

# **SO\_GERICHTE VSBES.2023.143 vom 4. Mai 2023**

SO Obergericht, 2023-05-04, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so\\_gerichte\\_VSBES.2023.143](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2023.143)

FR: SO\_GERICHTE VSBES.2023.143 du 4 mai 2023

IT: SO\_GERICHTE VSBES.2023.143 del 4 maggio 2023

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Es sei die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 4. Mai 2023 aufzuheben und es sei diese zu verpflichten, dem Beschwerdeführer berufliche Massnahmen zu gewähren sowie eine Invalidenrente nach den gesetzlichen Bestimmungen zu leisten.

### **E. 2**

Eventualiter seien weitere medizinische Abklärungen zum Gesundheitszustand und der Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers durchzuführen und es sei anschliessend über seinen Anspruch auf berufliche Massnahmen und/oder eine Invalidenrente zu entscheiden.

### **E. 3**

Es sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, für die Kosten des Berichts von Frau D.\_\_\_\_ vom 30. April 2023 im Betrag von CHF 550.00 aufzukommen.

### **E. 4**

Unter o/e Kostenfolge. 4. Mit Beschwerdeantwort vom 16. Juni 2023 (A.S. 24) schliesst die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde. 5. Mit Replik vom 29. Juni 2023 (A.S. 28 f.) verweist der Beschwerdeführer im Wesentlichen auf seine bisherigen Ausführungen und stellt den Antrag, die Beschwerdegegnerin sei anzuweisen, die Audioaufnahmen der C.\_\_\_\_-Begutachtung reproduzierbar auszuhändigen mit der Erlaubnis, diese an entsprechendes Fachpersonal weiterleiten zu dürfen. 6. Mit Duplik vom 11. August 2023 (A.S. 31) lässt sich die Beschwerdegegnerin vernehmen und stellt das Rechtsbegehren, dem Antrag des Beschwerdeführers sei nicht stattzugeben, da der Verordnungsgeber in Art. 71 Abs. 1 ATSV die Verwendung der Tonaufnahmen explizit und ausschliesslich der versicherten Person, den Auftrag gebenden Versicherungsträgern sowie den Entscheidbehörden vorbehalten habe. 7. Mit Verfügung des Vizepräsidenten des Versicherungsgerichts vom 17. August 2023 (A.S. 32) wird die Beschwerdegegnerin gebeten dem Gericht die Tonaufnahmen der Begutachtung zugänglich zu machen. Der Antrag des Beschwerdeführers, die Beschwerdegegnerin habe ihm die Tonaufnahmen in reproduzierbarer Form zuzustellen, damit er sie Drittpersonen zugänglich machen könne, wird abgewiesen (vgl. Art. 71 Abs. 1 ATSV). 8. Mit Verfügung des Vizepräsidenten des Versicherungsgerichts vom 16. November 2023 (A.S. 39) wird festgestellt, dass die Tonaufnahme betreffend die neuropsychologische Begutachtung der C.\_\_\_\_, nicht vollständig sei. Des Weiteren wird die Beschwerdegegnerin gebeten, bei der C.\_\_\_\_, nachzufragen, ob die gesamten Tonaufnahmen der neuropsychologischen Untersuchung durch lic. phil. E.\_\_\_\_ noch vorhanden seien. Falls diese Tonaufnahmen bei der C.\_\_\_\_ erhältlich gemacht werden könnten, seien diese dem Versicherungsgericht und dem Beschwerdeführer in nicht reproduzierbarer Form zugänglich zu machen. 9. Mit Eingabe vom 7. Dezember 2023 (A.S. 41) reicht die Beschwerdegegnerin die

Stellungnahme der C.\_\_\_\_ vom 5. Dezember 2023 ein (A.S. 42). 10. Mit Eingabe vom 18. Dezember 2023 nimmt der Beschwerdeführer hierzu abschliessend Stellung (A.S. 45).

11. Auf die weiteren Ausführungen in den Rechtsschriften der Parteien wird, soweit erforderlich, in den folgenden Erwägungen eingegangen. Im Übrigen wird auf die Akten verwiesen. II. 1.

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

Beschwerde ist einzutreten. 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 Rechts-sätze 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. 3. 3.1 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).

3.2 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).

3.3 Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352). 3.4 Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte oder ständiger Vertrauensärzte eines Versicherungsträgers kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 125 V 351 E. 3b/ee S. 353 f.). Soll ein

Versicherungsfall jedoch ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, sind rechtsprechungsgemäss ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 139 V 225 E. 5.2 S. 229, 135 V 465 E. 4.4 S. 470). Insbesondere

genügt in Fällen, in welchen die Schlüssigkeit der Feststellungen der versicherungsinternen Fachpersonen durch einen nachvollziehbaren Bericht eines behandelnden Arztes in Zweifel gezogen wird, der pauschale Hinweis auf dessen auftragsrechtliche Stellung nicht, um die geltend gemachten Zweifel auszuräumen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_193/2014 vom 19.

Juni 2014 E. 4.1). 4. Streitig und zu prüfen ist vorliegend, ob die Beschwerdegegnerin den Anspruch des Beschwerdeführers auf weitere berufliche Massnahmen und eine Invalidenrente zu Recht verneint hat. Da sich die Beschwerdegegnerin im angefochtenen Entscheid im Wesentlichen auf das polydisziplinäre Gutachten der C.\_\_\_\_, vom 24. Oktober 2022 (IV-Nr. 84.1; Fachrichtungen: Rheumatologie, Endokrinologie, Innere Medizin, Neuropsychologie und Psychiatrie) stützt, ist nachfolgend dessen Beweiswert zu prüfen.

4.1 Im rheumatologischen Teilgutachten wurde folgende Diagnosen gestellt:  
Rheumatologische Diagnosen mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit (letzte Tätigkeit) -  
Keine Rheumatologische Diagnosen ohne Relevanz für die Arbeitsfähigkeit (letzte Tätigkeit) -  
Leichte Bewegungseinschränkung für Flexion und Extension Handgelenk rechts bei · St.n. skapholunärer Bandplastik 4. Dezember 2000 nach Handgelenksverletzung  
Zur Begründung führte der rheumatologische Gutachter aus, der 57-jährige ehemalige Taxichauffeur habe vor 22 Jahren eine Verletzung des rechten Handgelenks erlitten. Therapeutisch sei bei einer skapholunären Dissoziation eine Bandnaht durchgeführt worden. Im weiteren Verlauf persistierten belastungsabhängige Handgelenksbeschwerden beim Hantieren von sehr schweren Lasten. Das Ausscheiden aus dem Beruf als Taxichauffeur sei aus psychischen Gründen erfolgt. Eine Behandlung wegen muskuloskelettalen Problemen sei in den letzten Jahren nicht erfolgt. Bei der aktuellen klinisch-rheumatologischen Untersuchung finde sich eine geringfügige Einschränkung der Beweglichkeit im rechten Handgelenk für Flexion und Extension. Das Gelenk sei reizlos und schmerzfrei. Es lägen keine rheumatologischen Berichte vor. Bereits vor 18 Jahren habe der Chirurg Dr. F.\_\_\_\_ Überlastungsschmerzen des rechten Handgelenks beschrieben. Dabei habe er den reinen Fahrdienst als Chauffeur ganztags zumutbar erachtet. Im Oktober 2021 habe Dr. F.\_\_\_\_ noch leichte Restbeschwerden unter Belastung beschrieben, der Beschwerdeführer sei darauf hingewiesen worden, dass er massiv belastende Sportarten für das rechte Handgelenk meiden solle. Die Arbeitsunfähigkeit sei auf 0 % geschätzt worden. Gestützt auf diese Ausführungen vermag sodann auch die gutachterliche Beurteilung der Arbeitsfähigkeit zu überzeugen: Der Zustand nach Verletzung bedinge eine leicht verminderte Belastbarkeit des rechten Handgelenks für schwere Tätigkeiten seit dem Unfall. Deswegen habe der Versicherte seine Tätigkeit vom Lastwagenchauffeur auf Taxifahrer angepasst. Diesen Beruf habe er bis zur Aufgabe aus psychischen Gründen ohne Einschränkung ausüben können. Nur bei besonders schwerer Belastung seien Beschwerden im rechten Handgelenk aufgetreten, die aber keine weitere Behandlung erfordert hätten. Aus rheumatologischer Sicht könne der Versicherte auch heute eine körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeit vollschichtig ausüben. Zu vermeiden seien schwere oder sehr schwere und repetitive Verrichtungen mit dem rechten Handgelenk. Auf das beweismässige rheumatologische Teilgutachten ist somit abzustellen.

4.2 Im endokrinologischen Teilgutachten werden folgende Diagnosen gestellt: Endokrinologische Diagnosen mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit (letzte Tätigkeit) - Diabetes mellitus Typ 2  
Endokrinologische Diagnosen ohne Relevanz für die Arbeitsfähigkeit (letzte Tätigkeit) - Übergewicht - Dyslipidämie - Hypercholesterinämie  
Zur Beurteilung führte der endokrinologische Gutachter aus, beim Versicherten bestehe ein zuletzt schlecht eingestellter Typ 2 Diabetes. Er klagte über Müdigkeit und Konzentrationsschwäche. Bei einem HbA1c von 8.8 % sei es wahrscheinlich, dass die überhöhte Glukose zu diesen Beschwerden zumindest beitrage. Deshalb sei eine Tätigkeit als Taxifahrer für den Versicherten bis zu einer Verbesserung der Glukoseeinstellung bzw. einer Besserung von Müdigkeit und Konzentrationsschwäche nicht geeignet. Der Versicherte sei übergewichtig,

vorbeschrieben sei eine arterielle Hypertonie, wobei zuhause der Blutdruck nur dann erhöht sei, wenn der Versicherte Stress habe und aktuell nur der diastolische Blutdruck grenzwertig hoch sei. Es bestehe ein Typ 2 Diabetes, welcher inadäquat eingestellt sei. Es bestehe eine Dyslipidämie. Gestützt auf diese Ausführungen vermag sodann die gutachterliche Beurteilung der Arbeitsfähigkeit zu überzeugen: Die bisherige Tätigkeit als Taxifahrer sei dem Beschwerdeführer nicht mehr zumutbar. Wenn im Verlauf eine adäquate Stoffwechseleinstellung ohne Symptome von Müdigkeit und Konzentrationsschwäche und ohne relevantes Hypoglykämierisiko erzielt werden könne, was im Bereich des Möglichen erscheint, so könnte die letzte Tätigkeit als Taxifahrer für den Versicherten von endokrinologischer Seite durchaus wieder geeignet sein. Solange keine Verbesserung der Glukosewerte erfolgt sei, sei von endokrinologischer Seite eine Tätigkeit als angepasst zu betrachten, bei der mangelnden Konzentrationsfähigkeit bei überhöhten Glukosewerten keine Fremd- und Selbstgefährdung bedinge. Eine solche Tätigkeit sei dem Beschwerdeführer 8.5 Stunden pro Tag zumutbar, wobei aufgrund des erhöhten Pausenbedarfs eine 10%ige Einschränkung der Leistungsfähigkeit bestehe. Nach Verbesserung der Glukoseeinstellung würde diese Einschränkung natürlich wegfallen. Auf das beweiswertige endokrinologische Teilgutachten kann somit abgestellt werden. 4.3 Im internistischen Teilgutachten werden folgende Diagnosen gestellt: Internistische Diagnosen mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit (letzte Tätigkeit) - Keine Internistische Diagnosen ohne Relevanz für die Arbeitsfähigkeit (letzte Tätigkeit) - Generalisierte Psoriasis - Zustand nach Sigmaresektion 2008 bei rezidivierenden Divertikulitiden - Zustand nach Tonsillektomie - Zustand nach Pneumonie rechts 08/2020 - Arterielle Hypertonie - Übergewicht Zur Beurteilung hält der internistische Teilgutachter fest, aus allgemein-internistischer Sicht bestünden keine Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Zu erwähnen sei eine rezidivierende Sigmadivertikulitis mit letztem Schub im 12/2008 und dann erfolgter Operation mit laparoskopischer Sigmaresektion am 27. Januar 2009 im G.\_\_\_\_. Es zeige sich insgesamt ein komplikationsloser postoperativer Verlauf. Seither bestünden keine relevanten gastrointestinalen Beschwerden mehr. Ebenfalls sei beim Versicherten eine Psoriasis seit vielen Jahren bekannt. Diesbezüglich zeigten sich Effloreszenzen am ganzen Körper. Eine im 08/2020 aufgetretene Entzündungsreaktion habe schlussendlich nicht klar zugeordnet werden können. Es habe sich dabei ein pulmonales Infiltrat mit einer Inversed-Halo-Sign rechts gezeigt. Eine Covid-Infektion habe ausgeschlossen werden können. Ebenfalls im Verlauf kein Hinweis auf einen Pilzbefall oder ein Malignom. Das CRP sei rückläufig gewesen. Im Intervall hätten sich dann keine Beschwerden mehr gezeigt. Bei der Kontrolle 09/2020 eine rückläufige postinfektiöse Milchglas-Zeichnung. Eine entsprechende pneumologische Vorstellung 10/2020 habe einen abgeheilten pulmonalen Infekt mit residualem Infiltrat gezeigt. Im Lichte dieser Ausführungen vermag die gutachterliche Beurteilung der Arbeitsfähigkeit, wonach aus internistischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestehe, zu überzeugen. Auf das beweiswertige internistische Teilgutachten kann abgestellt werden. 4.4 Im neuropsychologischen Teilgutachten wurde zur Beurteilung festgehalten, in der ausführlichen neuropsychologischen Untersuchung des Versicherten liessen sich praktisch durchgehend normgerechte oder unauffällige kognitive Befunde erheben. Einzig in einer visuokonstruktiven Aufgabe zeigten sich leichte qualitative Einbussen im Sinne einer reduzierten Genauigkeit. Der Befund sei bei hohem Arbeitstempo in der betreffenden Aufgabe aber zu relativieren. Im Übrigen liessen sich im attentionalen, mnestischen und exekutiven Bereich, in der Sprache und den assoziierten Fähigkeiten, in visueller

Wahrnehmung, Visuokonstruktion und visuell-räumlicher Verarbeitung sowie in der Orientierung durchgehend normgerechte oder unauffällige Befunde erheben. Die durchgeführten Leistungsvervalidierungsverfahren, die eingebetteten Validitätsparameter wie auch ein angewendetes Beschwerdevalidierungsverfahren seien allesamt durchgehend komplett unauffällig. In den Angaben des Versicherten auf neuropsychologischem Gebiet oder seinem Verhalten ergäben sich keine Hinweise für Inkonsistenzen. Es werde von validen neuropsychologischen Befunden ausgegangen. Im affektiven Bereich wirke die Grundstimmung des Versicherten bedrückt und besorgt. Insbesondere sei die Stabilität reduziert, der Versicherte kämpfe mehrfach mit den Tränen und brauche einmal auch länger, um sich wieder fassen zu können. Die affektive Schwingungsbereitschaft sei gut, der Versicherte lache auch häufig. Das Verhalten im sozialen Kontakt sei durchgehend freundlich und situationsangepasst. Im Bereich der Belastbarkeit zeigten sich vereinzelte kurze Einbrüche der Konzentrations- und Aufnahmefähigkeit, am ehesten affektiv überlagert. Diese deuteten zusammen mit der signifikanten Abnahme der Grundaktivierung (im Vergleich von Messzeitpunkten zu Beginn bzw. am Ende der Untersuchung, am Ende weiterhin knapp im Normbereich liegend) auf eine erhöhte Ermüdbarkeit hin mit einem daraus resultierenden erhöhten Pausenbedarf. Gesamthaft sei beim Versicherten von einem kognitiven Normalbefund auszugehen bei jedoch leichten Problemen in der Aufmerksamkeitskontrolle unter kognitiver und affektiver Belastung. Es sei von einer minimalen bis leichten neuropsychologischen Störung auszugehen, resultierend in einem leicht erhöhten Pausenbedarf. Gestützt auf die eingehende Befunderhebung und die nachvollziehbaren Ausführungen vermag schliesslich auch die neuropsychologische Beurteilung der Arbeitsfähigkeit zu überzeugen, wonach der Beschwerdeführer jegliche Tätigkeiten in einem Vollpensum ausüben könne, hierbei jedoch aufgrund des erhöhten Pausenbedarfs in seiner Leistungsfähigkeit um 10 % eingeschränkt sei. Auf das beweismässige neuropsychologische Teilgutachten kann somit abgestellt werden.

#### **E. 4.5**

4.5.1 Im psychiatrischen Teilgutachten werden folgende Diagnosen gestellt: Psychiatrische Diagnosen mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit (letzte Tätigkeit) - Depressive Episode, nicht näher bezeichnet (ICD-10: F32.9) Psychiatrische Diagnosen ohne Relevanz für die Arbeitsfähigkeit (letzte Tätigkeit) - Agoraphobie (ICD-10: F40.0) Zur Herleitung der gestellten Diagnosen führte der Gutachter wohlbegründet aus, im Vordergrund stünden für den Versicherten eine vermehrte Erschöpfbarkeit (körperlich und geistig), eine reduzierte Stressbelastbarkeit, er sei schnell angespannt, emotional wenig belastbar. Der Versicherte sehe sich allenfalls in geringem Umfang (20 %) beruflich belastbar. Die Selbsteinschätzung des Versicherten passe jedoch nicht zu den Beobachtungen im psychiatrischen Untersuchungsgespräch (keine Antriebsminderung), passe aber auch nicht zu den vom Versicherten geschilderten üblichen Tagesaktivitäten. Insbesondere sei die Selbsteinschätzung des Versicherten auch deutlich diskrepant zu den Ergebnissen der neuropsychologischen Untersuchung – es zeigte sich hier nur eine minimale – bis leichte neuropsychologische Störung. Der Versicherte berichte, es bestünden bereits seit der Jugend agoraphobische Ängste. Spontan beklage der Versicherte diese Symptomatik aber nicht, erst auf Nachfrage aufgrund entsprechender Angaben in den Unterlagen, diese Diagnose stehe für den Versicherten nicht im Vordergrund, es bestehe auch kein alltagsrelevantes Vermeidungsverhalten, dennoch ergebe sich hier die Diagnose Agoraphobie, ICD-10: F40.0. Im Vordergrund des Beschwerdeerlebens stünden für den Versicherten eine reduzierte Stressbelastbarkeit und eine vermehrte Erschöpfbarkeit. In

affektiver Hinsicht schildere der Versicherte keine durchgehende Depressivität, auch keinen Verlust von Interesse und Freude. Selbst für eine auch nur leichte depressive Episode wäre eine durchgehende oder weitestgehend durchgehende Depressivität zu erwarten, dies sei nicht der Fall. Was die Erschöpfbarkeit angehe, so werde diese vom Versicherten deutlich überbetont, dies könne Ausdruck einer verzerrten Selbstwahrnehmung sein, oder möglicherweise auch von Beschwerdebetonung im Rahmen des laufenden IV-Verfahrens. Eine stärker ausgeprägte Antriebsminderung werde jedenfalls nicht gesehen, dagegen sprächen die Beobachtungen in der psychiatrischen Untersuchungssituation, als auch die Ergebnisse der neuropsychologischen Untersuchung. Insgesamt werde eingeschätzt, dass das Krankheitsbild am ehesten einer leicht ausgeprägten Depression entspreche, hier bestehe Übereinstimmung mit der behandelnden Psychotherapeutin D.\_\_\_\_, dass die Diagnose «depressive Episode, nicht näher bezeichnet», ICD-10: F32.9 zu stellen sei. Sodann setzte sich der Gutachter eingehend mit den seiner Beurteilung entgegenstehenden Akten auseinander: In den Unterlagen finde sich der Therapiebericht der psychologischen Psychotherapeutin D.\_\_\_\_ vom 28. Mai 2021. Im Bericht werde mitgeteilt, dass eine Diagnosestellung schwerfalle, es liege eine starke Erschöpfung vor im Sinne eines Burnouts, darüber hinaus würden Symptome einer Depression vorliegen, es werde die Diagnose «Depression, nicht näher bezeichnet», ICD-10: F32.9 gestellt. Die genannte Diagnose an sich sei auch aus aktueller Sicht gut nachvollziehbar, wobei in dem Bericht hinsichtlich der Schwere der Erschöpfbarkeit etc. offensichtlich die subjektiven Beschwerdeangaben des Versicherten 1:1 übernommen würden. Es werde des Weiteren die Diagnose Agoraphobie, ICD-10: F40.0 mitgeteilt, auch diese Diagnose liege aus aktueller Sicht vor. In den Unterlagen finde sich zudem der Abschlussbericht der Einrichtung H.\_\_\_\_ vom 14. April 2021 über die dortige berufliche Integration vom 22. Februar 2021 bis 31. März 2021. Die Massnahme sei vorzeitig abgebrochen worden. Der Versicherte habe sich dort sehr stark beeinträchtigt präsentiert, habe unter anderem einmal angegeben, heute klappe überhaupt nichts mehr, er sei nicht einmal in der Lage, eine Lampe in einem Arbeitsgang aufzuhängen oder ein kleines Kästchen zu montieren. Die Selbsteinschätzungen sei von der Einrichtung weitgehend 1:1 übernommen, eine ausreichend kritische Überprüfung der subjektiven Beschwerdeangaben des Versicherten sei in dem Bericht nicht erkennbar.

#### **E. 4.5.2**

4.5.2.1 Sodann führte der psychiatrische Gutachter hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers aus, geeignet sei eine regelmässige, gut strukturierte Tätigkeit ohne überdurchschnittlichen Zeitdruck. Tätigkeiten, die eine deutlich erhöhte emotionale Belastbarkeit voraussetzten, sollten vermieden werden. Des Weiteren seien Tätigkeiten an stark frequentierten Orten (z.B. Bahnhöfe) nicht geeignet. Von neuropsychologischer Seite werde eingeschätzt, dass der Versicherte ein volles zeitliches Pensum (8.5 Stunden täglich) leisten könnte, bei einer Leistungsminderung von 10 % aufgrund des erhöhten Pausenbedarfs. Dies sei auch aus psychiatrischer Sicht gut nachvollziehbar. Somit sei dem Beschwerdeführer aus psychiatrischer Sicht in jeglicher Tätigkeit ein Vollpensum zumutbar, mit 10%iger Einschränkung der Leistungsfähigkeit. Somit ist im Weiteren zu prüfen, ob die vom psychiatrischen Gutachter attestierte Arbeitsfähigkeit von 90 % im Lichte der gemäss bundesgerichtlichen Rechtsprechung vorzunehmenden Indikatorenprüfung ebenfalls zu überzeugen vermag. Grundsätzlich sind sämtliche psychische Erkrankungen einem strukturierten Beweisverfahren gemäss BGE 141 V 281 zu unterziehen (BGE 143 V 418). Der Beweiswert der gutachterlichen Ausführungen im

psychiatrischen Gutachten setzt also im Weiteren voraus, dass die im entsprechenden Entscheid aufgestellten Kriterien abgehandelt werden. Gemäss dem Urteil BGE 141 V 281 soll der Gutachter stärker darauf achten, die Diagnosen so zu begründen, dass die Rechtsanwender nachvollziehen können, ob die klassifikatorischen Vorgaben nach ICD-10 tatsächlich eingehalten sind (Urteil E. 2.1); das Augenmerk ist namentlich auch auf Ausschlussgründe wie Aggravation zu richten (E. 2.2). Bei den psychosomatischen Beschwerdebildern – wie beispielsweise bei der somatoformen Schmerzstörung – besteht zudem keine Vermutung mehr, dass solche mit einer Willensanstrengung überwunden werden können, wovon nur abgewichen werden darf, wenn die sog. Förster-Kriterien erfüllt sind. Neu wird ein strukturierter, normativer Prüfungsraaster angewandt (E. 3.6). Anhand eines Kataloges von Indikatoren erfolgt eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens (E. 4.1.3): 1) Kategorie «funktioneller Schweregrad» (E. 4.3) a) Komplex «Gesundheitsschädigung» (E. 4.3.1) - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde (E. 4.3.1.1) - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz (E. 4.3.1.2) - Komorbiditäten (E. 4.3.1.3) b) Komplex «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen; E. 4.3.2) c) Komplex «Sozialer Kontext» (E. 4.3.3) 2) Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens; E. 4.4) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2) Bei der Anspruchsprüfung nach BGE 141 V 281 ist zunächst auf die Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde einzugehen. Diesbezüglich kann auf die gutachterlichen Ausführungen in E. II. 4.5.1 hiervor verwiesen werden, woraus abzuleiten ist, dass von einer leichten Ausprägung der gestellten Diagnosen auszugehen ist. Hinsichtlich des Indikators Behandlungs- und Eingliederungserfolg resp. -resistenz ist dem Gutachten zu entnehmen, der Versicherte berichte über eine ambulante psychotherapeutische Behandlung seit Ende 2020. Es sei nur eine leichte Besserung eingetreten. Zudem gehe aus dem Abschlussbericht der Einrichtung H.\_\_\_\_ vom 14. April 2021 über die dortige berufliche Integration vom 22. Februar 2021 bis 31. März 2021 hervor, die Massnahme sei vorzeitig abgebrochen worden. Der Versicherte habe sich dort sehr stark beeinträchtigt präsentiert. Die Selbsteinschätzungen seien von der Einrichtung aber weitgehend 1:1 übernommen worden, eine ausreichend kritische Überprüfung der subjektiven Beschwerdeangaben des Versicherten sei in dem Bericht nicht erkennbar. Demnach ist im Resultat nicht von einer objektiv begründbaren Behandlungs- und Eingliederungsresistenz auszugehen. Mit Blick auf den Indikator der Komorbidität ist zu prüfen, ob und bejahendenfalls inwieweit sich diese ressourcenhemmend auf die versicherte Person auswirkt. Erforderlich ist eine Gesamtbetrachtung der Wechselwirkungen und sonstigen Bezüge der psychiatrischen Diagnosen zu sämtlichen begleitenden krankheitswertigen Störungen. Das strukturierte Beweisverfahren, wie es in BGE 141 V 281 definiert wurde, steht einer Aufteilung von Einbussen auf einzelne Leiden entgegen, da es auf einer ergebnisoffenen Gesamtbetrachtung in Berücksichtigung der Wechselwirkungen basiert. Störungen fallen unabhängig von ihrer Diagnose bereits dann als rechtlich bedeutsame Komorbidität in Betracht, wenn ihnen im konkreten Fall ressourcenhemmende Wirkung beizumessen ist (BGE 143 V 418 E. 8.1 am Ende S. 430). Dem Gutachten der C.\_\_\_\_ ist keine ressourcenhemmende Wirkung der Komorbiditäten zu entnehmen. Zu der Kategorie «funktioneller Schweregrad» ist unter anderem der Komplex «Persönlichkeit»

(Persönlichkeitsentwicklung und -struktur, grundlegende psychische Funktionen) zu zählen. Innerhalb der Kategorie «funktioneller Schweregrad» bestimmt ferner auch der Komplex «Sozialer Kontext» mit darüber, wie sich die (kausal allein massgeblichen) Auswirkungen der Gesundheitsbeeinträchtigung konkret manifestieren. Dazu ist zweierlei festzuhalten: Soweit soziale Belastungen direkt negative funktionelle Folgen zeitigen, bleiben sie nach wie vor ausgeklammert (vgl. BGE 127 V 294 E. 5a S. 299 f.). Andererseits hält der Lebenskontext einer versicherten Person auch (mobilisierbare) Ressourcen bereit, so die Unterstützung, die ihr im sozialen Netzwerk zuteil wird. Immer ist sicherzustellen, dass gesundheitlich bedingte Erwerbsunfähigkeit zum einen (Art. 4 Abs. 1 IVG) und nicht versicherte Erwerbslosigkeit oder andere belastende Lebenslagen zum andern nicht ineinander aufgehen; alles andere widerspräche der klaren gesetzgeberischen Regelungsabsicht (BGE 141 V 281 E. 4.3.3 S. 303). Diesbezüglich ist dem Gutachten zu entnehmen, der fehlende berufliche Abschluss und der fehlende Arbeitsplatz stellten Belastungsfaktoren dar. Als Ressourcen seien vielfältige berufliche Erfahrungen und gute soziale Kontakte zu nennen. Der Beschwerdeführer gab in diesem Zusammenhang an, er sei zum zweiten Mal verheiratet, habe eine 1992 geborene Tochter. Er wohne mit seiner Frau in einem eigenen Haus in ländlicher Umgebung. Er habe sehr gute soziale Kontakte. Ein befreundetes Ehepaar aus Deutschland käme mindestens einmal im Monat zu Besuch, insbesondere immer dann, wenn im Fernsehen die Formel 1 übertragen werde. Ein weiteres befreundetes Ehepaar käme vier- bis fünfmal im Jahr zu Besuch. Zwei Neffen kämen zwei- bis dreimal im Jahr zu Besuch. Die Tochter wohne in der Nähe, die sehe er zwei- bis dreimal im Monat. Eine Cousine sehe er alle zwei bis drei Monate. Mit den beiden älteren Schwestern habe er regelmässig telefonischen Kontakt. Zu seinen Tagesaktivitäten führte der Beschwerdeführer aus, er wache zwischen 06.00 und 08.00 Uhr auf, schaue dann eine bis zwei Stunden fern. Dann gehe er an den PC, eine bis zwei Stunden, schaue seine Mails an, lese Nachrichten, chatte. Wenn seine Frau zu Hause sei, Homeoffice habe, mache er irgendwann das Mittagessen, damit sie mittags etwas zu essen habe. Wenn er alleine sei, mache er das nicht, koche später aber dann das Nachtessen. Manchmal komme auch die 7-jährige Enkeltochter zu Besuch, ihr mache er dann auch immer ein kleines Mittagessen. Am Nachmittag schaue er sehr viel TV, mache ansonsten Hausarbeit, repariere auch viel, spalte Holz, mache Gartenarbeit, aber alles immer mit kurzen Einsätzen und längeren Pausen, wenn er z.B. Gartenarbeit mache, mache er das für 10 – 15 Minuten, dann wieder längere Pause, dann wieder der nächste Einsatz. Er bereite am späten Nachmittag das Nachtessen zu, das er mit seiner Frau zwischen 17.00 und 18.00 Uhr einnehme. Danach sei er oft müde, lege sich eine bis zwei Stunden ins Bett. Anschliessend schaue er mit seiner Frau TV. Einmal in der Woche schalte er um 21.00 Uhr die Waschmaschine ein, da der Strom nachts billiger sei. Des Weiteren würde abends das Geschirr von Hand abgewaschen, manchmal wenn wenig Geschirr anfalle, vielleicht auch nur alle zwei Tage. Gegen 21.00 Uhr gehe er zu Bett. Meist schlafe er durch. Manchmal habe er abends oder nachts das Gefühl, dass er noch etwas in der Werkstatt erledigen müsse, baue dann z.B. ein Regal zusammen, räume auf etc., das komme ein- bis zweimal im Monat vor, sei früher häufiger vorgekommen. Die Hausarbeit mache zu 90 % er, nur zu 10 % seine Ehefrau, da seine Ehefrau schon beruflich sehr stark angespannt sei, zu 100 % beruflich tätig. Er fahre Auto, aber nur bekannte Strecken in Wohnortnähe, maximal 40 Kilometer. Er benutze auch öffentliche Verkehrsmittel. Demnach liegen beim Beschwerdeführer neben gewissen Einschränkungen vor allem positive soziale und persönliche Ressourcen vor. Der Indikator einer gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren

Lebensbereichen der Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens) zielt auf die Frage ab, ob die diskutierte Einschränkung in Beruf und Erwerb (bzw. bei Nichterwerbstätigen im Aufgabenbereich) einerseits und in den sonstigen Lebensbereichen (beispielsweise Freizeitgestaltung) andererseits gleichermassen ausgeprägt ist (BGE 141 V 281 E. 4.4.1 S. 303 f.). Diesbezüglich hielt der Gutachter fest, der Versicherte sehe sich allenfalls in geringem Umfang (20 %) beruflich belastbar. Die Selbsteinschätzung des Versicherten passe nicht zu den Beobachtungen im psychiatrischen Untersuchungsgespräch (keine Antriebsminderung), passe aber auch nicht zu den vom Versicherten geschilderten üblichen Tagesaktivitäten. Insbesondere sei die Selbsteinschätzung des Versicherten deutlich diskrepant zu den Ergebnissen der neuropsychologischen Untersuchung – es habe sich hier nur eine minimale bis leichte neuropsychologischen Störung gezeigt. Gestützt auf diese Ausführungen ist das Vorliegen einer gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätenniveaus somit zu verneinen. Der in die gleiche Kategorie («Konsistenz») fallende Aspekt des behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesenen Leidensdrucks betrifft die Frage nach der Inanspruchnahme von therapeutischen Optionen. Das Ausmass, in welchem Behandlungen wahrgenommen oder eben vernachlässigt werden, weist (ergänzend zum Gesichtspunkt Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz [vgl. E. 4.1.2 hiervor]) im Regelfall auf den tatsächlichen Leidensdruck hin (BGE 141 V 281 E. 4.4.2 S. 304). Diesbezüglich führt der Gutachter aus, der Versicherte stehe seit dem 12. Oktober 2020 in regelmässiger psychologisch-psychotherapeutischer Behandlung. Somit ist von einem ausgewiesenen Leidensdruck auszugehen. 4.5.2.2 Gestützt auf die obigen Erwägungen ergibt sich, dass das psychiatrische Gutachten genügend Aufschluss über die massgeblichen Indikatoren, die gemäss der bundesgerichtlichen Rechtsprechung zu berücksichtigen sind, gibt. Insgesamt erweisen sich die darin postulierten funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten psychischen Beeinträchtigungen damit als hinreichend ausgewiesen. Gestützt auf die einleuchtende Begründung der Diagnosestellung (s. E. II. 4.5.1 hiervor) und die vorgehende Indikatorenprüfung vermag die gutachterliche Einschätzung einer Arbeitsfähigkeit von 90 % zu überzeugen.

#### **E. 4.5.2.3**

Am Beweiswert des psychiatrischen Teilgutachtens vermögen sodann auch die Rügen des Beschwerdeführers sowie die dem Teilgutachten entgegenstehenden Berichte der psychologischen Behandlerin nichts zu ändern. Insofern der Beschwerdeführer rügt, dass der Gutachter auf fremdanamnestische Auskünfte der behandelnden Psychologin verzichtet habe, ist darauf hinzuweisen, dass der diesbezügliche Entscheid über die Einholung zusätzlicher Auskünfte Sache des Gutachters ist. Eine Nachfrage bei der behandelnden Psychologin drängte sich für den Gutachter denn auch nicht auf, nachdem er in diagnostischer Sicht mit der im Bericht von lic. phil. D. \_\_\_\_, Fachpsychologin, gestellten Diagnosen übereinstimmte. Sodann hielt die Fachpsychologin, lic. phil. D. \_\_\_\_, in ihren Stellungnahmen vom 30. Januar 2023 und 30. April 2023 (IV-Nrn. 93 und 102, S. 23) der gutachterlichen Beurteilung der Arbeitsfähigkeit entgegen, ihres Erachtens könne der Beschwerdeführer das im Gutachten beschriebene Pensum von 8.5 Stunden pro Tag keineswegs durchhalten. Zurzeit als das Gutachten stattgefunden habe, sei er schon eine ganze Weile ohne Arbeit und ohne Druck gewesen und habe seinen Tagesablauf je nach aktueller Energie selbst gestalten können. Vor allem zu Beginn der Therapie sei die realistische Selbsteinschätzung nämlich das vorherrschende Thema gewesen, da der Beschwerdeführer sich laufend selbst übernommen habe, auch um seine Familie zu

unterstützen. Es habe lange gedauert, bis er begonnen habe, sich selbst mehr zu schonen und seine Kräfte besser abzuschätzen und einzuteilen. Fakt sei, dass die vielen aufgezählten psychischen und somatischen (sowie psychosomatischen) Diagnosen nicht nebeneinanderher gingen, sondern sich auch wechselseitig negativ beeinflussten. Fakt sei auch, dass seine Konzentrations- und Durchhaltefähigkeit nicht über längere Zeit geprüft worden sei. Zudem müssten zwei weitere Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit genannt werden: Neurasthenie (ICD-10, F48.0) oder chronisches Fatigue-Syndrom G93.3, es müsse gewürdigt werden, dass aufgrund dieser Grunderschöpfung das Nachgehen einer Tätigkeit erschwert sei. Ausserdem könne sich der Beschwerdeführer nicht in jeder Tätigkeit zurückziehen und erholen, wie er es bräuchte um wieder zu Kräften zu kommen. Des Weiteren bestehe eine ausgeprägte Psoriasis. Auch die Agoraphobie sehe sie, lic. phil. D. \_\_\_\_, durchaus als relevant für die Arbeitsfähigkeit an, da diese es dem Beschwerdeführer erschwere, das Haus zu verlassen, was er wohl müsste, wenn er einer Tätigkeit nachgehen solle. Sie halte daran fest, dass die tatsächliche Arbeitsfähigkeit von Herrn A. \_\_\_ nur mit weiteren Integrationsmassnahmen realistisch geprüft werden könne. Diesen Ausführungen von lic. phil. D. \_\_\_ ist entgegenzuhalten, dass die von ihr neu gestellten Diagnosen nicht geeignet sind, die gutachterliche Beurteilung umzustossen. So wurden diese Diagnosen nicht von einem psychiatrischen Facharzt gestellt. Wie sodann die Beschwerdegegnerin korrekt vorgebracht hat, ist einer Begutachtung immanent, dass es sich bei der Untersuchungssituation häufig um einmalige Termine handelt, weshalb diesbezüglich nichts gegen die Beweiswertigkeit des Gutachtens abgeleitet werden kann. Im Übrigen hat sich aus der vorgehenden Indikatorenprüfung gezeigt, dass die gutachterliche Beurteilung der Arbeitsfähigkeit zu überzeugen vermag. Die Argumente der behandelnden Psychologin vermögen keine diesbezügliche Abweichung zu begründen, zumal in diesem Zusammenhang auf die Erfahrungstatsache hinzuweisen ist, dass behandelnde Ärzte im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen mitunter eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 353), weshalb die Berichte von lic. phil. D. \_\_\_ in analoger Anwendung dieser Rechtsprechung auch unter diesem Gesichtspunkt nur begrenzt beweiskräftig sind und somit den Beweiswert des psychiatrischen Teilgutachtens nicht zu vermindern vermögen.

4.6 Gestützt auf die beweismässigen Teilgutachten vermag sodann auch die Gesamtbeurteilung der Arbeitsfähigkeit aus dem Gutachten der C. \_\_\_ zu überzeugen, wonach dem Beschwerdeführer die bisherige Tätigkeit als Taxifahrer nicht mehr zumutbar sei. Dagegen sei ihm eine angepasste Tätigkeit im Vollpensum zumutbar, wobei seine Leistungsfähigkeit aufgrund des erhöhten Pausenbedarfs um 10 % eingeschränkt sei. Des Weiteren erscheint die gutachterliche Beurteilung des Verlaufs der Arbeitsfähigkeit ebenfalls überzeugend: Es ergebe sich hier zunächst, dass die Arbeitsfähigkeit von August 2020 bis November 2020 aufgrund einer Pneumonie aufgehoben gewesen sei. Danach bestehe eine Einschränkung der Arbeitsunfähigkeit von 10 % aus psychiatrischen Gründen. Seit März 2021 sei die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit aus endokrinologischen Gründen aufgehoben. In einer angepassten Tätigkeit gelte die Einschränkung von 10 % seit Dezember 2020.

4.7 Sodann vermögen auch die weiteren Rügen des Beschwerdeführers nichts am Beweiswert des Gutachtens zu ändern.

4.7.1 Der Beschwerdeführer bringt unter anderem vor, er sei bei drei Untersuchungen innerlich zusammengebrochen, was auch auf den Aufnahmen hörbar sei. Dies sei jedoch nur im psychiatrischen Gutachten erwähnt worden und spiegle sich in der gutachterlichen Beurteilung nicht wider. Dem ist entgegenzuhalten, dass auch im neuropsychologischen Gutachten festgehalten wurde, der

Versicherte kämpfe mehrfach mit den Tränen und brauche einmal auch länger, um sich wieder fassen zu können. Zudem ist dem psychiatrischen Gutachten zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer bei der Schilderung belastender Lebensereignisse – insbesondere, als er über den Tod seiner Cousine im Jahr 1973 berichtet habe – emotional sehr stark beteiligt gewesen sei, und geweint habe. Dies zeigt sich denn auch bei den weiteren vom Beschwerdeführer angegebenen Stellen der Tonaufnahmen. Die diesbezüglichen Lebensereignisse und die in diesem Zusammenhang bestehenden Belastungen wurden im psychiatrischen Gutachten sehr wohl gewürdigt. Im Übrigen ist es bei den somatischen Teilgutachten nicht zu beanstanden, dass hierbei zum Psychostatus des Beschwerdeführers keine weiteren Ausführungen gemacht wurden, zumal zusätzlich eine psychiatrische und eine neuropsychologische Begutachtung durchgeführt wurden. 4.7.2 Schliesslich rügt der Beschwerdeführer, die neuropsychologische Abklärung bei Herrn lic. phil. E.\_\_\_\_ habe rund dreieinhalb Stunden gedauert, die Audio-Aufnahme sei aber viel kürzer, womit also ein Teil fehlen müsse, was einen formellen Mangel am Gutachten darstelle. In diesem Zusammenhang hat der Vizepräsident des Versicherungsgerichts die Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 16. November 2023 (A.S. 39) gebeten, bei der C.\_\_\_\_, nachzufragen, ob die gesamten Tonaufnahmen der neuropsychologischen Untersuchung durch lic. phil. E.\_\_\_\_ noch vorhanden seien. Falls diese Tonaufnahmen bei der C.\_\_\_\_ erhältlich gemacht werden könnten, seien diese dem Versicherungsgericht und dem Beschwerdeführer in nicht reproduzierbarer Form zugänglich zu machen. In der Folge hat die Beschwerdegegnerin mit Eingabe vom 7. Dezember 2023 (A.S. 41) die Stellungnahme der C.\_\_\_\_ vom 5. Dezember 2023 eingereicht (A.S. 42). Darin führt der neuropsychologische Gutachter, lic. phil. E.\_\_\_\_ aus, das Gespräch sei an diesem Punkt beendet und nicht wieder aufgenommen worden. Die Untersuchung natürlich schon, weshalb die gesamte Dauer des Gutachtens länger sei. Es gehe dort etwas schnell, weil die versicherte Person zur Toilette gemusst habe. Dem hält der Beschwerdeführer in seiner abschliessenden Stellungnahme vom 18. Dezember 2023 entgegen, es habe keine Gespräche oder Untersuchungen ohne gleichzeitige Tonaufnahme gegeben. Der Beschwerdeführer sei zwar zwischendurch auf der Toilette gewesen, danach sei die Tonaufnahme aber wie vorgeschrieben fortgesetzt worden. Aus den Tonaufnahmen des neuropsychologischen Untersuchungsgesprächs ergeben sich im Wesentlichen folgende Erkenntnisse: Die Aufnahme beginnt gemäss Zeitangabe des Gutachters um 9:23 Uhr. Bei Minute 3:39 der Tonaufnahme weist der Gutachter daraufhin, dass er dem Beschwerdeführer bereits eine erste Testaufgabe stelle und in dieser Zeit die Aufnahme unterbreche. Dies macht er dann auch unter Angabe der Uhrzeit (9:26 Uhr). Danach werden das Untersuchungsgespräch und die Tonaufnahme um 9:48 Uhr wieder fortgesetzt. Wie ein Vergleich der Tonaufnahme und dem Gutachten weiter zeigt, wurde das Untersuchungsgespräch im Gutachtensbericht in angemessenem Umfang zusammengefasst (s. Ziff. 3.1 und 3.2 des Gutachtens). Im neuropsychologischen Gutachtensbericht sind denn auch keine anamnестischen Angaben enthalten, welche der Beschwerdeführer nicht auch auf der Tonaufnahme gemacht hat. Vom Beschwerdeführer wird denn auch nicht konkret geltend gemacht, seine Angaben hätten nicht vollständig in das Gutachten Eingang gefunden. Wie sodann der Aufnahme weiter zu entnehmen ist, fragte der Beschwerdeführer den neuropsychologischen Gutachter kurz vor Ende der Aufnahme, ob er schnell auf die Toilette gehen dürfe. Dies bejahte der Gutachter und fügte am Ende der Aufnahme an, das Gespräch werde hier beendet, er, der Gutachter, habe soweit alles gefragt. Falls der Beschwerdeführer noch etwas anfügen wolle, könne er dies danach noch sagen. Die Aufnahme endet mit der Angabe der Uhrzeit um 10:51 Uhr. Es ist somit davon auszugehen,

dass danach keine weiteren Untersuchungsgespräche geführt wurden. Die Durchführung der Tests wurde, wie auch vom Gutachter bestätigt, nicht aufgenommen. In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass von den gutachterlichen Interviews zwischen der versicherten Person und dem Sachverständigen grundsätzlich Tonaufnahmen zu erstellen sind (Art. 44 Abs. 6 ATSG). Gemäss Art. 7k Abs. 1 ATSV umfasst das Interview nach Artikel 44 Absatz 6 ATSG das gesamte Untersuchungsgespräch. Dieses besteht aus der Anamneseerhebung und der Beschwerdeschilderung durch die versicherte Person. Der Begriff «Interview» wird im Gesetz verwendet (Art. 44 Abs. 6 ATSG), ist aber nicht definiert. Dieser ist daher in der Verordnung zu präzisieren. Unter Interview wird die Anamneseerhebung und die Beschwerdeschilderung durch die versicherte Person verstanden. Die persönlichen Schilderungen und Aussagen der versicherten Person stehen im Vordergrund. Die Tonaufnahme soll dabei sicherstellen, dass die Aussagen der versicherten Person korrekt erfasst und im Bericht vom Sachverständigen entsprechend wiedergegeben werden. Der testpsychologische Begutachtungsteil bei psychiatrischen, neurologischen und neuropsychologischen Untersuchungen darf dagegen nicht aufgezeichnet werden (vgl. BSV, Ausführungsbestimmungen zur Änderung des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [Weiterentwicklung der IV], Erläuternder Bericht [nach Vernehmlassung] vom 3. November 2021 [nachfolgend: Erläuternder Bericht], S. 75 f.; abrufbar: [www.bsv.admin.ch](http://www.bsv.admin.ch) > Sozialversicherungen > Invalidenversicherung > Reformen & Revisionen > Weiterentwicklung der IV > Dokumentation > Erläuterungen). Damit ist es nicht zu beanstanden, dass der neuropsychologische Gutachter den testpsychologischen Begutachtungsteil nicht aufgezeichnet hat. Die Feststellung des Vizepräsidenten des Versicherungsgerichts in der Verfügung vom 16. November 2023 (A.S. 39) die Tonaufnahme betreffend die neuropsychologische Begutachtung der C.\_\_\_\_, sei unvollständig, erweist sich somit rückblickend als unzutreffend. 4.8 Zusammenfassend ist somit auf das beweismässige Gutachten der C.\_\_\_\_ vom 24. Oktober 2022 abzustellen. 5. Grundsätzlich ist die Voraussetzung der durchschnittlichen Arbeitsunfähigkeit von 40 % während des Wartejahres gestützt auf die Verlaufsbeurteilung im C.\_\_\_\_-Gutachten per Anfang August 2021 erfüllt. Jedoch muss die versicherte Person – damit ein Rentenanspruch entsteht – danach weiterhin mindestens zu 40 % erwerbsunfähig sein (Art. 28 Abs. 1 lit. c IVG i.V.m. Art. 7 ATSG), was bei einer lediglich 10%igen Einschränkung in einer angepassten Tätigkeit ab Dezember 2020 nicht gegeben ist. Somit ist der Rentenanspruch ohne Vornahme einer Invaliditätsberechnung zu verneinen. 6. Schliesslich ist auf das Begehren des Beschwerdeführers einzugehen, dem Beschwerdeführer seien berufliche Massnahmen zu gewähren. Nach der Rechtsprechung ist nur dann von fehlendem Eingliederungswillen bzw. fehlender subjektiver Eingliederungsfähigkeit (zum Erfordernis der objektiven und subjektiven Eingliederungsfähigkeit der versicherten Person: Silvia Bucher, Eingliederungsrecht der Invalidenversicherung, 2011, Rz. 124 und 539) auszugehen, wenn er mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 138 V 218 E. 6 S. 221 mit Hinweisen) feststeht (Urteil des Bundesgerichts 9C\_368/2012 vom 28. Dezember 2012 E. 3.1). Dabei sind insbesondere die gegenüber der Verwaltung und den medizinischen Experten gemachten Aussagen betreffend Krankheitsüberzeugung bzw. Arbeitsmotivation zu berücksichtigen. Ebenfalls von Belang sein können die im Vorbescheidverfahren und vor kantonalem Versicherungsgericht gemachten Ausführungen bzw. gestellten Anträge (Urteil 9C\_368/2012 E. 3.2; Urteil 9C\_474/2013 vom 20. Februar 2014 E. 6.3). In diesem Zusammenhang gab der Beschwerdeführer anlässlich der

C.\_\_\_\_-Begutachtung an, eine Tätigkeit als Taxifahrer traue er sich derzeit nicht zu. Der Stress sei zu gross, in fremder Umgebung mit dem Taxi unterwegs zu sein, das traue er sich nicht zu, zumal er erschöpfbar sei und maximal eine halbe Stunde am Stück fahren könne, unter diesen Voraussetzungen sei das Taxifahren nicht möglich. Er würde gerne kreativ tätig sein, handwerklich, wenn es so etwas gäbe, das würde er versuchen mit 20 %, und das dann allmählich steigern. Er suche etwas im 20%-Pensum, denn er möchte eine angenommene Arbeit auch erfüllen können. Sodann ist dem IV-Protokolleintrag vom 20. Dezember 2022 bezüglich eines Telefonats mit dem Beschwerdeführer zu entnehmen, der Beschwerdeführer könne sich nicht vorstellen an beruflichen Massnahmen mitzuwirken. Das Ergebnis werde genau gleich ausfallen wie damals, als er das Belastbarkeits-Training bei der B.\_\_\_\_ absolviert habe. Er habe nach wie vor psychische Einbrüche und fühle sich wie damals bei der beruflichen Eingliederung. Seine Familie leide ebenfalls stark unter seinen manchmal aggressiven Ausbrüchen. Er wolle wieder Arbeiten. Er sei versucht möglichst kleine Pensen anzunehmen (10 %). Gestützt auf diese Ausführungen ist es somit nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin den Anspruch des Beschwerdeführers auf weitere berufliche Massnahmen aufgrund fehlender subjektiver Eingliederungsfähigkeit verneint hat. Der vorgängigen Durchführung eines Mahn- und Bedenkzeitverfahrens nach Art. 21 Abs. 4 ATSG bedurfte es – entgegen den Vorbringen des Beschwerdeführers (vgl. E. I. 6 Ziff. 3 hiervor, A.S. 41 f.) – nicht (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C\_442/2017 vom 8. Juni 2018 E. 3.2.3, 9C\_59/2017 vom 21. Juni 2017 E. 3.3). 7. Demnach ist die Beschwerde abzuweisen. 7.1 Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung. 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 die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen, die mit dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe zu verrechnen sind.

8. Schliesslich verlangt der Beschwerdeführer, die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, für die Kosten des Berichts von lic. phil. D.\_\_\_\_ vom 30. April 2023 im Betrage von CHF 550.00 aufzukommen. Gemäss Art. 45 Abs. 1 Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1) übernimmt der Versicherungsträger die Kosten der Abklärung, soweit er die Massnahmen angeordnet hat. Hat er keine Massnahmen angeordnet, so übernimmt er deren Kosten dennoch, wenn die Massnahmen für die Beurteilung des Anspruchs unerlässlich waren oder Bestandteil nachträglich zugesprochener Leistungen bilden. Die infrage stehende Massnahme ist zur Beurteilung des Anspruchs unerlässlich, wenn dieselbe Massnahme im Rahmen der Untersuchungspflicht ebenfalls anzuordnen gewesen wäre, was jedoch nicht erfolgt ist (Urteile des Bundesgerichts 9C\_858/2014 vom 3. September 2015 E. 6, 9C\_921/2013 vom 24. Februar 2014 E. 5.1 [SVR 2014 IV Nr. 11 S. 44]). Darüber hinaus kommt eine Kostenübernahme auch infrage, wenn aufgrund der damaligen Aktenlage eine ergänzende Abklärung nicht zwingend gewesen wäre, der neue Bericht aber neue Erkenntnisse liefert, welche die Anspruchsbeurteilung beeinflusst oder zusätzliche Abklärungen auslöst. Nachdem der Bericht von lic. phil. D.\_\_\_\_ keinen Anlass bot, dass ein neues Gerichtsgutachten hätte veranlasst werden müssen und auch nicht auf diesen Bericht abzustellen ist, ist eine Pflicht zur Kostenübernahme ohne Weiteres zu verneinen.

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