

# SO\_GERICHTE VSBES.2014.286 vom 30. September 2014

SO Obergericht, 2014-09-30, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so\\_gerichte\\_VSBES.2014.286](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2014.286)

FR: SO\_GERICHTE VSBES.2014.286 du 30 septembre 2014

IT: SO\_GERICHTE VSBES.2014.286 del 30 settembre 2014

## Erwägungen

### E. 1

1.1 A.\_\_\_\_ (nachfolgend Beschwerdeführer), Jahrgang 1976, meldete sich am 3. Oktober 2010 bei der IV-Stelle des Kantons Solothurn (nachfolgend Beschwerdegegnerin) zum Leistungsbezug an (IV-St. Beleg Nr. [IV-Nr.] 2). Dem Bericht von Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie FMH, vom 11. Juni 2010 (IV-Nr. 12.14, S. 2) ist hierzu zu entnehmen, der Beschwerdeführer habe am 6. Oktober 2009 einen Motorradunfall mit milder traumatischer Hirnverletzung, HWS-Distorsion, Augenkontusion links, Impressionsfraktur BWK 7 und 8, Kniekontusion rechts sowie Fusskontusion links erlitten. In diesem Zusammenhang diagnostizierte Dr. med. C.\_\_\_\_ zudem unter anderem ein persistierendes thorako-vertebrales Syndrom sowie einen Verdacht auf eine posttraumatische Anpassungsstörung mit vegetativen Begleitbeschwerden.

1.2 In der Folge holte die Beschwerdegegnerin diverse medizinische Unterlagen ein und liess den Beschwerdeführer durch Dr. med. D.\_\_\_\_ psychiatrisch begutachten (IV-Nr. 45). Gestützt darauf erliess sie am 3. Juli 2013 einen Vorbescheid (IV-Nr. 53), worin sie dem Beschwerdeführer in Aussicht stellte, sie werde sein Leistungsbegehren abweisen. Nach dem Eingang weiterer medizinischer Akten holte die Beschwerdegegnerin bei Dr. med. D.\_\_\_\_ sodann ein psychiatrisches Verlaufsgutachten ein (IV-Nr. 61) und erliess gestützt darauf am 5. Mai 2014 (IV-Nr. 67) einen neuen Vorbescheid, worin sie ebenfalls die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht stellt. Daran hielt sie schliesslich mit Verfügung vom 30. September 2014 (A.S. [Akten-Seite] 1 ff.) fest.

2. Dagegen lässt der Beschwerdeführer am 3. November 2014 Beschwerde erheben (A.S. 4 ff.) und folgende Rechtsbegehren stellen:

1. Es sei die angefochtene Verfügung aufzuheben und dem Beschwerdeführer eine ganze IV-Rente zuzusprechen.

2. Eventualiter sei die angefochtene Verfügung aufzuheben und den Fall zwecks weiterer Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

3. Es sei dem Beschwerdeführer die unentgeltliche Rechtspflege bewilligen.

3. Mit Eingabe vom 26. November 2014 (A.S. 12) verzichtet die Beschwerdegegnerin auf die Einreichung einer Beschwerdeantwort.

4. Mit Verfügung vom 3. Dezember 2014 (A.S. 25 f.) wird dem Beschwerdeführer im vorliegenden Verfahren ab Prozessbeginn die unentgeltliche Rechtspflege bewilligt.

5. Mit Eingabe vom 11. Dezember 2014 (A.S. 27) reicht der Beschwerdeführer einen Bericht von Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, vom 25. November 2014 ein.

6. Mit Verfügung vom 2. Juni 2015 (A.S. 29 f.) hält die Vizepräsidentin des Versicherungsgerichts fest, es sei vorgesehen, ein psychiatrisches Gutachten einzuholen.
7. Mit Verfügung vom 23. Juni 2015 (A.S. 35 f.) wird zur Ausarbeitung des Gutachtens Prof. Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, G.\_\_\_\_, bestimmt.
8. Das Gutachten von Prof. Dr. med. F.\_\_\_\_ ergeht am 18. Januar 2016 (A.S. 45 ff.).
9. Mit Verfügung vom 4. Februar 2016 (A.S. 74 f.) hält die Vizepräsidentin des Versicherungsgerichts fest, es sei vorgesehen, ein psychiatrisches Obergutachten einzuholen. Zur Begründung wird hierzu festgehalten, das psychiatrische Gutachten von Prof. Dr. med. F.\_\_\_\_ vom 18. Januar 2016 entspreche nicht den beweisrechtlichen Anforderungen, welche gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung von einem Gutachten zu erfüllen seien.
10. Mit Stellungnahme vom 25. Februar 2016 (A.S. 77 f.) lässt sich die Beschwerdegegnerin dazu vernehmen.
11. Mit Verfügung vom 2. März 2016 (A.S. 79 f.) wird zur Ausarbeitung des Gutachtens Dr. med. H.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, bestimmt.
12. Mit Verfügung vom 29. August 2016 wird festgestellt, Dr. med. I.\_\_\_\_ habe den Gutachtensauftrag abgelehnt.
13. Mit Verfügung vom 29. September 2016 (A.S. 86 f.) wird zur Ausarbeitung des Gutachtens Prof. Dr. med. J.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, K.\_\_\_\_, bestimmt.
14. Das Gutachten von Prof. Dr. med. J.\_\_\_\_ ergeht am 28. Februar 2017 (A.S. 90 ff.).
15. Mit Stellungnahmen vom 28. April 2017 bzw. 8. Mai 2017 (A.S. 150 ff. und 154) lassen sich die Parteien abschliessend vernehmen.
16. Auf die Ausführungen der Parteien in ihren Rechtsschriften wird nachfolgend, soweit notwendig, eingegangen.

## II.

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

### **E. 2**

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

2.2 Gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), und die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und nach

Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. b und c). Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente.

### E. 3

3.1 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 132 V 99 f. E. 4, 125 V 261 E. 4).

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

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

somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten.

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

Demgegenüber vertritt die Beschwerdegegnerin die Ansicht, die Abklärungen hätten ergeben, dass der Beschwerdeführer infolge des Unfalls am 6. Oktober 2009 vorübergehend in seiner Arbeitsfähigkeit erheblich eingeschränkt gewesen sei. Ab März 2010 sei es ihm jedoch aus medizinisch-theoretischer Sicht wieder zumutbar, seine bisherige Tätigkeit als Lastwagenchauffeur sowie jegliche anderen Tätigkeiten in einem Arbeitspensum von 100 % ohne Leistungseinschränkung auszuüben. Die geltend gemachten Beschwerden seien weder somatisch erklärbar, noch seien diese auf eine psychische Erkrankung zurückzuführen. Es liege keine Diagnose vor, welche eine Arbeitsunfähigkeit begründe. Entgegen der Meinung des Beschwerdeführers sei es nicht zu beanstanden, dass der Beschwerdeführer von einer Psychologin und nicht von Dr. med. M.\_\_\_\_ befragt worden sei. So sei der Beizug von Hilfspersonen im Rahmen der Erstattung eines Gutachtens grundsätzlich zulässig, zumal die Verantwortung des Gutachtens letztlich beim Facharzt liege. Mit der Unterzeichnung habe Dr. M.\_\_\_\_ diese Verantwortung übernommen. Zudem sei die Verlaufsbeurteilung ausschliesslich durch Dr. med. M.\_\_\_\_ durchgeführt worden. Allein der Umstand, dass er bei der Erstbeurteilung nicht anwesend gewesen sei, vermöge nicht auf dessen Befangenheit schliessen. Schliesslich sei gemäss Beurteilung des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) vom 28. Juli 2014 keine Verschlechterung seit der Verlaufsbeurteilung durch Dr. med. M.\_\_\_\_ ausgewiesen. Die Diagnose einer schweren depressiven Episode mit psychotischen Symptomen, welche die Ärzte der O.\_\_\_\_ im Austrittsbericht vom 13. Mai 2014 gestellt hätten, sei nicht nachvollziehbar.

5. Streitig und zu prüfen ist demnach, ob die Beschwerdegegnerin ihre Leistungspflicht zu Recht verneint hat. Hierzu sind im Wesentlichen folgende Unterlagen relevant:

5.1 Die Ärzte der orthopädischen Klinik des P.\_\_\_\_ diagnostizierten am 4. und 26. Januar 2010 einen «Motorradunfall am 6. Oktober 2009 in Serbien mit Kniekontusion rechts mit retropatellarer Chondropathie sowie Verdacht auf leichte Quadrizepssehnentendinopathie, Kompressionsfraktur BWK 7 und 8, konservative Behandlung im Risser-Gips». Bezüglich der durchgeführten «CT-Schädel» hätten keine pathologischen Befunde festgestellt werden können. Dem Beschwerdeführer werde weiterhin Analgetika bei Bedarf empfohlen und darauf hingewiesen, dass die Schmerzen eine Zeitlang persistieren könnten. Aktuell sei der Beschwerdeführer noch für diese Woche zu 100 % arbeitsunfähig. Die Ärzte stellten ein erneutes Arbeitsunfähigkeitszeugnis für weitere zwei Wochen für 50 % aus. Im Anschluss sollte die Arbeit wieder vollumfänglich aufgenommen werden können. Eine weitere Kontrolle bezüglich des Rückens finde in der Sprechstunde von Dr. med. Q.\_\_\_\_ am 20.

Februar 2010 statt. Bezüglich des Knies könne die Behandlung nun abgeschlossen werden (IV-Nr. 12.19, S. 14 ff.).

5.2 Die Ärzte des R.\_\_\_\_ diagnostizierten im Bericht vom 26. Februar 2010 eine «Fraktur BWK7 und 8» und kommen zum Schluss, es zeige sich eine unveränderte Stellung der Fraktur, sodass diese jetzt als ausgeheilt gelten könne. Von den Kollegen der allgemeinen Orthopädie sei die Arbeitsunfähigkeit bezüglich Knie bereits auf 0 Prozent festgelegt worden. Ihres Erachtens könne man diese Aussage auch bezüglich der WS so wiederholen. Der Beschwerdeführer hingegen gebe noch deutliche Schmerzen an und halte es seinerseits nicht für möglich, eine Arbeitstätigkeit aufzunehmen; dies sei insofern schade, weil er offensichtlich eine Stelle bei der Firma S.\_\_\_\_ als Lastwagenchauffeur angeboten bekommen habe. Die Ärzte sähen keinen medizinischen Grund, warum der Beschwerdeführer nicht einen Arbeitsversuch unternehmen könnte. Insbesondere sähen sie absolut keine Rechtfertigung, dass er bei den gezeigten Verletzungsmustern und dem dokumentierten Ausheilungsgrad nur eine Rentenlösung anstreben könnte (IV-Nr. 12.19, S. 2).

5.3 In seinem Bericht vom 24. April 2010 diagnostizierte Dr. med. T.\_\_\_\_, Spezialarzt FMH für Chirurgie, ein «Thorako-vertebrales Syndrom bei Status nach Trauma mit Impressionsfraktur BWK7/BWK8 (Unfall vom 6. Oktober 2009)». Er stellt unter konservativer Behandlung mit Physiotherapie eine allmähliche Besserung fest, sodass die anfängliche Arbeitsunfähigkeit von 100 % für eine angepasste Tätigkeit ab 3. Mai 2010 auf eine 100%ige Arbeitsfähigkeit erhöht werden könne. Der Beschwerdeführer werde am 3. Mai 2010 in angepasster Tätigkeit als Lastwagenchauffeur eine neue Stelle antreten. Diese Tätigkeit sei aufgrund der deutlichen Verbesserung zumutbar (IV-Nr. 12.16).

5.4 Am 4. Mai 2010 führte Dr. med. T.\_\_\_\_ sodann aus, anlässlich der Untersuchung habe der Beschwerdeführer erklärt, dass er lediglich einen Tag versuchsweise als Chauffeur gearbeitet habe; dies sei bereits zu viel gewesen. Der Beschwerdeführer habe am nächsten Tag nicht mehr aufstehen können. Der Arbeitsversuch sei vorläufig abgebrochen worden. Aufgrund der Situation kommt Dr. med. T.\_\_\_\_ zum Schluss, dass eine MRI-Untersuchung mit der Frage nach neuraler Kompression angezeigt sei. Bezüglich Arbeitsfähigkeit sei zuerst diese Abklärungsuntersuchung durchzuführen und je nach Ergebnissen neu zu entscheiden, wann der Beschwerdeführer wieder einen Arbeitsversuch (zuerst 50 %) beginnen könne (IV-Nr. 12.14, S. 16).

5.5 Das MRI der BWS nativ vom 12.5.2010 führte zu folgender Beurteilung: «Aktuell kein Markraumödem bei St.n. Kompressionsfraktur von BWK 7 und BWK 8. Keine zunehmende Höhenminderung. Keine relevante neurale Kompression bei minimaler Protrusion bei BWK6/7 und BWK 7/8» (IV-Nr. 12.14, S. 9).

5.6 In seinem Bericht vom 11. Juni 2010 diagnostizierte Dr. med. U.\_\_\_\_, Neurologie FMH, beim Beschwerdeführer, der ihm berichtet habe, er sei kopfüber gestürzt, habe sich schwer am Kopf verletzt und sei drei Tage bewusstlos gewesen ( ), Folgendes (IV-Nr. 12.14, S. 2):

-St.n. Polytrauma am 6. Oktober 2009 mit ■milder traumatischer Hirnverletzung■, HWS-Distorsion, Augenkontusion links, Impressionsfraktur BWK 7 und 8, Kniekontusion rechts, Fusskontusion links (persistierendes thorako-vertebrales Syndrom, Vd.a. posttraumatische Anpassungsstörung mit vegetativen Begleitbeschwerden, episodische Kopfschmerzen, nicht genau klassifizierbar)

-Hypästhesie an den Oberschenkeln lateral bds. unklarer Genese (DD: Läsion des N. cutaneus femoris lateralis beidseits)

Dr. med. U.\_\_\_\_ führte in seiner Beurteilung aus, vom Motorradunfall vom 6. Oktober 2009 mit Polytrauma, u.a auch mit Schädel-Hirntrauma und HWS-Distorsion, persistierten aktuell vordergründig Rückenschmerzen im Bereich der BWS bzw. Kompressionsfrakturen BWK

## E. 5

Streitig und zu prüfen ist demnach, ob die Beschwerdegegnerin ihre Leistungspflicht zu Recht verneint hat. Hierzu sind im Wesentlichen folgende Unterlagen relevant: 5.1 Die Ärzte der orthopädischen Klinik des P.\_\_\_\_ diagnostizierten am 4. und 26. Januar 2010 einen «Motorradunfall am 6. Oktober 2009 in Serbien mit Kniekontusion rechts mit retropatellarer Chondropathie sowie Verdacht auf leichte Quadrizepssehnentendinopathie, Kompressionsfraktur BWK 7 und 8, konservative Behandlung im Risser-Gips». Bezüglich der durchgeführten «CT-Schädel» hätten keine pathologischen Befunde festgestellt werden können. Dem Beschwerdeführer werde weiterhin Analgetika bei Bedarf empfohlen und darauf hingewiesen, dass die Schmerzen eine Zeitlang persistieren könnten. Aktuell sei der Beschwerdeführer noch für diese Woche zu 100 % arbeitsunfähig. Die Ärzte stellten ein erneutes Arbeitsunfähigkeitszeugnis für weitere zwei Wochen für 50 % aus. Im Anschluss sollte die Arbeit wieder vollumfänglich aufgenommen werden können. Eine weitere Kontrolle bezüglich des Rückens finde in der Sprechstunde von Dr. med. Q.\_\_\_\_ am 20. Februar 2010 statt. Bezüglich des Knies könne die Behandlung nun abgeschlossen werden (IV-Nr. 12.19, S. 14 ff.). 5.2 Die Ärzte des R.\_\_\_\_ diagnostizierten im Bericht vom 26. Februar 2010 eine «Fraktur BWK7 und 8» und kommen zum Schluss, es zeige sich eine unveränderte Stellung der Fraktur, sodass diese jetzt als ausgeheilt gelten könne. Von den Kollegen der allgemeinen Orthopädie sei die Arbeitsunfähigkeit bezüglich Knie bereits auf 0 Prozent festgelegt worden. Ihres Erachtens könne man diese Aussage auch bezüglich der WS so wiederholen. Der Beschwerdeführer hingegen gebe noch deutliche Schmerzen an und halte es seinerseits nicht für möglich, eine Arbeitstätigkeit aufzunehmen; dies sei insofern schade, weil er offensichtlich eine Stelle bei der Firma S.\_\_\_\_ als Lastwagenchauffeur angeboten bekommen habe. Die Ärzte sähen keinen medizinischen Grund, warum der Beschwerdeführer nicht einen Arbeitsversuch unternehmen könnte. Insbesondere sähen sie absolut keine Rechtfertigung, dass er bei den gezeigten Verletzungsmustern und dem dokumentierten Ausheilungsgrad nur eine Rentenlösung anstreben könnte (IV-Nr. 12.19, S. 2). 5.3 In seinem Bericht vom 24. April 2010 diagnostizierte Dr. med. T.\_\_\_\_, Spezialarzt FMH für Chirurgie, ein «Thorako-vertebrales Syndrom bei Status nach Trauma mit Impressionsfraktur BWK7/BWK8 (Unfall vom 6. Oktober 2009)». Er stellt unter konservativer Behandlung mit Physiotherapie eine allmähliche Besserung fest, sodass die anfängliche Arbeitsunfähigkeit von 100 % für eine angepasste Tätigkeit ab 3. Mai 2010 auf eine 100%ige Arbeitsfähigkeit erhöht werden könne. Der Beschwerdeführer werde am 3. Mai 2010 in angepasster Tätigkeit als Lastwagenchauffeur eine neue Stelle antreten. Diese Tätigkeit sei aufgrund der deutlichen Verbesserung zumutbar (IV-Nr. 12.16). 5.4 Am 4. Mai 2010 führte Dr. med. T.\_\_\_\_ sodann aus, anlässlich der Untersuchung habe der Beschwerdeführer erklärt, dass er lediglich einen Tag versuchsweise als Chauffeur gearbeitet habe; dies sei bereits zu viel gewesen. Der Beschwerdeführer habe am nächsten Tag nicht mehr aufstehen können. Der Arbeitsversuch sei vorläufig abgebrochen worden. Aufgrund der Situation kommt Dr. med.

T.\_\_\_\_ zum Schluss, dass eine MRI-Untersuchung mit der Frage nach neuraler Kompression angezeigt sei. Bezüglich Arbeitsfähigkeit sei zuerst diese Abklärungsuntersuchung durchzuführen und je nach Ergebnissen neu zu entscheiden, wann der Beschwerdeführer wieder einen Arbeitsversuch (zuerst 50 %) beginnen könne (IV-Nr. 12.14, S. 16). 5.5 Das MRI der BWS nativ vom 12.5.2010 führte zu folgender Beurteilung: «Aktuell kein Markraumödem bei St.n. Kompressionsfraktur von BWK 7 und BWK 8. Keine zunehmende Höhenminderung. Keine relevante neurale Kompression bei minimaler Protrusion bei BWK6/7 und BWK 7/8» (IV-Nr. 12.14, S. 9). 5.6 In seinem Bericht vom 11. Juni 2010 diagnostizierte Dr. med. U.\_\_\_\_, Neurologie FMH, beim Beschwerdeführer, der ihm berichtet habe, er sei kopfüber gestürzt, habe sich schwer am Kopf verletzt und sei drei Tage bewusstlos gewesen (...), Folgendes (IV-Nr. 12.14, S. 2): - St.n. Polytrauma am 6. Oktober 2009 mit „milder traumatischer Hirnverletzung“, HWS-Distorsion, Augenkontusion links, Impressionsfraktur BWK 7 und 8, Kniekontusion rechts, Fusskontusion links (persistierendes thorako-vertebrales Syndrom, Vd.a. posttraumatische Anpassungsstörung mit vegetativen Begleitbeschwerden, episodische Kopfschmerzen, nicht genau klassifizierbar) - Hypästhesie an den Oberschenkeln lateral bds. unklarer Genese (DD: Läsion des N. cutaneus femoris lateralis beidseits) Dr. med. U.\_\_\_\_ führte in seiner Beurteilung aus, vom Motorradunfall vom 6. Oktober 2009 mit Polytrauma, u.a auch mit Schädel-Hirntrauma und HWS-Distorsion, persistierten aktuell vordergründig Rückenschmerzen im Bereich der BWS bzw. Kompressionsfrakturen BWK

## **E. 7**

7.1 Vorliegend hauptsächlich umstritten und zu beurteilen ist somit der Sachverhalt in psychiatrischer Hinsicht. Die Beschwerdegegnerin stützte sich in ihrem angefochtenen Entscheid im Wesentlichen auf das Gutachten sowie das Verlaufsgutachten von Dr. med. M.\_\_\_\_ vom 27. März 2013 bzw. 1. Februar 2014 (IV-Nrn. 45 und 61). Dem Gutachter Dr. med. D.\_\_\_\_ wird von Seiten des Beschwerdeführers sinngemäss Befangenheit vorgeworfen.

7.2 Nach der Rechtsprechung gelten für Sachverständige grundsätzlich die gleichen Ausstands- und Ablehnungsgründe, wie sie für Richter vorgesehen sind. Da sie nicht Mitglied des Gerichts sind, richten sich die Anforderungen zwar nicht nach Art. 30 Abs. 1 BV, sondern nach Art. 29 Abs. 1 BV. Hinsichtlich der Unparteilichkeit und Unbefangenheit kommt Art. 29 Abs. 1 BV indessen ein mit Art. 30 Abs. 1 BV weitgehend übereinstimmender Gehalt zu (SVR 2009 UV Nr. 32 S. 111, 8C\_509/2008 E. 4.2). Danach ist Befangenheit anzunehmen, wenn Umstände vorliegen, die geeignet sind, Misstrauen in die Unparteilichkeit zu erwecken. Bei der Befangenheit handelt es sich allerdings um einen inneren Zustand, der nur schwer bewiesen werden kann. Es braucht daher für die Ablehnung nicht nachgewiesen zu werden, dass die sachverständige Person tatsächlich befangen ist. Es genügt vielmehr, wenn Umstände vorliegen, die den Anschein der Befangenheit und die Gefahr der Voreingenommenheit zu begründen vermögen. Bei der Beurteilung des Anscheins der Befangenheit und der Gewichtung solcher Umstände kann jedoch nicht auf das subjektive Empfinden einer Partei abgestellt werden. Das Misstrauen muss vielmehr in objektiver Weise als begründet erscheinen. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den Arztgutachten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters ein strenger Massstab anzusetzen (BGE 132 V 93 E. 7.1 S. 109 f.).

Nach der hier sinngemäss anwendbaren Rechtsprechung zu Art. 30 Abs. 1 BV und Art. 6 Ziff. 1 EMRK werden Voreingenommenheit und Befangenheit angenommen, wenn sich im

Einzelfall anhand aller tatsächlichen und verfahrensrechtlichen Umstände Gegebenheiten ergeben, die geeignet sind, Misstrauen in die Unparteilichkeit des Richters bzw. des Gutachters zu erwecken. Diese können namentlich in einem bestimmten Verhalten des Betroffenen begründet sein. Dazu können nach der Rechtsprechung insbesondere vor oder während eines Prozesses abgegebene Äusserungen eines Richters bzw. Gutachters zählen, die den Schluss zulassen, dass sich dieser bereits eine feste Meinung über den Ausgang des Verfahrens gebildet hat (BGE 134 I 238 E. 2.1 S. 240).

7.3 Im vorliegenden Fall erweckt bereits der Aufbau der beiden Gutachten von Dr. med. D.\_\_\_\_ und die offensichtliche Zielgerichtetheit in seiner Argumentation zumindest den Anschein der Befangenheit. In seinem Gutachten vom 27. März 2013 (IV-Nr. 45) versucht Dr. med. D.\_\_\_\_ Ungereimtheiten im Verhalten des Beschwerdeführers anhand der Vorakten aufzuzeigen. Die Art der Argumentation lässt Zweifel an seiner Objektivität aufkommen. Diese fast detektivisch anmutenden Erwägungen nehmen einen grossen Teil seines Gutachtens ein. Dr. med. M.\_\_\_\_ liefert hauptsächlich eine Interpretation der Akten und des Verhaltens des Beschwerdeführers vor der Begutachtung. Das Ganze hinterlässt einen tendenziösen Eindruck ■ vor allem im Lichte dessen, dass nur eine verhältnismässig kurze Auseinandersetzung mit seinem eigenen Untersuchungsergebnis erfolgt, und stattdessen vor allem die Vorakten auf Hinweise aggravatorischen Verhaltens und einer «Psychiatisierung» durchsucht werden. Dr. med. M.\_\_\_\_ betont des Weiteren, die Dokumentation sei im Sinne eines als typisch zu bezeichnenden Verlaufes zu charakterisieren. Die hauptsächliche Gewichtung des Gutachtens auf die Aktendokumentation erweckt den Eindruck, als ob Dr. med. M.\_\_\_\_ alleine aufgrund der Akten bzw. des Verlaufs bereits überzeugt ist, dass beim Beschwerdeführer gar keine invaliditätsrelevanten Einschränkungen vorliegen und deswegen kein anderes Resultat resultieren konnte. So gipfelt sein Gutachten in der Feststellung, die Dokumentation sei im Sinne eines als typisch zu bezeichnenden Verlaufes zu charakterisieren: Nach einem als Bagatelltrauma zu qualifizierenden Sturz vom Motorrad, vermutlich tatsächlich auf einem Bergweg, der auch zu einer Verletzung des Rückens den Wirbelkörperfrakturen geführt habe, sei es dann zu einem Rentenbegehren gekommen, das über nunmehr Jahre mit Beschäftigung einer Heerschar von Ärzten und Juristen einhergehend zu einer Auseinandersetzung um Rentenleistungen geführt habe. Dr. med. M.\_\_\_\_ fokussiert sich grösstenteils auf diesen «typischen Verlauf». Dies lässt die Befürchtung entstehen, dass eine objektive Beurteilung des aktuellen Zustands während der Begutachtung für ihn kaum mehr möglich war. Zudem fehlt es im Gutachten an einer eingehenden Beurteilung des aktuellen Zustands des Beschwerdeführers. Eine Auseinandersetzung mit den von anderen Ärzten gestellten Diagnosen erfolgte zudem nur sehr marginal. Sodann vermag auch das Verlaufsgutachten von Dr. med. M.\_\_\_\_ vom 1. Februar 2014, (IV-Nr. 61) den Anschein der Befangenheit nicht zu beseitigen. Das Verlaufsgutachten erscheint zwar insofern überzeugender, da sich Dr. med. M.\_\_\_\_ eingehender mit den Diagnosen anderer Ärzte auseinandersetzt. Insgesamt ist jedoch auch hier die Gewichtung mehr darauf gelegt, ergebnisorientiert zu argumentieren. Des Weiteren wird der Umstand einer allfälligen Benzodiazepin-Abhängigkeit von Dr. med. M.\_\_\_\_ wenig überzeugend gewürdigt: Die vom Beschwerdeführer anlässlich der Untersuchung gezeigte Verhaltensauffälligkeit lasse sich nicht verbinden mit einer Benzodiazepin-Abhängigkeit. Eine low dose dependency von 6 mg Bromazepam erscheine zwar durchaus möglich, diese würde jedoch nicht derartige Auffälligkeiten nach sich ziehen. Eine gravierende Abhängigkeitserkrankung von psychotropen Substanzen würde nicht mit einem derartig fluktuierendem Bild einhergehen,

das sich nun in der aktuellen Untersuchung, so durch die Verhinderung des Blickkontaktes, die ausgestanzte Gedächtnislücke und Angaben einiger merkwürdiger Dinge zeigen würde. Die Argumentation zielt auch hier wieder darauf ab, eine Simulation/Aggravation aufzuzeigen. Eine Auswirkung der Benzodiazepin-Abhängigkeit wird aber nicht diskutiert. Auch wenn sich aus den übrigen Akten durchaus aggravatorische Verhaltensmuster des Beschwerdeführers ergeben, sind die Gutachten von Dr. med. M.\_\_\_\_ zu tendenziös ausgefallen. Schliesslich lässt sich Dr. med. M.\_\_\_\_ in seinem Verlaufsgutachten auf einen Schlagabtausch mit den behandelnden Ärzten und dem Vertreter des Beschwerdeführers ein, was ebenfalls Fragen hinsichtlich der Objektivität des Gutachters aufwirft. Damit ist hinsichtlich der Gutachten von Dr. med. M.\_\_\_\_ der Anschein der Befangenheit zu bejahen, weshalb diese im vorliegenden Verfahren nicht verwertbar sind. Schliesslich ist hervorzuheben, dass nach der Begutachtung eine weitere Psychiatrische Hospitalisierung im Rahmen einer fürsorgerischen Unterbringung erfolgt ist (vgl. KESB-Entscheid vom 25. Februar 2014). Zudem wurde anlässlich dieser Hospitalisierung erstmals die Diagnose einer schweren depressiven Episode mit psychotischen Symptomen gestellt. Dazu nahm Dr. M.\_\_\_\_ nicht mehr Stellung, sondern lediglich die RAD-Ärztin, Dr. med. Z.\_\_\_\_, in ihrem Bericht vom 28. Juli 2014 (IV-Nr. 72), die jedoch über keine psychiatrischen Facharzttitel verfügt. Damit ist festzuhalten, dass der medizinische Sachverhalt auch unter diesem Gesichtspunkt ungenügend abgeklärt ist. Im Lichte dessen, dass die behandelnden Ärzte durchgehend schwerwiegende psychiatrische Diagnosen (u.a. auch Benzodiazepin-Abhängigkeit) und keine Arbeitsfähigkeit attestieren und der Beschwerdeführer mehrfach in der Psychiatrie hospitalisiert war, kann demnach nicht ohne weitere Abklärungen am ablehnenden Entscheid der Beschwerdegegnerin festgehalten werden.

8. Aufgrund der vorgenannten Unklarheiten und Sachverhaltslücken wurde von Seiten des Versicherungsgerichts zur Klärung der Streitfrage, ob die Beschwerdegegnerin den Rentenanspruch des Beschwerdeführers zu Recht verneint hat, ein psychiatrisches Gutachten bei Prof. Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, G.\_\_\_\_, veranlasst. Im diesbezüglichen Gutachten vom 18. Januar 2016 (A.S. 45 ff.) wird festgehalten, es bestünden eine schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (F32.2), chronische generalisierte Schmerzen mit somatischen und psychischen Anteilen (F45.41) sowie ein Benzodiazepinabhängigkeitssyndrom, gegenwärtig ärztlich überwacht (F13.2). Die bisherige Tätigkeit als Lastwagenfahrer als auch eine angepasste berufliche Tätigkeit seien dem Beschwerdeführer nicht mehr zumutbar.

Das Gutachten vom 18. Januar 2016 (A.S. 45 ff.) vermag jedoch den bundesgerichtlichen Beweisanforderungen nicht zu genügen (vgl. BGE 125 V 352 E. 3a). So stützt der Gutachter seine Diagnose und seine Beurteilung einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit zu grossen Teilen auf die subjektiven Schilderungen des Beschwerdeführers und die krassen Schilderungen seiner Angehörigen und Betreuungspersonen ab. Die auf S. 20 des Gutachtens festgehaltenen objektiven Befunde erscheinen nicht so gravierend, als dass daraus eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit resultieren kann. Des Weiteren setzt sich das Gutachten kaum mit den entgegenstehenden Arztberichten auseinander. So wurde das Gutachten nicht zuletzt wegen der divergierenden ärztlichen Beurteilungen veranlasst. Im Gutachten wird lediglich erwähnt, trotz aggravierend imponierenden Verhaltensweisen scheine das Verhalten des Beschwerdeführers nicht auf ein Rentenbegehren gerichtet zu sein. Auch bezüglich der Frage nach dem Verlauf der Arbeitsfähigkeit gibt der Gutachter

lediglich die in den Vorakten genannten Arbeitsfähigkeiten wieder, ohne diese zu würdigen bzw. eine eigene Einschätzung abzugeben (S. 28 des Gutachtens). Sodann wurde der Gutachter mit Schreiben des Versicherungsgerichts vom 27. Juli 2015 über die neue Schmerzrechtsprechung und die neuen Indikatoren informiert, zu welchen im Gutachten gegebenenfalls Stellung zu nehmen wäre. In seinem Gutachten stellt Prof. Dr. med. F.\_\_\_\_ als zweite Diagnose «Chronisch generalisierte Schmerzen mit somatischen und psychischen Anteilen (F45.41)», was rechtsprechungsgemäss eine Indikatoren-Prüfung notwendig machen würde (vgl. BGE 141 V 281). Eine detaillierte Indikatoren-Prüfung findet im Gutachten jedoch nicht statt, auch wenn der Gutachter auf S. 26 die Ressourcen des Beschwerdeführers diskutiert.

Zusammenfassend fehlt im Gutachten von Prof. Dr. med. F.\_\_\_\_ eine kritische Auseinandersetzung mit den Vorakten vollständig. Auch die Indikatorenprüfung zur neuen Schmerzrechtsprechung ist nicht ausreichend erfolgt. Insgesamt ist damit das Gutachten fachlich zu wenig überzeugend, als dass darauf abgestellt werden könnte.

9. Aus den vorgenannten Gründen und aufgrund der bereits erwähnten Unklarheiten und Sachverhaltslücken wurde von Seiten des Versicherungsgerichts bei Prof. Dr. med. J.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, K.\_\_\_\_, ein psychiatrisches Obergutachten veranlasst.

9.1 Das Gutachten von Prof. Dr. med. J.\_\_\_\_ vom 28. Februar 2017 (A.S. 90 ff.) wird den allgemeinen rechtsprechungsgemässen Anforderungen gerecht. Es stammt von einem unabhängigen Facharzt, welcher den Beschwerdeführer eingehend untersucht und die Vorakten studiert hat. Die Aussagen des Experten sind in allen Punkten schlüssig und nachvollziehbar.

Prof. Dr. med. J.\_\_\_\_ stützt sein Gutachten unter anderem auf eine eingehende Befunderhebung und zieht daraus nachvollziehbare Schlussfolgerungen: Der Explorand sei nach anamnestischen Angaben in der Lage, zuverlässig die psychiatrischen Termine alle 3 - 4 Wochen wahrzunehmen. Eine Anpassungsfähigkeit werde auch situativ in der Exploration sichtbar. Die gutachterliche Einschätzung sei jedoch erschwert, da der Explorand sich förmlich bemühe, in der Exploration ein extrem abweichendes Verhalten zu bieten (an Fragen werde gezielt «vorbeigeantwortet», Informationen, die dem Exploranden sicherlich gegenwärtig seien, würden zurückgehalten etc.). Das Verhalten des Exploranden sei zwar grob abweichend, punktuell entstehe jedoch durchaus ein zusammenhängender Redefluss, der deutlich die bewusste Verzerrung des Exploranden erkennen lasse. Der Explorand zeige in der Exploration durchaus eine gewisse Flexibilität, wenn er auf kritische Fragen des Referenten zielführend reagiere. Valide lasse sich jedoch die allgemeine Fähigkeit zur Strukturierung von Aufgaben nicht beurteilen, anamnestisch würden lediglich diesbezüglich defizitäre Leistungen angegeben. Bezüglich der Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit sowie Durchhaltefähigkeit des Beschwerdeführers führt der Gutachter sodann aus, der Explorand zeige keinen Abfall der Leistungsfähigkeit im Rahmen der Exploration. Eine gewisse Durchhaltefähigkeit werde auch dadurch erkennbar, dass es dem Exploranden gelinge, mit wenigen Ausnahmen fast durchgehend das grob auffällige und anstrengende Ausdrucksverhalten beizubehalten. Aufgrund der sichtbaren Selbstwertproblematik sei eine Einschränkung der Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit auch im Rahmen des neurotischen Erlebens wahrscheinlich, der Ausprägungsgrad entspreche jedoch nicht den subjektiven Angaben. In der Selbstbehauptungsfähigkeit sei der Beschwerdeführer in seiner Verbitterung und aufgrund der Selbstwertproblematik

eingeschränkt. Die Selbstbehauptung erfolge dysfunktional durch ein aggressiv-dysphorisches Agieren, das sehr wahrscheinlich zu einer Isolation des Exploranden führe. Aufgrund der weitgehend erfolgten Abgabe von Verantwortungen an die Kinder und Angehörige seien die Anforderungen hier auch aktuell niedrig. Hinsichtlich der Kontaktfähigkeit zu Dritten und Gruppenfähigkeit hält der Gutachter fest, durch das befundlich und anamnestisch beschriebene Ausdrucksverhalten sei die Kontaktfähigkeit zu unbekanntem Dritten und in Gruppen sicherlich deutlich eingeschränkt. Dennoch bleibe auch hier eine erhebliche Diskrepanz zwischen den immer wieder in der Exploration auch «aufblitzenden» Ressourcen des Exploranden und den als so extrem angegebenen Einschränkungen. Für den Referenten würden erhebliche Zweifel verbleiben, dass die Präsentation in der Begutachtungssituation oder insgesamt im therapeutischen Setting der Präsentation im familiären Rahmen eins zu eins entspreche.

Bezüglich familiärer Beziehungen und spontanen Aktivitäten wird im Gutachten sodann ausgeführt, sämtliche spontanen Aktivitäten würden verneint, die familiären Beziehungen würden als reine Abhängigkeitsbeziehungen dargestellt, wobei sogar die emotionalen Verknüpfungen zu den Töchtern abgewertet würden («die sind mir egal»). Der Referent könne hier keine krankheitswertige Störung erkennen (insbesondere auch keine depressive Störung mit hierdurch zu begründendem Gefühl der Gefühllosigkeit), der diese Empfindungen plausibilisieren würde. Zugrunde liege vielmehr eine ausgeprägte Verbitterung und Einengung auf die subjektiv hoffnungslose Situation. Bezüglich Selbstpflege und Mobilität hält der Gutachter fest, der Explorand werde in Mobilität und Selbstpflege als massiv eingeschränkt beschrieben. Auch der Bereich Selbstpflege/Mobilität lasse sich für den Referenten nicht sicher beurteilen. Der Explorand erscheine mit einer massiv verunreinigten Hose, lasse auch noch in der Untersuchungssituation durch Zittern Wasser auf die Hose tropfen, was ebenfalls für den Referenten als manipulativ erscheine. Für den Referenten sei nicht ersichtlich, warum der Explorand nicht in der Lage sein sollte, sich selbst zu pflegen und auch im Umkreis seiner Wohnung mobil zu sein. Denkbar wäre allenfalls, dass der Explorand im Sinne eines rigiden Krankheitskonzeptes hierüber sein offensichtlich aufopfernd unterstützendes Umfeld aufrechterhalte.

Prof. Dr. med. J. \_\_\_ stellt sodann mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit folgende Diagnosen:

1. Dysthymia (ICD-10; F34.1); [Vollbild einer Verbitterungsstörung, nach ICD-10 jedoch nicht diagnostisch gültig]
2. Rezidivierende reaktiv depressive Störung, aktuell klinisch im Schweregrad nicht sicher zu validieren, allenfalls mittelgradig (ICD-10; F33.1)
3. Neurotische Störung, nicht näher bezeichnet mit somatoformen, gemischt dissoziativen und pseudopsychotischen Anteilen (ICD-10; F 48.9)
4. Akzentuierte Persönlichkeitszüge mit narzisstischen, histrionischen und dependenten Anteilen (ICD-10; Z73); DD kombinierte Persönlichkeitsstörung (ICD-10; F61.0)
5. Benzodiazepingebrauch, (fraglich ärztlich kontrolliert) DD Missbrauch/Abhängigkeit.

In der Folge diskutiert Prof. Dr. med. J. \_\_\_ schlüssig seine Diagnosestellung: Gesamthaft könne festgestellt werden, dass die psychiatrische Beurteilung durch die zahlreichen Diskrepanzen und Unklarheiten im Befund und der Anamnese massiv belastet sei. Weder

den bislang involvierten Fachärzten, noch dem Referenten liege ein schlüssiges Bild über die Entwicklung des Exploranden vor dem Unfallereignis in 2009 vor. Die wenigen vorliegenden Informationen deuteten auf vorbestehende Auffälligkeiten der Grundpersönlichkeit hin mit Auswirkungen auf die Beziehungsgestaltung und Problemen der Selbstwertregulation. Insbesondere aber nach dem dokumentierten Verlauf nach Eintritt des Unfallereignisses 2009 seien histrionische, narzisstische, dependente und auch dissoziale Persönlichkeitszüge deutlich erkennbar, die wesentlichen Einfluss auf die neurotische Reaktionsbildung nach dem Unfall hätten. Die Überformung der Symptompräsentation durch die Persönlichkeitsauffälligkeiten sei erheblich und erschwere die gutachterlich notwendige Validierung von angegebenen Symptomen. Auch eine Persönlichkeitsstörung lasse sich hier nicht ausschliessen, jedoch auch nicht ausreichend unterfüttern, dies wiederum aufgrund fehlender Informationsdichte. Aus Sicht des Referenten stehe diagnostisch auf dem Hintergrund der auffälligen Grundpersönlichkeit eine Dysthymie mit einer sich progredient entwickelnden Verbitterung seit dem Unfallereignis bis heute im Vordergrund. Gemäss der diesbezüglich geforderten Kriterien handle es sich um eine anhaltende affektive Störung (Anmerkung des Referenten: Eigentlich als Ausdruck einer neurotischen Depression), die bereits mehrjährig bestehe und einhergehe mit Störungen des Antriebes, einem sozialen Rückzug, einer Minderung des Selbstvertrauens, einem erkennbaren Unvermögen mit den Routineanforderungen des täglichen Lebens fertig zu werden und einem erkennbaren Interessensverlust. Während für den Referenten die Basisstörung der Dysthymia (ICD-10, F34.1) als Ausdruck einer neurotischen Entwicklung unstrittig sei, so sei die Sicherung der schwerer wiegenden Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung (wie mehrfach vordiagnostiziert als mittelgradig und zum Teil schwer) trotz der vorliegenden Berichte retrospektiv nicht ausreichend sicher möglich. So seien auch die stationären Berichte nach den dargestellten Befunden fachpsychiatrisch widersprüchlich und es würden dort auf der Hand liegende differenzialdiagnostische Überlegungen zur Beurteilung des Schweregrades einer Depression nicht vollzogen. So werde beispielsweise der in der Vergangenheit offensichtlich massive Benzodiazepinmissbrauch zwar erwähnt, aber in seinen Auswirkungen trotz klinisch gesichertem Entzugsdelir (03/2014) nicht ausreichend diskutiert. Ein Defizit sei auch, dass die grotesk diskrepanten Angaben des Exploranden bezüglich des Ablaufes des Unfalles und vieler anderer Punkte diagnostisch in keiner Weise eingeordnet würden. Diese Diskrepanzen, wie auch das aggressiv-drohende Verhalten (bis hin zu Morddrohungen) des Exploranden sei weder durch eine Depression, noch durch eine somatoforme Schmerzstörung zu erklären. Aktuell sehe sich der Referent aufgrund des inkonsistenten Verhaltens des Exploranden im Rahmen der Begutachtung nicht in der Lage, mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine mittelgradig depressive Episode zu diagnostizieren. Eine schwere depressive Episode lasse sich aufgrund des Befundes (Antrieb, episodisch direkte Interaktionen zwischen aufmerksamem Explorand und Gutachter mit fliessender Rede etc.) dagegen klar ausschliessen, eine leichtgradige sei anzunehmen. Auch aufgrund der zum Teil grotesken Aggravation des Exploranden (er rede zum Beispiel mit einer angeblich neben ihm sitzenden schwarzen Frau, was nach aller Erfahrung und üblichen Kriterien klar nicht einem psychotischen Erleben zuzuordnen sei) sei eine Validierung der (angegebenen) formal für eine schwere depressive Störung qualifizierenden Symptome nicht möglich. Im Schweregrad kaum einzuschätzende (aufgrund der Verzerrungen) Defizite im Bereich des Antriebes, im Bereich der Interessen und der Fähigkeit sich zu freuen, nehme der Referent jedoch als gegeben an. Trotz der

angesprochenen Diskrepanzen gehe der Referent entsprechend nach den vorliegenden Berichten überwiegend wahrscheinlich davon aus, dass es seit dem Unfallereignis im Sinne einer «Double Depression» zusätzlich zu der Dysthymie auch zu einer rezidivierenden Exazerbation von umschriebenen depressiven Symptomen im Sinne von depressiven Episoden gekommen sei mit dysphorisch aggressivem Ausdrucksverhalten (ICD-10; F33). Diese Episoden seien von Krankheitswert und seien wohl eng korreliert mit konkreten Ereignissen gewesen (z.B. polizeiliche Ausweisung nach Serbien). Der in den Berichten ausgewiesene Schweregrad dieser Episoden sei jedoch aufgrund der klar erkennbaren manipulativen Anteile des Exploranden kritisch zu sehen und retrospektiv trotz der Berichte kriteriengeleitet nicht überwiegend wahrscheinlich zu validieren. Für den Referenten sei es ausgesprochen erstaunlich, dass die erheblichen Auffälligkeiten im Persönlichkeitsbereich, die einzig in der Lage seien, gewisse Verhaltensauffälligkeiten zu erklären, in den vorliegenden Akten lediglich anklingen würden, aber keinen Einfluss auf Diagnosen und die therapeutische Planung hätten. Aus Sicht des Referenten habe sich im Verlauf seit Oktober 2009 das typische Bild einer Verbitterungsstörung entwickelt. Dieses Bild umfasse symptomatisch ein anhaltendes Gefühl von Verbitterung, verbunden mit Gefühlen von Hilflosigkeit, einer vorwurfsvollen Haltung sich selbst und anderen gegenüber, aggressiven Fantasien bis hin zu Gedanken an Suizid und auch Fremdbedrohungen. Als weitere Symptome seien Antriebsblockaden auffällig, eine innere Unruhe sowie ein sozialer Rückzug. Die Grundstimmung sei dysphorisch gereizt. All diese Kriterien seien mustergültig erfüllt, die Diagnose sei jedoch nach ICD-10 so nicht etabliert. Entsprechend habe der Referent auch die Diagnose einer Dysthymie und auch die von den Behandlern zuletzt genutzte Diagnose einer depressiven Störung/depressiven Episode gewählt, obwohl sie die Dynamik der Störung nicht annähernd so gut wiedergeben würden. Für den Referenten entstehe auch der Eindruck, dass durch die Verbitterung die Gefahr bestehe, den Depressionsgrad diagnostisch zu hoch anzusetzen. Im Vergleich zu anderen Explorationen sei aktuell die Schmerzsymptomatik nicht im Vordergrund gestanden, die Schmerzen seien eher beiläufig angegeben worden und seien neben der geschilderten desolaten Gesamtsituation eher in den Hintergrund getreten. Unter Berücksichtigung der Krankheitsentwicklung nach dem Unfallereignis ergäben sich insgesamt Hinweise auf eine gemischte, unspezifische neurotische Symptomatik mit pseudoneurologischen, somatoformen, pseudopsychotischen und anderen konversionsneurotischen Symptomen, die als nicht näher bezeichnete neurotische Störung diagnostiziert werde (ICD-10; F48.9). Eine somatoforme Störung im engeren Sinne, beispielsweise als anhaltende somatoforme Schmerzstörung, lasse sich aus Sicht des Referenten nicht diagnostizieren. Die hierzu geforderten Kriterien wie hartnäckige Forderung nach medizinischen Untersuchungen liessen sich nicht nachhalten, als auch insbesondere die Beschwerdeschilderungen sich gegenüber den anderen angegebenen Beschwerden kaum herausheben würden und somit auch eher blass und wenig konturiert erschienen und nicht die Voraussetzungen zur Diagnosestellung einer somatoformen Störung bieten würden.

Sodann diskutiert Prof. Dr. med. J.\_\_\_\_ nachvollziehbar die funktionellen Auswirkungen der objektivierten Befunde bzw. Diagnosen. Aufgrund der erheblichen Überformung der angegebenen Beschwerden durch Verzerrung und Aggravation sei die exakte Beschreibung der funktionellen Auswirkungen erschwert. Wesentlich sei jedoch, dass der Referent keinen Hinweis auf eine schwere depressive Erkrankung sehe. Wie oben abgeleitet, seien der klinische Befund und die dort gebotenen Verhaltensauffälligkeiten mit einer schweren depressiven Episode nicht vereinbar. Der Referent sehe vielmehr den Schwerpunkt der

Störung aus einer Mischung aus krankheitswerter affektiver Störung (siehe oben) und einer eher in das Normalpsychologische reichenden Verbitterung mit auch deutlich bewusst manipulativem Verhalten mit Selbstlimitierung. Es seien erhebliche Defizite im Bereich der Kommunikation, der Beziehungsgestaltung und der Selbstwertregulation mit einem auch erheblichen Leidensdruck konsistent erkennbar. Das Ausmass der geschilderten Einschränkungen sei für den Referenten jedoch aufgrund des klinischen Eindruckes nicht plausibel. Die fremdanamnestic Angaben durch Hausarzt (aktuelle Fremdanamnese), Behandler (aktuelle Fremdanamnese) und Familie seien nicht geeignet, die Frage des Grades der psychischen Störungen zu klären. Im Vordergrund stehe weniger die depressive Symptomatik, sondern vielmehr eine neurotische Regression bei Verbitterung in engem Bezug zu den Persönlichkeitsauffälligkeiten.

Hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers führt Prof. Dr. med. J.\_\_\_\_ einleuchtend aus, nach den vorliegenden Unterlagen müsse davon ausgegangen werden, dass die Arbeitsfähigkeit insgesamt zwischen dem Unfallereignis im Oktober 2009 und Mitte 2010 nicht durch eine psychische Störung beeinträchtigt gewesen sei. Die Arbeitsfähigkeit des Exploranden in seiner angestammten Tätigkeit als Lkw-Chauffeur sei bei in der zweiten Jahreshälfte 2010 zunehmend berichteter Symptombildung im psychiatrischen Bereich, zumindest seit Ende 2011 (Beginn der Benzodiazepinverschreibung, sehr wahrscheinlich aber auch Beginn eines Beigegebrauchs durch unklaren Substanzmittelbezug), vielleicht auch bereits etwas früher führend durch den seither dokumentierten Benzodiazepinmissbrauch/-abhängigkeit als sicher aufgehoben zu betrachten. Hier sei die Dokumentation, insbesondere mit dem in 2014 stationär-klinisch aufgetretenen Delir bei Entzug als aussagekräftig zu erachten. Auch die Behandler sprächen immer wieder in diesen Jahren von Untersuchungen, in denen der Explorand verladen erschienen sei. Unabhängig seien die gezeigten Verhaltensauffälligkeiten mit einem dysphorisch-aggressiven und zeitweise auch offen bedrohlichen Verhalten mit dem Führen eines Fahrzeuges oder anderer gefährlicher Maschinen nicht vereinbar. Bezüglich der Auswirkung der depressiven Symptomatik auf die Arbeitsfähigkeit ergebe sich für den Referenten kein schlüssiges Bild. In der zweiten Jahreshälfte 2010 nehme Dr. med. V.\_\_\_\_ zwar nicht direkt Stellung zur Arbeitsfähigkeit, sehe aber offensichtlich eine Minderung der Arbeitsfähigkeit aufgrund einer mittelgradig depressiven Symptomatik. Wie oben im Detail abgeleitet, müsse aufgrund des anhaltend hoch auffälligen Ausdrucksverhaltens des Exploranden der Schweregrad der im weiteren Verlauf bis heute dokumentierten Depression kritisch gesehen werden. Der Referent sehe beim Exploranden eine psychiatrische Störung, die jedoch nicht den Ausprägungsgrad einer schweren psychischen Störung aufweise. Die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit an einem angepassten Arbeitsplatz lasse sich aufgrund der massiven Aggravation und der eingeschränkten Kooperationsbereitschaft nicht ausreichend sicher quantifizieren. Aufgrund der rigiden Einengung auf sein Krankheitskonzept bedürfe es zunächst weiterer Schritte (therapeutisch-diagnostisch, als auch tagesstrukturierend), um diese Einschätzung überhaupt vornehmen zu können. Auch unter Zuzug der aktuell behandelnden Therapeuten gelinge diese Einschätzung nicht.

Des Weiteren setzt sich Prof. Dr. med. J.\_\_\_\_ eingehend und schlüssig mit abweichenden ärztlichen Beurteilungen auseinander: Die fachpsychiatrische Einschätzung des Referenten weiche deutlich ab von der letzten psychiatrischen Begutachtung durch die G.\_\_\_\_ vom 18. Januar 2016. Dort sei eine schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome

gesehen worden, als auch eine somatoforme Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Anteilen (neben einem Benzodiazepinabhängigkeitssyndrom, wozu in der aktuellen Begutachtung keine relevanten Diskrepanzen bestünden). Es handle sich bei dieser diskrepanten Sichtweise im Wesentlichen um eine unterschiedliche Einschätzung eines praktisch identischen Befundes. Im Gutachten der G.\_\_\_\_, seien die durch den Exploranden angegebenen und in der Exploration sichtbaren Symptome und Verhaltensauffälligkeiten unmittelbar den oben genannten Störungen zugeordnet worden. Aus Sicht des Referenten fehle hier der gutachterlich wichtige Schritt der Validierung. Oben sei detailliert argumentiert worden, warum ein Teil der gebotenen Verhaltensauffälligkeiten und der angegebenen depressiven Symptome nicht als Krankheitswert einzuschätzen seien, sondern vielmehr im Sinne von manipulativem Verhalten auch Ressourcen widerspiegeln würden. Kritisch bezüglich des Gutachtens aus dem Jahr 2016 sei führend anzumerken, dass insbesondere die Inkonsistenzen und die erkennbare Verweigerung in der Untersuchung («weiss nicht») unkritisch einer depressiven Störung zugeordnet worden seien. Für den Referenten erschliesse es sich jedoch nicht, warum beispielsweise der Unfallhergang so unterschiedlich geschildert werde, einer depressiven Symptomatik seien solche Auffälligkeiten sicherlich nicht zuzuordnen. Auch das zum Teil aggressive, gegen aussen bedrohliche Verhalten (bis hin zu Morddrohungen) erkläre sich nicht über eine depressive Problematik oder eine Schmerzstörung, sondern sei medizinisch plausibler zu begründen über die vom Referenten gesehene Verbitterung/Dysthymie als neurotische Reaktionsweise/Anpassungsproblematik auf dem Hintergrund der Grundpersönlichkeit. Diese Aspekte in einer Begutachtung nicht zu berücksichtigen, stelle aus Sicht des Referenten einen Mangel dar. Auf der anderen Seite würden die gutachterlichen Einschätzungen von Dr. med. M.\_\_\_\_ in 2013 und 2014, der keinerlei psychische Störungen sehe, dem Exploranden ebenfalls nicht gerecht, obwohl in diesen Gutachten die erhaltenen Funktionsanteile recht gut beschrieben seien. Es bestehe nach Einschätzung des Referenten jedoch entgegen der Einschätzung von Dr. med. D.\_\_\_\_ zumindest ein Kern einer psychischen Störung mit einem dysfunktionalen, aber offensichtlich nach allen Informationen real vorliegenden weitgehenden Rückzug in einer pathogenen Isolation, die durchaus zumindest phasenweise einhergehe mit einer krankheitsrelevanten affektiven Problematik. Der Referent könne aber auf der anderen Seite die Einschätzungen von Dr. med. D.\_\_\_\_ auch ein Stück weit nachvollziehen, da die Aggravation ein zum Teil groteskes Ausmass erreiche. Somit nehme der Referent im gewissen Sinne eine Mittelstellung ein, als er einen krankheitswerten psychiatrischen Anteil sehe, dessen Ausprägung aber bei weitem nicht der Ausprägung einer schweren depressiven Episode entspreche. Somit stelle die Hauptproblematik auch die Einschätzung des Schweregrades der Störung dar, die der Referent allenfalls in einem Bereich bis mittelgradig sehe. Bezüglich der Einschätzung der Behandler (Dr. med. E.\_\_\_\_ / Dr. med. AB.\_\_\_\_) würden die Einschätzungen einer mittelgradigen bis zuletzt schweren depressiven Episode dominieren. Aus Sicht des Referenten sei jedoch nicht klar, warum die gleichzeitig gesehene schwere Störung durch Medikamente mit einem zum Teil wohl exzessiven Benzodiazepingebrauch bei geringer Compliance bezüglich jeder psychiatrischen Intervention nicht mehr in den therapeutischen Vordergrund gerückt sei. Trotz der gesehenen schweren depressiven Problematik würden offensichtlich keine Spiegelkontrollen der Antidepressiva vorgenommen, während auch nach den Unterlagen die Auseinandersetzung mit der Benzodiazepinabhängigkeit unvollständig bleibe. Auch hier bleibe für den Referenten unklar, warum die erheblichen Auffälligkeiten im Bereich

Verhalten/Persönlichkeit nicht thematisiert würden. Die Kontakte erfolgten zwar offensichtlich zuverlässig, aber doch mit Intervallen von 3 - 4 Wochen ausgesprochen niederfrequent. Bei der von dem Therapeuten nicht gesehenen Psychotherapiefähigkeit (Dr. med. AB. \_\_\_ in 01/2016, als auch aktuell in der Fremdanamnese) seien die Kontakte sehr wahrscheinlich nur eingeschränkt bis gar nicht in der Lage, eine therapeutische Veränderung zu erzielen. Die stationären Aufenthalte in 2013 und 2014 zeigten jeweils Kriseninterventionen im Gefolge von Belastungssituationen (nach den Unterlagen wohl die Mitteilung von der drohenden Ausweisung aus der Schweiz) und würden auf eine affektive Problematik hinweisen, die der Referent so auch im Rahmen der gesehenen rezidivierenden depressiven Störung aufgegriffen habe.

9.2 Wie aus dem Gutachten von Prof. Dr. med. J. \_\_\_ hervorgeht, war eine aktuelle Einschätzung der Arbeitsfähigkeit nicht möglich, was aufgrund des im Gutachten geschilderten Verhaltens des Beschwerdeführers durchaus nachvollziehbar erscheint. So war, wie vorgehend aufgezeigt, eine Anamneseerhebung durch den Gutachter kaum möglich. Der Beschwerdeführer gab äusserst spärliche und auch widersprüchliche Antworten oder gab häufig an, sich nicht mehr erinnern zu können. Der Gutachter zeigt überzeugend auf, dass der Beschwerdeführer sich während der Untersuchung förmlich bemüht habe, ein extrem abweichendes Verhalten zu bieten (an Fragen werde gezielt «vorbeigeantwortet», Informationen, die dem Exploranden sicherlich gegenwärtig seien, würden zurückgehalten etc.; vgl. S. 24 ff. des Gutachtens). Des Weiteren wird vom Gutachter mit seiner Befunderhebung nachvollziehbar aufgezeigt, dass das Verhalten im gezeigten Ausmass nicht durch eine psychiatrische Diagnose erklärbar ist. So werde auch deutlich, dass der Explorand durchaus wach und aufmerksam die Fragen des Referenten wahrnehme und sehr gezielt auf kritische Fragen reagieren könne (z.B. als der Referent der Information des Exploranden selbst folgte und sagte, dass er ja offensichtlich nicht depressiv sei, habe der Explorand rasch geäussert, dass die Spitalaufenthalte und die ihn behandelnden Ärzte dies aber anders sehen würden). Was sodann den Verlauf der Arbeitsfähigkeit anbelangt geht der Gutachter zwar davon aus, aufgrund der Akten sei die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit seit Ende 2011 durch den Benzodiazepinmissbrauch nicht mehr gegeben. Nachdem das Verhalten des Beschwerdeführers aufgrund der Akten aber bereits seit längerer Zeit als widersprüchlich und aggravatorisch zu bezeichnen ist, ist eine beweiswertige retrospektive Beurteilung der Arbeitsfähigkeit mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nicht möglich. So sind weder die damals gestellten Diagnosen noch der Benzodiazepinmissbrauch rückblickend mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt, zumal Prof. Dr. med. J. \_\_\_ die in den Vorakten gestellten Diagnosen wie eine somatoforme Schmerzstörung oder eine schwere depressive Episode verneint und schlüssig aufzeigt, dass die Einschätzungen der behandelnden Psychiater kaum überzeugen (vgl. E. II. 9.1. hiervor). So führt Prof. Dr. J. \_\_\_ einleuchtend aus, für ihn sei es ausgesprochen erstaunlich, dass die erheblichen Auffälligkeiten im Persönlichkeitsbereich, die einzig in der Lage seien, gewisse Verhaltensauffälligkeiten zu erklären, in der vorliegenden Dokumentation lediglich anklingen würden, aber keinen Einfluss auf die Diagnosen und die therapeutische Planung hätten. Auch darin zeigt sich, dass auf die bisherigen Beurteilungen der behandelnden Ärzte nur bedingt abgestellt werden kann. Damit ist zusammenfassend festzuhalten, dass aufgrund der Akten eine invaliditätsrelevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers zwar möglich ist. Die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers lässt sich jedoch weder aktuell noch rückblickend

mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit festlegen.

Der Sozialversicherungsprozess ist, wie bereits erwähnt, vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht. Danach hat das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhaltes zu sorgen. Dieser Grundsatz gilt indessen nicht uneingeschränkt; er findet sein Korrelat in den Mitwirkungspflichten der Parteien (BGE 125 V 195 E. 2, 122 V 158 E. 1a, je mit Hinweisen; vgl. BGE 130 I 183 E. 3.2). Der Untersuchungsgrundsatz schliesst die Beweislast im Sinne einer Beweisführungslast begriffsnotwendig aus. Im Sozialversicherungsprozess tragen mithin die Parteien in der Regel eine Beweislast nur insofern, als im Falle der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Diese Beweisregel greift allerdings erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes auf Grund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 138 V 218 E. 6 S. 222 mit Hinweisen). Das Versicherungsgericht hat sämtliche Abklärungsmöglichkeiten ausgeschöpft. Dennoch liess sich die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers ■ nicht zuletzt aufgrund seines widersprüchlichen und aggravatorischen Verhaltens ■ nicht abschliessend beurteilen. Damit greift obige Beweisregel, wonach die vorliegende Beweislosigkeit zu Ungunsten des Beschwerdeführers ausfällt, da dieser aus dem unbewiesen gebliebenen Sachverhalt seinen Rentenanspruch ableiten wollte. Demnach ist die Beschwerde abzuweisen.

## **E. 10**

10.1 Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung. Der Beschwerdeführer steht ab Prozessbeginn im Genusse der unentgeltlichen Rechtspflege (vgl. E. I. 4. hiervor). Der Beschwerdeführer ist durch Herrn B.\_\_\_\_ vertreten. Da es sich hierbei aber nicht um eine anwaltliche Vertretung handelt und Herr B.\_\_\_\_ nicht als unentgeltlicher Rechtsbeistand eingesetzt wurde, ist kein amtliches Honorar festzulegen.

10.2 Aufgrund von Art. 69 Abs. 1bisIVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 - 1'000.00 festgelegt. Im vorliegenden Fall hat der Beschwerdeführer an die gesamten Verfahrenskosten einen Betrag von CHF 600.00 zu bezahlen, die jedoch infolge Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege durch den Kanton Solothurn zu übernehmen sind (Art. 122 Abs. 1 lit. b ZPO). Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren, wenn A.\_\_\_\_, zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

10.3 Wie dargelegt hat die Beschwerdegegnerin den Sachverhalt unzureichend abgeklärt, weshalb das Gericht die Abklärungslücke durch ein Gerichtsgutachten schliessen musste. Die Beschwerdegegnerin hat daher die Kosten des Gutachtens von Prof. Dr. med. J.\_\_\_\_ vom 30. Dezember 2016 von CHF 8■316.00 sowie die Kosten der in diesem Zusammenhang veranlassten Laboruntersuchungen im Betrag von CHF 693.70 zu tragen. Des Weiteren wurde vorgängig ein psychiatrisches Gutachten bei Prof. Dr. med. F.\_\_\_\_ veranlasst, welches jedoch, wie unter E. II 8 hiervor ausgeführt, aufgrund fehlenden Beweiswerts nicht verwertbar ist. Die diesbezüglichen Gutachtenskosten betragen CHF 8■837.45 sowie die diesbezüglichen Laborkosten CHF 712.00. Dieser Verfahrensverlauf ist nicht vom Versicherungsgericht zu verantworten. Nachdem die Abklärungen einzig

durch die ungenügenden Sachverhaltsabklärungen der Beschwerdegegnerin notwendig wurden, rechtfertigt es sich demzufolge, der Beschwerdegegnerin die gesamten Kosten der beiden Gutachten von CHF 18'559.15 zu überbinden. Im Übrigen hat das Bundesgericht im Urteil 8C\_301/2016 vom 7. Juli 2016 bestätigt, dass in dieser Konstellation die Kosten beider durch das Gericht eingeholten Gutachten der IV-Stelle überwältzt werden können.

Zudem beauftragte das Versicherungsgericht auch Dr. med. H.\_\_\_\_ mit der Erstellung eines psychiatrischen Gutachtens. Diese teilte in der Folge dem Versicherungsgericht kurz vor dem Begutachtungstermin jedoch mit, sie könne den Beschwerdeführer nicht untersuchen, da dieser in der Vergangenheit bereits durch Drohungen aufgefallen sei. So habe sie im Vorfeld der Auftragserteilung klar zum Ausdruck gebracht, dass sie keine solchen Fälle mit Bedrohungspotential mehr übernehme. Dr. med. H.\_\_\_\_ ging diesbezüglich von einer Informationspflicht des Versicherungsgerichts aus, weshalb sie vom Versicherungsgericht die Bezahlung der diesbezüglich bereits angefallenen Kosten im Betrag von CHF 2'832.00 verlangte. Die diesbezüglichen Kosten werden demnach vom Kanton Solothurn übernommen.

Demnach wird erkannt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
3. Der Beschwerdeführer hat die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen, die infolge Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege durch den Staat Solothurn zu übernehmen sind. Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren, wenn A.\_\_\_\_, zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).
4. Die IV-Stelle des Kantons Solothurn hat die Kosten der Gerichtsgutachten von Prof. Dr. med. J.\_\_\_\_ und von Prof. Dr. med. F.\_\_\_\_ im Gesamtbetrag von CHF 18'559.15 zu bezahlen.
5. Die Vorabklärungskosten von Dr. med. H.\_\_\_\_ von CHF 2'832.00 werden vom Kanton Solothurn übernommen.

Rechtsmittel

Gegen diesen Entscheid kann innerhalb 30 Tagenseit der Mitteilung beim Bundesgericht Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten eingereicht werden (Adresse: Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern). Die Frist beginnt am Tag nach dem Empfang des Urteils zu laufen und wird durch rechtzeitige Aufgabe bei der Post gewahrt. Die Frist ist nicht erstreckbar (vgl. Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgerichtsgesetzes, BGG). Bei Vor- und Zwischenentscheiden (dazu gehört auch die Rückweisung zu weiteren Abklärungen) sind die zusätzlichen Voraussetzungen nach Art. 92 oder 93 BGG zu beachten.

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Der Präsident	Der Gerichtsschreiber
Flückiger	Isch

Auf die gegen den vorliegenden Entscheid erhobene Beschwerde trat das Bundesgericht mit Urteil 8C\_718/2017 vom 24. Oktober 2017 nicht ein.

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