

# **SO\_GERICHTE VSBES.2016.126 vom 12. September 2018**

SO Obergericht, 2018-09-12, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so\\_gerichte\\_VSBES.2016.126\\_d20180912](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2016.126_d20180912)

FR: SO\_GERICHTE VSBES.2016.126 du 12 septembre 2018

IT: SO\_GERICHTE VSBES.2016.126 del 12 settembre 2018

## **Regeste**

Invalidenrente und berufliche Massnahmen

## **Erwägungen**

### **E. 2**

Es seien dem Beschwerdeführer die gesetzlichen IV-Rentenleistungen (berufliche Eingliederung, Invalidenrente) bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % zuzüglich einem Verzugszins von 5 % auszurichten.

### **E. 3**

3.1 Der Beschwerdeführer begann zunächst eine Lehre als Detailhandelsfachmann, brach diese aber nach anderthalb Jahren ab. Er war in diversen Branchen (u.a. Metallbau und Schausteller) temporär tätig, bevor er im August 2012 eine neue Lehre als Restaurationsfachmann im Hotel [...] antrat. Diese Ausbildung wurde im August 2013 vorzeitig beendet (gemäss Beschwerdeführer aus gesundheitlichen Gründen, gemäss Lehrbetrieb, weil er straffällig geworden war). In der Folge war der Beschwerdeführer nicht mehr erwerbstätig (IV-Nr. 3 S. 1 f. / Nr. 5 S. 4 / Nr. 8 S. 7).

Vom 14. bis 28. November 2013 war der Beschwerdeführer wegen einer akuten suizidalen Krise bei mittelgradiger depressiver Episode (F32.1) und Verdacht auf Persönlichkeitsakzentuierung bei den D.\_\_\_\_ hospitalisiert. Die Entlassung erfolgte bei fehlender Selbst- und Fremdgefährdung in stabilem Zustand (IV-Nr. 17 S. 6). Der Bericht vom 11. November 2014 (IV-Nr. 17) bescheinigte für den Klinikaufenthalt eine vollständige Arbeitsunfähigkeit (S. 1), während er für die Folgezeit festhielt, dass bei suffizienter antidepressiver Behandlung keine signifikante Leistungseinschränkung bestehe (S. 4).

Dr. med. E.\_\_\_\_, Arzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, stellte in seinem Bericht vom 1. Dezember 2014 (IV-Nr. 18 S. 2 ff.) folgende Diagnosen:

A) Mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

B) Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit sei der Beschwerdeführer vom 14. April bis 5. Oktober 2014 zu 50 % arbeitsunfähig gewesen und ab 6. Oktober 2014 zu 100 %. Die Behandlung laufe seit dem 14. Juli 2014. Der Beschwerdeführer sei mit acht Jahren mit seiner Mutter zu deren neuen Ehemann gezogen. Dieser und die Mutter seien Alkoholiker gewesen und hätten den Beschwerdeführer oft geschlagen. Damals hätten dessen Halluzinationen angefangen, welche trotz antipsychotischer Medikation bis heute anhielten. Der Beschwerdeführer habe an verschiedenen Orten gewohnt, bei der Mutter, beim Vater, in

Wohngemeinschaften, alleine, auf der Strasse etc. In der Schule und im Lehrlingshaus habe man ihn gemobbt. Der Beschwerdeführer habe vor der Hospitalisation mehrere Suizidversuche unternommen. Heute wohne er betreut und arbeite in einem geschützten Arbeitsprogramm, wo es manchmal Streitereien mit den Arbeitskollegen gebe. Im Februar 2014, seit der Beschwerdeführer alleine in der neuen Wohnung sei, hätten Panikattacken angefangen. Geklagt würden weiter Angstzustände, Mobbing-Erlebnisse, Jähzorn, innere Unruhe, depressive Verstimmung, Stimmungsschwankungen und fehlendes Gefühl für sich selbst. Was die Befunde angehe, so seien Konzentration und Aufmerksamkeit leicht beeinträchtigt. Die Erinnerungsfunktion scheine unbeeinträchtigt. Das formale und inhaltliche Denken sei strukturiert und kohärent, teilweise fixiert auf die Traumageschichte. Der Beschwerdeführer stottere und habe Ausspracheschwierigkeiten, unter Stress verstehe man ihn fast nicht. In Angst-, Stress- und Krisenzeiten tauchten Sinnestäuschungen auf oder würden stärker; der Beschwerdeführer habe ein Gefühl, dass er beobachtet werde, zudem sehe und höre er Sachen, die es in Wirklichkeit nicht gebe. In Zeiten starker emotionaler Herausforderung entwickle er regelmässig Suizidgedanken und müsse intensiv in seiner Wohnung betreut werden. Affektiv sei er nur begrenzt zugänglich, erscheine jedoch gleichzeitig sensitiv / sensibel. Der Beschwerdeführer nehme Cypralex (10 mg 1-0-0-0), Temesta (1 mg bei Bedarf), Abilify und Seroquel (200 mg XR, 0-0-2-0). Psychotherapeutisch und psychiatrisch sei das Ziel, dass der Beschwerdeführer zumindest stabil bleibe. Bedingung für die Beschäftigung in einem geschützten Rahmen sei ein positives und betreutes Arbeitsklima. Zeige das Arbeitsumfeld kein Verständnis oder sei kompetitiv, scheitere der Beschwerdeführer regelmässig. Im Moment sei er zu 100 % arbeitsunfähig; es sei am Arbeitsplatz unter Druck zu aggressiven Verhaltensweisen und emotionaler Destabilisierung gekommen, die erst wieder aufgefangen werden müssten. In dieser Situation seien Halluzinationen aufgetreten und tiefgreifende Ängste hätten zugenommen. Der Patient sei paranoid-misstrauisch geworden und habe das Gefühl gehabt, alle seien gegen ihn. Eine Arbeitsfähigkeit von 50 % im geschützten Rahmen könne langfristig in Betracht gezogen werden, sei aber bis auf weiteres noch kein Thema. Ein Arbeitsplatz auf dem primären Arbeitsmarkt komme nicht in Frage. Andere Tätigkeiten seien ebenfalls nicht möglich. Der Beschwerdeführer habe keinerlei Durchhaltevermögen und fühle sich sofort unter Druck gesetzt, sobald Anforderungen auftauchten.

3.2 Dem Gutachten von Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 14. Juli 2015 (IV-Nr. 24.1) lassen sich folgende Diagnosen entnehmen (S. 8):

A) Mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit:

B) Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit:

Bei der Untersuchung vom 7. Juli 2015, welche 75 Minuten dauerte, gab der Beschwerdeführer an, nach einem Suizidversuch sei er 2013 in die Psychiatrische Klinik [...] eingewiesen und mit Antidepressiva behandelt worden. Er lebe jetzt im Rahmen des betreuten Wohnens in einer 1-Zimmer-Wohnung und befinde sich in der Praxis von Dr. med. E.\_\_\_\_ in ambulanter psychiatrischer Behandlung. Er nehme regelmässig 600 mg Seroquel ein. Die Dosis sei vor wenigen Wochen erhöht worden, da er vermehrt unter Stimmen gelitten habe. Er habe seit Kindheit Halluzinationen; bereits als Achtjähriger habe er auf einem Dach Wölfe gesehen, nachdem ihm sein Vater von einer TV-Sendung erzählt habe, in der Wölfe Menschen angegriffen hätten. Danach habe er immer wieder Tiere gesehen, die nicht vorhanden gewesen seien. Später habe er Stimmen gehört. Vor allem

während seiner zweiten Lehre hätten ihn diese kritisiert und heruntergemacht. Man habe ihn an diesem Ort schlecht behandelt und er habe sich ausgenützt gefühlt. Als ihm nach zwei Jahren gekündigt worden sei, habe ihm eine Stimme befohlen, im Lehrbetrieb zu stehen, worauf er einen Tresor entfernt habe. Die Stimmen würden ihm auch mitteilen, dass seine Freundin ihn betrüge. Einmal hätten sie ihm gesagt, er solle ein Skalpell nach einem Kollegen werfen, der ihn gehänselt habe; dieser sei zum Glück unverletzt geblieben. Die Halluzinationen hätten sich unter Seroquel weitgehend zurückgebildet und die Stimmen seien deutlich in den Hintergrund getreten. Er leide weiter unter Gefühlsblockaden. Seit Jahren verspüre er kaum Gefühle. Er ziehe sich dann zurück und halte sich in der Wohnung auf (S. 4). 2013 habe er sich bei einem Selbstmordversuch zwei Säcke über den Kopf gestülpt, sich dann aber wegen der Atemnot befreit. Ein anderes Mal habe er versucht, sich durch tagelangen Verzicht auf Flüssigkeit umzubringen. Im November 2013 sei ihm die Idee gekommen, sich unter einen Zug zu werfen. Er habe seinen Angehörigen Abschiedsbriefe verteilt, worauf seine Schwester ihm zum Klinikeintritt geraten habe (S. 5).

Die Eltern hätten sich getrennt, als er sieben Jahre alt gewesen sei. Die Mutter habe nach der Scheidung massiv Alkohol konsumiert. Die Beziehung zu ihr habe sich schwierig gestaltet. Sie sei aggressiv gewesen, habe ihn kritisiert und immer wieder geschlagen. Die Beziehung zum Vater sei besser gewesen, doch dieser habe eine neue Freundin gefunden und dann nur noch wenig Interesse an den Kindern gehabt. Mit der Mutter habe er keinen Kontakt mehr, mit dem Vater und den Schwestern noch gelegentlich (S. 5). Die erste Klasse habe er wegen starken Stotterns wiederholen müssen. Er sei ein Außenseiter gewesen und habe keine Freunde gefunden. Nach Schulabschluss habe er eine Lehre als Detailhandelsangestellter angetreten. Er sei jedoch oft an Partys gewesen, habe die Schule nicht regelmässig besucht und die Kündigung erhalten. Bei der zweiten Lehre als Servicefachangestellter sei er kritisiert und ausgenützt worden; nach zwei Jahren habe man ihm ebenfalls gekündigt. Zwischen den beiden Lehrstellen habe er einige Aushilfsjobs gehabt, ansonsten aber nie gearbeitet. Seit Dezember 2014 sei er in einer geschützten Werkstätte, zurzeit in einem Halbtagspensum in der Töpferei. Diese Tätigkeit gefalle ihm, es herrsche kein Arbeitsdruck und er habe einen guten Kontakt zu den Kollegen. Er lebe alleine in einer 1-Zimmer-Wohnung und werde vom Sozialamt unterstützt. Seit März 2014 sei er mit seiner 32jährigen Freundin zusammen, welche arbeitslos sei und in [...] lebe. In der Beziehung gebe es immer wieder Phasen, in denen er nichts für die Freundin empfinden könne. Er nehme um 20:00 Uhr die Medikamente ein, gehe um 22:00 Uhr zu Bett und stehe zwischen 8:00 und 10:00 Uhr auf. Seit er so viele Medikamente nehme, schlafe er sehr viel. Auch tagsüber sei er oft müde. Nach dem Aufstehen trinke er einen Kaffee, lese die Zeitung im Internet und erledige die Morgentoilette. Den Haushalt führe er selbständig, wobei er nur selten koche. Von 13:00 bis 16:30 Uhr arbeite er. Früher habe er Faustball gespielt, dies könne er seit längerer Zeit nicht mehr machen. In seiner Freizeit unternehme er Spaziergänge oder gehe schwimmen. Meistens sei er jedoch zuhause, sehe fern oder lese (S. 6). Er habe kaum Kollegen und lebe zurückgezogen. Vorerst wolle er in der geschützten Werkstätte bleiben. Eine berufliche Ausbildung oder mehr als eine Halbtagsarbeit könne er sich nicht vorstellen. Er sei nicht belastbar (S. 7).

Als Befund hielt der Experte fest, der Beschwerdeführer mache einen gepflegten Eindruck, sei freundlich und kooperativ. Mimik und Gestik seien unauffällig, der affektive Kontakt gut. Wenn der Beschwerdeführer über seine Lebensgeschichte, seine jetzige Situation und die beruflichen Zukunftsperspektiven berichte, wirke er distanziert. Manische Phasen

würden auf Nachfrage hin verneint, jedoch optische Halluzinationen und Stimmenhören erwähnt. Der Beschwerdeführer sei bewusstseinsklar und allseits orientiert. Er drücke sich differenziert aus. Die in der Untersuchung gemachten Beobachtungen wiesen auf durchschnittliche Intelligenzleistungen hin. Der Beschwerdeführer zeige während des ganzen Gesprächs nie Zeichen einer Konzentrationsschwäche. Merkfähigkeit und Gedächtnisleistungen seien intakt. Das Denken sei geordnet und nicht eingengt. Der Beschwerdeführer zeige kein Gedankenabreissen, keine Neologismen, keine Gedankenleere, keine überwertigen Ideen, keine Wahnvorstellungen sowie keine Anhaltspunkte für illusionäre Verkennungen, akustische, optische, olfaktorische oder taktile Halluzinationen. Er habe einen guten Bezug zur Realität und zu seiner Person. Gegenüber der Umgebung könne er sich klar abgrenzen; Gedankenausbreitung oder Fremdbeeinflussungserlebnisse seien nicht vorhanden. Der Beschwerdeführer äussere keine Zwangsgedanken, Hinweise auf Zwangshandlungen seien nicht vorhanden. Er berichtete weder über Ängste noch Phobien. Aus seinen Schilderungen ergäben sich keine Hinweise auf Veränderungen der Stimmung und des Antriebes im Laufe des Tages. Er erwähne keinen Lebensverleider oder Suizidgedanken (S. 7).

Nach seinen eigenen Angaben werde der Beschwerdeführer mit einem hochdosierten Neuroleptikum behandelt; tatsächlich nehme er die verordneten Psychopharmaka aber gar nicht ein, wie die durchgeführten Blutuntersuchungen (s. dazu S. 8) bewiesen. Der Beschwerdeführer mache also im Rahmen der psychiatrischen Untersuchung bewusst falsche Angaben, weshalb alle seine Aussagen mit grosser Vorsicht zu geniessen seien. So habe der Beschwerdeführer z.B. bei seinem Aufenthalt in der psychiatrischen Klinik weder Stimmenhören noch Halluzinationen erwähnt. Gemäss seinen Angaben habe er wenig Zugang zu seinen Gefühlen und leide unter einer Affektstarre. Dennoch falle auf, dass sich der Beschwerdeführer Anfang 2014 aktiv bemüht habe, via Internet eine Freundin kennenzulernen. Seither unterhalte er eine gute Beziehung und treffe sich regelmässig mit dieser Frau. Ein solches Verhalten sei eher untypisch für einen Menschen, der an einer schizophrenen Störung leide. Bei der psychiatrischen Untersuchung sei der Beschwerdeführer affektiv gut spürbar. Er zeige weder Denk- noch Affektstörungen. Seine Psychomotorik sei unauffällig. Auch dies entspreche nicht dem psychopathologischen Befund einer schizophrenen Störung. Wenn der Beschwerdeführer berichte, eine Stimme habe ihm befohlen, den Tresor in seinem Lehrbetrieb zu entwenden, so sei es eher ungewöhnlich und entspreche nicht der klinischen Erfahrung, dass schizophrene Menschen sich bereichern wollen, weil eine Stimme ihnen dies befehle. Die diagnostische Einschätzung sei also sehr schwierig. Da der Beschwerdeführer bei der Untersuchung bewusst Falschangaben gemacht habe, seien seine anamnestischen Angaben eigentlich nicht verwertbar. Die erste Lehrstelle habe er verloren, weil er lieber an Partys gegangen sei, als sich für die Schule vorzubereiten. Ein solches Verhalten sei untypisch für Menschen, die an einer Psychose litten, da sich diese meistens von sozialen Kontakten zurückzögen. Bei der zweiten Lehrstelle habe sich der Beschwerdeführer diskriminiert gefühlt und einen Diebstahl begangen; von einer Krankheit sei nichts bekannt gewesen. Es fänden sich auch keine Hinweise auf eine manisch-depressive Störung, gebe der Beschwerdeführer doch an, er sei noch nie angetrieben oder überschwänglich gewesen sei und habe auch nie viel Geld ausgegeben etc. Vor diesem Hintergrund könne einzig die Diagnose eines Status nach mittelgradiger depressiver Episode gestellt werden (S. 9). Zurzeit seien keine depressiven Symptome vorhanden. Es bestehe auch ein gewisser Verdacht auf Simulation. Was die früheren ärztlichen Einschätzungen angehe, so habe der

Beschwerdeführer bei den D.\_\_\_\_ nicht von psychotischen Symptomen berichtet. Die vom behandelnden Psychiaters erwähnten Ängste liessen sich nicht bestätigen; der Beschwerdeführer erwähne keine solchen, und er könne sich ausserhalb seiner Wohnung frei bewegen (S. 10).

Im November und Dezember 2013 habe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bestanden. Ab Januar 2014 könne aus psychiatrischer Sicht keine Arbeitsunfähigkeit mehr attestiert werden. Es gelte in jeder beruflichen Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 100 % (S. 10). Medizinische oder berufliche Massnahmen seien nicht notwendig (S. 11).

3.3 Die delegierte Psychotherapeutin lic. phil. F.\_\_\_\_ hielt im Bericht vom 25. August 2015 (IV-Nr. 27) fest, der Beschwerdeführer werde seit dem 14. Juli 2014 in der Praxis von Dr. med. E.\_\_\_\_ behandelt. Er leide seit langem unter Suizidgedanken, Sinnestäuschungen (visuelle und auditive Halluzinationen) und Stimmungsschwankungen. Er lebe in einer betreuten Wohnsituation. Dank professioneller Bezugspersonen und der psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung sei inzwischen eine gewisse, aber fragile psychische Stabilität erreicht worden. Negative Kindheitserlebnisse hätten den Beschwerdeführer frühzeitig traumatisiert. Er sei zuhause geschlagen, in der Schule gehänselt und gemobbt sowie zwischen den Eltern hin- und hergeschoben worden. Es habe sich eine tiefgreifende Beziehungs- und Bindungsstörung entwickelt. Die Bindungsangst aktiviere negative Beziehungsschemata. Dies zeige sich in der problematischen (Fern-) Beziehung zur Freundin. Gleichzeitig träume der Beschwerdeführer davon, mit ihr ein normales Leben zu führen, was sich jedoch nicht mit dem erlernten Beziehungs- und Bindungsverhalten decke. Ausserdem blende der Beschwerdeführer vieles einfach aus, etwa, dass die Freundin unter der Woche zusammen mit ihrem Ex-Freund lebe. Er «vergesse» auch immer wieder, dass er nachts Angst und sogar Panikattacken habe und sich ausspioniert fühle, sobald er in einer Beziehung stehe. Auf Grund seiner Persönlichkeitsstörung habe der Beschwerdeführer nicht gelernt, eine vernünftige Lösung zu verfolgen und reagiere oft impulsiv-aggressiv. So sei es zu Suizidversuchen oder Affekthandlungen gegenüber Dritten (z.B. Messerwurf nach einem Kollegen) gekommen. Zustände mit wenig Energie, Rückzug und frustraner Stimmungslage wechselten ab mit Phasen, in denen der Beschwerdeführer in den erwähnten Träumen verharre und sich dabei wohl fühle. In Stresssituationen neige er dazu, die ihn immer wieder begleitenden Suizidgedanken in die Realität umzusetzen, was bereits fünf Mal passiert sei. Gehe es ihm schlecht, so sei das gut sichtbar, er wirke dann besonders blass, sei erstaunlich ruhig, bleibe affektiv unzugänglich, wirke demotiviert und hege konkrete Selbstmordpläne. Termine würden mehrheitlich eingehalten, auch wenn dies eine grosse Herausforderung darstelle. Der Schwerpunkt der Behandlung liege auf der «Normalisierung» des Alltags und der Wochenenden, um Stabilität erreichen. Der Beschwerdeführer besitze ein sehr geringes Selbstwertgefühl. Selbstzweifel, Schuld- und Insuffizienzgefühle, Ängste und impulsive Reaktionen sowie ein ausgeprägtes Vermeidungsverhalten prägten das Störungsbild. Im Verlauf der Psychotherapie habe die depressive Symptomatik leicht reduziert werden können. Was den ärztlichen Befund angehe, so trete der Beschwerdeführer unsicher auf. Mimik und Gestik seien leicht verlangsamt und schwächlich wirkend. Der affektive Rapport sei eingeschränkt. Es seien Halluzinationen (visuell und auditiv) und Wahn (Verfolgungswahn) zu vermerken. Der Beschwerdeführer zeige eine depressive Symptomatik mit Rückzug, Konzentrations-, Antriebs- und Lustlosigkeit. Er wirke entmutigt und verunsichert. Den Verdacht auf Simulation weise man als unbegründet

zurück. Der Beschwerdeführer leide unter einer kombinierten Persönlichkeitsstörung mit auffälliger Dysfunktionalität in Beziehungen und bei Bindungen. Ausserdem fehle ihm auf Grund seiner katastrophalen Lebensgeschichte jede lebenspraktische Effektivität.

Dr. med. G.\_\_\_\_, Fachärztin für Allg. Medizin beim Regionalen Ärztlichen Dienst der Invalidenversicherung (RAD), hielt in ihrer Stellungnahme vom 19. Oktober 2015 (IV-Nr. 29 S. 2 f.) dafür, es sei auf das Gutachten von Dr. med. C.\_\_\_\_ abzustellen.

3.4 Die Beschwerdegegnerin stellte bei der Abweisung des Leistungsbegehrens zu Recht auf das Gutachten von Dr. med. C.\_\_\_\_ ab. Dieses entspricht den Anforderungen der Rechtsprechung und geniesst vollen Beweiswert, stammt es doch von einem unabhängigen Facharzt, welcher die Vorakten studiert, den Beschwerdeführer sorgfältig untersucht und seine Einschätzung schlüssig begründet hat. Dr. med. C.\_\_\_\_ stützt sich, wie es für eine beweiskräftige psychiatrische Begutachtung praxismässig verlangt wird, auf die Ergebnisse seiner klinischen Untersuchung mit Erfassung der Symptome und Verhaltensbeobachtung (Urteil des Bundesgerichts 8C\_756/2016 vom 29. Dezember 2016 E. 3.3.2). Seine Beurteilung, dass keine psychische Störung mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vorliegt, ist vor dem Hintergrund des unauffälligen Psychostatus nachvollziehbar. Namentlich wird überzeugend dargelegt, warum keine schizophrene oder bipolare Störung vorliegt. Die gegen das Gutachten erhobenen Einwände dringen nicht durch:

3.4.1 Vorab ist festzuhalten, dass keine konkreten Hinweise für die Behauptung vorliegen, Dr. med. C.\_\_\_\_ begutachte nicht ergebnisoffen. Darauf, dass sich die vom Beschwerdeführer verlangten statistischen Daten nicht für einen solchen Nachweis eignen, ist bereits in der Begründung zur Verfügung vom 4. November 2016 (A.S. 59 f.) eingegangen worden, woran vollumfänglich festzuhalten ist.

Der Brief der Gutachterstelle B.\_\_\_\_ an die IV-Stelle des Kantons [...] vom 5. November 2015 (Beschwerdebeilage / BB-Nr. 5) ist hier von vornherein unerheblich, da Dr. med. C.\_\_\_\_ nicht zu den Unterzeichnern gehört. Das Schreiben an die IV-Stelle des Kantons [...] vom 30. November 2015 (BB-Nr. 6) hat er zwar mitunterzeichnet, und es geht darin um Kritik, die ein Rechtsanwalt H.\_\_\_\_ u.a. an Dr. med. C.\_\_\_\_ geübt hat. Dieses Schreiben bezieht sich indes weder auf den Fall des Beschwerdeführers noch nennt es ausdrücklich dessen Vertreter, sondern spricht nur von Rechtsanwalt H.\_\_\_\_ wie generell von «Geschädigtenanwälten». Der Beschwerdeführer hält zwar dafür, das Schreiben mache exemplarisch die negative Einstellung der Gutachterstelle B.\_\_\_\_ gegenüber Anwälten deutlich, welche Kritik an den Gutachten übten. Dem kann indes nicht gefolgt werden. Vom Inhalt her ist die Stellungnahme der Gutachterstelle vom 30. November 2015 durchaus sachlich, etwa wenn entgegnet wird, unterschiedliche Aussagen des Versicherten in den Teilgutachten bedeuteten keine Ungenauigkeit der Experten. Wohl ist der Tonfall des Schreibens gereizt. Dem kommt jedoch keine entscheidende Bedeutung zu. Einerseits handelt es sich bei der teils ungeschickten Wortwahl der Gutachterstelle um eine Stilfrage, zu der sich das Gericht nicht zu äussern hat (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_159/2014 vom 7. April 2014 E. 4.2.2). Keine der Formulierungen wie «populistisch» oder «sog. Geschädigtenanwälte» ist derartig despektierlich, dass eine Verwendung zwingend zum Schluss auf eine Befangenheit führen muss. Man vergleiche dazu den vorliegenden Sachverhalt mit dem Fall, in dem das Bundesgericht einen Gerichtsschreiber als befangen ansah, weil er erklärt hatte, die Einreichung von Privatgutachten durch Versicherte sei «entschieden zu bekämpfen», und Versichertenanwälte pauschal als «ohne jegliche Moral» bezeichnete (Urteil 8C\_828/2010 vom 14. Juni 2011 E. 2.3.2). Andererseits reagierte die

Gutachterstelle mit ihrem Schreiben auf die Kritik von Rechtsanwalt H.\_\_\_\_ (welche sich zwar nicht in den hiesigen Akten befindet, aber offenbar recht scharf ausgefallen ist), d.h. die Stellungnahme muss in diesem Zusammenhang gewürdigt werden. Insgesamt vermag das Schreiben vom 30. November 2015 keinen objektiven Anschein der Befangenheit des Mitunterzeichners Dr. med. C.\_\_\_\_ zu erwecken (vgl. dazu Urteil des Versicherungsgerichts des Kantons Solothurn VSBES.2015.290 vom 29. September 2016 E. II. 3.2).

Die Neutralität des Experten lässt sich auch nicht deshalb anzweifeln, weil er von unwahren Angaben des Beschwerdeführers ausgeht. Diese Feststellung beruht auf dem Umstand, dass der Beschwerdeführer von einer hochdosierten Medikation sprach, die fraglichen Medikamente aber laut Blutuntersuchung nachweislich gar nicht einnahm. Dies spricht dafür, dass kein nennenswerter Leidensdruck und damit auch keine relevante psychische Erkrankung besteht (s. Urteil des Bundesgerichts 8C\_694/2009 vom 24. September 2009 E. 3.1). Es gehört zur Aufgabe des Gutachters, die Konsistenz der gemachten Angaben zu prüfen; allein daraus kann nicht der Anschein der Befangenheit abgeleitet werden (Urteil des Bundesgerichts 9C\_554/2015 vom 15. Dezember 2015 E. 3.2.1).

3.4.2 Der Hinweis auf abweichende Auffassungen behandelnder Ärzte genügt nicht, um ein Gutachten in Zweifel zu ziehen. Der Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-) Arztes sowie der Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten unterscheiden sich voneinander (s. Urteil des Bundesgerichts 9C\_248/2017 vom 15. Februar 2018 E. 6.2.1 mit Hinweisen). In diesem Zusammenhang gilt es auch die Erfahrungstatsache zu beachten, dass behandelnde Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 135 V 65 E. 4.5. S. 470). Zudem kann eine psychiatrische Exploration von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei erfolgen. Sie eröffnet dem begutachtenden Psychiater praktisch immer einen gewissen Spielraum, innerhalb dessen verschiedene medizinisch-psychiatrische Interpretationen möglich, zulässig und zu respektieren sind, sofern der Experte lege artis vorgegangen ist. Von einer psychiatrischen Administrativ- oder Gerichtsexpertise ist deshalb nur dann abzuweichen, wenn die behandelnden Ärzte objektiv feststellbare ■ also nicht rein der subjektiven Interpretation entspringende ■ Gesichtspunkte vorbringen, die geeignet sind, zu einer abweichenden Beurteilung zu führen (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C\_260/2017 vom 24. November 2017 E. 5.2.2 und 9C\_190/2016 vom 20. Juni 2016 E. 4). Dies ist hier nicht der Fall:

Aus dem Austrittsbericht der D.\_\_\_\_ (IV-Nr. 17) ergibt sich nichts zu Gunsten des Beschwerdeführers, bescheinigt er doch nur für den Klinikaufenthalt eine Arbeitsunfähigkeit und hält im Übrigen fest, bei ausreichender antidepressiver Behandlung bestehe keine Einschränkung der Leistungsfähigkeit.

Dr. med. E.\_\_\_\_ diagnostizierte am 1. Dezember 2014 eine bipolare Störung (IV-Nr. 18 S. 2). Diese Diagnose verwarf Dr. med. C.\_\_\_\_ jedoch ausdrücklich, da hypomanische Episoden nach den eigenen Angaben des Beschwerdeführers fehlten. Dr. med. E.\_\_\_\_ erwähnt im Übrigen ebenfalls keine solchen Episoden, so dass mit Fug und Recht von einer Fehldiagnose gesprochen werden kann (so die RAD-Ärztin Dr. med. G.\_\_\_\_, IV-Nr. 29 S. 2). Der Einwand, der Experte hätte den Beschwerdeführer mehrmals untersuchen müssen, bevor er eine Persönlichkeitsstörung ausschliesse, geht fehl. Gemäss dem Klassifikationssystem ICD-10 handelt es sich bei einer bipolaren Störung (F31.-) nämlich gar nicht um eine Persönlichkeitsstörung (F60-69), sondern um eine affektive Störung (F30-F39).

Im Bericht von lic. phil. F.\_\_\_\_ (IV-Nr. 27), der am 25. August 2015 und damit nach der Begutachtung erging, ist von einer kombinierten Persönlichkeitsstörung, einer depressiven Symptomatik sowie Ängsten und Panikattacken die Rede. Diese Stellungnahme vermag aber nicht zu überzeugen. Eine präzise diagnostische Herleitung und Einordnung nach ICD-10 fehlt. Der Bericht geht nicht auf das Gutachten ein (abgesehen von der nicht näher begründeten Verneinung einer Simulation), lässt sich also nicht dazu verwenden, Dr. med. C.\_\_\_\_ methodische Fehler nachzuweisen. Andererseits wird auch nicht behauptet, der Zustand habe sich seit dem Gutachten verschlechtert; der Bericht vom 25. August 2015 geht vielmehr von einer seit Behandlungsbeginn am 14. Juli 2014 bestehenden Problematik aus, welche sich zu einem gewissen Grad stabilisiert habe.

Aus der Tätigkeit in einer geschützten Werkstätte ergibt sich nichts für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit, denn es handelt sich nicht um eine konkret leistungsorientierte berufliche Abklärung (s. dazu Urteil des Bundesgerichts 8C\_48/2018 vom 27. Juni 2018 E. 4.3.1).

3.4.3 Der Einwand des Beschwerdeführers, Dr. med. C.\_\_\_\_ habe es versäumt, seine Lebensgeschichte zu erheben, ist unzutreffend. Einerseits waren dem Experten die Akten bekannt, namentlich auch die anamnestischen Feststellungen von Dr. med. E.\_\_\_\_ (IV-Nr. 24.1 S. 2). Andererseits befragte Dr. med. C.\_\_\_\_ den Beschwerdeführer auch zu dessen Vorgeschichte (IV-Nr. 24.1 S. 4 - 6). Ein Gutachter darf im Übrigen davon ausgehen, dass der Versicherte die wichtigen Lebensereignisse offen legt (Urteil des Bundesgerichts 8C\_725/2016 vom 9. Februar 2017 E. 5.2.4).

3.4.4 Nach der neuen, am 30. November 2017 begründeten Praxis ist das sog. strukturierte Beweisverfahren gemäss BGE 141 V 281 grundsätzlich auf sämtliche psychischen Erkrankungen anzuwenden (BGE 143 V 418 E. 7.2 S. 429 sowie 143 V 409 E. 4.5.2 S. 416 f.). Dabei beurteilt sich die Frage, ob ein Leiden zu einer ganzen oder teilweisen Arbeitsunfähigkeit führt, nach einem strukturierten, normativen Prüfungsraster. Anhand eines Kataloges von Indikatoren erfolgt eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des ■ unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits ■ tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens (BGE 141 V 281 E. 3.6 S. 294 f.). Ein strukturiertes Beweisverfahren ist jedoch dort entbehrlich, wo im Rahmen beweiswertiger fachärztlicher Berichte eine Arbeitsunfähigkeit in nachvollziehbar begründeter Weise verneint wird und allfälligen gegenteiligen Einschätzungen mangels fachärztlicher Qualifikation oder aus anderen Gründen kein Beweiswert beigemessen werden kann (s. BGE 143 V 418 E. 7.1 S. 429). Dies ist hier der Fall, nachdem Dr. med. C.\_\_\_\_ ein Leiden mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit in nachvollziehbarer Weise ausgeschlossen hat und die Berichte der behandelnden Ärzte daran keine Zweifel zu erwecken vermögen. Ausserdem wäre es ohnehin fraglich, ob bei einer Indikatorenprüfung eine Arbeitsunfähigkeit zu bejahen wäre, wenn man z.B. die Malcompliance bei der Medikamenteneinnahme bedenkt.

3.5 Zusammenfassend ist auf das Gutachten von Dr. med. C.\_\_\_\_ abzustellen und mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer in der Lage ist, jede Tätigkeit ohne Einschränkung der Arbeitsfähigkeit auszuüben. Vor diesem Hintergrund besteht ■ ohne dass ein Einkommensvergleich durchgeführt werden muss ■ keine Invalidität und folglich auch kein Anspruch auf eine Invalidenrente resp. berufliche Massnahmen. Die Beschwerde stellt sich damit als unbegründet heraus und ist abzuweisen.

3.6 Dem Begehren des Vertreters, das Urteil sei durch Publikation im Amtsblatt zu eröffnen, kann nicht entsprochen werden. Wohl ist der Aufenthaltsort des Beschwerdeführers unbekannt. Ist aber eine Partei wie hier vertreten, so muss ein Entscheid dieser Vertretung zugestellt werden (Art. 137 Schweizerische Zivilprozessordnung / ZPO, SR 272). Weiter ist darauf hinzuweisen, dass der bestellte Rechtsbeistand das Mandat grundsätzlich bis zum Prozessende zu führen hat (Viktor Rüegg / Michael Rüegg in: Karl Spühler / Luca Tenchio / Dominik Infanger, Basler Kommentar, Schweizerische Zivilprozessordnung, 3. Aufl., Basel 2017, Art. 118 N 15), wozu auch die Entgegennahme des vorliegenden Urteils gehört. Gründe, welche eine Entbindung des Vertreters von seinem Mandat gebieten würden, sind keine ersichtlich; der Umstand, dass der Beschwerdeführer nicht mehr erreichbar ist, gebietet im Gegenteil, dass der Vertreter das Urteil für ihn entgegen nimmt.

#### **E. 4**

4.1 Bei diesem Verfahrensausgang steht dem Beschwerdeführer keine Parteientschädigung zu.

Die Beschwerdegegnerin hat als mit öffentlich-rechtlichen Aufgaben betraute Organisation ■ abgesehen von hier nicht interessierenden Ausnahmen ■ keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (vgl. etwa BGE 128 V 133 E. 5b, 126 V 150 E. 4a).

4.2 Dem Beschwerdeführer ist ab Prozessbeginn ein unentgeltlicher Rechtsbeistand bestellt worden. Da er unterlegen ist, entschädigt der Kanton diesen Rechtsbeistand angemessen (Art. 122 Abs. 1 lit a ZPO). Das Gericht setzt die Kostenforderung des Rechtsbeistands fest, wobei der Stundenansatz CHF 180.00 beträgt (§ 160 Abs. 3 i.V.m. § 161 Gebührentarif / GT, BGS 615.11).

Die beiden vom Vertreter eingereichten Kostennoten (A.S. 69 ff. / 82 f.) weisen einen Zeitaufwand von insgesamt 14,47 Stunden aus. Darin ist jedoch reiner Kanzleiaufwand enthalten, der im Stundenansatz eines Anwaltes bereits inbegriffen und nicht separat zu vergüten ist. Zu streichen sind deshalb folgende Positionen:

Anzurechnen ist folglich ein Aufwand von insgesamt 9,92 Stunden (8,76 Stunden bis 31. Dezember 2017 und 1,16 Stunden ab 1. Januar 2018). Daraus ergibt sich mit dem Stundenansatz von CHF 180.00 eine Entschädigung von CHF 1'785.60 (1'576.80 + 208.80).

Was die Auslagen über insgesamt CHF 186.90 betrifft, so sind die 89 Kopien pro Stück nur mit CHF 0.50 zu vergüten (§ 160 Abs. 5 i.V.m. § 161 GT) und nicht mit CHF 1.00, wie in der Kostennote geltend gemacht wird. Die Auslagen reduzieren sich so auf CHF 142.40 (CHF 124.80 bis 31. Dezember 2017 und CHF 17.60 ab 1. Januar 2018).

Einschliesslich CHF 154.25 Mehrwertsteuer (8 % / CHF 136.15 bis 31. Dezember 2017 resp. 7,7 % / CHF 18.10 ab 1. Januar 2018) beläuft sich die armenrechtliche Entschädigung demnach auf total CHF 2'082.25. Diese Summe ist zahlbar durch die Zentrale Gerichtskasse des Kantons Solothurn. Vorbehalten bleiben der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren sowie der Nachzahlungsanspruch des unentgeltlichen Rechtsbeistandes im Umfang von CHF 742.10 (Differenz zum vollen Honorar von CHF 2'824.35), wenn der Beschwerdeführer zur Nachzahlung in der Lage ist (§ 123 ZPO). Zum Nachzahlungsanspruch des unentgeltlichen Rechtsbeistandes ist anzufügen, dass die Honorarvereinbarung zwischen dem Beschwerdeführer und seinem Vertreter vom 25. April / 3. Mai 2016 (A.S. 73) einen Stundenansatz von CHF 250.00 vorsieht

5. Bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder Verweigerung von Leistungen der Invalidenversicherung ist das Beschwerdeverfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1bisIVG). Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 bis 1'000.00 festgelegt.

Im vorliegenden Fall hat der unterlegene Beschwerdeführer die Verfahrenskosten von CHF 800.00 zu bezahlen, die jedoch infolge Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege im Kostenpunkt ab Prozessbeginn durch den Kanton Solothurn zu übernehmen sind (Art. 122 Abs. 1 lit. b ZPO). Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren, wenn der Beschwerdeführer zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

Demnach wird erkannt:

Rechtsmittel

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

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Die Vizepräsidentin	Der Gerichtsschreiber
Weber-Probst	Haldemann

## **E. 5**

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

## **E. 6**

Alles unter Kosten- und Entschädigungsfolge zu Lasten der Beschwerdegegnerin. Die Begründung der Beschwerde wird mit Eingabe vom 1. Juni 2016 ergänzt (A.S. 13 f.). 2.2 Die Beschwerdegegnerin beantragt mit Beschwerdeantwort vom 27. Juni 2016 die Abweisung der Beschwerde (A.S. 32 f.). Die Vizepräsidentin des Versicherungsgerichts gewährt dem Beschwerdeführer mit Verfügung vom 30. Juni 2016 ab Prozessbeginn die unentgeltliche Rechtspflege mit Rechtsanwalt Claude Wyssmann als unentgeltlichem Rechtsbeistand (A.S. 34). 2.3 Mit Replik vom 22. September 2016 (A.S. 43 ff.) lässt der Beschwerdeführer vier Urkunden einreichen und beantragen, das Beschwerdeverfahren sei zu sistieren, bis die Empfehlung der Beauftragten für Information und Datenschutz des Kantons Solothurn betreffend das Begutachtungsinstitut B.\_\_\_\_ und damit auch Dr. med. C.\_\_\_\_ und dessen Begutachtungsergebnisse vorliege. Weiter lässt der Beschwerdeführer am 13. und 17. Oktober 2016 drei E-Mail-Nachrichten einreichen (A.S. 51 ff.). Die Beschwerdegegnerin wiederum begehrt am 26. Oktober 2016 die Abweisung des Sistierungsantrags (A.S. 56). Die Vizepräsidentin lehnt es sodann mit Verfügung vom 4. November 2016 ab, das Verfahren zu sistieren (A.S. 59 f.). Der Vertreter des

Beschwerdeführers reicht am 24. Januar 2017 eine weitere Urkunde sowie eine Kostennote ein (A.S. 67 ff.). Ausserdem beantragt er, das Beschwerdeverfahren sei zu sistieren, bis die Beschwerdegegnerin die Ergebnisse der Gutachtertätigkeit von Dr. med. C.\_\_\_\_ herausgegeben habe. Die Vizepräsidentin weist dieses Gesuch mit Verfügung vom 26. Januar 2017 ab (A.S. 74). Mit Verfügung vom 19. März 2018 (A.S. 77 f.) setzt die Vizepräsidentin die begehrte Verhandlung vor dem Versicherungsgericht auf den 3. September 2018 an. Den Antrag des Beschwerdeführers auf eine Parteibefragung weist sie ab. 2.4 Der Vertreter des Beschwerdeführers zieht den Antrag auf Durchführung einer öffentlichen Verhandlung am 3. September 2018 zurück (A.S. 80), womit die angesetzte Verhandlung vor dem Versicherungsgericht entfällt. Der Vertreter erklärt weiter, der Aufenthaltsort des Beschwerdeführers sei unbekannt, weshalb das Urteil mittels amtlicher Publikation zu eröffnen sei. Am 4. September 2018 reicht der Vertreter des Beschwerdeführers eine ergänzende Kostennote ein (A.S. 81 ff.). II. 1. Die Sachurteilsvoraussetzungen (zulässiges Anfechtungsobjekt, Einhaltung von Frist und Form, örtliche, sachliche und funktionelle Zuständigkeit des angerufenen Gerichts, Legitimation) sind erfüllt. Auf die Beschwerde ist daher einzutreten. Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf eine Rente sowie auf berufliche Massnahmen. Bei der Beurteilung des Falles ist grundsätzlich auf den Sachverhalt abzustellen, der bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung am 16. März 2016 eingetreten ist (BGE 121 V 362 E. 1b S. 366).

2. 2.1 In zeitlicher Hinsicht sind – vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen – grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 132 V 215 E. 3.1.1 S. 220). Im vorliegenden Fall steht die Anspruchsberechtigung frühestens ab 2014 zur Debatte (s. E. II. 2.2 hiernach). Somit ist die Rechtslage ab 1. Januar 2012, nach der 6. IV-Revision, massgebend.

2.2 Als Invalidität gilt die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit andauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts / ATSG, SR 830.1). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 Bundesgesetz über die Invalidenversicherung / IVG, SR 831.20). Für die Beurteilung der Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die aus objektiver Sicht nicht überwindbaren Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen (Art. 7 Abs. 2 ATSG). Anspruch auf eine Rente haben Versicherte, die (s. Art. 28 Abs. 1 IVG): a) ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können, b) während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig gewesen sind, und c) nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid sind. Arbeitsunfähigkeit ist die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten (Art. 6 ATSG). Das Wartejahr gilt als eröffnet, sobald eine solche Arbeitsunfähigkeit von mindestens 20 % eingetreten ist (Ulrich Meyer / Marco Reichmuth, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 3. Aufl., Zürich / Basel / Genf 2014, Art. 28 N 32). Angesichts der geltend gemachten vollständigen Arbeitsunfähigkeit ab November 2013 (IV-Nr. 5 S. 3 Ziff. 4.4) würde das Wartejahr im vorliegenden Fall im November 2014 enden. Der Rentenanspruch wiederum entsteht – sofern die entsprechenden Anspruchsvoraussetzungen gegeben sind – frühestens sechs Monate nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs im Sinne von Art. 29 Abs. 1 ATSG (s. Art. 29 Abs. 1 IVG), hier also, mit der Anmeldung vom 10. April 2014, im Oktober 2014. Dies hat aber, da die

Wartezeit erst im folgenden Monat abläuft, keine eigenständige Bedeutung. Bei einem Invaliditätsgrad ab 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, ab 50 % auf eine halbe Rente, ab 60 % auf eine Dreiviertelsrente sowie ab 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG). Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen) in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen, Art. 16 ATSG). Beim Einkommensvergleich werden in der Regel die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt. Soweit die fraglichen Erwerbseinkommen ziffernmässig nicht genau ermittelt werden können, sind sie nach Massgabe der Umstände im Einzelfall zu schätzen und die so gewonnenen Annäherungswerte miteinander zu vergleichen (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs, s. BGE 128 V 29 E. 1 S. 30).

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

sprechen (BGE 137 V 210 E. 2.2.2 S. 232, 125 V 351 E. 3b/bb S. 353). Andererseits ist der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Ärzte im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen mitunter eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b/cc S. 353).

2.4 Im Sozialversicherungsverfahren gilt der Untersuchungsgrundsatz, d.h. die Verwaltung resp. das Gericht haben von sich aus für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen (Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c ATSG). Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht. Der Grundsatz gilt jedoch nicht uneingeschränkt, sondern wird durch die Mitwirkungspflichten des Versicherten relativiert (BGE 125 V 193 E. 2 S. 195, 122 V 157 E. 1a S. 158). Ein Teilgehalt der Mitwirkungspflicht besteht in der Teilnahme am Beweisverfahren (Ueli Kieser, Kommentar zum ATSG, 3. Aufl., Zürich 2015, Art. 43 N 86). Der Untersuchungsgrundsatz schliesst die Beweislast im Sinne einer Beweisführungslast begriffsnotwendig aus. Die Parteien tragen mithin im Sozialversicherungsverfahren in der Regel eine Beweislast nur insofern, als im Falle der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Diese Beweisregel greift allerdings erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes auf dem Wege der Beweiserhebung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 117 V 261 E. 3b S. 264). Führen die von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen die Verwaltung oder das Gericht bei pflichtgemässer Beweiswürdigung zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich zu betrachten und es könnten weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, so ist auf die Abnahme weiterer Beweise zu verzichten. Gleiches gilt, wenn der Sachverhalt, den eine Partei beweisen will, nicht rechtserheblich erscheint (BGE 126 V 353 E. 5b S. 360, 125 V 193 E. 2 S. 195, 122 V 157 E. 1d S. 162). In einer solchen antizipierten Beweiswürdigung liegt kein Verstoß gegen das verfassungsmässig gewährleistete rechtliche Gehör (BGE 134 I 140 E. 5.3 S. 148, 124 V 90 E. 4b S. 94). Bleiben jedoch erhebliche Zweifel an der Vollständigkeit und / oder der Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellung bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteil des Bundesgerichts 9C\_407/2015 vom 22. April 2016 E. 3.1).

3. 3.1 Der Beschwerdeführer begann zunächst eine Lehre als Detailhandelsfachmann, brach diese aber nach anderthalb Jahren ab. Er war in diversen Branchen (u.a. Metallbau und Schausteller) temporär tätig, bevor er im August 2012 eine neue Lehre als Restaurationsfachmann im Hotel [...] antrat. Diese Ausbildung wurde im August 2013 vorzeitig beendet (gemäss Beschwerdeführer aus gesundheitlichen Gründen, gemäss Lehrbetrieb, weil er straffällig geworden war). In der Folge war der Beschwerdeführer nicht mehr erwerbstätig (IV-Nr. 3 S. 1 f. / Nr. 5 S. 4 / Nr. 8 S. 7). Vom 14. bis 28. November 2013 war der Beschwerdeführer wegen einer akuten suizidalen Krise bei mittelgradiger depressiver Episode (F32.1) und Verdacht auf Persönlichkeitsakzentuierung bei den D.\_\_\_\_ hospitalisiert. Die Entlassung erfolgte bei fehlender Selbst- und Fremdgefährdung in stabilem Zustand (IV-Nr. 17 S. 6). Der Bericht vom 11. November 2014 (IV-Nr. 17) bescheinigte für den Klinikaufenthalt eine vollständige Arbeitsunfähigkeit (S. 1), während er für die Folgezeit festhielt, dass bei suffizienter antidepressiver Behandlung keine signifikante Leistungseinschränkung bestehe (S. 4). Dr. med. E.\_\_\_\_, Arzt für Psychiatrie

und Psychotherapie FMH, stellte in seinem Bericht vom 1. Dezember 2014 (IV-Nr. 18 S. 2 ff.) folgende Diagnosen: A) Mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: · bipolare affektive Störung, gegenwärtig hypomanische Episode mit psychotischen Symptomen (F31.0), seit 2. Oktober 2014 B) Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: · Hypertonie · Migräne In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit sei der Beschwerdeführer vom 14. April bis 5. Oktober 2014 zu 50 % arbeitsunfähig gewesen und ab 6. Oktober 2014 zu 100 %. Die Behandlung laufe seit dem 14. Juli 2014. Der Beschwerdeführer sei mit acht Jahren mit seiner Mutter zu deren neuen Ehemann gezogen. Dieser und die Mutter seien Alkoholiker gewesen und hätten den Beschwerdeführer oft geschlagen. Damals hätten dessen Halluzinationen angefangen, welche trotz antipsychotischer Medikation bis heute anhielten. Der Beschwerdeführer habe an verschiedenen Orten gewohnt, bei der Mutter, beim Vater, in Wohngemeinschaften, alleine, auf der Strasse etc. In der Schule und im Lehrlingshaus habe man ihn gemobbt. Der Beschwerdeführer habe vor der Hospitalisation mehrere Suizidversuche unternommen. Heute wohne er betreut und arbeite in einem geschützten Arbeitsprogramm, wo es manchmal Streitereien mit den Arbeitskollegen gebe. Im Februar 2014, seit der Beschwerdeführer alleine in der neuen Wohnung sei, hätten Panikattacken angefangen. Geklagt würden weiter Angstzustände, Mobbing-Erlebnisse, Jähzorn, innere Unruhe, depressive Verstimmung, Stimmungsschwankungen und fehlendes Gefühl für sich selbst. Was die Befunde angehe, so seien Konzentration und Aufmerksamkeit leicht beeinträchtigt. Die Erinnerungsfunktion scheine unbeeinträchtigt. Das formale und inhaltliche Denken sei strukturiert und kohärent, teilweise fixiert auf die Traumageschichte. Der Beschwerdeführer stottere und habe Ausspracheschwierigkeiten, unter Stress verstehe man ihn fast nicht. In Angst-, Stress- und Krisenzeiten tauchten Sinnestäuschungen auf oder würden stärker; der Beschwerdeführer habe ein Gefühl, dass er beobachtet werde, zudem sehe und höre er Sachen, die es in Wirklichkeit nicht gebe. In Zeiten starker emotionaler Herausforderung entwickle er regelmässig Suizidgedanken und müsse intensiv in seiner Wohnung betreut werden. Affektiv sei er nur begrenzt zugänglich, erscheine jedoch gleichzeitig sensitiv / sensibel. Der Beschwerdeführer nehme Cypralex (10 mg 1-0-0-0), Temesta (1 mg bei Bedarf), Abilify und Seroquel (200 mg XR, 0-0-2-0). Psychotherapeutisch und psychiatrisch sei das Ziel, dass der Beschwerdeführer zumindest stabil bleibe. Bedingung für die Beschäftigung in einem geschützten Rahmen sei ein positives und betreutes Arbeitsklima. Zeige das Arbeitsumfeld kein Verständnis oder sei kompetitiv, scheitere der Beschwerdeführer regelmässig. Im Moment sei er zu 100 % arbeitsunfähig; es sei am Arbeitsplatz unter Druck zu aggressiven Verhaltensweisen und emotionaler Destabilisierung gekommen, die erst wieder aufgefangen werden müssten. In dieser Situation seien Halluzinationen aufgetreten und tiefgreifende Ängste hätten zugenommen. Der Patient sei paranoid-misstrauisch geworden und habe das Gefühl gehabt, alle seien gegen ihn. Eine Arbeitsfähigkeit von 50 % im geschützten Rahmen könne langfristig in Betracht gezogen werden, sei aber bis auf weiteres noch kein Thema. Ein Arbeitsplatz auf dem primären Arbeitsmarkt komme nicht in Frage. Andere Tätigkeiten seien ebenfalls nicht möglich. Der Beschwerdeführer habe keinerlei Durchhaltevermögen und fühle sich sofort unter Druck gesetzt, sobald Anforderungen auftauchten. 3.2 Dem Gutachten von Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 14. Juli 2015 (IV-Nr. 24.1) lassen sich folgende Diagnosen entnehmen (S. 8): A) Mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit: · Keine B) Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit: · Status nach mittelgradiger depressiver Episode (F32.1) · Verdacht auf Simulation (Z76.5) Bei der Untersuchung vom 7. Juli 2015, welche 75 Minuten dauerte, gab der Beschwerdeführer an,

nach einem Suizidversuch sei er 2013 in die Psychiatrische Klinik [...] eingewiesen und mit Antidepressiva behandelt worden. Er lebe jetzt im Rahmen des betreuten Wohnens in einer 1-Zimmer-Wohnung und befinde sich in der Praxis von Dr. med. E.\_\_\_\_ in ambulanter psychiatrischer Behandlung. Er nehme regelmässig 600 mg Seroquel ein. Die Dosis sei vor wenigen Wochen erhöht worden, da er vermehrt unter Stimmen gelitten habe. Er habe seit Kindheit Halluzinationen; bereits als Achtjähriger habe er auf einem Dach Wölfe gesehen, nachdem ihm sein Vater von einer TV-Sendung erzählt habe, in der Wölfe Menschen angegriffen hätten. Danach habe er immer wieder Tiere gesehen, die nicht vorhanden gewesen seien. Später habe er Stimmen gehört. Vor allem während seiner zweiten Lehre hätten ihn diese kritisiert und heruntergemacht. Man habe ihn an diesem Ort schlecht behandelt und er habe sich ausgenützt gefühlt. Als ihm nach zwei Jahren gekündigt worden sei, habe ihm eine Stimme befohlen, im Lehrbetrieb zu stehlen, worauf er einen Tresor entfernt habe. Die Stimmen würden ihm auch mitteilen, dass seine Freundin ihn betrüge. Einmal hätten sie ihm gesagt, er solle ein Skalpell nach einem Kollegen werfen, der ihn gehänselt habe; dieser sei zum Glück unverletzt geblieben. Die Halluzinationen hätten sich unter Seroquel weitgehend zurückgebildet und die Stimmen seien deutlich in den Hintergrund getreten. Er leide weiter unter Gefühlsblockaden. Seit Jahren verspüre er kaum Gefühle. Er ziehe sich dann zurück und halte sich in der Wohnung auf (S. 4). 2013 habe er sich bei einem Selbstmordversuch zwei Säcke über den Kopf gestülpt, sich dann aber wegen der Atemnot befreit. Ein anderes Mal habe er versucht, sich durch tagelangen Verzicht auf Flüssigkeit umzubringen. Im November 2013 sei ihm die Idee gekommen, sich unter einen Zug zu werfen. Er habe seinen Angehörigen Abschiedsbriefe verteilt, worauf seine Schwester ihm zum Klinikeintritt geraten habe (S. 5). Die Eltern hätten sich getrennt, als er sieben Jahre alt gewesen sei. Die Mutter habe nach der Scheidung massiv Alkohol konsumiert. Die Beziehung zu ihr habe sich schwierig gestaltet. Sie sei aggressiv gewesen, habe ihn kritisiert und immer wieder geschlagen. Die Beziehung zum Vater sei besser gewesen, doch dieser habe eine neue Freundin gefunden und dann nur noch wenig Interesse an den Kindern gehabt. Mit der Mutter habe er keinen Kontakt mehr, mit dem Vater und den Schwestern noch gelegentlich (S. 5). Die erste Klasse habe er wegen starken Stotterns wiederholen müssen. Er sei ein Aussenseiter gewesen und habe keine Freunde gefunden. Nach Schulabschluss habe er eine Lehre als Detailhandelsangestellter angetreten. Er sei jedoch oft an Partys gewesen, habe die Schule nicht regelmässig besucht und die Kündigung erhalten. Bei der zweiten Lehre als Servicefachangestellter sei er kritisiert und ausgenützt worden; nach zwei Jahren habe man ihm ebenfalls gekündigt. Zwischen den beiden Lehrstellen habe er einige Aushilfsjobs gehabt, ansonsten aber nie gearbeitet. Seit Dezember 2014 sei er in einer geschützten Werkstätte, zurzeit in einem Halbtagspensum in der Töpferei. Diese Tätigkeit gefalle ihm, es herrsche kein Arbeitsdruck und er habe einen guten Kontakt zu den Kollegen. Er lebe alleine in einer 1-Zimmer-Wohnung und werde vom Sozialamt unterstützt. Seit März 2014 sei er mit seiner 32jährigen Freundin zusammen, welche arbeitslos sei und in [...] lebe. In der Beziehung gebe es immer wieder Phasen, in denen er nichts für die Freundin empfinden könne. Er nehme um 20:00 Uhr die Medikamente ein, gehe um 22:00 Uhr zu Bett und stehe zwischen 8:00 und 10:00 Uhr auf. Seit er so viele Medikamente nehme, schlafe er sehr viel. Auch tagsüber sei er oft müde. Nach dem Aufstehen trinke er einen Kaffee, lese die Zeitung im Internet und erledige die Morgentoilette. Den Haushalt führe er selbständig, wobei er nur selten koche. Von 13:00 bis 16:30 Uhr arbeite er. Früher habe er Faustball gespielt, dies könne er seit längerer Zeit nicht mehr machen. In seiner Freizeit unternehme er Spaziergänge oder gehe schwimmen.

Meistens sei er jedoch zuhause, sehe fern oder lese (S. 6). Er habe kaum Kollegen und lebe zurückgezogen. Vorerst wolle er in der geschützten Werkstätte bleiben. Eine berufliche Ausbildung oder mehr als eine Halbtagsarbeit könne er sich nicht vorstellen. Er sei nicht belastbar (S. 7). Als Befund hielt der Experte fest, der Beschwerdeführer mache einen gepflegten Eindruck, sei freundlich und kooperativ. Mimik und Gestik seien unauffällig, der affektive Kontakt gut. Wenn der Beschwerdeführer über seine Lebensgeschichte, seine jetzige Situation und die beruflichen Zukunftsperspektiven berichte, wirke er distanziert. Manische Phasen würden auf Nachfrage hin verneint, jedoch optische Halluzinationen und Stimmenhören erwähnt. Der Beschwerdeführer sei bewusstseinsklar und allseits orientiert. Er drücke sich differenziert aus. Die in der Untersuchung gemachten Beobachtungen wiesen auf durchschnittliche Intelligenzleistungen hin. Der Beschwerdeführer zeige während des ganzen Gesprächs nie Zeichen einer Konzentrationsschwäche. Merkfähigkeit und Gedächtnisleistungen seien intakt. Das Denken sei geordnet und nicht eingengt. Der Beschwerdeführer zeige kein Gedankenabreissen, keine Neologismen, keine Gedankenleere, keine überwertigen Ideen, keine Wahnvorstellungen sowie keine Anhaltspunkte für illusionäre Verkennungen, akustische, optische, olfaktorische oder taktile Halluzinationen. Er habe einen guten Bezug zur Realität und zu seiner Person. Gegenüber der Umgebung könne er sich klar abgrenzen; Gedankenausbreitung oder Fremdbeeinflussungserlebnisse seien nicht vorhanden. Der Beschwerdeführer äussere keine Zwangsgedanken, Hinweise auf Zwangshandlungen seien nicht vorhanden. Er berichtete weder über Ängste noch Phobien. Aus seinen Schilderungen ergäben sich keine Hinweise auf Veränderungen der Stimmung und des Antriebes im Laufe des Tages. Er erwähne keinen Lebensverleider oder Suizidgedanken (S. 7). Nach seinen eigenen Angaben werde der Beschwerdeführer mit einem hochdosierten Neuroleptikum behandelt; tatsächlich nehme er die verordneten Psychopharmaka aber gar nicht ein, wie die durchgeführten Blutuntersuchungen (s. dazu S. 8) bewiesen. Der Beschwerdeführer mache also im Rahmen der psychiatrischen Untersuchung bewusst falsche Angaben, weshalb alle seine Aussagen mit grosser Vorsicht zu geniessen seien. So habe der Beschwerdeführer z.B. bei seinem Aufenthalt in der psychiatrischen Klinik weder Stimmenhören noch Halluzinationen erwähnt. Gemäss seinen Angaben habe er wenig Zugang zu seinen Gefühlen und leide unter einer Affektstarre. Dennoch falle auf, dass sich der Beschwerdeführer Anfang 2014 aktiv bemüht habe, via Internet eine Freundin kennenzulernen. Seither unterhalte er eine gute Beziehung und treffe sich regelmässig mit dieser Frau. Ein solches Verhalten sei eher untypisch für einen Menschen, der an einer schizophrenen Störung leide. Bei der psychiatrischen Untersuchung sei der Beschwerdeführer affektiv gut spürbar. Er zeige weder Denk- noch Affektstörungen. Seine Psychomotorik sei unauffällig. Auch dies entspreche nicht dem psychopathologischen Befund einer schizophrenen Störung. Wenn der Beschwerdeführer berichte, eine Stimme habe ihm befohlen, den Tresor in seinem Lehrbetrieb zu entwenden, so sei es eher ungewöhnlich und entspreche nicht der klinischen Erfahrung, dass schizophrene Menschen sich bereichern wollen, weil eine Stimme ihnen dies befehle. Die diagnostische Einschätzung sei also sehr schwierig. Da der Beschwerdeführer bei der Untersuchung bewusst Falschangaben gemacht habe, seien seine anamnestischen Angaben eigentlich nicht verwertbar. Die erste Lehrstelle habe er verloren, weil er lieber an Partys gegangen sei, als sich für die Schule vorzubereiten. Ein solches Verhalten sei untypisch für Menschen, die an einer Psychose litten, da sich diese meistens von sozialen Kontakten zurückzögen. Bei der zweiten Lehrstelle habe sich der Beschwerdeführer diskriminiert gefühlt und einen Diebstahl begangen; von einer Krankheit

sei nichts bekannt gewesen. Es fänden sich auch keine Hinweise auf eine manisch-depressive Störung, gebe der Beschwerdeführer doch an, er sei noch nie angetrieben oder überschwänglich gewesen sei und habe auch nie viel Geld ausgegeben etc. Vor diesem Hintergrund könne einzig die Diagnose eines Status nach mittelgradiger depressiver Episode gestellt werden (S. 9). Zurzeit seien keine depressiven Symptome vorhanden. Es bestehe auch ein gewisser Verdacht auf Simulation. Was die früheren ärztlichen Einschätzungen angehe, so habe der Beschwerdeführer bei den D.\_\_\_\_ nicht von psychotischen Symptomen berichtet. Die vom behandelnden Psychiaters erwähnten Ängste liessen sich nicht bestätigen; der Beschwerdeführer erwähne keine solchen, und er könne sich ausserhalb seiner Wohnung frei bewegen (S. 10). Im November und Dezember 2013 habe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bestanden. Ab Januar 2014 könne aus psychiatrischer Sicht keine Arbeitsunfähigkeit mehr attestiert werden. Es gelte in jeder beruflichen Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 100 % (S. 10). Medizinische oder berufliche Massnahmen seien nicht notwendig (S. 11).

### 3.3 Die delegierte Psychotherapeutin lic. phil. F.\_\_\_\_

hielt im Bericht vom 25. August 2015 (IV-Nr. 27) fest, der Beschwerdeführer werde seit dem 14. Juli 2014 in der Praxis von Dr. med. E.\_\_\_\_ behandelt. Er leide seit langem unter Suizidgedanken, Sinnestäuschungen (visuelle und auditive Halluzinationen) und Stimmungsschwankungen. Er lebe in einer betreuten Wohnsituation. Dank professioneller Bezugspersonen und der psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung sei inzwischen eine gewisse, aber fragile psychische Stabilität erreicht worden. Negative Kindheitserlebnisse hätten den Beschwerdeführer frühzeitig traumatisiert. Er sei zuhause geschlagen, in der Schule gehänselt und gemobbt sowie zwischen den Eltern hin- und hergeschoben worden. Es habe sich eine tiefgreifende Beziehungs- und Bindungsstörung entwickelt. Die Bindungsangst aktiviere negative Beziehungsschemata. Dies zeige sich in der problematischen (Fern-) Beziehung zur Freundin. Gleichzeitig träume der Beschwerdeführer davon, mit ihr ein normales Leben zu führen, was sich jedoch nicht mit dem erlernten Beziehungs- und Bindungsverhalten decke. Ausserdem blende der Beschwerdeführer vieles einfach aus, etwa, dass die Freundin unter der Woche zusammen mit ihrem Ex-Freund lebe. Er «vergesse» auch immer wieder, dass er nachts Angst und sogar Panikattacken habe und sich ausspioniert fühle, sobald er in einer Beziehung stehe. Auf Grund seiner Persönlichkeitsstörung habe der Beschwerdeführer nicht gelernt, eine vernünftige Lösung zu verfolgen und reagiere oft impulsiv-aggressiv. So sei es zu Suizidversuchen oder Affekthandlungen gegenüber Dritten (z.B. Messerwurf nach einem Kollegen) gekommen. Zustände mit wenig Energie, Rückzug und frustrierender Stimmungslage wechselten ab mit Phasen, in denen der Beschwerdeführer in den erwähnten Träumen verharre und sich dabei wohl fühle. In Stresssituationen neige er dazu, die ihn immer wieder begleitenden Suizidgedanken in die Realität umzusetzen, was bereits fünf Mal passiert sei. Gehe es ihm schlecht, so sei das gut sichtbar, er wirke dann besonders blass, sei erstaunlich ruhig, bleibe affektiv unzugänglich, wirke demotiviert und hege konkrete Selbstmordpläne. Termine würden mehrheitlich eingehalten, auch wenn dies eine grosse Herausforderung darstelle. Der Schwerpunkt der Behandlung liege auf der «Normalisierung» des Alltags und der Wochenenden, um Stabilität erreichen. Der Beschwerdeführer besitze ein sehr geringes Selbstwertgefühl. Selbstzweifel, Schuld- und Insuffizienzgefühle, Ängste und impulsive Reaktionen sowie ein ausgeprägtes Vermeidungsverhalten prägten das Störungsbild. Im Verlauf der Psychotherapie habe die depressive Symptomatik leicht reduziert werden können. Was den ärztlichen Befund angehe, so trete der Beschwerdeführer unsicher auf. Mimik und Gestik seien leicht

verlangsamt und schwächlich wirkend. Der affektive Rapport sei eingeschränkt. Es seien Halluzinationen (visuell und auditiv) und Wahn (Verfolgungswahn) zu vermerken. Der Beschwerdeführer zeige eine depressive Symptomatik mit Rückzug, Konzentrations-, Antriebs- und Lustlosigkeit. Er wirke entmutigt und verunsichert. Den Verdacht auf Simulation weise man als unbegründet zurück. Der Beschwerdeführer leide unter einer kombinierten Persönlichkeitsstörung mit auffälliger Dysfunktionalität in Beziehungen und bei Bindungen. Ausserdem fehle ihm auf Grund seiner katastrophalen Lebensgeschichte jede lebenspraktische Effektivität. Dr. med. G.\_\_\_\_, Fachärztin für Allg. Medizin beim Regionalen Ärztlichen Dienst der Invalidenversicherung (RAD), hielt in ihrer Stellungnahme vom 19. Oktober 2015 (IV-Nr. 29 S. 2 f.) dafür, es sei auf das Gutachten von Dr. med. C.\_\_\_\_ abzustellen. 3.4 Die Beschwerdegegnerin stellte bei der Abweisung des Leistungsbegehrens zu Recht auf das Gutachten von Dr. med. C.\_\_\_\_ ab. Dieses entspricht den Anforderungen der Rechtsprechung und geniesst vollen Beweiswert, stammt es doch von einem unabhängigen Facharzt, welcher die Vorakten studiert, den Beschwerdeführer sorgfältig untersucht und seine Einschätzung schlüssig begründet hat. Dr. med. C.\_\_\_\_ stützt sich, wie es für eine beweiskräftige psychiatrische Begutachtung praxisgemäss verlangt wird, auf die Ergebnisse seiner klinischen Untersuchung mit Erfassung der Symptome und Verhaltensbeobachtung (Urteil des Bundesgerichts 8C\_756/2016 vom 29. Dezember 2016 E. 3.3.2). Seine Beurteilung, dass keine psychische Störung mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vorliegt, ist vor dem Hintergrund des unauffälligen Psychostatus nachvollziehbar. Namentlich wird überzeugend dargelegt, warum keine schizophrene oder bipolare Störung vorliegt. Die gegen das Gutachten erhobenen Einwände dringen nicht durch: 3.4.1 Vorab ist festzuhalten, dass keine konkreten Hinweise für die Behauptung vorliegen, Dr. med. C.\_\_\_\_ begutachte nicht ergebnisoffen. Darauf, dass sich die vom Beschwerdeführer verlangten statistischen Daten nicht für einen solchen Nachweis eignen, ist bereits in der Begründung zur Verfügung vom 4. November 2016 (A.S. 59 f.) eingegangen worden, woran vollumfänglich festzuhalten ist. Der Brief der Gutachterstelle B.\_\_\_\_ an die IV-Stelle des Kantons [...] vom 5. November 2015 (Beschwerdebeilage / BB-Nr. 5) ist hier von vornherein unerheblich, da Dr. med. C.\_\_\_\_ nicht zu den Unterzeichnern gehört. Das Schreiben an die IV-Stelle des Kantons [...] vom 30. November 2015 (BB-Nr. 6) hat er zwar mitunterzeichnet, und es geht darin um Kritik, die ein Rechtsanwalt H.\_\_\_\_ u.a. an Dr. med. C.\_\_\_\_ geübt hat. Dieses Schreiben bezieht sich indes weder auf den Fall des Beschwerdeführers noch nennt es ausdrücklich dessen Vertreter, sondern spricht nur von Rechtsanwalt H.\_\_\_\_ wie generell von «Geschädigtenanwälten». Der Beschwerdeführer hält zwar dafür, das Schreiben mache exemplarisch die negative Einstellung der Gutachterstelle B.\_\_\_\_ gegenüber Anwälten deutlich, welche Kritik an den Gutachten übten. Dem kann indes nicht gefolgt werden. Vom Inhalt her ist die Stellungnahme der Gutachterstelle vom 30. November 2015 durchaus sachlich, etwa wenn entgegnet wird, unterschiedliche Aussagen des Versicherten in den Teilgutachten bedeuteten keine Ungenauigkeit der Experten. Wohl ist der Tonfall des Schreibens gereizt. Dem kommt jedoch keine entscheidende Bedeutung zu. Einerseits handelt es sich bei der teils ungeschickten Wortwahl der Gutachterstelle um eine Stilfrage, zu der sich das Gericht nicht zu äussern hat (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_159/2014 vom 7. April 2014 E. 4.2.2). Keine der Formulierungen wie «populistisch» oder «sog. Geschädigtenanwälte» ist derartig despektierlich, dass eine Verwendung zwingend zum Schluss auf eine Befangenheit führen muss. Man vergleiche dazu den vorliegenden Sachverhalt mit dem Fall, in dem das Bundesgericht einen Gerichtsschreiber als befangen

ansah, weil er erklärt hatte, die Einreichung von Privatgutachten durch Versicherte sei «entschieden zu bekämpfen», und Versichertenanwälte pauschal als «ohne jegliche Moral» bezeichnete (Urteil 8C\_828/2010 vom 14. Juni 2011 E. 2.3.2). Andererseits reagierte die Gutachterstelle mit ihrem Schreiben auf die Kritik von Rechtsanwalt H.\_\_\_\_ (welche sich zwar nicht in den hiesigen Akten befindet, aber offenbar recht scharf ausgefallen ist), d.h. die Stellungnahme muss in diesem Zusammenhang gewürdigt werden. Insgesamt vermag das Schreiben vom 30. November 2015 keinen objektiven Anschein der Befangenheit des Mitunterzeichners Dr. med. C.\_\_\_\_ zu erwecken (vgl. dazu Urteil des Versicherungsgerichts des Kantons Solothurn VSBES.2015.290 vom 29. September 2016 E. II. 3.2). Die Neutralität des Experten lässt sich auch nicht deshalb anzweifeln, weil er von unwahren Angaben des Beschwerdeführers ausgeht. Diese Feststellung beruht auf dem Umstand, dass der Beschwerdeführer von einer hochdosierten Medikation sprach, die fraglichen Medikamente aber laut Blutuntersuchung nachweislich gar nicht einnahm. Dies spricht dafür, dass kein nennenswerter Leidensdruck und damit auch keine relevante psychische Erkrankung besteht (s. Urteil des Bundesgerichts 8C\_694/2009 vom 24. September 2009 E. 3.1). Es gehört zur Aufgabe des Gutachters, die Konsistenz der gemachten Angaben zu prüfen; allein daraus kann nicht der Anschein der Befangenheit abgeleitet werden (Urteil des Bundesgerichts 9C\_554/2015 vom 15. Dezember 2015 E. 3.2.1). 3.4.2 Der Hinweis auf abweichende Auffassungen behandelnder Ärzte genügt nicht, um ein Gutachten in Zweifel zu ziehen. Der Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-) Arztes sowie der Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten unterscheiden sich voneinander (s. Urteil des Bundesgerichts 9C\_248/2017 vom 15. Februar 2018 E. 6.2.1 mit Hinweisen). In diesem Zusammenhang gilt es auch die Erfahrungstatsache zu beachten, dass behandelnde Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 135 V 65 E. 4.5. S. 470). Zudem kann eine psychiatrische Exploration von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei erfolgen. Sie eröffnet dem begutachtenden Psychiater praktisch immer einen gewissen Spielraum, innerhalb dessen verschiedene medizinisch-psychiatrische Interpretationen möglich, zulässig und zu respektieren sind, sofern der Experte lege artis vorgegangen ist. Von einer psychiatrischen Administrativ- oder Gerichtsexpertise ist deshalb nur dann abzuweichen, wenn die behandelnden Ärzte objektiv feststellbare – also nicht rein der subjektiven Interpretation entspringende – Gesichtspunkte vorbringen, die geeignet sind, zu einer abweichenden Beurteilung zu führen (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C\_260/2017 vom 24. November 2017 E. 5.2.2 und 9C\_190/2016 vom 20. Juni 2016 E. 4). Dies ist hier nicht der Fall: Aus dem Austrittsbericht der D.\_\_\_\_ (IV-Nr. 17) ergibt sich nichts zu Gunsten des Beschwerdeführers, bescheinigt er doch nur für den Klinikaufenthalt eine Arbeitsunfähigkeit und hält im Übrigen fest, bei ausreichender antidepressiver Behandlung bestehe keine Einschränkung der Leistungsfähigkeit. Dr. med. E.\_\_\_\_ diagnostizierte am 1. Dezember 2014 eine bipolare Störung (IV-Nr. 18 S. 2). Diese Diagnose verwarf Dr. med. C.\_\_\_\_ jedoch ausdrücklich, da hypomanische Episoden nach den eigenen Angaben des Beschwerdeführers fehlten. Dr. med. E.\_\_\_\_ erwähnt im Übrigen ebenfalls keine solchen Episoden, so dass mit Fug und Recht von einer Fehldiagnose gesprochen werden kann (so die RAD-Ärztin Dr. med. G.\_\_\_\_, IV-Nr. 29 S. 2). Der Einwand, der Experte hätte den Beschwerdeführer mehrmals untersuchen müssen, bevor er eine Persönlichkeitsstörung ausschliesse, geht fehl. Gemäss dem Klassifikationssystem ICD-10 handelt es sich bei einer bipolaren Störung (F31.-) nämlich gar nicht um eine Persönlichkeitsstörung (F60-69), sondern um eine affektive Störung (F30-F39). Im Bericht

von lic. phil. F. \_\_\_ (IV-Nr. 27), der am 25. August 2015 und damit nach der Begutachtung erging, ist von einer kombinierten Persönlichkeitsstörung, einer depressiven Symptomatik sowie Ängsten und Panikattacken die Rede. Diese Stellungnahme vermag aber nicht zu überzeugen. Eine präzise diagnostische Herleitung und Einordnung nach ICD-10 fehlt. Der Bericht geht nicht auf das Gutachten ein (abgesehen von der nicht näher begründeten Verneinung einer Simulation), lässt sich also nicht dazu verwenden, Dr. med. C. \_\_\_ methodische Fehler nachzuweisen. Andererseits wird auch nicht behauptet, der Zustand habe sich seit dem Gutachten verschlechtert; der Bericht vom 25. August 2015 geht vielmehr von einer seit Behandlungsbeginn am 14. Juli 2014 bestehenden Problematik aus, welche sich zu einem gewissen Grad stabilisiert habe. Aus der Tätigkeit in einer geschützten Werkstätte ergibt sich nichts für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit, denn es handelt sich nicht um eine konkret leistungsorientierte berufliche Abklärung (s. dazu Urteil des Bundesgerichts 8C\_48/2018 vom 27. Juni 2018 E. 4.3.1).

3.4.3 Der Einwand des Beschwerdeführers, Dr. med. C. \_\_\_ habe es versäumt, seine Lebensgeschichte zu erheben, ist unzutreffend. Einerseits waren dem Experten die Akten bekannt, namentlich auch die anamnestischen Feststellungen von Dr. med. E. \_\_\_ (IV-Nr. 24.1 S. 2). Andererseits befragte Dr. med. C. \_\_\_ den Beschwerdeführer auch zu dessen Vorgeschichte (IV-Nr. 24.1 S. 4 - 6). Ein Gutachter darf im Übrigen davon ausgehen, dass der Versicherte die wichtigen Lebensereignisse offen legt (Urteil des Bundesgerichts 8C\_725/2016 vom 9. Februar 2017 E. 5.2.4).

3.4.4 Nach der neuen, am 30. November 2017 begründeten Praxis ist das sog. strukturierte Beweisverfahren gemäss BGE 141 V 281 grundsätzlich auf sämtliche psychischen Erkrankungen anzuwenden (BGE 143 V 418 E. 7.2 S. 429 sowie 143 V 409 E. 4.5.2 S. 416 f.). Dabei beurteilt sich die Frage, ob ein Leiden zu einer ganzen oder teilweisen Arbeitsunfähigkeit führt, nach einem strukturierten, normativen Prüfungsraster. Anhand eines Kataloges von Indikatoren erfolgt eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens (BGE 141 V 281 E. 3.6 S. 294 f.). Ein strukturiertes Beweisverfahren ist jedoch dort entbehrlich, wo im Rahmen beweiswertiger fachärztlicher Berichte eine Arbeitsunfähigkeit in nachvollziehbar begründeter Weise verneint wird und allfälligen gegenteiligen Einschätzungen mangels fachärztlicher Qualifikation oder aus anderen Gründen kein Beweiswert beigemessen werden kann (s. BGE 143 V 418 E. 7.1 S. 429). Dies ist hier der Fall, nachdem Dr. med. C. \_\_\_ ein Leiden mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit in nachvollziehbarer Weise ausgeschlossen hat und die Berichte der behandelnden Ärzte daran keine Zweifel zu erwecken vermögen. Ausserdem wäre es ohnehin fraglich, ob bei einer Indikatorenprüfung eine Arbeitsunfähigkeit zu bejahen wäre, wenn man z.B. die Malcompliance bei der Medikamenteneinnahme bedenkt.

3.5 Zusammenfassend ist auf das Gutachten von Dr. med. C. \_\_\_ abzustellen und mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer in der Lage ist, jede Tätigkeit ohne Einschränkung der Arbeitsfähigkeit auszuüben. Vor diesem Hintergrund besteht – ohne dass ein Einkommensvergleich durchgeführt werden muss – keine Invalidität und folglich auch kein Anspruch auf eine Invalidenrente resp. berufliche Massnahmen. Die Beschwerde stellt sich damit als unbegründet heraus und ist abzuweisen.

3.6 Dem Begehren des Vertreters, das Urteil sei durch Publikation im Amtsblatt zu eröffnen, kann nicht entsprochen werden. Wohl ist der Aufenthaltsort des Beschwerdeführers unbekannt. Ist aber eine Partei wie hier vertreten, so muss ein Entscheid dieser Vertretung zugestellt werden (Art. 137 Schweizerische Zivilprozessordnung / ZPO,

SR 272). Weiter ist darauf hinzuweisen, dass der bestellte Rechtsbeistand das Mandat grundsätzlich bis zum Prozessende zu führen hat (Viktor Rüegg / Michael Rüegg in: Karl Spühler / Luca Tenchio / Dominik Infanger, Basler Kommentar, Schweizerische Zivilprozessordnung, 3. Aufl., Basel 2017, Art. 118 N 15), wozu auch die Entgegennahme des vorliegenden Urteils gehört. Gründe, welche eine Entbindung des Vertreters von seinem Mandat gebieten würden, sind keine ersichtlich; der Umstand, dass der Beschwerdeführer nicht mehr erreichbar ist, gebietet im Gegenteil, dass der Vertreter das Urteil für ihn entgegen nimmt.

4. 4.1 Bei diesem Verfahrensausgang steht dem Beschwerdeführer keine Parteientschädigung zu. Die Beschwerdegegnerin hat als mit öffentlich-rechtlichen Aufgaben betraute Organisation – abgesehen von hier nicht interessierenden Ausnahmen – keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (vgl. etwa BGE 128 V 133 E. 5b, 126 V 150 E. 4a).

4.2 Dem Beschwerdeführer ist ab Prozessbeginn ein unentgeltlicher Rechtsbeistand bestellt worden. Da er unterlegen ist, entschädigt der Kanton diesen Rechtsbeistand angemessen (Art. 122 Abs. 1 lit a ZPO). Das Gericht setzt die Kostenforderung des Rechtsbeistands fest, wobei der Stundenansatz CHF 180.00 beträgt (§ 160 Abs. 3 i.V.m. § 161 Gebührentarif / GT, BGS 615.11). Die beiden vom Vertreter eingereichten Kostennoten (A.S. 69 ff. / 82 f.) weisen einen Zeitaufwand von insgesamt 14,47 Stunden aus. Darin ist jedoch reiner Kanzleiaufwand enthalten, der im Stundenansatz eines Anwaltes bereits inbegriffen und nicht separat zu vergüten ist. Zu streichen sind deshalb folgende Positionen:

- Klientenbriefe («Brief an Klient»), bei denen mangels eindeutiger Bezeichnung praxisgemäss von Orientierungskopien u.ä. auszugehen ist (10 x 0,17 = 1,7 Stunden).
- Dasselbe gilt für die analogen Schreiben an die Sozialhilfebehörde (6 x 0,17 = 1,02 Stunden).
- Fristerstreckungsgesuche ohne besondere Begründung (3 x 0,25 + 1 x 0,33 = 1,08 Stunden; 22. August, 13. September und 5. Dezember 2016 sowie 12. Januar 2017).
- Mitteilung einer Adressänderung (13. Juni 2016 und 8. März 2017: 2 x 0,25 = 0,5 Stunden).
- Einreichung der Kostennote vom 4. September 2018 (0,25 Stunden).

Anzurechnen ist folglich ein Aufwand von insgesamt 9,92 Stunden (8,76 Stunden bis 31. Dezember 2017 und 1,16 Stunden ab 1. Januar 2018). Daraus ergibt sich mit dem Stundenansatz von CHF 180.00 eine Entschädigung von CHF 1'785.60 (1'576.80 + 208.80). Was die Auslagen über insgesamt CHF 186.90 betrifft, so sind die 89 Kopien pro Stück nur mit CHF 0.50 zu vergüten (§ 160 Abs. 5 i.V.m. § 161 GT) und nicht mit CHF 1.00, wie in der Kostennote geltend gemacht wird. Die Auslagen reduzieren sich so auf CHF 142.40 (CHF 124.80 bis 31. Dezember 2017 und CHF 17.60 ab 1. Januar 2018). Einschliesslich CHF 154.25 Mehrwertsteuer (8 % / CHF 136.15 bis 31. Dezember 2017 resp. 7,7 % / CHF 18.10 ab 1. Januar 2018) beläuft sich die armenrechtliche Entschädigung demnach auf total CHF 2'082.25. Diese Summe ist zahlbar durch die Zentrale Gerichtskasse des Kantons Solothurn. Vorbehalten bleiben der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren sowie der Nachzahlungsanspruch des unentgeltlichen Rechtsbeistandes im Umfang von CHF 742.10 (Differenz zum vollen Honorar von CHF 2'824.35), wenn der Beschwerdeführer zur Nachzahlung in der Lage ist (§ 123 ZPO). Zum Nachzahlungsanspruch des unentgeltlichen Rechtsbeistandes ist anzufügen, dass die Honorarvereinbarung zwischen dem Beschwerdeführer und seinem Vertreter vom 25. April / 3. Mai 2016 (A.S. 73) einen Stundenansatz von CHF 250.00 vorsieht.

Bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder Verweigerung von Leistungen der Invalidenversicherung ist das Beschwerdeverfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 bis

1'000.00 festgelegt. Im vorliegenden Fall hat der unterlegene Beschwerdeführer die Verfahrenskosten von CHF 800.00 zu bezahlen, die jedoch infolge Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege im Kostenpunkt ab Prozessbeginn durch den Kanton Solothurn zu übernehmen sind (Art. 122 Abs. 1 lit. b ZPO). Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren, wenn der Beschwerdeführer zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

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