

SO_GERICHTE VSBES.2016.246 vom 17. August 2016

SO Obergericht, 2016-08-17, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2016.246

FR: SO_GERICHTE VSBES.2016.246 du 17 août 2016

IT: SO_GERICHTE VSBES.2016.246 del 17 agosto 2016

Erwägungen

E. 1

1.1 A.____ (nachfolgend: Beschwerdeführer), geboren 1971, meldete sich am 20. Juni 2012 bei der IV-Stelle des Kantons Solothurn (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) zum Leistungsbezug an (IV-Stelle Beleg Nr. [IV-Nr. 2]). Zuletzt war er während sechs Monaten in einem Pensum von 100 % bei der Firma B.____ in [...] als Hilfsgipser angestellt gewesen. Als gesundheitliche Beeinträchtigung wurden psychische Probleme, bestehend seit dem 18. April 2012, angegeben. 1.2 Nachdem der Beschwerdeführer einer Einladung zum Intake-Gespräch (IV-Nr. 3) unentschuldig keine Folge geleistet hatte, wurde er erneut aufgeboten (IV-Nr. 4), wobei das Gespräch am zweiten Termin vom 27. September 2012 stattfinden konnte (IV-Nr. 7). Anlässlich dieses Gesprächs gab der Beschwerdeführer an, seinen letzten effektiven Arbeitstag am 30. September 2011 gehabt zu haben. Danach sei ihm über das Stellenvermittlungsbüro keine Stelle mehr vermittelt worden. Im Gespräch gab er weiter an, schon immer psychische Probleme gehabt zu haben. Diese hätten sich seit der Trennung von der Ex-Frau verschlimmert. Diese habe ihn wegen eines anderen Mannes verlassen. Er habe Angstzustände und eine Depression, zum Teil verhalte er sich aggressiv, und er höre Stimmen.

E. 2

2.1 Die Beschwerdegegnerin holte in der Folge medizinische Unterlagen ein, so beim behandelnden Psychiater, Dr. med. C.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, am 12. Dezember 2012 (IV-Nr. 10 S. 1 ff., mit zwei Austrittsberichten der D.____ vom 18. Mai 2012 [IV-Nr. 10 S. 4 ff.] und 20. Juni 2012 [IV-Nr. 10 S. 8 ff.]) und vom 29. Oktober 2013 (IV-Nr. 12 S. 1 ff., mit einem Austrittsbericht der D.____ vom 9. September 2013 [IV-Nr. 12 S. 6 f.]). 2.2 Auf Empfehlung des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD), Dr. med. E.____, Fachärztin für Allgemeine Medizin (IV-Nr. 14), wurde ein Mahn- und Bedenkzeitverfahren durchgeführt, weil unter Drogeneinfluss eine schizoide Erkrankung (wie sie in den obigen Berichten attestiert worden war) nicht eindeutig zu diagnostizieren sei. Mit Schreiben vom 7. April 2014 (IV-Nr. 15) wurde der Beschwerdeführer aufgefordert, ab sofort auf Drogen wie Alkohol, Cannabis, Kokain und Ähnliches komplett zu verzichten. Die geforderte Drogenkarenz werde durch die Beschwerdegegnerin mit Laboruntersuchungen überprüft. Das entsprechende Schreiben vom 7. April 2014 holte der Beschwerdeführer nicht ab (IV-Nr. 16 S. 1). 2.3 Mit Vorbescheid vom 24. April 2014 (IV-Nr. 17) stellte die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer in Aussicht, einen Leistungsanspruch abzuweisen. Kurz darauf meldete sich der behandelnde Psychiater telefonisch bei der Beschwerdegegnerin (Protokolleinträge vom 28. April und 7. Mai 2014) und gab bekannt, zum Vorbescheid Stellung nehmen zu wollen. Der Beschwerdeführer sei zum Teil nicht in der Lage, seine Post entgegenzunehmen. Mit Schreiben vom 8. Mai 2014 (IV-Nr. 18) wurde der Beschwerdeführer dann zu einer medizinischen Abklärung

aufgeboten. Zwei Tage vor dem Termin meldete sich der behandelnde Psychiater wiederum telefonisch und teilte mit, der Beschwerdeführer könne diesen nicht wahrnehmen, weil er sich in der psychiatrischen Klinik befinde (Protokolleintrag vom 12. Mai 2014). 2.4 Nachdem ein Austrittsbericht der D. ___ vom 21. Juli 2014 (IV-Nr. 21 S. 1 ff.) eingegangen war, gab die Beschwerdegegnerin auf Empfehlung des RAD (IV-Nr. 25 S. 2) ein psychiatrisches Gutachten in Auftrag. Dieses wurde am 5. Mai 2015 von Dr. med. F. ___, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, erstattet (IV-Nr. 31). 3. Dr. med. C. ___ nahm als behandelnder Psychiater am 14. Mai 2015 zum Gutachten Stellung (IV-Nr. 33), der RAD am 26. Juni 2015 (IV-Nr. 36 S. 2). Die RAD-Ärztin, Dr. med. E. ___, führte in ihrer Stellungnahme aus, nach einem langen Telefongespräch mit dem behandelnden Psychotherapeuten, der zweifelsfrei davon überzeugt sei, dass der Beschwerdeführer an einer paranoiden Schizophrenie leide, bitte sie darum, den Beschwerdeführer gemeinsam mit einem Dolmetscher zum Gespräch mit dem RAD-Psychiater (Dr. med. G. ___) aufzubieten. 4. Mit Schreiben vom 21. Juli 2015 wurde der Beschwerdeführer von der Beschwerdegegnerin zu einer Untersuchung am 27. Juli 2015 (IV-Nr. 37) aufgeboten. Der Beschwerdeführer erschien nicht zu diesem Termin. 5. Nach erneut durchgeführtem Vorbescheidverfahren (IV-Nrn. 43, 47 und 49), wobei die Beschwerdegegnerin vom Gutachter Dr. med. F. ___ noch eine Stellungnahme eingeholt hatte, die vom 27. Januar 2016 datiert (IV-Nr. 51), und Dr. med. C. ___ am 20. Mai 2016 einen Verlaufsbericht einreichte (IV-Nr. 54), wies die Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 17. August 2016 (Aktenseite [A.S.] 1 ff.) das Leistungsbegehren des Beschwerdeführers in Bezug auf eine Invalidenrente und / oder berufliche Massnahmen ab. 6. Gegen die genannte Verfügung lässt der Beschwerdeführer am 19. September 2016 beim Versicherungsgericht des Kantons Solothurn (nachfolgend: Versicherungsgericht) Beschwerde erheben (A.S.).

E. 3

3.1 Der Beschwerdeführer lässt vorab eine Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör rügen, weil die Beschwerdegegnerin ihm die Stellungnahme von Dr. med. F. ___ vom 27. Januar 2016 erst zusammen mit der angefochtenen Verfügung zugestellt hat.

3.2 Gemäss Art. 29 Abs. 2 BV haben die Parteien Anspruch auf rechtliches Gehör. Dieses dient einerseits der Sachaufklärung. Andererseits stellt es ein persönlichkeitsbezogenes Mitwirkungsrecht beim Erlass eines Entscheides dar, der in die Rechtsstellung des Einzelnen eingreift. Dazu gehört insbesondere das Recht des Betroffenen, sich vor Erlass eines solchen Entscheides zur Sache zu äussern, erhebliche Beweise beizubringen, Einsicht in die Akten zu nehmen, mit erheblichen Beweisanträgen gehört zu werden und an der Erhebung wesentlicher Beweise entweder mitzuwirken oder sich zumindest zum Beweisergebnis zu äussern, wenn dieses geeignet ist, den Entscheid zu beeinflussen. Der Anspruch auf rechtliches Gehör umfasst als Mitwirkungsrecht alle Befugnisse, die einer Partei einzuräumen sind, damit sie in einem Verfahren ihren Standpunkt wirksam zur Geltung bringen kann (BGE 135 I 279 E. 2.3 S. 282, 135 II 286 E. 5.1 S. 293, 132 V 368 E. 3.1 S. 370 mit Hinweisen).

3.3 Die Beschwerdegegnerin ersuchte Dr. med. F. ___ am 24. Dezember 2015 unter Beilage der Einwendungen von Dr. med. C. ___ vom 14. Mai 2015 und des Einwandschreibens des Beschwerdeführers vom 16. November 2015 um Stellungnahme (IV-Nr. 50). Dem kam der Gutachter am 27. Januar 2016 nach (IV-Nr. 51). Eine weitere Stellungnahme holte die Beschwerdegegnerin beim RAD ein. Diese erfolgte am 11. April 2016 (IV-Nr. 53). Beide Stellungnahmen legte die Beschwerdegegnerin dem angefochtenen

Entscheid bei. Sie führte darin dazu aus, es hätte davon abgesehen werden können, die Stellungnahmen mit dem Entscheid zuzustellen, weil für den medizinischen Sachverhalt nicht darauf abgestellt werden müsse. Es ergebe sich bereits alles aus dem Administrativgutachten vom 5. Mai 2015.

3.4 Das Recht, angehört zu werden, ist formeller Natur. Eine Verletzung desselben führt ungeachtet der Erfolgsaussichten der Beschwerde in der Sache selbst zur Aufhebung des angefochtenen Entscheids. Es kommt mit anderen Worten nicht darauf an, ob die Anhörung im konkreten Fall für den Ausgang der materiellen Streitentscheidung von Bedeutung ist, d.h. die Behörde zu einer Änderung ihres Entscheids veranlasst wird oder nicht (BGE 127 V 431 E. 3d/aa S. 437, 132 V 387 E. 5.1 S. 390). Nach der Rechtsprechung kann aber jedenfalls eine nicht besonders schwerwiegende Verletzung des rechtlichen Gehörs als geheilt gelten, wenn die betroffene Person die Möglichkeit erhält, sich vor einer Beschwerdeinstanz zu äussern, die sowohl den Sachverhalt wie die Rechtslage frei überprüfen kann (BGE 133 I 201 E. 2.2 S. 204, 127 V 431 E. 3d/aa S. 438). Von einer Rückweisung der Sache ist selbst bei einer schwerwiegenden Verletzung des rechtlichen Gehörs dann abzusehen, wenn und soweit die Rückweisung zu einem formalistischen Leerlauf und damit zu unnötigen Verzögerungen führen würde, die mit dem (der Anhörung gleichgestellten) Interesse der betroffenen Partei an einer beförderlichen Beurteilung der Sache nicht zu vereinbaren wären (BGE 133 I 201 E. 2.2 S. 204 f., 132 V 387 E. 5.1 S. 390).

3.5 Die Beschwerdegegnerin hat es unterlassen, dem Beschwerdeführer vor Erlass der angefochtenen Verfügung zwei von ihr eingeholte Stellungnahmen (bei Dr. med. F. ___ und dem RAD) zuzustellen. Grundsätzlich sollte die Verfügung in der Sache erst ergehen, nachdem den Parteien sämtliche zusätzlich eingeholten Unterlagen zu Kenntnis gebracht worden sind. Im konkreten Fall war die Beschwerdegegnerin indessen aufgrund des Gehörsanspruchs nicht zwingend gehalten, dem Beschwerdeführer die betroffenen Stellungnahmen vor Erlass des angefochtenen Entscheids zu Kenntnis zu bringen. In beiden Stellungnahmen sind keine neuen Gesichtspunkte enthalten, die einen Einfluss auf ihren Entscheid hatten. Dies wird in der angefochtenen Verfügung explizit erwähnt. Während in der Stellungnahme des RAD einzig deklariert wird, es könne weiterhin an der bisherigen Beurteilung festgehalten werden, enthält die Stellungnahme von Dr. med. F. ___ zunächst eine Wiederholung der bereits im Gutachten dargelegten Aktenlage, um dann im Allgemeinen auf die Vorgehensweise bei der Erstellung von versicherungsmedizinischen Gutachten einzugehen bzw. den diesbezüglichen Einwendungen des Beschwerdeführers und des behandelnden Arztes Stellung zu beziehen. Insofern ist dieser Stellungnahme kein Beweiswert hinsichtlich der Abklärung der medizinischen Sachlage beizumessen. Weil das Versicherungsgericht im Beschwerdeverfahren über volle Kognition verfügt und nach dem Untersuchungsgrundsatz wie dem Prinzip der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG, SR 830.1) vorzugehen hat, wäre eine Heilung eines festgestellten Verfahrensmangels ohnehin grundsätzlich möglich. Da sich beiden, mit dem angefochtenen Entscheid zugestellten Stellungnahmen keine grundlegend neuen Erkenntnisse entnehmen lassen und der Beschwerdeführer sich im Beschwerdeverfahren umfassend äussern kann, besteht kein derart schwerwiegender Mangel, der angesichts der vollen Kognition des Versicherungsgerichts nicht geheilt werden könnte (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_944/2010 vom 21. März 2011 E. 4.2). Eine Rückweisung müsste als prozessualer

Leerlauf qualifiziert werden, der das Verfahren verlängern würde, ohne dass irgendein möglicher Nutzen erkennbar wäre. Ein aus dem Verhalten der Beschwerdegegnerin allenfalls abzuleitender Verfahrensmangel wäre daher im Beschwerdeverfahren zu heilen und von einer Rückweisung aus formellen Gründen abzusehen. Im Übrigen wäre eine Partei aufgrund einer Gehörsverletzung nur insoweit zu entschädigen, als bei ihr nennenswerte (zusätzliche) Kosten entstanden sind, die ohne die Gehörsverletzung nicht angefallen wären (Urteile des Bundesgerichts 8C_212/2016 vom 8. August 2016 E. 2.2, 8C_325/2007 vom 18. Februar 2008, I 329/05 vom 10. Februar 2006 E. 2.3.2, sowie 8C_758/2009 vom 12. Februar 2010, E. 2.3 und 2.4), was im vorliegenden Fall ohne Weiteres zu verneinen ist. Es besteht kein Zweifel daran, dass die Beschwerde auch erhoben worden wäre, wenn der Beschwerdeführer vorgängig Kenntnis von der ergänzenden Stellungnahme der Gutachter erhalten hätte.

E. 4

4.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein. Die Invalidität gilt als eingetreten, sobald sie die für die Begründung des Anspruchs auf die jeweilige Leistung erforderliche Art und Schwere erreicht hat (Art. 4 Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG, SR 831.20]).

4.2 In zeitlicher Hinsicht sind ■ vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen ■ grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 132 V 215 E. 3.1.1 S. 220, 131 V 9 E. 1 S. 11 und 107 E. 1 S. 109, 127 V 466 E. 1 S. 467). Im vorliegenden Fall wird eine gesundheitliche Beeinträchtigung seit April 2012 (IV-Nr. 2 S. 8 Ziff. 6.7) geltend gemacht, d.h. eine rentenbegründende Invalidität kann erst nach Ablauf der einjährigen Wartezeit im April 2013 vorliegen. Der Rentenanspruch wiederum entsteht ■ sofern die entsprechenden Anspruchsvoraussetzungen gegeben sind ■ frühestens sechs Monate nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs (vgl. Anmeldung vom 20. Juni 2012), was hier im Dezember 2012 und somit noch vor Ablauf des Wartejahres der Fall wäre. Ein allfälliger Rentenanspruch kann demnach frühestens ab April 2013 gegeben sein. Damit sind die ab 1. Januar 2012 geltenden Bestimmungen der 6. IV-Revision massgebend.

4.3 Nach der seit 2012 geltenden Rechtslage haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), und die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. b und c). Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente.

E. 5

5.1 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch

andere Fachleute zur Verfügung gestellt haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 132 V 93 E. 4 S. 99 f., 125 V 256 E. 4 S. 261).

5.2 Das Administrativverfahren vor der IV-Stelle wie auch der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben IV-Stelle und Sozialversicherungsgericht den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichend Klarheit besteht. Der Untersuchungsgrundsatz weist enge Bezüge zum ■ auf Verwaltungs- und Gerichtsstufe ebenfalls in gleicher Weise geltenden ■ Prinzip der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c in fine ATSG) auf (einschliesslich die antizipierte Beweiswürdigung): Führt die pflichtgemässe, umfassende und sachbezogene Beweiswürdigung den Versicherungsträger oder das Gericht zur Überzeugung, der Sachverhalt sei hinreichend abgeklärt, darf von weiteren Untersuchungen (Beweismassnahmen) abgesehen werden. Ergibt die Beweiswürdigung jedoch, dass erhebliche Zweifel an Vollständigkeit und/oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellungen bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteil des Bundesgerichts 8C_308/2007 vom 9. April 2008 E. 2.2.1, mit vielen Hinweisen).

5.3 Der im Sozialversicherungsrecht massgebende Beweisgrad ist derjenige der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 117 V 194 E. 3b S. 194 f.). Das Bundesrecht schreibt nicht vor, wie die einzelnen Beweismittel zu würdigen sind. Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsbeschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (BGE 125 V 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. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten ■ d.h. der Anamnese ■ abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und in seinen Schlussfolgerungen begründet ist (AHI 1997 S. 121; BGE 122 V 157 E. 1c S. 160). Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten.

Die Rechtsprechung erachtet es jedoch als mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (BGE 125 V 351 E. 3b S. 352 ff.). 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 135 V 465 E. 4.4 S. 470). Andererseits ist der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass

behandelnde Ärzte im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen mitunter eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 353).

6. Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht einen Anspruch auf berufliche Massnahmen und / oder eine Rente abgewiesen hat. Hierfür sind im Wesentlichen folgende medizinische Unterlagen relevant:

6.1 Im Austrittsbericht der D.____ vom 18. Mai 2012 (IV-Nr. 10 S. 4 ff.) werden als Diagnosen ein Verdacht auf eine Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis (F20.09), ein schädlicher Gebrauch von Alkohol (F10.1) und Benzodiazepinen (F13.1) sowie ein Verdacht auf emotional-instabile Persönlichkeitszüge vom impulsiven Typ geäussert. Die Hospitalisation habe vom 18. April bis 11. Mai 2012 gedauert, wobei sich der Beschwerdeführer selbst eingewiesen habe. Er berichte über Stimmen, die er höre. Im Affekt wirke er niedergeschlagen, psychomotorisch unruhig, anamnestisch bestünden Fremdaggressivität und akute Suizidalität mit Suizidhandlungen. Der Beschwerdeführer habe am nächsten Tag nach dem Eintritt geäussert, sich nervös zu fühlen und wegen aggressiver Impulse Mühe zu haben, unter Leuten zu sein. Ansonsten habe er im Gespräch formal gedanklich geordnet und adäquat gewirkt. Auch im weiteren Verlauf hätten sich ■ nebst einer gewissen Einengung auf wenige Themen ■ keinerlei Hinweise auf formale oder inhaltliche Denkstörungen sowie Ich-Störungen ergeben. Allerdings habe ein Stimmenhören persisitiert mit bedrohlichen oder erniedrigenden Inhalten. Während der Woche des Aufenthalts habe sich der Beschwerdeführer zunehmend angepasst verhalten, ruhiger und weniger reizbar gewirkt. Bei Ablauf des fürsorgerischen Freiheitsentzugs (FFE) habe er sich zum sofortigen Austritt entschieden.

6.2 Der Austrittsbericht der D.____ vom 20. Juni 2012 (IV-Nr. 10 S. 8 ff.), der nach einer Hospitalisation vom 16. Mai bis 8. Juni 2012 erstellt wurde, enthält ebenfalls die Diagnosen eines Verdachts auf Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis (F20.09), eines schädlichen Gebrauchs von Alkohol (F10.1) und Benzodiazepinen (F13.1) sowie eines Verdachts auf emotional-instabile Persönlichkeitszüge vom impulsiven Typ. Der Beschwerdeführer habe sich wiederum selbst eingewiesen, begleitet von seinem Cousin. Dieser habe geäussert, zusammen mit dem Beschwerdeführer in Mazedonien aufgewachsen zu sein und zu wissen, dass dieser dort bereits in Behandlung gewesen sei. Der Beschwerdeführer berichte, es gehe ihm seit dem Austritt vor fünf Tagen nicht wirklich besser. Er höre immer noch Stimmen und schlafe schlecht. Vor zwei Tagen sei er erstmals wieder zur Arbeit gegangen, doch ihm habe die Kraft gefehlt. Nun seien neu starke Kopfschmerzen hinzugetreten und er habe vor allem nachts Krämpfe sowie Schmerzen in den Beinen. Im Befund sei der Beschwerdeführer bewusstseinsklar, formalgedanklich auf seinen Zustand eingengt, ansonsten kohärent. Es bestünden Sinnestäuschungen in Form von Stimmen, die ihn bedrohten. Affektiv sei er niedergeschlagen, innerlich unruhig. Ein- und Durchschlafstörungen sowie intermittierende Kopfschmerzen sowie neu auftretende Krämpfe und Schmerzen in den Beinen würden geäussert. Zum Zeitpunkt der Aufnahme habe sich der Beschwerdeführer von Suizidalität distanzieren können, habe aber Angst gehabt, die Kontrolle über sich zu verlieren. Trotz einer neuroleptischen Behandlung sei keine Verbesserung des Zustandes eingetreten. Daraufhin habe man die Medikation geändert (Aripiprazol und Valproinsäure). Durch diese Umstellung sowie der zusätzlichen Gabe eines Stimmungsstabilisators sei es im weiteren Verlauf zu einer Verbesserung gekommen. Gegen Ende sei der Beschwerdeführer besser einfühlbar und emotionaler geworden. An den therapeutischen Gesprächen habe sich ebenfalls eine deutliche

Besserung der Interaktion ergeben. Während der gesamten Hospitalisation habe der Beschwerdeführer über Schlafstörungen geklagt. Nach entsprechender Medikation hätten sich diese innert kurzer Zeit verbessert. Eine MRT-Untersuchung sei ohne Befund gewesen.

6.3 Gemäss Arztbericht von Dr. med. C.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 12. Dezember 2012 (IV-Nr. 10), lagen beim Beschwerdeführer zum damaligen Zeitpunkt folgende Diagnosen vor:

Die Arbeitsunfähigkeit betrage 100 % vom 18. April bis 23. November 2012. Der Beschwerdeführer höre seit 2005 Stimmen. Um diese nicht mehr zu hören, habe er begonnen Alkohol zu trinken. Seit Anfang 2012 leider er an zunehmenden akustischen Halluzinationen und paranoiden Ängsten. Weiter klage er über Schlafstörungen und fühle sich verfolgt. Die Stimmen bedrohten ihn mit Mord. Er habe das Gefühl, die Leute würden ihn beobachten und schlecht über ihn reden. Alkohol trinke er keinen mehr, auch Drogen nehme er keine. Er könne sich schlecht konzentrieren und vergesse viel. Ohne grossen Anlass raste er aus. Bei der Befunderhebung stünden im Vordergrund eine paranoid-halluzinatorische Symptomatik, eine erheblich verminderte affektiv-emotionale Steuerung sowie eine verminderte kognitive Umstellungsfähigkeit und Konzentration. Die Grundstimmung sei dysphorisch. Bei komplexen Aufgaben sei der Beschwerdeführer rasch überfordert. Seit dem 23. November 2012 habe sich dieser nicht mehr bei ihm gemeldet.

6.4 Der Austrittsbericht der D.____ vom 9. September 2013 (IV-Nr. 12 S. 6 f.) über eine Hospitalisation vom 4. bis

E. 6

Dem Beschwerdeführer sei wegen ihm erst kürzlich bekannt gegebenen Informationen das datenschutzrechtliche Verfahren Dr. med. F.____ betreffend eine Frist von 20 Tagen zur Beschwerdeergänzung anzusetzen.

E. 7

September 2013 (Einweisung durch die Klinik für Unfallchirurgie K.____) enthält folgende Diagnosen:

Der Beschwerdeführer sei nach einem Schädelhirntrauma im Rahmen einer impulsiven Selbstverletzung bei akutem Stimmenhören zugewiesen worden. Dieser habe berichtet, keine Medikamente mehr zu Hause gehabt zu haben. Er sei mit einem Freund in eine Bar in Zürich gegangen, wo er sich schlecht gefühlt habe. Er habe viele Stimmen gehört, daraufhin ein Glas im Mund zerbrochen, sich mit den Scherben am Unterarm verletzt, mit den Fäusten ins Gesicht geschlagen und den Kopf gegen die Wand geschlagen, damit die Stimmen weggehen würden. Die niedrig dosierte Medikation sei unverändert weitergeführt worden. Der Beschwerdeführer sei nicht motiviert gewesen für einen weiteren stationären Aufenthalt. Im Bericht der K.____, Unfallchirurgie, vom 5. September 2013 (IV-Nr. 12 S 8 ff.), der dem Austrittsbericht beigelegt wurde, ist angegeben, der Beschwerdeführer sei vor einem Club aufgefunden worden. Er habe sich selbst mit einem Stein mehrfach auf den Hinterkopf sowie den Kopf mehrfach frontal gegen eine Wand geschlagen.

6.5 Der Verlaufsbericht von Dr. med. C.____ vom 29. Oktober 2013 (IV-Nr. 12) enthält folgende Diagnosen:

Verdacht auf Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis F20.09 mit paranoid-halluzinatorischen Anteilen auf dem Boden einer

emotional-instabilen Persönlichkeitsstörung F60.30 mit rezidivierenden Suizidversuchen, gelegentlich episodische Alkohol- und Drogenintoxikationen.

Die Arbeitsunfähigkeit betrage 100 % vom 18. April 2012 bis auf weiteres. Unter Alkoholeinfluss bestehe beim Beschwerdeführer eine erheblich verminderte affektiv-emotionale Steuerung mit selbstdestruktiven und fremdaggressiven Tendenzen mit Blackouts. Ein Drogenscreening im März / April sei negativ gewesen, der Medikamentenspiegel im Referenzbereich. Es komme zu rezidivierend paranoid-halluzinatorischen Krisen. Der Beschwerdeführer klagt über diverse Ängste und Stimmenhören. Die Stimmen bedrohten ihn mit Mord. Er habe das Gefühl, sie redeten schlecht über ihn. Unter Alkohol werde er aggressiv und / oder selbstdestruktiv, könne sich nicht an alles erinnern. Ohne grossen Anlass raste er rasch aus. Bei der Befundlage stünden im Vordergrund eine paranoid-halluzinatorische Symptomatik, eine erheblich verminderte affektiv-emotionale Steuerung sowie eine verminderte kognitive Umstellungsfähigkeit und Konzentration. Die Grundstimmung sei dysphorisch. Es bestehe eine deutlich verminderte Stresstoleranz. Bei komplexen Aufgaben sei der Beschwerdeführer rasch überfordert. Langfristig lägen Probleme in der Steuerung von Gefühlen und wegen innerer Anspannung vor. Bei zwischenmenschlicher Nähe, Konflikten, Enttäuschungen oder Zurückweisungen sei der Beschwerdeführer derart überfordert, dass er mit unkontrollierbarer Wut, Verstimmungen, Impulsdurchbrüchen, Aggression, aber auch Gefühllosigkeit reagiere. Die bisherige Tätigkeit sei nicht zumutbar, Eingliederungsmassnahmen könnten die Arbeitsfähigkeit nicht verbessern. Eine Abklärung im geschützten Rahmen sei zu empfehlen.

6.6 Im Austrittsbericht der D.____ vom 21. Juli 2014 (IV-Nr. 21) über eine Hospitalisation vom 9. Mai bis 19. Juni 2014 werden folgende Diagnosen gestellt:

Es handle sich um eine Selbsteinweisung nach emotionaler Ausnahmereaktion (Muskelanspannung, Affektausbruch in Form von Weinen). Der Beschwerdeführer sei wach und bewussteinklar (habe die Anforderungen befolgen können). Das formale und inhaltliche Denken sei nicht prüfbar, ein affektiver Rapport nicht zustande gekommen. Es bestünden eine hohe körperliche Anspannung, eine verminderte Fähigkeit zu stehen oder zu gehen, jedoch kein Anhalt für akute Selbst- oder Fremdgefährdung. Nach entsprechender Gabe von Medikamenten sei eine deutliche Reduktion der Symptome beobachtet worden und es habe ein geordnetes Gespräch geführt werden können. Psychopathologisch hätten ausser Verfolgungswahn und Ich-Störungen (Derealisation) sehr quälende und angstausslösende akustische Halluzinationen bestanden, die beim Beschwerdeführer aggressive Ausbrüche sowie selbstverletzende und suizidale Handlungen auslösten. Im formalen Denken sei er verlangsamt und psychomotorisch unruhig gewesen. Die Urinproben auf sämtliche untersuchten Drogen und andere Substanzen seien negativ gewesen. In Anbetracht der offenkundigen, langjährig vorbestehenden psychotischen Symptome sei die Diagnose einer paranoiden Schizophrenie gestellt worden. Bei Optimierung der antipsychotischen Behandlung habe der Beschwerdeführer über ein fast vollständiges Abklingen der Angstzustände berichtet, die akustischen Halluzinationen würden jedoch weiterhin bestehen. Im Zuge einer Umstellung der Medikation habe sich das Stimmenhören sukzessive bis auf ein subklinisches, subjektiv vom Beschwerdeführer als nicht mehr störend empfundenes Niveau herabsetzen lassen. Auch die Episoden von Reizüberflutung hätten abgenommen.

6.7 Das von der Beschwerdegegnerin eingeholte Gutachten von Dr. med. F.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 5. Mai 2015 (IV-Nr. 31) enthält folgende subjektiven Angaben des Beschwerdeführers: Seine Stimmung habe in den letzten Wochen geschwankt. Nachts habe er schlecht geschlafen. Er höre Stimmen. Es seien Männer, die ihn umbringen wollten. Er höre auch Schritte. Wenn er die Stimmen höre, verkrampfe es sich bei ihm in Bauch und Nacken. Er habe dann Angst, nehme seinen Pfefferspray oder ein Messer, schalte den Fernseher laut ein, um die Stimme nicht zu hören. Er könne nicht mit Familienangehörigen sprechen. Morgens beim Aufstehen habe er manchmal Kopfweg, als sei er zusammengeschlagen worden. Auf Frage, was er selber denke, was seine Erkrankung sei: Er habe schon zweimal Suizid gemacht. Ihm sei immerzu danach, die Kombination von Schnaps und Medikamenten einzunehmen. Er sei traurig. Wenn er sich ansehe, höre er die Stimme, «warum schaut mich der so an», wenn er eine Frau ansehe, denke diese, er wolle Sex. Er sei ja nicht Doktor. Dr. med. C.____ sei zuständig. Er wisse nur, dass er Probleme habe. Das Spital habe gesagt, es sei eine Paranoia, so wie eine Schizophrenie. An Medikamenten nehme er ein, was die Spitex ihm einpacke. Es helfe ihm vor allem gegen die Stimmen. Er müsse mit Licht schlafen, wenn er die Augen schliesse, sehe er blaue Linien. Wenn er draussen sei, womöglich mit Kollegen, gehe es ihm besser. Kokain habe er seit einem Jahr nicht mehr genommen. Die Spitex und Dr. med. C.____ hätten gesagt, wenn er eine Stimme höre, solle er mehr Medikamente nehmen. Es werde ihm davon jedoch schwindlig und er werde müde, weshalb er lieber nach draussen gehe und seine Freunde treffe. Zu den Aktivitäten des täglichen Lebens habe der Beschwerdeführer angegeben sich nicht erinnern zu können, was er an der Mehrzahl der vergangenen Tage der letzten zwei Wochen gemacht habe. Er sei zu Hause gewesen, manchmal in einem Restaurant, er schaue immer, wer da sei. Er sei momentan alleine in seiner Wohnung. Seine Freundin sei abgereist, nachdem er sie geschlagen habe. Ca. um 5:00 Uhr erwache er. Wenn er von einem Albtraum erwacht sei, gehe er laufen oder telefoniere mit einem Kollegen oder seinem Cousin. Um ca. 15:00 Uhr stehe er auf. Sein Nachbar «Lulzim» helfe ihm, die Wohnung zu putzen. Wenn er aufstehe, trinke er zuerst einen Kaffee und rauche eine Zigarette. Dann telefoniere er mit seinem Nachbarn «Lulzim» oder seinem Cousin, wenn er nach draussen gehen wolle. Die Freundin Sorge für das Essen, oder auch «Lulzim». Manchmal habe er aber auch schlechte Nerven, habe auch schon in der Wohnung alles kaputt gemacht. Er gehe in den albanisch-türkischen Klub oder auch in ein Restaurant, esse ein Sandwich. Er müsse nicht dafür bezahlen, weil andere für ihn aufkämen. Im Club würden die anderen über ihn lachen und sagen, er sei der Vater der Medikation. Zwar seien dort alles seine Freunde, er sei jedoch traurig. Im Gespräch sei er lieber alleine mit einem als mit vielen. Bezüglich des Konsums psychotroper Substanzen habe der Beschwerdeführer angegeben, aktuell keine illegalen psychotropen Substanzen einzunehmen. In der Vorgeschichte habe ein missbräuchlicher Konsum von Kokain und Alkohol bestanden.

Der Gutachter erhebt folgende Befunde: Im Rahmen der Untersuchung hätten sich Hinweise auf ein defizitorientiertes und ausdrucksstarkes Verhalten ergeben. Der Beschwerdeführer sei wach und bewusstseinsklar gewesen, zu allen Qualitäten orientiert. Seiner situativen Einschätzung ■ er habe gedacht, im Auftrag der Krankenversicherung zur Untersuchung kommen zu müssen ■ sei Ausdruckscharakter beizumessen. Sämtliche Fragen seien ohne Zögern beantwortet worden. Dabei hätten sich Hinweise auf defizitorientierte Angaben gezeigt. Mangelnde Mitwirkungsbereitschaft sei hinsichtlich des Erhebens der beruflichen Vorgeschichte gegeben. Aus den Angaben in der Exploration und

dem in der Untersuchung gezeigten Verhalten sei keine spezifische Persönlichkeitsstörung gemäss ICD-10 abzuleiten. Formale oder inhaltliche Denkstörungen hätten nicht vorgelegen, es seien keine Gedankenabrisse, Inkohärenzen, Assoziationslockerungen, Danebenreden, Verlangsamung oder Beschleunigung des Denkens, überwertige Ideen, Wahn oder Hinweise auf Fehleinschätzungen beobachtet worden. Auch hätten keine Ich-Störungen im Sinne von Gedankeneingabe, Gedankenausbreiten oder Fremdbeeinflussungserleben vorgelegen, auch wenn der Beschwerdeführer angegeben habe, dass er das Gefühl habe, andere Menschen würden seine Gedanken lesen können. Die angegebene Wahrnehmungsstörung des Stimmenhörens habe sich nicht beurteilen lassen. Die explizite Befragung dazu, ob es sich um kommentierende oder imperative Stimmen handle, von wem diese seien, ob sie verstanden würden, hätten den Hinweis darauf ergeben, dass auch hier defizitorientierte Angaben gemacht würden. Jedenfalls habe sich aus psychiatrischer Beurteilung heraus das Vorliegen akustischer Halluzinationen nicht nachvollziehen lassen. Der affektive Rapport zum Beschwerdeführer sei gut herstellbar gewesen. Dieser habe angegeben, Freunde und Kollegen im albanisch-türkischen Club zu haben, andererseits dort belächelt zu werden. Er habe ausgeführt, sich eine Familie zu wünschen, wobei partnerschaftlichen Beziehungen für ihn schwierig seien. Der Hinweis, gerne mit dem Cousin oder dem befreundeten Nachbarn laufen oder in ein Restaurant zu gehen, sei emotional adäquat. Der Beschwerdeführer habe von Lebensüberdross in vergangenen Situationen berichtet, womöglich auch unter dem Einfluss psychotroper Substanzen. Aktuell hätten sich keine Suizidalität oder ein Lebensüberdross gezeigt. Es hätten weder Ambivalenz noch Ambitendenz vorgelegen, der Beschwerdeführer sei als fähig eingeschätzt worden, seine persönlichen Angelegenheiten zu regeln.

Der Gutachter kommt zum Schluss, dass keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zu stellen sei. Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit hält er fest:

6.8 Gemäss Verlaufsbericht von Dr. med. C. ___ vom 20. Mai 2016 (IV-Nr. 54) habe die letzte Untersuchung am 20. Mai 2016 stattgefunden. Die Orientierung zu allen Qualitäten sei gegeben gewesen. Es seien keine relevanten Sprachprobleme beobachtet worden, abgesehen von mittelgradigen Unsicherheiten und Misstrauen. Die Fähigkeit Neues zu lernen, sich an Situationen anzupassen oder abstrakt zu denken, sei stark vermindert. Es seien Aufmerksamkeitsdefizite beobachtbar, die Konzentration sei beeinträchtigt, die kognitive Umstellungsfähigkeit vermindert. Das Gefühlsleben sei schwankend und von innerer Unruhe geprägt. Der Beschwerdeführer habe das Gefühl, die Leute redeten über ihn oder lachten ihn aus. Es bestehe eine Nähe-Distanz-Problematik mit oft unkontrollierten affektiv-emotionalen Reaktionen wie Wut und Ärger. Der Beschwerdeführer fühle sich verfolgt. Die affektive Steuerung sei deutlich vermindert. Gelegentlich bzw. situationsbedingt träten akustische Halluzinationen auf, die ihn beschimpften, zur Suizidalität aufforderten oder mit dem Tod bedrohten. Im Vordergrund stünden jedoch praktisch unverändert affektiv-kognitive Defizite. Das allgemeine Wissen und der Antrieb seien vermindert. Auch die soziopraktische Belastbarkeit sei stark vermindert. Es liege stets eine Beeinträchtigung des Anpassungsverhalten vor.

Folgende Diagnosen seien zu stellen:

Es liege ein komplexes Krankheitsbild mit Veränderungen von Wahrnehmung, Denken, Affektivität und Verhalten vor. Es fänden sich eine erhebliche emotionale Dysregulation in Zusammenhang mit emotional geprägten Wahnideen und akustischen Halluzinationen. Es

bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit für jegliche Tätigkeiten im freien Markt. Die Prognose sei schlecht, das Leiden chronifiziert. Die innerpsychischen Ressourcen seien aufgrund des Ich-Strukturdefizits erheblich beeinträchtigt. Es bestehe eine Diskrepanz zwischen den geschilderten Symptomen und dem gezeigten Verhalten in der Untersuchung. Zum aktuellen Zeitpunkt besitze der Beschwerdeführer die Fähigkeit, einem Gespräch zu folgen sowie Fragen und deren Sinngehalt zu erfassen. Komplexe Fragen und Situationen würden ihn kognitiv überfordern, wobei kurze psychotisch-dissoziative Krisen auftreten könnten.

7. Die Beschwerdegegnerin stellt im angefochtenen Entscheid im Wesentlichen auf das psychiatrische Gutachten von Dr. med. F.____ vom 5. Mai 2015 (IV-Nr. 31) ab, weshalb dessen Beweiswert zu prüfen ist.

7.1 Hierzu kann zunächst gesagt werden, dass das Gutachten auf umfassender Aktenkenntnis und -analyse sowie einer Untersuchung des Beschwerdeführers unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden beruht und von einem Facharzt auf dem entsprechenden Gebiet erstellt wurde. Das Gutachten erfüllt die grundsätzlichen Anforderungen an eine beweiskräftige Expertise.

Inhaltlich leitet Dr. med. F.____ unter einlässlicher Diskussion der vorliegenden ärztlichen Einschätzungen seine Beurteilung nachvollziehbar her. So wird zunächst die Biographie beleuchtet, wobei der Gutachter feststellt, dass hierzu nur spärliche Angaben bestehen und der Beschwerdeführer in der aktuellen Untersuchung ebenfalls nur sehr knappe Angaben machen wollen. Er verweist dann auf den Austrittsbericht der D.____ vom 18. Mai 2012 (IV-Nr. 10 S. 4 ff.), in welchem die von einem früheren behandelnden Psychiater erhobene Lebensgeschichte beschrieben wird. Aus diesen Hinweisen (aufgewachsen im Balkan, 1989 Migration nach Italien, Mitglied einer kriminellen Organisation, während fünf Jahren in Haft, Verfolgungswahn, Eifersucht, die zum Paarkonflikt mit der ihm versprochenen Frau geführt habe) schliesst Dr. med. F.____ auf eine schwierige Lebensgeschichte. Hervorgehoben wird dabei der lebensgeschichtliche Hinweis auf womögliche Delikte, die auf impulsives Verhalten schliessen liessen. Richtigerweise hält er dann aber auch fest, dass sich aus den fremdanamnestischen Auskünften des damals behandelnden Psychiaters (bei dem der Beschwerdeführer bis 2007 in Behandlung stand) grundsätzlich keine Hinweise auf das Vorliegen einer schizophrenen Symptomatik in der Biographie ergeben. Hier weist der Gutachter auch auf die Tatsache hin, dass der Beschwerdeführer im Intake-Gespräch (IV-Nr. 7) selber angegeben hatte, die psychischen Probleme seien zwar schon immer vorhanden gewesen, ausschlaggebend sei aber die Trennung von seiner Ehefrau gewesen, vor 2005 habe er keine Probleme gehabt. Es ist somit festzustellen, dass sich bis zur ersten Hospitalisation in der psychiatrischen Klinik am 18. April 2012 keine klaren Hinweise auf eine vorbestehende Erkrankung ergeben, die als Schizophrenie zu bezeichnen wäre. In diesem Zusammenhang wird vom Gutachter auch als auffällig beschrieben, dass der Beschwerdeführer zwischen März und Oktober 2011 offensichtlich in der Lage war, einer Arbeitstätigkeit nachzugehen, die ihm durchschnittlich mehrere Tausend Franken monatlich einbrachte. Dies lässt sich dem Arbeitgeberbericht der J.____ vom 5. September 2012 (IV-Nr. 5) entnehmen. Offensichtlich war er in diesem Zeitraum nicht aufgrund der Symptomatik einer primär psychischen Störung eingeschränkt. Zum Zeitpunkt der ersten stationären Behandlung ist weiter ein erheblicher Alkoholkonsum dokumentiert (bis zu drei Flaschen Vodka täglich gemäss Angaben des Beschwerdeführers bei der Erhebung der aktuellen Situation anlässlich der ersten Hospitalisation, IV-Nr. 10 S.

5). Der Gutachter verweist in diesem Zusammenhang darauf, dass der Beschwerdeführer bezüglich seines Alkohol- und Drogenkonsums widersprüchliche Angaben gemacht habe. So habe er beispielsweise ausgeführt, dreimal im Leben Kokain genommen zu haben, zuletzt am 16. April 2012, wohingegen er beim Intake-Gespräch vom 27. September 2012 angegeben habe, nach der Scheidung (also 2005) Drogen konsumiert zu haben, jetzt aber nicht mehr. Immer noch bezugnehmend auf die erste Hospitalisation legt Dr. med. F. ___ dar, der Beschwerdeführer habe in deren Rahmen darüber berichtet, bedrohliche Stimmen zu hören. Im Psychostatus werde weiter berichtet, es habe eine akute Suizidalität mit Suizidhandlungen bestanden. Hier sei nicht klar, worauf sich diese Einschätzung bezogen habe, womöglich auf die Angaben des Freundes, der ihn begleitet und ausgeführt habe, der Beschwerdeführer habe auf der Autobahn versucht, aus dem Auto zu steigen. Derartige Angaben seien allerdings nicht gleichzusetzen mit der persönlichen Beobachtung, ein wirkliches suizidales Verhalten gehe aus dem Bericht jedenfalls nicht hervor. Schliesslich verweist Dr. med. F. ___ auf die Feststellung, dass sich im Rahmen dieser Hospitalisation keine Hinweise auf formale oder inhaltliche Denkstörungen sowie Ich-Störungen ergeben hätten. Einleuchtend beschreibt er, dass ein subjektiv angegebene, persistierendes Stimmenhören mit bedrohlichen oder erniedrigenden Inhalten, Suizid- und Selbstverletzungsimpulse sowie Reizbarkeit im Umgang mit Mitpatienten nicht wegweisend sind, um eine schizophrene Erkrankung zu diagnostizieren. Vielmehr stellt er das angegebene Stimmenhören bereits an dieser Stelle in Frage und äussert den Verdacht auf eine Angabe mit Ausdruckscharakter. Einen weiteren Hinweis darauf sieht er in der Tatsache, dass sich der Beschwerdeführer nach entsprechender Medikation gemäss seiner Angabe schnell und besser von den Stimmen habe ablenken und distanzieren können. Unter der Annahme, dass er bereits seit Jahren an einer primär psychischen Störung gelitten habe, wird eine derart rasche deutliche Besserung als mehr als erstaunlich erachtet. Gesamthaft gesehen kann der Gutachter nach kritischer Diskussion des Verlaufs die Diagnose einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis nicht nachvollziehen. So wurden denn auch gemäss gutachterlicher Einschätzung wichtige Hinweise auf eine Schizophrenie wie eine affektive Inadäquatheit, Auffälligkeiten im Affekt, Ambivalenz oder Ambitendenz, inhaltliche Denkstörungen und vor allem formale Denkstörungen, nicht beobachtet. Schliesslich wird auch schlüssig darauf hingewiesen, dass der beim Beschwerdeführer offensichtlich vorhandene Gebrauch von psychotropen Substanzen (wobei über Dauer und Regelmässigkeit keine klaren Angaben bestehen), nicht ausreichend diskutiert wurde, obwohl eine diesbezügliche Abhängigkeitserkrankung auch mit sehr unterschiedlichen psychopathologischen Erscheinungen wie reizbarer Stimmung oder aggressiven Impulsen ■ wie beim Beschwerdeführer bestehend ■ einhergehen könne.

Dr. med. F. ___ nimmt in der Folge Bezug auf die zweite Hospitalisation des Beschwerdeführers, die nur wenige Tage nach der ersten erfolgte ■ wiederum nach einer Selbsteinweisung ■ und kann nach nachvollziehbarer Einschätzung auch hieraus keine konkreten Hinweise für eine Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis erkennen. Einerseits erachtet er die fremdanamnestic Angaben des Cousins als hinterfragungswürdig, wenn zum Beispiel ausgeführt worden sei, der Beschwerdeführer habe in der Vergangenheit in Mazedonien Lexotanil, Prazine und Zyprexa vom behandelnden Psychiater erhalten. Dies seien ausgerechnet die Medikamente, die der Beschwerdeführer wenige Tage zuvor bei der ersten stationären Behandlung ab 18. April 2012 erhalten habe. Weiter sei nicht nachvollziehbar, weshalb man in der Klinik wenige Tage nach der zunächst begonnenen antipsychotischen Medikation, die ja innerhalb von

wenigen Tagen zu einer angeblichen Besserung des Stimmenhörens geführt habe, in der Folge der fremdanamnesticen Angabe von vermehrten Stimme gefolgt sei und ein anderes Antipsychotikum eingesetzt habe. Hinzu kommt, dass der Beschwerdeführer selber beim Eintritt angegeben hatte, die verschriebenen Medikamente immer eingenommen zu haben. Weiter sei zu hinterfragen, inwiefern die weiteren Ausführungen im Bericht über die Besserung des Zustandes nach Anpassung der Medikamente für das Vorliegen einer schizophrenen Psychose sprächen und ob die Besserung innerhalb von drei Wochen dieser Art für einen medikamentösen Effekt spreche. Der Gutachter geht eher von der Annahme aus, dass der Beschwerdeführer nach einer krisenhaften Zuspitzung äusserer Umweltfaktoren (womöglich unter dem angegebenen Einfluss von Kokain und anderen psychotropen Substanzen), eine kurze psychopathologisch auffällige Symptomatik erlitt, die sich innerhalb einiger Wochen unter stationärer Behandlung normalisierte.

Bezugnehmend auf den ersten Arztbericht von Dr. med. C. ___ erkennt der Gutachter wiederum Widersprüche, wenn dort angegeben werde, der Beschwerdeführer trinke seit April 2012 keinen Alkohol mehr. Dies sei in Anbetracht der vorliegenden Austrittsberichte nicht nachvollziehbar. Weiter könnten der Verdacht auf das Vorliegen einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis und einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung auch hier nicht nachvollzogen werden. Die vielfältigen Angaben zu den Befunden würden auf die Übernahme der Schilderung von Befindlichkeit und Angaben durch den Beschwerdeführer selbst hinweisen. Weiter sei unklar, wie der behandelnde Psychiater bei vergleichsweise gravierenden pathologisch anmutenden Angaben von einem stationären Gesundheitszustand und einer andauernden vollständigen Arbeitsunfähigkeit habe ausgehen können. Tatsächlich hätte er annehmen müssen, dass durch eine Optimierung der Behandlung eine Besserung des Zustandsbildes zu erzielen gewesen wäre, so wie unter der Annahme des Vorliegens einer schizophrenen Psychose eine tatsächliche Besserung durch die konsequente Einnahme von antipsychotischer Medikation zu erzielen gewesen wäre. Dies scheint im Rahmen der jeweiligen Hospitalisationen in der psychiatrischen Klinik auch der Fall gewesen zu sein. Im Austrittsbericht vom 20. Juni 2012 wird sogar von einer weitgehenden Remission gesprochen (IV-Nr. 10 S. 10).

Sodann kommt Dr. med. F. ___ auf die nächste ■ kurze ■ Hospitalisation zu sprechen, die nach einer Einweisung in die K. ___ erfolgte, nachdem der Beschwerdeführer am 2. September 2013 vor einem Club aufgefunden wurde. Auch hier bestehen unterschiedliche Angaben über den Hergang des Vorfalls. Während im Austrittsbericht der D. ___ vom 9. September 2013 (IV-Nr. 12 S. 6 f.) festgehalten ist, der Beschwerdeführer habe angegeben, Stimmen gehört und daraufhin ein Glas im Mund zerbrochen, sich damit am Unterarm verletzt, mit den Fäusten ins Gesicht und den Kopf gegen die Wand geschlagen zu haben, ist im Bericht der K. ___ vom 5. September 2013 (IV-Nr. 12 S. 8 f.) erwähnt, der Beschwerdeführer habe sich mit einem Stein selber mehrfach auf den Kopf geschlagen. Die Vermutung des Gutachters, dass möglicherweise auch eine Schlägerei stattgefunden haben könnte, ist nicht von der Hand zu weisen. Jedenfalls ist aufgrund der unterschiedlichen Angaben festzuhalten, dass der konkrete Hergang nicht klar erstellt ist. Somit ergeben sich auch hieraus keine klaren Anhaltspunkte für eine schizophrene Erkrankung. Weiter ist dem Gutachter zuzustimmen, wenn er ausführt, es sei für den Verlauf einer schizophrenen Erkrankung sehr untypisch, dass der Beschwerdeführer am 7. September 2013 bereits wieder entlassen worden sei, nachdem er angegeben habe, es gehe ihm gut und er höre weniger Stimmen. Und schliesslich ist auch in diesem Austrittsbericht von einer

Kokainintoxikation und einem schädlichen Gebrauch von Alkohol die Rede, womit eine allfällige Symptomatik aufgrund eines Alkohol- und / oder Drogenkonsums wieder in den Vordergrund rückt. Dies wird vom behandelnden Psychiater offenbar nicht in Betracht gezogen, wie Dr. med. F. ___ mit Verweis auf dessen Bericht vom 29. Oktober 2013 darlegt, in welchem der Verdacht auf eine Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis auf dem Boden einer emotional-instabilen Persönlichkeitsstörung geäußert wird. Die gelegentlichen episodischen Alkohol- und Drogenintoxikationen seien im Urteil des behandelnden Psychiaters hingegen nicht von übergrosser Relevanz.

Schliesslich geht Dr. med. F. ___ auf den Austrittsbericht der D. ___ vom 21. Juli 2014 (IV-Nr. 21 S. 1 ff.) über die Hospitalisation vom 9. Mai bis 19. Juni 2014 (Selbsteinweisung kurz nach dem ergangenen Vorbescheid der Beschwerdegegnerin, in welchem in Aussicht gestellt wurde, einen Leistungsanspruch zu verweigern, IV-Nr. 17) ein, in welchem die Klinikärzte erstmals die Diagnose einer paranoiden Schizophrenie stellten. Aus versicherungspsychiatrischer Sicht müsse gesagt werden, dass die vom Beschwerdeführer gezeigten Verhaltensweisen bei der Einweisung (hochgradige Muskelanspannung, Affektausbruch in Form von Weinen, Schliessen der Augen, Ballen der Fäuste, bitterliches Schluchzen) zur endgültigen Diagnose geführt hätten, obwohl keine für eine Schizophrenie typische Symptomatik beschrieben worden sei. Bei der Aufzählung der Symptome (Verfolgungswahn, Ich-Störungen, akustische Halluzinationen) sei nicht klar, ob es sich um wirkliche Beobachtungen während der stationären Behandlung gehandelt habe oder um eine Interpretation der anamnestischen Angaben durch den Beschwerdeführer. Jedenfalls sei die Angabe der offenkundig langjährig vorbestehenden psychotischen Symptome nicht nachvollziehbar. Wenn weiter aufgeführt werde, unter Optimierung der Medikation habe der Beschwerdeführer über ein fast vollständiges Abklingen der Angstzustände berichtet, während die akustischen Halluzinationen weiter bestanden hätten, sich diese aber nach einer weiteren Umstellung auf ein erträgliches Niveau hätten herabsetzen lassen, so stelle sich die Frage, ob es der Einsatz der Medikation gewesen sei, der diese deutlich positive Entwicklung mit sich geführt habe oder eher der Gedanke des Beschwerdeführers, nach seiner dargestellten Problematik wieder aus der stationären Behandlung entlassen zu werden. Untermuert wird diese gutachterliche Einschätzung durch den Laborbefund vom 16. Juni 2014 einer Blutentnahme vom 13. Juni 2014 (IV-Nr. 21 S. 6), die einen Clozapin-Wert unter dem therapeutischen Referenzbereich zeigt. Dr. med. F. ___ geht aufgrund dessen davon aus, dass der Beschwerdeführer ■ hätte er wirklich eine derartige paranoide Schizophrenie erlitten ■ sehr rasch vom Clozapin hätte profitieren müssen, so dass wiederum eine rasche Remission zu erreichen gewesen wäre. Bei einer Blutentnahme am 11. Dezember 2014 sei dann nur noch ein Rest von Clozapin nachgewiesen worden (IV-Nr. 28). Die Dosierung habe keinen therapeutischen Wirkstoffspiegel erreicht, während entgegen der Empfehlung des Ausschleichens das Aripiprazol einen knapp therapeutischen Wert gehabt habe. Weiter weist Dr. med. F. ___ darauf hin, dass auch nach einer fünfwöchigen stationären Behandlung nicht einmal die Diagnose von akzentuierten Persönlichkeitszügen gestellt worden sei, wohingegen der behandelnde Psychiater von einer emotional-instabilen Persönlichkeitsstörung (im Sinne einer Hauptdiagnose) ausgeht.

Aus der eingehenden Analyse der vorbestehenden Berichte ergeben sich demnach aus gutachterlicher Sicht einige Widersprüche, die die Hypothese bestärken, dass der Beschwerdeführer nicht an einer eigenständigen primär psychischen Störung leidet. Dies korrespondiert mit den Beobachtungen von Dr. med. F. ___ in der eigenen Untersuchung:

So habe der Beschwerdeführer in einer Art und Weise über etwaige Phänomene wie Stimmenhören berichtet, ohne andere Kriterien für eine schizophrene Psychose zu erfüllen. Insbesondere seien keine affektiven Inadäquanzen aufgefallen, keine formalen gedanklichen Auffälligkeiten, kein Wahn, keine Ambivalenz oder Ambitendenz. Andererseits habe er sich als deutlich erkrankt beschrieben. Auch gestützt auf die Untersuchungsergebnisse kann der Gutachter das Vorliegen einer gravierenden primär psychischen Störung damit nicht nachvollziehen. Folglich besteht aus seiner Sicht auch keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit vor. Zusammengefasst kann festgestellt werden, dass die gutachterliche Beurteilung schlüssig hergeleitet und nachvollziehbar ist.

7.2 Der Beschwerdeführer lässt bezüglich Dr. med. F.____ unter anderem vorbringen, dieser sei befangen. Sein Antrag, das Verfahren bis zum Abschluss des Schlichtungsverfahrens vor der Beauftragten für Information und Datenschutz des Kantons Solothurn zu sistieren, wurde bereits mit Verfügung vom 11. Januar 2017 (A.S. 49 f.) abgewiesen. Darauf ist nicht weiter einzugehen. In der Begründung zur Abweisung des Sistierungsantrags wurde weiter bereits darauf hingewiesen, dass die im Rahmen des Schlichtungsverfahrens herausverlangten Angaben dazu, in wie vielen der 87 Fälle, in welchen die Beschwerdegegnerin Dr. med. F.____ beauftragt hat, von diesem eine Arbeitsunfähigkeit von mehr als 40 % attestiert wurde, nur dann aussagekräftig wären, wenn man mit grossem Aufwand sämtliche Gutachterstellen und Experten in der Schweiz zu den festgestellten Arbeitsunfähigkeiten befragen würde. Nur dann liesse sich mit Sicherheit sagen, ob Dr. med. F.____ bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit wirklich deutlich von anderen Gutachtern abweicht. Somit ist aus der geltend gemachten «Verweigerung» dieser Auskünfte auch nicht im Sinne einer Beweislastumkehr davon auszugehen, dass Dr. med. F.____ nie eine Arbeitsunfähigkeit von mehr als 40 % attestiert. Mit Verweis auf die von ihm sachlich und einleuchtend hergeleitete Beurteilung ■ es kann auf die vorstehende Erwägung verwiesen werden ■ kann von einer Befangenheit im konkreten Fall nicht gesprochen werden. Gleiches gilt für die Ausführungen von Dr. med. F.____ in seiner Stellungnahme vom 27. Januar 2016, die ebenfalls nichts an der nachvollziehbaren versicherungsmedizinischen Beurteilung ändern, oder sein Schreiben vom 9. August 2016, das in überhaupt keinem Zusammenhang zum vorliegenden Verfahren steht.

7.3 Zu den weiteren Einwendungen bezüglich der Erhebung des Gutachtens, die einerseits vom Beschwerdeführers und andererseits von dessen behandelndem Psychiater in seiner Stellungnahme vom 14. Mai 2015 (IV-Nr. 33) geltend gemacht werden, gilt es Folgendes festzuhalten:

Der Behauptung, es sei nur ein spärlicher Psychostatus erhoben worden, kann nicht zugestimmt werden. Der Gutachter hält seinen Befund auf S. 14 f. des Gutachtens fest. Zudem kann, wo schlussendlich keine Hinweise auf eine krankheitswertige psychische Störung bestehen, auch kein reichhaltiger Befund vorliegen. Ebenso wenig vermag der Umstand, dass keine Fremdanamnese beim behandelnden Psychiater eingeholt wurde, Zweifel an der Beweiskraft des Gutachtens erwecken. Einerseits lagen Berichterstattungen von Dr. med. C.____ vor, weshalb der Gutachter ohne weiteres darauf verzichten konnte, diesen noch einmal zu konsultieren. Andererseits liegt es ohnehin im Ermessen des Gutachters, welche Untersuchungen er durchführt. Nach der Rechtsprechung kommt den Gutachtern bei der Wahl der Untersuchungsmethoden ein weiter Ermessensspielraum zu (Urteil des Bundesgerichts 9C_753/2015 vom 20. April 2016 E. 3.3 mit Hinweisen). In

diesem Zusammenhang ist auch zu erwähnen, dass das Einholen von Fremdauskünften bzw. Rückfragen beim behandelnden Psychiater und / oder den D. ___ in Bezug auf die vom Gutachter aufgezählten Widersprüchlichkeiten (wie zum Beispiel dem Hergang vor der Einweisung in die K. ___) mit grösster Wahrscheinlichkeit auch nicht (mehr) zur Klärung dieser Widersprüche hätte beitragen können.

Der Einwand, das Gutachten sei nicht nach den Leitlinien der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP) verfasst worden, indem kein Psychostatus nach AMDP erhoben worden sei, verfährt nicht. Nach ständiger bundesgerichtlicher Rechtsprechung schreiben weder das Gesetz noch die Rechtsprechung eine Begutachtung nach den Richtlinien der AMDP vor. Die Leitlinien stellen eine Orientierungshilfe für die gutachtenden Fachpersonen dar und sollen die Gutachtenspraxis im Hinblick auf die normativ massgeblichen Gesichtspunkte konkretisierend anleiten. Ein Gutachten verliert demnach nicht automatisch seine Beweiskraft, wenn es sich nicht an diese anlehnt (Urteil des Bundesgerichts 8C_433/2017 vom 12. September 2017 E. 3.4.1 mit Hinweisen). Abgesehen von der Rüge, es sei nicht nach AMDP vorgegangen worden, legt der Beschwerdeführer nicht dar, inwiefern der von Dr. med. F. ___ erhobene Psychostatus mangelhaft sein soll.

Letztendlich ist auch die Rüge, der Gutachter lege sich diagnostisch gar nicht verbindlich fest, weil er in seinem Gutachten auf die gute Behandelbarkeit von schizophrenen Störungen hinweisen, nicht geeignet, die Beweiskraft des Gutachtens umzustossen. Es handelt sich dabei lediglich um eine Anmerkung in dem Sinne, dass selbst wenn von einer derartigen Diagnose auszugehen wäre, grundsätzlich eine gute Behandelbarkeit bestünde.

7.4 Sodann enthalten auch die nach Erstellung des Gutachtens, aber vor Erlass der angefochtenen Verfügung eingegangenen Berichte von Dr. med. C. ___ vom 14. Mai 2015 (IV-Nr. 33) und 20. Mai 2016 (IV-Nr. 54) keine neuen Gesichtspunkte, die die Beschwerdegegnerin zu weiteren Abklärungen hätte veranlassen oder die gutachterliche Beurteilung in Zweifel ziehen lassen müssen. In der Stellungnahme zum Gutachten beschränkt sich der behandelnde Arzt darauf, das Vorgehen bei der gutachterlichen Untersuchung zu kritisieren, und es werden keine neuen Diagnosen aufgeführt, die nicht schon vorher von ihm attestiert worden wären. Im Bericht vom 20. Mai 2016 ist dann neben den bisherigen Diagnosen zusätzlich von einer unterdurchschnittlichen bis grenzwertigen Intelligenzminderung die Rede, wobei nicht klar ist, wie Dr. med. C. ___ nach einer längeren Behandlungsphase erst zu diesem Zeitpunkt auf eine solche Diagnose kommt. Im Rahmen der Administrativbegutachtung haben sich keinerlei Hinweise auf eine Intelligenzminderung ergeben.

7.5 Zu prüfen bleibt schliesslich, ob die beim psychiatrischen Experten des RAD, Dr. med. G. ___, anberaumte Untersuchung, welcher der Beschwerdeführer fernblieb und auf die in der Folge verzichtet wurde, hätte nachgeholt werden müssen bzw. ob die Beschwerdegegnerin ein Mahn- und Bedenkzeitverfahren (MBZV) hätte durchführen müssen.

Aus den Akten ist ersichtlich, dass die Beschwerdegegnerin eine psychiatrische Untersuchung durch den RAD nicht als entscheidend ansah, sondern diese vielmehr im Sinne eines Entgegenkommens gestützt auf ein entsprechendes Ersuchen des behandelnden Arztes in die Wege leitete: Der Stellungnahme der RAD-Ärztin Dr. med. E. ___ vom 26. Juni 2015 zum Gutachten (IV-Nr. 36) ist zu entnehmen, dass sie das

psychiatrische Administrativgutachten überzeugte. Nach einem langen Telefongespräch mit dem behandelnden Psychotherapeuten, der zweifelsfrei davon überzeugt sei, dass der Beschwerdeführer an einer paranoiden Schizophrenie leide, bat sie indessen darum, den Beschwerdeführer gemeinsam mit einem Dolmetscher zum Gespräch mit dem RAD-Psychiater anzubieten. Anschliessend wurde der Beschwerdeführer mit Schreiben vom 21. Juli 2015 für eine Untersuchung am 27. Juli 2015 aufgeboten (IV-Nr. 37). Dem Schreiben ist wortwörtlich zu entnehmen: «Um Ihr Gesuch auf Leistungen der Invalidenversicherung beurteilen zu können, ist eine medizinische Abklärung bei unserer IV-Stelle notwendig.» Hierbei handelt es sich um eine Standard-Formulierung, die in solchen Aufgeboten der Beschwerdegegnerin immer wieder in der gleichen Form zu lesen ist, auch bei Aufgeboten zu Administrativgutachten. Allein aus dieser Formulierung kann nicht abgeleitet werden, dass die Beschwerdegegnerin eine Untersuchung beim RAD-Psychiater als unabdingbar erachtete. Vielmehr lässt die Aktenlage darauf schliessen, dass sie den Sachverhalt bereits mit dem Administrativgutachten als genügend abgeklärt erachtete. So sind zusätzliche Untersuchungen durch den RAD-Arzt auch nicht üblich, wenn ein beweiskräftiges Gutachten vorliegt. Ausserdem ist die nachfolgende Entwicklung ebenfalls zu beachten. Der Beschwerdeführer erschien nämlich zum Termin vom 27. Juli 2015 nicht, ohne sich zu entschuldigen. Dies erstaunt umso mehr, als es der ihn behandelnde Psychiater war, der um eine derartige Untersuchung gebeten hatte. Den Protokolleinträgen vom 29. Juli 2015 lässt sich entnehmen, dass dieser angegeben hatte, der Beschwerdeführer sei nicht zum Gespräch erschienen, weil er vermehrt Stimmen gehört und deshalb Beruhigungsmittel zu sich genommen habe. So habe er verschlafen. Im Protokolleintrag vom 4. August 2015 ist hingegen zu lesen, dass die Spitex, die den Beschwerdeführer betreute, um einen neuen Termin am Nachmittag gebeten habe, da der Beschwerdeführer am Morgen nicht ansprechbar sei. Am 13. August 2015 liess die Spitex telefonisch ausführen, der Beschwerdeführer habe den Termin verpasst, weil er es maximal einmal pro Woche schaffe, den Briefkasten zu leeren. Man müsse ihm eine Einladung mindestens zwei Wochen vorher schicken, damit die Spitex den Brief sehe und ihn immer wieder daran erinnern könne. Im Protokolleintrag vom 17. August 2015 ist indessen erwähnt, dass der Beschwerdeführer selber sich am 27. Juli 2015 um 11.30 Uhr bei der Beschwerdegegnerin gemeldet und angegeben habe, sich am Bahnhof [...] zu befinden. Der Kollege, der ihn zum Termin hätte bringen sollen, sei nicht erschienen. Diese Angabe korrelieren nicht mit denjenigen der Spitex und des behandelnden Psychiaters, die sich untereinander ebenfalls nicht entsprechen. Insofern ist der Beschwerdegegnerin Recht zu geben, wenn sie sich auf den Standpunkt stellt, der Beschwerdeführer habe das Nicht-Zustandekommen der Untersuchung selber verschuldet, und es ist auch nicht zu beanstanden, wenn sie auf ein nochmaliges Aufgebot verzichtete, da der Sachverhalt aus ihrer Sicht ohnehin genügend abgeklärt war. So wird im Protokolleintrag vom 5. August 2015 auch festgehalten, der Termin sei auf Bitten des behandelnden Psychiaters anberaumt worden und nicht, weil der RAD eine Notwendigkeit dafür gesehen habe.

Ebenfalls war die Beschwerdegegnerin nicht gehalten, ein Mahn- und Bedenkzeitverfahren (MBZV) durchzuführen. Gemäss Art. 43 Abs. 2 ATSG hat sich die versicherte Person ärztlichen oder fachlichen Untersuchungen zu unterziehen, soweit diese für die Beurteilung notwendig und zumutbar sind. Im vorliegenden Fall war die Untersuchung mit Verweis auf die vorstehenden Ausführungen nicht notwendig.

8. Der Beschwerdeführer lässt berufliche Eingliederungsmassnahmen beantragen, ohne hierzu nähere Ausführungen zu machen. Hierzu ist festzuhalten, dass infolge eines fehlenden invalidisierenden Gesundheitsschadens kein Anspruch auf solche bestehen kann. Aufgrund der Tatsache, dass sich der Beschwerdeführer offensichtlich selbst als nicht arbeitsfähig erachtet, fehlt es auch an der subjektiven Eingliederungsfähigkeit (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_276/2016 vom 19. August 2016 E. 3.5). Damit ist die angefochtene Verfügung zu bestätigen und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen.

Der Beschwerdeführer steht ab Prozessbeginn im Genusse der unentgeltlichen Rechtspflege (vgl. E. I. 8 hiavor).

Die Kostenforderung ist bei Unterliegen der Partei mit unentgeltlichem Rechtsbeistand vom Gericht festzusetzen. Der Kanton entschädigt die unentgeltliche Rechtsbeiständin oder den unentgeltlichen Rechtsbeistand angemessen (Art. 122 Abs. 1 lit. a ZPO). Der unentgeltliche Rechtsbeistand hat am 25. Januar 2017 eine Kostennote (A.S. 52 f.) für die Aufwendungen vom 19. September 2016 bis 25. Januar 2017 und im Rahmen der Verhandlung vor dem Versicherungsgericht eine ergänzte Kostennote für die Aufwendungen vom 25. August 2017 bis 20. Juni 2018 (A.S. 58 f.) eingereicht. In der ersten Kostennote macht er insgesamt einen Zeitaufwand von 9,35 Stunden geltend. Dabei sind die Positionen «Brief an Klient» vom 20. und 26. September 2016, 13. Oktober 2016 sowie 12. und 25. Januar 2017 von jeweils 0,17 Stunden zu streichen, da es sich dabei offensichtlich um die Zustellung von Orientierungskopien an die Klientschaft handelt. Dies stellt Kanzleiaufwand dar, der im Stundenansatz bereits inbegriffen und praxisgemäss nicht zu vergüten ist. Insgesamt ist der Aufwand damit um 0,85 Stunden zu kürzen und es ergibt sich ein Totalaufwand von 8,5 Stunden. In der zweiten Kostennote wird ein Zeitaufwand von zusätzlich sechs Stunden geltend gemacht. Es ergibt sich damit insgesamt ein zu vergütender Aufwand von 14,5 Stunden. Der Stundenansatz beträgt aufgrund des Kreisschreibens Nr. 1 der Gerichtsverwaltungskommission des Kantons Solothurn vom 18. September 2006 seit 1. Oktober 2006 bzw. § 160 Abs. 3 i.V.m. § 161 Kantonaler Gebührentarif (GT, BGS 615.11) CHF 180.00. Bei den Auslagen ist zu vermerken, dass Kopien nur mit CHF 0.50 pro Stück vergütet werden und nicht mit CHF 1.00. Für Fahrspesen sind ausserdem pro gefahrenen Kilometer CHF 0.70 zu veranschlagen und nicht CHF 1.00 (§ 160 Abs. 5 i.V.m. § 161 GT). Daher ist bei den Auslagen eine Kürzung um CHF 55.60 vorzunehmen. Insgesamt und unter Berücksichtigung der verschiedenen Mehrwertsteuersätze (8 % für die Zeit vor dem 1. Januar 2018, 7,7 % für die Zeit nach dem 1. Januar 2018) ist die Kostenforderung auf CHF 2'935.10 festzusetzen (14,5 Stunden zu CHF 180.00, zuzügl. Auslagen und MwSt), zahlbar durch die Zentrale Gerichtskasse des Kantons Solothurn. Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren sowie der Nachzahlungsanspruch, wenn A. ___ zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO). Der Nachzahlungsanspruch wird basierend auf den Stundenansatz von CHF 250.00 festgesetzt. Der unentgeltliche Rechtsbeistand hat eine entsprechende, mit dem Beschwerdeführer abgeschlossene Honorarvereinbarung zu den Akten gereicht (A.S. 60). Der Nachzahlungsanspruch beträgt demgemäss inkl. Mehrwertsteuer CHF 1'095.00.

9.2 Aufgrund von Art. 69 Abs. 1bisIVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 - 1'000.00 festgelegt. Im vorliegenden Fall hat der Beschwerdeführer die Verfahrenskosten von CHF 1'000.00 zu

bezahlen, die jedoch infolge Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege durch den Kanton Solothurn zu übernehmen sind (Art. 122 Abs. 1 lit. b ZPO). Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren, wenn A.____ zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

Demnach wird erkannt:

2. Die Kostenforderung des unentgeltlichen Rechtsbeistandes, Rechtsanwalt Claude Wyssmann, wird auf CHF 2'935.10 (inkl. Auslagen und MwSt) festgesetzt, 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 1'095.00, wenn A.____ zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

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

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

Der vorliegende Entscheid wurde vom Bundesgericht mit Urteil 9C_582/2018 vom 7. Januar 2019 bestätigt.

E. 8

Unter Kosten und Entschädigungsfolge. Am 13. Oktober 2016 lässt der Beschwerdeführer eine Beschwerdeergänzung einreichen (A.S. 25 ff.). 7. Die Beschwerdegegnerin verzichtet in ihrer Beschwerdeantwort vom 15. Dezember 2016 (A.S. 48) unter Verweis auf die angefochtene Verfügung und die Akten auf weitere Ausführungen und beantragt, die Beschwerde sei abzuweisen. 8. Mit Verfügung vom 11. Januar 2017 (A.S. 49 f.) gewährt das Versicherungsgericht dem Beschwerdeführer ab Prozessbeginn die unentgeltliche Rechtspflege und bestellt Rechtsanwalt Claude Wyssmann als unentgeltlichen Rechtsbeistand. Der Antrag des Beschwerdeführers, das Verfahren sei bis zum Abschluss des Dr. med. F.____ und dessen Begutachtungsergebnisse betreffenden Schlichtungsverfahrens vor der Beauftragten für Information und Datenschutz des Kantons Solothurn zu sistieren, wird abgewiesen. 9. Mit Eingabe vom 25. Januar 2017 (A.S. 51 ff.) reicht der unentgeltliche Rechtsbeistand des Beschwerdeführers eine Kostennote zu den Akten.

E. 10

10.1 Mit Verfügung vom 6. März 2018 (A.S. 55 f.) werden die Parteien zur öffentlichen Verhandlung auf den 20. Juni 2018, 14:00 Uhr, vorgeladen. 10.2 Die im Rahmen der öffentlichen Verhandlung (vgl. Protokoll, A.S. 61 f.) gestellten Beweisanträge, es seien ein Schreiben des unentgeltlichen Rechtsbeistands vom 13. Oktober 2016, ein Schreiben der Beschwerdegegnerin vom 19. Januar 2017 (in anderer Sache) sowie ein Zeitungsartikel aus der Solothurner Zeitung vom 22. Februar 2017 zu den Akten zu nehmen, werden gutgeheissen. Der Antrag, es sei Dr. med. H.____, ehemaliger Arzt des Regionalen Ärztlichen Dienstes, als Zeuge bzw. Auskunftsperson zu befragen, wird indessen abgewiesen. Der unentgeltliche Rechtsbeistand hält im Anschluss einen Parteivortrag, in dem die Rechtsbegehren gemäss Beschwerdeschrift bestätigt und begründet werden (vgl. Protokoll, A.S. 61 f.). Ausserdem reicht er eine ergänzende Kostennote ein (A.S. 58 ff.). Die Beschwerdegegnerin, der das Erscheinen freigestellt worden ist (A.S. 55), nimmt an der Verhandlung nicht teil. 11. Auf die weiteren Ausführungen in den Rechtsschriften der Parteien wird, soweit erforderlich, in den folgenden Erwägungen eingegangen. Im Übrigen wird auf die Akten verwiesen. II. 1. Die Sachurteilsvoraussetzungen (Einhaltung von Frist und Form, örtliche und sachliche Zuständigkeit des angerufenen Gerichts) sind erfüllt. Auf die Beschwerde ist einzutreten. 2. 2.1 Die Beschwerdegegnerin legt in der angefochtenen Verfügung (A.S. 1 ff.) dar, die Abklärungen hätten ergeben, dass keine medizinische Diagnose vorliege, die eine lang dauernde Arbeitsunfähigkeit begründe. Es sei dem Beschwerdeführer weiterhin möglich und zumutbar, der zuletzt ausgeübten Tätigkeit oder einer angepassten Tätigkeit nachzugehen. Somit könne er ein rentenausschliessendes Einkommen erzielen und es liege keine Invalidität im Sinne des Gesetzes vor. Ebenfalls bestehe keine Arbeitsunfähigkeit, die einen Anspruch auf berufliche Massnahmen begründen würde. Zu den Einwänden nehme man wie folgt Stellung: Das eingeholte Gutachten sei beweiskräftig. Die Rechtsprechung erkenne den Testverfahren wie dem AMDP höchstens ergänzende Funktion zu, während die klinische Untersuchung mit Anamneseerhebung, Symptomerfassung und Verhaltensbeobachtung entscheidend bleibe. Der Gutachter habe sich mit sämtlichen vordiagnostizierten Leiden auseinandergesetzt. Auch bezüglich der neu vorgebrachten Intelligenzminderung könne auf das Administrativgutachten abgestellt werden. Während dieser Begutachtung hätten sich keinerlei derartige Hinweise gefunden. Aus dem psychischen Befund gehe hervor, dass der Beschwerdeführer in der Lage sei, seine persönlichen Angelegenheiten zu regeln. Zudem hätten sich Hinweise auf ein defizitorientiertes und ausdrucksstarkes Verhalten ergeben. Vor diesem Hintergrund hätte davon abgesehen werden können, dem Gutachter die Stellungnahme des behandelnden Psychiaters vom 14. Mai 2015 sowie Ziff. 1 der Eingabe des Rechtsvertreters vom 16. November 2015 zur Stellungnahme vorzulegen. Die Stellungnahmen des Gutachters sowie des RAD dazu würden dem Beschwerdeführer aber der Vollständigkeit halber zur Kenntnisnahme zugestellt. Das Einholen fremdanamnestischer Auskünfte liege im Ermessen des Gutachters. Von der geforderten RAD-internen Untersuchung sei abzusehen. Laut RAD habe nie eine Notwendigkeit dazu bestanden. Wenn der rechtserhebliche Sachverhalt umfassend abgeklärt sei, könnten von zusätzlichen Beweismassnahmen ohnehin keine neuen Erkenntnisse erwartet werden. 2.2 Der Beschwerdeführer lässt dem in seiner Beschwerde (A.S. 5 ff.) und der Beschwerdeergänzung (A.S. 25 ff.) entgegenhalten, in formeller Hinsicht werde zunächst und primär eine schwerwiegende Verletzung des rechtlichen Gehörs gerügt. Die Beschwerdegegnerin habe bei Dr. med. F.____ eine Stellungnahme zu den Einwänden des

Rechtsvertreter und dem Arztbericht von Dr. med. C.____ vom 14. Mai 2015 eingeholt. Diese sei als entscheidend eingestuft worden, ansonsten wäre sie nicht eingeholt worden. Zudem sei die Stellungnahme auf die Kritik von Dr. med. C.____ eingegangen, womit sie beweisrelevant gewesen sei. Indem diese Stellungnahme dem Beschwerdeführer nicht vor Verfügungserlass zugestellt worden sei, sei der Anspruch auf rechtliches Gehör verletzt worden. Auch die Vorschriften über das Akteneinsichtsrecht und das Vorbescheidverfahren seien verletzt worden, indem diese Stellungnahme erst mit Verfügungserlass zugestellt worden sei. Eine Rückweisung der Sache würde keinen formalistischen Leerlauf darstellen, weil der Beschwerdeführer nur so noch Beweismittel einbringen könne, für welche er zum Verfügungszeitpunkt keine Veranlassung gesehen habe. Sollte das Gericht zu einem anderen Schluss kommen, müsste dies bei der Kostenregelung zur Folge haben, dass dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung zuzusprechen wäre. Die Beschwerdegegnerin habe sich im vorliegenden Fall auch rechtsmissbräuchlich verhalten. Nachdem die Stellungnahme des behandelnden Arztes vom 14. Mai 2015 eingegangen sei, habe sie dem Beschwerdeführer mitgeteilt: «Um Ihr Gesuch auf Leistungen der Invalidenversicherung beurteilen zu können, ist eine medizinische Abklärung bei unserer IV-Stelle (...) notwendig». Die Abklärung hätte am 27. Juli 2015 durch Dr. med. G.____ stattfinden sollen. Nachdem der Beschwerdeführer zum Termin nicht erschienen sei, habe Dr. med. E.____ vom RAD – sichtlich verärgert über das Nichterscheinen – festgehalten, eine Abklärung sei nun doch nicht nötig. Die Untersuchung sei nur anberaumt worden, weil der behandelnde Arzt darum gebeten habe. Nachdem der Beschwerdeführer die Durchführung der Untersuchung noch einmal gemahnt habe, sei die angefochtene Verfügung erlassen worden, in welcher ausgeführt worden sei, es habe nie eine Notwendigkeit für eine solche Untersuchung bestanden. Es widerspreche Treu und Glauben, eine aufgrund einer konkreten Beweiswürdigung für notwendig befundene Beweismassnahme anzuordnen, um dann später bei absolut unveränderter Sachlage mittels abweichender Beweiswürdigung darauf zu verzichten. Wenn der RAD festhalte, dass die Fragen bezüglich Diagnosen und Arbeitsfähigkeit nach einem explorativen Gespräch mit Dr. med. G.____ noch einmal zu unterbreiten seien, dann sei damit zweierlei verbunden, nämlich dass sich das Vorliegen einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis nicht zweifellos aus der Expertise erschliesse und hierzu eine Beurteilung durch einen Arzt erforderlich sei, und dass dies eine Zusicherung darstelle, die dem Beschwerdeführer sogar schriftlich eröffnet worden sei. Es stelle ein unzulässiges venire contra factum proprium dar, trotz erfolgter Zusicherung keine psychiatrische Abklärung durch den RAD durchführen zu lassen. Dass der Beschwerdeführer nicht zur Untersuchung erschienen sei, ändere daran nichts, zumal das Nichterscheinen nicht aus Absicht erfolgt sei. Ein Mahn- und Bedenkzeitverfahren sei ebenfalls nicht durchgeführt worden. Der von der Beschwerdegegnerin beauftragte Gutachter, Dr. med. F.____, müsse als nicht ergebnisoffen und damit befangen eingestuft werden. Er verneine so gut wie immer eine relevante Arbeitsunfähigkeit. Darüber werde einerseits in einem Verfahren durch Rechtsanwalt I.____ Beweis geführt, andererseits ergebe sich dies aus der Stellungnahme von Dr. med. F.____ vom 27. Januar 2016. Der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte habe bereits mehrfach festgehalten, dass die Organisationsgarantie nach Art. 6 Ziff. 1 der Konvention zum Schutze der Menschenrechte und Grundfreiheiten (SR 0.101; EMRK) und damit auch nach Art. 30 Bundesverfassung (SR 101; BV), also der Anspruch auf ein unabhängiges und unparteiisches Gericht, auch für alle materiellen Entscheidungsträger Geltung habe, damit auch auf Stufe der Verwaltung. Auch die von der Beschwerdegegnerin ausgewählten Gutachter

gehörten zu diesen justizförmigen, unabhängigen und unparteiischen Spruchkörpern. Eine anderslautende Sichtweise würde dazu führen, dass den Verwaltungsgutachtern der IV der heutige generelle Status der Unabhängigkeit nach der Konzeption des Schweizerischen Sozialversicherungsrechts genommen würde und sie als gewöhnliche Parteigutachter zu behandeln wären. Dr. med. F.____ sei von der Beschwerdegegnerin in den Jahren 2012 bis 2014 87-mal mit einer Begutachtung beauftragt worden. Es handle sich bei seiner GmbH nicht um eine L.____-Gutachterstelle im Verbund der SuisseMED@P. Dr. med. F.____ erstelle gerichtsnotorisch ausschliesslich monodisziplinäre, psychiatrische Gutachten. Sollte sich die Beschwerdegegnerin weigern bekannt zu geben, in wie vielen dieser 87 Fälle Dr. med. F.____ eine Arbeitsunfähigkeit von über 40 % attestiert habe, sei im Sinne der Beweislastumkehr und gestützt auf den Grundsatz der freien Beweiswürdigung davon auszugehen, dass bei den Gutachten von Dr. med. F.____ nie eine Arbeitsunfähigkeit von mehr als 40 % attestiert worden sei, was die fehlende Ergebnisoffenheit indizieren würde. Der Anschein der Befangenheit ergebe sich auch aus dem Inhalt des Schreibens von Dr. med. F.____ vom 27. Januar 2016. Dieser werfe dem behandelnden Arzt vor, es sei dessen «Anliegen», den Beschwerdeführer als nachhaltig krank darzustellen, d.h. er werfe ihm vor, Gefälligkeitsgutachten zu erstellen. Der Gutachter verlasse den Boden der Sachlichkeit. Offensichtlich sehe er es erklärermassen als seine Aufgabe an, die Zusprache von Renten zu verhindern. Dies zeige sich in seinen Äusserungen dazu, dass es in der Vergangenheit immer wieder zu «Zusprachen von Renten wegen offensichtlich fehlerhaften Begutachtungen» gekommen sei. Dass Fehleinschätzungen auch zu ungerechtfertigten Rentenverweigerungen führen könnten, scheine er nicht einmal ansatzweise in Betracht zu ziehen. Die gleichen Bedenken zeigten sich in einem Schreiben von Dr. med. F.____ vom 9. August 2016, in welchem dieser eine gegenüber Rechtsanwälten feindliche Einstellung kundtue. Dieser habe die ihm als Experte zukommende Obliegenheit, sich hinsichtlich allfälliger Vorwürfe belastbar zu zeigen, absolut verlassen. Er greife direkt Anwälte an und respektiere vor allem nicht, dass es das Recht eines jeden Einzelnen sei, die Unabhängigkeit von Gutachterpersonen in Frage zu stellen. Schliesslich sei die Expertise von Dr. med. F.____ nicht beweiskräftig. Der erhobene Psychostatus sei sehr spärlich. Es sei kein ausführlicher klinisch-psychiatrischer Befund erhoben worden einschliesslich eines Status nach AMDP. Das Gutachten entspreche damit nicht den vom Bundesamt für Sozialversicherungen als verbindlich erklärten «Qualitätsleitlinien für psychiatrische Gutachten in der Eidgenössischen Invalidenversicherung» der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP). Es sei unerfindlich, wie der Gutachter die in den Vorberichten beschriebenen psychotischen Symptome einfach mit dem raschen Ansprechen auf eine medikamentöse Behandlung abtue. Es spreche im Gegenteil für die beschriebenen Symptome, wenn der Beschwerdeführer unter antipsychotischer Medikation verringerte psychotische Symptome zeige. Der Ausschluss sämtlicher vordiagnostizierter psychischer Störungsbilder erfolge nicht kriterienorientiert. Auch dass der Beschwerdeführer keine Rücksprache mit dem behandelnden Arzt genommen habe, schmälere den Beweiswert, da das vorliegende Störungsbild fremdanamnestischer Auskünfte bedürfe. Der Gutachter habe sich nicht einmal verbindlich festgelegt, indem er im Gutachten auch ausgeführt habe, dass auf die Behandelbarkeit einer Erkrankung aus dem Spektrum der schizophrenen Störungen hinzuweisen sei.

3. 3.1 Der Beschwerdeführer lässt vorab eine Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör rügen, weil die Beschwerdegegnerin ihm die Stellungnahme von Dr. med. F.____ vom 27. Januar 2016 erst zusammen mit der angefochtenen Verfügung zugestellt hat.

3.2 Gemäss Art. 29

Abs. 2 BV haben die Parteien Anspruch auf rechtliches Gehör. Dieses dient einerseits der Sachaufklärung. Andererseits stellt es ein persönlichkeitsbezogenes Mitwirkungsrecht beim Erlass eines Entscheides dar, der in die Rechtsstellung des Einzelnen eingreift. Dazu gehört insbesondere das Recht des Betroffenen, sich vor Erlass eines solchen Entscheides zur Sache zu äussern, erhebliche Beweise beizubringen, Einsicht in die Akten zu nehmen, mit erheblichen Beweisanträgen gehört zu werden und an der Erhebung wesentlicher Beweise entweder mitzuwirken oder sich zumindest zum Beweisergebnis zu äussern, wenn dieses geeignet ist, den Entscheid zu beeinflussen. Der Anspruch auf rechtliches Gehör umfasst als Mitwirkungsrecht alle Befugnisse, die einer Partei einzuräumen sind, damit sie in einem Verfahren ihren Standpunkt wirksam zur Geltung bringen kann (BGE 135 I 279 E. 2.3 S. 282, 135 II 286 E. 5.1 S. 293, 132 V 368 E. 3.1 S. 370 mit Hinweisen).

3.3 Die Beschwerdegegnerin ersuchte Dr. med. F.____ am 24. Dezember 2015 unter Beilage der Einwendungen von Dr. med. C.____ vom 14. Mai 2015 und des Einwandschreibens des Beschwerdeführers vom 16. November 2015 um Stellungnahme (IV-Nr. 50). Dem kam der Gutachter am 27. Januar 2016 nach (IV-Nr. 51). Eine weitere Stellungnahme holte die Beschwerdegegnerin beim RAD ein. Diese erfolgte am 11. April 2016 (IV-Nr. 53). Beide Stellungnahmen legte die Beschwerdegegnerin dem angefochtenen Entscheid bei. Sie führte darin dazu aus, es hätte davon abgesehen werden können, die Stellungnahmen mit dem Entscheid zuzustellen, weil für den medizinischen Sachverhalt nicht darauf abgestellt werden müsse. Es ergebe sich bereits alles aus dem Administrativgutachten vom 5. Mai 2015.

3.4 Das Recht, angehört zu werden, ist formeller Natur. Eine Verletzung desselben führt ungeachtet der Erfolgsaussichten der Beschwerde in der Sache selbst zur Aufhebung des angefochtenen Entscheids. Es kommt mit anderen Worten nicht darauf an, ob die Anhörung im konkreten Fall für den Ausgang der materiellen Streitentscheidung von Bedeutung ist, d.h. die Behörde zu einer Änderung ihres Entscheids veranlasst wird oder nicht (BGE 127 V 431 E. 3d/aa S. 437, 132 V 387 E. 5.1 S. 390). Nach der Rechtsprechung kann aber jedenfalls eine nicht besonders schwerwiegende Verletzung des rechtlichen Gehörs als geheilt gelten, wenn die betroffene Person die Möglichkeit erhält, sich vor einer Beschwerdeinstanz zu äussern, die sowohl den Sachverhalt wie die Rechtslage frei überprüfen kann (BGE 133 I 201 E. 2.2 S. 204, 127 V 431 E. 3d/aa S. 438). Von einer Rückweisung der Sache ist selbst bei einer schwerwiegenden Verletzung des rechtlichen Gehörs dann abzusehen, wenn und soweit die Rückweisung zu einem formalistischen Leerlauf und damit zu unnötigen Verzögerungen führen würde, die mit dem (der Anhörung gleichgestellten) Interesse der betroffenen Partei an einer beförderlichen Beurteilung der Sache nicht zu vereinbaren wären (BGE 133 I 201 E. 2.2 S. 204 f., 132 V 387 E. 5.1 S. 390).

3.5 Die Beschwerdegegnerin hat es unterlassen, dem Beschwerdeführer vor Erlass der angefochtenen Verfügung zwei von ihr eingeholte Stellungnahmen (bei Dr. med. F.____ und dem RAD) zuzustellen. Grundsätzlich sollte die Verfügung in der Sache erst ergehen, nachdem den Parteien sämtliche zusätzlich eingeholten Unterlagen zu Kenntnis gebracht worden sind. Im konkreten Fall war die Beschwerdegegnerin indessen aufgrund des Gehörsanspruchs nicht zwingend gehalten, dem Beschwerdeführer die betroffenen Stellungnahmen vor Erlass des angefochtenen Entscheids zu Kenntnis zu bringen. In beiden Stellungnahmen sind keine neuen Gesichtspunkte enthalten, die einen Einfluss auf ihren Entscheid hatten. Dies wird in der angefochtenen Verfügung explizit erwähnt. Während in der Stellungnahme des RAD einzig deklariert wird, es könne weiterhin an der bisherigen Beurteilung festgehalten werden, enthält die Stellungnahme von Dr. med. F.____ zunächst eine Wiederholung der bereits im Gutachten dargelegten Aktenlage, um dann im

Allgemeinen auf die Vorgehensweise bei der Erstellung von versicherungsmedizinischen Gutachten einzugehen bzw. den diesbezüglichen Einwendungen des Beschwerdeführers und des behandelnden Arztes Stellung zu beziehen. Insofern ist dieser Stellungnahme kein Beweiswert hinsichtlich der Abklärung der medizinischen Sachlage beizumessen. Weil das Versicherungsgericht im Beschwerdeverfahren über volle Kognition verfügt und nach dem Untersuchungsgrundsatz wie dem Prinzip der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG, SR 830.1) vorzugehen hat, wäre eine Heilung eines festgestellten Verfahrensmangels ohnehin grundsätzlich möglich. Da sich beiden, mit dem angefochtenen Entscheid zugestellten Stellungnahmen keine grundlegend neuen Erkenntnisse entnehmen lassen und der Beschwerdeführer sich im Beschwerdeverfahren umfassend äussern kann, besteht kein derart schwerwiegender Mangel, der angesichts der vollen Kognition des Versicherungsgerichts nicht geheilt werden könnte (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_944/2010 vom 21. März 2011 E. 4.2). Eine Rückweisung müsste als prozessualer Leerlauf qualifiziert werden, der das Verfahren verlängern würde, ohne dass irgendein möglicher Nutzen erkennbar wäre. Ein aus dem Verhalten der Beschwerdegegnerin allenfalls abzuleitender Verfahrensmangel wäre daher im Beschwerdeverfahren zu heilen und von einer Rückweisung aus formellen Gründen abzusehen. Im Übrigen wäre eine Partei aufgrund einer Gehörsverletzung nur insoweit zu entschädigen, als bei ihr nennenswerte (zusätzliche) Kosten entstanden sind, die ohne die Gehörsverletzung nicht angefallen wären (Urteile des Bundesgerichts 8C_212/2016 vom 8. August 2016 E. 2.2, 8C_325/2007 vom 18. Februar 2008, I 329/05 vom 10. Februar 2006 E. 2.3.2, sowie 8C_758/2009 vom 12. Februar 2010, E. 2.3 und 2.4), was im vorliegenden Fall ohne Weiteres zu verneinen ist. Es besteht kein Zweifel daran, dass die Beschwerde auch erhoben worden wäre, wenn der Beschwerdeführer vorgängig Kenntnis von der ergänzenden Stellungnahme der Gutachter erhalten hätte.

4. 4.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein. Die Invalidität gilt als eingetreten, sobald sie die für die Begründung des Anspruchs auf die jeweilige Leistung erforderliche Art und Schwere erreicht hat (Art. 4 Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG, SR 831.20]).

4.2 In zeitlicher Hinsicht sind – vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen – grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 132 V 215 E. 3.1.1 S. 220, 131 V 9 E. 1 S. 11 und 107 E. 1 S. 109, 127 V 466 E. 1 S. 467). Im vorliegenden Fall wird eine gesundheitliche Beeinträchtigung seit April 2012 (IV-Nr. 2 S. 8 Ziff. 6.7) geltend gemacht, d.h. eine rentenbegründende Invalidität kann erst nach Ablauf der einjährigen Wartezeit im April 2013 vorliegen. Der Rentenanspruch wiederum entsteht – sofern die entsprechenden Anspruchsvoraussetzungen gegeben sind – frühestens sechs Monate nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs (vgl. Anmeldung vom 20. Juni 2012), was hier im Dezember 2012 und somit noch vor Ablauf des Wartjahres der Fall wäre. Ein allfälliger Rentenanspruch kann demnach frühestens ab April 2013 gegeben sein. Damit sind die ab 1. Januar 2012 geltenden Bestimmungen der 6. IV-Revision massgebend.

4.3 Nach der seit 2012 geltenden Rechtslage haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), und die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch

durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. b und c). Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente. 5.

5.1 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung gestellt haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 132 V 93 E. 4 S. 99 f., 125 V 256 E. 4 S. 261).

5.2 Das Administrativverfahren vor der IV-Stelle wie auch der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben IV-Stelle und Sozialversicherungsgericht den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichend Klarheit besteht. Der Untersuchungsgrundsatz weist enge Bezüge zum – auf Verwaltungs- und Gerichtsstufe ebenfalls in gleicher Weise geltenden – Prinzip der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c in fine ATSG) auf (einschliesslich die antizipierte Beweiswürdigung): Führt die pflichtgemässe, umfassende und sachbezogene Beweiswürdigung den Versicherungsträger oder das Gericht zur Überzeugung, der Sachverhalt sei hinreichend abgeklärt, darf von weiteren Untersuchungen (Beweismassnahmen) abgesehen werden. Ergibt die Beweiswürdigung jedoch, dass erhebliche Zweifel an Vollständigkeit und/oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellungen bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteil des Bundesgerichts 8C_308/2007 vom 9. April 2008 E. 2.2.1, mit vielen Hinweisen).

5.3 Der im Sozialversicherungsrecht massgebende Beweisgrad ist derjenige der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 117 V 194 E. 3b S. 194 f.). Das Bundesrecht schreibt nicht vor, wie die einzelnen Beweismittel zu würdigen sind. Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsbeschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (BGE 125 V 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. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten – d.h. der Anamnese – abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und in seinen Schlussfolgerungen begründet ist (AHI 1997 S. 121; BGE 122 V 157 E. 1c S. 160). Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten. Die Rechtsprechung erachtet es jedoch als mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (BGE 125 V 351 E. 3b S. 352 ff.). 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 135 V 465 E. 4.4 S. 470). Andererseits ist der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Ärzte im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen mitunter eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 353). 6. Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht einen Anspruch auf berufliche Massnahmen und / oder eine Rente abgewiesen hat. Hierfür sind im Wesentlichen folgende medizinische Unterlagen relevant: 6.1 Im Austrittsbericht der D.____ vom 18. Mai 2012 (IV-Nr. 10 S. 4 ff.) werden als Diagnosen ein Verdacht auf eine Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis (F20.09), ein schädlicher Gebrauch von Alkohol (F10.1) und Benzodiazepinen (F13.1) sowie ein Verdacht auf emotional-instabile Persönlichkeitszüge vom impulsiven Typ geäussert. Die Hospitalisation habe vom 18. April bis 11. Mai 2012 gedauert, wobei sich der Beschwerdeführer selbst eingewiesen habe. Er berichte über Stimmen, die er höre. Im Affekt wirke er niedergeschlagen, psychomotorisch unruhig, anamnestisch bestünden Fremdaggresivität und akute Suizidalität mit Suizidhandlungen. Der Beschwerdeführer habe am nächsten Tag nach dem Eintritt geäussert, sich nervös zu fühlen und wegen aggressiver Impulse Mühe zu haben, unter Leuten zu sein. Ansonsten habe er im Gespräch formal gedanklich geordnet und adäquat gewirkt. Auch im weiteren Verlauf hätten sich – nebst einer gewissen Einengung auf wenige Themen – keinerlei Hinweise auf formale oder inhaltliche Denkstörungen sowie Ich-Störungen ergeben. Allerdings habe ein Stimmenhören persistiert mit bedrohlichen oder erniedrigenden Inhalten. Während der Woche des Aufenthalts habe sich der Beschwerdeführer zunehmend angepasst verhalten, ruhiger und weniger reizbar gewirkt. Bei Ablauf des fürsorgerischen Freiheitsentzugs (FFE) habe er sich zum sofortigen Austritt entschieden. 6.2 Der Austrittsbericht der D.____ vom 20. Juni 2012 (IV-Nr. 10 S. 8 ff.), der nach einer Hospitalisation vom 16. Mai bis 8. Juni 2012 erstellt wurde, enthält ebenfalls die Diagnosen eines Verdachts auf Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis (F20.09), eines schädlichen Gebrauchs von Alkohol (F10.1) und Benzodiazepinen (F13.1) sowie eines Verdachts auf emotional-instabile Persönlichkeitszüge vom impulsiven Typ. Der Beschwerdeführer habe sich wiederum selbst eingewiesen, begleitet von seinem Cousin. Dieser habe geäussert, zusammen mit dem Beschwerdeführer in Mazedonien aufgewachsen zu sein und zu wissen, dass dieser dort bereits in Behandlung gewesen sei. Der Beschwerdeführer berichte, es gehe ihm seit dem Austritt vor fünf Tagen nicht wirklich besser. Er höre immer noch Stimmen und schlafe schlecht. Vor zwei Tagen sei er erstmals wieder zur Arbeit gegangen, doch ihm habe die Kraft gefehlt. Nun seien neu starke Kopfschmerzen hinzugetreten und er habe vor allem nachts Krämpfe sowie Schmerzen in den Beinen. Im Befund sei der Beschwerdeführer bewusstseinsklar, formalgedanklich auf seinen Zustand eingengt, ansonsten kohärent. Es bestünden Sinnestäuschungen in Form von Stimmen, die ihn bedrohten. Affektiv sei er niedergeschlagen, innerlich unruhig. Ein- und Durchschlafstörungen sowie intermittierende Kopfschmerzen sowie neu auftretende Krämpfe und Schmerzen in den Beinen würden geäussert. Zum Zeitpunkt der Aufnahme habe sich der Beschwerdeführer von Suizidalität distanzieren können, habe aber Angst gehabt, die Kontrolle über sich zu verlieren. Trotz einer neuroleptischen Behandlung sei keine Verbesserung des Zustandes eingetreten. Daraufhin habe man die Medikation

geändert (Aripriprazol und Valproinsäure). Durch diese Umstellung sowie der zusätzlichen Gabe eines Stimmungsstabilisators sei es im weiteren Verlauf zu einer Verbesserung gekommen. Gegen Ende sei der Beschwerdeführer besser einfühlbar und emotionaler geworden. An den therapeutischen Gesprächen habe sich ebenfalls eine deutliche Besserung der Interaktion ergeben. Während der gesamten Hospitalisation habe der Beschwerdeführer über Schlafstörungen geklagt. Nach entsprechender Medikation hätten sich diese innert kurzer Zeit verbessert. Eine MRT-Untersuchung sei ohne Befund gewesen.

6.3 Gemäss Arztbericht von Dr. med. C.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 12. Dezember 2012 (IV-Nr. 10), lagen beim Beschwerdeführer zum damaligen Zeitpunkt folgende Diagnosen vor: - Verdacht auf Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis F20.09, Beobachtungszeit weniger als 1 Jahr, - Verdacht auf emotional-instabile Persönlichkeitsstörung F60.30, mit rezidivierenden Suizidversuchen. Die Arbeitsunfähigkeit betrage 100 % vom 18. April bis 23. November 2012. Der Beschwerdeführer höre seit 2005 Stimmen. Um diese nicht mehr zu hören, habe er begonnen Alkohol zu trinken. Seit Anfang 2012 leider er an zunehmenden akustischen Halluzinationen und paranoiden Ängsten. Weiter klage er über Schlafstörungen und fühle sich verfolgt. Die Stimmen bedrohten ihn mit Mord. Er habe das Gefühl, die Leute würden ihn beobachten und schlecht über ihn reden. Alkohol trinke er keinen mehr, auch Drogen nehme er keine. Er könne sich schlecht konzentrieren und vergesse viel. Ohne grossen Anlass raste er aus. Bei der Befunderhebung stünden im Vordergrund eine paranoid-halluzinatorische Symptomatik, eine erheblich verminderte affektiv-emotionale Steuerung sowie eine verminderte kognitive Umstellungsfähigkeit und Konzentration. Die Grundstimmung sei dysphorisch. Bei komplexen Aufgaben sei der Beschwerdeführer rasch überfordert. Seit dem 23. November 2012 habe sich dieser nicht mehr bei ihm gemeldet.

6.4 Der Austrittsbericht der D.____ vom 9. September 2013 (IV-Nr. 12 S. 6 f.) über eine Hospitalisation vom 4. bis 7. September 2013 (Einweisung durch die Klinik für Unfallchirurgie K.____) enthält folgende Diagnosen: - Vorsätzliche Selbstbeschädigung durch stumpfen Gegenstand (X79), - Kokainintoxikation (F14.0), - schädlicher Gebrauch von Alkohol (F10.1), - Verdacht auf Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis (F20.9), - anamnestisch Benzodiazepinabusus (F13.1), - Verdacht auf emotional-instabile Persönlichkeitszüge vom impulsiven Typ, - Schädel-Hirn-Trauma am 2. September 2013, Nasenkontusion mit Rissquetschwunde, - Kniekontusion beidseits. Der Beschwerdeführer sei nach einem Schädelhirntrauma im Rahmen einer impulsiven Selbstverletzung bei akutem Stimmenhören zugewiesen worden. Dieser habe berichtet, keine Medikamente mehr zu Hause gehabt zu haben. Er sei mit einem Freund in eine Bar in Zürich gegangen, wo er sich schlecht gefühlt habe. Er habe viele Stimmen gehört, daraufhin ein Glas im Mund zerbrochen, sich mit den Scherben am Unterarm verletzt, mit den Fäusten ins Gesicht geschlagen und den Kopf gegen die Wand geschlagen, damit die Stimmen weggehen würden. Die niedrig dosierte Medikation sei unverändert weitergeführt worden. Der Beschwerdeführer sei nicht motiviert gewesen für einen weiteren stationären Aufenthalt. Im Bericht der K.____, Unfallchirurgie, vom 5. September 2013 (IV-Nr. 12 S 8 ff.), der dem Austrittsbericht beigelegt wurde, ist angegeben, der Beschwerdeführer sei vor einem Club aufgefunden worden. Er habe sich selbst mit einem Stein mehrfach auf den Hinterkopf sowie den Kopf mehrfach frontal gegen eine Wand geschlagen.

6.5 Der Verlaufsbericht von Dr. med. C.____ vom 29. Oktober 2013 (IV-Nr. 12) enthält folgende Diagnosen: Verdacht auf Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis F20.09 mit paranoid-halluzinatorischen Anteilen auf dem Boden einer emotional-instabilen

Persönlichkeitsstörung F60.30 mit rezidivierenden Suizidversuchen, gelegentlich episodische Alkohol- und Drogenintoxikationen. Die Arbeitsunfähigkeit betrage 100 % vom 18. April 2012 bis auf weiteres. Unter Alkoholeinfluss bestehe beim Beschwerdeführer eine erheblich verminderte affektiv-emotionale Steuerung mit selbstdestruktiven und fremdaggressiven Tendenzen mit Blackouts. Ein Drogenscreening im März / April sei negativ gewesen, der Medikamentenspiegel im Referenzbereich. Es komme zu rezidivierend paranoid-halluzinatorischen Krisen. Der Beschwerdeführer klage über diverse Ängste und Stimmenhören. Die Stimmen bedrohten ihn mit Mord. Er habe das Gefühl, sie redeten schlecht über ihn. Unter Alkohol werde er aggressiv und / oder selbstdestruktiv, könne sich nicht an alles erinnern. Ohne grossen Anlass raste er rasch aus. Bei der Befundlage stünden im Vordergrund eine paranoid-halluzinatorische Symptomatik, eine erheblich verminderte affektiv-emotionale Steuerung sowie eine verminderte kognitive Umstellungsfähigkeit und Konzentration. Die Grundstimmung sei dysphorisch. Es bestehe eine deutlich verminderte Stresstoleranz. Bei komplexen Aufgaben sei der Beschwerdeführer rasch überfordert. Langfristig lägen Probleme in der Steuerung von Gefühlen und wegen innerer Anspannung vor. Bei zwischenmenschlicher Nähe, Konflikten, Enttäuschungen oder Zurückweisungen sei der Beschwerdeführer derart überfordert, dass er mit unkontrollierbarer Wut, Verstimmungen, Impulsdurchbrüchen, Aggression, aber auch Gefühllosigkeit reagiere. Die bisherige Tätigkeit sei nicht zumutbar, Eingliederungsmassnahmen könnten die Arbeitsfähigkeit nicht verbessern. Eine Abklärung im geschützten Rahmen sei zu empfehlen.

6.6 Im Austrittsbericht der D.____ vom 21. Juli 2014 (IV-Nr. 21) über eine Hospitalisation vom 9. Mai bis 19. Juni 2014 werden folgende Diagnosen gestellt: - paranoide Schizophrenie (F20.0), - schädlicher Gebrauch von Alkohol (F10.1), - anamnestisch Benzodiazepin-Abusus (F13.1). Es handle sich um eine Selbsteinweisung nach emotionaler Ausnahmereaktion (Muskelanspannung, Affektausbruch in Form von Weinen). Der Beschwerdeführer sei wach und bewusstseinsklar (habe die Anforderungen befolgen können). Das formale und inhaltliche Denken sei nicht prüfbar, ein affektiver Rapport nicht zustande gekommen. Es bestünden eine hohe körperliche Anspannung, eine verminderte Fähigkeit zu stehen oder zu gehen, jedoch kein Anhalt für akute Selbst- oder Fremdgefährdung. Nach entsprechender Gabe von Medikamenten sei eine deutliche Reduktion der Symptome beobachtet worden und es habe ein geordnetes Gespräch geführt werden können. Psychopathologisch hätten ausser Verfolgungswahn und Ich-Störungen (Derealisation) sehr quälende und angstauslösende akustische Halluzinationen bestanden, die beim Beschwerdeführer aggressive Ausbrüche sowie selbstverletzende und suizidale Handlungen auslösten. Im formalen Denken sei er verlangsamt und psychomotorisch unruhig gewesen. Die Urinproben auf sämtliche untersuchten Drogen und andere Substanzen seien negativ gewesen. In Anbetracht der offenkundigen, langjährig vorbestehenden psychotischen Symptome sei die Diagnose einer paranoiden Schizophrenie gestellt worden. Bei Optimierung der antipsychotischen Behandlung habe der Beschwerdeführer über ein fast vollständiges Abklingen der Angstzustände berichtet, die akustischen Halluzinationen würden jedoch weiterhin bestehen. Im Zuge einer Umstellung der Medikation habe sich das Stimmenhören sukzessive bis auf ein subklinisches, subjektiv vom Beschwerdeführer als nicht mehr störend empfundenes Niveau herabsetzen lassen. Auch die Episoden von Reizüberflutung hätten abgenommen.

6.7 Das von der Beschwerdegegnerin eingeholte Gutachten von Dr. med. F.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 5. Mai 2015 (IV-Nr. 31) enthält folgende subjektiven Angaben des Beschwerdeführers: Seine Stimmung habe in den

letzten Wochen geschwankt. Nachts habe er schlecht geschlafen. Er höre Stimmen. Es seien Männer, die ihn umbringen wollten. Er höre auch Schritte. Wenn er die Stimmen höre, verkrampfe es sich bei ihm in Bauch und Nacken. Er habe dann Angst, nehme seinen Pfefferspray oder ein Messer, schalte den Fernseher laut ein, um die Stimme nicht zu hören. Er könne nicht mit Familienangehörigen sprechen. Morgens beim Aufstehen habe er manchmal Kopfweh, als sei er zusammengeschlagen worden. Auf Frage, was er selber denke, was seine Erkrankung sei: Er habe schon zweimal Suizid gemacht. Ihm sei immerzu danach, die Kombination von Schnaps und Medikamenten einzunehmen. Er sei traurig. Wenn er sich ansehe, höre er die Stimme, «warum schaut mich der so an», wenn er eine Frau ansehe, denke diese, er wolle Sex. Er sei ja nicht Doktor. Dr. med. C. ___ sei zuständig. Er wisse nur, dass er Probleme habe. Das Spital habe gesagt, es sei eine Paranoia, so wie eine Schizophrenie. An Medikamenten nehme er ein, was die Spitex ihm einpacke. Es helfe ihm vor allem gegen die Stimmen. Er müsse mit Licht schlafen, wenn er die Augen schliesse, sehe er blaue Linien. Wenn er draussen sei, womöglich mit Kollegen, gehe es ihm besser. Kokain habe er seit einem Jahr nicht mehr genommen. Die Spitex und Dr. med. C. ___ hätten gesagt, wenn er eine Stimme höre, solle er mehr Medikamente nehmen. Es werde ihm davon jedoch schwindlig und er werde müde, weshalb er lieber nach draussen gehe und seine Freunde treffe. Zu den Aktivitäten des täglichen Lebens habe der Beschwerdeführer angegeben sich nicht erinnern zu können, was er an der Mehrzahl der vergangenen Tage der letzten zwei Wochen gemacht habe. Er sei zu Hause gewesen, manchmal in einem Restaurant, er schaue immer, wer da sei. Er sei momentan alleine in seiner Wohnung. Seine Freundin sei abgereist, nachdem er sie geschlagen habe. Ca. um 5:00 Uhr erwache er. Wenn er von einem Albtraum erwacht sei, gehe er laufen oder telefoniere mit einem Kollegen oder seinem Cousin. Um ca. 15:00 Uhr stehe er auf. Sein Nachbar «Lulzim» helfe ihm, die Wohnung zu putzen. Wenn er aufstehe, trinke er zuerst einen Kaffee und rauche eine Zigarette. Dann telefoniere er mit seinem Nachbarn «Lulzim» oder seinem Cousin, wenn er nach draussen gehen wolle. Die Freundin Sorge für das Essen, oder auch «Lulzim». Manchmal habe er aber auch schlechte Nerven, habe auch schon in der Wohnung alles kaputt gemacht. Er gehe in den albanisch-türkischen Klub oder auch in ein Restaurant, esse ein Sandwich. Er müsse nicht dafür bezahlen, weil andere für ihn aufkämen. Im Club würden die anderen über ihn lachen und sagen, er sei der Vater der Medikation. Zwar seien dort alles seine Freunde, er sei jedoch traurig. Im Gespräch sei er lieber alleine mit einem als mit vielen. Bezüglich des Konsums psychotroper Substanzen habe der Beschwerdeführer angegeben, aktuell keine illegalen psychotropen Substanzen einzunehmen. In der Vorgeschichte habe ein missbräuchlicher Konsum von Kokain und Alkohol bestanden. Der Gutachter erhebt folgende Befunde: Im Rahmen der Untersuchung hätten sich Hinweise auf ein defizitorientiertes und ausdrucksstarkes Verhalten ergeben. Der Beschwerdeführer sei wach und bewusstseinsklar gewesen, zu allen Qualitäten orientiert. Seiner situativen Einschätzung – er habe gedacht, im Auftrag der Krankenversicherung zur Untersuchung kommen zu müssen – sei Ausdruckscharakter beizumessen. Sämtliche Fragen seien ohne Zögern beantwortet worden. Dabei hätten sich Hinweise auf defizitorientierte Angaben gezeigt. Mangelnde Mitwirkungsbereitschaft sei hinsichtlich des Erhebens der beruflichen Vorgeschichte gegeben. Aus den Angaben in der Exploration und dem in der Untersuchung gezeigten Verhalten sei keine spezifische Persönlichkeitsstörung gemäss ICD-10 abzuleiten. Formale oder inhaltliche Denkstörungen hätten nicht vorgelegen, es seien keine Gedankenabrisse, Inkohärenzen, Assoziationslockerungen, Danebenreden, Verlangsamung oder Beschleunigung des

Denkens, überwertige Ideen, Wahn oder Hinweise auf Fehleinschätzungen beobachtet worden. Auch hätten keine Ich-Störungen im Sinne von Gedankeneingabe, Gedankenausbreiten oder Fremdbeeinflussungserleben vorgelegen, auch wenn der Beschwerdeführer angegeben habe, dass er das Gefühl habe, andere Menschen würden seine Gedanken lesen können. Die angegebene Wahrnehmungsstörung des Stimmhörens habe sich nicht beurteilen lassen. Die explizite Befragung dazu, ob es sich um kommentierende oder imperative Stimmen handle, von wem diese seien, ob sie verstanden würden, hätten den Hinweis darauf ergeben, dass auch hier defizitorientierte Angaben gemacht würden. Jedenfalls habe sich aus psychiatrischer Beurteilung heraus das Vorliegen akustischer Halluzinationen nicht nachvollziehen lassen. Der affektive Rapport zum Beschwerdeführer sei gut herstellbar gewesen. Dieser habe angegeben, Freunde und Kollegen im albanisch-türkischen Club zu haben, andererseits dort belächelt zu werden. Er habe ausgeführt, sich eine Familie zu wünschen, wobei partnerschaftlichen Beziehungen für ihn schwierig seien. Der Hinweis, gerne mit dem Cousin oder dem befreundeten Nachbarn laufen oder in ein Restaurant zu gehen, sei emotional adäquat. Der Beschwerdeführer habe von Lebensüberdross in vergangenen Situationen berichtet, womöglich auch unter dem Einfluss psychotroper Substanzen. Aktuell hätten sich keine Suizidalität oder ein Lebensüberdross gezeigt. Es hätten weder Ambivalenz noch Ambitendenz vorgelegen, der Beschwerdeführer sei als fähig eingeschätzt worden, seine persönlichen Angelegenheiten zu regeln. Der Gutachter kommt zum Schluss, dass keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zu stellen sei. Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit hält er fest: Vordiagnostiziert: - Paranoide Schizophrenie ICD-10 F20.0, aus versicherungspsychiatrischer Sicht diskussionsbedürftig, - Schädlicher Gebrauch von verschiedenen psychotropen Substanzen mit Intoxikation von Alkohol F10.1, Kokain F14.0, und Benzodiazepinen F13.1, aus versicherungspsychiatrischer Sicht diskussionsbedürftig, - Emotional instabile Persönlichkeitsstörung impulsiver Typus F60.30, aus versicherungspsychiatrischer Sicht diskussionsbedürftig. 6.8 Gemäss Verlaufsbericht von Dr. med. C.____ vom 20. Mai 2016 (IV-Nr. 54) habe die letzte Untersuchung am 20. Mai 2016 stattgefunden. Die Orientierung zu allen Qualitäten sei gegeben gewesen. Es seien keine relevanten Sprachprobleme beobachtet worden, abgesehen von mittelgradigen Unsicherheiten und Misstrauen. Die Fähigkeit Neues zu lernen, sich an Situationen anzupassen oder abstrakt zu denken, sei stark vermindert. Es seien Aufmerksamkeitsdefizite beobachtbar, die Konzentration sei beeinträchtigt, die kognitive Umstellungsfähigkeit vermindert. Das Gefühlsleben sei schwankend und von innerer Unruhe geprägt. Der Beschwerdeführer habe das Gefühl, die Leute redeten über ihn oder lachten ihn aus. Es bestehe eine Nähe-Distanz-Problematik mit oft unkontrollierten affektiv-emotionalen Reaktionen wie Wut und Ärger. Der Beschwerdeführer fühle sich verfolgt. Die affektive Steuerung sei deutlich vermindert. Gelegentlich bzw. situationsbedingt träten akustische Halluzinationen auf, die ihn beschimpften, zur Suizidalität aufforderten oder mit dem Tod bedrohten. Im Vordergrund stünden jedoch praktisch unverändert affektiv-kognitive Defizite. Das allgemeine Wissen und der Antrieb seien vermindert. Auch die soziopraktische Belastbarkeit sei stark vermindert. Es liege stets eine Beeinträchtigung des Anpassungsverhalten vor. Folgende Diagnosen seien zu stellen: - Unterdurchschnittliche bis grenzwertige Intelligenzminderung, - Stark akzentuierende emotional-instabile Persönlichkeitsstörung mit verminderter affektiv-emotionaler Steuerung auf dem Boden verminderter geistig-kognitiver Ressourcen, - Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis mit paranoid-halluzinatorischen Anteilen. Es liege ein

komplexes Krankheitsbild mit Veränderungen von Wahrnehmung, Denken, Affektivität und Verhalten vor. Es fänden sich eine erhebliche emotionale Dysregulation in Zusammenhang mit emotional geprägten Wahnideen und akustischen Halluzinationen. Es bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit für jegliche Tätigkeiten im freien Markt. Die Prognose sei schlecht, das Leiden chronifiziert. Die innerpsychischen Ressourcen seien aufgrund des Ich-Strukturdefizits erheblich beeinträchtigt. Es bestehe eine Diskrepanz zwischen den geschilderten Symptomen und dem gezeigten Verhalten in der Untersuchung. Zum aktuellen Zeitpunkt besitze der Beschwerdeführer die Fähigkeit, einem Gespräch zu folgen sowie Fragen und deren Sinngehalt zu erfassen. Komplexe Fragen und Situationen würden ihn kognitiv überfordern, wobei kurze psychotisch-dissoziative Krisen auftreten könnten. 7. Die Beschwerdegegnerin stellt im angefochtenen Entscheid im Wesentlichen auf das psychiatrische Gutachten von Dr. med. F.____ vom 5. Mai 2015 (IV-Nr. 31) ab, weshalb dessen Beweiswert zu prüfen ist. 7.1 Hierzu kann zunächst gesagt werden, dass das Gutachten auf umfassender Aktenkenntnis und -analyse sowie einer Untersuchung des Beschwerdeführers unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden beruht und von einem Facharzt auf dem entsprechenden Gebiet erstellt wurde. Das Gutachten erfüllt die grundsätzlichen Anforderungen an eine beweiskräftige Expertise. Inhaltlich leitet Dr. med. F.____ unter einlässlicher Diskussion der vorliegenden ärztlichen Einschätzungen seine Beurteilung nachvollziehbar her. So wird zunächst die Biographie beleuchtet, wobei der Gutachter feststellt, dass hierzu nur spärliche Angaben bestehen und der Beschwerdeführer in der aktuellen Untersuchung ebenfalls nur sehr knappe Angaben machen wollen. Er verweist dann auf den Austrittsbericht der D.____ vom 18. Mai 2012 (IV-Nr. 10 S. 4 ff.), in welchem die von einem früheren behandelnden Psychiater erhobene Lebensgeschichte beschrieben wird. Aus diesen Hinweisen (aufgewachsen im Balkan, 1989 Migration nach Italien, Mitglied einer kriminellen Organisation, während fünf Jahren in Haft, Verfolgungswahn, Eifersucht, die zum Paarkonflikt mit der ihm versprochenen Frau geführt habe) schliesst Dr. med. F.____ auf eine schwierige Lebensgeschichte. Hervorgehoben wird dabei der lebensgeschichtliche Hinweis auf womögliche Delikte, die auf impulsives Verhalten schliessen liessen. Richtigerweise hält er dann aber auch fest, dass sich aus den fremdanamnestischen Auskünften des damals behandelnden Psychiaters (bei dem der Beschwerdeführer bis 2007 in Behandlung stand) grundsätzlich keine Hinweise auf das Vorliegen einer schizophrenen Symptomatik in der Biographie ergeben. Hier weist der Gutachter auch auf die Tatsache hin, dass der Beschwerdeführer im Intake-Gespräch (IV-Nr. 7) selber angegeben hatte, die psychischen Probleme seien zwar schon immer vorhanden gewesen, ausschlaggebend sei aber die Trennung von seiner Ehefrau gewesen, vor 2005 habe er keine Probleme gehabt. Es ist somit festzustellen, dass sich bis zur ersten Hospitalisation in der psychiatrischen Klinik am 18. April 2012 keine klaren Hinweise auf eine vorbestehende Erkrankung ergeben, die als Schizophrenie zu bezeichnen wäre. In diesem Zusammenhang wird vom Gutachter auch als auffällig beschrieben, dass der Beschwerdeführer zwischen März und Oktober 2011 offensichtlich in der Lage war, einer Arbeitstätigkeit nachzugehen, die ihm durchschnittlich mehrere Tausend Franken monatlich einbrachte. Dies lässt sich dem Arbeitgeberbericht der J.____ vom 5. September 2012 (IV-Nr. 5) entnehmen. Offensichtlich war er in diesem Zeitraum nicht aufgrund der Symptomatik einer primär psychischen Störung eingeschränkt. Zum Zeitpunkt der ersten stationären Behandlung ist weiter ein erheblicher Alkoholkonsum dokumentiert (bis zu drei Flaschen Vodka täglich gemäss Angaben des Beschwerdeführers bei der Erhebung der aktuellen Situation anlässlich der

ersten Hospitalisation, IV-Nr. 10 S. 5). Der Gutachter verweist in diesem Zusammenhang darauf, dass der Beschwerdeführer bezüglich seines Alkohol- und Drogenkonsums widersprüchliche Angaben gemacht habe. So habe er beispielsweise ausgeführt, dreimal im Leben Kokain genommen zu haben, zuletzt am 16. April 2012, wohingegen er beim Intake-Gespräch vom 27. September 2012 angegeben habe, nach der Scheidung (also 2005) Drogen konsumiert zu haben, jetzt aber nicht mehr. Immer noch bezugnehmend auf die erste Hospitalisation legt Dr. med. F.____ dar, der Beschwerdeführer habe in deren Rahmen darüber berichtet, bedrohliche Stimmen zu hören. Im Psychostatus werde weiter berichtet, es habe eine akute Suizidalität mit Suizidhandlungen bestanden. Hier sei nicht klar, worauf sich diese Einschätzung bezogen habe, womöglich auf die Angaben des Freundes, der ihn begleitet und ausgeführt habe, der Beschwerdeführer habe auf der Autobahn versucht, aus dem Auto zu steigen. Derartige Angaben seien allerdings nicht gleichzusetzen mit der persönlichen Beobachtung, ein wirkliches suizidales Verhalten gehe aus dem Bericht jedenfalls nicht hervor. Schliesslich verweist Dr. med. F.____ auf die Feststellung, dass sich im Rahmen dieser Hospitalisation keine Hinweise auf formale oder inhaltliche Denkstörungen sowie Ich-Störungen ergeben hätten. Einleuchtend beschreibt er, dass ein subjektiv angegebenes, persistierendes Stimmenhören mit bedrohlichen oder erniedrigenden Inhalten, Suizid- und Selbstverletzungsimpulse sowie Reizbarkeit im Umgang mit Mitpatienten nicht wegweisend sind, um eine schizophrene Erkrankung zu diagnostizieren. Vielmehr stellt er das angegebene Stimmenhören bereits an dieser Stelle in Frage und äussert den Verdacht auf eine Angabe mit Ausdruckscharakter. Einen weiteren Hinweis darauf sieht er in der Tatsache, dass sich der Beschwerdeführer nach entsprechender Medikation gemäss seiner Angabe schnell und besser von den Stimmen habe ablenken und distanzieren können. Unter der Annahme, dass er bereits seit Jahren an einer primär psychischen Störung gelitten habe, wird eine derart rasche deutliche Besserung als mehr als erstaunlich erachtet. Gesamthaft gesehen kann der Gutachter nach kritischer Diskussion des Verlaufs die Diagnose einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis nicht nachvollziehen. So wurden denn auch gemäss gutachterlicher Einschätzung wichtige Hinweise auf eine Schizophrenie wie eine affektive Inadäquatheit, Auffälligkeiten im Affekt, Ambivalenz oder Ambitendenz, inhaltliche Denkstörungen und vor allem formale Denkstörungen, nicht beobachtet. Schliesslich wird auch schlüssig darauf hingewiesen, dass der beim Beschwerdeführer offensichtlich vorhandene Gebrauch von psychotropen Substanzen (wobei über Dauer und Regelmässigkeit keine klaren Angaben bestehen), nicht ausreichend diskutiert wurde, obwohl eine diesbezügliche Abhängigkeitserkrankung auch mit sehr unterschiedlichen psychopathologischen Erscheinungen wie reizbarer Stimmung oder aggressiven Impulsen – wie beim Beschwerdeführer bestehend – einhergehen könne. Dr. med. F.____ nimmt in der Folge Bezug auf die zweite Hospitalisation des Beschwerdeführers, die nur wenige Tage nach der ersten erfolgte – wiederum nach einer Selbsteinweisung – und kann nach nachvollziehbarer Einschätzung auch hieraus keine konkreten Hinweise für eine Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis erkennen. Einerseits erachtet er die fremdanamnestic Angaben des Cousins als hinterfragungswürdig, wenn zum Beispiel ausgeführt worden sei, der Beschwerdeführer habe in der Vergangenheit in Mazedonien Lexotanil, Prazine und Zyprexa vom behandelnden Psychiater erhalten. Dies seien ausgerechnet die Medikamente, die der Beschwerdeführer wenige Tage zuvor bei der ersten stationären Behandlung ab 18. April 2012 erhalten habe. Weiter sei nicht nachvollziehbar, weshalb man in der Klinik wenige Tage nach der zunächst begonnenen antipsychotischen Mediaktion, die ja innerhalb

von wenigen Tagen zu einer angeblichen Besserung des Stimmenhörens geführt habe, in der Folge der fremdanamnestischen Angabe von vermehrten Stimme gefolgt sei und ein anderes Antipsychotikum eingesetzt habe. Hinzu kommt, dass der Beschwerdeführer selber beim Eintritt angegeben hatte, die verschriebenen Medikamente immer eingenommen zu haben. Weiter sei zu hinterfragen, inwiefern die weiteren Ausführungen im Bericht über die Besserung des Zustandes nach Anpassung der Medikamente für das Vorliegen einer schizophrenen Psychose sprächen und ob die Besserung innerhalb von drei Wochen dieser Art für einen medikamentösen Effekt spreche. Der Gutachter geht eher von der Annahme aus, dass der Beschwerdeführer nach einer krisenhaften Zuspitzung äusserer Umweltfaktoren (womöglich unter dem angegebenen Einfluss von Kokain und anderen psychotropen Substanzen), eine kurze psychopathologisch auffällige Symptomatik erlitt, die sich innerhalb einiger Wochen unter stationärer Behandlung normalisierte.

Bezugnehmend auf den ersten Arztbericht von Dr. med. C. ___ erkennt der Gutachter wiederum Widersprüche, wenn dort angegeben werde, der Beschwerdeführer trinke seit April 2012 keinen Alkohol mehr. Dies sei in Anbetracht der vorliegenden Austrittsberichte nicht nachvollziehbar. Weiter könnten der Verdacht auf das Vorliegen einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis und einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung auch hier nicht nachvollzogen werden. Die vielfältigen Angaben zu den Befunden würden auf die Übernahme der Schilderung von Befindlichkeit und Angaben durch den Beschwerdeführer selbst hinweisen. Weiter sei unklar, wie der behandelnde Psychiater bei vergleichsweise gravierenden pathologisch anmutenden Angaben von einem stationären Gesundheitszustand und einer andauernden vollständigen Arbeitsunfähigkeit habe ausgehen können. Tatsächlich hätte er annehmen müssen, dass durch eine Optimierung der Behandlung eine Besserung des Zustandbildes zu erzielen gewesen wäre, so wie unter der Annahme des Vorliegens einer schizophrenen Psychose eine tatsächliche Besserung durch die konsequente Einnahme von antipsychotischer Medikation zu erzielen gewesen wäre. Dies scheint im Rahmen der jeweiligen Hospitalisationen in der psychiatrischen Klinik auch der Fall gewesen zu sein. Im Austrittsbericht vom 20. Juni 2012 wird sogar von einer weitgehenden Remission gesprochen (IV-Nr. 10 S. 10). Sodann kommt Dr. med. F. ___ auf die nächste – kurze – Hospitalisation zu sprechen, die nach einer Einweisung in die K. ___ erfolgte, nachdem der Beschwerdeführer am 2. September 2013 vor einem Club aufgefunden wurde. Auch hier bestehen unterschiedliche Angaben über den Hergang des Vorfalls. Während im Austrittsbericht der D. ___ vom 9. September 2013 (IV-Nr. 12 S. 6 f.) festgehalten ist, der Beschwerdeführer habe angegeben, Stimmen gehört und daraufhin ein Glas im Mund zerbrochen, sich damit am Unterarm verletzt, mit den Fäusten ins Gesicht und den Kopf gegen die Wand geschlagen zu haben, ist im Bericht der K. ___ vom 5. September 2013 (IV-Nr. 12 S. 8 f.) erwähnt, der Beschwerdeführer habe sich mit einem Stein selber mehrfach auf den Kopf geschlagen. Die Vermutung des Gutachters, dass möglicherweise auch eine Schlägerei stattgefunden haben könnte, ist nicht von der Hand zu weisen. Jedenfalls ist aufgrund der unterschiedlichen Angaben festzuhalten, dass der konkrete Hergang nicht klar erstellt ist. Somit ergeben sich auch hieraus keine klaren Anhaltspunkte für eine schizophrene Erkrankung. Weiter ist dem Gutachter zuzustimmen, wenn er ausführt, es sei für den Verlauf einer schizophrenen Erkrankung sehr untypisch, dass der Beschwerdeführer am 7. September 2013 bereits wieder entlassen worden sei, nachdem er angegeben habe, es gehe ihm gut und er höre weniger Stimmen. Und schliesslich ist auch in diesem Austrittsbericht von einer Kokainintoxikation und einem schädlichen Gebrauch von Alkohol die Rede, womit eine allfällige Symptomatik aufgrund

eines Alkohol- und / oder Drogenkonsums wieder in den Vordergrund rückt. Dies wird vom behandelnden Psychiater offenbar nicht in Betracht gezogen, wie Dr. med. F.____ mit Verweis auf dessen Bericht vom 29. Oktober 2013 darlegt, in welchem der Verdacht auf eine Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis auf dem Boden einer emotional-instabilen Persönlichkeitsstörung geäussert wird. Die gelegentlichen episodischen Alkohol- und Drogenintoxikationen seien im Urteil des behandelnden Psychiaters hingegen nicht von übergrosser Relevanz. Schliesslich geht Dr. med. F.____ auf den Austrittsbericht der D.____ vom 21. Juli 2014 (IV-Nr. 21 S. 1 ff.) über die Hospitalisation vom 9. Mai bis 19. Juni 2014 (Selbsteinweisung kurz nach dem ergangenen Vorbescheid der Beschwerdegegnerin, in welchem in Aussicht gestellt wurde, einen Leistungsanspruch zu verweigern, IV-Nr. 17) ein, in welchem die Klinikärzte erstmals die Diagnose einer paranoiden Schizophrenie stellten. Aus versicherungspsychiatrischer Sicht müsse gesagt werden, dass die vom Beschwerdeführer gezeigten Verhaltensweisen bei der Einweisung (hochgradige Muskelanspannung, Affektausbruch in Form von Weinen, Schliessen der Augen, Ballen der Fäuste, bitterliches Schluchzen) zur endgültigen Diagnose geführt hätten, obwohl keine für eine Schizophrenie typische Symptomatik beschrieben worden sei. Bei der Aufzählung der Symptome (Verfolgungswahn, Ich-Störungen, akustische Halluzinationen) sei nicht klar, ob es sich um wirkliche Beobachtungen während der stationären Behandlung gehandelt habe oder um eine Interpretation der anamnestischen Angaben durch den Beschwerdeführer. Jedenfalls sei die Angabe der offenkundig langjährig vorbestehenden psychotischen Symptome nicht nachvollziehbar. Wenn weiter aufgeführt werde, unter Optimierung der Medikation habe der Beschwerdeführer über ein fast vollständiges Abklingen der Angstzustände berichtet, während die akustischen Halluzinationen weiter bestanden hätten, sich diese aber nach einer weiteren Umstellung auf ein erträgliches Niveau hätten herabsetzen lassen, so stelle sich die Frage, ob es der Einsatz der Medikation gewesen sei, der diese deutlich positive Entwicklung mit sich geführt habe oder eher der Gedanke des Beschwerdeführers, nach seiner dargestellten Problematik wieder aus der stationären Behandlung entlassen zu werden. Untermauert wird diese gutachterliche Einschätzung durch den Laborbefund vom 16. Juni 2014 einer Blutentnahme vom 13. Juni 2014 (IV-Nr. 21 S. 6), die einen Clopazin-Wert unter dem therapeutischen Referenzbereich zeigt. Dr. med. F.____ geht aufgrund dessen davon aus, dass der Beschwerdeführer – hätte er wirklich eine derartige paranoide Schizophrenie erlitten – sehr rasch vom Clozapin hätte profitieren müssen, so dass wiederum eine rasche Remission zu erreichen gewesen wäre. Bei einer Blutentnahme am 11. Dezember 2014 sei dann nur noch ein Rest von Clozapin nachgewiesen worden (IV-Nr. 28). Die Dosierung habe keinen therapeutischen Wirkstoffspiegel erreicht, während entgegen der Empfehlung des Ausschleichens das Aripiprazol einen knapp therapeutischen Wert gehabt habe. Weiter weist Dr. med. F.____ darauf hin, dass auch nach einer fünfwöchigen stationären Behandlung nicht einmal die Diagnose von akzentuierten Persönlichkeitszügen gestellt worden sei, wohingegen der behandelnde Psychiater von einer emotional-instabilen Persönlichkeitsstörung (im Sinne einer Hauptdiagnose) ausgeht. Aus der eingehenden Analyse der vorbestehenden Berichte ergeben sich demnach aus gutachterlicher Sicht einige Widersprüche, die die Hypothese bestärken, dass der Beschwerdeführer nicht an einer eigenständigen primär psychischen Störung leidet. Dies korrespondiert mit den Beobachtungen von Dr. med. F.____ in der eigenen Untersuchung: So habe der Beschwerdeführer in einer Art und Weise über etwaige Phänomene wie Stimmenhören berichtet, ohne andere Kriterien für eine schizophrene Psychose zu erfüllen. Insbesondere

seien keine affektiven Inadäquanzen aufgefallen, keine formalen gedanklichen Auffälligkeiten, kein Wahn, keine Ambivalenz oder Ambitendenz. Andererseits habe er sich als deutlich erkrankt beschrieben. Auch gestützt auf die Untersuchungsergebnisse kann der Gutachter das Vorliegen einer gravierenden primär psychischen Störung damit nicht nachvollziehen. Folglich besteht aus seiner Sicht auch keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit vor. Zusammengefasst kann festgestellt werden, dass die gutachterliche Beurteilung schlüssig hergeleitet und nachvollziehbar ist.

7.2 Der Beschwerdeführer lässt bezüglich Dr. med. F.____ unter anderem vorbringen, dieser sei befangen. Sein Antrag, das Verfahren bis zum Abschluss des Schlichtungsverfahrens vor der Beauftragten für Information und Datenschutz des Kantons Solothurn zu sistieren, wurde bereits mit Verfügung vom 11. Januar 2017 (A.S. 49 f.) abgewiesen. Darauf ist nicht weiter einzugehen. In der Begründung zur Abweisung des Sistierungsantrags wurde weiter bereits darauf hingewiesen, dass die im Rahmen des Schlichtungsverfahrens herausverlangten Angaben dazu, in wie vielen der 87 Fälle, in welchen die Beschwerdegegnerin Dr. med. F.____ beauftragt hat, von diesem eine Arbeitsunfähigkeit von mehr als 40 % attestiert wurde, nur dann aussagekräftig wären, wenn man mit grossem Aufwand sämtliche Gutachterstellen und Experten in der Schweiz zu den festgestellten Arbeitsunfähigkeiten befragen würde. Nur dann liesse sich mit Sicherheit sagen, ob Dr. med. F.____ bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit wirklich deutlich von anderen Gutachtern abweicht. Somit ist aus der geltend gemachten «Verweigerung» dieser Auskünfte auch nicht im Sinne einer Beweislastumkehr davon auszugehen, dass Dr. med. F.____ nie eine Arbeitsunfähigkeit von mehr als 40 % attestiert. Mit Verweis auf die von ihm sachlich und einleuchtend hergeleitete Beurteilung – es kann auf die vorstehende Erwägung verwiesen werden – kann von einer Befangenheit im konkreten Fall nicht gesprochen werden. Gleiches gilt für die Ausführungen von Dr. med. F.____ in seiner Stellungnahme vom 27. Januar 2016, die ebenfalls nichts an der nachvollziehbaren versicherungsmedizinischen Beurteilung ändern, oder sein Schreiben vom 9. August 2016, das in überhaupt keinem Zusammenhang zum vorliegenden Verfahren steht.

7.3 Zu den weiteren Einwendungen bezüglich der Erhebung des Gutachtens, die einerseits vom Beschwerdeführers und andererseits von dessen behandelndem Psychiater in seiner Stellungnahme vom 14. Mai 2015 (IV-Nr. 33) geltend gemacht werden, gilt es Folgendes festzuhalten: Der Behauptung, es sei nur ein spärlicher Psychostatus erhoben worden, kann nicht zugestimmt werden. Der Gutachter hält seinen Befund auf S. 14 f. des Gutachtens fest. Zudem kann, wo schlussendlich keine Hinweise auf eine krankheitswertige psychische Störung bestehen, auch kein reichhaltiger Befund vorliegen. Ebenso wenig vermag der Umstand, dass keine Fremdanamnese beim behandelnden Psychiater eingeholt wurde, Zweifel an der Beweiskraft des Gutachtens erwecken. Einerseits lagen Berichterstattungen von Dr. med. C.____ vor, weshalb der Gutachter ohne weiteres darauf verzichten konnte, diesen noch einmal zu konsultieren. Andererseits liegt es ohnehin im Ermessen des Gutachters, welche Untersuchungen er durchführt. Nach der Rechtsprechung kommt den Gutachtern bei der Wahl der Untersuchungsmethoden ein weiter Ermessensspielraum zu (Urteil des Bundesgerichts 9C_753/2015 vom 20. April 2016 E. 3.3 mit Hinweisen). In diesem Zusammenhang ist auch zu erwähnen, dass das Einholen von Fremdauskünften bzw. Rückfragen beim behandelnden Psychiater und / oder den D.____ in Bezug auf die vom Gutachter aufgezählten Widersprüchlichkeiten (wie zum Beispiel dem Hergang vor der Einweisung in die K.____) mit grösster Wahrscheinlichkeit auch nicht (mehr) zur Klärung dieser Widersprüche hätte beitragen können. Der Einwand, das Gutachten sei nicht nach den

Leitlinien der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP) verfasst worden, indem kein Psychostatus nach AMDP erhoben worden sei, verfährt nicht. Nach ständiger bundesgerichtlicher Rechtsprechung schreiben weder das Gesetz noch die Rechtsprechung eine Begutachtung nach den Richtlinien der AMDP vor. Die Leitlinien stellen eine Orientierungshilfe für die gutachtenden Fachpersonen dar und sollen die Gutachtenspraxis im Hinblick auf die normativ massgeblichen Gesichtspunkte konkretisierend anleiten. Ein Gutachten verliert demnach nicht automatisch seine Beweiskraft, wenn es sich nicht an diese anlehnt (Urteil des Bundesgerichts 8C_433/2017 vom 12. September 2017 E. 3.4.1 mit Hinweisen). Abgesehen von der Rüge, es sei nicht nach AMDP vorgegangen worden, legt der Beschwerdeführer nicht dar, inwiefern der von Dr. med. F.____ erhobene Psychostatus mangelhaft sein soll. Letztendlich ist auch die Rüge, der Gutachter lege sich diagnostisch gar nicht verbindlich fest, weil er in seinem Gutachten auf die gute Behandelbarkeit von schizophrenen Störungen hinweisen, nicht geeignet, die Beweiskraft des Gutachtens umzustossen. Es handelt sich dabei lediglich um eine Anmerkung in dem Sinne, dass selbst wenn von einer derartigen Diagnose auszugehen wäre, grundsätzlich eine gute Behandelbarkeit bestünde. 7.4 Sodann enthalten auch die nach Erstellung des Gutachtens, aber vor Erlass der angefochtenen Verfügung eingegangenen Berichte von Dr. med. C.____ vom 14. Mai 2015 (IV-Nr. 33) und 20. Mai 2016 (IV-Nr. 54) keine neuen Gesichtspunkte, die die Beschwerdegegnerin zu weiteren Abklärungen hätte veranlassen oder die gutachterliche Beurteilung in Zweifel ziehen lassen müssen. In der Stellungnahme zum Gutachten beschränkt sich der behandelnde Arzt darauf, das Vorgehen bei der gutachterlichen Untersuchung zu kritisieren, und es werden keine neuen Diagnosen aufgeführt, die nicht schon vorher von ihm attestiert worden wären. Im Bericht vom 20. Mai 2016 ist dann neben den bisherigen Diagnosen zusätzlich von einer unterdurchschnittlichen bis grenzwertigen Intelligenzminderung die Rede, wobei nicht klar ist, wie Dr. med. C.____ nach einer längeren Behandlungsphase erst zu diesem Zeitpunkt auf eine solche Diagnose kommt. Im Rahmen der Administrativbegutachtung haben sich keinerlei Hinweise auf eine Intelligenzminderung ergeben. 7.5 Zu prüfen bleibt schliesslich, ob die beim psychiatrischen Experten des RAD, Dr. med. G.____, anberaumte Untersuchung, welcher der Beschwerdeführer fernblieb und auf die in der Folge verzichtet wurde, hätte nachgeholt werden müssen bzw. ob die Beschwerdegegnerin ein Mahn- und Bedenkzeitverfahren (MBZV) hätte durchführen müssen. Aus den Akten ist ersichtlich, dass die Beschwerdegegnerin eine psychiatrische Untersuchung durch den RAD nicht als entscheidend ansah, sondern diese vielmehr im Sinne eines Entgegenkommens gestützt auf ein entsprechendes Ersuchen des behandelnden Arztes in die Wege leitete: Der Stellungnahme der RAD-Ärztin Dr. med. E.____ vom 26. Juni 2015 zum Gutachten (IV-Nr. 36) ist zu entnehmen, dass sie das psychiatrische Administrativgutachten überzeugte. Nach einem langen Telefongespräch mit dem behandelnden Psychotherapeuten, der zweifelsfrei davon überzeugt sei, dass der Beschwerdeführer an einer paranoiden Schizophrenie leide, bat sie indessen darum, den Beschwerdeführer gemeinsam mit einem Dolmetscher zum Gespräch mit dem RAD-Psychiater aufzubieten. Anschliessend wurde der Beschwerdeführer mit Schreiben vom 21. Juli 2015 für eine Untersuchung am 27. Juli 2015 aufgeboten (IV-Nr. 37). Dem Schreiben ist wortwörtlich zu entnehmen: «Um Ihr Gesuch auf Leistungen der Invalidenversicherung beurteilen zu können, ist eine medizinische Abklärung bei unserer IV-Stelle notwendig.» Hierbei handelt es sich um eine Standard-Formulierung, die in solchen Aufgeboten der Beschwerdegegnerin immer wieder in der gleichen Form zu lesen ist, auch bei Aufgeboten zu Administrativgutachten. Allein

aus dieser Formulierung kann nicht abgeleitet werden, dass die Beschwerdegegnerin eine Untersuchung beim RAD-Psychiater als unabdingbar erachtete. Vielmehr lässt die Aktenlage darauf schliessen, dass sie den Sachverhalt bereits mit dem Administrativgutachten als genügend abgeklärt erachtete. So sind zusätzliche Untersuchungen durch den RAD-Arzt auch nicht üblich, wenn ein beweiskräftiges Gutachten vorliegt. Ausserdem ist die nachfolgende Entwicklung ebenfalls zu beachten. Der Beschwerdeführer erschien nämlich zum Termin vom 27. Juli 2015 nicht, ohne sich zu entschuldigen. Dies erstaunt umso mehr, als es der ihn behandelnde Psychiater war, der um eine derartige Untersuchung gebeten hatte. Den Protokolleinträgen vom 29. Juli 2015 lässt sich entnehmen, dass dieser angegeben hatte, der Beschwerdeführer sei nicht zum Gespräch erschienen, weil er vermehrt Stimmen gehört und deshalb Beruhigungsmittel zu sich genommen habe. So habe er verschlafen. Im Protokolleintrag vom 4. August 2015 ist hingegen zu lesen, dass die Spitex, die den Beschwerdeführer betreute, um einen neuen Termin am Nachmittag gebeten habe, da der Beschwerdeführer am Morgen nicht ansprechbar sei. Am 13. August 2015 liess die Spitex telefonisch ausführen, der Beschwerdeführer habe den Termin verpasst, weil er es maximal einmal pro Woche schaffe, den Briefkasten zu leeren. Man müsse ihm eine Einladung mindestens zwei Wochen vorher schicken, damit die Spitex den Brief sehe und ihn immer wieder daran erinnern könne. Im Protokolleintrag vom 17. August 2015 ist indessen erwähnt, dass der Beschwerdeführer selber sich am 27. Juli 2015 um 11.30 Uhr bei der Beschwerdegegnerin gemeldet und angegeben habe, sich am Bahnhof [...] zu befinden. Der Kollege, der ihn zum Termin hätte bringen sollen, sei nicht erschienen. Diese Angabe korrelieren nicht mit denjenigen der Spitex und des behandelnden Psychiaters, die sich untereinander ebenfalls nicht entsprechen. Insofern ist der Beschwerdegegnerin Recht zu geben, wenn sie sich auf den Standpunkt stellt, der Beschwerdeführer habe das Nicht-Zustandekommen der Untersuchung selber verschuldet, und es ist auch nicht zu beanstanden, wenn sie auf ein nochmaliges Aufgebot verzichtete, da der Sachverhalt aus ihrer Sicht ohnehin genügend abgeklärt war. So wird im Protokolleintrag vom 5. August 2015 auch festgehalten, der Termin sei auf Bitten des behandelnden Psychiaters anberaumt worden und nicht, weil der RAD eine Notwendigkeit dafür gesehen habe. Ebenfalls war die Beschwerdegegnerin nicht gehalten, ein Mahn- und Bedenkzeitverfahren (MBZV) durchzuführen. Gemäss Art. 43 Abs. 2 ATSG hat sich die versicherte Person ärztlichen oder fachlichen Untersuchungen zu unterziehen, soweit diese für die Beurteilung notwendig und zumutbar sind. Im vorliegenden Fall war die Untersuchung mit Verweis auf die vorstehenden Ausführungen nicht notwendig. 8. Der Beschwerdeführer lässt berufliche Eingliederungsmassnahmen beantragen, ohne hierzu nähere Ausführungen zu machen. Hierzu ist festzuhalten, dass infolge eines fehlenden invalidisierenden Gesundheitsschadens kein Anspruch auf solche bestehen kann. Aufgrund der Tatsache, dass sich der Beschwerdeführer offensichtlich selbst als nicht arbeitsfähig erachtet, fehlt es auch an der subjektiven Eingliederungsfähigkeit (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_276/2016 vom 19. August 2016 E. 3.5). Damit ist die angefochtene Verfügung zu bestätigen und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen.

9. 9.1 Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung. Der Beschwerdeführer steht ab Prozessbeginn im Genusse der unentgeltlichen Rechtspflege (vgl. E. I. 8 hiervor). Die Kostenforderung ist bei Unterliegen der Partei mit unentgeltlichem Rechtsbeistand vom Gericht festzusetzen. Der Kanton entschädigt die unentgeltliche Rechtsbeiständin oder den unentgeltlichen Rechtsbeistand angemessen (Art. 122 Abs. 1 lit. a ZPO). Der unentgeltliche Rechtsbeistand hat am 25.

Januar 2017 eine Kostennote (A.S. 52 f.) für die Aufwendungen vom 19. September 2016 bis 25. Januar 2017 und im Rahmen der Verhandlung vor dem Versicherungsgericht eine ergänzte Kostennote für die Aufwendungen vom 25. August 2017 bis 20. Juni 2018 (A.S. 58 f.) eingereicht. In der ersten Kostennote macht er insgesamt einen Zeitaufwand von 9,35 Stunden geltend. Dabei sind die Positionen «Brief an Klient» vom 20. und 26. September 2016, 13. Oktober 2016 sowie 12. und 25. Januar 2017 von jeweils 0,17 Stunden zu streichen, da es sich dabei offensichtlich um die Zustellung von Orientierungskopien an die Klientschaft handelt. Dies stellt Kanzleiaufwand dar, der im Stundenansatz bereits inbegriffen und praxisgemäss nicht zu vergüten ist. Insgesamt ist der Aufwand damit um 0,85 Stunden zu kürzen und es ergibt sich ein Totalaufwand von 8,5 Stunden. In der zweiten Kostennote wird ein Zeitaufwand von zusätzlich sechs Stunden geltend gemacht. Es ergibt sich damit insgesamt ein zu vergütender Aufwand von 14,5 Stunden. Der Stundenansatz beträgt aufgrund des Kreisschreibens Nr. 1 der Gerichtsverwaltungskommission des Kantons Solothurn vom 18. September 2006 seit 1. Oktober 2006 bzw. § 160 Abs. 3 i.V.m. § 161 Kantonaler Gebührentarif (GT, BGS 615.11) CHF 180.00. Bei den Auslagen ist zu vermerken, dass Kopien nur mit CHF 0.50 pro Stück vergütet werden und nicht mit CHF 1.00. Für Fahrspesen sind ausserdem pro gefahrenen Kilometer CHF 0.70 zu veranschlagen und nicht CHF 1.00 (§ 160 Abs. 5 i.V.m. § 161 GT). Daher ist bei den Auslagen eine Kürzung um CHF 55.60 vorzunehmen. Insgesamt und unter Berücksichtigung der verschiedenen Mehrwertsteuersätze (8 % für die Zeit vor dem 1. Januar 2018, 7,7 % für die Zeit nach dem 1. Januar 2018) ist die Kostenforderung auf CHF 2'935.10 festzusetzen (14,5 Stunden zu CHF 180.00, zuzügl. Auslagen und MwSt), zahlbar durch die Zentrale Gerichtskasse des Kantons Solothurn. Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren sowie der Nachzahlungsanspruch, wenn A. ___ zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO). Der Nachzahlungsanspruch wird basierend auf den Stundenansatz von CHF 250.00 festgesetzt. Der unentgeltliche Rechtsbeistand hat eine entsprechende, mit dem Beschwerdeführer abgeschlossene Honorarvereinbarung zu den Akten gereicht (A.S. 60). Der Nachzahlungsanspruch beträgt demgemäss inkl. Mehrwertsteuer CHF 1'095.00. 9.2 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 - 1'000.00 festgelegt. Im vorliegenden Fall hat der Beschwerdeführer die Verfahrenskosten von CHF 1'000.00 zu bezahlen, die jedoch infolge Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege durch den Kanton Solothurn zu übernehmen sind (Art. 122 Abs. 1 lit. b ZPO). Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren, wenn A. ___ zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

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