

Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz Kammer I



I 2023 49

Entscheid vom 12. Dezember 2023

Besetzung

lic.iur. Thomas Rentsch, Vizepräsident
Dr.med. Urs Gössi, Richter
Dr.med. Pierre Lichtenhahn, Richter
MLaw Manuel Gamma, Gerichtsschreiber

Parteien

A. _____,
Beschwerdeführer,
vertreten durch Rechtsanwalt lic.iur. B. _____,

gegen

IV-Stelle Schwyz, Rechtsdienst, Postfach 53, 6431 Schwyz,
Vorinstanz,

Gegenstand

Invalidenversicherung (Leistungen)

Sachverhalt:

A. A._____ (geb. _____ 1998, Schweizer Fahrender, vgl. IV-act. 1) meldete sich am 23. September 2019 (Eingang bei der IV-Stelle am 29.10.2019) aufgrund einer seit September 2018 bestehenden gesundheitlichen Beeinträchtigung, die er mit "Panikattacken, Ängste, Rückzug und Aufgabe jeglicher Tätigkeit" umschrieb, bei der IV-Stelle Schwyz für berufliche Integration/Rente an. Er habe keine Schule besucht und sei leider vollständiger Analphabet; den erlernten Beruf bezeichnete er als Händler (seit 2012); die aktuelle/letzte Erwerbstätigkeit als "Händler, Hausierer" habe er in einem 100%-Pensum ausgeübt; das Arbeitsverhältnis bestehe nicht mehr (zum Ganzen IV-act. 2).

B. Die IV-Stelle hat in der Folge weitere Abklärung vorgenommen. Die beiden Untersuchungen vom 31. März 2021 (Fachbereich Neuropsychologie) bzw. vom 17. Mai 2021 (Fachbereich Psychiatrie) im Rahmen eines in Auftrag gegebenen bidisziplinären Gutachtens (vgl. IV-act. 16 f.) mussten je vorzeitig abgebrochen werden (vgl. IV-act. 21 f.). Die am 5. September 2022 neuerlich in Auftrag gegebenen (monodisziplinären) Abklärungen bzw. Gutachten (vgl. IV-act. 49 f.) wurden der IV-Stelle am 10. Dezember 2022 (Neuropsychologie) bzw. am 16. Dezember 2022 (Psychiatrie) erstattet (vgl. IV-act. 65 bzw. 67).

C. Nachdem die IV-Stelle Schwyz zur "Neuropsychologische[n] Untersuchung" vom 10. Dezember 2022 und zum "Psychiatrische[n] Gutachten" vom 16. Dezember 2022 beim RAD(Regionaler Ärztlicher Dienst-)Arzt eine Stellungnahme eingeholt hatte (vgl. IV-act. 69), sah sie mit Vorbescheid vom 8. März 2023 vor, das Leistungsbegehren abzuweisen und einen Anspruch auf eine Invalidenrente wegen fehlender Invalidität zu verneinen (IV-act. 71). Dagegen liess A._____ am 17. März 2023 Einwand erheben (IV-act. 72), ebenso nahm sein behandelnder Psychiater am 28.3.2023 Stellung zum Vorbescheid (IV-act. 74-2 f./3). Mit Verfügung vom 2. Mai 2023 wies die IV-Stelle Schwyz das Leistungsbegehren gemäss Anmeldung vom 29. Oktober 2019 ab und verneinte das Vorliegen einer Invalidität (IV-act. 75).

D. Mit Eingabe vom 2. Juni 2023 (= Postaufgabe am gleichen Tag) lässt A._____ gegen die Verfügung vom 2. Mai 2023 fristgerecht Beschwerde beim Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz erheben mit den folgenden Anträgen:

1. Es sei das Verfahren in Aufhebung der angefochtenen Verfügung an die Vorinstanz zurückzuweisen zwecks Einholung eines mehrdisziplinären Gutachtens.
2. Eventualiter sei die angefochtene Verfügung aufzuheben und es sei dem Beschwerdeführer eine ganze Rente zuzusprechen.

3. Es sei dem Beschwerdeführer die unentgeltliche Rechtspflege zu gewähren unter Ernennung des unterzeichnenden Anwalts zum unentgeltlichen Vertreter.
4. Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen.

E. Mit Vernehmlassung vom 6. Juli 2023 beantragt die IV-Stelle Schwyz, die Verwaltungsgerichtsbeschwerde sei abzuweisen, unter Kostenfolge zu Lasten des Beschwerdeführers. Hierzu lässt sich der Beschwerdeführer nicht mehr vernehmen.

Das Verwaltungsgericht zieht in Erwägung:

1.1 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; SR 830.1] vom 6.10.2000). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [IVG; SR 831.20] vom 19.6.1959). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG). Arbeitsunfähigkeit ist die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Art. 6 ATSG).

1.2.1 Art. 28 Abs. 1 IVG haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können (Bst. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens zu 40% arbeitsunfähig gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40% invalid sind (lit. c).

1.2.2 Bei der Bestimmung der durchschnittlichen Arbeitsunfähigkeit während der Wartezeit gemäss Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG ist ausschliesslich die Arbeitsunfähigkeit im bisherigen Beruf massgebend, wobei unerheblich ist, auf welche gesund-

heitlich bedingten Ursachen die Arbeitsunfähigkeit zurückzuführen ist. Die Ursachen können verschiedener Natur sein und hintereinander oder kumulativ auftreten (KSIR Rz. 2206, u.a. m.V.a. BGE 130 V 97 E. 3.2; Urteil BGer 8C_174 + 178/2013 vom 21.10.2013 E. 3.1). Die Wartezeit kann auch zu laufen beginnen, wenn die versicherte Person über das ihr gesundheitlich Zumutbare hinaus arbeitet (Urteil BGer 9C_276/2010 vom 2.7.2010 E. 3.2 m.H.).

Bei der Berechnung der durchschnittlichen Arbeitsunfähigkeit gilt die einjährige Wartezeit in dem Zeitpunkt als eröffnet, in dem eine dauernde und erhebliche Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit eingetreten ist; erheblich kann sie bereits bei einem Grad von 20% sein (Urteil BGer 8C_174 + 178/2013 vom 21.10.2013 E. 3.2).

1.2.3 Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG (in der bis 31.12.2021 geltenden Fassung) 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.

1.2.4 Der Gesetzgeber hat mit der Gesetzesrevision "Weiterentwicklung der IV" (WE IV) bzw. den Änderungen des IVG vom 19. Juni 2020, welche per 1. Januar 2022 in Kraft getreten sind, ein neues, stufenloses Rentensystem eingeführt. Mit diesem Wechsel wird die Höhe des Anspruchs auf eine Invalidenrente neu in prozentualen Anteilen einer ganzen Rente festgelegt und nicht mehr wie bisher nach Viertelsrentenstufen (vgl. E. 1.2.3 in fine). Allerdings wird das stufenlose Rentensystem auf Rentenansprüche angewendet, die ab dem 1. Januar 2022 neu entstehen. Rentenansprüche, die vor dem 1. Januar 2022 entstanden sind, werden noch nach altem Recht zugesprochen (vgl. die Übergangsbestimmungen zur IVG-Änderung vom 19.6.2020; Kreisschreiben über die Übergangsbestimmungen zum Rentensystem im Rahmen der WE IV).

1.2.5 Vorliegend geht es um eine IV-Anmeldung vom 23. September 2019 (mit Eingang bei der IV-Stelle am 29.10.2019). Nach Abklärungen hat es die IV-Stelle mit Verfügung vom 2. Mai 2023 abgelehnt, IV-Rentenleistungen zuzusprechen. Bei dieser Sachlage ist ein allfälliger Rentenanspruch grundsätzlich nach dem bisherigen Recht (und nicht nach dem neuen, seit dem 1.1.2022 geltenden Recht) zu bestimmen (vgl. VGE I 2022 53 vom 9.12.2022 E. 1.1.3).

1.3 Der Invaliditätsgrad bestimmt sich nach Art. 16 ATSG, wonach zur Ermittlung des Invaliditätsgrades das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person

nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (= sog. hypothetisches Invalideneinkommen), zum Erwerbseinkommen in Beziehung gesetzt wird, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (= sog. hypothetisches Valideneinkommen). Es ist für die Invaliditätsbemessung nicht entscheidend, ob die versicherte Person ihre (Rest-)Arbeitsfähigkeit erwerblich verwertet, d.h. von der verbliebenen Erwerbsfähigkeit Gebrauch macht. Vielmehr ist die Invalidität stets auf der Grundlage desjenigen Erwerbseinkommens zu bemessen, das die versicherte Person durch eine ihr zumutbare Tätigkeit erzielen könnte (Meyer/Reichmuth, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 3. A., Art. 28a N 27).

1.4 Das sozialversicherungsrechtliche Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsbeschwerdeverfahren ist vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (vgl. Art. 43 Abs. 1, Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben Verwaltung und Sozialversicherungsgericht von sich aus für die richtige und vollständige Abklärung des Sachverhalts zu sorgen (BGE 122 V 157 E. 1a). Mit dem Untersuchungsgrundsatz korrelieren die Mitwirkungspflichten der versicherten Person, indem diese zur Abklärung des Sachverhaltes beitragen muss (vgl. Meyer/Reichmuth, a.a.O., Art. 53-57 IVG N 10 mit Verweis auf BGE 122 V 157 E. 1a).

1.5.1 Die Verwaltung und im Beschwerdefall der Richter sind bei der Bemessung des IV-Grades auf Unterlagen angewiesen, die der Arzt und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes ist es, den Gesundheitszustand des Versicherten zu beurteilen. Der Arzt hat auch dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeit der Versicherte arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen dem Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4).

1.5.2 In der Würdigung der Beweise ist der Sozialversicherungsrichter frei (vgl. Art. 61 lit. c ATSG). Er hat die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Er 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 (BGE 125 V 351 E. 3a; 122 V 157 E. 1c).

1.5.3 Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist mithin entscheidend, 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 Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind. Entscheidend für den Beweiswert ist grundsätzlich 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).

1.5.4 In der Rechtsprechung sind die Aufgaben von Rechtsanwender und Arztperson im Rahmen der Invaliditätsbemessung seit jeher wie folgt verteilt worden: Sache des (begutachtenden) Mediziners ist es erstens, den Gesundheitszustand zu beurteilen und wenn nötig seine Entwicklung im Laufe der Zeit zu beschreiben, d.h. mit den Mitteln fachgerechter ärztlicher Untersuchung unter Berücksichtigung der subjektiven Beschwerden die Befunde zu erheben und gestützt darauf die Diagnose zu stellen. Hiermit erfüllt der Sachverständige seine genuine Aufgabe, wofür die Verwaltung und im Streitfall Gerichte nicht kompetent sind (z.B. Urteil BGer 9C_437/2012 vom 6.11.2012 E. 3.2). Bei der Folgenabschätzung der erhobenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen für die Arbeitsfähigkeit kommt der Arztperson hingegen keine abschliessende Beurteilungskompetenz zu. Vielmehr nimmt die Arztperson zur Arbeitsunfähigkeit Stellung, d.h. sie gibt eine Schätzung ab, welche sie aus ihrer Sicht so substantiell wie möglich begründet. Die ärztlichen Angaben sind eine wichtige Grundlage für die juristische Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der Person noch zugemutet werden können (so die mit BGE 105 V 156 E. 1 begründete und in zahllosen Urteilen bestätigte Rechtsprechung, z.B. BGE 132 V 93 E. 4).

1.5.5 Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts ist es grundsätzlich zulässig, dass eine Beurteilung des medizinischen Sachverhalts einzig gestützt auf versicherungsinterne Grundlagen erfolgt (vgl. Kieser, Kommentar zum ATSG, 4. Aufl., Rz. 64 zu Art. 43 ATSG, mit Verweis auf BGE 122 V 157 und die Kritik daran). Dies gilt indessen nur, wenn nicht - bereits geringe - Zweifel den entsprechenden Schluss als unsicher erscheinen lassen. Bei versicherungsinternen Berichten ist deshalb von Bedeutung, ob solche Zweifel an der Glaubwürdigkeit bestehen; ist dies zu bejahen, ist eine unabhängige Begutachtung notwendig. Einen entsprechenden Zweifel hat das Bundesgericht beispielsweise im Fall der Einreichung eines Privatgutachtens angenommen oder wenn im Bericht des versicherungsinternen Arztes Widersprüche bestanden (vgl. Kieser, a.a.O., mit Verweis auf die bundesgerichtlichen Urteile 8C_474/2016 und 8C_261/2018).

1.6 Für die Festsetzung der Arbeitsfähigkeit bei psychischen Leiden definiert das strukturierte Beweisverfahren gemäss BGE 141 V 281 systematisierte Indi-

katoren, die - unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und allfälliger Kompensationspotentiale (Ressourcen) andererseits - erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (Urteil BGer 8C_213/2020 vom 19.5.2020 E. 4.1 mit Verweis auf BGE 141 V 281 E. 2 S. 285 ff., E. 3.4 - 3.6 und 4.1 S. 291 ff.). Bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit haben sich sowohl die medizinischen Sachverständigen als auch die Organe der Rechtsanwendung in ihrer Einschätzung des Leistungsvermögens an den normativen Vorgaben zu orientieren, die Gutachter im Idealfall gemäss der entsprechend formulierten Fragestellung (BGE 141 V 281 E. 5.2 S. 306 f.).

Ein strukturiertes Beweisverfahren bleibt dort entbehrlich, wo im Rahmen beweiswertiger fachärztlicher Berichte eine Arbeitsunfähigkeit in nachvollziehbar begründeter Weise verneint wird und allfälligen gegenteiligen Einschätzungen mangels fachärztlicher Qualifikation oder aus anderen Gründen kein Beweiswert beigemessen werden kann (BGE 143 V 418 E. 7.1).

1.7 Die psychiatrische Exploration kann von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei erfolgen. Sie eröffnet dem begutachtenden Psychiater daher praktisch immer einen gewissen Spielraum, innerhalb dessen verschiedene medizinisch-psychiatrische Interpretationen möglich, zulässig und zu respektieren sind, sofern der Experte lege artis vorgegangen ist (vgl. Urteil BGer I 676/05 vom 13.3.2006 E. 2.4 mit Hinweisen).

1.8 Führen die von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen die Verwaltung oder das Gericht bei pflichtgemässer Beweiswürdigung zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich zu betrachten und es könnten weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, so ist auf die Abnahme weiterer Beweise zu verzichten (antizipierte Beweiswürdigung; Kölz/Häner, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes, 3. A., Rz. 153; Urteil BGer 8C_424/2010 vom 19.7.2010 E. 3.2.3 mit Verweis auf BGE 134 I 140 E. 5.3).

1.9 Im Übrigen beschränkt sich der gerichtliche Überprüfungszeitraum grundsätzlich auf den Sachverhalt, wie er sich bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung (hier: Verfügung vom 2.5.2023) verwirklicht hat. Die rechtsanwendenden Behörden haben aber spätere Berichte und Dokumente in die Beurteilung miteinzubeziehen, sowie sie Rückschlüsse auf die im Zeitpunkt des Abschlusses des Verwaltungsverfahrens gegebene Situation erlauben (vgl. Urteil BGer 8C_503/2021 vom 18.11.2021 E. 4.1 mit Hinweisen, u.a. auf BGE 121 V 362 E. 1b; Urteile BGer 9C_534/2018 vom 15.2.2019 E. 2.1 und 8C_71/2017 vom 20.4.2017 E. 8.3).

1.10 Aggravation und Simulation im Hinblick auf die Erlangung von Versicherungsleistungen sind als invaliditätsfremd zu betrachten (Kieser, a.a.O., Art. 7 N 64 [ff.]). Es liegt regelmässig keine versicherte Gesundheitsschädigung vor, soweit die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung beruht. Besteht im Einzelfall Klarheit darüber, dass solche Ausschlussgründe die Annahme einer Gesundheitsbeeinträchtigung verbieten, so besteht von vornherein keine Grundlage für eine Invalidenrente, selbst wenn die klassifikatorischen Merkmale einer gesundheitlichen Störung gegeben sein sollten (Art. 7 Abs. 2 erster Satz ATSG). Soweit die betreffenden Anzeichen hingegen lediglich neben einer ausgewiesenen verselbstständigten Gesundheitsschädigung auftreten, sind deren Auswirkungen im Umfang der Aggravation zu bereinigen (Urteil BGer 8C_418/2021 vom 16.9.2021 E. 6.1 m.H.).

2. Was die gesundheitlichen Beeinträchtigungen des Versicherten sowie die Auswirkungen auf das verbliebene (zumutbare) Leistungsvermögen anbelangt, sind den vorliegenden Akten u.a. die folgenden Angaben zu entnehmen.

2.1 Dr.med. C. _____ (FMH Psychiatrie und Psychotherapie) hielt zur medizinischen Situation (Ziff. 2.1) im "Arztbericht: Berufliche Integration/Rente" vom 30. Dezember 2019 (von der IV-Stelle in den Akten mit dem Eingangsdatum 7.1.2020 geführt [analoges gilt auch für die weiteren Akten]) fest (IV-act. 8), der kleinwüchsige adipöse Patient sei vor ca. 6 Jahren an Angstzuständen und einschliessenden Panikattacken erkrankt. Anfänglich seien diese immer wieder abgeklungen, in den letzten 6 bis 12 Monaten seien sie ständig als Bedrohung erhalten geblieben. Ferner berichtet der Psychiater, bei der Erstkonsultation sei der Patient durch starke innere Unruhe, Unkonzentriertheit, Unsicherheit, starkes Schwitzen und motorische Unruhe aufgefallen; es sei eine angstlösende antidepressive Behandlung mit Brintellix sowie Xanax eingeleitet worden (Ziff. 2.2 f.). Zum Untersuchungsbefund wurde festgehalten, der Patient sei wenig gebildet, könne kaum lesen, geschweige denn schreiben, finde sich im täglichen Leben nur begrenzt zurecht. Auffällig sei sein Nägelkauen. Ca. seit fünf Jahren habe der Patient eine Beziehung zu einem sesshaften Mädchen. Der behandelnde Psychiater diagnostizierte - mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit - eine Generalisierte Angststörung mit depressiven Anteilen, F41.1, und - ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit - Adipositas, Kleinwuchs; die Prognose zur Arbeitsfähigkeit wurde als eher ungünstig beschrieben, das weitere Vorgehen mit regelmässige Verhaltenstherapie sowie Psychopharmakotherapie (Ziff. 2.4 ff.). Die bisherige Tätigkeit als Hausierer als auch eine dem Leiden angepasste Tätigkeit könne dem Patienten nicht zugemutet werden; eine Eingliederung komme "zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht in Frage" (vgl. Ziff. 3.1 ff.).

2.2.1 Im "Protokoll Berufliche Integration" zum Erstgespräch vom 9. Januar 2019 (recte wohl: 2020 [vgl. Dokumentendatum: 9.1.2020]) in Anwesenheit des Beschwerdeführers sowie "Fr. D. _____ (Tante)" wurde festgehalten (IV-act. 9), dass der Beschwerdeführer als Fahrender als Hausierer gearbeitet habe und sich aktuell nicht mehr getraue, an den Haustüren zu läuten und nach Arbeit zu fragen; er fahre gerne mit dem Transporter; die Familie würde ihn "immer wieder mal mit zur Arbeit" nehmen, "es sei aber sehr schwierig"; manchmal könne er das Zimmer nicht verlassen. Es wird sodann vermerkt, der Beschwerdeführer spreche kaum beim Gespräch, sehe zu Boden und könne die Hand bei der Begrüssung bzw. Verabschiedung nicht reichen. Seit dem 28. Juni 2019 - nach dem sich der Beschwerdeführer lange geweigert habe - sei er in psychiatrischer Behandlung. Im Rahmen der FI (wohl: Frühintervention) seien keine arbeitsplatzert haltenden Massnahmen möglich.

2.2.2 In der Folge teilte die IV-Stelle dem Beschwerdeführer noch am 9. Januar 2020 mit, aufgrund seines Gesundheitszustandes seien zurzeit keine Eingliederungsmassnahmen möglich (IV-act. 10).

2.3 Im Verlaufsbericht vom 20. September 2020 für die Zeit ab 30. Dezember 2019 berichtete der behandelnde Psychiater Dr.med. C. _____ nach 16 Konsultationen seit 31. Dezember 2019 über gleichbleibende Befunde, eine 100% weiterbestehende Arbeitsunfähigkeit, regelmässige Psychotherapie und Psychopharmakotherapie mit Brintelix und Xanax (IV-act. 11).

2.4 Hiernach konsultierte die IV-Stelle erstmals den RAD (Regionaler Ärztlicher Dienst). E. _____ (Fachärztin Allgemeine Innere Medizin FMH) notierte, es lägen nur zwei Berichte der behandelnden Psychiaterin (recte Psychiater) vor. Gemäss diesem habe von Dezember 2019 bis September 2020 keine Verbesserung der gesundheitlichen Situation erzielt werden können. Nach Erachten der RAD-Ärztin seien "auch die kognitiven Fähigkeiten" des Beschwerdeführers in Frage zu stellen. Da keine Schulzeugnisse bzw. keine anderweitige Ausbildung zugrunde gelegt werden könnten, gebe es diesbezüglich keine Dokumentation, sodass zum theoretischen beruflichen Leistungspotential des Beschwerdeführers keine versicherungsmedizinische Stellung[nahme] erfolgen könne. Sie empfahl ein Gutachten mit den Disziplinen Psychiatrie und Neuropsychologie mit Beschwerdevalidierung und IQ-Messung / Feststellung des kognitiv-intellektuellen Leistungsniveaus (IV-act. 13).

2.5.1 Am 27. Oktober 2020 informierte die IV-Stelle den Beschwerdeführer unter Hinweis auf seine Auskunft- und Mitwirkungspflichten über die als notwendig

erachtete Begutachtung im Sinne einer bidisziplinären medizinischen Untersuchung in den Bereichen Psychiatrie und Neuropsychologie (IV-act. 14).

2.5.2 Mit Schreiben vom 18. November 2020 (IV-act. 16 f.) beauftragte die Vorinstanz Dr.med. F._____ (Psychiatrie u. Psychotherapie FMH, Alterspsychiatrie, Konsiliarpsychiatrie, Psychosomatik, zert. Medizinischer Gutachter sim) sowie lic.phil. G._____ (Fachpsychologe für Neuropsychologie und Psychotherapie FSP) mit der Erstellung eines medizinischen Gutachtens.

2.5.3 Am 17. Mai 2021 erstattete Dr.med. F._____ das psychiatrische Gutachten (IV-act. 21). Vorab hielt dieser Arzt fest, er wäre froh, wenn die IV-Stelle seine "Rückmeldung" im Hinblick auf eine allfällige Anpassung des Prozederes und der Verfügung mit dem RAD besprechen könne.

Er habe den Exploranden heute erstmalig in Begleitung seiner wichtigsten Bezugsperson D._____ (Tante), bei der er zum grössten Teil aufgewachsen sei, gesehen. Der neuropsychologische Teilgutachter lic.phil. G._____ habe ihn sodann im Vorfeld darüber informiert, dass er seine Begutachtung abbrechen müssen (vgl. nachfolgend E. 2.5.4). Grund dafür sei ein massiver psychischer Stresszustand mit Angst und Einnässen gewesen. Da der Explorand kaum in der Lage gewesen sei, Angaben zu machen, habe er keine, auch keine orientierende, Beurteilung abgeben können.

Dr.med. F._____ fährt fort, bei seiner Untersuchung habe sich die geschilderte Situation wiederholt. Die Einleitung des Gesprächs sei gerade noch so möglich gewesen, wenn auch nur bei Anwesenheit der Tante. Bereits nach wenigen Sätzen, als er spontan seine Situation und seine Symptome habe beschreiben sollen, sei es zu einer fulminanten Zunahme psychomotorischer Unruhe, Beschleunigung der Atemfrequenz und kognitiver Einengung gekommen. Kurz darauf sei der Explorand kaum noch in der Lage gewesen, zu sprechen und habe eingenässt. Erst nach wenigen Minuten, als er die Möglichkeit gehabt habe, alleine für sich zur Ruhe zu kommen, habe sich der Zustand gebessert. Die Verbesserung habe allerdings nicht genügt, um die Begutachtung fortzusetzen.

Da zu wenige anamnestische Informationen und zu wenig psychiatrische Befunde im eigentlichen Sinne hätten erhoben werden können, sei eine sichere Diagnosestellung zurzeit nicht möglich. Vor allem aufgrund der Angaben der Tante erscheine die vordiagnostizierte generalisierte Angststörung plausibel. Allerdings bezweifle er, dass es sich um die einzige psychiatrische Störung handle. Fremdanamnestisch gebe es Hinweise für bereits in der Kindheit beginnende Auffälligkeiten, möglicherweise im Rahmen einer Entwicklungsstörung. Auch Auffälligkeiten der Persönlichkeitsstruktur würden nicht überraschend sein. Der Gutachter

erachtete den aktuellen psychiatrischen Zustand als zu akut, um eine verlässliche Beurteilung des Funktionsniveaus und damit der beruflichen Leistungsfähigkeit vornehmen zu können. Der Gutachter hielt ferner fest:

Der Explorand steht seit 2019 in ambulanter psychiatrischer Behandlung, deren Verlauf bisher keine, auch nur tendenzielle Besserung erkennen lässt. Das aus meiner Sicht erkennbare wahrscheinlichste Behandlungshindernis liegt in der Psychopathologie selbst. Diese ist zu ausgeprägt, um im ambulanten Rahmen, auch wenn es sich um eine hochfrequente intensive Therapie handeln würde, erfolversprechend behandelt werden zu können.

Eine stationäre psychiatrische-psychotherapeutische Behandlung ist dringend indiziert. Eine solche hat aber bis dato noch nie stattgefunden. Die massiven Ängste (damit also psychiatrische Symptome) verhinderten bis dato gemäss Rückmeldung der Tante eine Hospitalisierung. Es hat daher aus meiner Sicht bis dato keine erfolversprechende Behandlung stattgefunden.

Der Zustand verschlechtert sich zunehmend in den letzten Jahren. Der Explorand ist jedoch jung und weist einen erheblichen Leidensdruck auf. Bei einer konsequenten Behandlung könnte der Zustand voraussichtlich sogar recht schnell erheblich verbessert werden. Es kann also keine Rede davon sein, dass irgendein auch nur vorläufiger Abschlusszustand erreicht wurde. Selbst prognostische Angaben sind zurzeit nur eingeschränkt möglich. Die Aussagefähigkeit beschränkt sich weitestgehend darauf, die massive Gefahr einer weiteren kontinuierlichen Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes zu betonen.

Ich hätte den Exploranden unter anderen Bedingungen per ärztliche Fürsorgerische Unterbringung in eine psychiatrische Klinik eingewiesen. Ich habe dies nicht getan, weil keine akute Selbst- oder Fremdgefährdung vorlag. Ich vermute zwar, dass eine äFU-Zuweisung auch aus rechtlicher Sicht gerechtfertigt wäre, da realistisch-umsetzbare ambulante Behandlungsoptionen nicht erkennbar sind und ein weiteres Ausbleiben erfolversprechender Behandlung eine Gefährdung darstellt. Ich kann dies jedoch nicht abschliessend beurteilen, vor allem weil diese Frage vom behandelnden Psychiater bisher offensichtlich anders beantwortet wurde. Ich hätte den äFU also nicht ausreichend gut begründen können und der Explorand lehnt eine Hospitalisation aus erwähnten Gründen ab. Ich erwähne dies, um Ihnen den aktuellen Zustand des Exploranden möglichst plastisch zu vermitteln.

Zusammenfassend bedeutet dies, dass der Explorand aus meiner Sicht zurzeit psychisch zu akut beeinträchtigt ist, um im ambulanten Rahmen begutachtet zu werden. Eine Fortführung der Begutachtung ist psychiatrisch-ethisch unzumutbar. Ein solches psychiatrisches Gutachten wäre zudem weder im Hinblick auf die Diagnose noch das Funktionsniveau aussagekräftig. Ausserdem könnte nicht von einem stabilen Gesundheitszustand ausgegangen werden. Es stehen noch zu viele (dringend indizierte) therapeutische Massnahmen aus.

2.5.4 Im "Kurzbericht zum abgebrochenen neuropsychologischen Gutachten" vom 19. Mai 2021 berichtete lic.phil. G._____, er habe den Versicherten in Begleitung von dessen Tante am 31. März 2021 in seiner Praxis gesehen und habe dessen Untersuchung "etwa 20' nach Beginn des Anamnesegesprächs ab-

brechen" müssen, weil der Versicherte im Gespräch - trotz Anwesenheit seiner ihn aktiv auch zu beruhigen versuchenden Tante - zunehmend agitiert und unruhig geworden sei, begonnen habe zu hyperventilieren und sich den Unterarm aufzukratzen, sich auf seinem Stuhl sitzend auch eingenässt habe, dann in voller Panik aufs Praxis-WC geflüchtet sei und sich dort eingeschlossen habe. Erst nach mehreren Minuten habe er sich von seiner Tante dazu bewegen lassen, die Toilette wieder zu verlassen. An eine Fortsetzung der Abklärung sei angesichts des Zustandes des Versicherten nicht mehr zu denken gewesen. Ferner hielt der Psychologe fest:

Einige wenige Angaben des Versicherten: [...]. In Anwesenheit ihm fremder Personen habe er andauernd starke Angst, im familiären Umfeld aber nicht. Trotzdem sei er innerlich in einer andauernd grossen Unruhe. Trotz Tabletten sei sein Schlaf schlecht. Er wache mehrmals in der Nacht auf, fühle sich tagsüber dennoch nicht müde.

Angaben der Tante: Die Ängste ihres Neffen bestünden von klein auf, hätten sich im Älterwerden bei ihm aber deutlich vermehrt und verstärkt. Ausser aufs Autofahren könne er sich auf keine Arbeit konzentrieren. Beim Autofahren sei ihr Neffe wie in einer anderen Welt. Er fahre über Stunden ausdauernd, bleibe dabei vorausschauend und reaktionsbereit. Er könne auch perfekt eine vollständige Autoreinigung vornehmen. Für andere Tätigkeiten, insbesondere in Interaktion mit oder auch nur in Anwesenheit anderer Menschen, sei er allerdings nicht zu gebrauchen, da blockiere er völlig. Die praktische Fahrprüfung habe er, wie auch die theoretische, bereits beim ersten Mal bestanden. Für die Theorieprüfung habe er ausschliesslich mündlich gelernt. Auch sei er mit einer Ausnahmegewilligung in der Theorie nur mündlich geprüft worden. Ihr Neffe sei Analphabet, habe keinerlei Schule besucht. Lebensalltägliche und handlungspraktische Zusammenhänge begreife ihr Neffe gut. Ab und an könne er im Haushalt auch kleine Hilfestellungen leisten.

Im Sinne einiger Verhaltensbeobachtungen / eines klinischen Eindrucks hält der Psychologe ferner fest, in seiner Angstunruhe sei der Beschwerdeführer im Gespräch unaufmerksam, in seiner Sprachauffassung verzögert und eingeengt, in seinem Denken immer wieder blockiert, sodass meist die Tante an seiner Stelle antworte. Ein gerichteter Dialog sei mit dem Versicherten nicht möglich. Abschliessend hält er fest, die Panik und Ängste des Beschwerdeführers und dessen damit einhergehenden kognitiv-funktionellen und sozialinteraktionellen Einschränkungen würden echt anmuten. Wenn angstfrei, scheine der Versicherte gemäss Schilderungen seiner Tante über gute / normale attentionale und einfache exekutive, handlungspraktische Ressourcen und eine intakte alltagspraktische Auffassungsgabe zu verfügen. Diese würden auf dem Hintergrund seiner ausgeprägten Ängste und Soziophobie aber nur in einem sehr engen und geschützten Rahmen nutzbar zu sein scheinen.

Schon vorgängig am 31. März 2021 machte der Neuropsychologe der IV-Stelle telefonisch Rückmeldung zur nach einer halben Stunde abgebrochenen Abklärung (IV-act. 19). Anlässlich dieses Telefongesprächs vermerkte er u.a., dass dem Beschwerdeführer nach eigener Aussage Autofahrten, "auch längere nach Südfrankreich", möglich seien, da er dort nicht mit Leuten interagieren müsse.

2.6 Der Arzt H._____ hielt im Arztbericht berufliche Eingliederung / Rente am 5. Juli 2021 fest (IV-act. 23), der Beschwerdeführer sei vom 22. August 2016 an bis auf Weiteres in seiner Behandlung, zuletzt am 24. Juni 2021; der Patient sei gegenwärtig ca. 1 x pro Monat in Behandlung. Seit dem 1. September 2018 und bis auf Weiteres sei der Beschwerdeführer zu 100% arbeitsunfähig; die Arbeitsunfähigkeit habe er für verschiedene Tätigkeiten mit seinem Vater attestiert, wobei Panikattacken als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit genannt werden und Adipositas (BMI 41) als solche ohne Auswirkung. Die medizinische Symptomatik und Situation sei aktuell "[nicht leserlich] gut" und als Befund aufgrund seiner Untersuchungen nennt der Arzt "BD leicht erhöht". Zweifel an der Fahreignung verneinte der Arzt.

2.7 Dr.med. C._____ berichtete am 4. August 2021 zum Verlauf nach letztmaliger Kontrolle am 28. Juli 2021 (IV-act. 24), unter Belastung würden beim Beschwerdeführer immer wieder unwillkürlich Urinabgänge auftreten; dies deute auf eine starke Angstzunahme bei Belastung. Weiterhin bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit - dem Beschwerdeführer könne zum jetzigen Zeitpunkt keine Tätigkeit zugemutet werden. Hinsichtlich therapeutischen Massnahmen/Prognose hielt er fest: "Regelmässige Psychotherapie, Einleitung einer antidepressiven und angstlösenden medikamentösen Behandlung, Weiterführung der bisherigen Diabetes mellitus Therapie zwecks Gewichtsreduktion.

2.8.1 Die von der IV-Stelle neuerlich konsultierte RAD-Ärztin E._____ bat um psychiatrisches Konsil zu der Fragestellung der IV-Stelle (IV-act. 26). Aus allgemeininternistischer Sicht sei bei nicht auszuschliessender bzw. offensichtlicher psychiatrischer gesundheitlicher Beeinträchtigung mit dringendem Verdacht auf neurokognitive Einschränkungen auch eine Meldung an das Strassenverkehrsamt zur Evaluation der Fahrfähigkeit erforderlich.

2.8.2 Der RAD-Arzt I._____ (Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Praktischer Arzt, zertifizierter medizinischer Gutachter SIM) empfahl - nach Einholen einer entsprechenden Schweigepflichtsentbindung -, die Berichte der beiden Gutachter Dr.med. F._____ bzw. lic.phil. G._____ zur Kenntnisnahme und mit Bitte um Umsetzung der vorgeschlagenen Massnahmen an den behandelnden Psychiater weiterzuleiten und - falls das erfolge - nach drei Monaten

von diesem ambulanten Psychiater [einen Bericht] einzuholen mit der Frage, ob die Massnahmen umgesetzt worden seien (IV-act. 27).

2.9.1 Am 29. September 2021 stellte die IV-Stelle Dr.med. C._____ die beiden Teilgutachten zu. Aus dem beiliegenden Gutachten lasse sich entnehmen, dass eine stationäre psychiatrische Behandlung dringend indiziert sei. Sie ersuchte den Behandler, den Beschwerdeführer für eine stationäre Behandlung zu überweisen. Sofern er nicht bereit sei, dies zu veranlassen, werde die IV-Stelle diese im Rahmen der Schadenminderungspflicht verlangen (IV-act. 31).

2.9.2 Dr.med. C._____ reagierte hierauf mit Schreiben vom 4. Oktober 2021 (IV-act. 32). Der Beschwerdeführer werde sich seines Wissens einer stationären psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung nicht unterziehen, dies vor allem aus bekannten historischen Gründen. Stationäre Aufenthalte würden mit Gewalt gegen einzelne Personen des fahrenden Volkes, stattgefunden in den 40er- bis 70er-Jahren, gleichgesetzt. Da der Beschwerdeführer unter einer schweren chronischen Angstkrankheit leide, sei ihm dieser stationäre Aufenthalt nicht zuzumuten. Er empfehle vorläufig eine Weiterführung der ambulanten psychiatrischen Betreuung mit der Prognose einer neuerlichen ambulanten psychiatrischen Beurteilung in 6 bis 12 Monaten.

2.10.1 Auf Empfehlung des RAD-Arztes I._____ hin (vgl. IV-act. 34) gelangte die IV-Stelle am 29. November 2021 an den Gutachter Dr.med. F._____, unterbreitete ihm die Stellungnahme des behandelnden Psychiaters vom 4. Oktober 2021 und ersuchte um Beantwortung der Fragen (IV-act. 35):

Kann entgegen der Stellungnahme von Dr. C._____ von einer Zumutbarkeit für eine stationäre Behandlung ausgegangen werden? Wenn ja, mit welcher Wahrscheinlichkeit ist es in einem messbaren Zeitraum und in welcher Höhe eine Verbesserung des Gesundheitszustandes möglich, ggf. in welchem Ausmass (z.B. überwiegend wahrscheinlich, wahrscheinlich, usw.)? Wenn nein, Begründung?

2.10.2 Dr.med. F._____ hielt daraufhin am 14. Januar 2022 fest (IV-act. 37), der Beschwerdeführer leide, da stimme er dem behandelnden Psychiater Dr.med. C._____ zu, unter einer schwerwiegenden psychiatrischen Erkrankung. Er stimme ihm auch zu, dass eine Behandlung notwendig sei. Er möchte dabei betonen, dass er im Rahmen seiner nun deutlich über 10-jährigen gutachterlichen Tätigkeit noch nie einen psychiatrisch derart hospitalisationsbedürftigen Menschen gesehen habe. Es gehe also nicht um die Frage, ob intensiv behandelt werden müsse, sondern in welchem Setting diese intensive Behandlung stattzufinden habe. Und weiter:

Es gehört zu unserer Profession, dass wir uns als Fachärzte dabei von fachlichen Überlegungen, gestützt auf Fachwissen leiten lassen müssen. Die Besonderheit der Aufgaben eines Psychiaters ist dabei Folge der Besonderheit psychischer Störungen. Diese betreffen nämlich in vielen Fällen, so auch im vorliegenden Fall, die Realitätsverarbeitung und damit die Urteilsfähigkeit incl. der aus der Urteilsfähigkeit resultierenden Willensbildung. Es gibt Störungen die zu einer erheblichen Störung der Realitätsverarbeitung führen. Daraus resultiert in vielen Fällen leider auch eine erheblich beeinträchtigte Willensbildung. Der Explorand leidet unter einer solchen Störung. In seinem Fall ist daher, wie in vielen in der Psychiatrie alltäglichen Fällen auch, zu prüfen, welches Therapiesetting erfolgsversprechen (sic) ist und ob der Explorand in der Lage ist, sich dazu ein adäquates Urteil zu bilden und darauf aufbauend einen Willen zu bilden und diesen zu vertreten.

[...]. Der Explorand leidet unter einer Angststörung. Der behandelnde Psychiater führt in den Zeilen 9 und 10 aus, dass diese Störung so ausgeprägt und chronisch ist, dass ihm eine stationäre Therapie deswegen nicht zumutbar ist. Damit hält der behandelnde Psychiater aber gleichzeitig fest, dass diese Behandlung zumutbar wäre, wenn die Erkrankung weniger chronifiziert oder geringer ausgeprägt wäre. Dies entbehrt jedweder medizinischen Logik, der nach mit Zunahme des Schweregrades der Erkrankung intensivere therapeutische Interventionen zu wählen sind. Die Argumentation des behandelnden Psychiaters ist hier mit nicht mit Grundsätzen der medizinischen Entscheidungsfindung in Übereinstimmung zu bringen.

[...]. Es ist festgelegt, dass in Fällen in denen eine Behandlung unumgänglich notwendig ist, jedoch im ambulanten Rahmen nicht umsetzbar, oder aber wenn die ambulanten Massnahmen ausgeschöpft sind, eine fürsorgerische (der Begriff wurde nicht umsonst gewählt) Unterbringung in einer geeigneten Institution (hier wäre es eine psychiatrische Klinik) auch gegen den (störungsbedingt beeinträchtigten) Willen der betroffenen Person zu veranlassen ist. Diese Situation besteht. Der behandelnde Psychiater stellt die Behandlungsbedürftigkeit nicht in Frage und hat schriftlich in den vorliegenden Berichten festgehalten, dass seine ambulanten Behandlungsmassnahmen keine Verbesserung gebracht haben, was den Exploranden für den Empfang von Leistungen der Invalidenversicherung qualifiziert.

Der Explorand leidet unter einer Erkrankung die seine Willensbildung beeinträchtigt und ist je länger je stärker auf eine adäquate Behandlung angewiesen. Ambulante Behandlungsmassnahmen sind ausgeschöpft. [...].

[...]. Ich empfehle [...] eine möglichst baldige stationäre psychiatrische Behandlung gefolgt von einem Resümee des bisherigen Verlaufes im Hinblick auf das weitere Vorgehen. Die Fortsetzung der bisherigen ambulanten Therapie ist gefährlich und daher nicht mehr zumutbar. Der junge Mann wird nur dann die Chance bekommen in den nächsten Jahrzehnten ein eigenständiges Leben mit Arbeit, eigener Familie und Freunden führen zu können, wenn er die Behandlung bekommt, die indiziert und erfolgsversprechend ist. Beginnen muss sie stationär.

2.11 Auf Empfehlung des RAD-Arztes I. _____ hin (vgl. IV-act. 39) gelangte die IV-Stelle mit Schreiben vom 17. März 2022 - mit der Überschrift "Schadensminderung - stationäre Behandlung" - an den behandelnden Psychiater Dr.med.

C._____, unterbreitete ihm die Stellungnahme des Gutachters Dr.med. F._____ vom 14. Januar 2022 und ersuchte um Beantwortung verschiedener Fragen (IV-act. 40). Dr.med. C._____ hielt daraufhin am 31. März 2022 im Wesentlichen fest (IV-act. 41), er sehe den Beschwerdeführer in zwei- bis vierwöchigen Abständen und es sei ihm gelungen, sein Verhalten dergestalt zu verändern, dass er einerseits die Medikamente konsequent einnehme und andererseits sein Gewicht um mindestens 25 kg "zu reduzieren bemüht" sei, wobei sie derzeit bei einem Gewichtsverlust von 15 kg stünden. Der Beschwerdeführer bemühe sich z.B. als Hausierer. Dies gelinge ihm bis anhin noch nicht besonders gut. Insbesondere gelinge es ihm zwar, Geschwister im Fahrzeug zu begleiten, er fürchte sich dann aber auszusteigen und Altmetall aufzuladen oder Waren anzupreisen. Der stationäre Aufenthalt sei nicht indiziert. Erstens ertrage der Beschwerdeführer das stationäre Umfeld nicht und es drohten möglicherweise Folgeschäden; im familiären Umfeld sei er einigermaßen stabil, in fremder Umgebung werde er Reissaus nehmen. Des Weiteren würde dann auch die Gefahr eines Suizides bestehen. Der Patient bemühe sich sehr wohl, eine Schadenminderung herbeizuführen: Er sei kooperativ in der Umsetzung der therapeutischen Ratschläge und nehme die Medikamente konsequent ein. Hingegen werde ihm jeglicher Zwang zuwider und erzeuge kontraproduktive Effekte, sprich der Gesundheitszustand verschlechtere sich dann.

2.12 Eine Rückfrage beim Hausarzt Dr. H._____ ergab gemäss Notiz der Vorinstanz vom 11. August 2022 (IV-act. 43), dass der Beschwerdeführer jeweils in Begleitung seiner Brüder vorstellig geworden sei bei den nicht regelmässigen Behandlungen, "lediglich vorstellig bei Bagatellen [...]". Die letzte Konsultation sei am 6. Januar 2021 gewesen. Er habe dem Beschwerdeführer einen bariatrischen Eingriff zur Gewichtsreduktion vorgeschlagen, dieser allerdings habe Angst vor dieser Operation und den Eingriff abgelehnt (IV-act. 43).

2.13.1 Am 22. August 2022 teilte die IV-Stelle dem Beschwerdeführer mit, sie erachte eine nochmalige medizinische Untersuchung (Psychiatrie inkl. Neuropsychologie) als notwendig (IV-act. 44). Mit Schreiben je vom 5. September 2022 (je) unter dem Titel "Monodisziplinäre medizinische Abklärung" (IV-act. 49 f.) beauftragte die IV-Stelle einerseits die Dr.med. J._____ GmbH, ein medizinisches Gutachten zu erstellen bzw. ersuchte sie lic.phil. K._____ (Fachpsychologin für Neuropsychologie FSP, Zertifizierter neuropsychologischer Gutachter SIM), den Beschwerdeführer für eine neuropsychologische Abklärung aufzubieten und die im Auftragschreiben genannten Fragen zu beantworten.

2.13.2 Am 10. Dezember 2022 erstattete lic.phil. K._____ der IV-Stelle Bericht über die neuropsychologische Untersuchung vom 9. Dezember 2022 (IV-act. 65). Der Bericht ist gegliedert in 1. Ausgangslage und Formelles, 2. Vorgeschichte gemäss Aktenlage, 3. Befragung / subjektive Angaben der versicherten Person, 4. Befunde / Verhaltensbeobachtung, 5. Beurteilung sowie 7. (recte 6.) Fragen.

In der Befragung (Ziff. 3) gab der Beschwerdeführer u.a. an, soviel er wisse, sei seine frühkindliche Entwicklung unauffällig gewesen. Er habe nie die Schule besucht und könne weder lesen, schreiben noch rechnen. Er habe als Messerschleifer und Alteisenhändler gearbeitet, seit zwei bis drei Jahren arbeite er jedoch nicht mehr. Er habe psychische Beschwerden, leide unter Panikattacken. Den Konsum von Alkohol und illegalen Suchtmitteln verneinte er.

Der Neuropsychologe befundete (vgl. Ziff. 4) u.a., der Beschwerdeführer sei alleine zum Untersuchungsbüro gekommen. Er habe angegeben, seine Mutter habe ihn auf der Fahrt nach L._____ begleitet. Die Spontansprache sei unauffällig gewesen. In sozialer und emotionaler Hinsicht habe er sich sehr auffällig gegeben: Der Blickkontakt sei wechselnd von keinem Blickkontakt beim Gespräch bis zu einem guten Blickkontakt gewesen. Einige Male habe er Unwohlsein und Angstgefühle geäussert und sei beim Gespräch und bei den durchgeführten Aufgaben einige Male aufgestanden und herumgelaufen; einmal habe er um eine Pause zur Entlastung gebeten und zweimal seine Mutter angerufen um sich zu versichern, dass sie noch da sei und um ihr seine Befindlichkeit mitzuteilen; ferner:

beim Nachzeichnen eines Weges zeigte er einen stark wechselnden Handtremor, welcher von einem sehr starken Tremor bis zum Fehlen eines Tremors reichte; trotz zweimaligem Hinweis, er solle beim Zeichnen nicht den gleichen Weg mit dem Stift mehrmals hin- und herfahren (um die Dicke des Strichs zu verstärken), machte er dies trotzdem weiterhin; er kaute sehr stark und oft seine Nägel; schliesslich gab er an, er könne nicht mehr und wolle die Untersuchung beenden, er habe in die Hose gepinkelt. Die Untersuchung wurde in der Folge beendet/ abgebrochen.

Bei der Untersuchung konnten die Anamneseerhebung und insgesamt drei Testverfahren durchgeführt werden. Das Lernen einer einfachen Wortliste gelang gut, das Abrufen nach zeitlichem Unterbruch war etwas vermindert. Das Lernen eines Weges gelang gut. Das Nachsprechen vorwärts und rückwärts von vorgesprochenen Zahlenfolgen war deutlich vermindert. Diese Aufgabe kann auch als integrierte Performanzvalidierungsaufgabe gewertet werden, diesbezüglich war die Leistung von Herrn A._____ auffällig.

5. Beurteilung

In der jetzigen neuropsychologischen Untersuchung zeigte Herr A._____ wie schon bei den Voruntersuchungen beim Neuropsychologen G._____ im März 2021 und beim Psychiater Dr. F._____ im Mai 2021 ein sehr auffälliges

Verhalten. Das von Herrn A._____ gezeigte Verhalten wirkte auf den Untersucher gespielt und nicht echt, dies mit u.a. wenig nachvollziehbaren Variationen im Blickkontakt und in einem Handtremor. In den drei durchgeführten Testverfahren zeigte sich kein eindeutiges Leistungsbild. Bei einer Aufgabe, welche auch als integriertes Performanzvalidierungsmass dient, war die Leistung von Herrn A._____ auffällig. Wegen der von Herrn A._____ abgebrochenen Testung war keine differenziertere Erfassung der kognitiven Leistungsfähigkeit und der Anstrengungsbereitschaft möglich.

Letztlich kann aufgrund der zur Verfügung stehenden Informationen vom Untersucher nicht entschieden werden, ob es sich beim von Herrn A._____ gezeigten Verhalten um den Ausdruck einer tatsächlichen Beeinträchtigung oder um vorgespielte Beeinträchtigungen handelte.

Abschliessend vermerkte lic.phil. K._____ bzgl. den von der IV-Stelle gestellten Fragen, dass es ihm vor dem Hintergrund der zur Verfügung stehenden Informationen nicht möglich sei, diese zu beantworten (Ziff. 7 [recte 6]).

2.13.3 Nach vorgängiger Korrespondenz zwischen Dr.med. J._____ und der IV-Stelle (IV-act. 59 ff.), worin der Arzt u.a. einerseits um Auskunft ersuchte, ob der Beschwerdeführer in einem engen Verwandtschaftsgrad zu einem früheren Exploranden mit gleichem Familienname stehe, und andererseits darauf hinwies, "wie anspruchsvoll die Bemühung zur Begutachtung des Versicherten werden könnte", erstattete Dr.med. J._____ am 16. Dezember 2022 das versicherungspsychiatrische Gutachten (IV-act. 67).

Dieses gliedert sich in 1. Ausgangslage und Formelles, 2. Aktenauszug, 3. Befragung, 4. Psychiatrischer Befund vom 15.11.2022, 5. Allfällige Angaben von Dritten (auch behandelnde Ärzte), 6. Psychiatrische Beurteilung, 7. Medizinische und versicherungsmedizinische Beurteilung, 8. Aufführung und Beantwortung der Fragen aus psychiatrischer Sicht, 9. Fallspezifische Fragen sowie 10. Beilagen (z.B. zusätzlich besorgte Dokumente).

Der Gutachter hielt zu den Diagnosen fest (Ziff. 6.3; IV-act. 67-26 f./30):

a) Herleitung der Diagnosen

Es kann aus den vorliegenden Unterlagen und der aktuellen persönlichen Untersuchung keine diagnostische Zuordnung getroffen werden. Es werden weder die Kriterien einer generalisierten Angststörung gemäss ICD-10 noch einer ängstlich-vermeidenden Persönlichkeitsstörung noch einer Panikstörung, Agoraphobie und Soziophobie differenziert und spezifisch nachvollzogen. Ausserdem wird auf die Meinungsäusserung des vorbegutachtenden Psychiaters, er habe in den «10 Jahren seiner Begutachtungstätigkeit niemals einen derartig auffälligen Untersuchungsbefund gesehen und entsprechend eine sofortige stationäre Behandlungsbedürftigkeit festgestellt» sowie die gedankliche Auseinandersetzung des ebenfalls versicherungspsychiatrisch erfahrenen Unterzeichnenden zur bewussten ausdrucksstarken darstellenden

Verhaltensweise, die manchmal in Begutachtungen beobachtet werden kann, abgestellt.

b) Diagnosen mit Einfluss auf Arbeitsfähigkeit

Keine Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit.

c) Diagnosen ohne Einfluss auf Arbeitsfähigkeit

Womöglich wären bei dem Versicherten durch eine Verhaltensbeobachtung im Alltag bei Zusammentreffen mit fremden Menschen anfallsartig Angst im Sinne einer paroxysmalen Angst ICD-10: F41 nachvollziehbar, was sich jedoch aus den vorliegenden Unterlagen nicht objektivieren lässt.

In seiner psychiatrischen Beurteilung (Ziff. 6, IV-act. 67-20 ff./30) führte der begutachtende Psychiater u.a. aus, dass der Ablauf der Exploration in Details sehr ähnlich zum Ablauf der abgebrochenen neuropsychologischen (Gutachten-)Untersuchung vom 31. März 2021 und der psychiatrischen Untersuchung vom 17. Mai 2021 sowie auch mit Übereinstimmungen zur Untersuchung durch lic. phil. K. _____ am 9. Dezember 2022 erfolgt sei. Die Übereinstimmung zu den dokumentierten Untersuchungen im März und im Mai 2021 sei frappant gewesen; der Ablauf im Wechselspiel zwischen Begleitperson und Versicherten habe eingespielt zu geschehen geschienen.

Das ausdrucksstarke Verhalten habe sich keiner psychiatrischen Erkrankung im eigentlichen Sinne zuordnen lassen. Es sei nicht Ausdruck einer "generalisierten Angststörung" gewesen, da es ja in seinem demonstrativen Verhalten eindeutig über eine Ängstlichkeit und Angst hinausgegangen sei, es habe aber auch nicht einer Panikattacke mit typischer Symptomatik entsprochen, die fachärztlich psychiatrisch hätte zugeordnet werden können. Vielmehr habe ein unspezifischer Erregungszustand vorgelegen, ohne dass allerdings weitergehende Handlungen "abfolgten", etwa dass der Versicherte frühzeitig aus dem Untersuchungszimmer gelaufen wäre, oder dass ein Gefühl von Misstrauen oder Bedrohung durch bevorstehende Impulsivität entstanden wäre, das auf eine "psychotische Symptomatik" Hinweise gegeben hätte. Sodann führte er aus:

(...).

Zur versicherungspsychiatrischen Einschätzung und Interpretation ist anzugeben, dass - will man dem behandelnden Psychiater folgen und eine Angststörung angenommen würde - diese bereits seit Beginn der Behandlung seit 2019 eine Besserung erfuhr, andererseits weder bei einer generalisierten Angststörung - wie diagnostiziert - noch bei einer sozialen Phobie mit situativen Panikattacken die zumutbare medizinisch-theoretische Arbeitsfähigkeit gemindert wäre. Grundsätzlich wäre entweder unter verhaltenstherapeutischer Begleitung die Aufnahme einer angepassten Tätigkeit zumutbar, oder aber unter erweitertem therapeutischem Einsatz könnte eine Möglichkeit zur Arbeit rasch erreicht werden. Hier ist die allgemeine Vergleichbarkeit zu Menschen, die von psychischen Erkrankungen betroffen sind, zu Rate zu ziehen (und andere Menschen mit

Angsterkrankungen werden unter Anwendung der Schadensminderungspflicht sehr wohl als arbeitsfähig angesehen), während die anderen Faktoren (siehe Absatz 6.2.3) als krankheitsfremde Faktoren benannt und eindeutig von der Symptomatik und Behandelbarkeit abgegrenzt werden müssen.

Hinsichtlich der Beurteilung von Konsistenz und Plausibilität hielt Dr.med. J. _____ namentlich fest (Ziff. 6.2, IV-act. 67-23 ff./30):

6.2.1 Konsistenz und Plausibilität in der Untersuchungssituation

Es ergaben sich Hinweise auf Inkonsistenzen und Inplausibilität, die wiederum sehr gleichförmig mit den zwei dokumentierten Voruntersuchungen auffielen. Der Versicherte gelangte sehr wohl in die Exploration, bat allerdings darum, sie abzubrechen (er war sogar bei uns über 45 Minuten anwesend, ohne dass irgendein Druck, Zwang oder Vorwurf ausgeübt wurde). Es wurde hinterfragt, ob tatsächlich in stereotyper Weise wie schon bei den beiden Voruntersuchungen "eingenässt wurde". Hier entstand spontan der Gedanke, es sei auch ein Verhalten möglich, um das eigene Zustandsbild dramatisch darzustellen (...).

6.2.2 Konsistenz und Plausibilität im Alltag

Es war nicht möglich, Alltagsaktivitäten des Versicherten weitergehend zu erheben (...).

6.2.3 Diskussion zu den Akten und früheren Untersuchungen aus psychiatrischer Sicht

(...). In der gesamten Zusammenschau gelangt der Unterzeichnende zur Meinung, dass die diagnostische Zuordnung, unter was für einer Erkrankung der Versicherte leidet unter Berücksichtigung der Anmerkungen des Behandlers zur Kindheit und der historischen Betrachtung der Fahrenden, unter Berücksichtigung des Vulnerabilitäts-Stress-Modells primär psychischer Störungen durchaus kritisch zu hinterfragen ist.

In der medizinischen und versicherungsmedizinischen Beurteilung (Ziff. 7, IV-act. 67-27 ff./30) hielt der Gutachter u.a. fest, Fähigkeiten und Ressourcen lägen im Bereich Autofahren, namentlich könne er auch weite Strecken konzentriert fahren. In der konsequenten Betrachtungsweise des Unterzeichnenden bestehe unter der Annahme bewusster defizitorientierter Verhaltensweisen entsprechend keine Einschränkung der Fahrfähigkeit. In Beantwortung der Fragen der IV-Stelle (vgl. Ziff. 8 f., IV-act. 67-28 f./30) hielt der begutachtende Psychiater u.a. fest, in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit könne der Beschwerdeführer 8.5 Stunden pro Arbeitstag an fünf Tagen der Woche anwesend sein. Der Versicherte könne auch weitere Strecken mit dem Auto fahren. Wenn man hier bei einem ungelernten 24-jährigen Mann eine Hilfstätigkeit als Fahrer annehmen wolle, würde also eine normale Leistungsfähigkeit unter Einhaltung der Auflage, Pausen zu machen, bestehen. Er geht von einer "medizinisch-theoretischen und dabei zumutbaren Arbeitsfähigkeit aus", wolle man die krankheitsfremden Faktoren, die der Behandler anführe (wie gesellschaftliche Zugehörigkeit zu Fahrenden, keine Berufsausbildung und "Schwierigkeiten im Zustand, Druck erleben zu müssen, sich

dann zu entziehen"), ausser Acht lassen. Zur Frage (Ziff. 8.1.4) zum zeitlichen Verlauf der Entwicklung der Arbeitsfähigkeit hält er fest, durch kurze ab 2018 beschriebene paroxysmale Ängste hätte in 2019 eine prozentuale Minderung der Arbeitsfähigkeit vorgelegen haben können; im Längsschnitt sei allerdings niemals eine Arbeitsunfähigkeit grösser als 20% vorgelegen. Die beschriebene Tätigkeit als Chauffeur wäre eine optimal angepasste Tätigkeit für den Versicherten. Es bedürfe "keiner weiteren optimierten medizinischen Massnahmen" für eine relevante Verbesserung der Arbeitsfähigkeit. Zur fallspezifischen Frage, wie die Fahrfähigkeit für Personenwagen zu beurteilen sei (Ziff. 9), hielt der Gutachter schliesslich fest, es bestehe aktuell keine Einschränkung der Fahrfähigkeit.

2.14 Am 2. März 2023 notierte Dr.med. I. _____ in seiner RAD-ärztlichen Stellungnahme, das psychiatrische Gutachten von Dr.med. J. _____ sowie die neurologische Untersuchung von lic.phil. K. _____ seien nachvollziehbar, so dass darauf abgestellt werden könne; im psychiatrischen Gutachten würden keine Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt.

3.1.1 Nachdem in der Folge im Vorbescheid vom 8. März 2023 aufgrund dessen, dass keine Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit bzw. keine Invalidität vorliege, die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht gestellt wurde (IV-act. 71), erklärte der Beschwerdeführer am 17. März 2023, mit dem Vorbescheid nicht einverstanden zu sein. Er sei weiterhin schwer krank, arbeitsunfähig und auf Medikamente angewiesen. Da er aufgrund seiner Erkrankung immer wieder eingenässt habe, hätten ihn die Untersuchenden nie verstanden oder ernst genommen. Sodann verlangte der Beschwerdeführer, dass die Akten in Kopie an seinen Behandler Dr.med. C. _____ zugestellt werden.

3.1.2 Dieser behandelnde Arzt wandte am 28. März 2023 im Sinne einer Stellungnahme zum Vorbescheid namentlich Folgendes ein (IV-act. 74-2 f./3): Der Beschwerdeführer stehe seit dem 28. Juni 2019 in seiner ambulanten psychiatrischen Behandlung und nehme seither aufgrund der generalisierten Angststörung mit depressiven Anteilen konsequent Brintellix 20 mg, Xanax 1 mg, Zolpidem 20 mg ein. Unter dieser Behandlung und Dank verhaltenstherapeutischen Massnahmen habe er sich wesentlich gebessert, sei psychisch stabiler geworden, zuverlässiger und in einem sehr begrenzten Rahmen auch kontaktfreudiger. Trotzdem bestehe weiterhin eine ausgeprägte Soziophobie, die den Beschwerdeführer vollumfänglich isoliere. Wie viele chronisch depressive Patienten fühle er sich in seinem eigenen Fahrzeug sicher und beinahe normal. Aber Fahrten im Auftrag oder solche zu Kunden zwecks Aufnahme einer Geschäftstätigkeit seien für ihn unmöglich. Diverse Versuche seien gescheitert. Die Soziophobie gehe so weit,

dass der Beschwerdeführer, der sich stark um seine körperliche Hygiene sorge, bei wichtigen Gesprächen wie einer Begutachtung jeweils einnässe. Er (d.h. Dr.med. C._____) wisse nicht, welchen noch grösseren Beweis es für die Unmöglichkeit einer Arbeitsaufnahme des Patienten noch brauche. Und weiter:

Auffällig ist, dass auch im letzten Gutachten, erstellt durch Dr. J.____ und lic.phil. K.____, hierzu wenig Stichhaltiges zu finden ist. Auch die Stellungnahme Dr. F.____ bezüglich der Hospitalisationsbedürftigkeit des obgenannten A.____ spricht doch dafür, dass er nicht arbeitsfähig sei.

Es sei fahrlässig, beim Probanden eine Heilungsunwilligkeit anzunehmen, weil dieser sich eine Hospitalisation deshalb nicht vorstellen könne, weil zu sehr die tradierte Befürchtung von der Verunmündigung in seinem Kopf stecke. Es sei sein Krankheitsbild, welches ihm diesen Behandlungsweg (stationärer Aufenthalt) verunmögliche. Dieser eindeutige Widerspruch in den Aussagen beider Gutachter sei nicht nachvollziehbar. Es bedürfe einer eindeutigen Abklärung.

3.2 Daraufhin hielt die IV-Stelle mit Verfügung vom 2. Mai 2023 an ihrem "Entscheid" bzw. Vorbescheid fest (IV-act. 75). Sie gehe weiterhin davon aus, dass keine Invalidität nach Art. 8 ATSG vorliege; entsprechend wies sie das Leistungsbegehren ab. Als Begründung führte sie namentlich an, bei der Begutachtung durch Dr.med. J.____ hätten sich erhebliche Inkonsistenzen und Inplausibilitäten ergeben, die sehr gleichförmig mit den dokumentierten Voruntersuchungen aufgefallen seien. Es sei hinterfragt worden, ob tatsächlich in stereotyper Weise wie schon bei den beiden Voruntersuchungen eingenasst worden sei. Es sei ein Verhalten möglich, um das eigene Zustandsbild dramatisch darzustellen, was als vorsätzliches und bewusstes Verhalten imponiere. Aus den vorliegenden Unterlagen und der gutachterlichen Untersuchung habe keine diagnostische Zuordnung getroffen werden können. Weder die Kriterien einer generalisierten Angststörung gemäss ICD-10 noch einer ängstlich-vermeidenden Persönlichkeitsstörung noch einer Panikstörung, Agoraphobie und Soziophobie könne differenziert und spezifisch nachvollzogen werden. Mit den Einwänden würden keine neuen medizinischen Tatsachen bekannt. Die Differenzen zwischen den beiden Gutachten erklärten sich durch die erheblichen Inkonsistenzen, welche erst bei der zweiten Begutachtung hätten objektiviert werden können.

3.3 Beschwerdeweise lässt der Beschwerdeführer nach einer - von der Vorinstanz vernehmlassend (S. 2 Rz. 3) unkommentiert belassenen - Sachverhaltschilderung (Ziff. 1) - im Wesentlichen vortragen, mit Dr.med. F.____, lic.phil. G.____ sowie lic.phil. K.____ hätten sich drei Fachleute aufgrund des Verlaufs der Exploration - insbesondere aufgrund der kurzen Dauer der jeweiligen persönlichen Befragung, aber auch aufgrund des Verhaltens des

Beschwerdeführers - als nicht in der Lage erachtet, sich abschliessend zu äussern. Vor diesem Hintergrund imponiere, dass der Gutachter Dr.med. J._____ sich ein abschliessendes Statement erlaube bzw. zutraue. Mit seiner Äusserung, er gelange zur Meinung, dass die bisherige Diagnose zu hinterfragen sei, zeige er auf, dass seine Beurteilung den erforderlichen Beweisgrad nicht erreichen könne. Seine Auseinandersetzung mit den bisherigen medizinischen Einschätzungen, insbesondere jener von Dr.med. F._____, vermöchten seinen Standpunkt nicht überzeugend zu bekräftigen. Die Exploration bei Dr.med. J._____ habe offenbar nur 45 Min. gedauert; im Vorfeld der Begutachtung sei er der Meinung gewesen, dass der Fall komplexer sei; eine für diese Art komplexerer Begutachtungen erforderliche vertiefte Auseinandersetzung mit den spezifischen Problemen sei indes nicht erkennbar. Der Gutachter hätte, soweit er dem Exploranden nicht glaube und dessen Verhalten als gespielt erachte, dies ausführlicher untersuchen resp. hinterfragen und nicht bloss eine Meinung äussern müssen. Auch hätte er den Beschwerdeführer mit dem Verdacht, das Einnässen sei mit einer Wasserspritze provoziert worden, konfrontieren und dessen Reaktion einschätzen können. Die im Weiteren gemachten Aussagen, der Beschwerdeführer könne problemlos als Chauffeur arbeiten, basierten auf der Beurteilung, wonach keine Diagnose vorliegen würde. Dass eine solche Tätigkeit möglich wäre, selbst wenn eine psychische, die Arbeitsfähigkeit beeinflussende Erkrankung wie eine Angststörung oder weitergehende psychiatrische Gesundheitseinschränkungen vorhanden sei, sage Dr.med. J._____ gerade nicht. Die Frage der Fahrfähigkeit sei in einer verkehrsmedizinischen Abklärung abzuhandeln, nicht in einem IV-Gutachten (S. 5 f. Ziff. 2.1).

Nach Lektüre des Gutachtens von Dr.med. J._____ entstehe der Eindruck, dass dieser die Segel hätte streichen müssen, um das Terrain nicht bewiesener Unterstellungen verlassen zu können. Angesichts der Vorgutachten und der Beurteilung des behandelnden Psychiaters könne der Einschätzung von Dr.med. J._____ nicht gefolgt werden (S. 6 Ziff. 2.2 f.).

Eine stationäre Begutachtung von mehreren Tagen mit Verlaufsbeobachtung erscheine unumgänglich. Die IV-Stelle könne den Fall nicht abwürgen in der Erwartung, der Beschwerdeführer werde sich einem solchen Verfahren widersetzen; vielmehr müsste eine solche Begutachtung mit der Androhung verbunden werden, dass die Verletzung der Mitwirkungspflicht zu einer Leistungsverweigerung führen könne. Dies sei umso mehr begründet, als Anzeichen eingeschränkter Urteilsfähigkeit vorlägen. Dr.med. F._____ sei darauf zu sprechen gekommen, Dr.med. J._____ habe sich dazu mit keinem Wort geäussert (S. 7 Ziff. 2.4.2).

3.4 Dem hält die Vorinstanz vernehmlassend entgegen, das psychiatrische Teilgutachten von Dr.med. J._____ sowie dasjenige von lic.phil. K._____ seien in Kenntnis der Vorakten erstellt worden.

Offensichtlich sei das Beschwerdebild in den Begutachtungen nicht authentisch vorgetragen worden. Zudem scheine sich ein auffälliges Muster bei den Begutachtungen zu zeigen. Lic.phil. G._____ habe festgehalten, der Beschwerdeführer sei kurz nach Untersuchungsbeginn im Gespräch zunehmend agitiert und unruhig geworden, habe begonnen zu hyperventilieren, sich den Unterarm aufzukratzen und habe sich zudem eingenässt. Dr.med. F._____ habe eine ähnliche Situation geschildert und bei der Begutachtung von lic.phil. K._____ wiederum habe der Beschwerdeführer sehr stark und auffällig oft an seinen Nägeln gekaut und sich schliesslich eingenässt, um dann um den Untersuchungsabbruch zu bitten. Dr.med. J._____ habe u.a. ebenfalls festgestellt, dass bereits die Begrüssung und Eröffnung des Gesprächs auffällig gewesen seien, da sehr rasch der vorgeschriebene Erregungszustand mit psychomotorischer Unruhe eingesetzt habe; das Verhalten des Beschwerdeführers sei überaus ausdrucksstark gewesen. Das gezeigte Verhalten des Beschwerdeführers habe in allen vier Begutachtungen zu einem Abbruch derselben geführt, was auch dem Wunsch des Beschwerdeführers entsprochen habe. Es sei daher Dr.med. J._____ auch gar nicht möglich gewesen, sich noch vertiefter mit dem Beschwerdeführer auseinanderzusetzen, weshalb der Vorwurf, wonach die Begutachtung lediglich 45 Minuten gedauert habe, erstaune. Die Vorinstanz habe zu Recht auf das Gutachten von Dr.med. J._____ abgestellt und einen Anspruch auf eine IV-Rente verneint. Das Obergutachten kann insofern nicht dazu verwendet werden, um die Grenzen der medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnisse zu verdecken.

4.1 Die Vorinstanz stützt ihren ablehnenden Rentenentscheid namentlich auf die Arbeitsfähigkeitsschätzung des Gutachtens von Dr.med. J._____. Es ist deshalb nachfolgend zu prüfen, ob dieses Gutachten sich als beweiskräftig erweist.

4.2.1 Der Gutachter Dr.med. J._____ hielt in der psychiatrischen Beurteilung zunächst fest, das ausdrucksstarke Verhalten des Beschwerdeführers lasse sich keiner psychiatrischen Erkrankung im eigentlichen Sinne zuordnen. Es sei nicht Ausdruck einer generalisierten Angststörung, da es ja in seinem demonstrativen Verhalten eindeutig über eine Ängstlichkeit und Angst hinausgegangen sei. Es habe aber auch nicht einer Panikattacke mit typischer Symptomatik entsprochen, welche fachärztlich psychiatrisch hätte zugeordnet werden können. Vielmehr habe ein unspezifischer Erregungszustand vorgelegen, ohne dass allerdings wei-

tergehende Handlungen gefolgt seien, etwa dass der Versicherte frühzeitig aus dem Untersuchungszimmer gelaufen wäre, oder dass ein Gefühl von Misstrauen oder Bedrohung durch bevorstehende Impulsivität entstanden wäre, das auf eine "psychotische Symptomatik" Hinweise gegeben hätte (IV-act. 67-20 f./30). Nach dieser ersten Einschätzung des gezeigten Verhaltens anlässlich der Exploration hielt er zur Frage der diagnostischen Zuordnung fest, es müsse davon ausgegangen werden, dass sich allenfalls Angst in bestimmten (sozialen) Situationen im Zusammentreffen mit fremden Menschen äussere, dass jedoch der Versicherte zuhause unauffällig lebe und auch die Vielzahl der Termine beim ambulanten behandelnden Psychiater in der vertrauensvollen Gesprächssituation unproblematisch verliefen, so dass nicht eine generalisierte Angststörung als Diagnose nachvollzogen werde (IV-act. 67-21 f./30). Dieser ablehnenden Einschätzung der vom behandelnden Psychiater gestellten Diagnose folgte der Hinweis auf die Definition der generalisierten Angststörung, welche nicht auf bestimmte Umgebungsbedingungen beschränkt sei, sondern mit frei flottierender Angst einhergehe, was beim Versicherten nicht der Fall sei. Unmittelbar im Anschluss relativierte der Gutachter seine diagnostische Einschätzung allerdings wieder, indem er festhielt, die Zuordnung einer generalisierten Angststörung werde als problematisch betrachtet. Die betroffenen Menschen seien allgemein ängstlich in ihrem Verhalten und die Abgrenzung zu einer ängstlich-vermeidenden Persönlichkeitsstörung falle schwer. Beim Versicherten erscheine jedoch unklar, in welchen Lebenssituationen, wie oft, wie ausgeprägt und ob durchgehend Angstsymptomatik im Sinne der vegetativen Äquivalenz von Stress vorliegen könnte (IV-act. 67-22/30). Im Rahmen der Diskussion zu den Akten und früheren Untersuchungen aus psychiatrischer Sicht führte der Gutachter zur Diagnose aus, abgesehen von den anamnestischen Angaben, es handle sich um eine generalisierte Angststörung, die in den vergangenen Jahren zugenommen habe und wegen der plötzlich damit einhergehenden Panikattacken und Soziophobie die Aktivitäten des Versicherten eingeschränkt habe, seien aus den vier aktuellen Untersuchungssituationen keine Hinweis gebenden Informationen zu einer diagnostischen Zuordnung zum Vorliegen einer eigenständig primär psychischen Störung vorhanden (IV-act. 67-25/30). "In der gesamten Zusammenschau" hielt der Gutachter fest, er gelange "zur Meinung, dass die diagnostische Zuordnung, unter was für einer Erkrankung der Versicherte leidet unter Berücksichtigung der Anmerkungen des Behandlers zur Kindheit und der historischen Betrachtung der Fahrenden, unter Berücksichtigung des Vulnerabilitäts-Stress-Modells primär psychischer Störungen durchaus kritisch zu hinterfragen" sei (IV-act. 67-26/30).

4.2.2 Diese gutachterlichen Ausführungen erweisen sich als nicht schlüssig, da zunächst das Vorliegen einer generalisierten Angststörung sowie weiterer psy-

chischer Störungen verneint, dann aber wiederum die diagnostische Zuordnung zu einer generalisierten Angststörung als problematisch bezeichnet bzw. hinterfragt wurde. Mit dieser Formulierung brachte der Gutachter zum Ausdruck, dass er an der bisher gestellten Diagnose zweifelt, sie jedoch nicht ablehnt. Die Zweifel am Vorliegen der Diagnose werden dadurch untermauert, dass der Gutachter im Sinn einer Eventualbegründung nun doch auf die vom behandelnden Psychiater diagnostizierte Angststörung abstellte, um dann auf eine erfolgte Besserung seit Beginn der Behandlung im Jahr 2019 hinzuweisen und sinngemäss festzuhalten, weder bei einer generalisierten Angststörung noch bei einer sozialen Phobie mit situativen Panikattacken wäre die zumutbare medizinisch-theoretische Arbeitsfähigkeit gemindert. Vielmehr wäre eine angepasste Tätigkeit zumutbar (IV-act. 67-23/30). Angesichts dieser offenkundigen Zweifel am Vorliegen einer Diagnose wären weitere gutachterliche Ausführungen dazu erforderlich gewesen, welche Umstände letztlich zur Verneinung einer Diagnose führten.

4.2.3 Auch aus den Ausführungen unter dem Titel "Herleitung der Diagnosen" (IV-act. 67-26/30) geht nicht eindeutig hervor, aus welchem Grund keine Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt wurde. Einerseits wurde zwar festgehalten, es könnten keine entsprechenden diagnostischen Kriterien differenziert und spezifisch nachvollzogen werden. Andererseits wurde auf die Meinungsäusserung von Dr.med. F. _____ verwiesen, wonach dieser in den 10 Jahren seiner Begutachtungstätigkeit niemals einen derartig auffälligen Untersuchungsbeobachtung gesehen und entsprechend eine sofortige stationäre Behandlungsbedürftigkeit festgestellt habe, ohne dass Dr.med. J. _____ allerdings darlegte, welche Schlussfolgerungen er aus dieser Meinungsäusserung zog. Schliesslich wurde auf die "gedankliche Auseinandersetzung des ebenfalls versicherungspsychiatrisch erfahrenen Unterzeichnenden zur bewussten ausdrucksstarken darstellenden Verhaltensweise" verwiesen, wiederum ohne darzulegen, inwiefern diese Auseinandersetzung die Einschätzung der Diagnose beeinflusste.

4.3.1 Dem Gutachten von Dr.med. J. _____ lassen sich zahlreiche Hinweise auf Inkonsistenzen entnehmen. Im Einzelnen ist auf folgende Beschreibungen zum auffälligen Verhalten des Beschwerdeführers zu verweisen:

- Zur Befragung (3.) hält der Gutachter fest, der Beschwerdeführer sei in Begleitung seiner Mutter erschienen und es habe sich eine Diskussion darüber entspannt, ob die Begleitperson bei der Exploration anwesend sein dürfe. Da der Explorand bereits bei dieser Diskussion, die Mutter dürfe nicht im Zimmer anwesend sein, sondern müsse im Wartebereich nebenan ausharren, psychomotorisch unruhig und erregt geworden sei, sei im Sinne eines Kompromissvorschlags ein deeskalierendes und einfühlsames Gespräch aufgenommen

worden bei geöffneter Tür. Innerhalb weniger Minuten des Gesprächs, worin der Versicherte zunächst redundant gefordert habe, die Mutter als Begleitung im Untersuchungsraum zuzulassen, sei dann ersichtlich gewesen, dass im Schritt die Hose des Versicherten nass geworden sei. Daraufhin habe die Mutter den Untersuchungsraum wiederum betreten, eine Geste des Entsetzens geäußert, der Versicherte habe die Toilette aufgesucht und die Mutter angegeben, wie sehr es ihm peinlich sein würde. In dieser Situation, da nun offensichtlich auf den Wunsch des Versicherten hin seine Mutter anwesend sein würde, bat der Unterzeichnende die Begleiterin, sich auszuweisen. Bei einer erneuten Pause der Untersuchung habe die Begleiterin die Praxis verlassen, kehrte jedoch ohne Unterlagen zurück und habe angegeben, sich nicht ausweisen zu können, da sie diese Papiere vergessen hätte. Auf Bitte, dann doch ihren Namen, Vornamen und Geburtsdatum aufzuschreiben und eine Unterschrift zu geben, habe die Begleiterin angegeben, dies nicht zu können, da sie Analphabetin, Fahrende seien. In diesem Zusammenhang sei anzumerken, dass sie zuvor im Wartebereich gesessen und offensichtlich ihr Mobiltelefon bedient habe. Sie habe angegeben, sie könne nicht lesen und wisse auch ihr Geburtsdatum nicht, sie sei Analphabetin, sie sei Jenisch (IV-act. 67-14 f./30);

- Der Versicherte sei dem Unterzeichnenden gegenüber von Beginn an sehr distanziert gewesen. Innerhalb weniger Worte, wonach die Begleitperson nicht direkt mit in die Untersuchung kommen könne, habe sich ein ängstlich-querghelndes und kindlich anmutendes Zustandsbild mit psychomotorischer Erregung eingestellt (IV-act. 67-18/30);
- Die Begrüssung und Eröffnung des Gesprächs seien auffällig gewesen, da sehr rasch der vorbeschriebene Erregungszustand mit psychomotorischer Unruhe einsetzt habe. Es habe eine formal angemessene Gesprächsatmosphäre geherrscht, der Versicherte sei nicht laut, bedrohlich oder in irgendeiner Weise übergriffig oder aggressiv geworden. Das Verhalten des Versicherten sei überaus ausdrucksstark gewesen, neben dem Nasswerden der Hose im Schritt sei das Nagelkauen und Beissen der Fingerkuppen offensichtlich gewesen, das dann in einer Situation auch zu einer blutigen Verletzung geführt habe. Die Mutter habe ein Taschentuch gereicht. Das formale Denken sei eingengt gewesen, der Versicherte habe stereotyp die Angabe gemacht, er wolle nun gehen, er habe Angst und er könne das Gespräch nicht weiterführen. Nachdem dies von Anbeginn ausgeführt worden sei, der Versicherte jedoch keine Anstalten machte, den Raum zu verlassen, habe doch ein Gespräch über insgesamt 45 Minuten geführt werden können. Dann habe es allerdings so erschienen, dass der Versicherte nun alles gesagt habe - und alles Verhalten dargestellt habe - und es sei dann sehr rasch zwischen ihm und der be-

gleitenden Mutter der Konsens erlangt worden, abubrechen. Die dreiviertelstündige Gesprächssituation habe keine Hinweise auf Wahn, Wahrnehmungsstörungen oder Ich-Störungen ergeben. Der affektive Rapport sei insofern nicht herstellbar gewesen, als dass der Versicherte binnen weniger Sekunden, als ihm zunächst mitgeteilt worden sei, die Begleitperson könne nicht im Untersuchungszimmer anwesend sein, in einen Erregungszustand geraten sei, der bis zum Schluss nicht geendet habe. Mimik, Gestik und Psychomotorik seien entsprechend auffällig, teils beschleunigt, teils ritualisiert gewesen. Als Impulshandlung sei das Verletzen des eigenen Fingers und das Nägelkauen zu werten gewesen (IV-act. 67-18 f. /30);

- Bei insistierender Nachfrage, wie zu Hause der Tagesablauf weiter aussehen würde, zum Beispiel wie der Tag-/Nacht-Rhythmus eingehalten werden könnte, und bei erneutem unruhigem Erregungszustand des Versicherten, er wolle nun gehen, sei es zum Abbruch gekommen, da nun auch die Begleitperson ihn darin unterstützt habe, es gehe eben nicht weiter, derartige Untersuchungen würden zu keinem Ergebnis führen und man werde auch weitere Untersuchungen nicht wahrnehmen (IV-act. 67-17/30);
- Es sei darauf hingewiesen worden, dass die begleitende Mutter des Versicherten, die angegeben habe, es habe sich um ihre Mutter gehandelt, die verstorben sei, als ihr kondoliert worden war, die Angabe des 24-jährigen Versicherten, es sei die Mutter des Vaters gewesen, die verstorben sei, berichtigt habe (IV-act. 67-17/30);
- Es hätten sich Hinweise auf Inkonsistenzen und Inplausibilität ergeben, die wiederum sehr gleichförmig mit den zwei dokumentierten Voruntersuchungen aufgefallen seien. Der Versicherte sei sehr wohl in die Exploration gelangt, habe allerdings darum gebeten, sie abubrechen. Es sei hinterfragt worden, ob tatsächlich in stereotyper Weise wie schon bei den beiden Voruntersuchungen "eingenässt wurde". Hier sei spontan der Gedanke entstanden, es sei auch ein Verhalten möglich, um das eigene Zustandsbild dramatisch darzustellen, zum Beispiel eine flüssigkeitsgefüllte Spritze im Hosensack mitzuführen, was dann als vorsätzliches und bewusstes Verhalten imponieren würde. Diese Idee sei entstanden, als der Unterzeichnende nämlich zugeschaut habe, wie sehr umschrieben im Schrittbereich die Hose einen etwa apfelgroßen feuchten Fleck angenommen habe, gleichzeitig aber Mimik und Gestik des Betroffenen nicht so erschienen hätten, als würde er urinieren und auch die Menge der Flüssigkeit offensichtlich begrenzt gewesen sei. Das selbstverletzende Verhalten, das diesmal nicht durch Kratzen an den Unterarmen, sondern durch Kauen an den Fingerkuppen imponiert habe, sei mit blutiger Ver-

letzung einhergegangen, auf das wiederum die anwesende Begleitperson sehr schnell innerhalb von Bruchteilen von Sekunden ein Papiertaschentuch zur Verfügung gestellt habe, dieses quasi parat gehabt habe, um das Blut abzuwischen und die Blutung zu stillen (IV-act. 67-23 f./30);

- Unter Berücksichtigung der vorliegenden Informationen der Voruntersuchungen habe der Ablauf im Wechselspiel zwischen Begleitperson und Versicherten eingespielt zu geschehen geschienen, mit dem Wunsch aufzuzeigen, wie schlecht es zumindest in der Interaktion mit einem fremden Menschen, nämlich dem untersuchenden Psychiater, ergehe. Lic.phil. K. _____ habe unabhängig [vom psychiatrischen Gutachter] eine ähnliche Formulierung gewählt: "Das von Herrn A. _____ gezeigte Verhalten wirkte auf den Untersucher gespielt und nicht echt" (IV-act. 67-20 f./30).

4.3.2 Im Anschluss an die ausführliche Darstellung der festgestellten Inkonsistenzen hielt der Gutachter fest, das Verhalten des Beschwerdeführers könne als Ausdruck einer Erkrankung gewertet werden, welche allerdings nicht zugeordnet werden könne, oder als bewusstes Ausdrucksverhalten (IV-act. 67-25/30). Ergänzend verwies der Gutachter auf eine "bewusste ausdrucksstarke darstellende Verhaltensweise, die manchmal in Begutachtungen beobachtet" werden könne, ohne sich allerdings festzulegen, ob im vorliegenden Fall von einer derartigen bewussten ausdrucksstarken darstellenden Verhaltensweise auszugehen sei oder ob diese Verhaltensweise - allenfalls in (welchen?) Teilen - krankheitsbedingt sei (vgl. IV-act. 67-27/30). Bei der Beurteilung der Fahrfähigkeit traf der Gutachter demgegenüber die "Annahme bewusster defizitorientierter Verhaltensweisen", ohne allerdings diese Annahme zu begründen (vgl. IV-act. 67-27/30).

4.3.3 Es wäre Aufgabe des Gutachters gewesen, eine Aussage dazu zu machen, ob das Verhalten des Beschwerdeführers sowie der dadurch letztlich hervorgerufene, wiederholte Abbruch der Explorationen als bewusstseinsnah oder (allenfalls in Teilen) als krankheitsbedingt zu interpretieren sei. Diesbezügliche gutachterliche Aussagen fehlen allerdings. Eine eingehende gutachterliche Stellungnahme zu dieser Frage hätte sich nicht zuletzt deshalb aufgedrängt, weil der neuropsychologische Gutachter lic.phil. G. _____ in seinem Kurzbericht vom 19. Mai 2021 die Panik und Ängste des Beschwerdeführers als echt anmutend (IV-act. 22-2/3) bezeichnet hatte und weil der psychiatrische Gutachter Dr.med. F. _____ in seiner Stellungnahme vom 14. Januar 2022 vom Vorliegen einer schwerwiegenden psychiatrischen Erkrankung ausgegangen war und mithin dem ausdrucksstarken Verhalten des Beschwerdeführers offenkundig Glauben schenkte (IV-act. 37-3/5). Damit bleibt unklar, ob vorliegend von einer Aggravation auszugehen ist, welche nicht auf eine verselbständigte krankheitswertige psy-

chische Störung zurückzuführen ist und ob demzufolge von einem Ausschlussgrund auszugehen ist (vgl. Urteil BGer 9C_154/2016 vom 19.10.2016 E. 4.3 m.H.).

4.4 Nebst den aufgezeigten Unklarheiten fällt auf, dass der Gutachter keine Unterscheidung zwischen der Arbeitsfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit und der Arbeitsfähigkeit in einer optimal angepassten Tätigkeit traf. Nach der unbestritten gebliebenen Darstellung des Beschwerdeführers war dieser vor dem Eintritt der gesundheitlichen Beeinträchtigung als Hausierer unterwegs bzw. er arbeitete als Messerschleifer und Alteisenhändler, bis dies nicht mehr gegangen sei, da er die Kontakte zu anderen Menschen nicht habe aushalten können (IV-act. 9; 15-1/6; 65-4/6; 67-15/30). Dem Gutachten ist keine Aussage zu entnehmen, in welchem Umfang diese zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Hausierer / Messerschleifer / Alteisenhändler noch möglich wäre. Auf die Frage nach dem Umfang einer allfälligen Einschränkung der Leistung in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit hielt der Gutachter fest, unter der Annahme einer Hilfstätigkeit als Fahrer würde eine normale Leistungsfähigkeit unter Einhalten der Auflage, Pausen zu machen, bestehen. Bei der gutachterlich angenommenen Hilfstätigkeit als Fahrer handelt es sich aber klarerweise nicht um die zuletzt ausgeübte Tätigkeit.

4.5 Der Gutachter ging zusammenfassend von einer medizinisch-theoretischen und dabei zumutbaren Arbeitsfähigkeit aus, wobei er krankheitsfremde Faktoren "wie gesellschaftliche Zugehörigkeit zu Fahrenden, keine Berufsausbildung und Schwierigkeiten im Zustand, Druck erleben zu müssen, sich dann zu entziehen" ausschied. Diesen Ausführungen ist entgegenzuhalten, dass Schwierigkeiten im Umgang mit Druck im Erwerbsleben (bspw. Zeitdruck, Stress) grundsätzlich nicht als krankheitsfremd ausser Betracht fallen dürfen. Vielmehr sind sie zumindest bei der Umschreibung des Zumutbarkeitsprofils, gegebenenfalls auch bei der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit, zu berücksichtigen, sofern sie Folge einer verselbständigten gesundheitlichen Störung sind. Mit diesen Erfordernissen setzt sich der Gutachter zu Unrecht nicht auseinander.

4.6 Ferner wird im Gutachten die Tätigkeit als Chauffeur als optimal angepasst bezeichnet (IV-act. 67-28/30). Die Umschreibung eines Zumutbarkeitsprofils lässt sich dem Gutachten allerdings nicht entnehmen. Dies wäre unter anderem deshalb erforderlich gewesen, um Aussagen über die Verwertbarkeit der zumutbaren Resterwerbsfähigkeit treffen zu können.

4.7 Nebst den genannten Unzulänglichkeiten des psychiatrischen Gutachtens erweist sich auch die neuropsychologische Abklärung nicht als beweiskräftig. Hier fällt massgeblich ins Gewicht, dass der verantwortliche Teilgutachter lic.phil.

K._____ die Untersuchung nach 35 Minuten (inkl. einer Pause und zwei Telefonaten des Beschwerdeführers mit seiner Mutter) vorzeitig abbrechen musste und deshalb eine differenziertere Erfassung der kognitiven Leistungsfähigkeit und der Anstrengungsbereitschaft nicht möglich war. Aufgrund der unvollständigen Informationen konnte der Gutachter nicht beurteilen, ob das vom Beschwerdeführer gezeigte Verhalten Ausdruck einer tatsächlichen oder einer vorgespielten Beeinträchtigung war (IV-act. 65-5/6). Der Gutachter sah sich folglich ausserstande, die offenen Fragen auf neuropsychologischem Fachgebiet zu beantworten. Eine umfassende neuropsychologische Beurteilung des Beschwerdeführers liegt somit nicht vor.

4.8 Zusammenfassend erweist sich die Herleitung der Diagnosen nicht als schlüssig. Es bleibt unklar, ob die beschriebenen Inkonsistenzen als krankheitsbedingt oder als bewusstseinsnah zu interpretieren sind, es fehlt eine Arbeitsfähigkeitsschätzung hinsichtlich der zuletzt ausgeübten Tätigkeit und es fehlt ein nachvollziehbar umschriebenes Zumutbarkeitsprofil. Damit erweist sich das Gutachten von Dr.med. J._____ nicht als nachvollziehbar und schlüssig, weshalb es nicht als Grundlage für die rentenverweigernde Verfügung der Vorinstanz dienen kann. Darüber hinaus fehlt eine umfassende neuropsychologische Beurteilung.

4.9 Auch die anderen aktenkundigen medizinischen Unterlagen lassen keine zuverlässige Sachverhaltsfeststellung zu. Das psychiatrische Gutachten von Dr.med. F._____ vom 17. Mai 2021 musste, ebenso wie das neuropsychologische Gutachten von lic.phil. G._____ vom 19. Mai 2021, ergebnislos abgebrochen werden (IV-act. 21 f.). Der behandelnde Psychiater Dr.med. C._____ hat in seinen Arztberichten gestützt auf die Diagnose einer generalisierten Angststörung mit depressiven Anteilen (ICD-10: F41.1) jeweils eine vollständige Arbeitsunfähigkeit für sämtliche Tätigkeiten attestiert. Allerdings zeigten sich anlässlich der Begutachtung von Dr.med. J._____ zahlreiche Hinweise auf Inkonsistenzen (vgl. oben E. 4.3.1), sodass Zweifel an der Einschätzung des behandelnden Arztes bestehen. Zudem wies die RAD-Ärztin E._____ (nach Rücksprache mit dem RAD-Psychiater Dr.med. M._____) in ihrer Stellungnahme vom 22. Oktober 2020 grundsätzlich nachvollziehbar darauf hin, dass alleine eine generalisierte Angststörung wie vom behandelnden Psychiater beschrieben eine vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit für sämtliche Tätigkeiten nicht begründen könne. Die Arztberichte von Dr.med. C._____ allein genügen für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers somit noch nicht.

5.1 Bei diesem Ergebnis erweist sich eine erneute psychiatrische Begutachtung mit neuropsychologischer Untersuchung als unumgänglich, um festzustellen, ob eine Angststörung bzw. allfällige weitere Störungen bestehen, inwiefern diese Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit haben bzw. ob eine allfällige Leistungsminderung krankheitsbedingt ist oder auf Aggravation zurückzuführen ist. Nachdem die bisherigen Begutachtungen im ambulanten Rahmen allesamt vorzeitig abgebrochen werden mussten, sei es, dass der Beschwerdeführer als psychisch zu akut beeinträchtigt erschien (vgl. IV-act. 21-2/2), sei es, dass der Beschwerdeführer die Fortsetzung der Exploration ablehnte (vgl. IV-act. 67-17/30), ist nicht zu erwarten, dass eine erneute ambulante Begutachtung ein verwertbares Ergebnis hervorbringen würde. Es erscheint deshalb entsprechend dem Antrag des anwaltlich vertretenen Beschwerdeführers angezeigt, die Begutachtung im stationären Rahmen durchzuführen (vgl. Beschwerde Ziff. 2.4.2).

5.2.1 Der behandelnde Psychiater hat sich wiederholt gegen eine stationäre psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung des Beschwerdeführers ausgesprochen und zur Begründung vor allem die "bekannten historischen Gründe" sowie das Krankheitsbild selbst angeführt. Ferner drohten in fremder Umgebung möglicherweise Folgeschäden bzw. es bestehe die Gefahr eines Suizides (vgl. IV-act. 32, 41, 74-3/3). Um allfälligen Weiterungen hinsichtlich der Zumutbarkeit einer stationären Begutachtung die Spitze zu brechen, drängen sich in der gebotenen Kürze die folgenden, nicht abschliessenden Bemerkungen auf.

5.2.2 Zum einen stünde vorliegend nicht eine stationäre psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung von potentiell mehreren Wochen zur Debatte, sondern es ginge einzig um eine stationäre Abklärung während eines im Voraus klar bestimmbareren Zeitraumes (von wenigen Tagen). Zum anderen führte Dr.med. F._____ in seiner Stellungnahme vom 14. Januar 2022 überzeugend sinngemäss aus, bei zunehmendem Schweregrad seien intensivere therapeutische Interventionen zu wählen. Die Argumentation, dass eine Behandlung zumutbar wäre, wenn die Erkrankung weniger chronifiziert oder geringer ausgeprägt wäre, entbehre jedweder medizinischen Logik. Schliesslich wies Dr.med. F._____ ebenso überzeugend daraufhin, dass dem Beschwerdeführer durch einen Klinik-eintritt keine persönliche Retraumatisierung drohe, da er nicht durch eine der damals (i.e. vor 1981) veranlassten (vgl. Bundesgesetz über die Aufarbeitung der fürsorglichen Zwangsmassnahmen und Fremdplatzierungen vor 1981 [AFZFG, SR 211.223.13]) Einweisungen traumatisiert worden sei (vgl. IV-act. 37-4 f./5). Diese im Hinblick auf eine stationäre Behandlung getätigten Äusserungen gelten umso mehr, wenn lediglich eine stationäre Begutachtung zur Debatte steht. Mit der Argumentation des behandelnden Psychiaters liesse sich die Unzumutbarkeit

der stationären Begutachtung unter Berücksichtigung des im Streit liegenden Anspruchs auf eine ganze Rente der Invalidenversicherung nicht begründen. Anzumerken bleibt, dass es einer noch zu bestimmenden Gutachterstelle selbstverständlich obliegt, eine Begutachtung so zu gestalten, dass der Zweck der Begutachtung erfüllt, gleichzeitig aber die gesundheitlichen Beeinträchtigungen für den Beschwerdeführer möglichst gering gehalten werden.

5.3 Vorliegend ist die Sache im Sinne der Erwägungen in Gutheissung der Beschwerde zur Durchführung ergänzender Abklärungen an die Vorinstanz zurückzuweisen. Für eine Rückweisung (anstelle einer gerichtlich angeordneten Begutachtung) spricht insbesondere zum einen, dass das psychiatrische Gutachten wesentliche Lücken aufweist (u.a. fehlende Umschreibung der Arbeitsfähigkeit in angestammter Tätigkeit, fehlendes Zumutbarkeitsprofil) sowie zum anderen, dass die erforderliche neuropsychologische Beurteilung nicht umfassend durchgeführt wurde.

6. Der vorliegenden Rückweisung entsprechend sind die Verfahrenskosten in der Höhe von Fr. 500.-- der Vorinstanz aufzuerlegen. Zudem ist dem beanwalteten Beschwerdeführer zu Lasten der Vorinstanz eine Parteientschädigung zuzusprechen. In Beachtung des kantonalen Gebührentarifs für Rechtsanwälte (GebTRA, SRSZ 280.411), welcher für das Honorar in Verfahren vor dem Verwaltungsgericht in § 15 GebTRA einen Rahmen von Fr. 300.-- bis Fr. 8'400.-- vorsieht sowie unter Beachtung der in § 2 GebTRA enthaltenen Kriterien (Wichtigkeit der Streitsache, Schwierigkeit, Umfang und der Art der Arbeitsleistung, notwendiger Zeitaufwand) und in Ausübung des pflichtgemässen Ermessens ist das Honorar (inkl. Auslagen und MwSt) auf Fr. 1'500.-- festzulegen.

Demnach erkennt das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird insoweit gutgeheissen, als die angefochtene Verfügung vom 2. Mai 2023 aufgehoben und die Sache im Sinne der Erwägungen zur weiteren Abklärung an die Vorinstanz zurückgewiesen wird.
2. Die Verfahrenskosten (Gerichtsgebühr, Kanzleikosten und Barauslagen) werden auf Fr. 500.-- festgelegt und der Vorinstanz auferlegt.
3. Dem Beschwerdeführer wird zulasten der Vorinstanz eine Parteientschädigung von insgesamt Fr. 1'500.-- (inkl. MwSt und Spesen) ausgerichtet.
4. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit Zustellung Beschwerde* in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, erhoben werden (Art. 42 und 82ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht [BGG; SR 173.110] vom 17.6.2005).
Soweit die Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten nicht zulässig ist, kann in derselben Rechtschrift subsidiäre Verfassungsbeschwerde* erhoben und die Verletzung von verfassungsmässigen Rechten gerügt werden (Art. 113ff. BGG).
5. Zustellung an:
 - den Vertreter des Beschwerdeführers (2/R)
 - die Vorinstanz (R)
 - und das Bundesamt für Sozialversicherungen BSV, 3003 Bern (A).

Schwyz, 12. Dezember 2023

Im Namen des Verwaltungsgerichts

Der Vizepräsident:

Der Gerichtsschreiber:

***Anforderungen an die Beschwerdeschrift**

Die Beschwerdeschrift ist in einer Amtssprache (Deutsch, Französisch, Italienisch, Rumantsch Grischun) abzufassen und hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift zu enthalten. In der Begründung ist in gedrängter Form darzulegen, inwiefern der angefochtene Entscheid Recht verletzt. Die Urkunden, auf die sich die Partei als Beweismittel beruft, sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat; der angefochtene Entscheid ist beizulegen.

Versand: 17. Januar 2024