Diagnosestellung in den neuropsychologischen und psychiatrischen Teilgutachten aufgrund fehlender valider Testresultate bzw. der festgestellten erheblichen Inkonsistenzen nicht möglich. 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). Die beantragten weiteren Abklärungen erübrigen sich deshalb, weil eben keine validen Ergebnisse vorlagen. Da somit keine invalidenversicherungsrelevanten Beschwerden erstellt sind, sind auch die vom

Beschwerdeführer zusätzlich beantragten beruflichen Massnahmen abzuweisen. Im Übrigen durfte die Beschwerdegegnerin angesichts der Resultate der C.\_\_\_\_-Begutachtung darauf verzichten, weitere Berichte bei den behandelnden Psychiatern einzuholen, zumal diese, wie vorstehend dargelegt, den Beweiswert des Gutachtens nicht zu entkräften vermögen. Eine Verletzung der Untersuchungspflicht liegt demnach nicht vor. 7. Demnach ist die Beschwerde abzuweisen. 7.1 Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung. Der Beschwerdeführer steht ab Prozessbeginn im Genusse der unentgeltlichen Rechtspflege (vgl. E. I. 4. hiervor). Die Kostenforderung ist bei Unterliegen der Partei mit unentgeltlichem Rechtsbeistand vom Gericht festzusetzen. Der Kanton entschädigt die unentgeltliche Rechtsbeiständin oder den unentgeltlichen Rechtsbeistand angemessen (Art. 122 Abs. 1 lit. a ZPO). Der Stundenansatz beträgt gemäss § 160 Abs. 3 Gebührentarif (GT) CHF 180.00. In Anbetracht von Aufwand und Schwierigkeit des Prozesses ist die Kostenforderung auf CHF 2'124.35 festzusetzen (10.3 Stunden zu CHF 180.00, zuzügl. Auslagen von 118.45 und MwSt), zahlbar durch die Zentrale Gerichtskasse des Kantons Solothurn. Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren sowie der Nachzahlungsanspruch der unentgeltlichen Rechtsbeiständin im Umfang von CHF 554.65 (CHF 2'679.00 – 2'124.35), wenn A.\_\_\_\_ zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO). 7.2 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 an die gesamten Verfahrenskosten einen Betrag von CHF 600.00 zu bezahlen, die jedoch infolge Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege durch den Kanton Solothurn zu übernehmen sind (Art. 122 Abs. 1 lit. b ZPO). Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren, wenn A.\_\_\_\_ zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

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