

SO_GERICHTE VSBES.2015.308 vom 3. November 2017

SO Obergericht, 2017-11-03, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2015.308_d20171103

FR: SO_GERICHTE VSBES.2015.308 du 3 novembre 2017

IT: SO_GERICHTE VSBES.2015.308 del 3 novembre 2017

Regeste

Invalidenrente und berufliche Massnahmen

Erwägungen

E. 1

1.1 Der 1981 geborene A.____ (im Folgenden: Beschwerdeführer) absolvierte nach der obligatorischen Schulzeit von August 1997 bis August 1999 eine Anlehre als Velomechaniker und schloss diese mit einem Attest ab. Danach war er bei verschiedenen Arbeitgebern als Allrounder, Abf█.ler und Lagerist, Lader Entsorgung, Lager- und Aussendienstmitarbeiter sowie im Reinigungsdienst tätig. Ab Januar 2013 arbeitete er als Hauswart bei der B.____, [...]. Bereits am 16. September 2010 hatte er sich bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) wegen psychischer Beschwerden zum Leistungsbezug angemeldet. Die IV-Stelle des Kantons Solothurn (im Folgenden: Beschwerdegegnerin) erteilte in der Folge Kostengutsprache für ein Aufbautraining als Integrationsmassnahme (Verfügung vom 19. April 2011 [Akten der IV-Stelle {IV-Nr.} 19]) sowie eine Beratung (persönliches Coaching; Mitteilungen vom 7. Oktober 2011 [IV-Nr. 32] und 20. September 2012 [IV-Nr. 52]) und ein Bewerbungscoaching (Mitteilung vom 8. Juni 2012 [IV-Nr. 42]) als Frühinterventionsmassnahmen.

1.2 Am 2. Mai 2011 erlitt der Beschwerdeführer einen Unfall, als er sich beim Reparieren des Bettes für seinen Sohn am rechten Handgelenk verletzte. Am 13. Dezember 2011 wurde er im C.____ am rechten Handgelenk operiert. Die Beschwerdegegnerin zog die entsprechenden Akten der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (Suva) bei (IV-Nr. 58). Die Suva teilte dem Beschwerdeführer mit rechtskräftiger Verfügung vom 6. Dezember 2013 mit, es liege ein stabiler unfallbedingter Zustand des rechten Handgelenks nach der Kontusion vom 2. Mai 2011 vor und die Einkommenseinbusse liege unter der Erheblichkeitsgrenze von 10 %. Sie könne daher keine weiteren Leistungen erbringen (IV-Nr. 80).

1.3 Am 27. Mai 2013 wurde im Auftrag der IV-Stelle eine bidisziplinäre (orthopädisch, psychiatrisch) Begutachtung durch die Begutachtungsstelle D.____, durchgeführt (Gutachten vom 3. Juni 2013; IV-Nr. 66 S. 2 ff.). Dazu nahmen der behandelnde Psychiater, Dr. med. E.____, und die von ihm delegierte behandelnde Psychologin lic. phil. F.____ am 5. Juli 2013 Stellung (IV-Nr. 74). Am 21. Februar 2014 verfasste die Praxis G.____ einen Bericht über eine psychiatrisch-psychologische Untersuchung (IV-Nr. 88). Am 26. Mai 2014 nahm die erwähnte Begutachtungsstelle auf Veranlassung der Beschwerdegegnerin zu diesen beiden Berichten Stellung (IV-Nr. 94). Am 11. Juni 2014 erliess die Beschwerdegegnerin einen Vorbescheid, worin sie die Ablehnung des Anspruchs des Beschwerdeführers auf weitere berufliche Eingliederungsmassnahmen sowie eine Invalidenrente in Aussicht stellte

(IV-Nr. 97 S. 2 f.). Dagegen liess der Beschwerdeführer am 18. August 2014 Einwand erheben (IV-Nr. 101) und mit Eingaben vom 28. August und 6. Oktober 2014 der Beschwerdegegnerin weitere Unterlagen zukommen (IV-Nr. 105 und 106). Nach Konsultation des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) ersuchte die Beschwerdegegnerin den psychiatrischen D.____-Gutachter, Dr. med. H.____, um eine Stellungnahme (IV-Nr. 112). Mit Eingabe vom 30. Januar 2015 liess der Beschwerdeführer verschiedene Anträge stellen (IV-Nr. 114). Dr. med. H.____ nahm am 5. Februar 2015 Stellung (IV-Nr. 117).

1.4 Am 4. Februar 2015 beantragte der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers gegenüber der Beschwerdegegnerin die unentgeltliche Rechtspflege und Verbeiständung im Vorbescheidverfahren (IV-Nr. 115). Mit Verfügung vom 12. Juni 2015 wies die Beschwerdegegnerin das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege im Vorbescheidverfahren ab (IV-Nr. 124), was das Versicherungsgericht des Kantons Solothurn auf Beschwerde hin bestätigte (rechtskräftiges Urteil vom 19. Februar 2016, VSBES.2015.187).

1.5 Nach Rücksprache mit dem RAD vom 2. März 2015 (IV-Nr. 120) wies die Beschwerdegegnerin den Anspruch des Beschwerdeführers auf weitere berufliche Eingliederungsmassnahmen sowie eine Invalidenrente mit Verfügung vom 2. November 2015 ab (IV-Nr. 138).

E. 2

2.1 Als Invalidität im Sinne des Gesetzes gelten gemäss Art. 8 Abs. 1 Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1) die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit andauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Sie kann nach Art. 4 Abs. 1 Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein.

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. c).

2.3 Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird gemäss Art. 16 ATSG das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen). Für den Einkommensvergleich sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des Beginns des Rentenanspruchs massgebend, wobei Validen- und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu erheben und allfällige rentenwirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Verfügungserlass zu berücksichtigen sind (BGE 129 V 222).

2.6 Bei Gerichtsgutachten weicht das Gericht nicht ohne zwingende Gründe von der Einschätzung des medizinischen Experten ab, dessen Aufgabe es ist, seine Fachkenntnisse der Gerichtsbarkeit zur Verfügung zu stellen, um einen bestimmten Sachverhalt medizinisch zu erfassen. Ein Grund zum Abweichen kann vorliegen, wenn die Gerichtsexpertise widersprüchlich ist oder wenn ein vom Gericht eingeholtes

Obergutachten in überzeugender Weise zu andern Schlussfolgerungen gelangt. Eine abweichende Beurteilung kann ferner gerechtfertigt sein, wenn gegensätzliche Meinungsäusserungen anderer Fachexperten dem Richter als triftig genug erscheinen, die Schlüssigkeit des Gerichtsgutachtens in Frage zu stellen, sei es, dass er die Überprüfung durch einen Oberexperten für angezeigt hält, sei es, dass er ohne Oberexpertise vom Ergebnis des Gerichtsgutachtens abweichende Schlussfolgerungen zieht (BGE 125 V 351 E. 3b/aa S. 352 f. mit Hinweisen).

3. Die medizinische Aktenlage präsentiert sich im Wesentlichen wie folgt:

3.1 Aus dem Bericht der J.____, vom 10. September 2010 geht folgende Diagnose hervor: Anpassungsstörung, längere depressive Reaktion (ICD-10 F43.21), Trennung von der Freundin (ICD-10 Z63.0); Verlust der Arbeitsstelle (ICD-10 Z56); Cannabisabhängigkeit (ICD-10 F12.25), ständiger Substanzgebrauch. Im Weiteren wurde ausgeführt, der Beschwerdeführer sei am 1. April 2010 durch den Hausarzt der Notfall- und Krisenambulanz zugewiesen worden. Bis am 7. Mai 2010 habe er an einer ambulant-psychiatrischen Behandlung teilgenommen. Nach drei hintereinander wahrgenommenen Terminen sei er unkooperativ geworden und habe immer wieder die vereinbarten Gespräche verpasst, worauf die Behandlung abgeschlossen worden sei (IV-Nr. 6.5).

3.2 Im Bericht des K.____ vom 29. November 2012 wurden die Diagnosen Psoriasis vulgaris seit ca. 1995, Handgelenkstrauma rechts im 2004, Handgelenkstrauma rechts im Mai 2011, psychosoziale Belastungssituation bei Arbeitslosigkeit, Nikotinkonsum (1 Pack Zigaretten pro Tag) sowie anamnestisch eine Kontrastmittelallergie nach Arthrographie in der Kindheit gestellt (IV-Nr. 54 S. 6 f.).

3.3 Der Hausarzt Dr. med. L.____, Facharzt FMH Allgemeine Innere Medizin, attestierte in seinem Bericht vom 11. Januar 2013 zuhanden der Beschwerdegegnerin eine vollständige Arbeitsunfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Lagermitarbeiter seit Mai 2011 und eine solche von 50 % ab 14. Januar 2013. Der Gesundheitszustand sei besserungsfähig. Der Patient habe Schmerzen in der rechten Hand, bei Belastung sei die Hand livider, kühler. Es bestehe eine verminderte Leistungsfähigkeit wegen persistierender psychosozialer Belastungssituation (Konflikte mit den Eltern, Ex-Frau, finanzielle Probleme). Die bisherige Tätigkeit sei nach spezifischem Training hinsichtlich Belastbarkeitssteigerung der rechten Hand bis 8 Std. pro Tag zumutbar. Die Leistungsfähigkeit sei abhängig von der Belastbarkeit der rechten Hand. Angepasste Tätigkeiten seien bis zu 8 Std. pro Tag zumutbar (IV-Nr. 54 S. 1 ff.).

3.4 Dem von der IV-Stelle veranlassten bidisziplinären (orthopädischen und psychiatrischen) Gutachten der Begutachtungsstelle D.____, vom 3. Juni 2013 kann entnommen werden, dass der Beschwerdeführer dort am 27. Mai 2013 von Dr. med. H.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, sowie von Dr. med. M.____, FMH Orthopädische Chirurgie, untersucht und begutachtet wurde. Die interdisziplinären Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit lauten wie folgt: «Anamnestisch chronisch intermittierende, vorwiegend belastungsabhängige, ulnar betonte Handgelenkschmerzen rechts (ICD-10 M79.64), Status nach TFCC-Refixation 11/2004 und nach Handgelenksarthroskopie mit Kapsel-Débridement, offener Retinaculum-Erweiterungsplastik des 6. Strecksehnen-fachs sowie Synovektomie am 13.12.2011 (ICD-10 Z98.8), MR-tomographisch marginale strukturelle Veränderungen mit kleinen intraossären Zysten an Os scaphoideum und Os

lunatum ohne eindeutigen Krankheitswert.» Die Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit lauten wie folgt: «1. Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren; 2. Somatoforme autonome Funktionsstörung des oberen Gastrointestinaltraktes (ICD-10 F45.31).»

Im Rahmen der interdisziplinären Beurteilung wurde im Wesentlichen angegeben, der 1981 in der Schweiz geborene Explorand habe eine Attestlehre zum Velomechaniker mit Abschluss im Jahr 1999 absolviert. Anschliessend habe er verschiedene Anstellungen gehabt, nicht in der angestammten Tätigkeit, unterbrochen von arbeitslosen Perioden und auch zuletzt mit einer IV-Eingliederung im Jahr 2011. Nach dem Unfallereignis vom 2. Mai 2010 (recte: 2011) sei er arbeitsunfähig geschrieben worden, die SUVA-Taggeldzahlungen seien per Mai 2012 sistiert worden. Beim Exploranden stehe die Situation bezüglich der Handgelenksschmerzen rechts im Vordergrund. Die orthopädische Untersuchung habe diese chronisch intermittierenden, vorwiegend belastungsabhängigen, ulnar betonten Handgelenkschmerzen rechts zur Kenntnis nehmen können bei Status nach TFCC-Operation 11/2004 und Retinaculum-Erweiterungsplastik am 13.12.2011. MR-tomographisch hätten sich zuletzt marginale strukturelle Veränderungen gezeigt. Klinisch zeige sich objektiv ein unauffälliger Status. Im Gegenteil zeigten sich erhebliche Gebrauchsspuren an den Händen, die auch eine erhebliche Belastung derselben nachwiesen. Gemäss Beurteilung des orthopädischen Teilgutachtens bestehe von Seiten des Bewegungsapparates lediglich eine Einschränkung für das Handgelenk bei sehr stark belastenden Tätigkeiten. Für jegliche leichten bis mindestens mittelschweren Tätigkeiten, also alle, die der Explorand bisher durchgeführt habe, auch für die angestammte, bestehe aus orthopädischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Aus psychiatrischer Sicht könne bei somatisch nicht oder nicht ausreichend erklärbaren Befunden für die subjektiv angegebenen Beschwerden eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren zur Kenntnis genommen werden. Daneben bestehe eine somatoforme autonome Funktionsstörung des oberen Gastrointestinaltraktes. Eine komorbide, relevante psychiatrische Störung bestehe nicht, insbesondere auch nicht eine früher erwähnte affektive Einschränkung. Aus psychiatrischer Sicht könne, wie dem Teilgutachten zu entnehmen sei, keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit abgeleitet werden. Zusammenfassend bestehe aus bidisziplinärer Sicht, bezogen auf den Bewegungsapparat und die Psyche, eine 100%ige Arbeits- und Leistungsfähigkeit für jegliche leichten bis mindestens mittelschweren Tätigkeiten. Auch in der Vergangenheit sei die Arbeitsunfähigkeit nur vorübergehend gewesen, kurz postoperativ oder nach den Unfallereignissen eingeschränkt. Eine länger andauernde Arbeitsunfähigkeit könne retrospektiv nicht zugeordnet werden. Aus somatischer Sicht seien keine spezifischen Massnahmen vorzuschlagen. Aus psychiatrischer Sicht sei ebenfalls keine Massnahme vorzuschlagen. Die nicht eingenommenen Antidepressiva seien nicht zur weiteren Verordnung zu empfehlen, es bestehe keine eigentliche Indikation. Aufgrund der ausgeprägten subjektiven Krankheits- und Behinderungsüberzeugung beim noch jungen Exploranden könnten keine beruflichen Massnahmen vorgeschlagen werden (IV-Nr. 66).

3.5 Aus der Stellungnahme der N.____ (lic. phil. F.____, Dr. med. E.____), , vom 5. Juli 2013 geht hervor, der Patient befinde sich seit dem 1. März 2013 in psychiatrischer und psychotherapeutischer Behandlung. Er werde seit dem 1. April 2013 zu 100 % krankgeschrieben (März 2013 zu 50 % in Ergänzung zu den 50 % vom Hausarzt). Der ABI-Gutachter Dr. med. H.____ diagnostiziere im Gutachten eine chronische

Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren sowie eine somatoforme autonome Funktionsstörung. Es sei zu ergänzen, dass zusätzlich eine Emotionsregulationsstörung, wahrscheinlich auf dem Hintergrund eines ADS (Aufmerksamkeits-Defizit-Störung), vorliege. Die psychische Hauptproblematik beim Patienten liege darin, dass er Mühe habe, mit starken aversiven Gefühlen wie Wut, Anspannung und Stress adäquat umzugehen. Er habe sich im Laufe seines Lebens Copingstrategien angeeignet, welche zu weiteren Folgeproblemen geführt hätten. U.a. habe er aversive Gefühle über lange Zeit mit Kaufsucht kompensiert, was zu einer hohen Verschuldung geführt habe. Andere Strategien seien Selbstverletzungen oder Cannabiskonsum. Als Folge der Emotionsregulationsstörung und des vermuteten ADS bestehe beim Patienten eine geringe Belastbarkeit und Frustrationstoleranz. Er habe Mühe, sein Denken und Handeln zu strukturieren, und verliere deshalb oft den Überblick über eine Situation. Als Folge des ADS in Kombination mit der aktuellen schwierigen psychosozialen Situation erlebe er durchaus Phasen von mehreren Wochen, während welchen eine Diagnose einer depressiven Episode erfüllt sei (Niedergeschlagenheit, Lust- und Motivationslosigkeit, Antriebsarmut, schnelle Ermüdbarkeit, Insuffizienzgefühle, Durchschlafstörungen, Appetitverlust). Dr. med. H. ___ schätze ein, dass Psychotherapie beim Patienten keine Veränderung für die Arbeitsfähigkeit erbringen werde. Hier habe man eine andere Sicht: Bei den oben ergänzten Diagnosen sei Psychotherapie in Kombination mit Psychopharmakotherapie indiziert. Der Patient habe noch nie eine längerdauernde intensive Psychotherapie in Anspruch genommen (bisher nur vereinzelte Sitzungen beim Psychiater Dr. med. O. ___ und ein Coaching durch den Psychologen P. ___). Die vermutete Diagnose eines ADS sowie die bestehende rezidivierende depressive Störung hätten Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. Ein ADS sei behandelbar und es sei davon ausgehen, dass sich die Arbeitsfähigkeit durch die Behandlung Psychotherapie/Psychopharmakotherapie verbessern werde. Dazu erforderlich sei aber die Unterstützung der IV im Rahmen eines erneuten Versuchs mit einem Arbeitstraining (IV-Nr. 74).

3.6 Aus dem Bericht der psychiatrisch-psychologischen Praxis G. ___ (lic. phil. Q. ___, Psychologe FSP; Dr. phil. R. ___, Fachpsychologe für Psychotherapie FSP) vom 21. Februar 2014 geht im Wesentlichen hervor, die frühkindliche Entwicklung sei ■ abgesehen von wiederholter Bronchitis ■ unauffällig gewesen. Rasch werde dann aber eine verzögerte Entwicklung auf allen Ebenen, insbesondere aber im sprachlichen Bereich, sichtbar. Sprachtherapien hätten Fortschritte ermöglicht, trotzdem sei von einem regulären Schuleintritt abgeraten worden, so dass der Patient gegen den Willen seiner Eltern die Schule im Kinderheim [...], einer sonderpädagogischen Schule für Verhalten und Sprache, begonnen habe. Neben einer vermuteten hirnorganischen Komponente spiele das kaum fürsorgliche Elternsystem mit einer inkonsistenten Beziehung zum Kind, emotionaler Vernachlässigung und physischen Schlägen vermutlich eine ursächliche Rolle dieser Entwicklungsstörung. Vor dem Hintergrund der anamnestischen Angaben aus der frühen Kindheit liege die Vermutung nahe, dass beim Patienten eine frühe Bindungsstörung vorgelegen habe.

In der Sonderschule sei es zu zahlreichen Abklärungen gekommen, die insgesamt einen schlecht konzentrierten, ablenkbaren, überschüssenden Knaben beschrieben hätten. Die Sprachentwicklung sei, trotz Fortschritten, stark retardiert geblieben. Die emotionale wie die affektive Entwicklung sei ebenfalls dem Alter entsprechend zurückgeblieben. Der Junge

sei im Verhalten als labil beschrieben worden, in der Persönlichkeit als wenig reif. Es habe eine latente Aggressivität und ein hohes Mass an Bedürftigkeit bestanden, dem im Sozialverhalten mit starker Anpassung begegnet worden sei. Parallel zur Begeisterungsfähigkeit habe sich eine niedrige Frustrationstoleranz gezeigt. Die fremdanamnestischen Angaben der Kindheit zeigten ebenfalls deutliche und ausgeprägte Symptome wie Konzentrationsstörungen, Ablenkbarkeit und impulsives Handeln.

Die Berufsanamnese sei inkonsistent mit vielen Wechseln und Überforderungen. Der Abschluss der Anlehre zum Velomechaniker sei dank der Unterstützung des Chefs und trotz starker psychischer Belastung, die sich in Müdigkeit, Schlaflosigkeit und morgendlichem Erbrechen bemerkbar gemacht habe, gelungen. Zunehmende depressive Episoden und somatoforme Beschwerden sowie zwei Handoperationen hätten eine konstante berufliche Tätigkeit verunmöglicht.

Insgesamt zeigten die selbst- und fremdanamnestischen Angaben sowie die psychodiagnostischen Messmittel, dass bereits in der Kindheit des Patienten substantielle Schwierigkeiten in den Bereichen Impulsivität, Konzentrationsschwierigkeiten und Ablenkbarkeit bestanden hätten. Im Erwachsenenalter seien diese abgeschwächt, jedoch weiterhin deutlich einschränkend im Alltag vorhanden. Dominant seien auch ein depressives Erscheinungsbild und die chronische Schmerzsymptomatik. Insgesamt sei eine sehr hohe Belastung auf Achse I festzustellen. Zusammenfassend könne festgehalten werden, dass Leidensdruck erzeugende ADHS-spezifische Symptome im Kindesalter vorhanden gewesen seien und im Erwachsenenalter fortbeständen. Die Kriterien für eine adulte ADHS seien dementsprechend vollständig erfüllt. Differentialdiagnostisch werde bei dieser Symptomatik eine mit grosser Wahrscheinlichkeit vorbestehende frühe Bindungsstörung und damit einhergehende Entwicklungsstörungen v.a. in der Sprache vermutet. Die deutlichen Einschränkungen im psychosozialen Funktionsniveau seien dabei nicht alleine mit einer ADHS zu erklären und es seien differentialdiagnostisch zusätzliche negative Einflüsse auf die Bewältigung des Lebensalltags aufgrund einer komorbid bestehenden kombinierten Persönlichkeitsstörung zu vermuten. Demnach wurden folgende Diagnosen gestellt: «Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung, kombinierte Präsentation (DSM-V 314.01), Störung mit Beginn in der Kindheit: Reaktive Bindungsstörung (ICD-10: F94.1) und damit einhergehend Sprachentwicklungsstörung, V.a. kombinierte Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F61)» (IV-Nr. 88).

3.7 Der Dermatologe Prof. Dr. med. S. ___ hielt in seinem Bericht vom 18. März 2014 fest, am 12. Februar 2014 habe sich der Patient wegen einer seit dem 16. Lebensjahr bestehenden Psoriasis vulgaris (Schuppenflechte) in seiner Sprechstunde vorgestellt. Der Dermatologe diagnostizierte Psoriasis vulgaris und Acne inversa. Im Weiteren führte er aus, die Acne inversa könne in Abhängigkeit von der Lokalisation sowie der Ausprägung des Befundes durchaus zur Einschränkung bei der Arbeitstätigkeit führen, soweit diese mit viel Bewegung verbunden sei. Der Ausprägungsgrad der Psoriasis vulgaris sei beim derzeitigen Befund nicht mit einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit verbunden. Die Acne inversa sei eine Hautveränderung, der eine genetische Prädisposition zugrunde liege. Eine Heilung im engeren Sinne sei daher nicht zu erwarten. Die Behandlung bestehe in antientzündlichen Massnahmen und ■ sofern es sich um lokalisierte Befunde handle ■ in deren Exzision. Der Patient sei darüber hinaus aufgeklärt worden, dass das Rauchen ein aggregierender Faktor sei (IV-Nr. 101 S. 46 f.).

3.8 Zu den oben wiedergegebenen Berichten vom 5. Juli 2013 und 21. Februar 2014 nahm der psychiatrische D.____-Gutachter Dr. med. H.____ am 26. Mai 2014 dahingehend Stellung, der Explorand habe in der psychiatrischen Untersuchung mitgeteilt, dass er sich aufgrund seiner Schmerzen in der rechten Hand nicht arbeitsfähig fühle. Es sei auch zu erwähnen, dass er im Gegensatz zu seinen Angaben das verordnete Antidepressivum zum Zeitpunkt der Untersuchung kaum eingenommen habe. Der Explorand habe Schwierigkeiten gehabt in der Schule, es sei auch eine leicht unterdurchschnittliche Intelligenz festgestellt worden. Er habe vor allem unter einer verzögerten Sprachentwicklung gelitten. Es sei aber zu erwähnen, dass der Explorand erfolgreich eine Lehre als Velomechaniker absolviert und später verschiedene Hilfsarbeiten ausgeführt habe. Aufgrund von Schmerzen in der rechten Hand fühle er sich seit Mai 2011 nicht mehr arbeitsfähig. Aufgrund der Aktenlage und der Angaben des Exploranden im Rahmen der psychiatrischen Untersuchung habe man keine klaren Hinweise für das Vorliegen eines ADHS finden können. In der Untersuchung durch die Psychologen Q.____ und R.____ sei vor allem aufgrund zahlreicher Selbst- und Fremdbeurteilungsskalen ein ADHS postuliert worden. Ob nun ein ADHS vorliege oder nicht, sei schwierig zu beurteilen. Zum Zeitpunkt der Untersuchung vom 27. Mai 2013 habe man dafür keine Anhaltspunkte finden können. Wenn nun gewisse Anhaltspunkte für ein ADHS vorhanden seien, sollte sicherlich ein Versuch mit einem Amphetaminpräparat versucht werden. Für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit sei es aber nicht von entscheidender Bedeutung, ob nun zusätzlich ein ADHS diagnostiziert werde. Der Explorand sei auch ohne Stimulanzientherapie in der Lage gewesen, eine Ausbildung zu absolvieren. Er sei auch während einigen Jahren beruflichen Tätigkeiten nachgegangen. Zum Zeitpunkt der Untersuchung habe er sich nicht arbeitsfähig gefühlt aufgrund der Schmerzen in der rechten Hand. Er leide auch unter einer Funktionsstörung des Gastrointestinaltraktes. Die geklagten Beschwerden führten dazu, dass die beruflichen Massnahmen nicht erfolgreich hätten durchgeführt werden können. Aus orthopädischer Sicht hätten keine wesentlichen Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit begründet werden können. Wenn der Explorand nun zum jetzigen Zeitpunkt motiviert sei, erneut an beruflichen Massnahmen teilzunehmen, müsste er vorgängig seine Motivation und Bereitschaft im Rahmen eines mehrmonatigen Beschäftigungsprogramms, an dem er regelmässig und ohne Absenzen teilnehme, unter Beweis stellen. Für eine depressive Störung habe man im Rahmen der durchgeführten psychiatrischen Begutachtung keine Anhaltspunkte gefunden. In diesem Zusammenhang sei nochmals zu erwähnen, dass der Beschwerdeführer entgegen seinen Angaben die verordneten Antidepressiva zum Zeitpunkt der Untersuchung kaum eingenommen habe (IV-Nr. 94).

3.9 Vom 19. bis 21. Juni 2014 war der Beschwerdeführer in der Psychiatrischen Klinik [...] hospitalisiert. Im Austrittsbericht vom 21. Juni 2014 wurde unter Verlauf und Beurteilung angegeben, der Patient sei aufgrund einer psychischen Dekompensation nach Trennung seiner Partnerin zur Krisenintervention gekommen. Der Eintritt sei aufgrund einer Freiwilligkeitserklärung erfolgt. Der Patient habe den Wunsch geäussert, für einige Tage im Spital zu verbleiben, um bei seinen vielfältigen Belastungen und interaktionellen Problemen seine Gedanken wieder ordnen zu können. Er habe über innere Anspannung sowie Appetenz- und Schlafstörungen bei stets klarer Distanzierung von Suizidalität geklagt. Im Verlauf des Wochenendes habe er nach Ritalin verlangt, da er dies zu Hause auch einnehme. Als ihm untersagt worden sei, sein Auto, das er an einem ungünstigen Ort geparkt habe, nach Hause zu fahren, habe er beschlossen auszutreten (IV-Nr. 101 S. 53 f.).

3.10 Der Dermatologe Prof. Dr. med. S. ___ hielt gegenüber dem Rechtsvertreter des Beschwerdeführers am 21. August 2014 fest, eine Psoriasis vulgaris sei eine immunologisch ermittelte Entzündung, der eine genetische Prädisposition zugrunde liege. Bei der Acne inversa handle es sich um eine Entzündung im Bereich der Terminalhaarfollikel, der ebenfalls genetische Mutationen zugrunde lägen. Hier werde eine autosomal dominante Vererbung angenommen. Psychische Ursachen seien für die Pathogenese nicht von Relevanz. Inwiefern die zeitweise eingeschränkte Arbeitsfähigkeit bei einer Akne inversa in Kombination mit einer Persönlichkeitsstörung und anderweitigen somatischen Ursachen zusätzlich zur Einschränkung der Arbeitsfähigkeit führen könne, könne aus dermatologischer Sicht nicht beantwortet werden. Nach den operativen Eingriffen sei je nach Lokalisation mit einer Regenerationszeit von durchschnittlich 14 Tagen zu rechnen (IV-Nr. 105 S. 3).

3.11 Aus dem Bericht der Psychiatrisch-psychologischen Praxis G. ___ vom 29. September 2014 (ambulante psychologische Untersuchungen vom 19. Mai und 26. Juni 2014) geht hervor, der Beschwerdeführer sei zu einer Zusatzabklärung zugewiesen worden. Im Bericht vom 21. Februar 2014 sei die Verdachtsdiagnose «kombinierte Persönlichkeitsstörung» erhoben worden, welche in dieser Untersuchung exploriert worden sei. In Ergänzung zu den bereits erhobenen anamnestischen Angaben, dem klinischen Eindruck und des IKP seien hier drei weitere spezifische psychodiagnostische Messmittel eingesetzt worden. Sowohl das SKID-II als auch der Fragebogen von Oldham und Morris sowie das PSSI bestätigten die Verdachtsdiagnose «kombinierte Persönlichkeitsstörung» deutlich. Die Diagnose nach ICD-10 und DSM-V laute: «Kombinierte Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F61.0 DSM-V: 301.9; IV-Nr. 106 S. 114 ff.).

3.12 In seiner Stellungnahme vom 5. Februar 2015 hielt der D. ___-Gutachter Dr. med. H. ___ fest, die Diagnose einer kombinierten Persönlichkeitsstörung sei von lic. phil. Q. ___ aufgrund des Selbstbeurteilungsverfahrens IKP, des SKID-II, des Selbstbeurteilungsverfahrens von Oldham und Morris und des Selbstbeurteilungsinstrumentes PSSI gestellt worden. Die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung sei also einzig aufgrund von psychologischen Untersuchungsverfahren, insbesondere von Selbstbeurteilungsverfahren gestellt worden. In diesem Bericht werde kein psychopathologischer Befund erhoben. Es werde nirgends erwähnt, wie sich die allfällige Persönlichkeitsstörung im Alltag auswirke.

Im psychiatrischen Gutachten vom 27. Mai 2013 sei die Diagnose einer chronischen Schmerzstörung und einer somatoformen autonomen Funktionsstörung gestellt worden. Der Explorand habe aufgrund einer verzögerten Sprachentwicklung eine Sprachheilschule besucht. Im Rahmen der psychiatrischen Untersuchung habe er sich differenziert ausdrücken können. Es seien keine Zeichen einer Sprachstörung mehr vorhanden gewesen. Der Explorand habe berichtet, dass er nach Schulabschluss eine Anlehre als Velomechaniker absolviert habe und im Anschluss von 1999 bis 2010 mit Unterbrüchen in der freien Wirtschaft gearbeitet habe. Der Explorand habe berichtet, dass er seit 2007 mit seiner Freundin zusammenlebe, dass er sich in dieser Beziehung wohl fühle und es überhaupt keine Probleme gebe. Er habe auch von einer aktiven Tagesgestaltung berichtet. Der Explorand habe seine subjektive Arbeitsunfähigkeit mit den geklagten Schmerzen begründet. Er habe nicht erwähnt, dass er durch seine Akne in seiner Alltagsgestaltung eingeschränkt sei. Es sei auch zu erwähnen, dass der Explorand im Gegensatz zu seinen Angaben das verordnete Antidepressivum kaum einnehme.

Im Rahmen einer Begutachtung seien psychologische Tests nicht verwertbar, da sie weitgehend die subjektive Einschätzung des Exploranden abbildeten und somit kein objektiver Befund erhoben werden könne. Alle Fragebogen, die zur Erfassung von Depressionen oder anderer psychischer Störungen verwendet werden können, seien für den klinischen Alltag (z.B. Prüfung von Veränderungen vor und nach Durchführung einer Behandlung, Verlaufskontrollen) entwickelt worden. Keines dieser Verfahren sei geeignet, im gutachterlichen Kontext die Beschwerden eines Versicherten zu objektivieren. Man sei sich bewusst, dass viele Gutachter solche Verfahren durchführten (z.B. das Beck Depressionsinventar, MMPI, etc.). Solche Verfahren spiegelten aber nur vordergründig eine Objektivität vor (indem sie ■ nach Auszählung der Antworten ■ einen pseudogenauen Score ergäben, der mit Normwerten verglichen werden könne). An der Tatsache, dass die Antworten in solchen Tests rein subjektiver Natur seien, ändere der Score nichts. Durch solche Verfahren werde keine höhere Genauigkeit erreicht, sondern es werde im Gegenteil eine Pseudogenauigkeit erzielt. Solche Verfahren würden grundsätzlich nie durchgeführt; von einer Anwendung dieser Verfahren im gutachterlichen Kontext werde geradezu abgeraten. Auch in Anbetracht der in der Zwischenzeit eingegangenen Akten werde an den Schlussfolgerungen festgehalten, die im Gutachten gestellt worden seien. Beim Exploranden bestehe eine 100%ige Arbeits- und Leistungsfähigkeit für leichte bis mindestens mittelschwere Tätigkeiten (IV-Nr. 117).

3.13 Die durch das Gericht veranlasste Begutachtung durch die Begutachtungsstelle I. ____, vom 28. Juni 2017 umfasste eine versicherungsmedizinische / fallführende Untersuchung (Dr. med. T. ____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin FMH), eine psychiatrische Untersuchung (Dr. med. U. ____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie), eine handchirurgische Untersuchung (Dr. med. V. ____, Facharzt FMH für plastische, rekonstruktive, ästhetische und Handchirurgie) sowie eine rheumatologische Untersuchung (Dr. med. W. ____, Facharzt für Innere Medizin FMH, Facharzt für Rheumatologie FMH). Weiter wurden Laborwerte erhoben, Röntgenbilder der BWS und LWS sowie des rechten Handgelenks erstellt und eine ergotherapeutische Abklärung durchgeführt. Weiter wurden Berichte des [...], Orthopädische Klinik, und des Dermatologen Dr. med. S. ____, beigezogen.

3.13.1 Der psychiatrische Teilgutachter Dr. med. U. ____, diagnostiziert in seinem Teilgutachten vom 24. Februar 2017 (A.S. 153 ff.) eine komplexe posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1), entsprechend der DESNOS nach DSM-IV, eine kombinierte Persönlichkeitsstörung mit emotional instabilen, paranoiden, schizoiden und vermeidend-selbstunsicheren Anteilen (ICD-10 F61.0), ein Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom (ICD-10 F90.0), eine rezidivierende depressive Störung, derzeit schwere Episode (ICD-10 F33.2), eine somatoforme autonome Funktionsstörung des autonomen Gastrointestinaltraktes (ICD-10 F45.31) sowie eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41). In der Beurteilung führt Dr. med. U. ____, aus, der Beginn der Krankheitsentwicklung müsste in die früheste Kindheit datiert werden, wo der Beschwerdeführer nach später Sprachentwicklung einer schwer dysfunktionalen Primärfamilie ausgesetzt worden sei. Von frühester Kindheit scheine schwere Gewalt vorgeherrscht zu haben, die in ihrem vollen Ausmass zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht explorierbar sei. Auch wenn damit das Eingangskriterium für eine posttraumatische Belastungsstörung bezüglich des Gewaltausmasses noch weiter exploriert werden müsse, seien die Traumafolgesymptome und traumaspezifischen Veränderungen der Persönlichkeit so typisch und ausgeprägt, dass die Diagnose einer posttraumatischen

Belastungsstörung gestellt werde. Der Beschwerdeführer sei bereits im Kindergarten und in der Grundschule auffällig und in Sprachheilbehandlung gewesen. Die von ihm berichtete schwere Gewalt der Mutter, die vor allem auch in psychischer Form bis zum heutigen Tag fortgesetzt werde, habe das Erlernen von sicherer zwischenmenschlicher Beziehung stark erschwert. So habe der Beschwerdeführer aufgrund der seit frühester Kindheit lang fortgesetzten körperlichen und psychischen Gewalt das Vollbild einer komplexen posttraumatischen Belastungsstörung entwickelt, was durch das standardisierte Interview in der deutschen Version von Martin Sack abgebildet werde. Wie für schwer traumatisierte Menschen typisch, habe der Beschwerdeführer auf die physische und psychische Gewalt mit Instrumentalisierung durch die Primärfamilie einen sehr sprunghaften Lebenswandel mit häufigen Berufswechseln und Abbrüchen auch in Beziehungen entwickelt. Die aktuell schwere depressive Symptomatik sei als Folge der permanent übererregten Stressachse aufgrund der Traumatisierung zu verstehen. Die Persönlichkeitsstörung zeige die Folgen der Traumatisierung auf der Persönlichkeitsebene und sei als schwer einzustufen. Die ADHS-Diagnose sei zusätzlich zutreffend, sie sei bei genetischer Disposition auch durch die dysfunktionale Primärfamilie begünstigt worden. Das bunte Diagnosebild sei typisch für früh und schwer traumatisierte Menschen, die ausgeprägte Regulationsstörungen hätten. Was die funktionellen Auswirkungen der objektivierten Befunde anbelange, weise der Beschwerdeführer im Wesentlichen mittelschwere Funktionsstörungen (nach Mini-ICF-APP) auf. Die schweren Beeinträchtigungen seien ADHS-typisch die Fähigkeit zur Planung und Strukturierung von Aufgaben (vor allem die Selbstorganisation), traumatisch die Selbstbehauptungsfähigkeit, und persönlichkeitsstörungstypisch liege eine schwere Beeinträchtigung der Kontaktfähigkeit zu Dritten und der Gruppenfähigkeit vor. Im beruflichen Kontext habe der Beschwerdeführer dies phasenweise gut kompensieren können. Dies werde auch in Zukunft die grösste Herausforderung sein, einen adäquaten Arbeitsplatz zu finden, den er mittel- und langfristig durchhalten könne.

Im Vergleich zu den vorliegenden Stellungnahmen bestehe eine abweichende Diagnosestellung vor allem bezüglich der Einschätzung der Traumatisierung, die ätiologisch der ADHS-Symptomatik und Persönlichkeitsstörung, wie auch der depressiven Symptomatik vorausgehe, ebenso den vom Gutachter Dr. med. H.____ gestellten Diagnosen einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen psychischen Faktoren und einer somatoformen autonomen Funktionsstörung des oberen Gastrointestinaltrakts. Der Vorgutachter Dr. med. H.____ habe das Ausmass der Gewalt nicht explizit exploriert. Er dokumentiere auch keine körperliche Gewalt, obwohl diese vom Beschwerdeführer klar referiert und über lange Jahre angegeben werde. So fehlten auch die dazugehörigen Fragen nach Flashbacks, hohem Arousal, Vermeidungsverhalten und Alpträumen. Zu keinem dieser Punkte nehme Dr. med. H.____ in seinem Gutachten Stellung. Deshalb könne seine Einschätzung nicht nachvollzogen werden. Mit dem behandelnden Psychiater Dr. med. E.____ habe er, Dr. med. U.____, die Abweichung bezüglich der Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung erörtert. Dieser habe erklärt, er habe noch nicht in eine vertiefte Traumadiagnostik einsteigen können. Das Gespräch mit der delegierten arbeitenden Psychologin lic. phil. F.____ habe ergeben, dass sich die Exploration der Traumata auch in der Therapie sehr schwierig gestalten, da der Beschwerdeführer starke Reaktionen entwickle. Sie könne jedoch die telefonisch erläuterte Diagnosestellung nachvollziehen und teile die Einschätzung von Dr. med. U.____. Die Psychologen der G.____ hätten keine posttraumatische Belastungsstörung, aber u.a. eine kombinierte Persönlichkeitsstörung diagnostiziert. Dass anlässlich der Kriseninterventionen bei den

J. ___n keine posttraumatische Belastungsstörung diagnostiziert worden sei, erkläre sich mit der Kürze des Aufenthalts. Was den Schweregrad der depressiven Störung anbelange, sehe er, der Gutachter, die Abweichung gegenüber dem behandelnden Psychiater Dr. med. E. ___, der 2014 eine leichte Störung festgehalten habe, als verlaufsbedingt. Die in den Vorakten fehlende Anamnese bezüglich Gewalt und die damals fehlende Nachfrage bezüglich posttraumatischer Symptome könnten nicht dem Beschwerdeführer angelastet werden. Ein Anhaltspunkt für Simulation oder Aggravation habe auch unter Berücksichtigung der rheumatologischen, handchirurgischen und internistischen Teilgutachten nicht gefunden werden können.

Aufgrund der psychiatrischen Diagnosen und Beschwerdebilder sei von einer Arbeitsunfähigkeit von 60 % sowohl in der angestammten als auch in Verweistätigkeiten auszugehen. Diese Einschätzung gelte seit dem 1. Januar 2011 (Kündigung der vorletzten Stelle). Für die Arbeitsfähigkeit von 40 % bestünden Einschränkungen für Multitask-Tätigkeiten sowie Tätigkeiten mit hoher Verantwortung für Personen oder Sachgegenstände.

3.13.2 Der handchirurgische Teilgutachter Dr. med. V. ___ nennt als Diagnose persistierende ulnocarpale Handgelenksschmerzen bei Instabilität am DRUG rechts (bei Status nach Handgelenkskontusion rechts 2004, TFCC-Refixation im November 2004, Retrauma im Mai 2011 nach beschwerdefreiem Intervall sowie Status nach Handgelenksarthroskopie und Kapseldébridement am 13. Dezember 2011). Er hält fest, die verbliebenen Beschwerden nach zweimaligem Handgelenkseingriff seien differenzialdiagnostisch am ehesten mit einer beginnenden Arthrose vereinbar. Eine solche sei im aktuell angefertigten Röntgenbild nicht ersichtlich und der Beschwerdeführer gebe eher belastungsabhängige Schmerzen an. Damit verbleibe die Diagnose einer klinisch im Vergleich zur Gegenseite vorhandenen Instabilität am DRUG. Was die Arbeitsfähigkeit betreffe, sehe der Gutachter ein Pensum von 60 % in der angestammten Tätigkeit als Velomechaniker als zumutbar an. Angepasste Tätigkeiten ohne belastete Pro-/Supination über 5 kg sollten auch zu 100 % möglich sein (A.S. 193 f.).

3.13.3 Der rheumatologische Teilgutachter Dr. med. W. ___ gelangt nach ausführlicher Diskussion der erhobenen Befunde, der Angaben des Beschwerdeführers und der Vorakten zum Ergebnis, aus rheumatologischer Sicht bestehe - unter Aussparung der durch das handchirurgische Teilgutachten zu beurteilenden Konstellation am rechten Handgelenk ■ übereinstimmend mit den Ergebnissen der orthopädischen Teilbegutachtung von 2013 (Begutachtungsstelle D. ___ keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (A.S. 173 ff.).

3.13.4 In der interdisziplinären Gesamtbeurteilung (A.S. 100 ff.) wird erklärt, der Beschwerdeführer habe in erster Linie über Beschwerden aus dem psychiatrischen Fachbereich beklagt. Die somatischen Beschwerden im Bereich des rechten Handgelenks seien weniger im Vordergrund gestanden. Zusätzlich habe der Beschwerdeführer gelegentlich auftretende lumbovertbrale Beschwerden angegeben, die jedoch subjektiv nicht als wesentlich leistungseinschränkend beschrieben worden seien.

Auf somatischem Fachgebiet habe der Beschwerdeführer darüber hinaus über Beschwerden im Bereich seiner Haut geklagt, dies aufgrund der langjährig vorbekannten Psoriasis-Erkrankung und der rezidivierenden Acne inversa-Erkrankung mit gehäufter Notwendigkeit von Exzisionen. Aus handchirurgischer Sicht bestünden grundsätzlich keine wesentlichen Abweichungen gegenüber den Ergebnissen der Begutachtung durch die

Begutachtungsstelle D.____. Von Seiten des übrigen Bewegungsapparates liessen sich im Rahmen der ergänzend durchgeführten rheumatologischen Beurteilung keine wesentlichen Funktionseinschränkungen beschreiben. Der Beschwerdeführer könne lediglich, wie es schon 2013 durch die Begutachtungsstelle D.____ ähnlich formuliert worden sei, aufgrund seiner allgemeinen Konstitution keine ausschliesslich körperlich schweren Arbeiten erledigen. Gemäss der vorliegenden dermatologischen Einschätzung des behandelnden Rheumatologen Dr. med. S.____ (vgl. E. II 3.7 und 3.10 hiervor) sei bezüglich der Psoriasis-Erkrankung bisher keine Arbeitsunfähigkeit attestiert worden, wohingegen die Acne inversa-Erkrankung mit der Notwendigkeit von gehäuften, teilweise ausgedehnteren axillären und inguinalen Exzisionen bereits zu zahlreichen zeitlich begrenzten Arbeitsunfähigkeiten geführt habe. Aus heutiger Sicht könne angenommen werden, dass wegen der Psoriasis-Erkrankung in erster Linie qualitative Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit bestünden; es liege mit Sicherheit eine Minderbelastbarkeit der Haut vor, so dass der Beschwerdeführer in erster Linie bei mechanisch hautbelastenden Tätigkeiten und wegen der psychischen Beeinträchtigung bei Tätigkeiten mit Kundenkontakt eingeschränkt sei. Bei der wiederholten Abszessbildung im Rahmen der Acne inversa handle es sich grundsätzlich um eine wiederkehrende, nicht dauerhaft heilbare Erkrankung. Hier müsse auch in Zukunft immer wieder mit möglichen Abszessexzisionen gerechnet werden. Im nicht akuten Stadium bestehe durch diese Erkrankung hingegen keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit.

Das psychiatrische Krankheitsbild stehe klar im Vordergrund. Die diesbezügliche Beurteilung weiche von der Vorbeurteilung durch die Begutachtungsstelle D.____, ab. Aus heutiger Sicht könne die bereits durch die psychiatrischen Behandler des Beschwerdeführers postulierte Diagnose einer kombinierten Persönlichkeitsstörung mit emotional instabilen, paranoiden, schizoiden und vermeidend-selbstunsicheren Anteilen bestätigt werden. Ebenso lasse sich das Vorliegen einer Aufmerksamkeitsdefizitstörung bestätigen. Darüber hinaus werde, neu im Vergleich zur Aktenlage, die Diagnose einer komplexen posttraumatischen Belastungsstörung gestellt. Aus heutiger Sicht seien die Kriterien für diese Diagnose erfüllt. Wie bereits gemäss Aktenlage vordiagnostiziert, werde auch heute das Vorliegen einer rezidivierenden depressiven Störung bestätigt. Der Ausprägungsgrad werde zum Begutachtungszeitpunkt als schwer eingestuft. Die vom Beschwerdeführer beklagten, chronifizierten Beschwerden des oberen Gastrointestinaltrakts würden aktuell einer somatoformen autonomen Funktionsstörung des oberen Gastrointestinaltrakts zugeordnet, dies in Übereinstimmung mit dem Gutachten der Begutachtungsstelle D.____. Durch die psychiatrischen Beschwerdebilder werde die Fähigkeit zur Anpassung an Regeln und Routinen leicht beeinträchtigt, während eine schwere Beeinträchtigung im Bereich der Fähigkeit zur Planung und Strukturierung von Aufgaben bestehe, ebenso sei die Flexibilität und Umstellungsfähigkeit mindestens mittelgradig eingeschränkt. Die Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit sei mittelschwer beeinträchtigt, ebenso die Durchhaltefähigkeit. Die Selbstbehauptungsfähigkeit sei schwer eingeschränkt, auch die Kontaktfähigkeit zu Dritten und die Gruppenfähigkeit sowie die Fähigkeit zu familiären und intimen Beziehungen sei schwergradig eingeschränkt. Spontanaktivitäten könne der Beschwerdeführer nur eingeschränkt wahrnehmen. Die Selbstpflege und Verkehrsfähigkeit seien hingegen leicht beeinträchtigt. Die Gutachter gingen davon aus, dass die beschriebenen Funktionsbeeinträchtigungen grundsätzlich langjährig vorbestehend seien und die brüchige Erwerbsbiographie des Beschwerdeführers in erster Linie mit den vorhandenen Funktionseinschränkungen aufgrund der

Persönlichkeitsstörung und der posttraumatischen Belastungsstörung zu erklären gewesen sei. Dies sei bisher, insbesondere im Rahmen des Gutachtens der Begutachtungsstelle D.____, unzureichend berücksichtigt worden. Dem Beschwerdeführer sei es bisher in seinem Erwerbsleben nicht gelungen, langfristig ein stabiles Arbeitsverhältnis aufrechtzuerhalten. Retrospektiv gingen die Gutachter davon aus, dass die genannten Funktionsbeeinträchtigungen durch das psychiatrische Krankheitsbild so erheblich gewesen seien, dass es dem Beschwerdeführer bisher nur teilweise und kurzfristig gelungen sei, diese zu kompensieren.

Aus gesamtmedizinischer Sicht gingen die Gutachter von einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit um 60 % aus. Die Arbeit als Hauswart, die der Beschwerdeführer bis August 2016 ausgeübt habe, stelle aus somatischer wie auch aus psychiatrischer Sicht grundsätzlich eine angepasste Tätigkeit dar. Der Beschwerdeführer sei retrospektiv gesehen seit dem Zeitpunkt der IV-Anmeldung vom 16. September 2010 gesamthaft im Pensum von 40 % arbeitsfähig für körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeiten ohne erhöhte Belastung im rechten Handgelenk, insbesondere in Bezug auf Rotationsbewegungen und Transversalbelastungen. Die zeitliche Einschränkung sei in erster Linie mit den psychiatrischen Einschränkungen zu begründen. Darüber hinaus bestünden qualitative Einschränkungen, so könne der Beschwerdeführer keine Tätigkeiten mit erhöhter mechanischer Hautbelastung sowie Arbeiten in feuchter oder sehr warmer Umgebung durchführen. Tätigkeiten mit gehäuften Kundenkontakt seien ungünstig. Eine Arbeitsstelle sei aufgrund der psychiatrischen Einschränkungen nur möglich, wenn der direkte Vorgesetzte und der Arbeitgeber ein Wohlwollen gegenüber psychiatrisch erkrankten Menschen hätten und gegebenenfalls Ausfälle kompensiert werden könnten. Wesentlich sei, dem Beschwerdeführer nicht zu hohe Verantwortung für andere Personen zu übertragen und komplexe Teamsituationen sowie komplexe Multitask-Aufgaben zu vermeiden. Es sei nicht davon auszugehen, dass sich die Leistungs- respektive Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers wesentlich werde steigern lassen.

4. Das durch das Gericht eingeholte Gutachten der Begutachtungsstelle I.____, vom 28. Juni 2017 basiert auf den vollständigen Vorakten sowie eigenen spezialärztlichen Untersuchungen (vgl. E. II. 3.13 am Anfang hiervor). Auf dieser Basis gelangen die beteiligten Experten zu schlüssigen Ergebnissen, die sie in nachvollziehbarer Weise herleiten. Das Gutachten wird damit den durch die Rechtsprechung formulierten Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Stellungnahme grundsätzlich gerecht.

Inhaltlich lassen sich die Ergebnisse der somatischen Teilbegutachtungen, namentlich des handchirurgischen und des rheumatologischen Teilgutachtens, mit den Vorberichten, einschliesslich des Vorgutachtens der Begutachtungsstelle D.____, vereinbaren. Die dermatologischen Aspekte werden im Anschluss an die Berichte des behandelnden Spezialarztes Dr. med. S.____ in plausibler und nachvollziehbarer Weise behandelt und erläutert. Eine erhebliche Abweichung vom Vorgutachten, aber teilweise auch von den Stellungnahmen der behandelnden Ärzte zeigt sich dagegen bei den Ergebnissen der psychiatrischen Begutachtung. Der psychiatrische Teilgutachter Dr. med. U.____ bestätigt zwar einige Diagnosen, welche seitens behandelnder Ärzte bereits zuvor genannt worden waren. Für seine Beurteilung zentral ist jedoch die so zuvor nicht geäusserte These, der Beschwerdeführer habe im Kindes- und Jugendalter schwere Gewalt seitens der Mutter erlebt, was zu einer schweren Traumatisierung geführt habe, welche ätiologisch anderen Beschwerdebildern (wie einer ADHS-Problematik und einer komplexen

Persönlichkeitsstörung) vorangegangen sei. Gespräche des Gutachters mit den behandelnden Fachpersonen ergaben offenbar, dass diese eine Traumatisierung für möglich hielten, sie jedoch bisher nicht exploriert hatten. Hinsichtlich der Diagnosestellung stellt sich sowohl in Bezug auf die posttraumatische Belastungsstörung als auch in Bezug auf die Persönlichkeitsstörung die Frage, ob die entsprechenden zeitlichen Kriterien erfüllt sind. Namentlich müsste die posttraumatische Belastungsstörung in der Regel in einer gewissen zeitlichen Nähe zur traumatisierenden Situation entstehen, wobei aber Ausnahmen denkbar sind (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_73/2017 vom 6. Juli 2017 E. 6.5). Wie der Gutachter darlegt, geht er von einer seit längerer Zeit bestehenden Beeinträchtigung aus, so dass diese Voraussetzung erfüllt wäre. Ebenso erscheint vor diesem Hintergrund auch die Diagnose einer kombinierten Persönlichkeitsstörung, welche sich definitionsgemäss relativ früh und bei verschiedenen Gelegenheiten gezeigt haben müsste, als nachvollziehbar. Wohl ist es aus Sicht der Rechtsanwendung nicht unproblematisch, dass die Diagnose und die Beurteilung auf massiven Vorwürfen gegen Drittpersonen beruhen, welche sich nicht zur Sache äussern konnten. Das grobe und lange dauernde Fehlverhalten mit Ausübung schwerer Gewalt, welches der Gutachter Dr. med. U. ___ ■ abweichend von früheren psychiatrischen bzw. psychologischen Einschätzungen, welche ebenfalls auf die Entwicklung in der Kindheit Bezug nahmen (vgl. E. II. 3.6 hiavor) ■ insbesondere der Mutter des Beschwerdeführers vorwirft, kann aus einer rechtlichen Sicht nicht als nachgewiesen gelten. Dieser Umstand ändert jedoch nichts daran, dass der Gutachter Dr. med. U. ___ lege artis vorgegangen ist. Er hat seine Beurteilung unter Bezugnahme auf die Schilderungen des Beschwerdeführers, die Aussagen der behandelnden Ärzte, die Vorakten und die eigene Untersuchung plausibel begründet. Basierend auf der erwähnten These, der Beschwerdeführer sei bereits in frühester Kindheit häufig physischer und psychischer Gewalt ausgesetzt gewesen und dadurch traumatisiert worden, werden der weitere vom Gutachter angenommene Verlauf, die gestellten Diagnosen und die daraus resultierenden Einschränkungen, einschliesslich der Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit, nachvollziehbar hergeleitet. Wie dargelegt, hat das Gericht nur dann von den Ergebnissen eines Gerichtsgutachten abzuweichen, wenn zwingende Gründe bestehen (E. II. 2.6 hiavor; BGE 135 V 465 E. 4.4 S. 469 f.). Solche Gründe sind nicht ersichtlich und ergeben sich insbesondere nicht aus dem Umstand allein, dass die Einschätzung des psychiatrischen Gerichtsgutachters anders lautet als jene der Fachpersonen, welche zuvor mit dem Beschwerdeführer befasst waren. Von Seiten der Parteien werden denn auch keine Einwände erhoben. Die Arbeitsfähigkeit ist daher auf der Basis der Resultate des Gerichtsgutachtens festzulegen. Dem Beschwerdeführer ist folglich eine angepasste Tätigkeit noch im Rahmen eines Pensums von 40 % zumutbar.

5. Für den Einkommensvergleich sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des (allfälligen) Rentenbeginns massgebend (E. II. 2.3 hiavor). Gemäss dem Gerichtsgutachten bestehen die aktuellen Verhältnisse im Wesentlichen unverändert seit der IV-Anmeldung im September 2010. Das für den Rentenanspruch massgebende Wartejahr (E. II. 2.1 hiavor) lief somit im September 2011 ab.

5.1 Für die Bestimmung des Erwerbseinkommens, das die versicherte Person ohne die gesundheitliche Einschränkung mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erzielen könnte, wird in der Regel an den letzten Lohn angeknüpft, den sie als Gesunde tatsächlich erzielte. Vor dem Hintergrund der wechselhaften, unsteten Berufsbiographie des Beschwerdeführers, die durch zahlreiche kurzfristige Anstellungen und häufige Wechsel,

teilweise auch mit Unterbrüchen, geprägt ist (vgl. den IK-Auszug, IV-Nr. 103), rechtfertigt sich die Annahme, dass er im Gesundheitsfall eine bestimmte Tätigkeit längerfristig ausgeübt hätte, nicht. Das Valideneinkommen ist daher auf der Basis statistischer Werte zu bestimmen. Auszugehen ist vom Zentralwert des monatlichen Bruttolohns von Männern im Bereich einfacher Tätigkeiten gemäss der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE), Tabelle A1.

5.2 Das Einkommen, das der Beschwerdeführer bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage mit seinen gesundheitlichen Einschränkungen erzielen könnte, ist ebenfalls gestützt auf die LSE festzulegen. Den Ausgangspunkt bildet auch hier der vorstehend umschriebene Tabellenwert. Da somit beide Vergleichseinkommen auf derselben Grundlage bemessen werden, entspricht der Invaliditätsgrad dem Grad der Arbeitsunfähigkeit (hier: 60 %) vor Berücksichtigung eines allfälligen Abzugs vom Tabellenlohn (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_759/2016 vom 29. Dezember 2016 E. 4.1 mit Hinweis).

5.3 Nach der Rechtsprechung ist beim Einkommensvergleich unter Verwendung statistischer Tabellenlöhne zu berücksichtigen, dass gesundheitlich beeinträchtigte Personen, die selbst bei leichten Hilfsarbeitertätigkeiten behindert sind, im Vergleich zu voll leistungsfähigen und entsprechend einsetzbaren Arbeitnehmern lohnmässig benachteiligt sind und deshalb in der Regel mit unterdurchschnittlichen Lohnansätzen rechnen müssen. Sodann ist dem Umstand Rechnung zu tragen, dass weitere persönliche und berufliche Merkmale einer versicherten Person, wie Alter, Dauer der Betriebszugehörigkeit, Nationalität oder Aufenthaltskategorie sowie Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können. Die Frage, ob und in welchem Ausmass Tabellenlöhne herabzusetzen sind, hängt von sämtlichen persönlichen und beruflichen Umständen des konkreten Einzelfalls (leidensbedingte Einschränkung, Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad) ab. Der Einfluss sämtlicher Merkmale auf das Invalideneinkommen ist nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen, wobei der Abzug auf höchstens 25 % zu begrenzen ist (BGE 129 V 472 E. 4.2.3 S. 481 f. mit Hinweisen). Vorliegend fällt ins Gewicht, dass der Beschwerdeführer gemäss den gutachterlichen Feststellungen auch eine geeignete Tätigkeit nur im Rahmen eines Pensums von 40 % ausüben kann. Eine Teilzeittätigkeit in diesem Bereich ist bei Männern, statistisch gesehen, mit einer spürbaren Lohneinbusse verbunden. Weiter sind die Eigenheiten der Einschränkung, namentlich die Verbindung des psychischen Beschwerdebildes mit möglichen Ausfällen wegen der Acne inversa, geeignet, sich über die Pensenreduktion hinaus lohnmindernd auszuwirken. Weitere, invaliditätsfremde Abzugsgründe bestehen nicht. Damit rechtfertigt sich gesamthaft betrachtet ein Abzug in der Höhe von 15 %. Das Invalideneinkommen reduziert sich somit von 40 % auf 34 % des Valideneinkommens. Der Invaliditätsgrad beläuft sich demnach auf 66 %.

6. Der Beschwerdeführer hat somit nach Ablauf des Wartejahres im September 2011 Anspruch auf eine Dreiviertelsrente der Invalidenversicherung. Die Beschwerde ist in diesem Sinn gutzuheissen.

7. Ein Anspruch auf berufliche Eingliederungs- oder Integrationsmassnahmen ist für den hier zu beurteilenden Zeitraum bis zum Erlass der Verfügung vom 2. November 2015 zu verneinen. Die diesbezüglichen Bemühungen blieben in der Vergangenheit erfolglos und künftige Versuche müssten dem nunmehr festgestellten Beschwerdebild angepasst werden. Für die Zukunft werden derartige Massnahmen, objektive und subjektive Eingliederungsfähigkeit vorausgesetzt, im Rahmen des Zumutbarkeitsprofils allenfalls zu

prüfen sein.

8.

8.1 Der obsiegende Beschwerdeführer hat Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 61 lit. g ATSG). Rechtsanwalt Wyssmann macht in seiner Kostennote vom 13. September 2017 (A.S. 201) einen Aufwand von 18.54 Stunden geltend. Hiervon sind diejenigen Bemühungen in Abzug zu bringen, welche praxisgemäss als Kanzleiaufwand gelten, der im Stundenansatz eines Rechtsanwalts inbegriffen ist. Dazu gehören die Positionen «Brief an Klient» von 0.17 Std., bei welchen praxisgemäss von Orientierungskopien ausgegangen wird (total 1.19 Std.), drei Briefe à 0.25 Stunden (total 0.75 Stunden) vom 14. Juni 2016 (offenbar Adressänderungsanzeigen, vgl. A.S. 66) sowie der Aufwand für die Kostennote (0.42 Std.). Ebenfalls nicht zu entschädigen sind Vorkehren ohne erkennbaren direkten Bezug zum Verfahren. Dies betrifft das Schreiben an die Beschwerdegegnerin vom 3. Dezember 2015 (0.25 Std.) sowie die verschiedenen Kontakte zum Sozialdienst [...] (insgesamt 1.26 Std.). Weiter ist der nachprozessuale Aufwand aufgrund des Verfahrensausgangs (Obsiegen) praxisgemäss auf eine halbe Stunde zu bemessen. Insgesamt reduziert sich damit der geltend gemachte Aufwand von 18.54 Stunden um 4.37 Stunden auf 14.17 Stunden, was als angemessen erscheint. Praxisgemäss wird ein Stundenansatz von mehr als CHF 260.00 nur in ausserordentlich komplexen Fällen zugesprochen. Ein solcher Fall liegt hier nicht vor, das Verfahren bewegte sich im gewohnten Rahmen. Die Parteientschädigung bemisst sich daher auf der Basis eines Stundenansatzes von CHF 260.00. Damit resultiert ein Honorar von CHF 3'684.20 (14.17 x CHF 260.00). Bei den Auslagen sind die 372 Kopien zu CHF 0.50 anstatt CHF 1.00 zu entschädigen (kantonaler Gebührentarif, § 161 i.V.m. § 160 Abs. 5 kantonaler Gebührentarif [GT, BGS 615.11]) und es ist ein angemessener Abzug für verfahrensfremde Vorkehren vorzunehmen, so dass zu entschädigende Auslagen von CHF 210.00 verbleiben. Mit der Mehrwertsteuer von 8 % beläuft sich die Parteientschädigung auf CHF 4'205.75.

8.2 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 bis CHF 1'000.00 festgelegt. Nach dem Ausgang des vorliegenden Verfahrens hat die Beschwerdegegnerin die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen.

8.3 Nach der Rechtsprechung sind die Kosten eines Gerichtsgutachtens dem Versicherungsträger aufzuerlegen, wenn die Begutachtung notwendig wurde, weil es dieser in Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes unterlassen hatte, den relevanten medizinischen Sachverhalt vollständig und zuverlässig abzuklären (BGE 139 V 496). Das Gericht holte das Gutachten der Begutachtungsstelle I. ___ in erster Linie deshalb ein, weil das durch die Beschwerdegegnerin eingeholte bidisziplinäre Gutachten der Begutachtungsstelle D. ___, eine Beurteilung der invalidisierenden Wirkung der diagnostizierten chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren und somatoformen autonomen Funktionsstörung des oberen Gastrointestinaltraktes unter dem Aspekt der mit BGE 141 V 281 begründeten Rechtsprechung nicht zulies. Die Beurteilung der Standardindikatoren durch die IV-Juristin vom 27. August 2015 (IV-Nr. 130) vermochte nicht vollständig zu überzeugen. Sie äussert sich nur zu einem Teil der relevanten Aspekte und basiert teilweise auf nicht hinreichend gesicherten Annahmen, was vor allem darauf zurückzuführen ist, dass das ihr vorliegende Gutachten der

Begutachtungsstelle D.____, nur wenige für die Beurteilung der Indikatoren relevante Informationen enthielt (vgl. IV-Nr. 66 S. 13 f.). Aus diesem Grund war es auch dem Gericht nicht möglich, die massgebenden Schweregradindikatoren mit hinreichender Zuverlässigkeit zu beurteilen. Da das Urteil BGE 141 V 281 am 3. Juni 2015, vor dem Erlass der angefochtenen Verfügung vom 2. November 2015, erging, wäre die Beschwerdegegnerin aufgrund des Untersuchungsgrundsatzes gehalten gewesen, den Sachverhalt ergänzend gutachterlich abzuklären. Ihr sind daher die Kosten des Gerichtsgutachtens von CHF 13'741.05 aufzuerlegen.

Demnach wird erkannt:

1. In Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 2. November 2015 aufgehoben. Dem Beschwerdeführer wird mit Wirkung ab 1. September 2011 eine Dreiviertelsrente der Invalidenversicherung zugesprochen.
2. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von CHF 4'205.75 (inkl. Auslagen und MwSt) zu bezahlen.
3. Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Kantonalen Gerichtskasse Solothurn die Kosten des Gerichtsgutachtens der Begutachtungsstelle I.____, vom 28. Juni 2017 in der Höhe von CHF 13'741.05 zu bezahlen.
4. Die Beschwerdegegnerin hat die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen.

Rechtsmittel

Gegen diesen Entscheid kann innerhalb 30 Tagen seit 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

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. 2.3 Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird gemäss Art. 16 ATSG das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen). Für den Einkommensvergleich sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des Beginns des Rentenanspruchs massgebend, wobei Validen- und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu erheben und allfällige rentenwirksame Änderungen der

Vergleichseinkommen bis zum Verfügungserlass zu berücksichtigen sind (BGE 129 V 222).

2.4 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).

2.5 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.).

2.6 Bei Gerichtsgutachten weicht das Gericht nicht ohne zwingende Gründe von der Einschätzung des medizinischen Experten ab, dessen Aufgabe es ist, seine Fachkenntnisse der Gerichtsbarkeit zur Verfügung zu stellen, um einen bestimmten Sachverhalt medizinisch zu erfassen. Ein Grund zum Abweichen kann vorliegen, wenn die Gerichtsexpertise widersprüchlich ist oder wenn ein vom Gericht eingeholtes Obergutachten in überzeugender Weise zu andern Schlussfolgerungen gelangt. Eine abweichende Beurteilung kann ferner gerechtfertigt sein, wenn gegensätzliche Meinungsäusserungen anderer Fachexperten dem Richter als triftig genug erscheinen, die Schlüssigkeit des Gerichtsgutachtens in Frage zu stellen, sei es, dass er die Überprüfung durch einen Oberexperten für angezeigt hält, sei es, dass er ohne Oberexpertise vom Ergebnis des Gerichtsgutachtens abweichende Schlussfolgerungen zieht (BGE 125 V 351 E. 3b/aa S. 352 f. mit Hinweisen).

3. Die medizinische Aktenlage präsentiert sich im Wesentlichen wie folgt:

3.1 Aus dem Bericht der J.____, vom 10. September 2010 geht folgende Diagnose hervor: Anpassungsstörung, längere depressive Reaktion (ICD-10 F43.21), Trennung von der Freundin (ICD-10 Z63.0); Verlust der Arbeitsstelle (ICD-10 Z56); Cannabisabhängigkeit (ICD-10 F12.25), ständiger Substanzgebrauch. Im Weiteren wurde ausgeführt, der Beschwerdeführer sei am 1. April 2010 durch den Hausarzt der Notfall- und Krisenambulanz zugewiesen worden. Bis am 7. Mai 2010 habe er an einer ambulant-psychiatrischen Behandlung teilgenommen. Nach drei hintereinander wahrgenommenen Terminen sei er unkooperativ geworden und habe immer wieder die vereinbarten Gespräche verpasst, worauf die Behandlung abgeschlossen worden sei

(IV-Nr. 6.5). 3.2 Im Bericht des K.____ vom 29. November 2012 wurden die Diagnosen Psoriasis vulgaris seit ca. 1995, Handgelenkstrauma rechts im 2004, Handgelenkstrauma rechts im Mai 2011, psychosoziale Belastungssituation bei Arbeitslosigkeit, Nikotinkonsum (1 Pack Zigaretten pro Tag) sowie anamnestisch eine Kontrastmittelallergie nach Arthrographie in der Kindheit gestellt (IV-Nr. 54 S. 6 f.). 3.3 Der Hausarzt Dr. med. L.____, Facharzt FMH Allgemeine Innere Medizin, attestierte in seinem Bericht vom 11. Januar 2013 zuhanden der Beschwerdegegnerin eine vollständige Arbeitsunfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Lagermitarbeiter seit Mai 2011 und eine solche von 50 % ab 14. Januar 2013. Der Gesundheitszustand sei besserungsfähig. Der Patient habe Schmerzen in der rechten Hand, bei Belastung sei die Hand livider, kühler. Es bestehe eine verminderte Leistungsfähigkeit wegen persistierender psychosozialer Belastungssituation (Konflikte mit den Eltern, Ex-Frau, finanzielle Probleme). Die bisherige Tätigkeit sei nach spezifischem Training hinsichtlich Belastbarkeitssteigerung der rechten Hand bis 8 Std. pro Tag zumutbar. Die Leistungsfähigkeit sei abhängig von der Belastbarkeit der rechten Hand. Angepasste Tätigkeiten seien bis zu 8 Std. pro Tag zumutbar (IV-Nr. 54 S. 1 ff.). 3.4 Dem von der IV-Stelle veranlassten bidisziplinären (orthopädischen und psychiatrischen) Gutachten der Begutachtungsstelle D.____, vom 3. Juni 2013 kann entnommen werden, dass der Beschwerdeführer dort am 27. Mai 2013 von Dr. med. H.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, sowie von Dr. med. M.____, FMH Orthopädische Chirurgie, untersucht und begutachtet wurde. Die interdisziplinären Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit lauten wie folgt: «Anamnestisch chronisch intermittierende, vorwiegend belastungsabhängige, ulnar betonte Handgelenkschmerzen rechts (ICD-10 M79.64), Status nach TFCC-Refixation 11/2004 und nach Handgelenksarthroskopie mit Kapsel-Débridement, offener Retinaculum-Erweiterungsplastik des 6. Strecksehnen-fachs sowie Synovektomie am 13.12.2011 (ICD-10 Z98.8), MR-tomographisch marginale strukturelle Veränderungen mit kleinen intraossären Zysten an Os scaphoideum und Os lunatum ohne eindeutigen Krankheitswert.» Die Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit lauten wie folgt: «1. Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren; 2. Somatoforme autonome Funktionsstörung des oberen Gastrointestinaltraktes (ICD-10 F45.31).» Im Rahmen der interdisziplinären Beurteilung wurde im Wesentlichen angegeben, der 1981 in der Schweiz geborene Explorand habe eine Attestlehre zum Velomechaniker mit Abschluss im Jahr 1999 absolviert. Anschliessend habe er verschiedene Anstellungen gehabt, nicht in der angestammten Tätigkeit, unterbrochen von arbeitslosen Perioden und auch zuletzt mit einer IV-Eingliederung im Jahr 2011. Nach dem Unfallereignis vom 2. Mai 2010 (recte: 2011) sei er arbeitsunfähig geschrieben worden, die SUVA-Taggeldzahlungen seien per Mai 2012 sistiert worden. Beim Exploranden stehe die Situation bezüglich der Handgelenksschmerzen rechts im Vordergrund. Die orthopädische Untersuchung habe diese chronisch intermittierenden, vorwiegend belastungsabhängigen, ulnar betonten Handgelenkschmerzen rechts zur Kenntnis nehmen können bei Status nach TFCC-Operation 11/2004 und Retinaculum-Erweiterungsplastik am 13.12.2011. MR-tomographisch hätten sich zuletzt marginale strukturelle Veränderungen gezeigt. Klinisch zeige sich objektiv ein unauffälliger Status. Im Gegenteil zeigten sich erhebliche Gebrauchsspuren an den Händen, die auch eine erhebliche Belastung derselben nachwiesen. Gemäss Beurteilung des orthopädischen Teilgutachtens bestehe von Seiten des Bewegungsapparates lediglich eine Einschränkung für das Handgelenk bei sehr stark belastenden Tätigkeiten. Für jegliche leichten bis mindestens mittelschweren Tätigkeiten, also alle, die der Explorand bisher durchgeführt

habe, auch für die angestammte, bestehe aus orthopädischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Aus psychiatrischer Sicht könne bei somatisch nicht oder nicht ausreichend erklärbaren Befunden für die subjektiv angegebenen Beschwerden eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren zur Kenntnis genommen werden. Daneben bestehe eine somatoforme autonome Funktionsstörung des oberen Gastrointestinaltraktes. Eine komorbide, relevante psychiatrische Störung bestehe nicht, insbesondere auch nicht eine früher erwähnte affektive Einschränkung. Aus psychiatrischer Sicht könne, wie dem Teilgutachten zu entnehmen sei, keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit abgeleitet werden. Zusammenfassend bestehe aus interdisziplinärer Sicht, bezogen auf den Bewegungsapparat und die Psyche, eine 100%ige Arbeits- und Leistungsfähigkeit für jegliche leichten bis mindestens mittelschweren Tätigkeiten. Auch in der Vergangenheit sei die Arbeitsunfähigkeit nur vorübergehend gewesen, kurz postoperativ oder nach den Unfallereignissen eingeschränkt. Eine länger andauernde Arbeitsunfähigkeit könne retrospektiv nicht zugeordnet werden. Aus somatischer Sicht seien keine spezifischen Massnahmen vorzuschlagen. Aus psychiatrischer Sicht sei ebenfalls keine Massnahme vorzuschlagen. Die nicht eingenommenen Antidepressiva seien nicht zur weiteren Verordnung zu empfehlen, es bestehe keine eigentliche Indikation. Aufgrund der ausgeprägten subjektiven Krankheits- und Behinderungsüberzeugung beim noch jungen Exploranden könnten keine beruflichen Massnahmen vorgeschlagen werden (IV-Nr. 66).

3.5 Aus der Stellungnahme der N.____ (lic. phil. F.____, Dr. med. E.____), , vom 5. Juli 2013 geht hervor, der Patient befinde sich seit dem 1. März 2013 in psychiatrischer und psychotherapeutischer Behandlung. Er werde seit dem 1. April 2013 zu 100 % krankgeschrieben (März 2013 zu 50 % in Ergänzung zu den 50 % vom Hausarzt). Der ABI-Gutachter Dr. med. H.____ diagnostiziere im Gutachten eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren sowie eine somatoforme autonome Funktionsstörung. Es sei zu ergänzen, dass zusätzlich eine Emotionsregulationsstörung, wahrscheinlich auf dem Hintergrund eines ADS (Aufmerksamkeits-Defizit-Störung), vorliege. Die psychische Hauptproblematik beim Patienten liege darin, dass er Mühe habe, mit starken aversiven Gefühlen wie Wut, Anspannung und Stress adäquat umzugehen. Er habe sich im Laufe seines Lebens Copingstrategien angeeignet, welche zu weiteren Folgeproblemen geführt hätten. U.a. habe er aversive Gefühle über lange Zeit mit Kaufsucht kompensiert, was zu einer hohen Verschuldung geführt habe. Andere Strategien seien Selbstverletzungen oder Cannabiskonsum. Als Folge der Emotionsregulationsstörung und des vermuteten ADS bestehe beim Patienten eine geringe Belastbarkeit und Frustrationstoleranz. Er habe Mühe, sein Denken und Handeln zu strukturieren, und verliere deshalb oft den Überblick über eine Situation. Als Folge des ADS in Kombination mit der aktuellen schwierigen psychosozialen Situation erlebe er durchaus Phasen von mehreren Wochen, während welchen eine Diagnose einer depressiven Episode erfüllt sei (Niedergeschlagenheit, Lust- und Motivationslosigkeit, Antriebsarmut, schnelle Ermüdbarkeit, Insuffizienzgefühle, Durchschlafstörungen, Appetitverlust). Dr. med. H.____ schätze ein, dass Psychotherapie beim Patienten keine Veränderung für die Arbeitsfähigkeit erbringen werde. Hier habe man eine andere Sicht: Bei den oben ergänzten Diagnosen sei Psychotherapie in Kombination mit Psychopharmakotherapie indiziert. Der Patient habe noch nie eine längerdauernde intensive Psychotherapie in Anspruch genommen (bisher nur vereinzelte Sitzungen beim Psychiater Dr. med. O.____ und ein Coaching durch den Psychologen P.____). Die vermutete Diagnose eines ADS sowie die bestehende rezidivierende depressive Störung hätten

Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. Ein ADS sei behandelbar und es sei davon ausgehen, dass sich die Arbeitsfähigkeit durch die Behandlung Psychotherapie/ Psychopharmakotherapie verbessern werde. Dazu erforderlich sei aber die Unterstützung der IV im Rahmen eines erneuten Versuchs mit einem Arbeitstraining (IV-Nr. 74).

3.6 Aus dem Bericht der psychiatrisch-psychologischen Praxis G.____ (lic. phil. Q.____, Psychologe FSP; Dr. phil. R.____, Fachpsychologe für Psychotherapie FSP) vom 21. Februar 2014 geht im Wesentlichen hervor, die frühkindliche Entwicklung sei – abgesehen von wiederholter Bronchitis – unauffällig gewesen. Rasch werde dann aber eine verzögerte Entwicklung auf allen Ebenen, insbesondere aber im sprachlichen Bereich, sichtbar. Sprachtherapien hätten Fortschritte ermöglicht, trotzdem sei von einem regulären Schuleintritt abgeraten worden, so dass der Patient gegen den Willen seiner Eltern die Schule im Kinderheim [...], einer sonderpädagogischen Schule für Verhalten und Sprache, begonnen habe. Neben einer vermuteten hirnorganischen Komponente spiele das kaum fürsorgliche Elternsystem mit einer inkonsistenten Beziehung zum Kind, emotionaler Vernachlässigung und physischen Schlägen vermutlich eine ursächliche Rolle dieser Entwicklungsstörung. Vor dem Hintergrund der anamnestischen Angaben aus der frühen Kindheit liege die Vermutung nahe, dass beim Patienten eine frühe Bindungsstörung vorgelegen habe. In der Sonderschule sei es zu zahlreichen Abklärungen gekommen, die insgesamt einen schlecht konzentrierten, ablenkbaren, überschüssigen Knaben beschrieben hätten. Die Sprachentwicklung sei, trotz Fortschritten, stark retardiert geblieben. Die emotionale wie die affektive Entwicklung sei ebenfalls dem Alter entsprechend zurückgeblieben. Der Junge sei im Verhalten als labil beschrieben worden, in der Persönlichkeit als wenig reif. Es habe eine latente Aggressivität und ein hohes Mass an Bedürftigkeit bestanden, dem im Sozialverhalten mit starker Anpassung begegnet worden sei. Parallel zur Begeisterungsfähigkeit habe sich eine niedrige Frustrationstoleranz gezeigt. Die fremdanamnestischen Angaben der Kindheit zeigten ebenfalls deutliche und ausgeprägte Symptome wie Konzentrationsstörungen, Ablenkbarkeit und impulsives Handeln. Die Berufsanamnese sei inkonsistent mit vielen Wechseln und Überforderungen. Der Abschluss der Anlehre zum Velomechaniker sei dank der Unterstützung des Chefs und trotz starker psychischer Belastung, die sich in Müdigkeit, Schlaflosigkeit und morgendlichem Erbrechen bemerkbar gemacht habe, gelungen. Zunehmende depressive Episoden und somatoforme Beschwerden sowie zwei Handoperationen hätten eine konstante berufliche Tätigkeit verunmöglicht. Insgesamt zeigten die selbst- und fremdanamnestischen Angaben sowie die psychodiagnostischen Messmittel, dass bereits in der Kindheit des Patienten substantielle Schwierigkeiten in den Bereichen Impulsivität, Konzentrationsschwierigkeiten und Ablenkbarkeit bestanden hätten. Im Erwachsenenalter seien diese abgeschwächt, jedoch weiterhin deutlich einschränkend im Alltag vorhanden. Dominant seien auch ein depressives Erscheinungsbild und die chronische Schmerzsymptomatik. Insgesamt sei eine sehr hohe Belastung auf Achse I festzustellen. Zusammenfassend könne festgehalten werden, dass Leidensdruck erzeugende ADHS-spezifische Symptome im Kindesalter vorhanden gewesen seien und im Erwachsenenalter fortbeständen. Die Kriterien für eine adulte ADHS seien dementsprechend vollständig erfüllt. Differentialdiagnostisch werde bei dieser Symptomatik eine mit grosser Wahrscheinlichkeit vorbestehende frühe Bindungsstörung und damit einhergehende Entwicklungsstörungen v.a. in der Sprache vermutet. Die deutlichen Einschränkungen im psychosozialen Funktionsniveau seien dabei nicht alleine mit einer ADHS zu erklären und es seien differentialdiagnostisch zusätzliche negative

Einflüsse auf die Bewältigung des Lebensalltags aufgrund einer komorbid bestehenden kombinierten Persönlichkeitsstörung zu vermuten. Demnach wurden folgende Diagnosen gestellt: «Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung, kombinierte Präsentation (DSM-V 314.01), Störung mit Beginn in der Kindheit: Reaktive Bindungsstörung (ICD-10: F94.1) und damit einhergehend Sprachentwicklungsstörung, V.a. kombinierte Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F61)» (IV-Nr. 88).

3.7 Der Dermatologe Prof. Dr. med. S. ___ hielt in seinem Bericht vom 18. März 2014 fest, am 12. Februar 2014 habe sich der Patient wegen einer seit dem 16. Lebensjahr bestehenden Psoriasis vulgaris (Schuppenflechte) in seiner Sprechstunde vorgestellt. Der Dermatologe diagnostizierte Psoriasis vulgaris und Acne inversa. Im Weiteren führte er aus, die Acne inversa könne in Abhängigkeit von der Lokalisation sowie der Ausprägung des Befundes durchaus zur Einschränkung bei der Arbeitstätigkeit führen, soweit diese mit viel Bewegung verbunden sei. Der Ausprägungsgrad der Psoriasis vulgaris sei beim derzeitigen Befund nicht mit einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit verbunden. Die Acne inversa sei eine Hautveränderung, der eine genetische Prädisposition zugrunde liege. Eine Heilung im engeren Sinne sei daher nicht zu erwarten. Die Behandlung bestehe in antientzündlichen Massnahmen und – sofern es sich um lokalisierte Befunde handle – in deren Exzision. Der Patient sei darüber hinaus aufgeklärt worden, dass das Rauchen ein aggregierender Faktor sei (IV-Nr. 101 S. 46 f.).

3.8 Zu den oben wiedergegebenen Berichten vom 5. Juli 2013 und 21. Februar 2014 nahm der psychiatrische D. ___-Gutachter Dr. med. H. ___ am 26. Mai 2014 dahingehend Stellung, der Explorand habe in der psychiatrischen Untersuchung mitgeteilt, dass er sich aufgrund seiner Schmerzen in der rechten Hand nicht arbeitsfähig fühle. Es sei auch zu erwähnen, dass er im Gegensatz zu seinen Angaben das verordnete Antidepressivum zum Zeitpunkt der Untersuchung kaum eingenommen habe. Der Explorand habe Schwierigkeiten gehabt in der Schule, es sei auch eine leicht unterdurchschnittliche Intelligenz festgestellt worden. Er habe vor allem unter einer verzögerten Sprachentwicklung gelitten. Es sei aber zu erwähnen, dass der Explorand erfolgreich eine Lehre als Velomechaniker absolviert und später verschiedene Hilfsarbeiten ausgeführt habe. Aufgrund von Schmerzen in der rechten Hand fühle er sich seit Mai 2011 nicht mehr arbeitsfähig. Aufgrund der Aktenlage und der Angaben des Exploranden im Rahmen der psychiatrischen Untersuchung habe man keine klaren Hinweise für das Vorliegen eines ADHS finden können. In der Untersuchung durch die Psychologen Q. ___ und R. ___ sei vor allem aufgrund zahlreicher Selbst- und Fremdbeurteilungsskalen ein ADHS postuliert worden. Ob nun ein ADHS vorliege oder nicht, sei schwierig zu beurteilen. Zum Zeitpunkt der Untersuchung vom 27. Mai 2013 habe man dafür keine Anhaltspunkte finden können. Wenn nun gewisse Anhaltspunkte für ein ADHS vorhanden seien, sollte sicherlich ein Versuch mit einem Amphetaminpräparat versucht werden. Für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit sei es aber nicht von entscheidender Bedeutung, ob nun zusätzlich ein ADHS diagnostiziert werde. Der Explorand sei auch ohne Stimulanzientherapie in der Lage gewesen, eine Ausbildung zu absolvieren. Er sei auch während einigen Jahren beruflichen Tätigkeiten nachgegangen. Zum Zeitpunkt der Untersuchung habe er sich nicht arbeitsfähig gefühlt aufgrund der Schmerzen in der rechten Hand. Er leide auch unter einer Funktionsstörung des Gastrointestinaltraktes. Die geklagten Beschwerden führten dazu, dass die beruflichen Massnahmen nicht erfolgreich hätten durchgeführt werden können. Aus orthopädischer Sicht hätten keine wesentlichen Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit begründet werden können. Wenn der Explorand nun zum jetzigen Zeitpunkt motiviert sei, erneut an beruflichen Massnahmen teilzunehmen, müsste er vorgängig seine Motivation

und Bereitschaft im Rahmen eines mehrmonatigen Beschäftigungsprogramms, an dem er regelmässig und ohne Absenzen teilnehme, unter Beweis stellen. Für eine depressive Störung habe man im Rahmen der durchgeführten psychiatrischen Begutachtung keine Anhaltspunkte gefunden. In diesem Zusammenhang sei nochmals zu erwähnen, dass der Beschwerdeführer entgegen seinen Angaben die verordneten Antidepressiva zum Zeitpunkt der Untersuchung kaum eingenommen habe (IV-Nr. 94).

3.9 Vom 19. bis 21. Juni 2014 war der Beschwerdeführer in der Psychiatrischen Klinik [...] hospitalisiert. Im Austrittsbericht vom 21. Juni 2014 wurde unter Verlauf und Beurteilung angegeben, der Patient sei aufgrund einer psychischen Dekompensation nach Trennung seiner Partnerin zur Krisenintervention gekommen. Der Eintritt sei aufgrund einer Freiwilligkeitserklärung erfolgt. Der Patient habe den Wunsch geäussert, für einige Tage im Spital zu verbleiben, um bei seinen vielfältigen Belastungen und interaktionellen Problemen seine Gedanken wieder ordnen zu können. Er habe über innere Anspannung sowie Appetenz- und Schlafstörungen bei stets klarer Distanzierung von Suizidalität geklagt. Im Verlauf des Wochenendes habe er nach Ritalin verlangt, da er dies zu Hause auch einnehme. Als ihm untersagt worden sei, sein Auto, das er an einem ungünstigen Ort geparkt habe, nach Hause zu fahren, habe er beschlossen auszutreten (IV-Nr. 101 S. 53 f.).

3.10 Der Dermatologe Prof. Dr. med. S.____ hielt gegenüber dem Rechtsvertreter des Beschwerdeführers am 21. August 2014 fest, eine Psoriasis vulgaris sei eine immunologisch ermittelte Entzündung, der eine genetische Prädisposition zugrunde liege. Bei der Acne inversa handle es sich um eine Entzündung im Bereich der Terminalhaarfollikel, der ebenfalls genetische Mutationen zugrunde lägen. Hier werde eine autosomal dominante Vererbung angenommen. Psychische Ursachen seien für die Pathogenese nicht von Relevanz. Inwiefern die zeitweise eingeschränkte Arbeitsfähigkeit bei einer Akne inversa in Kombination mit einer Persönlichkeitsstörung und anderweitigen somatischen Ursachen zusätzlich zur Einschränkung der Arbeitsfähigkeit führen könne, könne aus dermatologischer Sicht nicht beantwortet werden. Nach den operativen Eingriffen sei je nach Lokalisation mit einer Regenerationszeit von durchschnittlich 14 Tagen zu rechnen (IV-Nr. 105 S. 3).

3.11 Aus dem Bericht der Psychiatrisch-psychologischen Praxis G.____ vom 29. September 2014 (ambulante psychologische Untersuchungen vom 19. Mai und 26. Juni 2014) geht hervor, der Beschwerdeführer sei zu einer Zusatzabklärung zugewiesen worden. Im Bericht vom 21. Februar 2014 sei die Verdachtsdiagnose «kombinierte Persönlichkeitsstörung» erhoben worden, welche in dieser Untersuchung exploriert worden sei. In Ergänzung zu den bereits erhobenen anamnestischen Angaben, dem klinischen Eindruck und des IKP seien hier drei weitere spezifische psychodiagnostische Messmittel eingesetzt worden. Sowohl das SKID-II als auch der Fragebogen von Oldham und Morris sowie das PSSI bestätigten die Verdachtsdiagnose «kombinierte Persönlichkeitsstörung» deutlich. Die Diagnose nach ICD-10 und DSM-V laute: «Kombinierte Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F61.0 DSM-V: 301.9; IV-Nr. 106 S. 114 ff.).

3.12 In seiner Stellungnahme vom 5. Februar 2015 hielt der D.____-Gutachter Dr. med. H.____ fest, die Diagnose einer kombinierten Persönlichkeitsstörung sei von lic. phil. Q.____ aufgrund des Selbstbeurteilungsverfahrens IKP, des SKID-II, des Selbstbeurteilungsverfahrens von Oldham und Morris und des Selbstbeurteilungsinstrumentes PSSI gestellt worden. Die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung sei also einzig aufgrund von psychologischen Untersuchungsverfahren, insbesondere von Selbstbeurteilungsverfahren gestellt worden. In diesem Bericht werde kein psychopathologischer Befund erhoben. Es werde nirgends erwähnt, wie sich die allfällige Persönlichkeitsstörung im Alltag auswirke. Im

psychiatrischen Gutachten vom 27. Mai 2013 sei die Diagnose einer chronischen Schmerzstörung und einer somatoformen autonomen Funktionsstörung gestellt worden. Der Explorand habe aufgrund einer verzögerten Sprachentwicklung eine Sprachheilschule besucht. Im Rahmen der psychiatrischen Untersuchung habe er sich differenziert ausdrücken können. Es seien keine Zeichen einer Sprachstörung mehr vorhanden gewesen. Der Explorand habe berichtet, dass er nach Schulabschluss eine Anlehre als Velomechaniker absolviert habe und im Anschluss von 1999 bis 2010 mit Unterbrüchen in der freien Wirtschaft gearbeitet habe. Der Explorand habe berichtet, dass er seit 2007 mit seiner Freundin zusammenlebe, dass er sich in dieser Beziehung wohl fühle und es überhaupt keine Probleme gebe. Er habe auch von einer aktiven Tagesgestaltung berichtet. Der Explorand habe seine subjektive Arbeitsunfähigkeit mit den geklagten Schmerzen begründet. Er habe nicht erwähnt, dass er durch seine Akne in seiner Alltagsgestaltung eingeschränkt sei. Es sei auch zu erwähnen, dass der Explorand im Gegensatz zu seinen Angaben das verordnete Antidepressivum kaum einnehme. Im Rahmen einer Begutachtung seien psychologische Tests nicht verwertbar, da sie weitgehend die subjektive Einschätzung des Exploranden abbildeten und somit kein objektiver Befund erhoben werden könne. Alle Fragebogen, die zur Erfassung von Depressionen oder anderer psychischer Störungen verwendet werden können, seien für den klinischen Alltag (z.B. Prüfung von Veränderungen vor und nach Durchführung einer Behandlung, Verlaufskontrollen) entwickelt worden. Keines dieser Verfahren sei geeignet, im gutachterlichen Kontext die Beschwerden eines Versicherten zu objektivieren. Man sei sich bewusst, dass viele Gutachter solche Verfahren durchführten (z.B. das Beck Depressionsinventar, MMPI, etc.). Solche Verfahren spiegelten aber nur vordergründig eine Objektivität vor (indem sie – nach Auszählung der Antworten – einen pseudogenauen Score ergäben, der mit Normwerten verglichen werden könne). An der Tatsache, dass die Antworten in solchen Tests rein subjektiver Natur seien, ändere der Score nichts. Durch solche Verfahren werde keine höhere Genauigkeit erreicht, sondern es werde im Gegenteil eine Pseudogenauigkeit erzielt. Solche Verfahren würden grundsätzlich nie durchgeführt; von einer Anwendung dieser Verfahren im gutachterlichen Kontext werde geradezu abgeraten. Auch in Anbetracht der in der Zwischenzeit eingegangenen Akten werde an den Schlussfolgerungen festgehalten, die im Gutachten gestellt worden seien. Beim Exploranden bestehe eine 100%ige Arbeits- und Leistungsfähigkeit für leichte bis mindestens mittelschwere Tätigkeiten (IV-Nr. 117).

3.13 Die durch das Gericht veranlasste Begutachtung durch die Begutachtungsstelle I.____, vom 28. Juni 2017 umfasste eine versicherungsmedizinische / fallführende Untersuchung (Dr. med. T.____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin FMH), eine psychiatrische Untersuchung (Dr. med. U.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie), eine handchirurgische Untersuchung (Dr. med. V.____, Facharzt FMH für plastische, rekonstruktive, ästhetische und Handchirurgie) sowie eine rheumatologische Untersuchung (Dr. med. W.____, Facharzt für Innere Medizin FMH, Facharzt für Rheumatologie FMH). Weiter wurden Laborwerte erhoben, Röntgenbilder der BWS und LWS sowie des rechten Handgelenks erstellt und eine ergotherapeutische Abklärung durchgeführt. Weiter wurden Berichte des [...], Orthopädische Klinik, und des Dermatologen Dr. med. S.____ beigezogen.

3.13.1 Der psychiatrische Teilgutachter Dr. med. U.____ diagnostiziert in seinem Teilgutachten vom 24. Februar 2017 (A.S. 153 ff.) eine komplexe posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1), entsprechend der DESNOS nach DSM-IV, eine kombinierte Persönlichkeitsstörung mit emotional instabilen, paranoiden, schizoiden und vermeidend-selbstunsicheren Anteilen (ICD-10 F61.0), ein

Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom (ICD-10 F90.0), eine rezidivierende depressive Störung, derzeit schwere Episode (ICD-10 F33.2), eine somatoforme autonome Funktionsstörung des autonomen Gastrointestinaltraktes (ICD-10 F45.31) sowie eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41). In der Beurteilung führt Dr. med. U. ___ aus, der Beginn der Krankheitsentwicklung müsste in die früheste Kindheit datiert werden, wo der Beschwerdeführer nach später Sprachentwicklung einer schwer dysfunktionalen Primärfamilie ausgesetzt worden sei. Von frühester Kindheit scheine schwere Gewalt vorgeherrscht zu haben, die in ihrem vollen Ausmass zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht explorierbar sei. Auch wenn damit das Eingangskriterium für eine posttraumatische Belastungsstörung bezüglich des Gewaltausmasses noch weiter exploriert werden müsse, seien die Traumafolgesymptome und traumaspezifischen Veränderungen der Persönlichkeit so typisch und ausgeprägt, dass die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung gestellt werde. Der Beschwerdeführer sei bereits im Kindergarten und in der Grundschule auffällig und in Sprachheilbehandlung gewesen. Die von ihm berichtete schwere Gewalt der Mutter, die vor allem auch in psychischer Form bis zum heutigen Tag fortgesetzt werde, habe das Erlernen von sicherer zwischenmenschlicher Beziehung stark erschwert. So habe der Beschwerdeführer aufgrund der seit frühester Kindheit lang fortgesetzten körperlichen und psychischen Gewalt das Vollbild einer komplexen posttraumatischen Belastungsstörung entwickelt, was durch das standardisierte Interview in der deutschen Version von Martin Sack abgebildet werde. Wie für schwer traumatisierte Menschen typisch, habe der Beschwerdeführer auf die physische und psychische Gewalt mit Instrumentalisierung durch die Primärfamilie einen sehr sprunghaften Lebenswandel mit häufigen Berufswechseln und Abbrüchen auch in Beziehungen entwickelt. Die aktuell schwere depressive Symptomatik sei als Folge der permanent übererregten Stressachse aufgrund der Traumatisierung zu verstehen. Die Persönlichkeitsstörung zeige die Folgen der Traumatisierung auf der Persönlichkeitsebene und sei als schwer einzustufen. Die ADHS-Diagnose sei zusätzlich zutreffend, sie sei bei genetischer Disposition auch durch die dysfunktionale Primärfamilie begünstigt worden. Das bunte Diagnosebild sei typisch für früh und schwer traumatisierte Menschen, die ausgeprägte Regulationsstörungen hätten. Was die funktionellen Auswirkungen der objektivierten Befunde anbelange, weise der Beschwerdeführer im Wesentlichen mittelschwere Funktionsstörungen (nach Mini-ICF-APP) auf. Die schweren Beeinträchtigungen seien ADHS-typisch die Fähigkeit zur Planung und Strukturierung von Aufgaben (vor allem die Selbstorganisation), traumatypisch die Selbstbehauptungsfähigkeit, und persönlichkeitsstörungstypisch liege eine schwere Beeinträchtigung der Kontaktfähigkeit zu Dritten und der Gruppenfähigkeit vor. Im beruflichen Kontext habe der Beschwerdeführer dies phasenweise gut kompensieren können. Dies werde auch in Zukunft die grösste Herausforderung sein, einen adäquaten Arbeitsplatz zu finden, den er mittel- und langfristig durchhalten könne. Im Vergleich zu den vorliegenden Stellungnahmen bestehe eine abweichende Diagnosestellung vor allem bezüglich der Einschätzung der Traumatisierung, die ätiologisch der ADHS-Symptomatik und Persönlichkeitsstörung, wie auch der depressiven Symptomatik vorausgehe, ebenso den vom Gutachter Dr. med. H. ___ gestellten Diagnosen einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen psychischen Faktoren und einer somatoformen autonomen Funktionsstörung des oberen Gastrointestinaltrakts. Der Vorgutachter Dr. med. H. ___ habe das Ausmass der Gewalt nicht explizit exploriert. Er dokumentiere auch keine körperliche Gewalt, obwohl diese vom Beschwerdeführer klar referiert und über lange Jahre angegeben werde. So fehlten auch die dazugehörigen Fragen

nach Flashbacks, hohem Arousal, Vermeidungsverhalten und Albträumen. Zu keinem dieser Punkte nehme Dr. med. H. ___ in seinem Gutachten Stellung. Deshalb könne seine Einschätzung nicht nachvollzogen werden. Mit dem behandelnden Psychiater Dr. med. E. ___ habe er, Dr. med. U. ___, die Abweichung bezüglich der Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung erörtert. Dieser habe erklärt, er habe noch nicht in eine vertiefte Traumadiagnostik einsteigen können. Das Gespräch mit der delegierten arbeitenden Psychologin lic. phil. F. ___ habe ergeben, dass sich die Exploration der Traumata auch in der Therapie sehr schwierig gestalten, da der Beschwerdeführer starke Reaktionen entwickle. Sie könne jedoch die telefonisch erläuterte Diagnosestellung nachvollziehen und teile die Einschätzung von Dr. med. U. ___. Die Psychologen der G. ___ hätten keine posttraumatische Belastungsstörung, aber u.a. eine kombinierte Persönlichkeitsstörung diagnostiziert. Dass anlässlich der Kriseninterventionen bei den J. ___ keine posttraumatische Belastungsstörung diagnostiziert worden sei, erkläre sich mit der Kürze des Aufenthalts. Was den Schweregrad der depressiven Störung anbelange, sehe er, der Gutachter, die Abweichung gegenüber dem behandelnden Psychiater Dr. med. E. ___, der 2014 eine leichte Störung festgehalten habe, als verlaufsbedingt. Die in den Vorakten fehlende Anamnese bezüglich Gewalt und die damals fehlende Nachfrage bezüglich posttraumatischer Symptome könnten nicht dem Beschwerdeführer angelastet werden. Ein Anhaltspunkt für Simulation oder Aggravation habe auch unter Berücksichtigung der rheumatologischen, handchirurgischen und internistischen Teilgutachten nicht gefunden werden können. Aufgrund der psychiatrischen Diagnosen und Beschwerdebilder sei von einer Arbeitsunfähigkeit von 60 % sowohl in der angestammten als auch in Verweistätigkeiten auszugehen. Diese Einschätzung gelte seit dem 1. Januar 2011 (Kündigung der vorletzten Stelle). Für die Arbeitsfähigkeit von 40 % bestünden Einschränkungen für Multitask-Tätigkeiten sowie Tätigkeiten mit hoher Verantwortung für Personen oder Sachgegenstände. 3.13.2 Der handchirurgische Teilgutachter Dr. med. V. ___ nennt als Diagnose persistierende ulnocarpale Handgelenksschmerzen bei Instabilität am DRUG rechts (bei Status nach Handgelenkskontusion rechts 2004, TFCC-Refixation im November 2004, Retrauma im Mai 2011 nach beschwerdefreiem Intervall sowie Status nach Handgelenksarthroskopie und Kapseldebridement am 13. Dezember 2011). Er hält fest, die verbliebenen Beschwerden nach zweimaligem Handgelenkseingriff seien differenzialdiagnostisch am ehesten mit einer beginnenden Arthrose vereinbar. Eine solche sei im aktuell angefertigten Röntgenbild nicht ersichtlich und der Beschwerdeführer gebe eher belastungsabhängige Schmerzen an. Damit verbleibe die Diagnose einer klinisch im Vergleich zur Gegenseite vorhandenen Instabilität am DRUG. Was die Arbeitsfähigkeit betreffe, sehe der Gutachter ein Pensum von 60 % in der angestammten Tätigkeit als Velomechaniker als zumutbar an. Angepasste Tätigkeiten ohne belastete Pro-/Supination über 5 kg sollten auch zu 100 % möglich sein (A.S. 193 ff.). 3.13.3 Der rheumatologische Teilgutachter Dr. med. W. ___ gelangt nach ausführlicher Diskussion der erhobenen Befunde, der Angaben des Beschwerdeführers und der Vorakten zum Ergebnis, aus rheumatologischer Sicht bestehe - unter Aussparung der durch das handchirurgische Teilgutachten zu beurteilenden Konstellation am rechten Handgelenk - übereinstimmend mit den Ergebnissen der orthopädischen Teilbegutachtung von 2013 (Begutachtungsstelle D. ___ keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (A.S. 173 ff.). 3.13.4 In der interdisziplinären Gesamtbeurteilung (A.S. 100 ff.) wird erklärt, der Beschwerdeführer habe in erster Linie über Beschwerden aus dem psychiatrischen Fachbereich beklagt. Die somatischen Beschwerden im Bereich des rechten Handgelenks seien weniger im

Vordergrund gestanden. Zusätzlich habe der Beschwerdeführer gelegentlich auftretende lumbovertbrale Beschwerden angegeben, die jedoch subjektiv nicht als wesentlich leistungseinschränkend beschrieben worden seien. Auf somatischem Fachgebiet habe der Beschwerdeführer darüber hinaus über Beschwerden im Bereich seiner Haut geklagt, dies aufgrund der langjährig vorbekannten Psoriasis-Erkrankung und der rezidivierenden Acne inversa-Erkrankung mit gehäufter Notwendigkeit von Exzisionen. Aus handchirurgischer Sicht bestünden grundsätzlich keine wesentlichen Abweichungen gegenüber den Ergebnissen der Begutachtung durch die Begutachtungsstelle D.____. Von Seiten des übrigen Bewegungsapparates liessen sich im Rahmen der ergänzend durchgeführten rheumatologischen Beurteilung keine wesentlichen Funktionseinschränkungen beschreiben. Der Beschwerdeführer könne lediglich, wie es schon 2013 durch die Begutachtungsstelle D.____ ähnlich formuliert worden sei, aufgrund seiner allgemeinen Konstitution keine ausschliesslich körperlich schweren Arbeiten erledigen. Gemäss der vorliegenden dermatologischen Einschätzung des behandelnden Rheumatologen Dr. med. S.____ (vgl. E. II 3.7 und 3.10 hiervor) sei bezüglich der Psoriasis-Erkrankung bisher keine Arbeitsunfähigkeit attestiert worden, wohingegen die Acne inversa-Erkrankung mit der Notwendigkeit von gehäuften, teilweise ausgedehnteren axillären und inguinalen Exzisionen bereits zu zahlreichen zeitlich begrenzten Arbeitsunfähigkeiten geführt habe. Aus heutiger Sicht könne angenommen werden, dass wegen der Psoriasis-Erkrankung in erster Linie qualitative Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit bestünden; es liege mit Sicherheit eine Minderbelastbarkeit der Haut vor, so dass der Beschwerdeführer in erster Linie bei mechanisch hautbelastenden Tätigkeiten und wegen der psychischen Beeinträchtigung bei Tätigkeiten mit Kundenkontakt eingeschränkt sei. Bei der wiederholten Abszessbildung im Rahmen der Acne inversa handle es sich grundsätzlich um eine wiederkehrende, nicht dauerhaft heilbare Erkrankung. Hier müsse auch in Zukunft immer wieder mit möglichen Abszessexzisionen gerechnet werden. Im nicht akuten Stadium bestehe durch diese Erkrankung hingegen keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Das psychiatrische Krankheitsbild stehe klar im Vordergrund. Die diesbezügliche Beurteilung weiche von der Vorbeurteilung durch die Begutachtungsstelle D.____, ab. Aus heutiger Sicht könne die bereits durch die psychiatrischen Behandler des Beschwerdeführers postulierte Diagnose einer kombinierten Persönlichkeitsstörung mit emotional instabilen, paranoiden, schizoiden und vermeidend-selbstunsicheren Anteilen bestätigt werden. Ebenso lasse sich das Vorliegen einer Aufmerksamkeitsdefizitstörung bestätigen. Darüber hinaus werde, neu im Vergleich zur Aktenlage, die Diagnose einer komplexen posttraumatischen Belastungsstörung gestellt. Aus heutiger Sicht seien die Kriterien für diese Diagnose erfüllt. Wie bereits gemäss Aktenlage vordiagnostiziert, werde auch heute das Vorliegen einer rezidivierenden depressiven Störung bestätigt. Der Ausprägungsgrad werde zum Begutachtungszeitpunkt als schwer eingestuft. Die vom Beschwerdeführer beklagten, chronifizierten Beschwerden des oberen Gastrointestinaltrakts würden aktuell einer somatoformen autonomen Funktionsstörung des oberen Gastrointestinaltrakts zugeordnet, dies in Übereinstimmung mit dem Gutachten der Begutachtungsstelle D.____. Durch die psychiatrischen Beschwerdebilder werde die Fähigkeit zur Anpassung an Regeln und Routinen leicht beeinträchtigt, während eine schwere Beeinträchtigung im Bereich der Fähigkeit zur Planung und Strukturierung von Aufgaben bestehe, ebenso sei die Flexibilität und Umstellungsfähigkeit mindestens mittelgradig eingeschränkt. Die Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit sei mittelschwer beeinträchtigt, ebenso die Durchhaltefähigkeit. Die Selbstbehauptungsfähigkeit sei schwer

eingeschränkt, auch die Kontaktfähigkeit zu Dritten und die Gruppenfähigkeit sowie die Fähigkeit zu familiären und intimen Beziehungen sei schwergradig eingeschränkt. Spontanaktivitäten könne der Beschwerdeführer nur eingeschränkt wahrnehmen. Die Selbstpflege und Verkehrsfähigkeit seien hingegen leicht beeinträchtigt. Die Gutachter gingen davon aus, dass die beschriebenen Funktionsbeeinträchtigungen grundsätzlich langjährig vorbestehend seien und die brüchige Erwerbsbiographie des Beschwerdeführers in erster Linie mit den vorhandenen Funktionseinschränkungen aufgrund der Persönlichkeitsstörung und der posttraumatischen Belastungsstörung zu erklären gewesen sei. Dies sei bisher, insbesondere im Rahmen des Gutachtens der Begutachtungsstelle D.____, unzureichend berücksichtigt worden. Dem Beschwerdeführer sei es bisher in seinem Erwerbsleben nicht gelungen, langfristig ein stabiles Arbeitsverhältnis aufrechtzuerhalten. Retrospektiv gingen die Gutachter davon aus, dass die genannten Funktionsbeeinträchtigungen durch das psychiatrische Krankheitsbild so erheblich gewesen seien, dass es dem Beschwerdeführer bisher nur teilweise und kurzfristig gelungen sei, diese zu kompensieren. Aus gesamtmedizinischer Sicht gingen die Gutachter von einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit um 60 % aus. Die Arbeit als Hauswart, die der Beschwerdeführer bis August 2016 ausgeübt habe, stelle aus somatischer wie auch aus psychiatrischer Sicht grundsätzlich eine angepasste Tätigkeit dar. Der Beschwerdeführer sei retrospektiv gesehen seit dem Zeitpunkt der IV-Anmeldung vom 16. September 2010 gesamthaft im Pensum von 40 % arbeitsfähig für körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeiten ohne erhöhte Belastung im rechten Handgelenk, insbesondere in Bezug auf Rotationsbewegungen und Transversalbelastungen. Die zeitliche Einschränkung sei in erster Linie mit den psychiatrischen Einschränkungen zu begründen. Darüber hinaus bestünden qualitative Einschränkungen, so könne der Beschwerdeführer keine Tätigkeiten mit erhöhter mechanischer Hautbelastung sowie Arbeiten in feuchter oder sehr warmer Umgebung durchführen. Tätigkeiten mit gehäuftem Kundenkontakt seien ungünstig. Eine Arbeitsstelle sei aufgrund der psychiatrischen Einschränkungen nur möglich, wenn der direkte Vorgesetzte und der Arbeitgeber ein Wohlwollen gegenüber psychiatrisch erkrankten Menschen hätten und gegebenenfalls Ausfälle kompensiert werden könnten. Wesentlich sei, dem Beschwerdeführer nicht zu hohe Verantwortung für andere Personen zu übertragen und komplexe Teamsituationen sowie komplexe Multitask-Aufgaben zu vermeiden. Es sei nicht davon auszugehen, dass sich die Leistungs- respektive Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers wesentlich werde steigern lassen. 4. Das durch das Gericht eingeholte Gutachten der Begutachtungsstelle I.____, vom 28. Juni 2017 basiert auf den vollständigen Vorakten sowie eigenen spezialärztlichen Untersuchungen (vgl. E. II. 3.13 am Anfang hiervor). Auf dieser Basis gelangen die beteiligten Experten zu schlüssigen Ergebnissen, die sie in nachvollziehbarer Weise herleiten. Das Gutachten wird damit den durch die Rechtsprechung formulierten Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Stellungnahme grundsätzlich gerecht. Inhaltlich lassen sich die Ergebnisse der somatischen Teilbegutachtungen, namentlich des handchirurgischen und des rheumatologischen Teilgutachtens, mit den Vorberichten, einschliesslich des Vorgutachtens der Begutachtungsstelle D.____, vereinbaren. Die dermatologischen Aspekte werden im Anschluss an die Berichte des behandelnden Spezialztes Dr. med. S.____ in plausibler und nachvollziehbarer Weise behandelt und erläutert. Eine erhebliche Abweichung vom Vorgutachten, aber teilweise auch von den Stellungnahmen der behandelnden Ärzte zeigt sich dagegen bei den Ergebnissen der psychiatrischen Begutachtung. Der psychiatrische Teilgutachter Dr. med. U.____ bestätigt zwar einige Diagnosen, welche seitens behandelnder

Ärzte bereits zuvor genannt worden waren. Für seine Beurteilung zentral ist jedoch die so zuvor nicht geäusserte These, der Beschwerdeführer habe im Kindes- und Jugendalter schwere Gewalt seitens der Mutter erlebt, was zu einer schweren Traumatisierung geführt habe, welche ätiologisch anderen Beschwerdebildern (wie einer ADHS-Problematik und einer komplexen Persönlichkeitsstörung) vorangegangen sei. Gespräche des Gutachters mit den behandelnden Fachpersonen ergaben offenbar, dass diese eine Traumatisierung für möglich hielten, sie jedoch bisher nicht exploriert hatten. Hinsichtlich der Diagnosestellung stellt sich sowohl in Bezug auf die posttraumatische Belastungsstörung als auch in Bezug auf die Persönlichkeitsstörung die Frage, ob die entsprechenden zeitlichen Kriterien erfüllt sind. Namentlich müsste die posttraumatische Belastungsstörung in der Regel in einer gewissen zeitlichen Nähe zur traumatisierenden Situation entstehen, wobei aber Ausnahmen denkbar sind (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_73/2017 vom 6. Juli 2017 E. 6.5). Wie der Gutachter darlegt, geht er von einer seit längerer Zeit bestehenden Beeinträchtigung aus, so dass diese Voraussetzung erfüllt wäre. Ebenso erscheint vor diesem Hintergrund auch die Diagnose einer kombinierten Persönlichkeitsstörung, welche sich definitionsgemäss relativ früh und bei verschiedenen Gelegenheiten gezeigt haben müsste, als nachvollziehbar. Wohl ist es aus Sicht der Rechtsanwendung nicht unproblematisch, dass die Diagnose und die Beurteilung auf massiven Vorwürfen gegen Drittpersonen beruhen, welche sich nicht zur Sache äussern konnten. Das grobe und lange dauernde Fehlverhalten mit Ausübung schwerer Gewalt, welches der Gutachter Dr. med. U.____ – abweichend von früheren psychiatrischen bzw. psychologischen Einschätzungen, welche ebenfalls auf die Entwicklung in der Kindheit Bezug nahmen (vgl. E. II.

E. 3

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

E. 3.6

hiervor) – insbesondere der Mutter des Beschwerdeführers vorwirft, kann aus einer rechtlichen Sicht nicht als nachgewiesen gelten. Dieser Umstand ändert jedoch nichts daran, dass der Gutachter Dr. med. U.____ lege artis vorgegangen ist. Er hat seine Beurteilung unter Bezugnahme auf die Schilderungen des Beschwerdeführers, die Aussagen der behandelnden Ärzte, die Vorakten und die eigene Untersuchung plausibel begründet. Basierend auf der erwähnten These, der Beschwerdeführer sei bereits in frühester Kindheit häufig physischer und psychischer Gewalt ausgesetzt gewesen und dadurch traumatisiert worden, werden der weitere vom Gutachter angenommene Verlauf, die gestellten Diagnosen und die daraus resultierenden Einschränkungen, einschliesslich der Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit, nachvollziehbar hergeleitet. Wie dargelegt, hat das Gericht nur dann von den Ergebnissen eines Gerichtsgutachten abzuweichen, wenn zwingende Gründe bestehen (E. II. 2.6 hiervor; BGE 135 V 465 E. 4.4 S. 469 f.). Solche Gründe sind nicht ersichtlich und ergeben sich insbesondere nicht aus dem Umstand allein, dass die Einschätzung des psychiatrischen Gerichtsgutachters anders lautet als jene der Fachpersonen, welche zuvor mit dem Beschwerdeführer befasst waren. Von Seiten der Parteien werden denn auch keine Einwände erhoben. Die Arbeitsfähigkeit ist daher auf der Basis der Resultate des Gerichtsgutachtens festzulegen. Dem Beschwerdeführer ist folglich eine angepasste Tätigkeit noch im Rahmen eines Pensums von 40 % zumutbar. 5. Für den Einkommensvergleich sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des (allfälligen) Rentenbeginns massgebend (E. II. 2.3 hiervor). Gemäss dem Gerichtsgutachten bestehen

die aktuellen Verhältnisse im Wesentlichen unverändert seit der IV-Anmeldung im September 2010. Das für den Rentenanspruch massgebende Wartejahr (E. II. 2.1 hiervor) lief somit im September 2011 ab. 5.1 Für die Bestimmung des Erwerbseinkommens, das die versicherte Person ohne die gesundheitliche Einschränkung mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erzielen könnte, wird in der Regel an den letzten Lohn angeknüpft, den sie als Gesunde tatsächlich erzielte. Vor dem Hintergrund der wechselhaften, unsteten Berufsbiographie des Beschwerdeführers, die durch zahlreiche kurzfristige Anstellungen und häufige Wechsel, teilweise auch mit Unterbrüchen, geprägt ist (vgl. den IK-Auszug, IV-Nr. 103), rechtfertigt sich die Annahme, dass er im Gesundheitsfall eine bestimmte Tätigkeit längerfristig ausgeübt hätte, nicht. Das Valideneinkommen ist daher auf der Basis statistischer Werte zu bestimmen. Auszugehen ist vom Zentralwert des monatlichen Bruttolohns von Männern im Bereich einfacher Tätigkeiten gemäss der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE), Tabelle A1. 5.2 Das Einkommen, das der Beschwerdeführer bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage mit seinen gesundheitlichen Einschränkungen erzielen könnte, ist ebenfalls gestützt auf die LSE festzulegen. Den Ausgangspunkt bildet auch hier der vorstehend umschriebene Tabellenwert. Da somit beide Vergleichseinkommen auf derselben Grundlage bemessen werden, entspricht der Invaliditätsgrad dem Grad der Arbeitsunfähigkeit (hier: 60 %) vor Berücksichtigung eines allfälligen Abzugs vom Tabellenlohn (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_759/2016 vom 29. Dezember 2016 E. 4.1 mit Hinweis). 5.3 Nach der Rechtsprechung ist beim Einkommensvergleich unter Verwendung statistischer Tabellenlöhne zu berücksichtigen, dass gesundheitlich beeinträchtigte Personen, die selbst bei leichten Hilfsarbeitertätigkeiten behindert sind, im Vergleich zu voll leistungsfähigen und entsprechend einsetzbaren Arbeitnehmern lohnmässig benachteiligt sind und deshalb in der Regel mit unterdurchschnittlichen Lohnansätzen rechnen müssen. Sodann ist dem Umstand Rechnung zu tragen, dass weitere persönliche und berufliche Merkmale einer versicherten Person, wie Alter, Dauer der Betriebszugehörigkeit, Nationalität oder Aufenthaltskategorie sowie Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können. Die Frage, ob und in welchem Ausmass Tabellenlöhne herabzusetzen sind, hängt von sämtlichen persönlichen und beruflichen Umständen des konkreten Einzelfalls (leidensbedingte Einschränkung, Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad) ab. Der Einfluss sämtlicher Merkmale auf das Invalideneinkommen ist nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen, wobei der Abzug auf höchstens 25 % zu begrenzen ist (BGE 129 V 472 E. 4.2.3 S. 481 f. mit Hinweisen). Vorliegend fällt ins Gewicht, dass der Beschwerdeführer gemäss den gutachterlichen Feststellungen auch eine geeignete Tätigkeit nur im Rahmen eines Pensums von 40 % ausüben kann. Eine Teilzeittätigkeit in diesem Bereich ist bei Männern, statistisch gesehen, mit einer spürbaren Lohneinbusse verbunden. Weiter sind die Eigenheiten der Einschränkung, namentlich die Verbindung des psychischen Beschwerdebildes mit möglichen Ausfällen wegen der Acne inversa, geeignet, sich über die Pensenreduktion hinaus lohnmindernd auszuwirken. Weitere, invaliditätsfremde Abzugsgründe bestehen nicht. Damit rechtfertigt sich gesamthaft betrachtet ein Abzug in der Höhe von 15 %. Das Invalideneinkommen reduziert sich somit von 40 % auf 34 % des Valideneinkommens. Der Invaliditätsgrad beläuft sich demnach auf 66 %. 6. Der Beschwerdeführer hat somit nach Ablauf des Wartejahres im September 2011 Anspruch auf eine Dreiviertelsrente der Invalidenversicherung. Die Beschwerde ist in diesem Sinn gutzuheissen. 7. Ein Anspruch auf berufliche Eingliederungs- oder Integrationsmassnahmen ist für den hier zu beurteilenden Zeitraum bis zum Erlass der

Verfügung vom 2. November 2015 zu verneinen. Die diesbezüglichen Bemühungen blieben in der Vergangenheit erfolglos und künftige Versuche müssten dem nunmehr festgestellten Beschwerdebild angepasst werden. Für die Zukunft werden derartige Massnahmen, objektive und subjektive Eingliederungsfähigkeit vorausgesetzt, im Rahmen des Zumutbarkeitsprofils allenfalls zu prüfen sein.

E. 4

Dem Beschwerdeführer sei für das vorliegende Beschwerdeverfahren die volle unentgeltliche Rechtspflege und Rechtsbeistandung unter gleichzeitiger Einsetzung des unterzeichneten Rechtsanwalts als unentgeltlicher Rechtsbeistand zu gewähren.

E. 5

Vor der Eröffnung des materiellen Endentscheides sei dem unterzeichneten Rechtsanwalt Gelegenheit zur Einreichung einer detaillierten Kostennote zur Geltendmachung einer Parteientschädigung resp. einer armenrechtlichen Entschädigung zu geben (vgl. Art. 29 Abs. 2 BV).

E. 6

[mittlerweile obsolet].

E. 7

Alles unter Kosten- und Entschädigungsfolge zu Lasten der Beschwerdegegnerin. 2.2 In ihrer Beschwerdeantwort vom 22. Februar 2016 (A.S. 44 f.) beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde. 2.3 Mit Verfügung vom 9. Juni 2016 (A.S. 63 f.) wird dem Beschwerdeführer die unentgeltliche Rechtspflege gewährt und Rechtsanwalt Rémy Wyssmann, Oensingen, als unentgeltlicher Rechtsbeistand bestellt. Gleichzeitig wird in Aussicht genommen, bei der Begutachtungsstelle I.____, ein polydisziplinäres Gerichtsgutachten einzuholen. 2.4 Mit Verfügung und Schreiben vom 25. August 2016 (A.S. 72 ff., 75 f.) wird der Begutachtungsstelle I.____, der Begutachtungsauftrag erteilt. 2.5 Das Gerichtsgutachten der Begutachtungsstelle I.____, wird am 28. Juni 2017 erstattet (A.S. 86 ff.). 2.6 Die Parteien verzichten in der Folge auf eine Stellungnahme zum Gerichtsgutachten (A.S. 199). Der Vertreter des Beschwerdeführers reicht am 13. September 2017 seine Kostennote ein (A.S. 200 ff.). 3. Auf die Ausführungen der Parteien in ihren Rechtsschriften wird im Folgenden, soweit erforderlich, eingegangen. Im Übrigen wird auf die Akten verwiesen. II. 1. 1.1 Die Sachurteilsvoraussetzungen (Einhaltung von Frist und Form, örtliche und sachliche Zuständigkeit des angerufenen Gerichts) sind erfüllt. Auf die Beschwerde ist einzutreten. 1.2 Streitig ist, ob der Beschwerdeführer Anspruch auf eine Invalidenrente und berufliche Eingliederungsmassnahmen hat. Bei der Beurteilung des Falles ist grundsätzlich auf den Sachverhalt abzustellen, der bis zum Erlass der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 2. November 2015 eingetreten ist (BGE 132 V 215 E. 3.1.1 S. 220 mit Hinweisen). 2. 2.1 Als Invalidität im Sinne des Gesetzes gelten gemäss Art. 8 Abs. 1 Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1) die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit andauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Sie kann nach Art. 4 Abs. 1 Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein. Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen

Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. c). Arbeitsunfähigkeit ist nach Art. 6 Satz 1 ATSG die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Das Wartejahr gilt als eröffnet, sobald eine solche Arbeitsunfähigkeit von mindestens 20 % eingetreten ist (AHI-Praxis 1998, S. 124). Der Rentenanspruch entsteht indes laut Art. 29 IVG frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs im Sinne von Art. 29 Abs. 1 ATSG.

E. 8

8.1 Der obsiegende Beschwerdeführer hat Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 61 lit. g ATSG). Rechtsanwalt Wyssmann macht in seiner Kostennote vom 13. September 2017 (A.S. 201) einen Aufwand von 18.54 Stunden geltend. Hiervon sind diejenigen Bemühungen in Abzug zu bringen, welche praxisgemäss als Kanzleiaufwand gelten, der im Stundenansatz eines Rechtsanwalts inbegriffen ist. Dazu gehören die Positionen «Brief an Klient» von 0.17 Std., bei welchen praxisgemäss von Orientierungskopien ausgegangen wird (total 1.19 Std.), drei Briefe à 0.25 Stunden (total 0.75 Stunden) vom 14. Juni 2016 (offenbar Adressänderungsanzeigen, vgl. A.S. 66) sowie der Aufwand für die Kostennote (0.42 Std.). Ebenfalls nicht zu entschädigen sind Vorkehren ohne erkennbaren direkten Bezug zum Verfahren. Dies betrifft das Schreiben an die Beschwerdegegnerin vom 3. Dezember 2015 (0.25 Std.) sowie die verschiedenen Kontakte zum Sozialdienst [...] (insgesamt 1.26 Std.). Weiter ist der nachprozessuale Aufwand aufgrund des Verfahrensausgangs (Obsiegen) praxisgemäss auf eine halbe Stunde zu bemessen. Insgesamt reduziert sich damit der geltend gemachte Aufwand von 18.54 Stunden um 4.37 Stunden auf 14.17 Stunden, was als angemessen erscheint. Praxisgemäss wird ein Stundenansatz von mehr als CHF 260.00 nur in ausserordentlich komplexen Fällen zugesprochen. Ein solcher Fall liegt hier nicht vor, das Verfahren bewegte sich im gewohnten Rahmen. Die Parteientschädigung bemisst sich daher auf der Basis eines Stundenansatzes von CHF 260.00. Damit resultiert ein Honorar von CHF 3'684.20 (14.17 x CHF 260.00). Bei den Auslagen sind die 372 Kopien zu CHF 0.50 anstatt CHF 1.00 zu entschädigen (kantonaler Gebührentarif, § 161 i.V.m. § 160 Abs. 5 kantonaler Gebührentarif [GT, BGS 615.11]) und es ist ein angemessener Abzug für verfahrensfremde Vorkehren vorzunehmen, so dass zu entschädigende Auslagen von CHF 210.00 verbleiben. Mit der Mehrwertsteuer von 8 % beläuft sich die Parteientschädigung auf CHF 4'205.75.

8.2 Aufgrund von Art. 69 Abs. 1 bis IVG 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 bis CHF 1'000.00 festgelegt. Nach dem Ausgang des vorliegenden Verfahrens hat die Beschwerdegegnerin die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen.

8.3 Nach der Rechtsprechung sind die Kosten eines Gerichtsgutachtens dem Versicherungsträger aufzuerlegen, wenn die Begutachtung notwendig wurde, weil es dieser in Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes unterlassen hatte, den relevanten medizinischen Sachverhalt vollständig und zuverlässig abzuklären (BGE 139 V 496). Das Gericht holte das Gutachten der Begutachtungsstelle I.____ in erster Linie deshalb ein, weil das durch die Beschwerdegegnerin eingeholte bidisziplinäre Gutachten der Begutachtungsstelle D.____, eine Beurteilung der invalidisierenden Wirkung der diagnostizierten chronischen

Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren und somatoformen autonomen Funktionsstörung des oberen Gastrointestinaltraktes unter dem Aspekt der mit BGE 141 V 281 begründeten Rechtsprechung nicht zuliess. Die Beurteilung der Standardindikatoren durch die IV-Juristin vom 27. August 2015 (IV-Nr. 130) vermochte nicht vollständig zu überzeugen. Sie äussert sich nur zu einem Teil der relevanten Aspekte und basiert teilweise auf nicht hinreichend gesicherten Annahmen, was vor allem darauf zurückzuführen ist, dass das ihr vorliegende Gutachten der Begutachtungsstelle D.____, nur wenige für die Beurteilung der Indikatoren relevante Informationen enthielt (vgl. IV-Nr. 66 S. 13 f.). Aus diesem Grund war es auch dem Gericht nicht möglich, die massgebenden Schweregradindikatoren mit hinreichender Zuverlässigkeit zu beurteilen. Da das Urteil BGE 141 V 281 am 3. Juni 2015, vor dem Erlass der angefochtenen Verfügung vom 2. November 2015, erging, wäre die Beschwerdegegnerin aufgrund des Untersuchungsgrundsatzes gehalten gewesen, den Sachverhalt ergänzend gutachterlich abzuklären. Ihr sind daher die Kosten des Gerichtsgutachtens von CHF 13'741.05 aufzuerlegen.

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