

SO_GERICHTE VSBES.2015.135 vom 23. Mai 2017

SO Obergericht, 2017-05-23, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2015.135

FR: SO_GERICHTE VSBES.2015.135 du 23 mai 2017

IT: SO_GERICHTE VSBES.2015.135 del 23 maggio 2017

Erwägungen

E. 2

a) Es seien dem Beschwerdeführer ab wann rechtens und über den 31. Oktober 2010 (recte: 2012) hinaus die gesetzlichen IV-Leistungen (berufliche Eingliederungsmassnahmen, IV-Rente) zzgl. Verzugszins zu 5 % ab wann rechtens auszurichten. b) Eventualiter: es sei eine gerichtliche medizinische Expertise unter Einbezug der internistischen, psychiatrischen und rheumatologisch-orthopädischen Fachrichtungen durchzuführen. c) Subeventualiter: es sei die Beschwerdesache zur medizinischen Neubegutachtung und zu beruflich-erwerbsbezogenen Abklärungen sowie zum Neuentscheid zurück zu weisen.

E. 2.2

Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht bei einem Invaliditätsgrad ab 40 % ein Anspruch auf eine Viertelsrente, ab 50 % auf eine halbe Rente, ab 60 % auf eine Dreiviertelsrente und ab 70 % auf eine ganze Rente. Für die Bemessung der Invalidität von erwerbstätigen Versicherten ist Art. 16 ATSG anwendbar. 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, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG; sogenannte allgemeine Methode des Einkommensvergleichs). 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 (BGE 130 V 343 E. 3.4 S. 348 f.; 128 V 29 E. 1 S. 30; 104 V 135 E. 2a und b S. 136 f.). 3.

E. 3

Es sei eine öffentliche Gerichtsverhandlung nach Art. 6 Ziff. 1 EMRK mit Publikums- und Presseanwesenheit einzuberufen und durchzuführen.

E. 3.1

Ändert sich der Invaliditätsgrad eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). 3.2 Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen (BGE 134 V 131 E. 3 S. 132 mit Hinweisen). Die Invalidenrente ist deshalb nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes revidierbar, sondern auch dann, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben. Ein Revisionsgrund ist ferner unter Umständen auch dann gegeben, wenn eine

andere Art der Bemessung der Invalidität zur Anwendung gelangt oder eine Wandlung des Aufgabenbereichs eingetreten ist (BGE 130 V 343 E. 3.5 S. 349 f. mit Hinweisen). Unerheblich unter revisionsrechtlichem Gesichtswinkel ist dagegen nach ständiger Rechtsprechung die unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Sachverhaltes (BGE 112 V 371 E. 2b S. 372; vgl. auch BGE 135 V 201 E. 5.2 S. 205). Nach der Rechtsprechung sind diese Revisionsbestimmungen bei der rückwirkenden Zusprechung einer abgestuften oder befristeten Rente analog anwendbar, weil noch vor Erlass der ersten Rentenverfügung eine anspruchsbeeinflussende Änderung eingetreten ist mit der Folge, dass dann gleichzeitig die Änderung mitberücksichtigt wird. Wird rückwirkend eine abgestufte oder befristete Rente zugesprochen, sind einerseits der Zeitpunkt des Rentenbeginns und andererseits der in Anwendung der Dreimonatsfrist von Art. 88a IVV festzusetzende Zeitpunkt der Anspruchsänderung die massgebenden Vergleichszeitpunkte (Urteil des Bundesgerichts 8C_269/2015 vom 18. August 2015 E. 3.2 mit Hinweisen).

4. 4.1 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche 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 132 V 93 E. 4 S. 99 f. mit Hinweisen).

4.2 Der Versicherungsträger und das Gericht (vgl. Art. 61 lit. c in fine ATSG) haben die Beweise frei, das heisst ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Gericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352; vgl. auch BGE 132 V 393 E. 2.1 S. 396). Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser 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 Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232). Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352; 122 V 157 E. 1c S. 160 f.).

4.3 Dennoch hat es die Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar erachtet, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (BGE 125 V 351, E. 3b, S. 352). Den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens durch den Sozialversicherer eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise

sprechen (BGE 135 V 465, E. 4.4, S. 470 f., 125 V 351 E. 3b/bb, S. 353). 4.4 Mit Blick auf den grundsätzlichen Unterschied zwischen Begutachtungs- und Behandlungsauftrag (BGE 124 I 170 E. 4 S. 175; vgl. auch Urteil des Bundesgerichts 9C_799/2012 vom 16. Mai 2013 E. 2.3) sowie die Erfahrungstatsache, 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), können ihre Berichte nicht denselben Stellenwert beanspruchen wie ein Gutachten, welches der Sozialversicherungsträger im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholt hat. Stellungnahmen, in denen die behandelnden Ärzte den gutachterlichen Feststellungen widersprechen oder an früher geäusserten abweichenden Meinungen festhalten, bilden nur dann Anlass zu ergänzenden Abklärungen, wenn sie wichtige, nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende Aspekte enthalten, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (vgl. statt vieler Urteil des Bundesgerichts 9C_183/2015 vom 19. August 2015 E. 4.2 mit Hinweis).

E. 4

Dem Beschwerdeführer sei die volle unentgeltliche Rechtspflege und Rechtsverbeiständung unter gleichzeitiger Einsetzung des unterzeichneten Rechtsanwalts als unentgeltlicher Rechtsbeistand zu gewähren.

E. 5

5.1 Die Beschwerdegegnerin sprach dem Beschwerdeführer mit vorliegend angefochtenen Verfügungen vom 13. April 2015 aufgrund eines ermittelten Invaliditätsgrads von 50 % eine halbe befristete Invalidenrente vom 1. Dezember 2010 bis 30. April 2011 und vom 1. Oktober 2011 bis 31. Oktober 2012 zu, wobei sie im Zeitraum vom 1. Mai bis 30. September 2011 zugunsten des höheren IV-Taggelds keine Invalidenrente ausrichtete. Zur Begründung wurde im Wesentlichen ausgeführt, gemäss dem G.____-Gutachten vom 4. März 2013 sei der Beschwerdeführer nach Ablauf des Wartejahres für jegliche Tätigkeiten im 1. Arbeitsmarkt vom 1. August 2009 bis 30. Juni 2012 in seiner Arbeitsfähigkeit zu 50 % eingeschränkt gewesen. Ab 1. Juli 2012 habe sich sein Gesundheitszustand soweit verbessert, dass ihm die bisherige Tätigkeit als Hilfsarbeiter und Gelegenheitsarbeiter wieder uneingeschränkt habe zugemutet werden können. Ab diesem Zeitpunkt habe er wieder mit der Gartenarbeit begonnen und sei verstärkt freizeitmässig aktiv gewesen. Die Anmeldung für IV-Leistungen sei erst am 11. Juni 2010 eingegangen. Demnach bestehe der Rentenanspruch ab 1. Dezember 2010 (IV-Nr. 88; A.S. 1 ff.). Der Beschwerdeführer lässt zunächst in formeller Hinsicht rügen, die Beschwerdegegnerin habe ihm zu keinem Zeitpunkt mitgeteilt, um wen es sich bei der begutachtenden Person handle. Ebenso wenig habe das G.____ den Versicherten vorgängig der gutachterlichen Exploration darüber orientiert, wer sich als Gutachterperson verantwortlich zeige. Eine solche Mitteilung hätte darüber hinaus auch rechtzeitig erfolgen müssen. Damit liege eine Verletzung des rechtlichen Gehörs vor, was zur beweisrechtlichen Nichtverwertbarkeit des Gutachtens führe und dazu, dass eine Begutachtung gerichtlich angeordnet werden müsse (Beschwerde, S. 7 Ziff. 8). 5.2 Muss der Versicherungsträger zur Abklärung des Sachverhalts ein Gutachten einer oder eines unabhängigen Sachverständigen einholen, so gibt er der Partei deren oder dessen Namen bekannt; diese kann den Gutachter aus triftigen Gründen ablehnen und kann Gegenvorschläge machen (Art. 44 ATSG). Dem Beschwerdeführer wurde der Name des psychiatrischen Gutachters des G.____ (Dr. med. Dipl.-Psych. H.____) nicht rechtzeitig im Sinne von Art. 44 ATSG und

der dazu ergangenen Rechtsprechung (BGE 132 V 376; vgl. auch die in BGE 133 V 446 nicht veröffentlichte E. 6.4 des Urteils I 218/06 vom 23. Juli 2007; in SZS 2008 S. 166 publizierte Urteil U 145/06 vom 31. August 2007, E. 5 und 6) mitgeteilt. So orientierte die Beschwerdegegnerin den Beschwerdeführer mit Schreiben vom 10. April 2012, es sei eine ambulant durchzuführende medizinische Abklärung im G.____ notwendig, damit der Leistungsanspruch geprüft werden könne. Datum und Zeit der Abklärung werde von dort direkt mit dem Beschwerdeführer vereinbart. Gleichzeitig liess sie ihm einen Fragekatalog zur Stellungnahme zukommen und darauf hinweisen, triftige Einwendungen gegen die begutachtende Person und allfällige Gegenvorschläge seien innert Frist schriftlich einzureichen (IV-Nr. 65 f.). Am 1. Mai 2012 teilte das G.____ (Dr. med. I.____, Chefarzt; Eidg. Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie) der IV-Stelle mit, eine Begutachtung sei erst im September/Oktober 2012 möglich (IV-Nr. 67). Am 3. September 2012 bestätigte das G.____ der IV-Stelle den Auftrag zur Begutachtung des Beschwerdeführers und teilte mit, die versicherungspsychiatrische Begutachtung erfolge am 17. Oktober 2012 (IV-Nr. 68). Daraufhin wurde der Beschwerdeführer am vorerwähnten Datum im G.____ versicherungspsychiatrisch begutachtet, ohne dass ihm vorher der Name des Gutachters (Dr. med. Dipl.-Psych. H.____) bekannt gegeben worden wäre. Demnach konnte der Beschwerdeführer vor der Begutachtung gegenüber der Beschwerdegegnerin keine Einwendungen oder Ablehnungsgründe in Bezug auf die Person des Gutachters gelten machen.

5.3 Gemäss Rz. 2080 ff. des Kreisschreibens des Bundesamtes für Sozialversicherungen (BSV) über das Verfahren in der Invalidenversicherung (KSVI) teilt die IV-Stelle der versicherten Person in einem ersten Schritt mit, dass eine Expertise eingeholt werden soll; zugleich gibt sie ihr die Art der vorgesehenen Begutachtung (poly- oder mono- bzw. bidisziplinär) sowie die vorgesehenen Fachdisziplinen und Gutachterfragen bekannt. In diesem Stadium kann die versicherte Person erst einmal (nicht personenbezogene) materielle Einwendungen gegen eine Begutachtung an sich oder gegen Art oder Umfang der Begutachtung vorbringen (Beispiele: unnötige «second opinion»; unzutreffende Wahl der medizinischen Disziplinen). In einem zweiten Verfahrensschritt teilt die IV-Stelle der versicherten Person die durch SuisseMED@P zugestellte Gutachterstelle (bzw. bei mono- und bidisziplinären Expertisen die von ihr ausgewählten Gutachter) und die Namen der Sachverständigen mit jeweiligem Facharzttitel mit. Mit der Bezeichnung der Sachverständigen kommt die Möglichkeit (materieller oder formeller) personenbezogener Einwendungen hinzu. Bei mono- und bidisziplinären Begutachtungen ist im Falle aller zulässigen Einwendungen konsensorientiert vorzugehen. Erst wenn eine Einigung ausbleibt, ergeht eine (einheitliche) Zwischenverfügung über die Beweisvorkehr an sich (Notwendigkeit einer Begutachtung, Beschränkung auf eine oder zwei Fachdisziplinen, Bezeichnung der Disziplinen) und die Person der Gutachter. In einer Gesamtbetrachtung der Verfahrensgarantien bei der Einholung medizinischer Expertisen ist weiter einzubeziehen, dass im erstinstanzlichen Beschwerdeverfahren vermehrt Gerichtsgutachten einzuholen sind. Diese der prozessualen Chancengleichheit dienende zusätzliche Sicherung ist bei mono- und bidisziplinären Begutachtungen besonders bedeutsam, weil hier die Vergabe nach dem Zufallsprinzip entfällt (BGE 139 V 349 E. 5.2.2.2 ff. S. 355 f. mit Hinweisen). Die Beschwerdegegnerin teilte dem Beschwerdeführer – nachdem sie ihm am 10. April 2012 mitgeteilt hatte, es sei eine medizinische Abklärung im G.____ notwendig, und den Fragekatalog zur Stellungnahme zugestellt hatte – vor der Begutachtung am 17. Oktober 2012 den Namen des begutachtenden Psychiaters (Dr. med. Dipl.-Psych. H.____) sowie dessen Facharzttitel

(Psychiatrie und Psychotherapie) nicht mit. Etwas anderes geht aus den vorliegend ins Recht gelegten Akten jedenfalls nicht hervor. Die Begründung in der angefochtenen Verfügung, dem Beschwerdeführer sei am 10. April 2012 mitgeteilt worden, dass er triftige Einwendungen gegen die begutachtende Person und allfällige Gegenvorschläge einreichen könne, und aus den Akten gehe hervor, dass er von seinem Recht keinen Gebrauch gemacht habe und keine Einwände gegen die Begutachtungsstelle vorgebracht habe (A.S. 8 Ziff. 4), zielt ins Leere. Da dem Beschwerdeführer sowohl der Name als auch der Facharztstitel von Dr. med. Dipl.-Psych. H.____ nicht rechtzeitig vor der Begutachtung mitgeteilt wurde, konnte er vor der Begutachtung auch keine entsprechenden Einwendungen gegen diesen Experten erheben.

5.4 Eine mangelhafte vorgängige Orientierung führt indessen nicht ohne weiteres zur Unverwertbarkeit der entsprechenden Abklärungsergebnisse. Der betroffenen Partei darf aus einer mangelhaften Eröffnung nur (aber immerhin) kein Nachteil erwachsen. Die Bekanntgabe der Namen dient dem Zweck, das Abklärungsverfahren der Sozialversicherer derart zu vereinheitlichen, dass dieses nicht im Nachhinein wegen formeller Mängel in Zweifel gezogen und das Gutachten nachträglich wegen gesetzlicher Ausstands- und Ablehnungsgründe in der Person des Gutachters als beweisuntauglich erklärt werden muss (Urteile des Bundesgerichts 8C_821/2007 vom 28. Juli 2008 E. 2.1.1 und I 77/07 vom 4. Januar 2008 E. 4.2.1, je mit Hinweisen). Aufgrund seiner Vorbringen in der Beschwerde ist davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer bei ordnungsgemässer Mitteilung den psychiatrischen Gutachter Dr. med. Dipl.-Psych. H.____ mangels einer (kantonalen) Berufsausübungsbewilligung abgelehnt hätte (vgl. Beschwerde, S. 10 Ziff. 11). Ein solches Ablehnungsbegehren wäre aber zum Vornherein aussichtslos gewesen, weil der psychiatrische Gutachter über den entsprechenden Facharztstitel verfügt (vgl. Medizinalberuferegister des Bundesamtes für Gesundheit [BAG]; www.medregom.admin.ch) und damit die fachlichen Voraussetzungen erfüllt, um als Experte tätig zu sein. Selbst wenn er zum Begutachtungszeitpunkt über keine kantonale Berufsausübungsbewilligung verfügt hätte, würde dies nicht zu einem Beweisverwertungsverbot führen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_526/2014 vom 3. Dezember 2014 E. 5.5 mit Hinweisen). Die angeblich fehlende fachliche Kompetenz und Nichtgeeignetheit aus persönlichen Gründen sind im Rahmen der Beweiswürdigung zu behandeln, weil sie über die gesetzlichen Ausstandsgründe hinausgehen (Müller, Das Verwaltungsverfahren in der Invalidenversicherung, 2010, S. 351 Rz. 1800 mit Hinweisen). Durch die unterbliebene vorgängige Information über die Person des Gutachters wurde der Beschwerdeführer daran gehindert, vor der Begutachtung Ausstandsgründe gegen diesen geltend zu machen. Wie vorstehend dargelegt, bestand jedoch kein Ablehnungsgrund. Ein allfälliges Ausstandsbegehren hätte – auch unter Einbezug der im Beschwerdeverfahren vorgebrachten Argumente – keine Aussicht auf Erfolg gehabt. Die Mitwirkungsrechte des Beschwerdeführers wurden gesamthaft betrachtet nicht derart schwer verletzt, dass es sich rechtfertigen würde, das psychiatrische Gutachten vom 4. März 2013 aus formellen Gründen aus dem Recht zu weisen (vgl. Urteil des Bundesgerichts I 77/07 vom 4. Januar 2008 E. 4.2.2 mit Hinweisen; Müller, a.a.O., S. 351 Rz. 1801). Soweit der Beschwerdeführer geltend machen lässt, das Gutachten von Dr. med. Dipl.-Psych. H.____ sei beweisrechtlich nicht verwertbar, kann ihm somit nicht gefolgt werden.

6. Aufgrund der vorliegend ins Recht gelegten Akten ergibt sich folgender medizinischer Sachverhalt:

6.1 Dem Protokoll des Erstgesprächs der J.____, vom 9. September 2008 kann entnommen werden, dass der Beschwerdeführer vom 19. März bis 11. April 2008 in der K.____, [...], hospitalisiert war, wobei die Diagnose einer Anpassungsstörung mit kurzer

depressiver Reaktion im Rahmen einer psychosozialen Belastungssituation gestellt wurde. Von dort wurde er dem Ambulatorium [...] zur ambulanten Nachbetreuung zugewiesen. Zur aktuellen Situation wurde im Wesentlichen angegeben, der Patient berichte, seit 1 ½ Jahren an Depressionen zu leiden mit aktuell gedrückter Stimmung, Gedankenkreisen um seine Arbeitslosigkeit, Schlafstörung mit Einschlafproblemen, verminderter Konzentration, vermehrter Vergesslichkeit sowie einschliessenden Suizidgedanken. Konkrete Pläne für einen Suizid habe er jedoch nicht. Er fühle sich oft nervös und innerlich unruhig, sei müde, antriebslos und habe negative Ideen. Auch leide er in letzter Zeit vermehrt unter Erinnerungen und Bildern von traumatischen Erlebnissen. Er habe Alpträume und Flashbacks. Diese Erinnerungen lösten Trauer aus und er müsse oft weinen. Er sei seit mehr als 2 Jahren arbeitslos, habe kein Anrecht mehr auf Arbeitslosenentschädigung und lebe von der AHV-Rente seiner 72-jährigen zweiten Ehefrau. Er leide darunter, nicht arbeiten zu können. Er habe keine Tagesstruktur und keine Perspektive. Seine zwei Brüder seien an Schizophrenie erkrankt. Somatisch leide er an Asthma und sein vermehrtes Schwitzen sei störend. Es wurde folgende Diagnose nach ICD-10 gestellt: «Schwere depressive Episode, aktuell ohne psychotische Symptome (ICD-10 F32.2), jedoch anamnestisch zuletzt psychotische Symptome vor 1 Monat. DD Schizoaffektive Störung, DD Schizophrenie (ICD-10 F20), Vd.a. posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1)». Im Rahmen der Beurteilung wurde im Wesentlichen angegeben, der Patient habe die Kriegszeit im Kosovo als zumindest für seine Familie existentiell bedrohlich erlebt, obwohl er damals bereits grösstenteils in der Schweiz gelebt habe. Er habe weinend von Erinnerungen an die Vorkriegszeit berichtet, welche sich in den letzten Monaten vermehrt in Form von Bildern (Flashbacks) und Tagträumen aufgedrängt hätten, was diagnostisch an eine posttraumatische Belastungsstörung denken lasse. Auf eine nähere Exploration sei im Erstgespräch verzichtet worden. Gleichzeitig bestehe eine deutliche Beeinträchtigung der Stimmung bei Belastungen in der aktuellen Lebenssituation mit Arbeitslosigkeit und diversen Verlusten in der Vergangenheit. Die zeitweise vorhandene psychotische Symptomatik mit optischen und akustischen Halluzinationen (Erscheinung einer Person, die sagt, sie komme von Gott und wolle mit ihm reden) sei schwer einzuordnen, sie könne sich aber im Rahmen der Depression abspielen. Insgesamt bestehe ein buntes Beschwerdebild, das schwer einer einzelnen Diagnose zugeordnet werden könne (IV-Nr. 31 S. 4 ff.). 6.2 Aus der Epikrise der J. ___ vom 31. Januar 2011 über die Behandlung vom 9. September 2008 bis 31. Januar 2011 geht im Wesentlichen hervor, der Patient sei wegen einer depressiven Symptomatik behandelt worden. Ende Februar 2009 sei sein 20-jähriger Bruder an einer Muskeldystrophie verstorben. In der Folge habe der Patient erneut zunehmende depressive Symptome mit Kraftlosigkeit, Müdigkeit, unregelmässigem Schlaf mit Tag-Nacht-Umkehr und einer ausgeprägten Antriebslosigkeit entwickelt. Auch habe er unter Gedankenkreisen, Hoffnungslosigkeit und unter dem wiederkehrenden Gedanken gelitten, nicht mehr aus der aktuellen Krise herauszukommen. Am 17. April 2009 habe er einen Suizidversuch mit Elektrizität unternommen. Danach sei eine Hospitalisation in der Psychiatrischen Klinik Solothurn vom 20. April bis 29. Mai 2009 stationär und vom 2. bis 12. Juni 2009 teilstationär erfolgt. Es seien die Diagnosen rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1), und vorsätzliche Selbstschädigung durch Strom (ICD-10 X83) gestellt worden. Der Patient habe die Behandlung aufgrund eines Fahrradsturzes und einer Reise in den Kosovo zum Besuch seiner erkrankten Mutter vorzeitig abgebrochen. Die ambulante Nachbetreuung sei durch das J. ___ erfolgt. Nach Austritt habe sich eine stabilere Phase gezeigt, wobei jedoch nur

eine Teilremission der depressiven Symptomatik habe erreicht werden können. Während der gesamten Behandlungszeit habe sich die soziale Isolation des Patienten als wichtigster Belastungsfaktor gezeigt. Einerseits habe er sich eine Arbeit oder zumindest eine Tagesstruktur gewünscht, andererseits seien die bisherigen Versuche, eine solche aufzugleisen, an der Situation am Arbeitsmarkt und der Pflegebedürftigkeit seiner betagten Ehefrau gescheitert. Die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit sei schwierig gewesen, da er seit längerem keiner geregelten Arbeit mehr nachgegangen sei und diesbezüglich keine fremdanamnestischen Angaben vorgelegen seien. Im Februar 2010 sei der Wiedereintritt in die Tagesklinik angemeldet worden. Gleichzeitig habe sich im Februar 2010 eine erneute mittelgradige depressive Episode gezeigt. Neu habe der Patient kurzzeitig über gehobene Stimmungen mit viel Energie, dem Gefühl Gott und gross zu sein, berichtet. Nach einigen Stunden sei dann ein Stimmungseinbruch erfolgt. Es habe ein starkes Krankheitsgefühl mit Leidensdruck und Suizidalität bestanden. Die nächste Hospitalisation sei dann vom 2. bis 9. März 2010 stationär und vom 10. März bis 9. April 2010 teilstationär erfolgt. Die Zuweisung sei bei anamnestisch vom Patienten angegebenen starken Stimmungsschwankungen zwischen Stimmungshoch und depressiven Stimmungseinbrüchen, begleitet von starkem Krankheitsgefühl, Leidensdruck sowie geäusserten suizidalen Gedanken, erfolgt. Die Schlussdiagnose nach ICD-10 lautete wie folgt: «Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1); passiv abhängige Persönlichkeitszüge». Als Procedere wurde die psychiatrische Weiterbetreuung in der Praxis der behandelnden Psychiaterin Dr. med. F.____ vorgeschlagen (IV-Nr. 31 S. 1 ff.).

6.3 Dr. med. F.____, Praxis für Psychiatrie und Psychotherapie, hielt in ihrem Bericht zu Händen der IV-Stelle vom 21. November 2011 folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit fest: «Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1), Passiv abhängige Persönlichkeitszüge». Die behandelnde Psychiaterin attestierte eine vollständige Arbeitsunfähigkeit seit August 2008, vermutlich schon länger. Der Gesundheitszustand sei stationär. Zur persönlichen Anamnese wurde im Wesentlichen angegeben, der Patient sei im Kosovo aufgewachsen als zweitältester Sohn zusammen mit 6 Brüdern und 2 Schwestern. Die Mutter sei Hausfrau gewesen, der Vater habe einen Bauernbetrieb geführt. Der Patient habe einen Maturitätsschulabschluss und habe im Anschluss daran 2 Jahre Agronomie studiert. Dann sei die Universität aufgrund der politischen Situation geschlossen worden, sodass er das Studium nicht habe abschliessen können. Er habe anschliessend seinem Vater auf dem Hof geholfen und als Taxichauffeur gearbeitet. Im Jahr 1995 sei er wegen des Krieges als Flüchtling in die Schweiz gekommen zusammen mit seinem Bruder, nachdem dessen Haus durch einen Bombenanschlag zerstört worden und seine Freundin dabei ums Leben gekommen sei. Sein Bruder sei kurz darauf psychisch krank geworden und 2 Jahre später in den Kosovo zurückgekehrt. Ein anderer Bruder sei auch in dieser Zeit in die Schweiz gekommen und sei 2009 an Muskeldystrophie gestorben. Ein Bruder lebe im Kosovo und sei psychisch schwer krank, nachdem er im Gefängnis gefoltert worden sei. Zunächst habe er in der Schweiz als Asylant nicht arbeiten können, was für ihn schwierig gewesen sei. Im Jahr 1999 habe er eine Schweizerin geheiratet, dadurch einen Ausländerausweis C und damit die Arbeitsbewilligung erhalten. Im Anschluss daran habe er verschiedene Gelegenheitstätigkeiten (Bau, Reinigung) ausgeübt. Er habe jedoch immer nur kurze Temporärarbeiten gefunden, sei seit 1998 mehrheitlich arbeitslos, habe sich vom RAV umschulen lassen, was jedoch nichts gebracht habe. Er lebe von der AHV-Rente seiner betagten 75-jährigen zweiten Schweizer Ehefrau. Als

Ressourcen seien Lesen und Spazieren zu nennen. Zur Krankheitsanamnese führte Dr. med. F. ___ im Wesentlichen aus, der Patient sei vom September 2008 bis Januar 2011 bei ihr im J. ___ mit einer depressiven Symptomatik in Behandlung gewesen. Im Juni 2005 (recte: 2010) habe sich der Patient für eine IV-Anmeldung entschieden und sei in der Folge anfangs Oktober in einen Arbeitsversuch bei der E. ___ eingetreten. Es seien ungenügende Leistungen des Patienten deutlich geworden mit Ungenauigkeit und sehr langsamem Arbeiten. Bei einer Drahtbiegeübung habe er Resultate erreicht, welche der Leistung eines 8 bis 12-jährigen Kindes entsprochen hätten. Bei Einzelbetreuung seien die Leistungen deutlich besser gewesen. Gemäss der Einschätzung von E. ___ sei eine Eingliederung verfrüht gewesen und es bedürfe einer vorgängigen Motivationsarbeit. Die IV habe die berufliche Wiedereingliederung weiterhin unterstützt. Es sei die Idee entstanden, einen erneuten Abklärungseinsatz bei der E. ___ in der Küche zu absolvieren. Der Patient habe dort zwischen April und Oktober 2011 sehr motiviert gearbeitet mit deutlichen Fortschritten in der Gesamtbefindlichkeit und Ausstrahlung. Die Präsenz habe von 2 auf 3,5 Std. pro Tag langsam gesteigert werden können. Bei 4 Arbeitsstunden pro Tag habe sich eine deutliche Überforderung des Patienten mit vermehrten Arbeitsausfällen gezeigt. Nachdem er sich dort anfänglich innerlich abwesend gezeigt habe mit Klagen über Muskelkater, habe sich gemäss dem Küchenchef der E. ___ während des ersten Monats eine deutliche Besserung gezeigt. Er sei besser im Kontakt gewesen, gesprächiger, habe neu Emotionen und Lachen gezeigt und bei der Arbeit extreme Fortschritte gemacht. Er habe gut, korrekt, gewissenhaft und selbstständig gearbeitet mit Spass an der Arbeit und deutlicher Steigerung des Arbeitstempos. Im sozialen Umgang sei er angenehm erlebt worden. Es habe sich auch gezeigt, dass er einen geschützten Rahmen brauche mit sanfter Anleitung ohne Druck. Es habe sich eine rasche Ermüdbarkeit mit deutlichen Konzentrationsstörungen gezeigt. Das Arbeitstempo sei niemals ausreichend für den ersten Arbeitsmarkt und er habe kein vernetztes Denken gezeigt. Er habe sich bei Abwascharbeiten wohl gefühlt und Rüstarbeiten erledigt; er sei nicht ungeschickt. Der Patient hätte in einer ähnlichen Tagesstruktur im geschützten Rahmen gerne weitergearbeitet. Da eine Eingliederung in den ersten Arbeitsmarkt als nicht realistisch eingeschätzt worden sei, habe die Beschwerdegegnerin die Rentenprüfung vorgenommen. Im Rahmen der Befunderhebung wurde angegeben, es handle sich um einen wachen, bewusstseinsklaren, allseits orientierten Mann. Es sei eine gepflegte Erscheinung, wobei er unauffällig gekleidet sei. Im Kontakt sei er freundlich, höflich und ruhig. Es bestünden keine Hinweise auf Aufmerksamkeits- oder Gedächtnisstörungen. Dies sei jedoch nicht explizit überprüft worden. Das formale Denken sei kohärent, inhaltlich etwas eingeengt auf die aktuelle Problematik. Es seien keine Hinweise auf Wahn, Sinnestäuschungen oder Ich-Störungen vorhanden. Affektiv sei er leicht niedergedrückt, weine im Gespräch, sei hoffnungslos und ratlos. Ein affektiver Rapport sei herstellbar. Akute Suizidalität werde aktuell verneint. Zu den therapeutischen Massnahmen wurde festgehalten, unter der aktuellen psychiatrischen Medikation mit Venlafaxin und Seroquel habe sich seit März 2011 ein erfreulich stabiler Verlauf auf tiefem Niveau gezeigt. Der Patient habe von der gegebenen Tagesstruktur sehr profitiert und eine deutliche Verbesserung der Gesamtbefindlichkeit gezeigt. Leider gebe es aktuell keine Finanzierungsmöglichkeit für eine solche Tagesstruktur, sodass seit Oktober 2011 wieder eine leichte Verschlechterung der psychischen Situation bestehe. Eine Arbeit im geschützten Rahmen wäre für den Patienten therapeutisch äusserst wichtig. Prognostisch wäre ein Beibehalten des Zustands, wie er im Sommer 2011 habe erarbeitet werden können, bereits ein grosser Erfolg. Trotzdem sei von einer chronischen Erkrankung auszugehen und

eine Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit im ersten Arbeitsmarkt nicht zu erwarten. Auf dem Beiblatt zum Arztbericht wurde angegeben, der Patient habe sich in der Arbeitsabklärung bei der E.____ trotz grosser Motivation verlangsamt gezeigt, habe Konzentrationsstörungen gehabt und sei rasch ermüdbar gewesen. Das Arbeitstempo sei trotz grosser Bemühung zu langsam gewesen. Er habe eine sanfte Anleitung benötigt, habe nur einfache Arbeiten ohne Druck ausführen können und habe wenig vernetztes Denken gezeigt. Die maximale Präsenzzeit liege bei 3.5 Std. pro Tag; sonst seien vermehrte Krankheitsausfälle und Überforderung zu verzeichnen. Die bisherige Tätigkeit in der freien Wirtschaft sei nicht mehr zumutbar. Der Patient sei auf eine Arbeit in einem geschützten Rahmen mit sanfter, wertschätzender Anleitung, wenig Druck und nur kurzer zeitlicher Präsenz (maximal 3.5 Std. pro Tag) angewiesen. Dabei bestehe eine deutlich verminderte Leistungsfähigkeit. Aufgrund der Schwere der Erkrankung bestehe trotz grosser Motivation keine verwertbare Arbeitsfähigkeit im ersten Arbeitsmarkt (IV-Nr. 61).

6.4 Aus dem Bericht des Hausarztes Dr. med. L.____, Innere Medizin FMH, vom 8. Dezember 2011 geht die Diagnose «Depression, aktuell schwere Episode» hervor. Es bestehe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit seit ungefähr 2008. Der Gesundheitszustand sei stationär. Es seien eine geringe Belastbarkeit, rasche Erschöpfung, allgemeine Schwäche, Schwindel, Kopfschmerzen und Konzentrationsschwäche festzustellen. Die bisherige Tätigkeit sei zurzeit nicht zumutbar. Auch eine andere Tätigkeit sei zurzeit nur im geschützten Rahmen zuzumuten. Dabei sei auf eine verständnisvolle Umgebung, Arbeit ohne Zeitdruck und den Verzicht auf eine schwere/mittelschwere körperliche Arbeit zu achten. Eine solche angepasste Tätigkeit sei während 2 bis 3 Stunden pro Tag zuzumuten, wobei eine verminderte Leistungsfähigkeit bestehe (IV-Nr. 62).

6.5 Dem von der IV-Stelle veranlassten versicherungspsychiatrischen Gutachten des G.____, [...], vom 4. März 2013 kann entnommen werden, dass der Beschwerdeführer dort am 17. Oktober 2012 von Dr. med. Dipl.-Psych. H.____, Eidg. Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, untersucht und begutachtet wurde. Unter dem Titel «Zusammenfassung und Beurteilung» wurde im Wesentlichen angegeben, in der aktuellen Untersuchung habe man keine depressive Symptomatik beim Exploranden mehr feststellen können. Von den geforderten Grundsymptomen für eine depressive Episode lasse sich die depressive Stimmung, die ein deutlich ungewöhnliches Ausmass angenommen habe und die meiste Zeit des Tages unbeeinflusst anhalte, nicht feststellen. Auch die Interessen- oder Freudlosigkeit an Aktivitäten, die normalerweise angenehm gewesen seien, liessen sich nicht mehr feststellen. Im Gegenteil sei festzuhalten, dass der Explorand aktiver geworden sei und viele seiner früheren Lieblingstätigkeiten, z.B. die Gartenarbeit, wieder aufgenommen habe. Lediglich das dritte Hauptsymptom, nämlich ein verminderter Antrieb oder eine gesteigerte Müdigkeit, sei im Sinne einer Müdigkeit und Kraftlosigkeit festzustellen. Es sei jedoch mit grosser Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass die Müdigkeit medikationsbedingt sei. Soweit erkennbar, sei seit 2009 unverändert eine sehr hohe antidepressive Medikation durchgeführt worden, auf deren Nebenwirkungen hingewiesen werde. Eine zusätzlich dämpfende Medikation mit einem Neuroleptikum bei einer täglichen Liegezeit von 14 Stunden sei ebenfalls nicht nachvollziehbar. Im Zusammenhang mit Kraftlosigkeit und Müdigkeit als Haupthinderungsgrund für eine Arbeitsfähigkeit sollte die gesamte Medikation dringend revidiert werden. Im Weiteren führte der psychiatrische Gutachter aus, das Medikamenten-Monitoring, durchgeführt durch Bestimmung der Medikamentenspiegel durch das Institut M.____, bestätige den klinischen Eindruck einer Überdosierung des antidepressiv wirkenden Medikamentes Venlafaxin. Auf die typischen

Nebenwirkungen bei Überdosierungen sei bereits hingewiesen worden. Im konkreten Fall liege der Medikamentenspiegel sogar über dem als toxisch wirkenden Bereich, sodass davon auszugehen sei, dass die beschriebenen Symptome der Tagesmüdigkeit bei gleichzeitiger Schlafstörung nachts und nächtlichem Schwitzen als Zeichen der toxischen Wirkung des Venlafaxin anzusehen seien. Die Substanz Quetiapin lasse sich überhaupt nicht nachweisen, sodass davon ausgegangen werden könne, dass er sein «Schlafmedikament», von dem er selbst behauptete, dass er in letzter Zeit die doppelte Dosis einnehmen müsse wegen der zunehmenden Schlafstörung, überhaupt nicht eingenommen habe. Insgesamt werde durch die Laborbestimmungen der klinische Eindruck verstärkt, dass es dringend angezeigt sei, die pharmakologische Behandlung grundsätzlich zu überdenken, da sie für die Symptomatik als verursachend angesehen werden müsse. Im Hinblick auf die beschriebene Simulation von Symptomen (siehe psychopathologischer Befund) und kognitiven Leistungsdefizite (siehe orientierende Testung) sei ebenfalls eine antidepressive Therapie zu überdenken. Bezeichnenderweise gebe der Explorand an, dass er nach seiner Meinung am meisten von der sozial-psychiatrischen Betreuung und Hilfe seiner Ärztin profitiert habe, wobei seine passiv abhängigen Persönlichkeitszüge einer solchen Behandlungsstrategie entgegenkommen würden. Aus fachpsychiatrischer Sicht sei die depressive Symptomatik zum aktuellen Zeitpunkt remittiert. Da eine rezidivierend depressive Störung gemäss Aktenlage anzunehmen sei, sollte selbstverständlich eine ambulante Weiterbehandlung stattfinden, die gegebenenfalls auch eine medizinische Rezidivprophylaxe einschliessen könnte. Sodann wies Dr. med. Dipl.-Psych. H.____ darauf hin, die Arbeitsfähigkeit sei bei einer depressiven Störung, die zudem durch psychosoziale Belastungen ausgelöst worden sei, positiv zu beurteilen. Aus fachpsychiatrischer Sicht sei aufgrund der remittierten Symptomatik der Explorand zum gegenwärtigen Zeitpunkt als voll arbeitsfähig zu beurteilen. An dieser Stelle werde auch darauf hingewiesen, dass der Explorand zum Teil eine deutliche Symptomausweitung gezeigt habe und im Rahmen der gutachterlichen Untersuchung aktiv darum bemüht gewesen sei, seinen Gesundheitszustand defizitorientiert darzustellen. Gemäss den vorliegenden Daten scheine der Explorand auch in der Vergangenheit zu keinem Zeitpunkt einer längeren beruflichen Tätigkeit nachgegangen zu sein, sodass bei ihm verschiedene krankheitsfremde Faktoren bei der bisherigen Entwicklung eine Rolle spielten, welche im Rahmen der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bewusst ausser Acht gelassen worden seien. Unter dem Titel «Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit» wurde angegeben, bei der aktuellen Untersuchung seien keine fachpsychiatrischen Diagnosen gestellt worden, die eine dauernde Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit haben. Als «Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit» wurde eine anamnestic rezidivierend depressive Störung, gegenwärtig remittiert (ICD-10 F33.4), angegeben. Die dem psychiatrischen Gutachter gestellten Fragen wurden dahingehend beantwortet, aus gutachterlicher Sicht werde eine anhaltende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit weder aktuell noch anamnestic bestätigt. Gemäss den vorliegenden Daten werde seit 2007 eine psychische Problematik attestiert und im Verlauf wiederholt eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht bestätigt. Hingegen könne aus gutachterlicher Sicht eine anhaltende erhebliche depressive Symptomatologie, welche diese über Jahre dauernde 100%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründen würde, nicht bestätigt werden. Der Explorand scheine gemäss den vorliegenden Daten vielleicht beruflich nicht tätig gewesen zu sein, habe aber zielgerichtete Aktivitäten, wie die Betreuung seiner Ehefrau und auch anderweitige zielgerichtete Aktivitäten, durchgeführt. Auch das vom Exploranden aktuell beschriebene

Tagesaktivitätsniveau könne mit einer schweren depressiven Störung und in diesem Zusammenhang mit einer 100 % Arbeitsunfähigkeit nicht vereinbart werden. Ab August 2009 sei nach Aktenlage wieder eine intensivere ambulante Behandlung notwendig, sodass zumindest eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit vorgelegen sei. Ab 20. September 2010 sei das Belastungstraining in der E.____ durchgeführt worden. Ab März 2011 sei nach Aktenlage ein erfreulich stabiler Verlauf auf tiefem Niveau festgestellt worden. Ob dies einer vollen Arbeitsunfähigkeit entspreche, könne retrospektiv nicht beurteilt werden. Zum aktuellen Zeitpunkt und mindestens drei Monate rückwirkend bis Anfang Juli 2012 sei von einer vollen Arbeitsfähigkeit auszugehen. Nach seinen Angaben habe der Explorand zu diesem Zeitpunkt wieder die Gartenarbeit begonnen und sei verstärkt freizeitmässig aktiv gewesen. Abschliessend wurde ausgeführt, aus rein versicherungsmedizinischer fachpsychiatrischer Sicht sei die bisherige Tätigkeit als Hilfsarbeiter und Gelegenheitsarbeiter voll zumutbar. Weder in der bisherigen Tätigkeit noch in einer angepassten Tätigkeit bestehe aus psychiatrischer Sicht eine anhaltende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Beim Exploranden bestehe bereits aktuell eine 100%ige Arbeitsfähigkeit unabhängig von medizinischen Massnahmen. Es empfehle sich jedoch die Überprüfung der gesamten Medikation. Der Explorand könne gegebenenfalls bei einer beruflichen Wiedereingliederung unterstützt werden, wobei diesbezüglich eine geringe Motivation bestehe. Unter Berücksichtigung der bewusstseinsnahen Verhaltensweisen müsse auch von einem gewissen Rentenbegehren ausgegangen werden. Aus fachpsychiatrischer Sicht seien grundsätzlich jegliche berufliche Massnahmen vollumfänglich zuzumuten (IV-Nr. 70 S. 21 ff.).

6.6 In ihrer Stellungnahme vom 23. April 2013 hielt die behandelnde Psychiaterin Dr. med. F.____ im Wesentlichen fest, das Gutachten von Dr. med. Dipl.-Psych. H.____ weise massive Mängel, Widersprüche, falsche Darlegungen der Fakten und Fehleinschätzungen auf. So sei die Aktenlage unvollständig. Es fehle die Erwähnung der Austrittsberichte sämtlicher psychiatrischer Hospitalisationen des Patienten in [...] und [...]. Bei ihr sei lediglich die ambulante Behandlung erfolgt. Im Weiteren sei auf die Erhebung einer Fremdanamnese verzichtet worden. In einem Telefonat mit der aktuellen Arbeitgeberin (N.____, [...]) wäre deutlich geworden, dass es sich beim aktuellen Arbeitsplatz um einen Nischenarbeitsplatz handle, bei dem der Patient unter keinem Leistungsdruck stehe, jederzeit Pausen machen könne und mit Kaffee und Tee sowie stützenden Gesprächen versorgt werde. Formal erhalte er einen Lohn, im Grunde erfülle der Arbeitsplatz aber die Bedingungen eines betreuten Arbeitsplatzes. Auch auf eine Kontaktaufnahme mit Personen, die den Exploranden bei der Wiedereingliederung begleitet hätten, mit der Betreuerin der sozialen Dienste oder mit der betreuenden Psychiaterin, sei verzichtet worden. Im Weiteren führte Dr. med. F.____ aus, das Setting des Gutachtens sei fragwürdig. Die gesamte gutachterliche Untersuchung habe an einem einzigen Termin stattgefunden, wobei die Dauer des Gesprächs im Gutachten nicht erwähnt werde. Anamnestisch berichte der Patient von einer Gesprächsdauer von drei Stunden. Dies übersteige deutlich die normale Konzentrationsspanne eines Menschen. Bei einer nur einmaligen Untersuchung könne lediglich eine punktuelle Aussage gemacht werden, mit der Schwankungen in der Befindlichkeit nicht erfasst werden könnten und die wenig Aussagekraft habe. Ferner sei als einzige testpsychologische Untersuchung der RMT-Test zur Detektion von Aggravation durchgeführt worden. Obwohl die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Erkrankung im Raum stehe, sei auf ein standardisiertes Verfahren zur Erhebung depressiver Symptome wie die Hamilton Depressionsskala oder das Beck Depressionsinventar verzichtet worden. Auch sei trotz Merkfähigkeitsstörungen,

Auffälligkeiten in der orientierenden Testung der kognitiven Leistungsfähigkeit und der Konzentration (Rechenaufgabe) keine weitergehende neuropsychologische Untersuchung zur näheren Eingrenzung der Symptomatik angeordnet worden. So bleibe in der Beurteilung das kognitive Leistungsdefizit ohne Erklärung oder Diagnose zurück und werde am Rande als Nebenwirkung der antidepressiven Therapie eingeordnet. Hingegen sei die Beurteilung des Patienten als simulierend erfolgt, bevor überhaupt genauere Untersuchungen durchgeführt worden seien. Im Gutachten werde die Diagnose «anamnestisch rezidivierende depressive Störung» gestellt. Ein Gutachter sollte sich jedoch mit seinem Exploranden auseinandersetzen, dass er beurteilen könne, ob er eine anamnestische Diagnose stütze oder verwerfe. Eine anamnestische Diagnose zeuge in einem Gutachten von ungenügender Auseinandersetzung mit der Thematik. In der gesamten Befunderhebung zeigten sich im Gutachten Vermischungen von Befunden und Beurteilungen. Man finde verschiedene Widersprüche zwischen Aktenlage, Befunden und Beurteilung: Die rückwirkende Beurteilung der Arbeitsfähigkeit durch den Gutachter stehe in deutlichem Widerspruch zu den Beurteilungen der behandelnden Psychiaterin, des Hausarztes und des RAD-Arztes. Im Gutachten werde dem Patienten «Simulation» von Symptomen unterstellt, obwohl der Explorand keine spontanen Aussagen zu typischen depressiven Symptomen mache. Sodann werde dem Exploranden eine geringe Motivation zugesprochen, was in deutlichem Widerspruch zur Aktenanamnese stehe. Schliesslich zeige sich ein Widerspruch zwischen den erheblichen erhobenen Symptomen und der Diagnose des Gutachters. Die gezeigten Symptome wiesen auf eine aktuell bestehende depressive Symptomatik hin. Andere Symptome seien nicht systematisch erfragt worden. Im Gutachten seien zudem Bemerkungen vorhanden, welche die Behandlung der behandelnden Psychiaterin in Frage stellten, ohne dass diesbezüglich mit ihr Rücksprache genommen worden wäre. Schliesslich seien in der Beurteilung wichtige Aspekte ausser Acht gelassen worden. Da im Gutachten der Behandlungsverlauf der behandelnden Psychiaterin seit dem letzten IV-Arztbericht vom 21. November 2011 nicht als Fremdanamnese miteinbezogen worden sei, werde der Verlauf bis heute wie folgt kurz zusammengefasst: Im Dezember 2011 sei es zu einer erneuten Verschlechterung der depressiven Symptomatik mit Niedergeschlagenheit, Verzweiflung, Freudlosigkeit, Traurigkeit über den Abschluss der Wiedereingliederungsbemühungen bei der E.____, Leiden unter der fehlenden Tagesstruktur, Antriebslosigkeit mit zunehmender Überforderung mit der Pflege der betagten und kranken Ehefrau sowie Existenzängsten gekommen. Anfangs Januar 2012 sei die Ehefrau gestorben, was zu grosser Trauer, sozialer Isolation und einer mittelgradigen depressiven Krise geführt habe, die sich bis Juli 2012 hingezogen habe. Seit Januar 2012 erhalte der Explorand Unterstützung durch den O.____ in [...], was bezüglich der finanziellen Sorgen Entlastung gebracht habe. Ab 1. Juni 2012 sei eine Anstellung im N.____, [...], als Hilfgärtner in einem Pensum von einem halben Tag pro Woche erfolgt. Diese Anstellung in einem Nischenarbeitsplatz habe sich der Explorand selbstständig über Kontakte mit einer Nonne organisieren können. Im Sommer 2012 sei es zu einer erfreulichen Besserung der Symptomatik gekommen, welche jedoch nur kurz angehalten habe. Bereits im Herbst 2012 sei eine erneute depressive Verschlechterung aufgetreten mit Klagen über Müdigkeit, Traurigkeit, gedrückter Stimmung, Schlafstörungen, Alpträumen, teilweise Suizidgedanken und Trauer um die verstorbene Ehefrau. Insgesamt könne von einem weiterhin phasenhaften Verlauf der depressiven Erkrankung gesprochen werden mit einer mittelschweren depressiven Phase im Herbst 2011 bis Sommer 2012, dann einer recht guten etwa zweimonatigen Phase und erneuter depressiver Phase seit Herbst 2012 bis dato. Seit

Herbst 2012 zeigten sich teilweise auch rasche Wechsel zwischen einzelnen guten Tagen und depressiven Phasen. Eine volle Remission der Symptome sei bisher jedoch nie zu beobachten gewesen, auch nicht im Sommer 2012 (IV-Nr. 72). 6.7 In seiner Stellungnahme vom 16. Juli 2013 hielt Dr. med. Dipl.-Psych. H. ___ im Wesentlichen fest, es seien diejenigen Arztberichte, die nach der Anmeldung zum Bezug von IV-Leistungen vom 9. Juni 2010 verfasst worden seien, berücksichtigt worden. Die medizinischen Berichte, die vor der IV-Anmeldung erstellt worden seien, seien nicht Teil des IV-Dossiers gewesen. Zudem seien in den vorliegenden Unterlagen durchaus ausreichende Informationen vorhanden gewesen, die über den Zustand des Exploranden ab 2008 berichtet hätten. Im Weiteren sei die Einholung einer Fremdanamnese nicht ein zwingender Bestandteil einer Begutachtung. Es handle sich um eine korrekte gutachterliche Abklärung. In keinem Lehrbuch werde eine Begutachtung mit weniger als zwei Terminen als «nicht seriös» dargestellt. Ferner seien die Hamilton Depressionsskala sowie das Beck Depressioninventar keine standardisierten Testverfahren, sondern lediglich ein Instrument zur Einschätzung des Schweregrades einer Depression, welches nicht zur Diagnosestellung herangezogen werden dürfe. Die gestellte Diagnose einer anamnestisch rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig remittiert (ICD-10 F33.4) sei korrekt. Da zum Zeitpunkt der gutachterlichen Untersuchung die Symptome einer anhaltenden depressiven Episode nicht festgestellt worden seien, sei man von einer remittierten depressiven Störung ausgegangen und die in der Vergangenheit beschriebenen depressiven Episoden seien als Diagnose gewürdigt und als solche bestätigt worden. Die aktuell gestellte Diagnose werde begründet durch den psychopathologischen Befund und klinischen Eindruck sowie die anamnestischen Angaben und die Aktenlage. Aufgrund dieser Informationen werde eine Remission der Störung festgestellt. Es bestehe also keine anhaltende depressive Symptomatik mehr. Im Weiteren führte der psychiatrische Gutachter aus, der psychopathologische Befund werde erhoben nach dem AMDP-System, das zur Gruppe der Fremdbeobachtungsverfahren gehöre und deskriptiv sei. Die Beurteilungsgrundlagen seien sowohl die Selbstaussage, die dokumentiert werde, als auch die Fremdbeobachtung des Sachverhaltes. Die Bewertung der Bedeutung der erhobenen Daten erfolge erst in einem weiteren Schritt, nämlich der Diagnosestellung, die durch die Interpretation der Befunddaten begründet werde. Die meisten der in der Stellungnahme von der behandelnden Ärztin festgestellten und bemängelten «Widersprüche» und «Fehleinschätzungen» seien aufzulösen bzw. aufzuklären, wenn der oben dargestellte methodische Ansatz des AMDP-Systems berücksichtigt werde. Im Gutachten werde nur insoweit auf die derzeitige Therapie Bezug genommen, als sich daraus ein Einfluss auf den psychopathologischen Befund ergebe. Dies sei hinsichtlich der Medikation durch die Überprüfung des Medikamentenspiegels gut zu belegen und zu dokumentieren. In der Begutachtung werde kein neues Therapiekonzept entwickelt; es werde darauf hingewiesen, dass Therapiekonzepte nicht optimal seien bzw. geändert werden könnten. Im Weiteren wurde darauf hingewiesen, Simulation und Aggravation seien psychopathologisch nur aufgrund des klinischen Eindrucks, also aufgrund einer Plausibilität zu beantworten. Auch das Testverfahren Rey-Memory-Test (RMT) zur Detektion von Aggravation und Simulation schliesse bei einem negativen Befund eine Simulation nicht aus. Ein positiver Befund, wie ihn der Explorand gezeigt habe, sei jedoch nur bei schwer dementen Patienten zu erheben, ohne dass eine Simulation vorliege. Zusammen mit anderen nicht nachvollziehbaren Aussagen und demonstrierten Defiziten (z.B. Auffassungsgabe) werde deshalb von einer Simulation von Beschwerden ausgegangen. Auf eine Leistungsdiagnostik sei bewusst

verzichtet worden. Abschliessend führte der psychiatrische Gutachter noch aus, hinsichtlich des psychopathologischen Befundes und damit der Diagnosebegründung mache Dr. med. F.____ in ihrem Schreiben keine zusätzlichen medizinischen Informationen. Es falle auf, dass die subjektiven Beschwerden des Exploranden in der Beurteilung der therapeutisch tätigen Ärzte häufig als objektivierbare Befunde weitergegeben worden seien. Dies führe zur unterschiedlichen Beurteilung der Arbeitsfähigkeit zwischen dem Gutachten und der Einschätzung der behandelnden Ärzte. Im Weiteren finde sich eine Beschreibung der Arbeitstätigkeit des Exploranden aufgrund eines Telefongesprächs vom 16. April 2013 mit dem N.____ [...]. Demnach sei der Explorand dort seit über einem Jahr tätig. Bei guter Arbeitsmotivation sei er als Mitarbeiter geschätzt. Beim Arbeiten sei er jedoch «auffallend langsam». Diese Einschätzung werde von ihm subjektiv bestätigt, indem er auch bei der gutachterlichen Untersuchung darauf hingewiesen habe, dass er vor allen Dingen beim Arbeiten häufig müde sei. Auf diesen Sachverhalt sei in der Beurteilung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit eingegangen worden und mögliche Ursachen seien diskutiert worden (IV-Nr. 75).

6.8 Dr. rer. nat. P.____, Diplomierte Psychologin, welche Dr. med. F.____ vertrat und den Beschwerdeführers seit 1. Juni 2014 betreut, hielt in ihrem Bericht zu Händen des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers vom 13. Mai 2015 im Wesentlichen fest, der Patient berichte von grosser Müdigkeit und Erschöpfung, Niedergeschlagenheit, Freudeverlust, Antriebslosigkeit, Gedankenkreisen um seine finanzielle, soziale und gesundheitliche Situation, Konzentrationsproblemen, Minderwertigkeits- und Schuldgefühlen, Schlafproblemen und Suizidgedanken. Er habe keine Hoffnung mehr und erwarte, dass seine Situation immer schlimmer werde. Wegen einer neuerlichen Aggravation der Symptomatik sei eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit für zwei Wochen ab dem 12. Mai 2015 bescheinigt worden. Die Diagnosen lauteten auf «rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1) und abhängige Persönlichkeitszüge». Die depressive Symptomatik nehme einen chronischen Verlauf, begünstigt durch diverse andere Probleme, was eine Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit im ersten Arbeitsmarkt sehr unwahrscheinlich mache. Der Patient arbeite an 4 Nachmittagen in der Stiftung Q.____ und an einem Vormittag im N.____. Durch Verschlechterung der depressiven Symptomatik (Antriebsverlust, massive Müdigkeit und Erschöpfung, Konzentrationsprobleme, Verzweiflung) sei ihm jedoch auch diese Tätigkeit im geschützten Rahmen nicht möglich. Eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestehe für die nächsten zwei Wochen. Der Patient schaffe es bei besserer psychischer Gesundheit, im geschützten Rahmen zu arbeiten und profitiere von der sozialen Einbindung und der Tagesstruktur. Ohne die Möglichkeit, langsam zu arbeiten und häufig Pausen zu machen, wäre er auch in Phasen, in denen die Depression teilremittiert sei, nicht in der Lage, an einer Arbeitsstelle zu bestehen. Dementsprechend sei zurzeit von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit im ersten Arbeitsmarkt, von einer temporären 100%igen Arbeitsunfähigkeit im geschützten Rahmen bei Verschlechterung der depressiven Symptomatik (wie aktuell) und von einer ca. 50%igen Arbeitsfähigkeit im geschützten Rahmen bei Besserung der depressiven Symptomatik auszugehen. Im Weiteren führte die Psychologin aus, der Gesundheitszustand habe sich seit dem 17. Oktober 2012 (Datum der Exploration beim G.____) verändert. In der Exploration vom 17. Oktober 2012 sei keine depressive Symptomatik festgestellt worden. Seither zeigten sich bis heute wiederkehrende mittelschwere depressive Episoden mit Traurigkeit, Hoffnungslosigkeit, Verzweiflung, Antriebsmangel, negativem Denken (z.B. März und November 2013, Juli [Wohnungskündigung] und November 2014 [gescheiterte Einbürgerung] sowie Januar

[Schulterverletzung bei Sturz] und Mai 2015) im Wechsel mit einer leichteren depressiven Restsymptomatik. Die Schulterverletzung heile schleppend und behindere ihn bei der Arbeit in der Q.____ Stiftung. Seit Mai 2015 sei wieder eine mittelgradige depressive Episode zu verzeichnen. Zusammenfassend könne eine Chronifizierung der depressiven Symptomatik trotz ausdosierter antidepressiver Medikation konstatiert werden. Dem Vorschlag des Gutachters folgend sei die antidepressive Medikation von Venlafaxin 300 mg pro Tag auf 150 mg pro Tag reduziert worden. Es sei zu einer deutlichen Besserung der Nebenwirkungen Schwitzen und Schwindel und einer leichten Besserung der Müdigkeit ohne wesentliche Auswirkung auf die depressive Symptomatik gekommen. Zwischen den depressiven Episoden werde keine Remission mehr erreicht, nur ein Rückgang zu einer leichten depressiven Restsymptomatik. Der Patient wirke gebrochen, verzweifelt und erschöpft (IV-Nr. 92 S. 24 ff.).

E. 7

7.1 Das Gutachten von Dr. med. H.____ vom 4. März 2013 (IV-Nr. 70 S. 2 ff.) basiert auf den im IV-Dossier enthaltenen Vorakten und einem Explorationsgespräch vom 17. Oktober 2012, das nach den Angaben des Beschwerdeführers drei Stunden dauerte (vgl. IV-Nr. 72 S. 3). Die Vorakten werden auszugsweise wiedergegeben. Es folgt eine ausführliche Schilderung der Angaben des Exploranden zu seinen Beschwerden und zur Anamnese. Anschliessend beschreibt der Gutachter den psychopathologischen Befund. Das Gutachten schliesst mit der Zusammenfassung und Beurteilung, den Diagnosen und der Beantwortung der Fragen. Gestützt auf die Aktenlage und die erhobenen Befunde gelangt der Gutachter nach ausführlicher Diskussion der ihm wichtig erscheinenden Punkte zu schlüssigen Ergebnissen, die er nachvollziehbar und verständlich begründet. Innere Widersprüche finden sich nicht. Das Gutachten wird damit sowohl in Bezug auf seine Grundlagen als auch in Bezug auf den Aufbau den von der Rechtsprechung formulierten Anforderungen (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352) gerecht.

7.2 Zu prüfen bleibt, ob die übrige Aktenlage und die Vorbringen des Beschwerdeführers geeignet sind, Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der gutachterlichen Feststellungen zu wecken. Die behandelnde Psychiaterin Dr. med. F.____ wendet sich mit ihrem Schreiben vom 23. April 2013 (E. II. 6.6 hiervor; IV-Nr. 72) vehement gegen die Beweiskraft des Administrativgutachtens. Ihre Einwände sind wie folgt zu beurteilen:

Dr. med. F.____ weist darauf hin, dass dem Gutachter nicht sämtliche Akten zur Verfügung standen. Es trifft zu und wird vom Gutachter ausdrücklich erwähnt (IV-Nr. 70 S. 21), dass ihm kein Bericht über die stationäre Behandlung in der K.____, die vom 19. März bis 11. April 2008 dauerte, vorlag. Dieser Mangel wiegt jedoch nicht schwer, zumal ein Rentenanspruch streitig ist, der erst im Dezember 2010 entstehen konnte und aus den Akten hervorgeht, dass die Diagnose auf eine Anpassungsstörung mit kurzer depressiver Reaktion im Rahmen einer psychosozialen Belastungssituation lautete (vgl. IV-Nr. 31 S. 4). Die anschliessende Behandlung, welche im J.____ begann und bereits dort teilweise durch Dr. med. F.____ (damals noch Dr. med. R.____) geführt wurde, ist durch entsprechende Berichte (Erstgespräch vom 9. September 2008 und Epikrise der Behandlung vom 9. September 2008 bis 31. Januar 2011, IV-Nr. 31) dokumentiert. Der Verzicht auf eine Fremdanamnese liegt im Ermessen des Gutachters (Urteil des Bundesgerichts 9C_750/2013 vom 29. April 2014 mit Hinweisen). Hier ist nachvollziehbar, dass auf eine solche verzichtet wurde, zumal die psychiatrische Behandlung durch Dr. med. F.____ und deren

Beurteilung aus mehreren ausführlichen Berichten (E. II. 6.1 ■ 6.3 hiervor) hervorgehen. Auch die durchgeführten Eingliederungsbemühungen und deren Ergebnisse waren dem Gutachter bekannt und bildeten Gegenstand seiner Beurteilung. Dass der Gutachter nur ein Explorationsgespräch durchführte, entspricht der üblichen Praxis und lässt sich nicht beanstanden. Die Gesprächsdauer von drei Stunden kann nicht als zu lang bezeichnet werden. Die Anwendung bestimmter Verfahren zur Erhebung depressiver Symptome ist nicht vorgeschrieben. Das Beck Depressionsinventar ist als Selbstbeurteilungsverfahren konzipiert und bildet die Selbsteinschätzung durch den Exploranden ab, welche aber nur den Ausgangspunkt für die gutachterliche Beurteilung bilden kann. Die Hamilton-Skala ist als Fremdbeurteilungsinstrument grundsätzlich geeignet, eine standardisierte Darstellung der Untersuchungsergebnisse zu ermöglichen. Ihr Einsatz liegt aber ebenfalls im Ermessen des Gutachters. Es bleibt ihm überlassen, ob er seine Einschätzung auf eine andere Weise vornehmen und darstellen will. Wie Dr. med. H. ___ in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 16. Juli 2013 (IV-Nr. 75) zu Recht festhält, kann eine Diagnose nicht allein auf die erwähnten Instrumente gestützt werden. Der Gutachter legt dar, wie er zum Ergebnis gelangt, der Beschwerdeführer habe bei der orientierenden Testung der kognitiven Leistungsfähigkeit ein pseudodementes Verhalten gezeigt, das gemessen am sonstigen Interaktionsverhalten sehr auffällig wirke und im Rahmen von bewusstseinsnaher Symptomdarstellung interpretiert werde. Wenn Dr. med. F. ___ einwendet, diese Frage hätte mit einer neuropsychologischen Untersuchung ergänzend abgeklärt werden müssen, kann ihr nicht gefolgt werden, denn eine derartige (nichtmedizinische) Untersuchung erlaubt nur bedingt zuverlässige Ergebnisse zur tatsächlichen Leistungsfähigkeit. Entscheidend bleibt die klinische Untersuchung, welche durch standardisierte Testverfahren ergänzt werden kann, wobei deren Anwendung und Auswahl im Ermessen des Gutachters liegt. Der bei der Begutachtung durchgeführte Rey-Memory-Test zeigte gemäss den Ausführungen von Dr. med. H. ___ in der Stellungnahme vom 16. Juli 2013 (IV-Nr. 75 S. 3) einen Befund, der ■ als Ausdruck des tatsächlichen Leistungsvermögens ■ nur bei schwer dementen Patienten zu erheben ist. Im Rahmen einer Gesamtbetrachtung, welche diesen Befund sowie andere nicht nachvollziehbare Aussagen und demonstrierte Defizite einbezieht, gelangt der Gutachter zum Resultat, der Beschwerdeführer habe bestimmte Symptome, namentlich kognitive Leistungsdefizite, simuliert. Die Simulation bezieht sich aber nicht auf die eigentlichen depressiven Aspekte, sondern diese erachtet der Gutachter als nicht gegeben oder dann als Folge der Medikation. Die ausserdem kritisierte Diagnose einer anamnestischen rezidivierenden depressiven Störung ergibt sich daraus, dass der Gutachter die früher gestellten Diagnosen anhand der in den Vorberichten geschilderten Befunde respektiert und teilweise übernimmt, aufgrund seiner eigenen Untersuchungsergebnisse aber von einer remittierten Depression ausgeht. Dr. med. H. ___ hat sich sehr wohl mit der Thematik auseinandergesetzt und aus dem Gutachten wird deutlich, dass er die Vorbeurteilungen für den Begutachtungszeitpunkt als widerlegt ansieht, ihnen aber für frühere Zeiträume eine gewisse Aussagekraft beimisst. Ob diese rückwirkende Beurteilung zu überzeugen vermag, ist im Rahmen der gerichtlichen Beweiswürdigung ergänzend zu prüfen (vgl. E. II. 8 hiernach).

Der Beschwerdeführer liess bereits im Verwaltungsverfahren beantragen, der Gutachter sei aufzufordern, die Unterlagen über die Ergebnisse des Rey-Memory-Tests seien beim Gutachter vorzulegen. Diesem Beweisantrag, der im Beschwerdeverfahren wiederholt wurde, ist nicht zu entsprechen. Ebenso wie bei der Anwendung anderer Untersuchungsmethoden (beispielsweise Addition oder Subtraktion von Zahlen, usw.) muss

das Protokoll eines derartigen Tests nicht zwingend im Gutachten enthalten sein. Hier kommt hinzu, dass der Rey-Memory-Test nur ein Element unter mehreren bildete, welche den Gutachter zum Ergebnis führten, der Beschwerdeführer habe einen Teil der gezeigten Symptome simuliert. Diese Aussage bezieht sich überdies nicht auf die einer Depression zuzuordnenden Symptome wie Kraftlosigkeit, Müdigkeit und Antriebslosigkeit, welche gemäss der Beurteilung der behandelnden Psychiaterin Dr. med. F.____ eine erhebliche Beeinträchtigung und Einschränkung begründen (vgl. E. II. 6.2, 6.3, 6.8), sondern in erster Linie auf kognitive Defizite, die auch die behandelnde Psychiaterin nicht in den Vordergrund stellt.

Dr. med. F.____ macht weiter geltend, es fänden sich diverse Widersprüche innerhalb des Gutachtens. So unterstelle der Gutachter dem Beschwerdeführer Simulation, obwohl dieser gemäss den gutachterlichen Feststellungen keine spontanen Aussagen zu typischen depressiven Symptomen gemacht habe. Diese Kritik übersieht, dass Dr. med. H.____ darlegt, inwiefern er von einer Simulation ausgeht, nämlich bei den kognitiven Leistungsdefiziten und einzelnen geschilderten Symptomen (vgl. Gutachten S. 23 und S. 18 f.). Dr. med. F.____ weist weiter darauf hin, dass die Aussage des Gutachters, die Motivation des Beschwerdeführers für eine berufliche Wiedereingliederung sei gering (Gutachten S. 25), den Vorakten teilweise widerspricht. Die Unterlagen enthalten aber auch anderslautende Hinweise. So kam es zu einer Verwarnung wegen unentschuldigter Absenzen (vgl. IV-Nr. 26). An anderer Stelle finden sich Hinweise auf mögliche Motivationsprobleme. Namentlich wurde über starke Schwankungen der Arbeitsqualität sowie über ein steigerungsfähiges Arbeitstempo (bei einem «Wettrennen» vermochte der Beschwerdeführer sehr viel schneller zu arbeiten) und eine Haltung von Gleichgültigkeit berichtet (vgl. Protokolleintrag vom 3. Dezember 2010). Der Einsatz in der Institution E.____ musste verschoben werden, weil der Beschwerdeführer Anfang Januar 2011 ohne Begründung mitteilte, er könne erst Anfang März 2011 in die E.____ gehen, und nicht erreichbar war (Protokolleintrag vom 13. Januar 2011), bis er sich am 24. Januar 2011 persönlich bei der Beschwerdegegnerin meldete und erklärte, er sei krank gewesen (Protokolleintrag von diesem Datum). Auch der Bericht der E.____ vom 5. August 2011, der grundsätzlich positiv von einer beeindruckenden Entwicklung spricht, in deren Verlauf der Beschwerdeführer zu einem tragfähigen Mitglied der Küchenbrigade geworden sei, erwähnt längere Abwesenheiten ohne genauere Angaben (IV-Nr. 51 S. 2). Zudem geht aus den Akten hervor, dass der Beschwerdeführer auch vor dem Eintritt der gesundheitlichen Schwierigkeiten nur in einem relativ geringen Umfang erwerbstätig war (vgl. die Auszüge aus dem Individuellen Konto der Jahre 1999 ■ 2007, IV-Nr. 12 und 60). Weiter ist die Überlegung des Gutachters, die von ihm festgestellten bewusstseinsnahen Verhaltensweisen sprächen für ein gewisses Rentenbegehren und gegen eine Eingliederungsmotivation, nicht von der Hand zu weisen. Ein Mangel des Gutachtens lässt sich daher aus der zitierten Bemerkung nicht ableiten. Wenn Dr. med. F.____ weiter kritisiert, die erheblichen Symptome, die der Gutachter erhoben habe, liessen sich nicht mit der Verneinung einer relevanten fachpsychiatrischen Diagnose vereinbaren, beruht diese Kritik darauf, dass sie die im Gutachten festgehaltenen Angaben des Beschwerdeführers ohne weiteres mit Symptomen gleichsetzt. Dem Gutachten lässt sich jedoch entnehmen, wie Dr. med. H.____ diese Angaben interpretiert. So werden die gezeigten Symptome Vergesslichkeit (Gutachten S. 18), Wahnideen (er denkt, er sei Gott oder Präsident; Gutachten S. 19), Insuffizienzgefühle (Gutachten S. 20), kognitive Leistungsdefizite und Gedächtnisstörungen (Gutachten S. 18), Suizidalität (Gutachten S. 20), Müdigkeit

(Gutachten S. 20 und S. 22) und Schlafstörung (Gutachten S. 22) diskutiert und in die Beurteilung einbezogen. Die Konzentration war im Explorationsgespräch unauffällig. Die vom Beschwerdeführer geäußerten Wahnhinhalte führten auch in den Berichten von Dr. med. F. ___ nicht zu einer entsprechenden, spezifischen Diagnose (vgl. IV-Nr. 31 S. 1, 61, 62 S. 5; Ausnahme ist der Bericht über das Erstgespräch vom 9. September 2008, IV-Nr. 31 S. 4 ff., der eine entsprechende Differenzialdiagnose enthält), auch wenn in der Stellungnahme vom 23. März 2013 eine solche wieder erwogen wird (IV-Nr. 72 S. 10). Ein Widerspruch liegt vor diesem Hintergrund nicht vor. Vielmehr handelt es sich offensichtlich um einen nicht selten zu beobachtenden Ausdruck der bereits erwähnten, grundsätzlichen Verschiedenheit von Begutachtungs- und Behandlungsauftrag (vgl. E. II. 4.4 hiervor), welche dazu führt, dass die behandelnde Ärztin die Aussagen des Patienten ohne weiteres als Beschwerden anerkennt, während die Aufgabe des Gutachters gerade darin besteht, diese Aussagen zu hinterfragen und dabei insbesondere auch invaliditätsfremde Faktoren und ein bewusstseinsnahes Verhalten in Erwägung zu ziehen.

Zusammenfassend ist die Kritik von Dr. med. F. ___ nicht geeignet, die Beweiskraft des Gutachtens von Dr. med. H. ___ zu erschüttern. Sie bietet keinen Anlass, an der Beurteilung des psychiatrischen Gutachters zu zweifeln. Auch die übrigen Akten enthalten keine entsprechenden Anhaltspunkte. Die Ergebnisse der Eingliederungsbemühungen waren dem Gutachter bekannt und konnten durch ihn berücksichtigt werden. Dem Gutachten von Dr. med. H. ___ kommt somit bezogen auf den Begutachtungszeitpunkt im Oktober 2012 volle Beweiskraft zu.

7.3 Die im Parteivortrag geäußerten zusätzlichen Kritikpunkte am Gutachten von Dr. med. H. ___ führen zu keiner anderen Beurteilung: Die Aussage des Gutachters, die Arbeitsfähigkeit sei bei einer depressiven Störung, die zudem durch psychosoziale Belastungen ausgelöst worden sei, positiv zu beurteilen (Gutachten S. 22 unten), ist nicht dahingehend zu verstehen, dass der Gutachter in dieser Situation eine Invalidität verneine, ohne eine Betrachtung des Einzelfalls für erforderlich zu halten. Vielmehr zeigt der Inhalt des Gutachtens insgesamt auf, dass Dr. med. H. ___ den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers konkret untersucht und auf dieser Basis beurteilt hat. Abgesehen davon entspricht die relativ optimistische Beurteilung der Prognose bei depressiven Störungen der (diesbezüglich eher noch weiter gehenden) neueren Rechtsprechung (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_14/2017 vom 15. März 2017 E. 4.2). Das Argument, der Gutachter werfe den übrigen berichterstattenden Ärztinnen und Ärzten vor, sie hätten bestimmte Faktoren bewusst ausser Acht gelassen (vgl. Gutachten S. 23 oben), und unterstelle ihnen damit ein strafbares Verhalten, beruht auf einer Fehlinterpretation: Wenn der Gutachter ausführt, beim Beschwerdeführer spielten verschiedene krankheitsfremde Faktoren eine Rolle, «welche im Rahmen der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bewusst ausser Acht gelassen wurden», nimmt er dabei auf seine eigene Beurteilung der Arbeitsfähigkeit Bezug und äussert keine Kritik an medizinischen Stellungnahmen anderer Fachpersonen. Inhaltlich ist die Ausklammerung krankheitsfremder Faktoren korrekt. Sie wird durch Art. 7 Abs. 2 ATSG vorgegeben. Nicht zu überzeugen vermag schliesslich auch die bereits in der Stellungnahme von Dr. med. F. ___ vom 23. April 2013 (E. II. 6.6 hiervor) enthaltene Argumentation, der Gutachter sei davon ausgegangen, die Tätigkeit des Beschwerdeführers beim N. ___ entspreche den Bedingungen des ersten Arbeitsmarktes, während es sich in Wirklichkeit um eine Arbeit ohne Leistungsdruck handle. Dem Gutachten von Dr. med. H. ___ lässt sich entnehmen, dass er über die Umstände und den Charakter der dortigen

Tätigkeit informiert war (vgl. Gutachten [IV-Nr. 70], S. 16). Die Tätigkeit bei der Stiftung Q.____, über die mit der im Beschwerdeverfahren eingereichten E-Mail (Urkunde 3) berichtet wird, findet bereits im Bericht von Dr. med. F.____ und Dr. rer. nat. P.____ vom 13. Mai 2015 Erwähnung (vgl. E. II. 6.8 hiavor) und konnte damit ■ jedenfalls für den hier zu beurteilenden Zeitraum bis zum Erlass der Verfügung vom 13. April 2015 ■ in deren Stellungnahme einfließen. Es erübrigt sich daher, einen weiteren Bericht dieser Institution einzuholen, wie es der Beschwerdeführer an der öffentlichen Verhandlung beantragen liess. Die beanstandete Dauer zwischen der gutachterlichen Untersuchung vom 17. Oktober 2012 und dem Abschluss des Gutachtens am 4. März 2013 schliesslich ist nicht derart lang, dass deswegen die Beweiskraft des Gutachtens infrage zu stellen wäre.

8. Der Gutachter Dr. med. H.____ geht davon aus, die von ihm festgestellte Situation in Bezug auf den Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit gelte seit Anfang Juli 2012 (IV-Nr. 70 S. 24). Was die Zeit davor anbelangt, führt er aus, ab August 2009 sei nach Aktenlage wieder eine intensivere ambulante Behandlung notwendig gewesen, so dass zumindest eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit vorgelegen habe. Die Bezifferung mit «zumindest» 50 % ist dahingehend zu interpretieren, dass der Gutachter eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % als erstellt, eine darüber hinausgehende Einschränkung dagegen als wohl möglich, aber nicht überwiegend wahrscheinlich erachtet. Dr. med. H.____ stützt sich dabei auf die Schilderung des Verlaufs in der von Dr. med. F.____ verfassten Epikrise, wonach im August 2009 bei Schlafstörung und Stimmenhören eine zusätzliche Medikation begonnen worden sei (IV-Nr. 31 S. 1). Die Annahme einer Arbeitsunfähigkeit von 50 % ergibt sich daraus, dass der Gutachter aufgrund der Aktenlage für den damaligen Zeitraum eine (inzwischen remittierte) rezidivierende depressive Störung annimmt (IV-Nr. 70 S. 23), während er eine anhaltende erhebliche depressive Symptomatologie, welche eine über Jahre dauernde 100%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründen würde, nicht bestätigt, was entsprechend begründet wird (IV-Nr. 70 S. 24). Die Annahme einer Arbeitsfähigkeit von 50 % ist unter Berücksichtigung der gestellten Diagnose nachvollziehbar: Im Protokoll des Erstgesprächs der J.____, vom 9. September 2008 (E. II. 6.1 hiavor) wird zwar eine schwere depressive Episode diagnostiziert. Die späteren Berichte von Dr. med. F.____, welche den anschliessenden Verlauf einbeziehen konnten, lauten jedoch durchwegs auf eine rezidivierende depressive Störung mit jeweils mittelgradigen Episoden (vgl. E. II. 6.2, 6.3, 6.8 hiavor). Nach der Rechtsprechung ist eine mittelgradige depressive Störung in aller Regel nicht geeignet, eine länger dauernde vollständige Arbeitsunfähigkeit zu begründen. Auch der Umstand, dass die zunächst stationäre und anschliessend teilstationäre Behandlung, die am 20. April 2009 begonnen wurde, zu einer Stabilisierung mit Teilremission der der depressiven Symptomatik führte und der Beschwerdeführer die teilstationäre Behandlung im Juni 2009 abbricht, um zum Besuch seiner kranken Mutter in den Kosovo zu reisen (vgl. IV-Nr. 31 S. 1), spricht gegen eine weitergehende Einschränkung. Die vom Gutachter angenommene Notwendigkeit einer verstärkten ambulanten Behandlung ab August 2009 war nach Lage der Akten nicht mit einer erheblichen Veränderung der Einschränkungen verbunden. Vor diesem Hintergrund und insbesondere angesichts der diagnostizierten rezidivierenden depressiven Störung mit jeweils mittelgradigen Episoden besteht kein Anlass, für den hier relevanten Zeitraum ab Dezember 2009 (Beginn der Wartejahres) von einer höheren als der durch Dr. med. H.____ als überwiegend wahrscheinlich erachteten Arbeitsunfähigkeit von 50 % auszugehen. Insgesamt erscheint die naturgemäss schwierige rückblickende Einschätzung der Arbeitsfähigkeit durch den Gutachter als plausibel.

9. Aus dem Bericht von Dr. med. F.____ und der Psychologin Dr. rer. nat. P.____ vom 13. Mai 2015 (IV-Nr. 92 S. 24 ff.) ergibt sich keine Grundlage für die Annahme, der Gesundheitszustand habe sich seit der Begutachtung durch Dr. med. H.____ in einer erheblichen, potenziell anspruchsbegründenden Weise verschlechtert. Als Diagnose angegeben wird eine konstant leichtere depressive Restsymptomatik mit wiederkehrenden mittelschweren depressiven Episoden. Die Veränderung gegenüber früher wird darin erblickt, dass es zu keiner vollständigen Remission mehr komme, sondern auch in den ■besseren Phasen■ eine leichte depressive Restsymptomatik bestehen bleibe. Bei belastenden Ereignissen komme es zu Verschlechterungen und die Symptomatik erreiche das Ausmass einer mittelschweren depressiven Episode (IV-Nr. 92 S. 26). Auf dem ersten Arbeitsmarkt bestehe sowohl in den besseren Phasen (mit einer leichteren depressiven Restsymptomatik) als auch in den schlechteren Phasen (mit einer mittelschweren depressiven Episode) eine vollständige Arbeitsunfähigkeit. Vergleicht man diese Einschätzung mit den früheren Stellungnahmen von Dr. med. F.____, lässt sich keine erhebliche Verschlechterung erkennen. Dr. med. F.____ stellte bereits in der Vergangenheit vergleichbare Diagnosen und geht schon seit Jahren von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit aus (vgl. z.B. den Bericht vom 21. November 2011, IV-Nr. 61 S. 1, wo im angestammten Beruf eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % seit August 2008, vermutlich schon länger, angegeben und auch eine Verweistätigkeit nur in geschütztem Rahmen als möglich erachtet wird). Auch bezogen auf den Zeitpunkt der Begutachtung durch Dr. med. H.____ geht die behandelnde Psychiaterin von einer ausgeprägten depressiven Symptomatik mit vollständiger Arbeitsunfähigkeit aus, wie aus ihrer engagierten Stellungnahme vom 23. April 2013 (IV-Nr. 72) deutlich hervorgeht. Die vom Gutachten abweichende Beurteilung basiert daher mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht auf einer zwischenzeitlichen Veränderung, sondern auf einer abweichenden Beurteilung des Sachverhalts. Eine solche wäre aber, wie bereits dargelegt, nur dann relevant, wenn wichtige Aspekte aufgezeigt würden, die im Gutachten unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (vgl. E. II. 4.4 hiervor). Dies trifft hier nicht zu. Vor dem versicherungsrechtlichen Hintergrund ist zudem anzumerken, dass nach der Rechtsprechung eine leichte depressive Störung nicht invalidisierend ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_14/2017 vom 15. März 2017 E. 4.2). Die von der behandelnden Psychiaterin angegebene leichtere depressive Restsymptomatik mit zwischenzeitlichen, bei belastenden Ereignissen (Wohnungskündigung, gescheiterte Einbürgerung, Schulterverletzung, negativer Rentenentscheid; vgl. E. II. 6.8 hiervor) auftretenden mittelschweren Episoden wäre daher, selbst wenn sie vorläge, nicht geeignet, einen Rentenanspruch zu begründen. Die Beurteilung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit durch Dr. med. H.____ lässt sich daher nicht als veraltet oder überholt bezeichnen, sondern auf sie kann auch für den anschliessenden Zeitraum bis zum Erlass der Verfügung vom 13. April 2015 abgestellt werden.

10. Nach dem Gesagten sind die vorliegend angefochtenen Verfügungen der Beschwerdegegnerin vom 13. April 2015, worin dem Beschwerdeführer gestützt auf das versicherungspsychiatrische Gutachten des G.____ vom 4. März 2013 aufgrund eines Invaliditätsgrades von 50 % eine befristete halbe Invalidenrente vom 1. Dezember 2010 bis 30. April 2011 und vom 1. Oktober 2011 bis 31. Oktober 2012 zugesprochen wurde, nicht zu beanstanden. Die Beschwerde ist somit abzuweisen.

11.1 Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Parteientschädigung zu Lasten der Beschwerdegegnerin (Art. 61 lit. g ATSG).

11.2 Der Beschwerdeführer steht ab Prozessbeginn im Genuss der unentgeltlichen Rechtspflege (Verfügung vom 10. Juli 2015; A.S. 40 f.). Die Kostenforderung ist bei Unterliegen der Partei mit unentgeltlichem Rechtsbeistand vom Gericht festzusetzen. Der Kanton entschädigt den unentgeltlichen Rechtsbeistand angemessen (Art. 122 Abs. 1 lit. a ZPO). Der Vertreter der Beschwerdeführerin hat am 24. August 2015 und anlässlich der öffentlichen Verhandlung vom 23. Mai 2017 je eine Kostennote eingereicht. Darin macht er einen Zeitaufwand von insgesamt 21.21 Stunden (15.77 Std. und 5.44 Std.), einen Stundenansatz von CHF 250.00 sowie Auslagen von insgesamt CHF 212.30 (CHF 149.90 und CHF 62.40) geltend.

Der im Zeitraum vom 4. Oktober 2013 bis 5. Februar 2015 geltend gemachte, im Rahmen des Verwaltungsverfahrens entstandene Zeitaufwand kann im vorliegenden versicherungsgerichtlichen Verfahren nicht entschädigt werden. Ebenso wenig können die in diesem Zeitraum entstandenen Auslagen erstattet werden. Im Weiteren ist Kanzleiaufwand (Weiterleitung von Dokumenten an die Klientschaft, das Einfordern von Akten, die Kenntnisnahme von Verfügungen, das Stellen von Fristerstreckungsgesuchen etc.) im Stundenansatz eines Anwalts bereits inbegriffen und nicht separat zu vergüten. Dasselbe gilt für Bemühungen, die keinen direkten Bezug zum vorliegenden Beschwerdeverfahren aufweisen. Demnach können die unter den folgenden Daten angegebenen Positionen nicht berücksichtigt werden: 1. Juni 2015 (Brief an Klient, 0.17 Std.), 17. Juni 2015 (Brief an Klient, 0.17 Std.; Brief an O. ____, 0.17 Std.), 15. Juli 2015 (Brief an Klient, 0.17 Std.), 24. August 2015 (Brief an Versicherungsgericht Solothurn, 0.33 Std.), 31. August 2016 (Telefon an Versicherungsgericht, 0.08 Std.), 1. September 2016 (Brief an O. ____, 0.17 Std.), 9. Februar 2017 (Telefon an Versicherungsgericht, 0.08 Std.; Brief an Klient, 0.17 Std.; Brief an Dr. rer. nat. P. ____, 0.17 Std.; Brief an O. ____, 0.17 Std.), 22. Februar 2017 (Telefon an Versicherungsgericht, 0.08 Std.), 23. Februar 2017 (Telefon an Klient, 0.08 Std.; Telefon an Versicherungsgericht, 0.08 Std.) und 27. Februar 2017 (Brief an Klient, 0.17 Std.; Brief an O. ____, 0.17 Std.). Demgegenüber ist der Zeitaufwand für die öffentliche Verhandlung vor dem Versicherungsgericht auf 1.83 Std. (statt 1 Std.) festzusetzen. Dies führt zu einem zu berücksichtigenden Zeitaufwand von 11.59 Stunden. Der Stundenansatz beläuft sich gemäss § 161 i.V.m. § 160 Abs. 3 des Gebührentarifs (GT; BGS 615.11) auf CHF 180.00. Sodann ist eine Kopie mit CHF 0.50 zu vergüten (§ 160 Abs. 5 GT) und nicht mit CHF 1.00, wie in der Kostennote geltend gemacht. Somit sind Auslagen von CHF 122.80 zu entschädigen. Damit beläuft sich die Kostenforderung auf insgesamt CHF 2■385.70 (Honorar von CHF 2■086.20 zuzüglich Auslagen von CHF 122.80 und MwSt von CHF 176.70). Dieser Betrag ist von der Zentralen Gerichtskasse des Kantons Solothurn zu bezahlen. Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während 10 Jahren sowie der Nachzahlungsanspruch des unentgeltlichen Rechtsvertreters im Umfang von CHF 625.90 (Differenz zu dem mit einem Stundenansatz von CHF 230.00 ermittelten Honorar; eine Honorarvereinbarung mit einem Stundenansatz von CHF 250.00 liegt nicht vor), wenn der Beschwerdeführer zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

11.3 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 die Verfahrenskosten von CHF 1■000.00 zu bezahlen, welche 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 10 Jahren, wenn der Beschwerdeführer zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

Demnach wird erkannt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Die Kostenforderung des unentgeltlichen Rechtsbeistands, Rechtsanwalt Claude Wyssmann, wird auf CHF 2■385.70 (inkl. Auslagen und MwSt) festgesetzt, zahlbar durch die Zentrale Gerichtskasse des Kantons Solothurn. Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während 10 Jahren sowie der Nachzahlungsanspruch des unentgeltlichen Rechtsvertreters im Umfang von CHF 625.90, wenn der Beschwerdeführer zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

3. Der Beschwerdeführer hat die Verfahrenskosten von CHF 1■000.00 zu bezahlen, die infolge Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege durch den Staat Solothurn zu übernehmen sind. Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während 10 Jahren, wenn der Beschwerdeführer zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

4. Je eine Kopie des Protokolls der Verhandlung vom 23. Mai 2017 geht zur Kenntnisnahme an die Parteien.

5. Je eine Kopie der Urkunde Nr. 3 des Beschwerdeführers sowie der Kottenote vom 23. Mai 2017 geht zur Kenntnisnahme an die Beschwerdegegnerin.

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

Schmidhauser

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