

SO_GERICHTE VSBES.2014.128 vom 11. April 2014

SO Obergericht, 2014-04-11, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2014.128

FR: SO_GERICHTE VSBES.2014.128 du 11 avril 2014

IT: SO_GERICHTE VSBES.2014.128 del 11 aprile 2014

Erwägungen

E. 2

2.1 In zeitlicher Hinsicht sind – vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen – grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 132 V 215 E. 3.1.1 S. 220, 131 V 107 E. 1 S. 109). Im vorliegenden Fall steht die Anspruchsberechtigung ab 2009 zur Debatte (s. E. II. 2.2 hiernach). Somit ist die Rechtslage ab 1. Januar 2008, nach der 5. IV-Revision, massgebend.

2.2 Als Invalidität im Sinne des Gesetzes gilt die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit andauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts / ATSG, SR 830.1). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 Bundesgesetz über die Invalidenversicherung / IVG, SR 831.20). Für die Beurteilung der Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die aus objektiver Sicht nicht überwindbaren Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen (Art. 7 Abs. 2 ATSG, in Kraft seit 1. Januar 2008). Anspruch auf eine Rente haben Versicherte, die (s. Art. 28 Abs. 1 IVG, in der ab 1. Januar 2008 geltenden Fassung): a) ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können, b) während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig gewesen sind, und c) nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid sind. 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 (Art. 6 ATSG). Das Wartejahr gilt als eröffnet, sobald eine solche Arbeitsunfähigkeit von mindestens 20 % eingetreten ist (Ulrich Meyer / Marco Reichmuth, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 3. Aufl., Zürich / Basel / Genf 2014, Art. 28 N 32). Der Beschwerdeführer macht ab dem 12. Dezember 2007 eine Arbeitsunfähigkeit geltend (IV-Nr. 2 S. 7 Ziff. 6.3), d.h. eine Invalidität kann erst nach Ablauf der einjährigen Wartezeit im Dezember 2008 vorliegen. Der Rentenanspruch wiederum entsteht – sofern die entsprechenden Anspruchsvoraussetzungen gegeben sind – frühestens sechs Monate nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs im Sinne von Art. 29 Abs. 1 ATSG (s. Art. 29 Abs. 1 IVG, in der ab 1. Januar 2008 geltenden Fassung), was hier im Januar 2009 der Fall wäre. Bei einem Invaliditätsgrad ab 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, ab 50 % auf eine halbe Rente, ab 60 % auf eine Dreiviertelsrente sowie ab 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG, in der seit 1. Januar 2008 geltenden Fassung).

2.3 Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird 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 (Invalideneinkommen) in Beziehung

gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen, Art. 16 ATSG). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt. Insoweit die fraglichen Erwerbseinkommen ziffernmässig nicht genau ermittelt werden können, sind sie nach Massgabe der im Einzelfall bekannten Umstände zu schätzen und die so gewonnenen Annäherungswerte miteinander zu vergleichen (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs). Für die Bemessung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im massgebenden Zeitpunkt des Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit ohne Gesundheitsschaden tatsächlich verdienen würde, und nicht, was sie bestenfalls verdienen könnte (BGE 131 V 51 E. 5.1 S. 53). Die Ermittlung des Valideneinkommens muss so konkret wie möglich erfolgen. Da die bisherige Tätigkeit erfahrungsgemäss fortgesetzt worden wäre, ist in der Regel vom letzten Lohn auszugehen, der vor Eintritt der Gesundheitsschädigung erzielt wurde; dieses Gehalt ist, wenn nötig der Teuerung und der Einkommensentwicklung anzupassen. Ausnahmen von diesem Erfahrungssatz müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (BGE 135 V 58 E. 3.1 S. 59; Urteil des Bundesgerichts 9C_532/2016 vom 25. November 2016 E. 3.4.1). Für den Einkommensvergleich ist auf den Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns abzustellen (BGE 129 V 222 E. 4.3.1 S. 224). Validen- und Invalideneinkommen sind auf zeitidentischer Grundlage zu erheben und allfällige rentenwirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Verfügungserlass zu berücksichtigen (a.a.O., E. 4.2 S. 224).

2.4 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung auf Unterlagen angewiesen, die Arztpersonen und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung gestellt haben. Aufgabe des Arztes ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren bilden die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 196, 105 V 156 E. 1 S. 158 f.). Der im Sozialversicherungsrecht massgebende Beweisgrad ist derjenige der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 117 V 194 f. E. 3.b). Weiter gilt für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsbeschwerdeverfahren der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352). Der Sozialversicherungsrichter hat alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf er bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum er auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten – d.h. der Anamnese – abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und in seinen Schlussfolgerungen begründet ist. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten resp. in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (a.a.O.; BGE 122 V 157 E. 1c S. 160). Die Rechtsprechung erachtet es jedoch als mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung

vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (BGE 125 V 351 E. 3b S. 352). So ist einem im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten medizinischen Gutachten durch externe Spezialärzte, welches auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten erstellt wurde und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangt, in der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 2.2.2 S. 232, 125 V 351 E. 3b/bb S. 353). Andererseits ist der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Ärzte im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen mitunter eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b/cc S. 353).

2.5 Im Sozialversicherungsverfahren gilt der Untersuchungsgrundsatz, d.h. die Versicherung resp. das Gericht haben von sich aus für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen (Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c ATSG). Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht. Der Grundsatz gilt jedoch nicht uneingeschränkt, sondern wird durch die Mitwirkungspflichten des Versicherten relativiert (BGE 125 V 193 E. 2 S. 195, 122 V 157 E. 1a S. 158). Ein Teilgehalt der Mitwirkungspflicht besteht in der Teilnahme am Beweisverfahren (Ueli Kieser, Kommentar zum ATSG, 3. Aufl., Zürich 2015, Art. 43 N 86). 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. Gleiches gilt, wenn der Sachverhalt, den eine Partei beweisen will, nicht rechtserheblich erscheint (BGE 126 V 353 E. 5b S. 360, 125 V 193 E. 2 S. 195, 122 V 157 E. 1d S. 162). In einer solchen antizipierten Beweiswürdigung liegt kein Verstoß gegen das in Art. 29 Abs. 2 Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft (BV, SR 101) gewährleistete rechtliche Gehör (Urteil des Bundesgerichts 8C_407/2015 vom 22. April 2016 E. 3.1; s.a. die zu Art. 4 aBV ergangene, weiterhin geltende Rechtsprechung: BGE 119 V 335 E. 3c S. 344). Auch das Fairnessgebot von Art. 6 Ziff. 1 Konvention zum Schutze der Menschenrechte und Grundfreiheiten (EMRK, SR 0.101) gewährt in diesem Zusammenhang keinen zusätzlichen Schutz (BGE 124 V 90 E. 4b S. 94). Bleiben jedoch erhebliche Zweifel an der Vollständigkeit und / oder der Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellung bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteil des Bundesgerichts 8C_407/2015 vom 22. April 2016 E. 3.1).

E. 3.1

3.1.1 Der Beschwerdeführer arbeitete seit Januar 2006 bei der [...] AG, wo er als [...] beschäftigt war (IV-Nr. 6 S. 1). Diese Anstellung löste er per 24. Januar 2007 auf (IV-Nr. 6 S. 9), um sich selbständig zu machen. Sein Geschäft musste er indes im April 2007 mangels Erfolg wieder schliessen, worauf er sich bei der Arbeitslosenversicherung anmeldete (IV-Nr. 13 S. 1). Am 12. Dezember 2007 wurde der Beschwerdeführer vor seiner Haustür Opfer eines Raubüberfalls durch zwei maskierte und bewaffnete Männer (IV-Nr. 4.15 + Nr. 4.13 S. 2). Während einer der beiden ihn festhielt, schlug der andere mit der Pistole auf ihn ein. Der Beschwerdeführer zog sich dabei eine Commotio cerebri, mehrere Rissquetschwunden am Kopf sowie eine Bissverletzung am rechten Daumen zu

(IV-Nr. 4.14). Diese körperlichen Verletzungen heilten folgenlos ab und hatten keinen Einfluss mehr auf die Arbeitsfähigkeit (IV-Nrn. 4.3 / 35 S. 3 / 66.16 S. 10 / 72 S. 2). 3.1.2 Am 21. Dezember 2007 meldete sich der Beschwerdeführer notfallmässig im C.____, wo man eine Anpassungsstörung, Angst und depressive Reaktion gemischt (F43.22) diagnostizierte (IV-Nr. 4.10 S. 1 f.). Der Beschwerdeführer leide in Zusammenhang mit dem Überfall seit einer Woche u.a. unter Misstrauen, Angst und Schreckhaftigkeit. Diese Symptome verbesserten sich im Verlauf (s. Bericht vom 27. August 2008, IV-Nr. 28.11). Die Rücksprache der Suva mit dem behandelnden Arzt Dr. med. D.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, ergab am 20. Januar 2009 (IV-Nr. 17), dass eine posttraumatische Belastungsstörung (fortan: PTBS) vorliege, aber unter der Behandlung nur noch eine sehr geringe Symptomatik aufweise. Die Arbeitsaufnahme solle schrittweise erfolgen. Derzeit sei mindestens ein Pensum von 50 % mit einer Leistung von (gemessen an einem Vollzeitpensum) 30 % möglich. Anlässlich der Konsultation vom 19. Februar 2009 ging Dr. med. D.____ sodann von einer vollen Arbeitsfähigkeit aus (IV-Nr. 28.5 S. 3). Vom 2. März bis 22. Mai 2009 absolvierte der Beschwerdeführer bei der E.____ ein Belastbarkeitstraining, vermochte aber das Ziel von vier Arbeitsstunden täglich wegen seiner schlechten psychischen Verfassung nicht zu erreichen (IV-Nr. 25). Die Arbeitslosenversicherung stuft den Beschwerdeführer mit Verfügung vom 26. Mai 2010 als nicht vermittlungsfähig ein (IV-Nr. 46). Sie stützte sich dabei auf den vertrauensärztlichen Bericht von Dr. med. F.____, Chefarzt-Stellvertreter bei den C.____, vom 28. April 2010 (IV-Nr. 40). Der Beschwerdeführer befinde sich in gedrückter Stimmungslage. Tagträume mit visuellen Erscheinungen im Sinne von Flashbacks kämen nicht vor, hingegen nächtliche Alpträume. Differentialdiagnostisch sei einerseits eine mittelgradig depressive Episode anzunehmen, andererseits lasse sich das ganze Krankheitsbild im Rahmen einer PTBS erklären. Für eine solche sprächen das deutliche Vermeidungsverhalten, die Alpträume, eine oft vorhandene Übererregbarkeit mit Nervosität und Konzentrationsstörungen sowie das prämorbid Fehlen affektiver Schwankungen oder depressiver Episoden (S. 5 f.). Die Arbeitsfähigkeit betrage maximal 50 %. Aktuell sei der Beschwerdeführer wohl nur in einem geschützten Rahmen einsetzbar. Bei einer weiteren Verbesserung der psychischen Symptomatik sei davon auszugehen, dass er wieder in der freien Wirtschaft tätig werden könne (S. 7). Am 17. Mai 2010 trat der Beschwerdeführer ein Aufbaustraining auf dem G.____ an (IV-Nr. 45), wurde jedoch vom Hausarzt Dr. med. H.____, Arzt FMH für Innere Medizin, wiederholt zu 100 % arbeitsunfähig geschrieben (IV-Nrn. 50 / 52 / 59), weshalb das Training per 22. Juli 2010 vorzeitig endete (IV-Nr. 65). In den Berichten des G.____ sah man eine Anstellung von 50 % in der Privatwirtschaft als möglich an. Die psychische Situation sei im Training nie ein Problem gewesen, und auch körperliche Beschwerden habe man kaum ausgemacht; zu Einbrüchen sei es gekommen, wenn die Arbeit den Beschwerdeführer weniger interessiert habe (IV-Nrn. 55 + 60). Der neue behandelnde Psychiater Dr. med. I.____, Spezialarzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, vermutete dazu auf telefonische Rückfrage der Beschwerdegegnerin, der Beschwerdeführer mache auf «krank», da im August die Strafverhandlung einer der beiden Täter stattfinde (s. Protokolleinträge vom 22. Juni und 20. Juli 2010 in den IV-Akten). In seiner Stellungnahme vom 30. August 2010 (IV-Nr. 66.4) verwies Dr. med. I.____ auf die Diagnosen von Dr. med. F.____. Der Beschwerdeführer berichte von plötzlich auftretenden Ängsten, z. B. wenn unversehens ein Jogger vorbeikomme oder in der Nacht. Er rege eine neue Beurteilung der Arbeitsfähigkeit an. Im Bericht vom 27. Oktober 2010 (IV-Nr. 68 S. 5 f.) diagnostizierte Dr. med. I.____ demgegenüber eine generalisierte Angststörung, ausgelöst

durch den Raubüberfall im Dezember 2007, mit / bei · Komorbidität mit Depression und Panikattacken · Migrationsschicksal durch Heirat, längerer Arbeitslosigkeit · somatoformer Ausprägung der Symptome

3.1.3 Der Konsiliarpsychiater der Suva, Dr. med. J.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, diagnostizierte in seinem Bericht vom 11. Januar 2011 (IV-Nr. 71.2) eine psychoreaktive Störung (S. 10) · bei sequentieller Traumatisierung im Bosnienkrieg und im Rahmen des Überfalls im Dezember 2007 · mit dokumentierter, fluktuierend verlaufender depressiver Symptomatik, bei der Untersuchung durch Dr. med. F.____ mittelschwer (F32.1) · mit traumaspezifischen Symptomen wie Alpträumen und Vermeidungsverhalten sowie ängstlichen Symptomen (F43.8), differentialdiagnostisch gering ausgeprägte PTBS (F43.1) Der Beschwerdeführer berichte in der heutigen Exploration, er habe acht Monate in der türkischen Friedenstruppe in Ex-Jugoslawien gedient und traumatische Kriegserlebnisse gehabt. Die psychoreaktive Störung habe sich nach fünf Jahren zurückgebildet. Nach dem Überfall im Dezember 2007 sei eine akute Belastungsreaktion aufgetreten. Diese Symptome seien abgeklungen, doch es habe sich eine persistierende Symptomatik entwickelt, die nach neun Tagen zu einer ersten psychiatrischen Konsultation geführt habe. Sowohl die (in den Vorakten nicht erwähnten) Erlebnisse während des Bosnienkrieges als auch der Raubüberfall seien einschneidende Erlebnisse. Der Versicherte habe jeweils quälende, sich wiederholende Alpträume gehabt, jedoch keine Flashbacks. Er zeige anhaltende, leicht ausgeprägte Symptome einer erhöhten psychischen Sensitivität und Erregung mit Schlafstörungen, Reizbarkeit und erhöhter Schreckhaftigkeit. Die geringe Ausprägung des Vermeidungsverhaltens spreche für eine geringgradige Ausprägung der posttraumatischen Symptome, die Diagnosekriterien einer PTBS seien grenzwertig erfüllt (S. 11). Die depressive Symptomatik sei aktuell leichtgradig (S. 12). Der Beschwerdeführer sollte aus psychiatrischer Sicht in der Lage sein, einfache Montagetagearbeiten in einem reduzierten Pensum zu bewältigen. Die Reduktion der Leistungsfähigkeit sei auf Grund der Untersuchung nicht zu quantifizieren; bei reiner Berücksichtigung der Symptomebene sei aktuell von einer Reduktion der Leistungsfähigkeit um 10 bis 40 % auszugehen (S. 13). In der Folge begab sich der Beschwerdeführer bei Frau K.____, Fachpsychologin für Psychotherapie FSP, in Behandlung (IV-Nr. 73.3). Diese stellte im Bericht vom 13. März 2011 (IV-Nr. 75.6 S. 10 ff.) folgende Diagnosen: · sonstige Reaktion auf schwere Belastung (F43.8); PTBS-Symptomatik grenzwertig, Ausprägung vor allem in den Bereichen Hyperarousal und Hypervigilanz, Angst und Depression assoziiert, Vermeidungsverhalten wenig ausgeprägt bzw. kompensiert durch Zwänge) · Verdacht auf wahnhaftige Störung (F22.0), differentialdiagnostisch schizophreniforme Psychose Das Denken sei von der Angst geprägt, beobachtet, verfolgt und bedroht zu werden. Die depressive Symptomatik sei leicht bis mittel ausgeprägt. Im Bericht vom 5. Juli 2011 (IV-Nr. 75.6 S.

E. 3.2

3.2.1 Die Dres. M.____ und J.____ gelangten in ihren Administrativgutachten zu diametral entgegengesetzten Einschätzungen des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit. Beide Gutachten waren in sich schlüssig, so dass ein unauflösbarer Widerspruch bestand. Daran änderten auch die detaillierten Stellungnahmen der Dres. M.____ und J.____ zum jeweils anderen Gutachten nichts; die Kritik, welche die Experten darin äussern, vermittelt jeweils für sich allein genommen einen fundierten Eindruck, weshalb nicht gesagt werden kann, eine davon überzeuge mehr als die andere. Vor diesem Hintergrund missachtete die Beschwerdegegnerin ihre Abklärungspflicht, als sie ohne weitere Erhebungen auf das Gutachten von Dr. med. M.____ abstellte. Sie hätte vielmehr ein Obergutachten einholen

müssen, was das Versicherungsgericht nun nachgeholt hat. 3.2.2 Von einem gerichtlichen Gutachten darf nur bei zwingenden Gründen abgewichen werden (BGE 135 V 465 E. 4.4 S. 469). Ein solcher Grund kann vorliegen, wenn das Gerichtsgutachten widersprüchlich ist oder, wenn ein vom Gericht eingeholtes Obergutachten in überzeugender Weise zu anderen Schlussfolgerungen gelangt. Eine divergierende Beurteilung kann ferner gerechtfertigt sein, wenn gegensätzliche Meinungsäusserungen anderer Fachexperten dem Gericht als triftig genug erscheinen, die Schlüssigkeit des Gerichtsgutachtens in Frage zu stellen, sei es, dass es die Überprüfung durch einen Oberexperten für angezeigt hält, sei es, dass es ohne Oberexpertise vom Ergebnis des Gerichtsgutachtens abweichende Schlussfolgerungen zieht (BGE 125 V 351 E. 3b/aa S. 352 f.; Urteil des Bundesgerichts 9C_429/2017 vom 30. August 2017 E. 3.1.3). Im vorliegenden Fall bestehen keine Gründe für ein Abweichen: Das psychiatrische Gerichtsgutachten nebst Ergänzung enthält alle wesentlichen Elemente, ist ausführlich und umfassend. Es stammt von einem unabhängigen Facharzt, welcher die Vorakten studiert, den Beschwerdeführer gründlich untersucht, die abweichenden Arztberichte gewürdigt und seine Einschätzung überzeugend begründet hat. Dabei legt Dr. med. B. ___ detailliert und nachvollziehbar dar, warum die vom Beschwerdeführer geschilderte Symptomatik – auch wenn dies auf den ersten Blick so scheinen mag – nicht als wahnhaft anzusehen ist. Die Diagnose einer paranoiden Schizophrenie durch Dr. med. J. ___ stützte sich indes genau auf diese Symptome, welche er als psychotischer Natur interpretierte. Da diese Sichtweise von Dr. med. B. ___ widerlegt wird, entbehrt die Diagnose einer Schizophrenie mit vollständiger Arbeitsunfähigkeit einer Grundlage. Das Gutachten von Dr. med. J. ___ besitzt folglich keine Beweiskraft. Die Gutachten der Dres. M. ___ und B. ___ stimmen in der Verneinung einer Schizophrenie überein. Ein Unterschied besteht insoweit, als Dr. med. M. ___ eine psychiatrische Erkrankung und damit eine Arbeitsunfähigkeit gänzlich verneint, während Dr. med. B. ___ von einem eingeschränkten Zumutbarkeitsprofil ausgeht. Diese Differenz steht jedoch einer Beurteilung des Falles nicht entgegen, sondern lässt sich wie folgt auflösen: Dr. med. B. ___ erstattete das Gerichtsgutachten rund 21 Monate nach der angefochtenen Verfügung, welche den für den Sachverhalt massgeblichen Stichtag darstellt. Seine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit gilt ausdrücklich erst ab der Untersuchung vom 18. Januar 2017, für die vorhergehende Zeit sind Dr. med. B. ___ keine zuverlässigen Angaben möglich. Deshalb ist für den Sachverhalt bis zur Verfügung vom 11. April 2014 auf das unabhängige fachärztliche Gutachten von Dr. med. M. ___ abzustellen. Dieses erfüllt die Anforderungen der Praxis an eine Expertise, indem es sowohl die Anamnese als auch die erhobenen klinischen Befunde würdigt und die Diagnose schlüssig herleitet. Es liegen keine ärztlichen Stellungnahmen vor, welche zu Zweifeln Anlass geben. Das Gutachten von Dr. med. J. ___ besitzt, wie bereits dargelegt, keine Beweiskraft. Was die übrigen Arztberichte in den Akten anbelangt, so ist dem Unterschied zwischen Behandlungs- und Begutachtungsauftrag Rechnung zu tragen (BGE 125 V 351 E. 3b/cc S. 353; Urteil des Bundesgerichts 9C_564/2016 vom 24. November 2016 E. 3.1). Ein Administrativgutachten kann nicht einfach immer dann in Frage gestellt werden, wenn die behandelnden Ärzte eine abweichende Meinung zur Arbeitsfähigkeit äussern. Zu beweismässigen Weiterungen besteht nur Anlass, wenn diese Ärzte objektive Anhaltspunkte vorbringen, welche dem Experten entgangen sind (BGE 137 V 210 E. 3.4.2.3 S. 253; Urteile des Bundesgerichts 8C_619/2016 vom 17. November 2016 E. 4.2.3 und 9C_508/2016 vom 21. November 2016 E. 4.1.2). Dies ist bei den hier vorliegenden Berichten der Psychologin K. ___ sowie des Psychiaters med. pract. L. ___, welche ihre Diagnosen nur oberflächlich begründen und nicht mit einem umfassenden Gutachten zu

vergleichen sind, nicht der Fall. Dr. med. M.____ hat sich zudem mit den abweichenden Beurteilungen, auch mit derjenigen von Dr. med. F.____, eingehend befasst und überzeugend erläutert, warum er sie verwirft. Gerade eine psychiatrische Begutachtung kann von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei erfolgen; sie eröffnet dem Sachverständigen deshalb praktisch immer einen gewissen Spielraum, innerhalb welchem verschiedene Interpretationen möglich, zulässig und im Rahmen einer Exploration lege artis zu respektieren sind (Urteile des Bundesgerichts 8C_146/2016 vom 7. Juli 2017 E. 4.2.2 und 9C_550/2016 vom 30. Dezember 2016 E. 4.2.1). Die hiesigen Berichte der behandelnden Ärzte sind daher nicht geeignet, den Beweiswert des Administrativgutachtens von Dr. med. M.____ zu erschüttern. Nicht gefolgt werden kann Dr. med. M.____ indes, wenn er für die bisherige (d.h. die bis Januar 2007 bei der [...] AG ausgeübte) Tätigkeit von einer Leistungseinbusse von «allenfalls» 10 bis 20 % ausgeht. Einerseits wird diese Einschätzung nicht näher begründet und vermag angesichts des Fehlens von Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit nicht zu überzeugen. Andererseits weist die Formulierung «allenfalls» darauf hin, dass es sich hier nicht um eine gesicherte Feststellung, sondern um eine Annahme handelt, was dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nicht genügt (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C_79/2017 vom 21. April 2017 E. 3 und 9C_1026/2012 vom 13. Februar 2013 E. 3.3). Durch die Abweichung in diesem Punkt verliert nicht das ganze Gutachten seinen Beweiswert (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_319/2012 vom 18. September 2012 E. 4.1) 3.2.3 Somit ist als Beweisergebnis festzuhalten, dass ab Juni 2008 bis zur angefochtenen Verfügung am 11. April 2014 keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestand und wieder eine uneingeschränkte Tätigkeit in einem [...] möglich gewesen wäre, wie sie der Beschwerdeführer bis zur gescheiterten Selbständigkeit ausgeübt hatte. Die Arbeitsunfähigkeit endete damit noch vor dem Ablauf des Wartejahrs im Dezember 2008 (s. E. II. 2.2 hiervor) und lebte in der Folge nicht wieder auf, so dass bis zur angefochtenen Verfügung kein Rentenanspruch entstanden ist. Berufliche Eingliederungsmassnahmen wiederum setzen ebenfalls eine Invalidität voraus (Art.

E. 4

ff.) ergänzte K.____, die paranoid anmutenden Ängste und die depressive Symptomatik seien weiterhin vorhanden. In nächster Zeit sei nicht mit einer Wiederaufnahme der Arbeit zu rechnen. Im Bericht vom 23. Januar 2012 (IV-Nr. 84.2 S. 4 f.) erklärte K.____, es dürfte sich um eine schizophrene Entwicklung nach traumatischem Ereignis handeln. Der Beschwerdeführer könne sich nun besser von Wahnhaltungen distanzieren, Symptome wie Reizbarkeit oder Aggressionsbereitschaft seien zurückgegangen bzw. leichter zu beherrschen. Der neue behandelnde Psychiater, med. pract. L.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte in seinem Bericht vom 12. März 2012 (IV-Nr. 84.2 S. 3) eine paranoide Schizophrenie (F20.0), welche neuroleptisch behandelt werde. Im Bericht vom 3. Juli 2012 (IV-Nr. 85 S. 4 ff.) ergänzte er, es zeichne sich eine gewisse Distanzierung von den Verfolgungsideen (z.B. vergiftet zu werden) ab. Er empfehle eine Beschäftigung im geschützten Rahmen. 3.1.4 Dr. med. M.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, erstattete der Beschwerdegegnerin am 22. März 2012 (IV-Nr. 82) unter Mitarbeit der Psychologin N.____ ein Gutachten. Dieses enthielt folgende Diagnosen (S. 26): A) Mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: · keine krankheitswertige psychische Störung B) Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: · keine krankheitswertige psychische Störung · vordiagnostizierte Anpassungsstörung, Angst und depressive Reaktion gemischt (F43.22), aus versicherungspsychiatrischer Sicht remittiert · vordiagnostizierte

«generalisierte Angststörung mit Komorbidität bei Depression und Panikattacken, ausgelöst durch Raubüberfall im Dezember 2007, Migrationsschicksal durch Heirat, längere Arbeitslosigkeit sowie mit somatoformer Ausprägung der Symptome», diagnostiziert 2010, aus versicherungspsychiatrischer Sicht aktuell nicht mehr symptomatisch bzw. diagnostisch unklar · vordiagnostizierte sonstige Reaktion auf schwere Belastung (F43.8) sowie Verdacht auf wahnhaftige Störung (F22.0), differentialdiagnostisch schizopreniforme Psychose, diagnostiziert März und Juli 2011, aus versicherungspsychiatrischer Sicht nicht als krankheitswertig nachvollziehbar Der Beschwerdeführer erkläre bei der Untersuchung, er sei am 12. Dezember 2007 bei der Heimkehr vor seiner Haustür von zwei maskierten und bewaffneten Personen überfallen worden. Im Handgemenge sei ihm die Waffe gegen den Kopf geschlagen worden; er sei umgefallen und anschliessend getreten und geschlagen worden. Der eine Täter sei geflüchtet, den anderen habe er, der Beschwerdeführer, zusammen mit seinem Cousin festgehalten. Er habe körperliche Beschwerden wie Verspannungen im Nacken oder das Gefühl, etwas stecke hinter dem Brustbein. Die psychischen Symptome seien zuerst sehr stark gewesen, hätten sich im Verlauf etwas abgeschwächt, würden jedoch mit Schwankungen sehr regelmässig auftreten. Er habe Mühe, im Dunkeln alleine oder mit anderen zusammen zu sein. Er schlafe schlecht ein und das auch nur mit Licht. Das Durchschlafen bereite ebenfalls Mühe (S. 19 + 21). Er sei schreckhaft geworden, müsse sich zudem versichern, dass er die Tür abgeschlossen habe. Er könne niemandem vertrauen, bei allen Menschen habe er Angst, sie würden ihm etwas antun. Er habe sich sozial zurückgezogen und die Kontakte reduziert, was ihn belaste. Ständig leide er unter dem Gefühl, verfolgt zu werden. Er vermeide es deshalb, nach draussen zu gehen. Er leide unter Zukunftsängsten und Sorgen um die Kinder. Die Beschäftigung mit den Kindern bereite ihm manchmal Freude, manchmal sei es ein Zwang. Finanziell habe er ebenfalls Sorgen, mit dem Suva-Geld komme er knapp zurecht. In den ersten fünf bis sechs Monaten nach dem Überfall sei er deutlich reizbarer, aggressiv und nervös gewesen, nun könne er sich mehr kontrollieren. Mit der Familie gebe es einige Probleme, immer wieder komme es grundlos zu Streit mit der Ehefrau, worunter er leide. Die Arbeit sei wegen seiner physischen (schnelle Ermüdbarkeit) und psychischen (Aggressivität und Gereiztheit) Probleme gescheitert (S. 20 + 21). Um 11:00 Uhr erwache er aus seinem Dämmer Schlaf und nehme das Frühstück zu sich, während die Familie zu Mittag esse. Um 13:30 Uhr bringe er die ältere Tochter zur Schule, anschliessend gehe er mit der Ehefrau einkaufen oder bleibe zu Hause. Dort schaue er fern, surfe im Internet, lese Sportnachrichten oder spiele. Später hole er die Tochter wieder von der Schule ab. Er unternehme einiges mit seinen Töchtern und gehe auch gern in die Natur. Das Abendessen bereite die Ehefrau zu, manchmal auch er. Gemeinsam würden sie dann essen. Abends gehe er zu einem Kollegen in eine Imbissbude, man schaue gemeinsam Sport am Fernsehen, rede und trinke etwas. Dies mache er fast regelmässig jeden Abend. Um 22:00 bis 23:00 Uhr sei er zu Hause, er lese im Internet Nachrichten oder schaue etwas fern. Dann versuche er zu schlafen (S. 21 + 22). Bei der Untersuchung vom 4. Januar 2012 herrsche eine offene, weder unterschwellig aggressive noch misstrauische Gesprächsatmosphäre. Der Beschwerdeführer berichte eine Reihe von aktuellen sozialen Kontakten, z.B. gehe er täglich am Abend in einen türkischen Imbiss und treffe dort Leute (S. 24 f.). Aus den Angaben des Beschwerdeführers und dem in der Untersuchung gezeigten Verhalten liessen sich keine akzentuierten Persönlichkeitseigenschaften und keine spezifische Persönlichkeitsstörung gemäss ICD-10 ableiten. Der Beschwerdeführer sei in allen Qualitäten vollständig orientiert und während der gesamten Untersuchung (11:00 Uhr bis

14:20 Uhr mit einer Pause von 12:30 Uhr bis 12:45) durchgehend aufmerksam und gut konzentriert. Es bestünden keine Einbußen höherer kognitiver Leistungen wie Gedächtnis oder problemlösendes Denken. Die Intelligenz erscheine als durchschnittlich. Das formale und inhaltliche Denken weise keine Pathologika auf. Gedankenabrisse und -sprünge, Inkohärenzen oder Assoziationslockerungen, Verlangsamung oder Beschleunigung des Denkens, Danebenreden, Grübelneigung, Zwangsgedanken, pathologische Ängste, überwertige Ideen oder Wahn liessen sich nicht erheben. Auch bestünden keine Wahrnehmungsstörungen wie Halluzinationen und keine Ich-Störungen im Sinne von Gedankeneingabe oder Fremdbeeinflussungserleben. Aus der Darstellung der Lebenssituation unter besonderer Berücksichtigung der Aktivitäten des täglichen Lebens der vergangenen Wochen ergäben sich keine Symptome für ein durchgehendes affektives Syndrom. Der Beschwerdeführer gebe lediglich an, die Schlafstörungen und eine gewisse Aggression seien unter Medikation besser, ansonsten habe er Kopfweh und Nackenverspannungen, was keine psychische Symptomatik darstelle. Der Beschwerdeführer erwähne Freude im Umgang mit den Töchtern, indem er z.B. mit ihnen spiele. Der Aufenthalt in der Natur und Fussball im Fernsehen machten ihm Spass. Die Stimmung sei auslenkbar und schwingungsfähig. Das Selbstwertgefühl präsentiere sich normal. Es bestehe kein Lebensüberdruß und keine Suizidalität. Der Antrieb in der Untersuchungssituation, Mimik, Gestik und Psychomotorik seien normal. Für Impulshandlungen ergäben sich keine Hinweise. Die Willenskräfte seien zielgerichtet. Der Beschwerdeführer sei fähig, seine Angelegenheiten selbständig zu regeln. Es bestünden keine Entscheidungsschwierigkeiten wie Ambivalenz oder Ambitendenz (S. 25). Zu den Arztberichten in den Akten nahm der Gutachter wie folgt Stellung (S. 27 ff.): Zum Bericht der C. ___ vom 27. August 2008 sei zu bemerken, dass sich keine Hinweise auf die Symptomatik einer PTBS (wie Flashbacks oder emotionale Abstumpfung) ergeben hätten. Zu diskutieren wäre zudem, ob das Ereignis überhaupt derart aussergewöhnlich katastrophal gewesen sei, dass es die Diagnose einer PTBS erlaube. Es sei nicht nachvollziehbar, wieso ein günstiger Verlauf der Anpassungsstörung beschrieben und zugleich eine Weiterentwicklung der PTBS nicht ausgeschlossen werde (S. 29). Der objektive Nachweis, dass mehr als sechs Monate nach dem Ereignis eine typische Symptomatik oder überhaupt eine krankheitswertige psychische Symptomatik bestanden habe, werde nicht erbracht (S. 30). Beim Bericht von Dr. med. F. ___ vom 28. April 2010 sei versicherungspsychiatrisch nicht nachvollziehbar, ob die gedrückte Stimmungslage wirklich durchgehend über Wochen oder Monate als Ausdruck eines depressiven Syndroms bestanden habe und ob ein deutliches Vermeidungsverhalten wirklich objektivierbar gewesen sei. Es handle sich lediglich um die Angaben des Beschwerdeführers und seiner Ehefrau, ohne dass objektiv Hinweise vorlägen. Andere typische Symptome würden nicht benannt. Die Alpträume seien nicht spezifisch für eine PTBS. Erwähnung fänden eher unspezifische Symptome, die allenthalben in psychischen Untersuchungen genannt würden, wie Nervosität, Konzentrationsstörungen oder Kopfschmerzen. Mangels klarer Kriterien und ausgewiesener Symptomatik seien die Diagnose und die angegebene Minderung der Arbeitsfähigkeit nicht nachvollziehbar (S. 32). Der Schlussbericht des G. ___ vom 26. Juli 2010 enthalte keine Hinweise auf eine psychische Symptomatik, die auf eine PTBS schliessen lasse. Er deute vielmehr darauf hin, dass der Beschwerdeführer auch wegen motivationaler und krankheitsfremder Faktoren keine normale Arbeitstätigkeit ausübe (S. 33). Dr. med. I. ___ habe am 30. August 2010 erneut keine diagnostische Einschätzung getroffen, sondern auf die Diagnosen von Dr. med. F. ___ verwiesen.

Versicherungspsychiatrisch sei nachvollziehbar, dass er sich einer Stellungnahme enthalte, um das Vertrauensverhältnis zum Beschwerdeführer nicht zu beeinträchtigen (S. 33 f.). Die berichteten Angstzustände seien nicht geeignet, die Diagnose einer eigenständigen psychischen Störung zu begründen, weder einer depressiven Erkrankung noch einer PTBS nach den ICD-10-Kriterien. Es ergebe sich keine krankheitswertige psychische Symptomatik welche die Arbeitsfähigkeit nachhaltig einschränke. Vielmehr verweise Dr. med. I. ___ auf die Einschätzungen Dritter, um eine etwaige Weiterbeförderung des Rentenbegehrens nicht zu gefährden (S. 34 f.). Im Bericht vom 27. Oktober 2010 mache Dr. med. I. ___ ebenfalls keine Angaben zu einer Symptomatik, die eine Minderung der medizinisch-theoretischen Arbeitsfähigkeit ausweisen würde. Die Diagnose einer generalisierten Angststörung (ohne Kodierung gemäss ICD-10) sei aus dem Bericht heraus nicht nachvollziehbar. Der Hinweis auf die Komorbidität mit Depression und Panikattacken sei eher deskriptiv. Panikattacken gemäss den ICD-10-Kriterien seien nicht ausgewiesen (S. 35). Der Bericht von Dr. med. J. ___ vom 30. November 2010 zeige, dass der Beschwerdeführer offensichtlich ganz normale Aktivitäten des täglichen Lebens ausübe, z.B. Freude an der Betreuung der beiden Töchter habe, intrafamiliär funktioniere und sich weiterhin zum Spielen treffe. Bei derartigen Aktivitäten wäre auch eine Arbeitstätigkeit zumutbar. Da der Beschwerdeführer in der Schweiz nur zwei Jahre gearbeitet habe, sei versicherungsmedizinisch von einer erheblichen Dekonditionierung auszugehen, welche – zusammen mit dem Migrationshintergrund und den nicht sehr guten Sprachkenntnissen – einen krankheitsfremden Faktor dafür bilde, warum der Beschwerdeführer keine erneute Arbeitstätigkeit aufgenommen habe. Der Beschwerdeführer sei in der Türkei aufgewachsen und habe dort einen guten beruflichen Start gehabt, bevor die Familie seine Hochzeit mit einer Frau in der Schweiz arrangiert habe. Durch den Wechsel in die Familie der Ehefrau sei der Beschwerdeführer aus seiner Ursprungsfamilie entwurzelt worden (S. 36 f.). Zusammen mit den ungenügenden Deutschkenntnissen (bei fast allen ärztlichen Therapiestunden und auch Untersuchungen habe die Ehefrau übersetzt) werde deutlich, dass der Beschwerdeführer hinsichtlich der vollständig integrierten und in der Schweiz sozialisierten Ehefrau eine Minderwertigkeit erlebe, die ihm im Rollenverständnis der türkischen Mentalität Schwierigkeiten bereite. Wenn hier von einer Krankheitswertigkeit ausgegangen oder gar der Migrationshintergrund als diagnostisches Kriterium einer Angststörung angesehen werde, so könne man indes aus versicherungspsychiatrischen Sicht nicht teilen. Es handle sich vielmehr um einen nicht krankheitswertigen intrapsychischen Konflikt, wenn der Beschwerdeführer sich frage, wie wohl sein Leben verlaufen wäre, wenn er in der türkischen Heimat geblieben und eine andere Frau geheiratet hätte. Vor diesem Hintergrund sei nachvollziehbar, dass bei schwierigem Arbeitsmarkt und schwierigen Arbeitsverhältnissen motivationale und damit krankheitsfremde Faktoren einen deutlichen Einfluss darauf hätten, warum der Beschwerdeführer keine Arbeitstätigkeit mehr aufgenommen habe. Die von Dr. med. J. ___ diagnostizierte leichte depressive und diskrete psychoreaktive Symptomatik rechtfertige keine andauernde Arbeitsunfähigkeit. Aus aktueller Sicht sei von einem zumutbaren Pensum von täglich 8,5 Stunden auszugehen, wenn man die langjährige Dekonditionierung und die krankheitsfremden Faktoren nicht berücksichtige (S. 37 f.). Die Leistungsfähigkeit sei allenfalls um 10 bis 20 % vermindert (S. 38). Wenn die Fachpsychologin K. ___ am 13. März 2011 die Differentialdiagnose einer «schizophreniformen Psychose» stelle, so sei darauf hinzuweisen, dass Versicherte, die im Verlauf mehrerer Jahre ihre Symptomatik verdeutlichen wollten, häufig zu einer Darstellung von Beschwerden kämen, die differentialdiagnostisch in eine falsche Richtung

fürten. Aus der aktuellen Untersuchung und der Zusammenschau sämtlicher Arztberichte ergebe sich, dass der Beschwerdeführer nicht an einer wahnhaften Störung und einer schizophreniformen Psychose leide (S. 38 f.). Vielmehr habe er die fraglichen Angaben gemacht, um sich selbst als krank darzustellen in der Annahme, es handle sich um typische Symptome einer PTBS nach einem Überfall. Die Psychologin sei von den subjektiven Angaben ausgegangen, ohne andere differentialdiagnostische Überlegungen anzustellen. Dem Verhalten des Beschwerdeführers sei bewusster Ausdruckscharakter beizumessen. Die verfolgungswahnhaften Anteile gingen nicht nur über die Diagnose einer PTBS hinaus, sondern beträfen eine gänzlich andere Krankheitsentität. Im jahrelangen Verlauf sei nie eine klare krankheitswertige Symptomatik aufgezeigt worden (S. 39). Auch im Bericht der Psychologin K.____ vom 5. Juli 2011 sei keine eigenständige Erkrankung zu erkennen. Wenn in der subjektiven Schilderung des Beschwerdeführers neu von Verlusten der Impulskontrolle und aggressivem Verhalten die Rede sei, so sei dies wiederum keine typische Symptomatik einer PTBS, sondern in den Augen der Bevölkerung geeignet, das krankheitswertige Verhalten zu verdeutlichen (S. 39 f.). In der aktuellen Untersuchung lasse sich keine Psychopathologie erheben. Auch wenn der Beschwerdeführer in der psychologischen Anamneseerhebung und der psychiatrischen Exploration Beschwerden benannt und vor allem auf die eingeschränkte körperliche Belastbarkeit hinwies, könne eine krankheitswertige Symptomatik einer primär psychischen Störung gemäss ICD-10 ausgeschlossen werden (S. 40). Folglich bestünden keine geistigen oder psychischen Beeinträchtigungen. Die bisherige Tätigkeit sei – wenn man krankheitsfremde Faktoren ausser Acht lasse – 8,5 Stunden pro Arbeitstag an fünf Tagen in der Woche zumutbar. Dabei bestehe allenfalls eine um 10 bis maximal 20 % verminderte Leistungsfähigkeit. Seit Juni 2008, dem Abschluss der Behandlung bei den C.____, habe durchgehend eine medizinisch-theoretische Arbeitsfähigkeit bestanden (S. 41). Der Beschwerdeführer sei einem Arbeitsumfeld zumutbar (S. 42). Für andere Tätigkeiten sei er ebenfalls 8,5 Stunden pro Arbeitstag an fünf Tagen in der Woche arbeitsfähig, dies ohne Verminderung der Leistungsfähigkeit (S. 42 f.).

3.1.5 Die Psychologin K.____ hielt im Bericht vom 23. Dezember 2012 (IV-Nr. 88 S. 3 f.) fest, der Verdacht auf eine schizophrene Entwicklung nach traumatischem Ereignis habe sich bestätigt. Der Beschwerdeführer könne sich von Wahnhaltungen besser distanzieren, insgesamt bestehe aber bei akuten Belastungen und Stresssituationen eine hohe psychische Labilität. Es sei ein Beschäftigungsversuch im geschützten Rahmen indiziert. Dr. med. J.____ hielt in seiner Stellungnahme zum Gutachten vom 24. Oktober 2012 (IV-Nr. 92) fest, die Angaben der Exploration seien nicht stringent mit dem psychopathologischen Befund und der diagnostischen Beurteilung. Med. pract. L.____ führte im Bericht vom 14. Februar 2013 (Suva-Akten Nr. 1.104) aus, die augenfälligere psychotische Symptomatik scheine zurückgegangen zu sein, aber es bestehe weiterhin eine belastende Beschäftigung mit den traumatischen Ereignissen von 2007. Es liege eine paranoide, unter Neuroleptika unvollständig remittierte Schizophrenie vor, die sich auf dem Boden einer PTBS entwickelt habe.

3.1.6 Dr. med. J.____ stellte in seinem Gutachten für die Suva vom 6. März 2013 (IV-Nr. 90) folgende Diagnose (S. 14): Paranoide Schizophrenie (F20.0) · überlagert mit psychotraumatologischer Symptomatik (Alpträume, traumabezogene Ausbildung der Wahnsymptomatik) · fluktuierende depressive Symptomatik, wahrscheinlich im Rahmen der Diagnose der paranoiden Schizophrenie Im psychopathologischen Befund nach AMDP sei der Beschwerdeführer bewusstseinsklar und allseits orientiert. Im formalen Denken seien mehrere Antworten zu beobachten, die sich nicht auf die Frage beziehen würden. Es zeige sich eine Umständlichkeit und eine

Verarmung in den Denkinhalten. Schwerwiegende kognitive Defizite könnten im Kontext des psychiatrischen Gesprächs nicht erhoben werden. Beim Verfolgungs- und Vergiftungswahn lasse sich eine psychotische Ambivalenz beobachten: Es gebe sowohl einen Aspekt der Normalität als auch einen der paranoiden Wirklichkeit; der Beschwerdeführer könne diese zwei Wirklichkeiten nicht auseinanderhalten und erlebe sie in schwankender Intensität. Anamnestisch berichte er, die Medikation habe zu einer leichten Entdynamisierung der Symptomatik geführt. Es komme zu optischen Halluzinationen: Während der Untersuchung blicke der Beschwerdeführer nach links zu einer vermuteten Person, getriggert durch einen akustischen Eindruck. Es werde von akustischen Halluzinationen berichtet. Im Rahmen der Angst würden starke Brustschmerzen auftreten (S. 12). Es bestünden Ich-Störungen. Beim Fernsehschauen habe der Beschwerdeführer das Gefühl, dass die Stimmen mit ihm kommunizierten. Psychomotorisch sei er verhalten und verlangsamt, mit verarmter Mimik und leichtgradig depressiv wirkend. Affektiv erzähle er von einer Traurigkeit und inneren Wut, ohne dass dies sichtbar würde. Klinisch imponiere eine Verarmung im Affektausdruck sowie ein Auseinanderklaffen der Inhalte und der gezeigten Affekte. Der Beschwerdeführer berichte von Energielosigkeit und Müdigkeit. Der Appetit sei gering, dies nicht nur aus Angst, vergiftet zu werden. Die Libido sei deutlich reduziert seit dem Überfall, es komme aber etwa alle zwei Wochen zum Geschlechtsverkehr. Bezüglich des Selbstvertrauens habe er Einbrüche. Er vertraue weder der Umgebung noch sich selbst. Bezüglich Aggressivität komme es manchmal zu Streit mit der Ehefrau, tötlich werde er nicht. Nachts sei er unruhiger. Morgens schlafe er, weil er sich am Tag sicherer fühle. Es bestehe ein verarmtes soziales Netz mit dem Psychiater, der Psychotherapeutin, dem Kollegen von der Garage und den Kollegen vom Imbiss, der Familie seiner Ehefrau und seiner Kernfamilie sowie dem Vater in der Türkei. Weiter habe er Kontakt zum Kollegen, der ihm Geld leihe (S. 13). Auf den Widerspruch angesprochen, wie er trotz Angst und paranoider Symptome an den türkischen Treffpunkt gehen könne, sage der Beschwerdeführer, dass er sich zuhause langweile. Wenn er bei den Kollegen sei, habe er Gedanken, dass diese gegen ihn seien, er zeige es aber nicht und spreche nicht darüber. Er habe Angst, aber zuhause bleiben gehe auch nicht. Seine Kinder seien die einzigen Personen, bei denen diese Ängste nicht vorkämen; auch bei seiner Frau habe er ein Gefühl der Unsicherheit, das er nicht ganz loswerde (S. 12). Suizidgedanken habe er im Sinne von passiven Sterbewünschen; das Leben sei sinnlos. Er sei schreckhaft und erleide im Rahmen des paranoiden Erlebens Angstattacken mit Schweissausbrüchen und Herzrasen (S. 13). Der Schlaf alteriere mit Durchschlafstörungen, aber im Kern nicht verkürzter Schlafdauer. An seine Träume könne er sich nicht erinnern (S. 14). Alle Untersuchungen hätten bestätigt, dass der Überfall den Beschwerdeführer verunsichere habe. Auch die aktuellen psychotischen Inhalte würden dadurch geprägt. Hintergründe und Details könnten weiterhin nur ansatzweise exploriert werden. In der Untersuchung vom 30. November 2011 bei ihm, Dr. med. J.____, habe eine psychoreaktive Problematik im Vordergrund gestanden. Der Beschwerdeführer habe traumaspezifische Symptome wie Alpträume und Vermeidungsverhalten gezeigt (S. 14). Im Verlauf der psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung durch Frau K.____ und med. pract. L.____ sei eine paranoide Schizophrenie diagnostiziert worden. Der Beschwerdeführer zeige Symptome wie Gedankeneingebung, anhaltende akustische und visuelle Halluzinationen, Verfolgungs- und Beeinträchtigungswahn, formale gedankliche Auffälligkeiten, psychomotorische Verarmung und Affektverflachung. Die Wahnphänomene und Halluzinationen stünden im Vordergrund. Die Besserung unter dem

Neuroleptikum stütze die Diagnose. Rückblickend seien bereits in der eigenen Untersuchung vom 30. November 2010 psychotische Symptome vorhanden gewesen. Der Beschwerdeführer habe damals von Schreckhaftigkeit, vorbeihuschenden Schatten und dem Hören von Klopfgeräuschen zuhause berichtet, allerdings noch mit einer gewissen Distanzierung. Neben der paranoiden Symptomatik bestehe eine Überlagerung mit persistierenden psychoreaktiven Symptomen. Auf Grund der Inhalte mit Vergiftungs-, Verfolgungs- und Tötungsideen bestehe ein Bezug zum Überfall. Die Symptomatik sei vor dem Überfall nicht in dieser Form vorhanden gewesen. Auch Dr. med. M.____ dokumentiere psychotische Symptome wie das Gefühl, verfolgt zu werden, oder die Angst vor Menschen, welche einen normalen freien Kontakt verhindere (S. 15 f.). Auf Grund der persistierenden paranoid-halluzinatorischen Symptomatik im Rahmen der Schizophrenie bestehe auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt keine Arbeitsfähigkeit. Rehabilitative Massnahmen in einem begleiteten Beschäftigungsprogramm, bei dem ein Wissen über den Umgang mit psychischen Störungen vorhanden sei, seien in einem Zeitpensum von 50 % zumutbar (S. 16). Üblicherweise werde eine paranoide Schizophrenie nicht durch einen Unfall ausgelöst. Es gebe zwar Hinweise, dass schon zuvor prodromale Symptome einer Schizophrenie vorgelegen hätten, etwa eine ängstliche Symptomatik, doch sei nie eine psychiatrische Behandlung erfolgt. Der Unfall habe die Symptomatik deutlich verändert, diese wirke unfallmoduliert. Die unfallbezogenen paranoiden Symptome persistierten bis heute und seien klinisch nicht zu vernachlässigen (S. 17 f.). Was die Diskrepanzen zu den früheren Berichten angehe, so sei auf die fluktuierende Symptomatik hinzuweisen, bei der bis 2010 psychotraumatologische und affektive Symptome im Vordergrund gestanden hätten. Rückblickend fänden sich jedoch schon damals psychotisch anmutende Symptome in den Bereichen Wahn und Halluzinationen. Auch heute müsse der Beschwerdeführer aktiv nach psychotischen Symptomen befragt werden, er schildere diese nicht spontan von sich aus. Er lebe, wie für Schizophrene typisch, in verschiedenen Parallelwelten, einer psychotischen und einer realen, die sich im Kern ausschlossen; ein Zugang zu diesen Inkonsistenzen fehle ihm. Bei paranoiden Schizophrenien nähmen die affektiven Symptome im Zeitverlauf häufig viel Raum ein; schizophrene Menschen seien im Krankheitsverlauf häufiger depressiv als psychotisch. Mit der Diagnose der paranoiden Schizophrenie liessen sich auch Unklarheiten in der Anamnese einordnen. Es handle sich um eine deutliche Desorganisation auf der Strukturebene der Persönlichkeit, die sich auch in den anamnestischen Erzählungen zeigen könne (S. 18 f.). Keinen Widerspruch stelle die Spannung zwischen sozialem Rückzug und Teilnahme am sozialen Leben dar, hier zeige sich vielmehr das Leben in zwei Welten. Die Schilderungen des Beschwerdeführers deckten sich mit der Lebensweise von anderen schizophrenekranken Menschen. Im Diagnosesystem ICD-10 könnten psychische Diagnosen nur unter Berücksichtigung subjektiver Angaben der Patienten gestellt werden. Auch die meisten Symptome der Schizophrenie stützten sich auf Aussagen der Betroffenen. Dies sei mitverantwortlich für die häufig späte Diagnose, weil die Betroffenen zu Beginn oft nicht über ihre Symptome sprächen (S. 19).

3.1.6 Dr. med. M.____ äusserte sich am 12. Juni 2013 im Wesentlichen wie folgt (IV-Nr. 94): Dr. med. J.____ vermenge die Angaben der Exploration und die Beschreibung des psychopathologischen Befundes. Es sei ein grundlegendes Kriterium einer unabhängigen und neutralen Begutachtung, die angegebenen Beschwerden und die anamnestischen Angaben zu hinterfragen und kritisch zu interpretieren. Die Angaben des Versicherten seien nicht eins zu eins in den Befund zu übertragen, und sie müssten erst recht nicht zwingend mit der diagnostischen Beurteilung stringent sein (S. 2). Der Beschwerdeführer habe zwar seine «angeblichen Symptome»

berichtet, diese kontrastierten jedoch zur gutachterlichen Einschätzung auf Grund der Befunde und der schlussfolgernden Interpretation (S. 5). Wenn ausreichend Unterlagen von behandelnden Ärzten vorlägen, mache es keinen Sinn, zusätzlich noch eine telefonische Besprechung mit dem behandelnden Psychiater anzuberaumen; der Erkenntnisgewinn wäre gering, der Aufwand jedoch hoch (S. 5 f.). Was die Symptome einer Schizophrenie angehe, so könne man sich nicht auf die anamnestischen Angaben über Schlafstörungen berufen. Abgesehen von intentionalen Faktoren bestehe in schlafmedizinischen Untersuchungen eine teils ausgesprochen Diskrepanz zwischen der subjektiven Wahrnehmung von Veränderungen des Schlafmusters und der polysomnografischen Aufzeichnung (S. 6). In versicherungspsychiatrischen Untersuchungen höre man immer wieder, der betroffene Versicherte könnte nur bei Licht einschlafen, weil er Angst habe vor Verfolgung oder vor der Zukunft. Es handle sich dabei nicht um ein spezifisches Symptom einer eigenständigen psychiatrischen Erkrankung, sondern der Explorand mache Angaben, von denen er denke, dass sie einen krankheitswertigen Zustand belegen könnten. Aus Schreckhaftigkeit, fehlendem Vertrauen in andere Menschen und sozialen Rückzug leite sich keine spezifische Symptomatik ab, weder für Verfolgungswahn noch für eine spezifische Angstsymptomatik, eine Soziophobie, eine Paniksymptomatik oder eine generalisierte Angst. Zudem gehörten derartige Angaben nicht in den Befund; dort müsste vielmehr die Feststellung gemacht werden, dass sich eine Verhaltensauffälligkeit im Gesamtbild unzweifelhaft bestätigen lasse. Bei einem Verfolgungswahn sei es die ärztliche Kunst, ein solches Wahngebäude zu erfragen und in den Angaben des betroffenen Menschen eine Ablösung von der Realität zu erkennen (S. 7). Bei einer schizophrenen Psychose könnten akustische Halluzinationen vorkommen, aber so gut wie nie optische, welche bei den organischen Psychosen und beim Delirium auftreten würden (S. 7). Von optischen Halluzinationen zu unterscheiden seien die illusionären Verkennungen bei Schizophrenie, wenn Gegenstände oder Menschen verkannt und in ihrer Wertigkeit falsch interpretiert würden (wie wenn einer gesunden Person bei Dämmerung im Wald plötzlich Äste als Gegenstände oder Menschen erschienen), was zu Ängsten und wahnhaften Befürchtungen führen könne. Wenn hingegen der Beschwerdeführer jemanden erkenne, den andere nicht sähen, so sei dies ein deutlicher Hinweis auf eine vorgegebene Symptomatik (S. 8). Auch die Medikation mit Zyprexa sei nicht geeignet, eine psychopathologische Störung zu objektivieren. Es handle sich um die Verordnung des Medikaments, nicht die nachgewiesene Einnahme. Selbst wenn ein Wirkstoffspiegel angegeben werde, sei immer zu hinterfragen, ob dieser angekündigt abgenommen worden sei (S. 8). Die seitenlange Gesamteinschätzung im Gutachten vom 22. März 2012 werde von Dr. med. J.____ weder zitiert noch diskutiert oder kritisch zurückgewiesen. Der Umstand, dass die Angaben des Beschwerdeführers weitgehend kongruent seien, spreche allenfalls für dessen Intelligenz (S. 9). Angaben des Beschwerdeführers über Verfolgungsgedanken und Ängste sowie eigentümliche Blickwechsel sicherten noch nicht die Diagnose einer Schizophrenie. Diese sei entgegen laienhafter Auffassung nicht durch die psychotische Symptomatik aus Wahn und Halluzinationen geprägt, sondern durch mehrere Tage und Wochen anhaltende Symptome aus dem Bereich Ambivalenz / Ambitendenz, Affekt und formale Denkstörungen (S. 10). Es sei fraglich, ob es sich bei den Schilderungen des Beschwerdeführers um eine psychotische Ambivalenz oder «verschiedene Wirklichkeiten» handle. Die einzelnen Items muteten nicht wie in sich schlüssige Angaben eines schizophrenen psychotischen Menschen an, sondern immer wie gezielte Angaben, um sich krank darzustellen. Der Feststellung von Dr. med. J.____, bei Schizophrenen seien Parallelwelten typisch, könne nicht zugestimmt

werden. Verschiedene Welten, in denen sich die Betroffenen bewegten – einerseits unbeeinträchtigt innerhalb einer gewissen familiären Konstellation, andererseits beeinträchtigt im Gespräch mit dem untersuchenden Arzt –, kämen so nicht vor. Ein derartiges «Leben in zwei Welten» gehöre, ähnlich wie der Begrifflichkeit des «gespaltenen Bewusstseins», nicht zur Psychopathologie einer Schizophrenie, sondern stamme aus der Gedankenwelt der Normalbevölkerung (S. 11 f.). Auch die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit durch Dr. med. J.____ sei nicht nachvollziehbar. Die paranoide Schizophrenie wäre eine akute Erkrankung, die eine sehr gute Behandlungsmöglichkeit hätte (zumal angeblich unter der Medikation eine Besserung eingetreten sei), so dass eine teilweise oder weitgehende Remission zu erwarten wäre. Das Gutachten von Dr. med. J.____ werfe Fragen über Fragen auf. Eine differentialdiagnostische Betrachtung der vorgegebenen Symptomatik sei nicht erwogen worden. Eine depressive Symptomatik sei fraglich, nachdem der Beschwerdeführer in den letzten sechs Jahren sein Leben mit Besuchen des türkischen Vereins und einer ehelichen Beziehung mit der Geburt zweier Kinder weitergeführt habe, ohne dabei aufzufallen oder zu dekompensieren. Auch müsse man sich fragen, ob er auf der Strukturebene der Persönlichkeit tatsächlich desorganisiert sei oder ob es sich einfach um unsaubere und widersprüchliche Angaben handle, mit denen er die Symptomatik vorgebe (S. 13). Es sei nicht nachvollziehbar, dass ein schizophrener Mensch jahrelang eine Fassade mit Teilnahme am sozialen Leben aufrechterhalte, zugleich aber in einer anderen Welt lebe und dort einen Vergiftungswahn hege, insbesondere angesichts der familiären Entwicklung und des unfallfreien Autofahrens mit mehreren tausend Kilometern im Jahr (S. 13 f.). Zusammenfassend fehle bei Dr. med. J.____ die intensive Auseinandersetzung mit der Argumentation des Gutachtens vom 22. März 2012. Insofern ergebe sich keine veränderte Sichtweise zur dortigen Beurteilung. Eine die Arbeitsunfähigkeit begründende psychische Erkrankung sei weiterhin nicht nachvollziehbar und der Beschwerdeführer entsprechend den Aktivitäten des täglichen Lebens als arbeitsfähig anzusehen (S. 14).

3.1.7 Dr. med. J.____ äusserte sich am 13. August 2013 im Wesentlichen wie folgt zur Stellungnahme von Dr. med. M.____ (Suva-Akten Nr. 1.88): Er halte an seiner Beurteilung fest. Es bestehe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit. In der psychiatrischen Befunderhebung seien gewisse Symptome nur durch die Befragung des Exploranden zu erheben. Beim Stimmenhören oder einem Vergiftungswahn sei keine direkte Beobachtung möglich. Wenn Dr. med. M.____ von Glaubwürdigkeit spreche, so sei dies kein medizinischer Begriff. Der Gutachter müsse sowohl die für den Exploranden positiven als auch die negativen Aspekte diskutieren (S. 1). Bei der Schizophrenie sei die beeinträchtigte Willensbildung ein Grundsymptom. In der Ambitendenz eines schizophrenen Menschen zeigten sich Handlungsstränge, die sich ausschliessen und somit umgangssprachlich unglaubwürdig seien. Dr. med. M.____ lasse die für den Beschwerdeführer sprechenden Punkte weitgehend ausser Acht. In seinen eigenen Untersuchungen habe er, Dr. med. J.____, die offenen Fragen in der Anamnese jeweils dokumentiert und beide Seiten der Motivfrage hinter den Handlungen des Beschwerdeführers beleuchtet (S. 2). Dr. med. M.____ verneine wahnhaftige Symptome völlig und kennzeichne sie nicht als «unter Vorbehalt». Entgegen seiner Auffassung vertraue man auch im klinischen Setting dem Patienten nicht blind. Andererseits erfordere auch eine Begutachtung ein Minimum an Vertrauen. Richtig sei, dass Befunde und anamnestische Angaben nicht das Gleiche seien. Bei Gedächtnisstörungen stehe dem Experten die Beobachtung in der Untersuchung zur Verfügung, die er mit den subjektiven Angaben des Exploranden in Beziehung setzen und diskutieren könne. Dr. med. M.____ gehe offenbar davon aus, dass das Subjekt des Gutachters die subjektiven Aussagen des Exploranden

objektiviere. Dies widerspreche einer reflektierten Subjektivität. Die wiederholte und die teils inkonstante Schilderung der Beschwerden sei kein Kriterium für die Unrichtigkeit von Aussagen, weil hier der Kontext der jeweiligen Situation unbeachtet bleibe (S. 3). Die Aspekte, welche für die Glaubwürdigkeit des Beschwerdeführers sprächen, diskutiere Dr. med. M.____ nicht. Das lange Zurückhalten der Symptome spreche gegen eine Aggravation oder Simulation. Die Aussage, optische Halluzinationen kämen bei schizophrenen Psychosen so gut wie nie vor, sei falsch; die Diagnosekriterien würden Halluzinationen jeder Sinnesmodalität einschliessen. Im Übrigen gebe der Beschwerdeführer auch akustische Halluzinationen an. Weiter sei es unzulässig, eine vom behandelnden Psychiater wegen einer Schizophrenie verordnete neuroleptische Medikation ohne Begründung nicht zu diskutieren. Die Aussage von Dr. med. M.____, das Leben in verschiedenen Parallelwelten gehöre nicht zu einer Schizophrenie, sei falsch (S. 4 f.). Seine Auffassung zur Fremdanamnese weiche dezidiert von den Qualitätsleitlinien für psychiatrische Gutachten in der Eidgenössischen Invalidenversicherung ab. Wenn sich Dr. med. M.____ in seiner ergänzenden Stellungnahme einfach auf das ein Jahr alte Gutachten stütze, dann ignoriere er den oftmals schubförmigen Verlauf einer Schizophrenie (S. 5). Die Suva-Ärztin Dr. med. O.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, erklärte in ihrer Stellungnahme vom 28. Februar 2014 (Suva-Akten Nr. 1.58), die Kritik von Dr. med. J.____ könne sie nachvollziehen. Der Disput sei allerdings für fachfremde Personen schwer verständlich. Sie empfehle eine externe Begutachtung.

3.1.8 Dr. med. B.____ gelangte im Gerichtsgutachten vom 25. Januar 2017 (A.S. 55 ff.) zu folgenden Diagnosen (A.S. 71): · Status nach akuter Belastungsreaktion (F43.0) mit o Übergang zu sonstiger Reaktion auf schwere Belastung (F43.8) o mittlerweile persistierender Angstsymptomatik im Sinne einer sonstigen spezifischen Angststörung (F41.8) · leichter Sauberkeitszwang (F42.8) Anlässlich der Untersuchung vom 18. Januar 2017 berichte der Beschwerdeführer, er habe Angst vor Menschen, da sie ihm etwas antun oder ihm schaden wollten. Dies könnten alle möglichen Menschen sein. Abends könne er nicht einschlafen, weil alle Dinge, die er tagsüber erlebt habe, immer wieder in Gedanken auftraten. Er habe auch Magenprobleme und könne deswegen nicht so gut essen. Einmal hätten ihn zwei Personen auszurauben versucht, als er seine Wohnung habe betreten wollen. Die Männer hätten ihn mit einer Waffe bedroht, geschlagen und getreten. Einer der Täter sei davongelaufen, den anderen habe er zusammen mit einem Nachbar und dem Cousin festgehalten, bis die Polizei gekommen sei. Während zwei oder drei Jahren sei es ihm dann ziemlich schlecht gegangen, er habe unter starken Ängsten gelitten und sich nicht mehr konzentrieren können. Die Ängste seien in geringerem Ausmass immer noch vorhanden (A.S. 59). Er traue den Menschen manchmal nicht, habe sogar an der Ehefrau gezweifelt. Wenn z.B. jemand frage, was er heute Nachmittag tue, gebe er manchmal eine falsche Antwort, damit die andere Person nicht wisse, was er wirklich mache. Er habe das Gefühl, er könnte irgendwie bedroht, beobachtet oder kontrolliert werden, sei aber nicht zu konkreten Angaben in der Lage. Eigentlich müsse er sich selbst sagen, dass dies nicht stimmen könne, es gelinge ihm so, sich auch wieder zu beruhigen. Er habe nie das Gefühl, dass sein Denken irgendwie durch äussere oder andere Umstände beeinflusst werde. Er habe seinen Freunden gesagt, sie sollen sich nicht plötzlich heftig bewegen, er reagiere sonst mit Angst oder Erschrecken. Vor dem Schlafengehen kontrolliere er die Türen, den Herd und auch die Fenster. Wenn er einmal nachts aufwache, könne es vorkommen, dass er noch einmal kontrolliere. Höre er nachts ein Geräusch, so schaue er manchmal auf dem Balkon nach, teils müsse sogar die Ehefrau mitkommen, weil er alleine Angst habe. Heute meide er Situationen, in denen es mit seiner Frau zu Streit

kommen könne. Er ertrage allerdings keinen Schmutz in der Wohnung. Werde der Tag zu stressig, so habe er grosse Mühe mit dem Einschlafen oder könne teils gar nicht schlafen. Er sei oft in einem Halbschlaf, aus dem er dann wegen Geringfügigkeiten erwache. Im Halbschlaf habe er manchmal das Gefühl, wie wenn jemand ins Zimmer komme, er schrecke dann auf. Er stehe einzig in hausärztlicher Kontrolle, wo man ihm seine Medikamente verschreibe. Zurzeit nehme er Olanzapin Mepha (5 mg, ein bis zwei Tabletten) statt wie früher Zyprexa. Eine psychiatrische oder psychologische Behandlung führe er seit 2014 nicht mehr durch. Er stehe etwa um 7:30 Uhr auf und begleite die Kinder zur Schule, manchmal zu Fuss, manchmal auch mit dem Auto. Danach halte er sich zu Hause auf. Je nach Zustand könne es vorkommen, dass er einschlafe oder fernsehe, vor allem Dokumentarfilme und Fussball. Die Kinder kämen dann gegen Mittag zurück und würden das von der Ehefrau gekochte Mittagessen einnehmen. Nachmittags gingen die Kinder zur Schule (A.S. 60); er begleite sie wieder oder gehe mit der Frau einkaufen. Manchmal versuche er auch, im Haushalt etwas zu helfen. Abends suche er oft irgendeinen Freund in einem Imbissstand auf. Manchmal besuche er einen anderen Freund in dessen Laden oder gehe in ein türkisches Café, wo er je nachdem auch Karten spielen könne, was er gerne tue. Er habe einige wenige enge Freunde, denen er vertraue, daneben einige oberflächliche Bekanntschaften, mit denen er auch gut sprechen könne. Früher habe er zeitweise um Geld gespielt, sei auch ins Casino gegangen, heute aber nicht mehr. Den Abend verbringe er meist vor dem Fernseher oder er beschäftige sich im Internet. Gegen 1:00 oder 2:00 Uhr gehe er ins Bett. Er benötige meistens ein bis zwei Stunden, bis er einschlafe. Er leide unter Gedankenkreisen. Es komme vor, dass er wieder aufstehe. Manchmal träume er, unter Stress teilweise von Dingen, die nicht richtig ins Leben gehörten; zuweilen habe er Angst und wache dann auf. Er träume nicht jede Nacht. Tagsüber schlafe er nur, wenn er nachts nicht gut geschlafen habe. Er sei nicht dauernd nervös, zu Hause fühle er sich eher ruhig. In der Vergangenheit sei es vorgekommen, dass er schnell gereizt reagiert habe, er habe teilweise auch Leute geschlagen in der Wut, was heute nicht mehr der Fall sei. Er habe gelernt, besser damit umzugehen und sei allgemein ruhiger geworden. Er lese die türkische Zeitung, informiere sich auch im Internet und lese verschiedene Nachrichten. Die Töchter seien zehn und sechs Jahre alt, mit beiden laufe es sehr gut, er habe Freude an ihnen. In der Beziehung zur Ehefrau gebe es keine grossen Probleme. Er werde seit über einem Jahr vom Sozialamt und vom Vater unterstützt (A.S. 61). Zu den Angehörigen in der Türkei bestehe regelmässiger Kontakt, er besuche sie etwa einmal im Jahr (A.S.62). Bei der Friedenstruppe in Bosnien sei er nie in kriegerische Handlungen verwickelt gewesen. Er habe keine Situationen erlebt, die er als dramatisch empfinde. Seine Ehe sei nicht arrangiert worden. Die Ehefrau sei türkischen Ursprungs, doch in der Schweiz geboren und aufgewachsen. Die erste Zeit hier sei er arbeitslos gewesen. Von März 2005 bis Februar 2007 habe er in einer Firma gearbeitet, die [...]. Diese Stelle habe er gekündigt, um bis September 2007 im Geschäft eines Freundes zu arbeiten, welches nicht rentiert habe. In der Folge sei er beim Arbeitsamt gemeldet gewesen. Am 14. Dezember 2006 sei die erste und am 30. Oktober 2009 die zweite Tochter geboren worden. Während der verschiedenen Massnahmen habe er sich wegen der Medikamente jeweils müde gefühlt und sich nicht richtig konzentrieren können. Im Februar 2014 sei er in Deutschland von der Polizei aufgegriffen worden. Man habe ihn beschuldigt, für einen Freund im Drogenbereich zu arbeiten. Auf Empfehlung seines damaligen Anwalts habe er trotz seiner Unschuld gestanden und sei bis Dezember 2015 im Gefängnis gewesen (A.S. 62). Sein Zustand habe sich sukzessive gebessert, doch fühle er sich heute immer

noch nicht gut. Möglicherweise brauche er weiterhin eine Behandlung; er habe sich seit dem Austritt aus dem Gefängnis zwar nicht darum bemüht, nehme aber die verordneten Medikamente ein (A.S. 63). Das Gespräch erfolge durchwegs über einen Dolmetscher. Es zeigten sich keine Hinweise auf eine Beeinträchtigung des Bewusstseins. Die Orientierung sei allseits erhalten. Auffassung, Merkfähigkeit und Gedächtnisfunktionen seien unauffällig, Konzentrationsschwierigkeiten gebe es keine. Die Antworten kämen rasch und ohne unüblich lange zu überlegen. Das Denken sei ohne Hinweise auf Perseverationen und in keiner Weise gehemmt, verlangsamt, umständlich oder eingengt. Der Beschwerdeführer berichte von Grübeltendenzen und Gedankenkreisen, vorwiegend abends, wenn er einen stressigen Tag gehabt habe resp. wenn ihn ein Erlebnis beschäftige. Fragen nach Gedankendrängen verneine er, er wirke auch nicht ideenflüchtig. Es bestehe kein Vorbeireden und der Gedankenfluss sei vorhanden. Der Beschwerdeführer berichte auf Befragen davon, dass er sich teilweise von anderen Menschen bedroht fühle, könne sich andererseits durchaus auch beruhigen. Zwänge würden verneint; der Beschwerdeführer gebe einzig an, dass er vor dem Schlafengehen genau kontrolliere, ob alles abgeschlossen sei, und er dies, wenn er nachts aufwache, möglicherweise noch einmal mache. Ein mehrmaliges sinnloses Kontrollieren finde nicht statt. Da Schmutz in der Wohnung nicht ertragen werde, könne ein leichter Sauberkeitszwang angenommen werden. Hinweise auf eine eindeutige wahnhaftige Störung liessen sich nicht finden, allerdings auf hintergründige Ängste und das Gefühl, möglicherweise beobachtet oder bedroht zu werden. Es bestehe diesbezüglich ein gewisser Zusammenhang zum Überfall, sodass nicht eindeutig von einer Wahnstörung ausgegangen werden könne. Auffällig sei allerdings, dass der Beschwerdeführer das Gefühl gehabt habe, vielleicht sei seine Frau darin verwickelt, diesen Gedanken aber mittlerweile verworfen habe (A.S. 63 f.). Es bestünden keine Hinweise auf Beziehungswahn und Beeinträchtigungsgefühle. Sinnestäuschungen würden verneint, einzig beim Einschlafen bestehe manchmal das Gefühl, jemand stehe neben ihm stehe. Ich-Störungen, Derealisations- resp. Depersonalitätsgefühle oder das Gefühl, seine Gedanken seien irgendwie beeinflusst, würden verneint. Im Affekt wirke der Beschwerdeführer ernst und eher kontrolliert; allenfalls sei eine leichte Affektarmut zu vermuten, da teilweise eine stärkere Wut, Enttäuschung oder allenfalls auch eine gewisse Angst zu erwarten wäre. Es könne sich aber auch um ein konstitutionelles Verhalten im Rahmen der Persönlichkeitsstruktur handeln. Der Beschwerdeführer berichte von einer erhöhten Ermüdbarkeit, auch einer gewissen Gleichgültigkeit, nicht aber von einer ausgesprochenen Deprimiertheit, Hoffnungslosigkeit oder Pessimismus. Der Beschwerdeführer wirke innerlich leicht angespannt, was sich teilweise auf die Untersuchungssituation zurückführen lasse. Er sei aber nicht ausgesprochen ängstlich, im Affekt angemessen und nicht dysphorisch oder gereizt. Seine Verstimmungen habe er heute besser im Griff. Er meide Situationen, in denen die Gefahr eines Streits bestehe. Hinweise auf Insuffizienz- resp. Schuldgefühle oder Suizidgedanken fehlten. Die Modulationsbreite der Affekte sei nur diskret beeinträchtigt. Der Beschwerdeführer wirke im Antrieb nicht eingeschränkt. Während des Gesprächs präsentiere er sich durch das Herumnesteln mit den Fingern leicht angespannt, sei ansonsten aber psychomotorisch unauffällig. Einen relevanten sozialen Rückzug verneine der Beschwerdeführer, er sei einzig gewissen Leuten gegenüber misstrauisch. Er gebe an, dass er eine Behandlung benötige, habe sich allerdings bisher aus unbekanntem Gründen nicht darum bemüht. Er wiederhole mehrmals, dass er unter Schlafstörungen leide, besonders Einschlafschwierigkeiten, je nach Belastung auch unter Durchschlafproblemen und teils schlechten Träumen (A.S. 64). In der heutigen

Untersuchung liessen sich keine eindeutigen Hinweise auf einen Wahn finden. Die teils paranoid anmutenden Gedankengänge seien korrigierbar und entsprächen deshalb nicht einem Wahn. Der Beschwerdeführer brauche im Alltag keine Hilfe. Ihm gelinge es, Termine einzuhalten, die Kinder zur Schule zu bringen, seinen Tag zu planen, sich ein Urteil zu bilden und Entscheide zu fällen. Die Durchhaltefähigkeit sei schwierig abzuschätzen, da diesbezüglich einzig subjektive Angaben vorlägen. Der Beschwerdeführer gehe einigen wenigen Aktivitäten nach. Er pflege Kontakte und familiäre Beziehungen. Vor allem abends suche er an verschiedenen Orten seine Freunde und Bekannten auf. Auf Grund der heutigen Befunde und der Angaben des Beschwerdeführers seien keine erheblichen Beeinträchtigungen ersichtlich. Betrachte man den Verlauf, so sei anzunehmen, dass der Überfall im Dezember 2007 zu einer akuten Belastungsreaktion mit innerer Unruhe, Verstimmungen und Ängsten geführt habe, weswegen die Behandlung bei den C. ___ aufgenommen worden sei. Eine PTBS sei trotz einiger Symptome nie nachvollziehbar bestätigt worden. Der Überfall sei sicher geeignet gewesen, Ängste und eine Verunsicherung hervorzurufen, was die angegebene Symptomatik erkläre (A.S. 67). Die Umgebung habe den Beschwerdeführer unterschiedlich wahrgenommen: Teilweise sei er eher zurückgezogen und passiv gewesen und habe nicht die erwartete Leistung erzielt. Andererseits habe er auf dem G. ___ seine Arbeit verrichtet, sei dann aber aus unbekanntem Gründen ausgefallen oder habe je nach Arbeit vermehrt körperliche Beschwerden angegeben, obwohl vorgängig eine Angstproblematik erwähnt worden sei. Eine wahnhaftige Symptomatik finde erstmals bei Frau K. ___ Erwähnung, zuvor sei sie trotz psychiatrischer Behandlung nie aufgefallen. Dr. med. I. ___ sei in seinen Angaben sehr zurückhaltend. Seine spätere Diagnose einer generalisierten Angststörung sei sonst nirgends aufgenommen worden. Dr. med. F. ___ nehme eine PTBS an, relativierte diese Diagnose allerdings bei der Angabe der Beschwerden. Eine wahnhaftige Symptomatik habe er nicht festgestellt. Unter neuroleptischer Behandlung sei zwar eine deutliche Besserung eingetreten. Andererseits falle auf, dass Frau K. ___ immer nur die Verdachtsdiagnose einer wahnhaften Störung beibehalten und eine sonstige Reaktion auf eine schwere Belastung angenommen habe. Med. pract. L. ___ wiederum gebe unter Hinweis auf Verhaltensauffälligkeiten in den Gesprächen, die er als mögliches psychotisches Erleben interpretiere, eine paranoide Schizophrenie an. Dr. med. J. ___ habe zunächst im Januar 2011 ebenfalls keine wahnhaftige oder psychotische Symptomatik beschrieben, sondern eher eine leichtgradige psychische Problematik. Dabei sei er von einer sequenziellen Traumatisierung durch den Bosnienkrieg und den Überfall im Dezember 2007 ausgegangen. Heute habe sich indes ergeben, dass der Beschwerdeführer im Bosnienkrieg nicht wesentlich traumatisiert worden sei; für eine PTBS oder eine anderweitige Belastungsreaktion auf Grund des Militärdienstes gebe es keine Hinweise. Erst im März 2013 ändere der Suva-Psychiater seine Meinung, dass dennoch eine paranoide Schizophrenie mit einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit vorliege (A.S. 68). Wie bereits dargelegt, lasse sich aus heutiger Sicht keine psychotische Problematik erfassen. Es gebe keine Hinweise auf eine wahnhaftige Symptomatik, allenfalls auf korrigierbare überwertige Ideen. Seine Ängste könne der Beschwerdeführer mit geeigneten Massnahmen angehen. Er leide teilweise unter einem Gedankenkreisen und einem eher oberflächlichen, subjektiv schlechten Schlaf. Allerdings beschreibe der Beschwerdeführer einen etwas passiven Tagesablauf, z.B. indem er manchmal auch tagsüber schlafe. Im Kontaktverhalten wirke er durchaus situationsangepasst sowie kognitiv und psychomotorisch nicht wesentlich beeinträchtigt (A.S. 68 f.). Vordergründig zeige sich der Beschwerdeführer eher kontrolliert, was möglicherweise auf eine hintergründige

Anspannung zurückzugehe. Die Alpträume würden nicht regelmässig und oft auftreten, wobei teilweise ein Zusammenhang mit den alltäglichen Belastungen bestehe. Das Misstrauen gegenüber fremden Menschen könne relativiert werden. Der Beschwerdeführer gestalte seinen Tag abgesehen von sprachlichen Probleme ohne wesentliche Hilfe selbständig. Er habe den Überfall im Dezember 2007 wohl als belastend, möglicherweise traumatisch erlebt. Das Vollbild einer PTBS habe sich allerdings nicht sicher bestätigen lassen, weswegen eine akute Belastungsreaktion angenommen worden sei. In der Folge habe ein prolongierter wechselhafter Verlauf mit affektiven Schwankungen, Ängsten und allgemeiner Verunsicherung persistiert. Der Beschwerdeführer habe sich deshalb subjektiv nicht in der Lage gefühlt, die beruflichen Massnahmen durchzuführen. Die in den Unterlagen angegebene wahnhafte Symptomatik sei schwierig einzuordnen. Es sei fraglich, ob es sich tatsächlich um eine psychotische Problematik handle oder nicht eher um eine überwertige Interpretation einer subjektiv schwierigen Situation. Der Beschwerdeführer steigere sich in etwas hinein und misstrauere dann schliesslich der gesamten Umgebung. Dies erinnere tatsächlich an eine wahnhafte Problematik, sei aber im Kontext teilweise nachvollziehbar, wenn die starken Ängste berücksichtigt würden. Dem Beschwerdeführer gelinge es seit seiner Psychotherapie, diese Ideen zu relativieren und besser mit verschiedenen Situationen umzugehen. Mit medikamentöser Hilfe sei eine Beruhigung erzielt worden. Zu einer schizophrenen Störung gehörten massive Auffälligkeiten im Denken und in der Wahrnehmung mit inadäquater oder verflachter Affektivität. Die Betroffenen fühlten sich in ihren Gedanken und Gefühlen sowie Handlungen beeinträchtigt oder sähen sich in einem besonderen, nur ihnen erkennbaren Zusammenhang von verschiedenen Situationen. Es bestehe eine verschobene, nicht nachvollziehbare Wahrnehmung und Interpretation. Das Verhalten und die Persönlichkeit des Beschwerdeführers wirkten nicht derart beeinträchtigt, als dass seine Ausführungen – unter Berücksichtigung der hintergründigen Ängste – nicht nachvollziehbar wären, auch wenn er teilweise gewisse Dinge überbewerte. Zudem wären im Alltag und im zwischenmenschlichen Kontakt viel stärkere Beeinträchtigungen zu erwarten. Die Diagnose einer Schizophrenie könne daher nicht bestätigt werden. Differentialdiagnostisch sei allenfalls eine isolierte wahnhafte Störung in Betracht zu ziehen. Bezüglich einer wahnhaften Störung bedürfe es einer nicht korrigierbaren Überzeugung, was hier nicht der Fall sei. Es sei anzunehmen, dass die Ängste teilweise derart massiv gewesen seien, dass sie beinahe wahnhaften Charakter angenommen hätten, doch sei mit der medikamentösen und psychotherapeutischen Behandlung eine genügende Beruhigung erzielt worden; da der Beschwerdeführer die fraglichen Ideen relativieren könne, seien sie als Ausdruck der Ängste zu interpretieren. Es zeigten sich Hinweise auf eine wechselhafte Affektivität mit teilweise verstärkter depressiver Symptomatik, allerdings nie derart gravierend, als dass der Beschwerdeführer dadurch im Alltag massiv beeinträchtigt worden sei. Heute zeige sich stimmungsmässig ein eher kontrollierter, ernster Beschwerdeführer, der durchaus Interessen nachzugehen vermöge. Er weise keine dauerhaft gedrückte Stimmung auf, pflege zwischenmenschliche Kontakte und scheine nicht übermässig ermüdbar zu sein. Die Diagnose einer depressiven Störung lasse sich daher nicht bestätigen. Es fänden sich auch keine Hinweise auf phobische Verhaltensweisen oder Panikzustände (A.S. 69). Möglicherweise seien die Ängste in der Vergangenheit stärker im Vordergrund gestanden, hätten sich aber gebessert; im Hintergrund seien sie immer noch vorhanden und erklärten, weshalb der Beschwerdeführer misstrauisch und im zwischenmenschlichen Kontakt vorsichtig sei oder sich beobachtet fühle. Die Kontrolle von Türen und Fenster stelle keinen

eigentlichen Kontrollzwang dar, da es nicht um eine als sinnlos empfundene Handlung gehe, die sich wiederhole. Für aussergewöhnliche körperliche Beschwerden gebe es keine Hinweise. Auf Grund der Befunde und Angaben sei auch nicht auf eine relevante Persönlichkeitsproblematik zu schliessen. Für eine bewusste Falschdarstellung der Beschwerden oder eine bewusste Aggravation fänden sich keine Hinweise. Ungünstig bemerkbar machten sich die mangelnde Sprachkompetenz, die fehlende Ausbildung, die nur kurzzeitige Berufstätigkeit in der Schweiz, die Herkunft aus einer anderen Kultur und die unzureichende Integration. Für andere relevante soziale Belastungen gebe es keine Hinweise, die familiäre Situation sei gemäss eigenen Angaben problemlos. Es scheine auch ein gutes soziales Netzwerk zu bestehen. Der Beschwerdeführer wirke indes nicht sehr motiviert, aktiv an einer Veränderung seines Zustands mitzuarbeiten. Es würden keine therapeutischen Massnahmen mehr durchgeführt. Indem der objektivierbare Befund sich nicht mit der subjektiv angegebenen Einschränkung der Belastbarkeit decke, bestünden Hinweise auf Inkonsistenzen. Es wäre zu erwarten, dass sich eine Einschränkung auch vermehrt in der Untersuchungssituation widerspiegeln würde. Zudem sei die Aktenlage teilweise widersprüchlich und zeige ein inkonstantes Bild; der Beschwerdeführer werde teils als auffällig und teils als unauffällig beschrieben. In den Unterlagen werde nicht nachvollziehbar begründet, warum die Leistungsfähigkeit derart eingeschränkt sei, sondern einzig auf Grund der Diagnose einer paranoiden Schizophrenie angenommen, dass eine volle Arbeitsunfähigkeit bestehe (A.S. 70). Gesamthaft entstehe ein inkonsistentes Bild. Es bestünden verschiedene invaliditätsfremde Faktoren, welche sich sicher ungünstig auf den Zustand auswirkten. Andererseits lägen teils nachvollziehbare Beeinträchtigungen vor, welche zumindest teilweise den Zustand miterklären könnten. Die Diagnose einer paranoiden Schizophrenie lasse sich nicht erhärten. Es müsse von einem psychoreaktiven Geschehen mit prolongiertem Verlauf ausgegangen werden, wobei sich der Zustand mittlerweile deutlich gebessert habe. Es sei deshalb nicht einsichtig, weshalb nicht daran gedacht werden könne, wieder einer Arbeit nachzugehen. Solange weiterhin eine subjektiv derart starke Beeinträchtigung bestehe, wären dringend intensive therapeutische Massnahmen angezeigt, allenfalls in einer Tagesklinik oder im stationären Bereich, um dann berufliche Massnahmen in Angriff zu nehmen. Dem Beschwerdeführer wäre zumutbar, sich aktiv um eine Wiedereingliederung zu bemühen und entsprechende Anstrengungen auf sich zu nehmen (A.S. 71). Der Beschwerdeführer sei vorwiegend durch Ängste beeinträchtigt, weshalb er teilweise unbekannte Situationen nicht adäquat verarbeiten könne. Er sei mittlerweile einer Arbeit entwöhnt und reagiere in einer neuen Situation mit Ängsten. Zuerst müsse er an eine Arbeitssituation gewöhnt werden, weswegen ein Arbeitstraining indiziert sei. Es sei anzunehmen, dass der Beschwerdeführer derzeit noch nicht in der Lage sei, die Tätigkeit als Schichtmitarbeiter in der [...] auszuüben, da er wegen seiner Ängste und der Schlafstörungen dem Arbeitsplatz fernbleiben würde. Es bestehe deshalb die Gefahr einer depressiven Dekompensation. Der Beschwerdeführer sei nicht in der Lage, Verantwortung zu übernehmen. Er sollte keine Tätigkeiten unter Zeitdruck durchführen. Die Arbeit müsse vorgegeben sein. Eine derart adaptierte Tätigkeit wäre ihm zu Beginn halbtags und innerhalb eines Monats auch ganztags zumutbar. Eine zusätzliche Leistungseinschränkung sei bei Eingewöhnung an den Arbeitsplatz nicht zu erwarten. Innerhalb von drei Monaten könne wohl auch wieder eine Schichtarbeit verrichtet werden (A.S. 71 f.). Der Gesundheitszustand habe sich im Dezember 2007 durch den Überfall rapide verschlechtert. Auf Grund der Angaben sei anzunehmen, dass damals eine volle Arbeitsunfähigkeit attestiert worden sei, auch wenn keine entsprechenden Zeugnisse

zur Verfügung stünden. Wenn Dr. med. F.____ im April 2010 von einer Arbeitsfähigkeit von 50 % in einem geschützten Rahmen ausgehe, so würde dies bedeuten, dass in der freien Wirtschaft keine Arbeitsfähigkeit bestanden habe. Dr. med. I.____ nehme im Oktober 2010 eine Arbeitsfähigkeit von 50 % an, der Suva-Psychiater im Januar 2011 eine Einschränkung von zehn bis 40 %, Dr. med. M.____ im März 2012 eine volle Arbeitsfähigkeit. Der Suva-Psychiater Dr. med. J.____ gehe im März 2013 rückblickend von einer vollen Arbeitsunfähigkeit aus, während Rehabilitationsmassnahmen zu 50 % möglich seien. Für die folgende Zeit lägen keine Angaben zur Arbeitsfähigkeit vor. Deshalb müsse die oben angegebene Arbeitsfähigkeit ab dem heutigen Untersuchungsdatum gelten (A.S. 72). Der Beschwerdeführer sollte eine regelmässige psychotherapeutische und allenfalls auch medikamentöse Behandlung durchführen. Solange er keiner Arbeit nachgehe und sich nicht in der Lage fühle, eine Tätigkeit auszuüben, wäre dringend an eine stationäre oder halbstationäre Therapiemassnahme für etwa sechs Wochen zu denken. Die bisherigen Therapien seien als ungenügend einzustufen, zumal seit 2014 keine Psychotherapie mehr erfolge (A.S. 72).

3.1.9 Am 4. Mai 2017 ergänzte Dr. med. B.____ sein Gutachten nach Vorlage der Suva-Akten wie folgt (A.S. 91 ff.): Bei einem Grossteil des Dossiers handle es sich um Akten des Strafverfahrens in Deutschland. Einige darin enthaltene medizinisch relevante Aktenstücke hätten schon bei der Begutachtung zur Verfügung gestanden (A.S. 91). Es ergäben sich keine Hinweise als diejenigen, welche bereits im Gutachten diskutiert worden seien. Auch die nachträglichen Stellungnahmen von med. pract. L.____, Frau K.____ und Dr. med. J.____ vermittelten keine neuen Erkenntnisse. Die Akten aus Deutschland seien aus medizinischer Sicht nicht sehr aussagekräftig. Es lägen keine Angaben zu einer allfälligen Behandlung und zum Verhalten während der Haft vor (A.S. 92). Somit bestehe kein Anlass, die Beurteilung im Gutachten vom 25. Januar 2017 zu ändern (A.S. 93). Eine vorgängige stationäre resp. halbstationäre Behandlung sei nicht zwingend Voraussetzung für die erfolgreiche Durchführung eines Arbeitstrainings oder von Wiedereingliederungsmassnahmen. Die im Gutachten erwähnte Arbeitsfähigkeit bestehe auch ohne die vorgeschlagene Behandlungsmassnahme. Falls der Beschwerdeführer zu beruflichen Massnahmen bereit wäre, empfehle man eine begleitende ambulante Psychotherapie (A.S. 93). Es sei zu erwarten, dass mit Arbeitsmassnahmen die Belastung sukzessiv gesteigert werden könne und der Beschwerdeführer wieder genügend Selbstvertrauen entwickle, um seine Ängste anzugehen und Vertrauen in die eigenen Funktionen zu gewinnen. Mit dieser Herangehensweise lasse sich eine mögliche psychische Dekompensation mit grosser Wahrscheinlichkeit verhindern. Weiter hätte der Beschwerdeführer auch die Möglichkeit, sich wieder genügend aufzutrainieren, um einer ganztägigen beruflichen Belastung standzuhalten (A.S. 93). Die Diagnose einer Schizophrenie sei oft sehr schwierig zu stellen. In der Psychiatrie müsse man sich weitgehend auf subjektive Angaben abstützen, die mit möglichen fremdanamnestischen Angaben ergänzt und allenfalls in Einklang mit der Klinik gebracht werden müssten. Es sei daher teilweise auch Ermessenssache, inwieweit die Symptome dann gewichtet und interpretiert würden. Wie im Gutachten dargelegt, sei eher nicht davon auszugehen, dass beim Beschwerdeführer eine Schizophrenie vorliege. Eine solche würde sich viel stärker auf den Allgemeinzustand, das gesamte Verhalten, die Affektivität und eventuell auch die Kognition auswirken. Es bestünden keine Hinweise darauf, dass der Beschwerdeführer derart realitätsfern gewesen sei, dass er nicht mehr in der Lage gewesen wäre, seinen Alltag genügend zu planen und zu strukturieren. Auch im zwischenmenschlichen Bereich sei er nicht relevant beeinträchtigt. Die in den Unterlagen aufgeführten wahnhaften Symptome

seien auch im Rahmen der Ängste zu interpretieren, der Beschwerdeführer sei ja tatsächlich bedroht worden. Auch wenn wahnhaftige Symptome bestanden hätten, stelle sich die Frage, inwieweit eine Schizophrenie vorgelegen habe. Auch eine isolierte wahnhaftige Störung, Intoxikation oder organische Störung könne differentialdiagnostisch eine Rolle spielen. Bei einer Schizophrenie wäre auch ein besseres Ansprechen auf die Medikation zu erwarten gewesen (A.S. 93). Es sprächen demnach verschiedene Faktoren mit grosser Wahrscheinlichkeit dagegen, dass beim Beschwerdeführer je eine Schizophrenie vorgelegen habe (A.S. 94). Nach März 2013 lägen keine ärztlichen Stellungnahmen vor, welche sich zur Arbeitsfähigkeit äusserten. Auf Grund der Untersuchung sei anzunehmen, dass seither ein ähnlicher Zustand persistierte, wie er anlässlich der Untersuchung im Januar 2017 festgestellt worden sei, doch lasse sich dies nicht untermauern (A.S. 94).

E. 8

Abs. 1 IVG), welche hier entfällt, wenn eine Rückkehr in die angestammte Tätigkeit ohne invaliditätsbedingte Einschränkungen möglich und zumutbar ist. Zusammenfassend stellt sich die Beschwerde damit als unbegründet heraus und ist abzuweisen. 4. 4.1 Bei diesem Verfahrensausgang steht dem Beschwerdeführer keine Parteientschädigung zu. Die Beschwerdegegnerin hat als mit öffentlich-rechtlichen Aufgaben betraute Organisation – abgesehen von hier nicht interessierenden Ausnahmen – keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (vgl. etwa BGE 128 V 133 E. 5b, 126 V 150 E. 4a). 4.2 Dem Beschwerdeführer ist per 1. September 2016 ein unentgeltlicher Rechtsbeistand bestellt worden. Da er unterlegen ist, entschädigt der Kanton diesen Rechtsbeistand angemessen (Art. 122 Abs. 1 lit a Schweizerische Zivilprozessordnung / ZPO, SR 272). Das Gericht setzt die Kostenforderung des Rechtsbeistands fest, wobei der Stundenansatz CHF 180.00 beträgt (§ 160 Abs. 3 i.V.m. § 161 Gebührentarif / GT, BGS 615.11, in der seit 15. Juli 2016 geltenden Fassung). Die vom Vertreter eingereichte Kostennote (A.S. 114 f.) weist einen Zeitaufwand von 12,03 Stunden aus. Darin ist reiner Kanzleiaufwand enthalten, der im Stundenansatz eines Anwaltes bereits inbegriffen und nicht separat zu vergüten ist. Dies betrifft die Klientenbriefe («Brief an Klient»), bei denen mangels eindeutiger Bezeichnung praxismässig von Orientierungskopien u. ä. auszugehen ist (12 x 0,17 = 2,04 Stunden), die Fristerstreckungsgesuche ohne besondere Begründung (3 x 0,25 Stunden: 2. und 23. März, 29. Mai 2017), die Anforderung der Akten beim Gericht (0,33 Stunden, 2. September 2016) sowie deren Rücksendung (0,17 Stunden, 13. September 2016). Anzurechnen ist folglich ein Aufwand von insgesamt 8,74 Stunden. Mit dem Stundenansatz von CHF 180.00 ergibt sich somit eine Entschädigung von CHF 2'195.65, einschliesslich CHF 459.80 Auslagen und 8 % Mehrwertsteuer (CHF 162.65). Diese Summe ist zahlbar durch die Zentrale Gerichtskasse des Kantons Solothurn. Vorbehalten bleiben der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren sowie der Nachzahlungsanspruch des unentgeltlichen Rechtsbeistandes im Umfang von CHF 471.95 (Differenz zum vollen Honorar von CHF 2'667.60), wenn der Beschwerdeführer zur Nachzahlung in der Lage ist (§ 123 ZPO). Zum Nachzahlungsanspruch des unentgeltlichen Rechtsbeistandes ist anzufügen, dass hier nicht – wie vom Rechtsvertreter in der Kostennote geltend gemacht – von einem Stundenansatz von CHF 250.00, sondern lediglich von CHF 230.00 auszugehen ist. Da sich der Beschwerdeführer vor der Beurteilung der Kostentragung nicht äussern konnte und ein rechtskräftiger Entscheid über die Kosten einen definitiven Rechtsöffnungstitel darstellt, wäre sein Anspruch auf rechtliches Gehör verletzt (BGE 136 V 351 E. 4.4). Deshalb richtet sich der Nachzahlungsanspruch nach dem untersten Stundenansatz von CHF 230.00 (vgl. § 160 Abs. 2 i.V.m. § 161 GT), wenn wie hier keine Honorarvereinbarung mit dem Klienten

vorgelegt wird, die einen höheren Ansatz vorsieht (s. namentlich Vollmacht vom 1. September 2016, A.S. 45). 5. 5.1 Bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder Verweigerung von Leistungen der Invalidenversicherung ist das Beschwerdeverfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 bis 1'000.00 festgelegt. Im vorliegenden Fall hat der unterlegene Beschwerdeführer die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen, die jedoch infolge Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege im Kostenpunkt ab Prozessbeginn durch den Kanton Solothurn zu übernehmen sind (Art. 122 Abs. 1 lit. b ZPO). Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren, wenn der Beschwerdeführer zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO). 5.2 Das Gerichtsgutachten war notwendig, weil zwischen den Gutachten der Dres. M.____ und J.____, welche beide in sich schlüssig waren, ein grundlegender und unauflösbarer Widerspruch in der Beurteilung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit bestand. Auf dieser Grundlage hätte die Beschwerdegegnerin nicht über den Leistungsanspruch entscheiden dürfen; sie wäre angesichts der Abklärungspflicht gemäss Art. 43 Abs. 1 ATSG vielmehr gehalten gewesen, ein Obergutachten einzuholen und so Klarheit zu schaffen. Ihr sind daher die vollen Kosten des Gerichtsgutachtens nebst Ergänzung von CHF 6'890.00 (5'390.00 + 1'500.00) aufzuerlegen (Urteil des Bundesgerichts 8C_113/2017 vom 29. Juni 2017 E. 3.1 + 3.3, zur Publ. vorgesehen).

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