

Beweiswert des Administrativgutachtens – Art. 28 Abs. 1 IVG; Art. 43 Abs. 1 ATSG.

Anwendungsfall einer gerichtlichen Beweiswürdigung bei widersprüchlichen medizinischen Akten. Fehlender Beweiswert eines psychiatrischen Administrativgutachtens, Rückweisung an die IV-Stelle zur polydisziplinären Begutachtung (E. 5).

OGE 63/2020/17 vom 7. Mai 2021

Keine Veröffentlichung im Amtsbericht

Aus den Erwägungen

4. Die umfangreichen medizinischen Akten lassen sich im Wesentlichen wie folgt zusammenfassen:

4.1. Vor dem Bundesgerichtsurteil vom 12. Oktober 2010 datieren namentlich die beiden von der Klinik W. erstatteten Gutachten des Psychologen A. sowie des Dr. med. B., Psychiatrie und Psychotherapie FMH, vom 9. August 2004 und 2. Februar 2007, sowie das Privatgutachten der Dres. med. C., Neurologie FMH, und D., Psychiatrie und Psychotherapie FMH, vom 14. November 2009. Der Psychologe A. und Dr. med. B. diagnostizierten im ersten Gutachten eine vermeidende (ängstliche) Persönlichkeitsstörung im Sinn eines depressiven Verarbeitungsmodus leichten Grades (ICD-10 F60.6), welche die Arbeitsfähigkeit leichtgradig (um 0-10%) einschränke. Das zweite Gutachten ergab im Wesentlichen den gleichen Befund und eine unveränderte Beurteilung der Arbeitsfähigkeit. Dr. med. D. kam zum Schluss, der Beschwerdeführer leide an einer Persönlichkeitsstörung gemischt (ICD-10 F61.0) mit narzisstischen, unreifen, vermeidend ängstlichen und passiv aggressiven Zügen und einer Dysthymie (ICD-10 F34.1). Sodann bestehe ein Status nach schwerer depressiver Episode 2005 und mittelgradig depressiver Episode 2007 (anamnestisch; ICD-10 F32.2 und F32.1) und eine anhaltend somatoforme Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.4). Aufgrund der Untersuchungsbefunde, der Angaben des Beschwerdeführers und der Akten müsse gemäss ICD-10-Kriterien von einer schweren Persönlichkeitsstörung ausgegangen werden. Die soziale Problematik (nur teilweise Behauptung in der Arbeitswelt) sei zunehmend überschattet von einer depressiven Erkrankung, die in einer schweren und mittelgradigen depressiven Episode gegipfelt und im Jahr 2007 zu einer stationären Behandlung geführt habe (der Beschwerdeführer war vom 5. Dezember 2007 bis 22. April 2008 in der Klinik X. hospitalisiert, wo eine mittelgradige depressive Episode [ICD-10 F32-1] und eine posttraumatische Belastungsstörung [PTBS; ICD-10 F43.1] diagnostiziert sowie eine Leistungsfähigkeit von etwa 40% attestiert worden waren). Aus rein psychiatrischer Sicht sah Dr. med. D. keine Arbeitsfähigkeit, dem Beschwerdeführer sei aber in

Nachachtung seiner Schadenminderungspflicht die Teilnahme an einer therapeutischen Rehabilitation zuzumuten. Es sei durchaus möglich, dass sich eine Restarbeitsfähigkeit (wahrscheinlich maximal 50%) etablieren könne.

4.2. In Zusammenhang mit der hier zu beurteilenden Neuanschuldung finden sich insbesondere folgende Beurteilungen an den Akten:

4.2.1. Dr. med. E., Psychiatrie und Psychotherapie FMH, schilderte in ihrer Zweitmeinung vom 31. Mai 2016 zuhanden von Dr. med. F., Spezialarzt für Psychiatrie und Psychotherapie, der Beschwerdeführer habe sie im Rahmen einer grossen seelischen Krise kontaktiert. Ab Mitte Juli 2015 habe er in einem geschützten Wohnen gelebt, er wolle nun aber von dort wegziehen wegen Unzufriedenheit über von ihm beschriebene manipulative Vorgänge. Durch verschiedene Rechtskämpfe belastet finde er weder einen Anwalt noch einen Rechtsberater zu seiner Unterstützung. Er habe eine Internetplattform geschaffen, auf welcher er seine Sicht der Dinge veröffentlichen wolle. Dr. med. E. kam gestützt auf ihre Abklärungen seit Oktober 2015 zum Schluss, der Beschwerdeführer wirke oberflächlich primär offen und zugewandt, jedoch von einer eigenen Welt von Gedanken und Empfindungen absorbiert. Diese seien nicht üblich und nachvollziehbar, auch nicht in seiner Subkultur. Es zeige sich das Vollbild einer schizotypen Störung (ICD-10 F21), ausserdem eine somatoforme autonome Funktionsstörung (ICD-10 F45.3), Herz- und Magenstörungen (ICD-10 F45.30 und F45.31), Hyperventilation (ICD-10 F45.33) sowie weniger ausgeprägt ein psychogenes Colon irritabile (ICD-10 F45.32). Neben somatischen Folgen von zwei Unfällen zeigten sich sodann typische Symptome einer PTBS (ICD-10 F43.1). Hauptursächlich für die vollständige Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit sei primär die schizotype Störung.

4.2.2. Mit IV-Arztbericht vom 11. April 2018 führte Dr. med. F. aus, die psychischen Beschwerden hätten sich in den letzten Jahren verstärkt. Neben den depressiven Symptomen zeige der Beschwerdeführer ein seltsames Verhalten, er sei sehr paranoid, äussere Beziehungsideen und habe erhebliche Schwierigkeiten im Kontakt mit der Umgebung. Dies seien grosse Hindernisse für eine berufliche und soziale Integration. Mit der Beurteilung durch Dr. med. E. sei er vollkommen einverstanden. Zusätzlich bestünden erhebliche körperliche Beschwerden, die von Prof. Dr. med. G., Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation, behandelt würden. Nach dem Umzug nach Schaffhausen sei der Gesundheitszustand nicht besser geworden. Der Beschwerdeführer sei nach wie vor äusserst misstrauisch und zeige eine starke Tendenz zur paranoiden Verarbeitung der Lebenssituation. Er wirke in seinem Affekt sehr unangepasst, sei – aufgrund seiner sonderbaren Ansichten und extrem niedrigen Toleranzschwelle, die ihn sehr heftig bereits auf kleine Frustrationen reagieren lasse – für die Umgebung unnahbar. Deswegen sei

er nicht im Stand, Kontakte herzustellen und ziehe sich stark zurück. Er lebe isoliert, ertrage keine Nähe von anderen Personen, reagiere schon in kleinen Gruppen mit Panik. Seit langer Zeit habe keine Partnerschaft bestanden, zumal der Beschwerdeführer ausschliesslich mit Beschuldigungen und dem Schreiben von querulatorischen Briefen an Behörden beschäftigt sei. Bisher sei es gar nicht gelungen, die paranoide Einstellung zu korrigieren, weshalb der Beschwerdeführer in ständiger Auseinandersetzung mit seinem Umfeld lebe. Dr. med. F. hielt als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine schizoide Störung (ICD-10 F21; Erstdiagnose [ED] 2016), eine chronifizierte PTBS (ICD-10 F43.1; ED 2007), eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige bis schwere Episode (ICD-10 F33.1, F33.2) sowie eine somatoforme Funktionsstörung (ICD-10 F45.3, ED 2016) fest. Die Prognose sei ungünstig. Es handle sich um eine schwere Persönlichkeitsstörung mit paranoiden und querulatorischen Zügen, dazu komme eine rezidivierende depressive Störung, die keine Remission zeige. Auch bestünden mittelgradige bis schwere neuropsychologische Defizite, die den Beschwerdeführer in grossem Mass bei der Ausübung einer Tätigkeit hinderten. Es werde weiterhin eine engmaschige psychotherapeutische sowie medikamentöse Therapie durchgeführt. Bei der diagnostizierten psychischen Störung und nach der bisherigen therapeutischen Erfahrung sei gar nicht mehr damit zu rechnen, dass der Beschwerdeführer in ein Arbeitsmilieu integriert werden könnte.

4.2.3. Sodann nahmen Dr. med. H., Allgemeine Innere Medizin, und Prof. Dr. med. G. am 16. April 2018 bzw. 5. Juni 2018 Stellung. Dr. med. H. gab am 16. April 2018 an, den Beschwerdeführer seit 19. Dezember 2017 hausärztlich zu betreuen. Als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bestehe eine schizotype Störung (ICD-10 F21; ED 2016), eine somatoforme autonome Funktionsstörung (ICD-10 F45.3, ED 2016 [des Herz- und Kreislaufsystems, ICD-10 F45.30; sowie des oberen Verdauungssystems, ICD-10 F45.31]), eine leichte depressive Episode (ICD-10 F32), eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode (ICD-10 F35) und eine PTBS (ICD-10 F43.1). Der Beschwerdeführer sei vollständig arbeitsunfähig, die Prognose sei sehr schlecht, er sei für einen Arbeitgeber unzumutbar. Prof. Dr. med. G., der den Beschwerdeführer seit 2004 behandelte, gab an, der Beschwerdeführer leide an erheblichen teilinvalidisierenden psychischen Störungen, einer langjährigen mittelschweren generalisierten Myotendinose, einer eindrücklich schmerzhaften Segmentbewegungsstörung des zervikothorakalen Übergangs, einem tendenziellen Flachrücken sowie Fussdeformitäten. Aufgrund der Mehrzahl körperlicher schmerzhafter Befunde, der manifesten psychischen Erkrankung und der psychosozialen Situation bestehe derzeit ärztlich belegbar keine regelmässige berufliche Belastbarkeit. Mit ergänzender aktueller Situationsdarstellung vom 9. Oktober 2019 führte Prof. Dr. med. G. aus, immer

wieder dokumentiert worden seien erhebliche teilinvalidisierende psychische Störungen, eine langjährige generalisierte Myotendinose samt Entwicklung in Richtung einer Fibromyalgie, eine stark bewegungsschmerzhafte Segmentbewegungsstörung des zervikothorakalen Übergangs im hypermobilen Sinn sowie ein tendenzieller teilversteifter Flachrücken nebst kaum beeinträchtigenden Fussdeformitäten. Am 20. September 2019 sei vom Lungenzentrum der Klinik Y. eine seit Jahren bestehende leistungsabhängige Dyspnoe (NYHA II mit Verdacht auf Asthma) und ein schweres obstruktives Schlafapnoe-Syndrom diagnostiziert worden. Auch Dr. med. H. hatte die IV-Stelle am 4. Oktober 2019 darüber informiert, dass beim Beschwerdeführer am 23. Juli 2019 ein schweres obstruktives Schlafapnoesyndrom diagnostiziert worden sei, das nachweislich mit einem erhöhten kardiovaskulären Risiko einhergehe. Sodann schilderte Prof. Dr. med. G., dass aus seiner Sicht Voraussetzung für eine Beruhigung der Lebenssituation ein garantierter Schutz des Beschwerdeführers vor weiteren gesundheitlichen und rechtlichen Abklärungen sei, damit der zermürende Kampf um eine gerechte Behandlung auf ein mögliches Minimum reduziert werden könne.

4.2.4. Der psychiatrische Gutachter Dr. med. I., Facharzt Psychiatrie und Psychotherapie, und der orthopädische Gutachter Dr. med. J., Orthopädische Chirurgie FMH, kamen in der integrativen medizinischen Beurteilung zum Schluss, es hätten sich während der psychiatrischen Begutachtung des Beschwerdeführers Auffälligkeiten für nicht-authentische Beschwerdeschilderungen ergeben. Dieser habe eine Vielzahl an Beschwerden (Schmerzen, Depression, Kognition) angeführt, die überwiegend wahrscheinlich zum Verhalten und den Angaben zum Alltag inkonsistent seien. Es hätten sich überwiegend wahrscheinlich keine objektiven Aspekte für eine ausgeprägte depressive Störung anhand des psychomotorisch erhaltenen Antriebs ergeben. Im Fragebogen zur Überprüfung der Plausibilität angegebener psychischer Symptome sei der Cutt-off für eine plausible Symptomatik überschritten worden. Weiter hätten sich im Fragebogen für Persönlichkeitsstörungen jeweils über den Cutt-off-Werten liegende Werte für paranoide, schizotypische, vermeidende selbstunsichere, zwanghafte, antisoziale/dissoziale, Borderline, depressive und passiv-aggressive Persönlichkeitsstörungen ergeben. Hinsichtlich der subjektiv geschilderten und aktenmässig angeführten depressiven Episoden ergäben sich klare bzw. überwiegend wahrscheinliche psychosoziale ätiologische Belastungsaspekte durch den mittlerweile Jahre andauernden "Kampf" gegen Behörden sowie ein Rentenbegehren. Der Beschwerdeführer habe angegeben, sich nach seiner rund 15- oder 16-jährigen Arbeitsabstinenz eine Erwerbstätigkeit nicht mehr vorstellen zu können, eine allfällige berufliche Wiedereingliederung würde er "bis zum EGMR bekämpfen", sonst würde er irgendwann eine Gefahr für andere bzw. er würde andere Menschen nicht mehr ertragen. Aus gutachterlicher Sicht zeige

sich überwiegend wahrscheinlich das Konzept der "posttraumatischen Verbitterungsstörung" (insbesondere auch durch mehrfache Kränkungsaspekte). Mit Bezug auf die in den Akten postulierte PTBS fehlten aus gutachterlicher Sicht überwiegend wahrscheinlich die Eingangskriterien (Auftreten innert sechs Monaten nach Ereignis). Die Suchterkrankung könne weiterhin als überwunden gelten. Als Ressource imponiere, dass der Beschwerdeführer angegeben habe, es geschafft zu haben, vor 1½ Jahren mit dem Rauchen aufzuhören. Eine chronische oder eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung sowie eine Angst- oder Panikstörung liessen sich aktuell bei nicht-authentischer Beschwerdeschilderung nicht überwiegend wahrscheinlich diagnostizieren. Anhaltspunkte auf eine hirnorganische Störung lägen nicht vor. Die Akten enthielten Anhaltspunkte für eine Persönlichkeitsstörung. Anhand der aktuellen nicht-authentischen Beschwerdeschilderung könne aber keine überwiegend wahrscheinliche Diagnosestellung erfolgen, wobei aus gutachterlicher Sicht hierfür überwiegend wahrscheinlich nicht die Persönlichkeitsstörungen ursächlich seien, sondern diese einem Rentenwunsch geschuldet bzw. bewusstseinsnah seien. Anhand des langjährigen Verlaufs und gerichtlicher Auseinandersetzungen auch im Zusammenhang mit einem Rentenbegehren des Beschwerdeführers, unterstützt von Behandlerseite, ergäben sich weitere psychosoziale Belastungsfaktoren, die der Beschwerdeführer als "Behördenkampf" angebe. Gleichzeitig fänden sich im Alltag anhand der Angaben zur Benützung von Computer bzw. dem Interesse, sich gemeinsam mit anderen gegen Behörden zur Wehr zu setzen, auch Ressourcen. Der Beschwerdeführer habe trotz angegebenem sozialem Rückzug Kontakte aufrechterhalten und sei neue Kontakte eingegangen, auch scheine er in der Lage, sich verschiedene Unterstützungen zu organisieren, betätige sich mit dem Aufbau kritischer Webseiten und gebe Interviews in eigener Sache. Psychiatrisch ergäben sich bei nicht-authentischer Beschwerdeschilderung keine überwiegend wahrscheinlich beurteilbaren Funktionseinschränkungen. Orthopädisch zeige sich mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Epicondylitis humeri radialis rechts ausgeprägter als links. Diese wirke sich einschränkend auf den Gebrauch der rechten Hand aus, sollte aber mit konsequenter Therapie verschwinden. Es hätten sich Inkonsistenzen gezeigt, indem der Beschwerdeführer am Schluss der Untersuchung angegeben habe, bei Druck auf die Muskulatur im Thoraxbereich oder im Oberschenkel könnten Schmerzen provoziert werden, obwohl er in der klinischen Untersuchung auch bei massivem Druck nicht über Schmerzen geklagt habe. Die im Bereich der Hals- und Lendenwirbelsäule angegebenen Schmerzen hätten bildgebend nicht vollumfänglich erklärt werden können. Rein orthopädisch bestehe bis zur Abheilung der Epicondylitis humeri radialis rechts eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 10%. Psychiatrisch werde aufgrund nicht-authentischer Beschwerdeschilderungen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine Arbeitsunfähigkeit attestiert.

4.2.5. Nach dem ablehnenden Vorbescheid nahmen auf Veranlassung des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers sowohl Prof. Dr. med. G. als auch Dr. med. F. zum Administrativgutachten Stellung. Prof. Dr. med. G. hielt fest, es sei entscheidend, dass eine integrale Erfassung erfolge; die Reduktion einer psychiatrischen und rein orthopädischen Beurteilung könne einer Gesamtbeurteilung in keiner Weise gerecht werden. Keine adäquate Berücksichtigung gefunden habe die inzwischen abgeklärte beträchtliche Schlafapnoe mit fehlender nächtlicher Erholung. Dem orthopädischen Gutachten fehlten zahlreiche wesentliche Beurteilungselemente (z.B. die für statische Belastungen wichtige Wirbelsäulenform, die asymmetrische Belastung des Beckens durch einen vorhandenen Links-Shift, die Erfassung und Bedeutung einer konstitutionellen Hyperplasie der Skelettmuskulatur mit starker Verkürzungsneigung und weitere [im Bericht im Einzelnen aufgeführte] Punkte). Im Gutachten schimmere immer wieder die deutliche Überzeugung des Gutachters durch, dass die meisten Beschwerden ein bildgebendes Korrelat haben müssten – als ob die Weichteilstrukturen nicht ebenso Beschwerden verursachen könnten. Darstellungen der zu explorierenden Person dürften sodann nicht ohne Beachtung der besonderen "Prüfsituation" zur Kenntnis genommen werden. Wenn der orthopädische Gutachter nach 1½ Stunden Kontakt zum Beschwerdeführer als einzige erhebliche Diagnose eine beidseitige Epikondylitis dokumentiere, deren Schmerzen bei konsequenter Therapie verschwinden würden, könne er sich nur fragen, was sämtliche involvierten Kollegen und Therapeuten in den Jahren seit 2004 überhaupt beurteilt, diagnostiziert und zu therapieren versucht hätten. Dr. med. F. seinerseits bezeichnete es als merkwürdig, dass der psychiatrische Gutachter keine Diagnose habe stellen können, nachdem sich der Beschwerdeführer vorher fast 20 Jahre lang in ambulanter und stationärer psychiatrischer Behandlung befunden habe. Er wies u.a. auf den Widerspruch hin, dass der Gutachter die Beurteilung durch die Dres. med. D. und C. als grundsätzlich nachvollziehbar bezeichne, gleichwohl aber in Abweichung davon keine psychiatrische Diagnose stelle. Sowohl die Einschätzung von Dr. med. E. als auch seine eigene würden vom Gutachter abgelehnt. Für ihn selbst sei es aber nicht annehmbar, dass der psychiatrische Gutachter die psychische Störung des Beschwerdeführers als Reaktion auf die äussere Situation und die Belastungsfaktoren sehe und nicht als psychische Krankheit beurteile. Aus seiner Sicht sei die psychische Störung nicht durch soziale Belastungen entstanden, vielmehr seien diese Folge der psychischen Störung. Der Beschwerdeführer lebe sozial ganz isoliert, habe kaum Kontakte zu seiner Umgebung und sei wegen seiner psychischen Beschwerden gar nicht im Stand, eine feste Beziehung einzugehen. Seit 14 Jahren sei er wegen seiner psychischen Störung nicht mehr im Arbeitsprozess, zuvor habe er 4½ Jahre im geschützten Rahmen gearbeitet, wobei er sich nicht einmal dort habe anpassen

können und es wegen seiner paranoiden Einstellung zu starken Auseinandersetzungen mit der Betriebsleitung gekommen sei. Das alles spreche für eine schwere psychische Störung und sei keine Reaktion auf eine schwierige soziale Situation. Er habe den Beschwerdeführer wegen seines Unterstützungsbedarfs auch bei der KESB angemeldet. Sehr häufig müsse der Beschwerdeführer Termine bei ihm verschieben, da er in Panik gerate, weil er Angst habe, mit anderen Zug zu fahren. Seiner Meinung nach habe Dr. med. I. die psychische Störung nicht richtig beurteilt. Aufgrund einer rezidivierenden depressiven Störung (gegenwärtig mittelgradige bis schwere Episode [ICD-10 F33.11, F33.2]), einer schizotypen Störung (ICD-10 F21), einer PTBS (ICD-10 F43.1), einer Schmerzstörung (teils psychisch, teils somatisch bedingt; ICD-10 F45.4) und einer mittelschweren bis schweren neuropsychologischen und neuropsychiatrischen Funktionsstörung sei der Beschwerdeführer zu 100% arbeitsunfähig, die Prognose sei schlecht.

4.2.6. Im Beschwerdeverfahren liess der Beschwerdeführer ein zu Händen von Dr. med. F. verfasstes psychosomatisches Konsilium von Dr. med. K., Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, leitender Arzt an der Klinik Z., vom 28. Mai 2020 zu den Akten reichen. Dieses basiert auf Untersuchungen vom 5. und 26. Mai 2020 und datiert somit nur wenige Wochen nach Erlass der rechtsprechungsgemäss Grenze der gerichtlichen Überprüfungsbefugnis bildenden Verfügung, weshalb es im vorliegenden Verfahren berücksichtigt werden kann. Dr. med. K. äusserte in erster Linie einen Verdacht auf eine kombinierte Persönlichkeitsstörung mit impulsiven, narzisstischen, dissozialen und paranoiden Anteilen. Differenzialdiagnostisch bestehe eine Störung des Verhaltens und Erlebens und der Persönlichkeit aufgrund einer zurückliegenden früheren seelischen Traumatisierung (Sozialisierung) und ein Status nach Drogenmissbrauch über mindestens 13 Jahre. In seiner Beurteilung hielt Dr. med. K. fest, es handle sich beim Beschwerdeführer um einen 44-jährigen Mann mit einem schwierig zu beschreibenden, eher schillernden Störungsbild. Er habe sich während der überwiegenden Gesprächsdauer aufgebracht gezeigt über die Art und Weise, wie er behandelt worden sei, speziell von amtlicher und offizieller Seite, er habe sich schikaniert erlebt. In diesem Sinn sei der Beschwerdeführer gekränkt, querulatorisch und sehr kombativ erschienen und habe hauptsächlich nur eine von seinem Standpunkt aus festgelegte Perspektive auf seine Beziehungen sowie überhaupt auf die Welt einnehmen können. Beruflich und privat zeige sich ein ähnliches Muster; im Arbeitsumfeld habe er wenig kompromissbereit agiert, weshalb die Arbeitsverhältnisse vorzeitig beendet worden seien. Privat sei er in der Lage gewesen, zwischenmenschliche Beziehungen zu knüpfen, aber nicht, sie aufrechtzuerhalten. Letztlich habe er in allen Lebensbereichen viel versucht und nichts erreicht. Offensichtlich sei auch der paranoide Anteil, den der Beschwerdeführer beschreiben könne und unter dem er leide. Zusammenfassend habe er einen Mann erlebt, der an sich selbst und an der Welt leide und gegenüber

der Gesellschaft am ehesten als Querulant in Erscheinung trete. Psychiatrisch-diagnostisch sei am ehesten eine komplexe Persönlichkeitsstörung bei Verdacht auf früher und später drogenbedingte Hirnschädigungen anzunehmen. Grundsätzlich wäre eine erneute fachpsychiatrische Abklärung bei ausgewiesenen Experten für die Thematik von Persönlichkeitsstörungen nachzuholen zur Klärung der Frage, ob eine solche Störung vorliege. Unter Massgabe, dem Beschwerdeführer für seine zweite Lebenshälfte eine Perspektive zu bieten, eventuell mit der Perspektive einer Teilzeitbeschäftigung, würde er ihn zu einer entsprechend ausgerichteten Psychotherapie motivieren.

5. Zu prüfen ist, ob die IV-Stelle das Administrativgutachten zu Recht als beweiskräftig erachtet und darauf abstellend einen Rentenanspruch des Beschwerdeführers verneint hat.

5.1. Die medizinische Aktenlage zeigt, dass der Beschwerdeführer seit vielen Jahren sowohl wegen körperlicher als auch wegen psychischer Beschwerden in ärztlicher Behandlung steht. Gemäss Beurteilung des behandelnden Psychiaters Dr. med. F. hat sich die psychische Situation in den letzten Jahren verschlimmert, wobei nach seiner Beurteilung insbesondere die zunächst von der Klinik W. als leicht eingestufte Persönlichkeitsstörung sich nunmehr als schwer ausgeprägt präsentiert. Diese Einschätzung weicht erheblich ab von der gutachterlichen Beurteilung durch Dr. med. I., der wie dargelegt zum Schluss kam, dass aufgrund einer überwiegend wahrscheinlich bewusstseinsnahen bzw. im Rahmen des langjährigen Rentenbegehrens zu sehenden nicht-authentischen Beschwerdeschilderung keine Persönlichkeitsstörung diagnostiziert werden könne. Dass der Beschwerdeführer erklärermassen eine Invalidenrente anstrebt, tritt im psychiatrischen Administrativgutachten klar zutage (vorangehende E. 4.2.4). Klarerweise ist ein Rentenwunsch für die Anspruchsberechtigung in der Invalidenversicherung irrelevant. Gleichwohl lässt sich aus den entsprechenden Äusserungen des Beschwerdeführers nicht ohne weiteres auf eine nicht-authentische Beschwerdeschilderung schliessen. In den Akten ist ein mittlerweile fast zwanzigjähriges, engagiertes Bemühen verschiedener Ärzte dokumentiert, die Leiden des Beschwerdeführer zu lindern, darunter eine mehrmonatige stationäre Behandlung in der Klinik X., die Applikation verschiedener Psychopharmaka und eine insgesamt konstante, engmaschige psychotherapeutische Betreuung. Gemäss Einschätzung der behandelnden Ärzte hätten sämtliche Therapieversuche nichts daran zu ändern vermocht, dass der Beschwerdeführer unvermindert an einem psychischen Beschwerdebild leide, welches gemäss aktuellster fachärztlicher Konsiliarmeinung des Dr. med. K. vom 28. Mai 2020 am ehesten als komplexe Persönlichkeitsstörung einzuordnen sei. Wäre lediglich eine nicht-authentische Beschwerdeschilderung

rung gegeben, stellte sich in der Tat die von Dr. med. F. aufgeworfene Frage, weshalb diesfalls fachärztlicherseits jahrelange erhebliche Therapiebemühungen unternommen wurden. Es ist nicht überwiegend wahrscheinlich, dass sich gleich mehrere fachärztliche Spezialisten grundlegend und während Jahren über die Schwere bzw. überhaupt das Vorliegen psychiatrisch behandlungsbedürftiger Beeinträchtigungen getäuscht und entsprechende Schilderungen des Beschwerdeführers nicht hinreichend kritisch hinterfragt hätten.

5.2. Sodann erscheint die Begründung von Dr. med. I. insbesondere mit Bezug auf die von ihm verneinte Persönlichkeitsstörung nur teilweise nachvollziehbar. Der Gutachter begründete seine Beurteilung wie dargelegt damit, dass die entsprechenden vom Beschwerdeführer ausgefüllten Fragebögen zwar über dem Cutt-off-Wert liegende Resultate ergeben hätten, sich diese aber nicht vollumfänglich mit den in den Akten vorbeschriebenen Persönlichkeitsauffälligkeiten deckten. Nachdem Dr. med. I. die Schilderungen des Beschwerdeführers bezüglich depressiver Beeinträchtigungen nicht als valide erschienen waren, erachtete er auch die beschwerdeführerische Darstellung hinsichtlich Persönlichkeitsstörungen für nicht-authentisch und sah dies zusätzlich durch Inkonsistenzen im Funktionsniveau bestätigt. Es trifft zu, dass die Aktenlage etwa mit Bezug auf soziale Kontakte kein einheitliches Bild ergibt. Unbestritten war der Beschwerdeführer einige Zeit mit einer in Schweden wohnhaften Bosnierin verlobt gewesen. Gemäss Darstellung von Dr. med. F. hatte es sich dabei aber um eine Internetbekanntschaft und weitgehend um eine Fernbeziehung gehandelt. Auch gegenüber Dr. med. I. hatte der Beschwerdeführer im Übrigen angegeben, wenige Freunde und Kollegen zu haben und stattdessen mehr "online" zu sein. Gleichwohl hatte er gegenüber Dr. med. I. den Wunsch nach einer Familiengründung geäußert. Mit Bezug auf die Alltagsaktivitäten ist unbestritten und aus den Akten ersichtlich, dass der Beschwerdeführer erhebliche Energie in seinen "Behördenkampf" investiert; gegenüber dem Gutachter hatte er insgesamt einen weitgehend strukturierten Tagesablauf geschildert. Ebenfalls dokumentiert ist aber auch ein nach Einschätzung der Dres. med. F. und K. vorab dem paranoiden Persönlichkeitsanteil des Beschwerdeführers geschuldeter sozialer Rückzug bei wiederholt eskalierten zwischenmenschlichen Konflikten.

5.3. In einer Gesamtschau ergeben die Akten demnach ein widersprüchliches bzw. "schillerndes" Beschwerdebild (vgl. dazu auch die Beurteilung des Dr. med. K.). In Würdigung aller Umstände vermag die gutachterliche Beurteilung durch Dr. med. I., wonach im Wesentlichen aufgrund einer vom Gutachter nicht nachvollziehbar begründeten nicht-authentischen Beschwerdeschilderung keine erhebliche psychische Beeinträchtigung bestehe, nicht überzeugend darzulegen, dass mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine relevante psychiatrische Pathologie zu

verneinen ist. Die behandelnden und konsiliarisch beigezogenen Fachärzte benennen konkrete Punkte, namentlich die Unfähigkeit des Beschwerdeführers, sich sozial einzugliedern, aber auch die fehlende Affektkontrolle bzw. extreme Kränkbarkeit und niedrige Toleranzschwelle sowie die mehrfach dokumentierten paranoiden Verdachtsideen, in die sich der Beschwerdeführer immer wieder hineingesteigert hat (und die letztlich auch zum Verlust der letzten Arbeitsstelle im geschützten Bereich geführt hatten), welche auf eine relevante Persönlichkeitsstörung hindeuten können, zumal trotz langjähriger fachärztlicher Behandlung gemäss den Akten sogar eine Verschlechterung eingetreten war. Insgesamt erweist sich das psychiatrische Gutachten somit als nicht hinreichend beweiskräftig. Sodann sind aus somatischer Sicht die fachärztlich festgestellten Weichteilbeschwerden völlig ausser Acht gelassen worden, ebenso die als erheblich eingestufte Schlafapnoe, zumal die somatische Administrativbegutachtung lediglich eine orthopädische Exploration umfasste. Die somatischen Beeinträchtigungen wurden demnach in wesentlichen Teilen gutachterlich überhaupt nicht abgeklärt. Bei dieser Ausgangslage ist die Sache an die IV-Stelle zurückzuweisen, damit sie eine polydisziplinäre Begutachtung durch nicht vorbefasste, unabhängige Sachverständige veranlasst (vgl. BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4 S. 264 sowie BGE 132 V 93 E. 7.1 S. 109 f.) und hernach über den Leistungsanspruch des Beschwerdeführers neu befindet. Insoweit ist die Beschwerde begründet. Bei dieser Ausgangslage erübrigt es sich, näher auf das Rechtsbegehren betreffend Beizug der vom Beschwerdeführer ausgefüllten Frageblätter einzugehen. Mit Bezug auf die beantragte Feststellung eines Rentenanspruchs erweist sich die Sache noch nicht als spruchreif.