

# **SO\_GERICHTE VSBES.2016.27 vom 24. Januar 2018**

SO Obergericht, 2018-01-24, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so\\_gerichte\\_VSBES.2016.27\\_d20180124](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2016.27_d20180124)

FR: SO\_GERICHTE VSBES.2016.27 du 24 janvier 2018

IT: SO\_GERICHTE VSBES.2016.27 del 24 gennaio 2018

## **Regeste**

Invalidenrente und berufliche Massnahmen

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Die Verfügung der IV-Stelle Solothurn vom 3. Dezember 2015 sei aufzuheben.

### **E. 2**

a) Die Beschwerdesache sei zur korrekten Durchführung des Vorbescheidverfahrens an die IV-Stelle zurückzuweisen. b) Eventualiter: Es seien dem Beschwerdeführer ab wann rechtens die gesetzlichen IV-Leistungen (berufliche Massnahmen, Rente) nach Massgabe einer Erwerbsunfähigkeit von mindestens 40 % auszurichten. c) Subeventualiter: Es sei ein psychiatrisches Gerichtsgutachten einzuholen. d) Subsubeventualiter: Es sei die Beschwerdesache zu weiteren medizinischen und beruflich-erwerbsbezogenen Abklärungen an die IV-Stelle zurückzuweisen.

### **E. 3**

Dem Beschwerdeführer seien die im Zusammenhang mit dem Privatgutachten von Frau Dr. med. E.\_\_\_\_ entstandenen Kosten im Betrage von CHF 5'000.00 nach Massgabe von Art. 45 Abs. 1 ATSG zu ersetzen.

### **E. 4**

Es sei eine öffentliche Gerichtsverhandlung nach Art. 6 Ziff. 1 EMRK mit zusätzlicher Partei- und Zeugenbefragung einzuberufen und durchzuführen.

### **E. 5**

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

### **E. 5.6**

hiervor) führte Dr. med. D.\_\_\_\_ aus, dieser habe den «Verdacht auf eine kombinierte Persönlichkeitsstörung» geäussert und neben den dissozialen auch schizoide und emotional-instabile Persönlichkeitszüge genannt. Bei der eigenen gutachterlichen Untersuchung habe er indes keinerlei Hinweise auf schizoide Züge finden können. Hingegen bestehe durchaus eine gewisse emotionale Instabilität, welche aber nicht die typische Ausprägung der emotional instabilen Persönlichkeitsstörung zeige, weder bezüglich des impulsiven noch des Borderline-Typs. Er ordne die bestehende Impulsivität und emotionale Instabilität deshalb den unreifen und dissozialen Persönlichkeitszügen unter (S. 18). Diesen überzeugenden Ausführungen kann gefolgt werden, zumal Dr. med. R.\_\_\_\_

im Bericht vom August 2013 einzig noch eine «Verdachtsdiagnose» feststellte und somit davon ausgegangen werden kann, dass in diesem Zeitpunkt keine gesicherte Klarheit (mehr) über das Vorliegen dieser Diagnose bestand. Die von Dr. med. R.\_\_\_\_ in seinem Bericht aufgrund der auffallenden affektiven Verflachung, inhaltlichen Verarmung des Denkens, geringen emotionalen Ansprechbarkeit und Ausdrucksfähigkeit beschriebene, nicht gänzlich auszuschliessende schizophrene Negativsymptomatik hat Dr. med. D.\_\_\_\_ nicht feststellen können. So habe er bei seiner Untersuchung keinerlei Hinweise auf eine psychotische Grundsymptomatik gefunden (keine schizophrene Denkstörungen, keine Verarmung des Denkens, kein Vorliegen einer generellen affektiven Verflachung oder generellen geringen emotionalen Ansprechbarkeit). Es komme ohne Zweifel gelegentlich und vorübergehend zu einer affektiven Verflachung (Langeweile), zu einer Verarmung des Denkens (mangelndes Interesse) oder zu einer geringen emotionalen Ansprechbarkeit (Motivationslosigkeit). Diese Symptome sind indes gemäss plausibler Einschätzung des psychiatrischen Gutachters Ausdruck der beschriebenen Persönlichkeitszüge (insbesondere der dissozialen) und nicht Manifestation eines psychotischen Hintergrundgeschehens. Betreffend die Erwähnung von Dr. med. R.\_\_\_\_, wonach differenzialdiagnostisch auch an eine Überlagerung mit einer ADS-Symptomatik zu denken sei, hätten sich gemäss dem Gutachter anamnestisch jedoch keine Hinweise ergeben. Zudem spreche die anamnestische Angabe des Beschwerdeführers, die während der Primarschulzeit erfolgte psychomotorische Abklärung habe keinerlei therapeutische Folgen nach sich gezogen, gegen eine ADS oder ADHS-Symptomatik (die Diagnose eines ADHS könne am verlässlichsten im Kindes- und Jugendalter gestellt werden). In Bezug auf die Anmeldung des Beschwerdeführers zur ADHS-Abklärung durch den Psychiater führte Dr. med. D.\_\_\_\_ aus, er sehe für eine solche Untersuchung «keine Indikation». So sei gut möglich, dass eine solche Abklärung unspezifische Befunde ergeben werde, welche zur zusätzlichen Diagnose eines ADS oder ADHS verleiten könnten. Es müsse aber entschieden darauf verwiesen werden, dass sich die beschriebenen akzentuierten Persönlichkeitszüge in den testpsychologischen Befunden widerspiegeln und sich eine zusätzliche Diagnose eines ADS oder ADHS ohne grundsätzlich neue und gewichtige anamnestische Belege und psychopathologische Befunde nicht rechtfertigen lasse. In Bezug auf die Diagnosestellung einer «rezidivierenden depressiven Störung (ICD-10 F33)» führte Dr. med. D.\_\_\_\_ aus, er habe für die Diagnose einer depressiven Störung keine hinreichenden Anhaltspunkte finden können (S. 18), weder anamnestisch noch in seinen beiden gutachterlichen Untersuchungen. So habe bereits Dr. med. K.\_\_\_\_ am 6. Mai 2011 (vgl. E. II. 5.3 hiervor) festgehalten, es bestünden keine Anhaltspunkte für eine depressive Stimmungslage oder Depression. Dies habe er sodann mit dem Verweis auf andere medizinische Akten bekräftigt. So habe auch Dr. med. U.\_\_\_\_ vom RAD den Versicherten anlässlich des Früherfassungsgesprächs vom 21. Januar 2013 (vgl. IV-Nr. 4), also kurz vor dem Eintritt in die B.\_\_\_\_, nicht als depressiv, «sondern eher verwahrlost, aber auch ziemlich gleichgültig gegenüber seiner doch recht desolaten Situation» erlebt. Desgleichen habe Dr. med. C.\_\_\_\_, RAD, in seiner Stellungnahme vom 18. Dezember 2013 (vgl. E. II. 5.8 hiervor) festgehalten, den vorliegenden Akten könne keine eigentliche relevante depressive Störung entnommen werden (die B.\_\_\_\_ spreche von einer milden Depressivität, der Psychiater Dr. med. R.\_\_\_\_ von einer latent depressiven Stimmung). Weiter hielt Dr. med. D.\_\_\_\_ fest, die beklagte Tagesmüdigkeit sowie die Freud-, Lust- und Motivationslosigkeit könnten keine depressive Diagnose begründen und liessen sich besser durch die vorliegenden akzentuierten Persönlichkeitszüge und die daraus folgende willentlich beeinflussbare

Lebensgestaltung erklären. Allerdings könnten der rasche Interessenverlust und die Langeweile ein Gefühl des Unbehagens auslösen, was wiederum zu gelegentlichen und vorübergehenden deprimierten Stimmungsschwankungen führen könne. Es handle sich hierbei jedoch nicht um depressive Episoden, da der Betroffene durch Reize von aussen rasch wieder zu Interesse und Motivation zurückfinde (die nächtlichen Aktivitäten würden offenbar solche Reize für den Versicherten darstellen). Es vermag aufgrund dieser Ausführungen einzuleuchten, dass der Gutachter die von Dr. med. R. \_\_\_ gestellte Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung (ICD-10 F33) nicht bestätigte. Somit vermag der Bericht des behandelnden Psychiaters Dr. med. R. \_\_\_ vom 29. August 2013 den grundsätzlichen Beweiswert des Gutachtens von Dr. med. D. \_\_\_ nicht zu verringern. 8.2.2 In Bezug auf die durch die Allgemeinmedizinerin Dr. med. K. \_\_\_ im Bericht vom 6. Mai 2011 (vgl. E. II. 5.3 hiervor) ausgewiesenen, nicht bestehenden Anhaltspunkte für eine depressive Stimmungslage aufgrund der festgestellten objektiven Befunde (guter Allgemeinzustand, Sprechen in normaler Tonlage, nicht niedergeschlagen Wirkens, guter Blickkontakt, adäquaten und nicht verlangsamten Antwortens auf Fragen und Beantwortung derselben) kann unter Verweis auf die Ausführungen unter E. II. 8.2.1 hiervor festgehalten werden, dass sich anlässlich der gutachterlichen Ausführungen keine von der Allgemeinmedizinerin abweichende Befunde feststellen lassen. Auch Dr. med. D. \_\_\_ konnte im Rahmen seiner gutachterlichen Explorationen keine Hinweise auf eine vorhandene Depressivität eruieren. Die durch Dr. med. K. \_\_\_ im Bericht vom Mai 2011 im Weiteren festgestellten Schlafstörungen führte sie auf eine mangelnde Schlafhygiene zurück, der aber kein Krankheitswert zukomme. Entsprechende Einschätzungen finden sich sodann auch im Bericht des Neurologen Dr. med. L. \_\_\_ vom 9. Juli 2012 (vgl. E. II. 5.4 hiervor), der dem Beschwerdeführer eine ausführliche Instruktion zur Verbesserung der Schlafhygiene abgab, aber von weiteren Kontrollen absah. In diesem Sinne führte sodann auch der Gutachter Dr. med. D. \_\_\_ aus, aufgrund der nächtlichen Aktivitäten des Beschwerdeführers sei die vom Versicherten beklagte rasche Ermüdbarkeit am Tag gut nachvollziehbar. Es sind somit in Bezug auf die Depressivität und die Tagesmüdigkeit des Beschwerdeführers keine sich widersprechenden medizinischen Einschätzungen erkennbar. Folglich mindern weder der Bericht von Dr. med. K. \_\_\_ vom 6. Mai 2011 noch derjenige von Dr. med. L. \_\_\_ vom 9. Juli 2011 den grundsätzlichen Beweiswert des Gutachtens. 8.2.3 Eingehend auf den Austrittsbericht der B. \_\_\_ vom 29. April 2013 (vgl. E. II. 5.5 hiervor) und die dort diagnostizierte «anhaltende mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1)» kann festgehalten werden, dass Dr. med. D. \_\_\_ im Rahmen seiner gutachterlichen Abklärungen keine Anhaltspunkte auf eine depressive Störung finden konnte. Auch aus dem Austrittsbericht vom April 2013 gehen keine nachvollziehbaren Hinweise auf die Diagnosestellung einer mittelgradigen depressiven Episode hervor. So führten die Ärzte aus, der Beschwerdeführer habe sich während des Aufenthalts angepasst und freundlich verhalten und regelmässig am stationären Behandlungsprogramm teilgenommen. Er sei aber bis zum Schluss emotional distanziert geblieben und habe in den einzelnen Therapien wenig Eigeninitiative gezeigt (IV-Nr. 15 S. 4). Aus diesen Feststellungen lassen sich indes keine konkreten Hinweise für eine depressive Episode ableiten. Der mittels BDI II ermittelte Wert von 10 Punkten deutet ebenfalls nicht auf eine mittelgradige depressive Episode hin. Das Beck-Depressions-Inventar (BDI) ist ein psychologisches Testverfahren, das die Schwere depressiver Symptomatik im klinischen Bereich erfasst. Dabei soll nicht die Depression an sich, sondern lediglich der Schweregrad der Depression erfasst werden. Die Grenzwerte des BDI II lauten wie folgt: 0 - 8 = keine

Depression, 9 - 13: minimale Depression, 14 - 19: leichte Depression, 20 - 28: mittelschwere Depression und 29 - 63: schwere Depression (<https://de.wikipedia.org/wiki/Beck-Depressions-Inventar>, letztmals besucht am 22. Januar 2018). Solche Testungen beruhen jedoch weitgehend auf den Angaben und Selbsteinschätzungen der zu untersuchenden Person und dienen einzig der Überprüfung des klinischen Befunds (Urteil des Bundesgerichts 8C\_486/2010 vom 2. Dezember 2010 E. 3.1.2). Es kann folglich nicht ohne weiteres auf die im Bericht der B.\_\_\_\_ vom 29. April 2013 ausgewiesene Diagnose einer anhaltenden mittelgradigen depressiven Episode (ICD-10 F32.1) abgestellt werden. Diese erweist sich aufgrund der vorangegangenen Darlegungen als nicht nachvollziehbar. So entspricht der durch das BDI II ermittelte Wert von 10 vielmehr einer minimalen Depression. Dies wird im Übrigen im Bericht der B.\_\_\_\_ auch entsprechend ausgewiesen, indem von einer Abnahme der gemessenen Depressivität von

## **E. 6**

Unter Kosten- und Entschädigungsfolge zu Lasten der Beschwerdegegnerin. U.K.u.E.F.

4. Im Rahmen der Beschwerdeantwort vom 10. März 2016 (A.S. 39 ff.) schliesst die Beschwerdegegnerin auf vollumfängliche Abweisung der Beschwerde und reicht die Stellungnahme von Dr. med. C.\_\_\_\_, RAD, vom 2. März 2016 ein. 5. Mit Eingabe vom 18. März 2016 (A.S. 46) zieht der Vertreter des Beschwerdeführers das Gesuch um Erteilung der unentgeltlichen Rechtspflege zurück, da die Vertretungs- und Gerichtskosten für das vorliegende Beschwerdeverfahren durch die Rechtsschutzversicherung des Beschwerdeführers gedeckt seien. Dies stellt der Präsident des Versicherungsgerichts mit Verfügung vom 21. März 2016 entsprechend fest (A.S. 47). 6. Der Präsident des Versicherungsgerichts stellt mit Verfügung vom 7. April 2016 fest (A.S. 49), dass der verlangte Kostenvorschuss von CHF 1'000.00 fristgerecht einbezahlt worden sei. 7. Mit Replik vom 25. Mai 2016 (A.S. 56 ff.) lässt der Beschwerdeführer folgende Anträge stellen: Es sei die Stellungnahme von Frau Dr. med. E.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, vom 18. April 2016 in Kopie als Urkunde 6 zu den Akten zu nehmen und zum Beweis zuzulassen. 2. Es sei die beiliegende Honorarrechnung von Frau Dr. med. E.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, vom 18. April 2016 in Kopie als Urkunde 7 zu den Akten zu nehmen und zum Beweis zuzulassen. 3. Es sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, dem Beschwerdeführer die ihm im Zusammenhang mit der Stellungnahme von Frau Dr. med. E.\_\_\_\_ vom 18. April 2016 entstandenen Kosten im Betrage von CHF 250.00 nach Massgabe von Art. 45 Abs. 1 ATSG zurückzuerstatten. 4. Es sei festzustellen, dass Dr. med. C.\_\_\_\_ durch seinen einseitigen Fokus auf für den Leistungsanspruch des Versicherten negativen Aspekten den Anschein der Befangenheit geschaffen hat und es seien demzufolge seine Stellungnahmen als formell nicht beweiskräftig einzustufen, aus den Akten zu weisen und es sei ihm die Weisung zu erteilen, fortan nicht mehr im vorliegenden Fall mitzuwirken resp. sich in Anwendung von Art. 36 Abs. 1 ATSG in den Ausstand zu begeben. 5. Unter Kosten- und Entschädigungsfolge. 8. Mit Duplik vom 7. Juli 2016 (A.S. 65 f.) beantragt die Beschwerdegegnerin weiter die vollumfängliche Abweisung der Beschwerde und die Abweisung des Ausstandsbegehrens, sofern darauf einzutreten sei. 9. Mit Triplik vom 21. September 2016 (A.S. 72 ff.) nimmt der Vertreter des Beschwerdeführers zur Duplik Stellung und reicht seine Kostennote ein. Diese Eingaben gehen mit Verfügung vom 22. September 2016 zur Kenntnisnahme an die Beschwerdegegnerin (A.S. 79).

## **E. 10**

10.1 Mit Verfügung vom 24. August 2017 (A.S. 80 f.) werden die Parteien zur öffentlichen Verhandlung auf den 19. Januar 2018, 9.00 Uhr, vorgeladen. 10.2 Die im Rahmen der öffentlichen Verhandlung (vgl. Protokoll, A.S. 83 ff.) gestellten Beweisanträge, wonach die Urkunden Nrn. 8 und 9 zu den Akten zu nehmen und zum Beweis zuzulassen seien, werden gutgeheissen. Der Beschwerdeführer lässt an seinen bisherigen Rechtsbegehren vollumfänglich festhalten, wobei er auch die Übernahme der Kosten für die Stellungnahme von Prof. Dr. med. E. \_\_\_ vom 18. April 2016 von CHF 250.00 durch die Beschwerdegegnerin beantragt. 11. Auf die Ausführungen der Parteien in ihren Rechtsschriften wird nachfolgend, soweit erforderlich, eingegangen. Im Übrigen wird auf die Akten verwiesen. II. 1. 1.1 Die Sachurteilsvoraussetzungen (Einhaltung von Frist und Form, örtliche und sachliche Zuständigkeit des angerufenen Gerichts) sind erfüllt. Auf die Beschwerde ist somit einzutreten. 1.2 Aufgrund der vorliegenden Rechtsschriften ist streitig und somit in vorliegendem Verfahren zu prüfen, ob der Beschwerdeführer Anspruch auf eine Invalidenrente und / oder berufliche Massnahmen hat. 2. Weil in zeitlicher Hinsicht – vorbehaltlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen – grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich sind, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 132 V 115 E. 3.1.1 S. 120, 131 V 9 E. 1 S. 11 und 107 E. 1 S. 109, 127 V 466 E. 1 S. 467) und weil ferner das Sozialversicherungsgericht bei der Beurteilung eines Falles grundsätzlich auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügung eingetretenen Sachverhalt – hier der 3. Dezember 2015 – abstellt (BGE 121 V 362 E. 1b S. 366), sind im vorliegenden Fall für die Prüfung eines allfälligen Rentenanspruchs seit der Anmeldung im März 2013 die ab 1. Januar 2012 geltenden materiell-rechtlichen Bestimmungen anwendbar. 3. Nach Art. 28 Abs. 1 Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) haben jene Versicherte Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a) und zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG, SR 830.1]) gewesen sind (lit. b) sowie nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind. 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. 3.1 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 IVG). 3.2 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE

140 V 193 E. 3.2 S. 196, 132 V 93 E. 4 S. 99 f., 125 V 261 E. 4). Demgegenüber fällt es nicht in den Aufgabenbereich des Arztes oder der Ärztin, sich zur Höhe einer allfälligen Rente zu äussern, da der Begriff der rentenanspruchsbegründenden Invalidität nicht nur von medizinischen, sondern auch von erwerblichen Faktoren bestimmt wird (vgl. Art. 16 ATSG).

3.3 Nach Art. 8 Abs. 1 IVG haben Invalide oder von einer Invalidität bedrohte Versicherte Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen, soweit diese notwendig und geeignet sind, die Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, wieder herzustellen, zu erhalten oder zu verbessern (lit. a); und die Voraussetzungen für den Anspruch auf die einzelnen Massnahmen erfüllt sind (lit. b).

3.4 Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (AHI 2001 S. 113 E. 3a).

3.5 Hinsichtlich des Beweiswertes eines medizinischen Gutachtens ist entscheidend, ob dieses für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind. 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, sondern dessen Inhalt (BGE 135 V 465 E. 4.3 S. 468 ff., 125 V 351 E. 3a S. 352 ff.; AHI 2001 S. 113 f. E. 3a; RKUV 2003 U 487 S. 345 E. 5.1; Urteile des Bundesgerichts 8C\_151/2012 vom 12. Juli 2012 E. 2, 8C\_399/2013 vom 17. September 2013 E. 2, 8C\_635/2015 vom 5. November 2015 E. 2).

3.6 Das Privatgutachten hat nicht den gleichen Rang wie ein vom Versicherungsträger im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholtes Gutachten. Es verpflichtet indessen – wie jede substantiiert vorgetragene Einwendung gegen ein solches Gutachten – den Richter, den von der Rechtsprechung aufgestellten Richtlinien für die Beweiswürdigung folgend, zu prüfen, ob es in rechtserheblichen Fragen die Auffassungen und Schlussfolgerungen des vom Versicherer förmlich bestellten Gutachters derart zu erschüttern vermag, dass davon abzuweichen ist (BGE 125 V 351 E. 3c S. 354).

4. 4.1 Sowohl im Verwaltungsverfahren wie auch im kantonalen Sozialversicherungsprozess gilt der Untersuchungsgrundsatz (Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben Verwaltung und Sozialversicherungsgericht den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des strittigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht. Der Untersuchungsgrundsatz weist enge Bezüge zum – auf Verwaltungs- und Gerichtsstufe geltenden – Grundsatz der freien Beweiswürdigung auf. Führen die im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen den Versicherungsträger oder das Gericht bei umfassender, sorgfältiger, objektiver und inhaltsbezogener Beweiswürdigung (BGE 132 V 393 E. 4.1 S. 400) zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich (BGE 136 I 229 E. 5.3 S. 236 f. mit weiteren Hinweisen) zu betrachten, und es könnten weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr

ändern, so liegt im Verzicht auf die Abnahme weiterer Beweise keine Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 134 I 140 E. 5.3 S. 148, 124 V 90 E. 4b S. 94). Bleiben jedoch erhebliche Zweifel an Vollständigkeit und/oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellung bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteile des Bundesgerichts 9C\_360/2015 vom 7. April 2016 E. 3.1 mit Hinweis, 9C\_662/2016 vom 15. März 2017 E. 2.2).

4.2 Versicherungsträger und Sozialversicherungsrichter haben die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen (Art. 61 lit. c ATSG; BGE 125 V 352 E. 3a). Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass der Sozialversicherungsrichter alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf er bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum er auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

5. Folgende medizinische Unterlagen sind vorliegend zur Beurteilung des Leistungsanspruchs des Beschwerdeführers im Wesentlichen relevant:

5.1 Im «Bericht an den Hausarzt» vom 22. Februar 2011 (IV-Nr. 24.3 S. 12) führten Dr. med. F.\_\_\_\_, Oberarzt Chirurgie, und Dr. med. G.\_\_\_\_, Assistenzärztin Chirurgie, Chirurgische Klinik, [...], nach dem Auffahrunfall vom 19. Februar 2011 aufgrund der durchgeführten CT des Schädels (vgl. IV-Nr. 24.3 S. 3) folgende Diagnosen auf: «dislozierte Orbitabodenfraktur rechts, Fraktur sinus maxillaris rechts, Hämatosinus». Der Beschwerdeführer habe am Samstag einen Verkehrsunfall gehabt und sei in der Unfallchirurgie in [...] (vgl. dazu IV-Nr. 24.3 S. 7 f.) behandelt worden. Er sei Beifahrer in einem Wagen gewesen, welcher sich ein Verfolgungsrennen mit der Polizei mit circa 120 km/h geliefert habe. An einer T-Kreuzung habe der Fahrer die Kontrolle über den Wagen verloren und sie seien trotz Vollbremsung frontal gegen eine Mauer geprallt. Der Beschwerdeführer sei angegurtet gewesen und initial im [...] betreut worden, jedoch sei keine Schädel-CT gemacht worden.

5.2 Im Austrittsbericht der Klinik für Kiefer- und Gesichtschirurgie des [...] vom 27. Februar 2011 (IV-Nr. 24.3 S. 10 f.) berichteten Dr. med. von H.\_\_\_\_, Assistenzärztin, Dr. med. I.\_\_\_\_, Oberarzt, und Prof. Dr. Dr. med. J.\_\_\_\_, Klinikdirektor, über die Hospitalisation des Beschwerdeführers vom 23. bis 27. Februar 2011. Dabei stellten sie die Diagnose einer «Orbitabodenfraktur rechts mit Beteiligung des infraorbitalen Randes». Es sei am 24. Februar 2011 eine Intubationsnarkose durchgeführt worden. Der perioperative Verlauf habe sich unauffällig gestaltet und der Beschwerdeführer habe am 27. Februar 2011 in gutem Allgemeinzustand und subjektivem Wohlbefinden in die ambulante Nachbehandlung entlassen werden können. Die Arbeitsunfähigkeit betrage vom 23. Februar bis 11. März 2011 100 %. Der Beschwerdeführer habe weiterhin Sportverbot für den ganzen Sportbereich von sechs Wochen.

5.3 Dr. med. K.\_\_\_\_,

Fachärztin Allgemeinmedizin FMH, hielt im «Verlauf 22. November 2010 bis 31. Dezember 2012» (IV-Nr. 24.3 S. 4 f.) betreffend den 6. Mai 2011 fest, das Problem seien Schlafstörungen. Der Beschwerdeführer gebe an, seit dem Unfall morgens praktisch nicht aufstehen zu können, weil er «verschlafe». Er habe indes keine Einschlafstörung und wache auch nicht früh auf. Der Appetit sei normal und es bestünden keine Konzentrationsschwierigkeiten – wenn ihn etwas interessiere, dann könne er sich darauf länger konzentrieren, aktuell gehe er seit Dezember in das berufliche Integrationsprogramm (Sport/Bewerbungen schreiben/Allgemeines Wissen). Dies gefalle ihm soweit gut. Er komme nun auf Anraten eines Lehrers zur Abklärung, ob es sich um eine Depression handeln könnte. Objektiv sei ein guter Allgemeinzustand gegeben, er spreche in einer normalen Tonlage und wirke nicht niedergeschlagen. Es gebe einen guten Blickkontakt, er antworte adäquat und nicht verlangsamt auf die jeweiligen Fragen und beantworte diese. Für Dr. med. K.\_\_\_\_ bestünden im Moment keine Anhaltspunkte einer depressiven Stimmungslage/Depression. Sie habe den Beschwerdeführer über die Aufrechterhaltung der Schlafhygiene informiert; sieben bis acht Stunden Schlaf einhalten, sich am Morgen zum Aufstehen zwingen und nicht «einfach» liegenzubleiben. Der Beschwerdeführer sei vorerst damit einverstanden und melde sich wieder, falls keine Verbesserung oder Verschlechterung eintrete. Zum Aufbau gebe sie ihm noch Carnidyn mit. Er werde sich bei Bedarf wieder melden.

5.4 Im Bericht vom 9. Juli 2012 (IV-Nr. 24.4) führte Dr. med. L.\_\_\_\_, Neurologie, aufgrund der Konsultation des Beschwerdeführers folgende Diagnosen auf: · Hoher Schlafbedarf, ohne Tagesschläfrigkeit - DD psychophysiologisch, bei schlechter Schlafhygiene, im Rahmen einer Allgemeinerkrankung, subdepressive Stimmungslage Es bestehe ein hoher Schlafbedarf ohne pathologische Tagesschläfrigkeit (normaler Epworth Sleepiness Score), DD psychophysiologisch, im Rahmen einer schlechten Schlafhygiene (unregelmässige Bettzeiten mit am Wochenende gelegentlich Durchfeiern die ganze Nacht, koffeinhaltige Getränke abends, wenig Sonnenlichtexposition und wenig Bewegung, abends stundenlanger TV Konsum), im Rahmen einer Allgemeinerkrankung oder einer subdepressiven Stimmungslage. EEG und detaillierter Neurostatus ohne Befund. Es sei eine orientierende Blutentnahme vorgenommen worden, zum Ausschluss von Allgemeinerkrankungen. Dr. med. M.\_\_\_\_ werde eine Kopie der Resultate erhalten und solle, je nach Resultat, entsprechende diagnostische oder therapeutische Schritte einleiten. Es sei eine ausführliche Instruktion zur Verbesserung der Schlafhygiene mündlich und schriftlich abgegeben worden. Es werde empfohlen, diese Massnahme während mindestens zwei Monaten konsequent durchzuführen (Bettzeit stufenweise vorverschieben, damit der Schlafbedarf während der Woche gedeckt werden könne, bei normalen Aufstehzeiten; regelmässige Bettzeiten einhalten, kein Koffein nach 16.00 Uhr, mehr Sonnenlichtexposition und Bewegung draussen, TV Konsum reduzieren). Bei Persistenz der Beschwerden nach mindestens zwei Monaten konsequenter Schlafhygiene werde ein Therapieversuch mit einem anregenden Antidepressivum, bspw. Venlafaxin (Beginn mit 37,5 - 75 mg morgens, nach Massgabe von Wirksamkeit und Verträglichkeit steigern bis maximal 150 mg), sowie eine nächtliche Pulsoximetrie zum Ausschluss eines Schlafapnoesyndroms empfohlen (dem Patienten sei nicht bekannt, ob er schnarche; andere typische Symptome eines Schlafapnoesyndroms wie morgendliche Kopfschmerzen und Tagesschläfrigkeit lägen nicht vor). Es seien keine weiteren Kontrollen vorgesehen.

5.5 Im Austrittsbericht der B.\_\_\_\_ vom 29. April 2013 (IV-Nr. 15 S. 2 ff.) hielten die Ärzte Dr. med. N.\_\_\_\_, Leitende Ärztin Psychosomatik, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, lic. phil. O.\_\_\_\_, Fachpsychologin für Psychotherapie FSP, Dr. med. P.\_\_\_\_,

Oberarzt, FMH Innere Medizin, und Dr. med. Q.\_\_\_\_, Stationsärztin, betreffend die Hospitalisation des Beschwerdeführers vom 14. Februar bis 27. März 2013 folgende Diagnosen fest: 1. Anhaltende mittelgradige depressive Episode mit/bei (ICD-10 F32.1) - Antriebsstörung, Motivationslosigkeit 2. Akzentuierte Persönlichkeit mit dissozialen und emotional-instabilen Zügen (ICD-10 Z73.1) - DD strukturelle Störung (ICD-10 F60.8) 3. Hypersomnie DD im Rahmen Dg. 1 mit/bei (ICD-10 G47.1): - Neurologische Abklärung Dr. L.\_\_\_\_ Juli 2012: Diagnose hoher Schlafbedarf ohne pathologische Tagesschläfrigkeit DD psychophysiologisch bei schlechter Schlafhygiene oder subdepressiver Stimmungslage - Aktimetrie 19. Februar bis 5. März 2013: Verdacht auf delayed sleep syndrome 4. Lactoseintoleranz (ICD-10 E73.8) 5. Schwerer Vitamin D-Mangel (ICD-10 E55.9) 6. Akne (ICD-10 L70.9) 7. Penicillin-, Ampicillin- und Amoxicillinallergie (ICD-10 T88.7) Beim Eintritt habe der Beschwerdeführer angegeben, insbesondere unter einer Tagesmüdigkeit zu leiden (S. 4), so schaffe er es am Morgen trotz Wecker kaum, selbständig aufzusehen. Aufgrund von wiederholt verspäteten Erscheinens am Arbeitsplatz habe man ihn aus dem Beschäftigungsprogramm rausgenommen. Der Beschwerdeführer erhoffe sich vom stationären Aufenthalt eine Verbesserung seines Schlafes und Abnahme der Tagesmüdigkeit, um wieder arbeiten resp. in nächster Zukunft eine Lehre beginnen zu können. Mit ihm sei zu Beginn des Aufenthalts eine Behandlungsvereinbarung verfasst worden, indem er sich dazu verpflichtet habe, sich an die Stationsregeln zu halten und in keine tätlichen Auseinandersetzungen zu geraten, dennoch sei es zu einem Regelbruch gekommen. Im Rahmen eines Wochenendurlaubes sei er in eine Schlägerei verwickelt worden und laut seinen Angaben dabei von einem Billardschläger getroffen worden. Er habe bei unterschiedlichen Personen des Fachpersonals divergierende Aussagen bezüglich seiner eigenen Reaktion auf den Angriff gemacht (ob er zurückgeschlagen habe oder nicht). Ansonsten habe er sich während des stationären Aufenthalts angepasst und freundlich verhalten und regelmässig am multimodalen Behandlungsprogramm teilgenommen. Er sei aber bis zum Schluss emotional distanziert geblieben und habe in den einzelnen Therapien wenig Eigeninitiative gezeigt. Um eine Überforderung aufgrund der kognitiven Fähigkeiten ausschliessen zu können und um ein genaueres Bild über Stärken und Schwächen hinsichtlich der Berufsbildungsmöglichkeiten zu erhalten, sei zum Abschluss der Behandlung eine umfassende IQ-Testung durchgeführt worden, in welcher der Patient durchschnittlich abgeschnitten habe (Verbaler-IQ sowie Handlungs-IQ = 102). Die differenzialdiagnostische Abklärung der Persönlichkeitsstruktur habe kein klares Bild ergeben. Zwar erfülle der Beschwerdeführer im Hinblick auf seine delinquente Karriere und dem Umstand, dass er sich gemäss eigenen Angaben aktuell bereits in der zweiten Bewährungszeit befinde, einige der Kriterien für eine dissoziale Persönlichkeit. Gleichzeitig seien seine Aussagen in einzelnen Punkten von der Diagnose abgewichen, z.B. empfinde er Reue hinsichtlich zweier Vorfälle, bei welchen er Menschen tätlich verletzt habe, weiter habe er beteuert, nie an Orten einen Einbruch verübt zu haben, wo sich jemand hätte aufhalten können (z.B. Privathaus). Schliesslich kümmerte er sich nach eigenen Angaben fürsorglich um seine Mutter, als diese nach der Scheidung unter Depressionen gelitten und auch einen Suizidversuch unternommen habe. Während des stationären Aufenthalts habe er zudem mehrfach glaubhaft betont, dass er in Zukunft nicht mehr straffällig werden wolle, zumal er aus den Konsequenzen gelernt habe. Hinsichtlich der emotional-instabilen Persönlichkeitsstörung erfülle er die notwendige Anzahl der Kriterien ebenfalls nicht. So passten bspw. rasch wechselnde berufliche Ziele und ein Auf und Ab in Beziehungen zu einer emotional-instabilen Störung, jedoch empfinde sich der

Beschwerdeführer von der Stimmung her als stabil und verneine mit Ausnahme von Impulsdurchbrüchen infolge tätlicher Provokation durch andere impulsives Verhalten. Die Ärzte kämen zum Schluss, dass sich die Frage nach einer strukturellen Störung, resp. einer Spezifizierung im Rahmen der sechswöchigen Hospitalisation nicht gänzlich beantworten lasse. Die mit dem BDI II gemessene Depressivität habe von 11 auf 10 Punkte (milde Depressivität bei beiden Messzeitpunkten) abgenommen. Die mit dem BAI bestimmte Angst habe sich von 5 auf 13 Punkte (minimale Angst bei beiden Messzeitpunkten) reduziert. Die globale psychische Belastung sei bei 17 Punkten geblieben, was keiner oder einer geringen Belastung gleichkomme. Die Lebensqualität habe sich von 56 % auf 60 % verbessert und werde wie schon beim Eintritt als gut eingeschätzt. Die antidepressive Therapie sei aufgrund ungenügenden Ansprechens von Cipralext problemlos auf Fluoxetine umgestellt worden. Der Beschwerdeführer sei nach Hause ausgetreten. Die psychiatrisch-psychotherapeutische Weiterbehandlung finde bei Dr. med. R.\_\_\_\_ statt. Laut telefonischer Mitteilung des Sozialamtes habe er per 4. April 2013 wieder in das Beschäftigungsprogramm im Netzwerk einsteigen können. Die Arbeitsunfähigkeit betrage vom 14. Februar bis 1. April 2013 100 %. 5.6 Der den Beschwerdeführer seit 12. September 2012 bis fortlaufend behandelnde Dr. med. R.\_\_\_\_, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, stellte im Arztbericht vom 29. August 2013 (IV-Nr. 22 S. 2 ff.) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: · Rezidivierende depressive Störung, ICD-10 F33, seit Jugendalter bestehend · Verdacht auf kombinierte Persönlichkeitsstörung mit dissozialen, schizoiden und emotional instabilen Anteilen, ICD-10 F61, seit Jugendalter bestehend Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit seien: · Lactoseintoleranz, seit unbekannt · Glutenunverträglichkeit, seit unbekannt Eine Einschätzung betreffend die Arbeitsunfähigkeit für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit sei angesichts der Arbeitslosigkeit nicht attestiert worden. Der Gesundheitszustand sei stationär und die Arbeitsfähigkeit könne durch medizinische Massnahmen verbessert werden. Es seien berufliche Massnahmen angezeigt und der Beschwerdeführer sei bei alltäglichen Verrichtungen auf die Hilfe von Drittpersonen angewiesen. Seit Beginn der ambulanten Behandlung lasse sich eine Mischsymptomatik aus wiederkehrenden depressiven und anhaltenden persönlichkeits-assozierten Befunden feststellen. Die depressive Symptomatik zeige sich in Phasen von Antriebs-, Freud- und Lustlosigkeit, emotionaler Verflachung, Interesselosigkeit, schweren Schlafstörungen, Gedankenkreisen um die Zukunft und die Arbeitssituation sowie ausgeprägte Gleichgültigkeit vielen Belangen des Lebens gegenüber sowie sozialem Rückzug. Auch in Abwesenheit der depressiven Symptome würden die emotionalen, kognitiven und Verhaltensauffälligkeiten einen so ausgeprägten und das gesellschaftliche Leben beeinträchtigenden Stellenwert einnehmen, dass am ehesten von einer gemischten Persönlichkeitsstörung ausgegangen werden müsse, zumal die Gesamtsymptomatik seit der Adoleszenz zu bestehen scheine. Dabei zeige sich eine recht unspezifische Symptomkonstellation verschiedener Persönlichkeitsanteile mit dissozialen, ängstlich vermeidenden, schizoiden und emotional instabilen Anteilen. Differenzialdiagnostisch sei auch die Überlagerung der ADS-Symptomatik oder einer schizophrenieformen Negativsymptomatik nicht gänzlich auszuschliessen. Die Hauptsymptome bestünden in einer auffallenden affektiven Verflachung und inhaltlichen Verarmung des Denkens («der Kopf ist leer», viele Fragen würden mit «keine Ahnung» beantwortet), einer geringen emotionalen Ansprechbarkeit und Ausdrucksfähigkeit, einem ausgeprägten Vermeidungsverhalten allen unangenehmen Lebenssituationen gegenüber, einer

Desorganisation im Tagesablauf, einer deutlichen Hilflosigkeit in Bezug auf Lösungen lebenspraktischer Probleme, einer Neigung zu impulsivem Verhalten, chronische Missachtung von Regeln, Normen und Gesetzen, eine Schuldexternalisierung betreffend schwieriger Lebenssituationen («mein Chef hatte zu hohe Anforderungen»), einem mangelnden Verantwortungsgefühl betreffend des eigenen Handelns sowie einer allgemeinen sozialen Unbeholfenheit. Trotz der beziehungsstörungen Aspekte nehme der Versicherte bisher durchaus kooperativ, wenn auch mit vielen Absenzen an der ambulanten Therapie teil, drücke einen glaubhaften Leidensdruck aus und sei auch teilweise empathiefähig sowie krankheitseinsichtig. In diesem Zusammenhang habe der Versicherte sich aktuell bereit erklärt, zur Vermeidung eines erneuten Abgleitens in delinquentes und selbstdestruktives Verhalten betreute Wohnformen zu prüfen (S. 4). Die bisherige Tätigkeit im Netzwerk habe nur rudimentär beurteilt werden können, da es dem Versicherten aufgrund der beschriebenen Symptomatik gar nicht erst möglich gewesen sei, am Programm in einem aussagekräftigen Pensum teilzunehmen. Ihm sei die bisherige Tätigkeit nicht mehr zumutbar. Seine Arbeitsfähigkeit könne indes am bisherigen Arbeitsplatz bzw. in der bisherigen Tätigkeit verbessert werden. Möglicherweise sei es dem Beschwerdeführer nur unter umfassenden sozialtherapeutischen Massnahmen (z.B. sozialtherapeutische Wohneinrichtung) möglich, einer strukturierten Tätigkeit regelmässig nachzugehen. Wie sich diese Massnahmen auf die Arbeitsfähigkeit auswirken würden, müsse im weiteren Verlauf reevaluiert werden. Angesichts der Gesamtsymptomatik sei von einer eingeschränkten Leistungsfähigkeit auszugehen. Eine genauere Beurteilung müsste anhand eines Arbeitsversuchs erfolgen (S. 6 f.).

5.7 Im Arztbericht vom 14. September 2013 (IV-Nr. 24.1 S. 3 ff.) wies Dr. med. M.\_\_\_\_, Facharzt für allgemeine Medizin FMH, folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit aus: · Hypersomnie, seit 19. Februar 2011 - bei wahrscheinlich mangelnder Schlafhygiene DD: depressiv · Anhaltende mittelgradige depressive Verstimmung - Antriebslosigkeit, Motivationslosigkeit Diagnose ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit sei: · Status nach Orbitabodenfraktur nach Autounfall, seit 19. Februar 2011 Der Gesundheitszustand sei besserungsfähig. Die Arbeitsfähigkeit könne durch medizinische Massnahmen verbessert werden. Die Behandlung finde seit dem 17. Februar 2012 bis heute statt, wobei die letzte Untersuchung am 6. September 2013 durchgeführt worden sei (S. 4). Die gesundheitliche Störung wirke sich durch Müdigkeit, Antriebs- und Konzentrationslosigkeit bei der bisherigen Tätigkeit aus. Diese sei ihm aber noch zumutbar, wobei aufgrund der Konzentration und Motivation eine verminderte Leistungsfähigkeit bestehe. Die Arbeitsfähigkeit am bisherigen Arbeitsplatz bzw. im bisherigen Tätigkeitsbereich könne mit Antidepressiva und Psychotherapie verbessert werden. Dadurch könnten die Motivation und Konzentration verbessert werden. Dem Beschwerdeführer seien auch andere Tätigkeiten, wie Hilfsarbeiten, Logistik, Bau (handwerkliche Berufe), für 8 Stunden täglich zumutbar. Dabei bestehe durch die verminderte Konzentration und Motivation eine verminderte Leistungsfähigkeit.

5.8 Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, RAD, hielt in seiner Stellungnahme vom 18. Dezember 2013 (IV-Nr. 26) aufgrund der Akten fest, es könnte sich prima vista bei der Problematik des jungen Versicherten durchaus um eine Lebenseinstellung und -führung handeln, die mit einer beruflichen Ausbildung und einer späteren Erwerbstätigkeit nicht vereinbar sei, aber nicht einem eigentlichen langdauernden Gesundheitsschaden entspreche, der IV-relevant wäre. Insbesondere der Arztbericht von Dr. med. R.\_\_\_\_ gebe jedoch einige Hinweise auf ein eigentliches psychiatrisches Leiden mit Krankheitswert und Auswirkungen auf die

Leistungsfähigkeit, auch wenn er sich (angesichts des jungen Alters des Versicherten und der komplexen Situation mit erheblichen psychosozialen Anteilen verständlich) diagnostisch (noch) nicht festlegen wolle und auch die Aussagen zur beruflichen Leistungsfähigkeit sehr vage halte. Eine eigentliche relevante depressive Störung könne den vorliegenden Akten nicht entnommen werden. Die Depressivität werde im Bericht der B.\_\_\_\_ als milde bezeichnet, Dr. med. R.\_\_\_\_ spreche in seinem Bericht von einer «latent depressiven Stimmung». Die Problematik des Versicherten müsse vielmehr auf der strukturellen Ebene gesucht bzw. bei ungenügender diagnostischer Sicherheit weiter abgeklärt werden. Insbesondere zu beachten sei, dass Dr. med. R.\_\_\_\_ gemäss seinem Bericht vom 29. August 2013 auf S. 3 (vgl. E. II. 5.6 hiervor) die Hauptsymptomatik in einer auffallenden affektiven Verflachung und inhaltlichen Verarmung des Denkens, einer geringen emotionalen Ansprechbarkeit und Ausdrucksfähigkeit sehe. Dieser Symptomenkomplex lasse an eine Negativsymptomatik bei schleichend sich entwickelnder schizophrener Erkrankung denken. Weitere angeführte Auffälligkeiten könnten sehr wohl (oder eher) auch einer Problematik im Grenzbereich zwischen akzentuierten Persönlichkeitszügen und einer eigentlichen Persönlichkeitsstörung liegen. In der oben dargelegten unklaren Situation dränge sich eine eingehende psychiatrische Beurteilung im Sinne einer Begutachtung auf. Es sei zu empfehlen, einen Experten zu wählen, der in der Beurteilung psychiatrischer Störungsbilder bei noch sehr jungen Versicherten speziell erfahren sei. Bei der Vorlage dieses RAD-Berichts könne für den Auftrag der Standard-Fragenkatalog verwendet werden, da der Kernpunkt der fachlichen Problematik oben dargelegt werde. Die zu beantwortenden Fragen seien: «1. Wie kann die medizinisch-theoretische Arbeitsfähigkeit, gemäss den uns vorliegenden Unterlagen, beurteilt werden? 2. Zumutbarkeitsprofil? 3. Ist eine länger als ein Jahr andauernde AUF von 20 % und mehr ausgewiesen? 4. Falls ja, in welchem Ausmass und in welchem Zeitraum? 5. Können berufliche Eingliederungsmassnahmen erfolgsversprechend durchgeführt werden?». Die gestellten Fragen könnten anhand des aktuellen Stands der Abklärungen nicht beantwortet werden. Ein Auftrag zur psychiatrischen Begutachtung dränge sich auf. 5.9 Dr. med. D.\_\_\_\_ hielt in seinem psychiatrischen Gutachten vom 29. Dezember 2014 (IV-Nr. 35) fest, es bestehe keine psychiatrische Diagnose mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. Als Diagnose ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit wies er «akzentuierte (unreife und dissoziale) Persönlichkeitszüge (ICD-10 F73.1) [recte: ICD-10 Z73.1]» aus. Insgesamt lägen deutlich unreife und dissoziale Persönlichkeitszüge vor. Der mittlerweile 25jährige Beschwerdeführer zeige eine gewisse Sorglosigkeit bezüglich seiner beruflichen Zukunft, nenne als Berufswunsch «Fahrer eines Feuerwehr- oder eines Ambulanzfahrzeuges», könne sein kriminelles Verhalten kaum einer kritischen Bewertung unterziehen, weise alle Verantwortung von sich (er sei von Kollegen benutzt worden), zeige eine gewisse Neigung zu impulsivem Verhalten (Aggressionsdurchbrüche, Schlägereien, impulshaft aus Wut und Ärger bei Rotlicht über die Kreuzung fahren etc.), habe Mühe, sich an Erfordernisse des gesellschaftlichen Alltags anzupassen (Zeiten und Termine einhalten, Verkehrsregeln einhalten etc.), verliere rasch die Motivation und das Interesse an einer Aufgabe und ver falle in Langeweile (Langeweile sei mit seinem Gegenstück, dem Reizhunger, ein Merkmal der dissozialen Persönlichkeitsstörung, S. 18). Werde er eng geführt, sei er jedoch durchaus in der Lage, sich anzupassen und die erwartete Leistung zu erbringen, wobei diese Anpassungsleistung nicht nachhaltig sei. Obwohl die geschilderten Persönlichkeitszüge seit der Adoleszenz ununterbrochen anhalten würden und eine erhebliche Ausprägung erreichten, verzichte Dr.

med. D. \_\_\_ auf die Diagnosestellung einer Persönlichkeitsstörung und begnüge sich mit der Feststellung von akzentuierten (unreifen und dissozialen) Persönlichkeitszügen (ICD-10 F731 [recte: ICD-10 Z73.1]). Dies, weil die unreifen Anteile vorherrschten und beim noch jungen Versicherten eine gewisse «Nachreifung» erwartet werden dürfe. Wie bereits erwähnt, dürfe von einem gewissen Potential zur Nachreifung ausgegangen werden. Die Prognose hänge vom weiteren Verlauf und v.a. auch der Kooperationsbereitschaft des Versicherten ab. Die aktuellen medizinischen Massnahmen (psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung und Psychopharmakotherapie) seien sicher sinnvoll, stünden aber nicht im Vordergrund. Es bedürfe vielmehr erzieherischer, d.h. sozialpädagogischer Massnahmen (betreute Wohn- und Arbeitsinstitution). Solche seien vom behandelnden Psychiater Dr. med. R. \_\_\_ bereits im August 2013 zur Vermeidung eines erneuten Abgleitens in delinquentes Verhalten diskutiert worden. Leider sei der Versicherte seither aber erneut kriminell geworden. Die beschriebenen akzentuierten Persönlichkeitszüge beeinträchtigten nicht per se die Arbeitsfähigkeit. Der Versicherte habe sich vielmehr ein Verhalten angewöhnt, welches seine Einordnung in den Berufsalltag massiv erschwere. Diesbezüglich müsse von einer ausgeprägten Dekonditionierung gesprochen werden. Dieses Verhalten sei jedoch unter Willensanstrengung beeinfluss- und veränderbar, wobei es zusätzlich erzieherischer Massnahmen bedürfe: Der Versicherte müsse eng geführt und gefordert werden. Die üblicherweise zur Verfügung stehenden Möglichkeiten (Beschäftigungsprogramme, Sanktionsmöglichkeiten der Sozialfürsorge etc.) seien ausgeschöpft bzw. genügen leider nicht mehr, um eine nachhaltige Verbesserung bzw. Veränderung des Verhaltens zu erreichen, so dass wohl die bereits im Sommer 2013 von Dr. med. R. \_\_\_ diskutierten Massnahmen umgesetzt werden sollten (Aufenthalt in einer betreuten Wohn- und Arbeitsinstitution, S. 20). Es bestehe grundsätzlich keine krankheitsbedingte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit. Es liege jedoch eine massive Dekonditionierung bezüglich des Ein- und Durchhaltens eines Arbeitsalltags vor. Diese sei willentlich überwindbar, wobei eine zusätzliche erzieherische Unterstützung notwendig sei. Die Weiterführung der aktuellen medizinischen Massnahmen sei zwar sinnvoll, diese würden aber die Arbeitsfähigkeit kaum nachhaltig verbessern. Eine Verbesserung der Arbeitsfähigkeit könne nur durch eine nachhaltige Verminderung der Dekonditionierung erreicht werden. Hierfür bedürfe es erzieherischer (sozialpädagogischer) Massnahmen. Eine psychiatrisch-psychotherapeutische und psychopharmakotherapeutische Begleitung sei dabei zwar sinnvoll, stelle jedoch nicht den entscheidenden Wirkfaktor dar. Berufliche Massnahmen seien aus medizinischer Sicht zumutbar, es bedürfe hierfür aber des oben beschriebenen Rahmens (S. 21).

5.10 Dr. med. C. \_\_\_, RAD, hielt in seiner Stellungnahme vom 25. März 2015 (IV-Nr. 42) fest, das psychiatrische Gutachten von Dr. med. D. \_\_\_ vom 29. Dezember 2014 beruhe auf dem Aktenstudium sowie auf zwei eigenen Untersuchungen im Abstand von knapp vier Monaten. Die Anamnese und die vom Versicherten vorgebrachten Beschwerden seien ausführlich dargelegt. Die objektivierten Befunde seien ebenfalls umfassend erhoben worden. Die in den Akten stehenden früheren Beurteilungen habe der Gutachter kritisch gewürdigt und seine teils abweichende Beurteilung schlüssig begründet. Auf das Gutachten könne abgestellt werden. Die Einwände der Sozialen Dienste [...] im Schreiben vom 23. Januar 2015 vermöchten hingegen aus versicherungsmedizinischer Sicht nicht zu überzeugen. Immerhin habe der psychiatrische Gutachter einen stabilen Zustand ohne erkennbare Psychopathologie über einen Zeitraum von vier Monaten mittels eigener Untersuchungen festgestellt. Zudem liege es in der

Kompetenz des Mediziners zu unterscheiden, ob Beeinträchtigungen, Auffälligkeiten und Störungen auf einen Gesundheitsschaden zurückgeführt werden könnten oder eher sozial bedingt seien. Auch die Beantwortung der Frage, ob eine Steigerung der Willensanstrengung und der Anpassungsleistung möglich sei oder nicht, sei vom Mediziner zu beurteilen. Im Gutachten sei die Arbeits- und Leistungsfähigkeit nachvollziehbar und schlüssig aufgeführt. Aus versicherungsmedizinischer Sicht bestehe keine diesbezügliche Einschränkung. In einer Verweistätigkeit sei keine Einschränkung gegeben. Für Tätigkeiten, die dem Bildungsniveau und der physischen Konstitutionen des Versicherten entsprechen, bestünden keine Limitierungen. Es sei keine länger als ein Jahr dauernde Arbeitsunfähigkeit von 20 % und mehr ausgewiesen. Bei entsprechender Motivation des Versicherten könnten berufliche Eingliederungsmassnahmen erfolgversprechend durchgeführt werden. Die medizinische Grundvoraussetzung für Leistungen der IV, der geforderte definierte langdauernde oder bleibende Gesundheitsschaden, fehle jedoch. 5.11 Im Bericht vom 9. Juni 2015 hielten lic. phil. S.\_\_\_\_, Fachpsychologin für Psychotherapie FSP, und M. Sc. T.\_\_\_\_, Psychologe, im Rahmen der testpsychologischen Abklärungen vom 14. April und 5. Mai 2015 (Beschwerdebeilage Nr. 4) zusammenfassend fest (S. 10), aufgrund der erhaltenen Informationen werde eine ADHS im Kindesalter als wenig wahrscheinlich angesehen, wodurch die Diagnose einer adulten ADHS im Sinne von ICD-10 und DSM-IV nicht gestellt werden könne. Eine ADHS vom vorwiegend aufmerksamkeitsgestörten Typus nach DSM-V sei zu debattieren. Der Beschwerdeführer beschreibe zwar Ablenkbarkeit und fehlende Ausdauer bereits in der Kindheit, jedoch fehlten weitere Symptome, welche für diese Diagnose sprächen. Das aktuell vom Exploranden geschilderte Aufmerksamkeitsdefizit könnte auch im Rahmen der depressiven Symptomatik bzw. der Schlafschwierigkeiten auftreten und müsste daher differenzialdiagnostisch ausgeschlossen werden. 5.12 Im psychiatrischen Privatgutachten vom 10. Januar 2016 (Beschwerdebeilage Nr. 3) hielt Dr. med. E.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit fest (S. 40): · Emotional instabile Persönlichkeitsstörung vom impulsiven Typ (ICD-10 F60.30) · Mittelgradige depressive Episode ohne somatische Symptome (ICD-10 F32.10) im Rahmen einer chronifizierten depressiven Entwicklung · Soziale Phobie (ICD-10 F40.10) Es gebe keine Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Die emotional instabile Persönlichkeitsstörung vom impulsiven Typ, welche v.a. infolge einer narzisstischen Verletzbarkeit mit unsicherem Selbstgefühl entstanden sei, sei u.a. massgeblich beim Verlust der Lehrstelle 2008 beteiligt gewesen und habe vor dem Hintergrund der damit einhergehenden starken Kränkung und Selbstwertverminderung die Ausbildung der bis heute bestehenden mittelgradig ausgeprägten depressiven Episode bewirkt. Gleichzeitig werde die depressive Symptomatik bis heute durch die affektive Instabilität bei Belastungen (Kritik, Entwertung) zusätzlich verstärkt. Beide Diagnosen stünden auch in enger Wechselwirkung zur soziophoben Störung, welche dazu führe, dass der Explorand Menschen eher meide und somit auch wenig Gratifikationserlebnisse durch Beziehungen erhalte und sich weder die Symptome der Persönlichkeitsstörung noch die depressive Stimmung dadurch verbessern könnten. Nach dem Abbruch der Lehre 2008 aufgrund der gesundheitlichen Störungen habe der Explorand auf temporärer Basis monateweise noch in einem Umfang von 100 % als Hilfsarbeiter und im Verkauf gearbeitet, zwischendurch hätten Phasen der Arbeitslosigkeit bestanden (S. 47). Unter Zusammenschau der Akten, der Anamnese, Befunde und Diagnosen bestehe seit 2011 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % auf dem freien Arbeitsmarkt. Seit 2013 sei der Explorand in

einem Umfang von 75 % im Rahmen eines geschützten Beschäftigungsplatzes tätig. Er verrichte im Rahmen dieser bezüglich Anforderungen, Druck und Erwartungen angepasste Tätigkeiten (Garten-, Unterhalts-, und Hausmeisterarbeiten). Die effektive Arbeitsfähigkeit in einer solchen angepassten Tätigkeit betrage aktuell maximal 25 % und sei nur denkbar in einem wohlwollenden, verständnisvollen und wenig Arbeitsdruck erzeugenden Arbeitsumfeld. Eine Arbeitsfähigkeit von mehr als 25 % sei aktuell auf dem freien Arbeitsmarkt nicht gegeben (S. 47). Aus psychiatrischer Sicht seien die kontinuierliche Fortsetzung der bereits bestehenden ambulanten Psychotherapie sowie die Integration in einem therapeutischen Wohnsetting unbedingt erforderlich. Bei anhaltender Stabilisierung sollte mittelfristig im Rahmen eines beruflichen Wiedereingliederungsprogramms der Abschluss einer beruflichen Ausbildung angestrebt werden (S. 30).

5.13 In seiner versicherungsmedizinischen Stellungnahme vom 2. März 2016 (A.S. 41 f.) hielt Dr. med. C.\_\_\_\_, RAD, folgendes fest: Dr. med. D.\_\_\_\_ komme in seinem Gutachten bei zeitstabil (zwei Untersuchungstermine im Abstand von 3,5 Monaten) weitgehend unauffälligem Psychostatus aufgrund der Anamnese, insbesondere bezüglich des Beziehungs- und Konfliktverhaltens, zur Einschätzung, dass beim Versicherten akzentuierte, unreife und dissoziale Persönlichkeitszüge festzustellen seien. Dies im Einklang mit der Einschätzung durch das Behandlungsteam der B.\_\_\_\_, wo der Versicherte während sechs Wochen stationär behandelt worden sei. Auch Dr. med. R.\_\_\_\_ als behandelnder Psychiater erhebe lediglich den Verdacht auf eine kombinierte Persönlichkeitsstörung, sei sich also nicht sicher, ob eine eigentliche, klinisch und versicherungsmedizinisch relevante Persönlichkeitsstörung ausgewiesen sei. Konsequenterweise attestiere Dr. med. D.\_\_\_\_ dem Versicherten keine relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Im Unterschied dazu komme die Privatgutachterin Dr. med. E.\_\_\_\_ zum Schluss, es liege beim Beschwerdeführer eine emotional instabile Persönlichkeitsstörung vom impulsiven Typ (ICD-10 F60.30) vor, zusätzlich eine mittelgradige depressive Episode ohne somatisches Syndrom (ICD-10 F32.10) im Sinne einer chronifizierten Depression. Weiter könne die Diagnose einer sozialen Phobie (ICD-10 F40.10) gestellt werden. Im Psychostatus würden rund ein Jahr nach der Untersuchung durch Dr. med. D.\_\_\_\_ nun gewisse Auffälligkeiten notiert. Laut Dr. med. C.\_\_\_\_ seien diese jedoch klar zu gering, um die Kriterien für die Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode zu erfüllen. Ein Gedankenkreisen um reale Schulden und die Konsequenzen des delinquenten Verhaltens sowie das Beklagen von innerer Leere und Sinnlosigkeit reichten dazu bei gleichzeitig offenbar indifferenter Stimmungslage nicht aus. Zu den Ergebnissen der durchgeführten Testpsychologie sei festzuhalten, dass diese auf der subjektiven Einschätzung der untersuchten Person beruhen würden, somit nicht als gleichwertig gesehen werden könnten zu klinischen Befunden und anamnestischen Fakten. Insbesondere könnten daraus nicht direkt diagnostische Beurteilungen vorgenommen werden. Insgesamt sei es – auch unter Berücksichtigung der im Unterschied zum Dezember 2015 nun vorhandenen, aber gering ausgeprägten psychopathologischen Befunde – aus versicherungsmedizinischer Sicht nicht nachvollziehbar, weshalb der Beschwerdeführer zu keinerlei Erwerbstätigkeit mehr in der Lage sein soll. Eine eigentliche Persönlichkeitsstörung sei aus Sicht von Dr. med. C.\_\_\_\_ nicht ausgewiesen, die Depressivität höchstens als leichtgradig einzustufen. Die Diagnose einer sozialen Phobie sei anamnestisch und klinisch wenig abgestützt. Das Gutachten von Dr. med. E.\_\_\_\_ überzeuge Dr. med. C.\_\_\_\_ klar weniger als dasjenige von Dr. med. D.\_\_\_\_. Das eingereichte Privatgutachten vermöge keine Zweifel an der Richtigkeit der Schlussfolgerungen im Administrativgutachten von Dr. med. D.\_\_\_\_ zu erwecken. Eine relevante Veränderung des

Gesundheitszustandes gegenüber dem Zeitpunkt der Erstbegutachtung sei nicht ganz ausgeschlossen, aber eher wenig wahrscheinlich, laut Dr. med. C.\_\_\_\_ auf jeden Fall nicht ausgewiesen. Aus versicherungsmedizinischer Sicht drängten sich weitere Abklärungen zurzeit nicht auf. 5.14 Dr. med. E.\_\_\_\_ nahm am 18. April 2016 (Beschwerdebeilage Nr. 6) zur versicherungsmedizinischen Stellungnahme vom 2. März 2016 von Dr. med. C.\_\_\_\_, RAD (vgl. E. II. 5.13 hiervor), Stellung. Zum Kritikpunkt 1, wonach beim Beschwerdeführer keine emotional instabile Persönlichkeitsstörung vom impulsiven Typ (ICD-10 F60.30) vorliege, führte sie aus, zur korrekten psychiatrischen Einschätzung des Exploranden müsste Dr. med. C.\_\_\_\_ eine eigene Untersuchung mit Erhebung von Anamnese und psychischem Befund vornehmen. Bei einer eigenen Untersuchung würde er herausfinden, dass der Explorand die Kriterien für das Vorliegen einer solchen Störung erfülle. So bestünden die gemäss ICD-10-Kriterien für die genannte Diagnose geforderten Symptome in Form von «emotionaler Instabilität, mangelnder Impulskontrolle und Ausbrüche von gewalttätigem und bedrohlichem Verhalten v.a. bei Kritik durch Andere». Der Einwand von Dr. med. C.\_\_\_\_, dass diese Diagnose nicht vorliege, ohne vorher eine eigene Untersuchung des Exploranden durchgeführt zu haben, sei fachlich unzureichend begründet. Die Diagnose in ihrem Gutachten vom 10. Januar 2016 werde ausserdem durch die Diagnosen der B.\_\_\_\_ vom 29. April 2013 und von Dr. med. R.\_\_\_\_ vom 29. August 2013 (vgl. E. II. 5.5 f. hiervor) gestützt. So habe sich aus der Verdachtsdiagnose für die kombinierte Persönlichkeitsstörung 2013 drei Jahre später eine klinisch eindeutige Persönlichkeitsstörung herausgebildet, die sich nicht mehr hinreichend durch eine Adoleszenz bedingte Unreife begründen lasse. Zum Kritikpunkt 2, beim Beschwerdeführer liege keine mittelgradige depressive Episode ohne somatische Symptome (ICD-10 F32.10) im Rahmen einer chronifizierten depressiven Entwicklung vor, führte Dr. med. E.\_\_\_\_ aus, psychopathologisch seien die beim Exploranden vorliegenden prominenten Symptome der Depression vorhanden mit: innerer Leere, Freudlosigkeit, Interessenverlust und fehlenden Zukunftsperspektiven, einer Einschränkung der kognitiven Fähigkeiten mit Störung von Konzentration, Aufmerksamkeit und mnestischen Funktionen, Grübeln und Gedankenkreisen sowie einer deutlich eingeschränkten affektiven Modulationsfähigkeit bei indifferenter Stimmungslage, sodass die emotionale Kommunikation während der explorativen Gespräche erheblich eingeschränkt sei. All diese genannten Symptome begründeten vollumfänglich die Diagnose einer mittelgradigen depressiven Störung. Wenn die Ausprägung und Schwere der depressiven Symptomatik nicht klar aus den gutachterlichen Angaben hervorzugehen scheine, dann sei diesbezüglich festzuhalten, dass der Explorand während der beiden Explorationen insgesamt Mühe gehabt habe, über sein inneres Erleben zu berichten und dadurch die Gefahr bestehe, dass die Beschreibung der Depression im Sinn einer lediglich mittelgradigen Ausprägung das wirkliche Ausmass der Depression möglicherweise sogar unterschätze. Im Übrigen bestätigten die Diagnosen im Arztbericht vom 29. August 2013 und der Bericht der B.\_\_\_\_ vom 29. April 2013 (vgl. E. II. 5.5 f. hiervor) das Vorliegen einer anhaltenden mittelgradigen depressiven Episode. An dieser Stelle müsse nochmals mit aller Deutlichkeit auf die Gefahr hingewiesen werden, den gesundheitlichen Zustand des Exploranden zu verkennen, weil man subjektiv ein früheres Gutachten, welches von einem deutlich geringeren Reintegrationsaufwand ausgehe, bevorzuge. Man riskiere somit, dass der Explorand ohne die Durchführung rehabilitativer sozialmedizinischer Massnahmen eine langfristig wesentlich schlechtere Prognose habe. Diese schlechte Prognose werde auch zu negativen ökonomischen Aspekten führen und zu deutlich höheren Kosten, als eine jetzt durchgeführte berufliche

Reintegration. Da sich die Situation des Exploranden seit dem Gutachten vom 29. Dezember 2014 bis zum Gutachten vom 10. Januar 2016 derart verschlechtert habe, bestätige dies die Haltung, dass es intensiver Rehabilitationsmassnahmen bedürfe, um eine weitere Desintegration und ein Fortschreiten des Krankheitsprozesses zu stoppen. Persönliche Vorlieben des RAD-Gutachters für eine frühere Einschätzung bezüglich des Gesundheitszustands des Exploranden sollten nicht über die inzwischen bestätigte negative Prognose und über die gutachterliche Schwere der Schädigung hinwegtäuschen. In Bezug auf den Kritikpunkt 3 betreffend die Diagnose einer sozialen Phobie (ICD-10 F40.10) sei festzuhalten, dass sich die Symptome der sozialen Phobie im unmittelbaren Kontakt mit dem Patienten deutlich zeigten (sehr eingeschränkter affektiver Rapport mit häufiger Abwendung des Blicks, eine hintergründig deutlich spürbare Anspannung, unsicheres Verhalten in der Gesprächssituation sowie beim Verabschieden verschwitzte Hände) und dadurch auch Dr. med. C.\_\_\_\_ in einem direkten Kontakt mit dem Exploranden unmittelbar augenscheinlich geworden wären. Die Hauptsymptome der sozialen Phobie stellten die vom Exploranden genannten sozialen Ängste und Stressgefühle unter Menschen, v.a. auch in Kontakt mit Frauen dar, womit aus Sicht der ICD-10-Kriterien die Diagnose einer sozialen Phobie erfüllt sei. Zur Kritik, dass die Resultate der durchgeführten Testinstrumente (SCL-K9 und SOC-13) nicht zur diagnostischen Beurteilung beigezogen werden könnten, da es sich um «subjektive Einschätzungen der versicherten Person» handle, welche nicht gleichwertig gesehen werden könnten wie ein klinischer Befund und anamnestische Fakten, führte Dr. med. E.\_\_\_\_ aus, es handle sich bei den beiden Testinstrumenten um bestens validierte Testverfahren. Beide Testinstrumente würden eingesetzt, um das psychopathologische Befinden bzw. die individuellen kognitiven Ressourcen testpsychologisch zu objektivieren. Als Selbstbeurteilungsskalen ergänzten sie die Fremdbeurteilung durch den Gutachter. Die Integration von Selbst- und Fremdbeurteilung sei bei entsprechender Kongruenz aus gutachterlicher Sicht als objektiv zu betrachten. Hinsichtlich der Validität des SOC-13 müsse berücksichtigt werden, dass dieses Testinstrument in der Gesundheitspsychologie weltweit eingesetzt werde, um die Bewältigung von Stress prädiktiv vorherzusagen. In zahlreichen Studien sei nachgewiesen worden, dass die Sense von Coherence Scala (SOC-13) ein hoch signifikanter Prädiktor für das weitere psychosoziale Befinden sei und verlässlich über die kognitive Bewältigungskapazität eines Patienten Auskunft gebe. 6. Aufgrund der vorangegangenen medizinischen Akten kann festgehalten werden, dass die unmittelbar nach dem Verkehrsunfall vom 19. Februar 2011 festgestellten somatischen Befunde betreffend die Orbitabodenfraktur rechts im Laufe der Zeit abgeklungen sind (vgl. E. II. 5.1 f. hiervor). Jedenfalls wird auf diese in den nachfolgend dokumentierten medizinischen Akten nicht mehr eingegangen. Demgegenüber präsentieren sich beim Beschwerdeführer psychische Beeinträchtigungen als vordergründig. So werden ab Mai 2011 Schlafstörungen und ab April 2013 eine psychische Gesundheitsproblematik beschrieben (vgl. E. II. 5.3 ff. hiervor). 7. Es ist zunächst auf das Vorbringen des Beschwerdeführers einzugehen, wonach die Beschwerdesache zur korrekten Durchführung des Vorbescheidverfahrens an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen sei (vgl. E. I. 3 Ziff. 2a hiervor). Diesbezüglich macht er eine Verletzung seines Anspruchs auf rechtliches Gehör geltend (A.S. 9 f.). So habe die Beschwerdegegnerin den von ihm gestellten Antrag vom 20. November 2015, wonach das Vorbescheidverfahren bis zum Vorliegen des Gutachtens von Frau Dr. med. E.\_\_\_\_ bzw. bis zum 20. Dezember 2015 zu sistieren sei, uno actu mit der hier angefochtenen Leistungsverfügung abgewiesen. Es ist daher zu prüfen, ob die

Beschwerdegegnerin dadurch den Anspruch des Beschwerdeführers auf rechtliches Gehör verletzt hat. 7.1 Gemäss Art. 29 Abs. 2 Schweizerische Bundesverfassung (BV, SR 101) haben die Parteien Anspruch auf rechtliches Gehör. Das rechtliche Gehör dient einerseits der Sachaufklärung, andererseits stellt es ein persönlichkeitsbezogenes Mitwirkungsrecht beim Erlass eines Entscheides dar, welcher 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 somit alle Befugnisse, die einer Partei einzuräumen sind, damit sie in einem Verfahren ihren Standpunkt wirksam zur Geltung bringen kann (BGE 143 V 71 E. 4.1 S. 72, 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). Nach Art. 29 Abs. 2 BV und Art. 42 Satz 1 ATSG haben die Parteien Anspruch auf rechtliches Gehör. Sie müssen nicht angehört werden vor Verfügungen, die durch Einsprache anfechtbar sind (Art. 42 Satz 2 ATSG). Diese Ausnahme kommt vorliegend indes nicht zum Tragen (Art. 69 Abs. 1 IVG). 7.2 Die Partei muss ganz allgemein zu Fragen tatsächlicher Natur, die für die Entscheidung der Streitsache erheblich sind, angehört werden. Der Anspruch auf rechtliches Gehör besteht und ist zu gewähren, wenn eine Verwaltungs- oder Gerichtsbehörde ihren Entscheid mit einer Rechtsnorm oder einem Rechtsgrund zu begründen beabsichtigt, die oder der im bisherigen Verfahren nicht herangezogen wurde, auf die sich die beteiligten Parteien nicht berufen haben und mit deren Erheblichkeit im konkreten Fall sie nicht rechnen konnten (vgl. BGE 131 V 9 E. 5.4.1 S. 26 m.w.H.). Dagegen hat eine Partei grundsätzlich keinen Anspruch, zur rechtlichen Würdigung von (ihr bekannten) Tatsachen oder, ganz allgemein, zur juristischen Begründung des Entscheides angehört zu werden (vgl. BGE 126 I 19 E. 2c/aa, 125 V 368 E. 4a; AHI 1998 S. 253 E. 3b; RKUV 1998 U 309 S. 460 E. 4a). Der Anspruch auf rechtliches Gehör verschafft folglich das Recht, sich zu den tatsächlichen, nicht aber zu den rechtlichen Fragen zu äussern (Ueli Kieser: ATSG-Kommentar, 3. Aufl. 2015, Art. 42 ATSG N 21). 7.3 Das Recht, angehört zu werden, ist formeller Natur. Die Verletzung der aus dem Anspruch auf rechtliches Gehör nach Art. 29 Abs. 2 BV und Art. 61 lit. h ATSG sowie Art. 112 Abs. 1 lit. b Bundesgesetz über das Bundesgericht (BGG, SR 173.110) abgeleiteten Prüfungs- und Begründungspflicht durch das kantonale Gericht (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C\_54/2013 vom 8. Mai 2013 E. 4.2, 9C\_416/2012 vom 19. November 2012 E. 4.1 mit Hinweisen) führt ungeachtet der Erfolgsaussichten der Beschwerde in der Sache selbst grundsätzlich zur Aufhebung des angefochtenen Entscheids. Es kommt nicht darauf an, ob die Anhörung im konkreten Fall für die materielle Entscheidung von Bedeutung ist, ob das vorinstanzliche Gericht oder sonst eine mitwirkende Behörde also zu einer Änderung der bisherigen Ansicht veranlasst werden oder nicht (BGE 132 V 387 E. 5.1 S. 390, 127 V 431 E. 3d/aa S. 437 f.). Nach der Rechtsprechung kann eine – nicht besonders schwerwiegende – Verletzung des rechtlichen Gehörs ausnahmsweise als geheilt gelten, wenn die daran interessierte Person die Möglichkeit erhält, sich vor einer Beschwerdeinstanz zu äussern, die sowohl den Sachverhalt wie auch die Rechtslage frei überprüfen kann (BGE 135 I 279 E. 2.6.1 S. 285). Von einer Rückweisung der Sache ist selbst bei einer schwerwiegenden Verletzung des rechtlichen Gehörs 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 137 I 195 E. 2.3.2 S. 197, 136 V 117 E. 4.2.2.2 S. 126 f. mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 9C\_360/2016 vom 21. April 2017 E. 2).

7.4 Im vorliegenden Fall liess der Beschwerdeführer im Rahmen der Ergänzung zu den Einwänden vom 20. November 2015 (IV-Nr. 48) beantragen, das Vorbescheidverfahren sei bis zum Vorliegen des durch ihn in Auftrag gegebenen psychiatrischen Privatgutachtens bei Dr. med. E. \_\_\_ bis mindestens 20. Dezember 2015 zu sistieren. Dies wurde im Wesentlichen mit dem Aufweisen von diversen methodischen Fehlern bzw. Mängeln am Gutachten von Dr. med. D. \_\_\_ begründet. Die Beschwerdegegnerin ging in der hier angefochtenen Verfügung vom 3. Dezember 2015 darauf ein (A.S. 2) und führte aus, aus ihrer Sicht seien der Sachverhalt und der Gesundheitszustand insbesondere gestützt auf die deutliche Stellungnahme von Dr. med. C. \_\_\_ vom 2. März 2016 (vgl. E. II. 5.13 hiernach) sowie das übrige IV-Dossier rechtsgenügend abgeklärt worden, damit darüber ein entsprechender Entscheid gefällt werden könne. Es seien keine Anhaltspunkte ersichtlich, welche eine weitere medizinische Abklärung als notwendig erweisen würden. Eine Verlängerung des Verfahrens aufgrund einer Sistierung schein somit nicht zweckdienlich. Sie wies folglich das Begehren um Sistierung des Vorbescheidverfahrens ab.

7.5 Gestützt auf die vorangehenden Ausführungen (vgl. E. II. 7.2 f. hiervor) kann festgehalten werden, dass sich die Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 3. Dezember 2015 auf das ihrer Ansicht nach voll beweiswertige Gutachten von Dr. med. D. \_\_\_ vom 29. Dezember 2014 abstützte und sie daher den medizinischen Sachverhalt im hier massgebenden Zeitpunkt der Verfügung vom 3. Dezember 2015 als liquide bzw. umfassend abgeklärt erachtete. Die im vorliegenden Verfahren damals die Verfahrensherrschaft innehabende Beschwerdegegnerin ging somit nicht davon aus, dass das noch ausstehende Privatgutachten den Entscheid beeinflussen werde. Es kommt hinzu, dass der Beschwerdeführer in seinem Einwand vom 14. September 2015 das noch zu erstellende Privatgutachten bei Prof. Dr. med. E. \_\_\_ noch nicht erwähnte (vgl. IV-Nr. 46) und ihm die Beschwerdegegnerin daraufhin bis am 16. Oktober 2015 eine Frist zur Ergänzung der Einwände gewährte (vgl. IV-Nr. 47). Diese Frist verstrich indes unbenutzt. Eine weitere Fristerstreckung ist den vorliegenden Akten nicht zu entnehmen. Mit Anruf vom 16. November 2015 (vgl. Protokolleintrag) teilte das Sekretariat des Vertreters des Beschwerdeführers der Beschwerdegegnerin mit, die Einwandbegründung erfolge noch diese Woche. Mit Eingabe bzw. Einwanderklärung vom 20. November 2015 liess der Beschwerdeführer sodann die Sistierung des Vorbescheidverfahrens bis zum Vorliegen des psychiatrischen Gutachtens von Prof. Dr. med. E. \_\_\_ beantragen (IV-Nr. 48). Unter diesen Umständen ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin das Sistierungsbegehren des Beschwerdeführers infolge eines noch zu erstellenden Privatgutachtens abgelehnt hat. Eine Verletzung der Verfahrens- und Mitwirkungsrechte des Beschwerdeführers ist nicht ersichtlich. Das Vorbescheidverfahren wurde korrekt durchgeführt.

8. Da die Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 3. Dezember 2015 (A.S. 1 ff.) im Wesentlichen auf das psychiatrische Gutachten von Dr. med. D. \_\_\_ vom 29. Dezember 2014 (vgl. II. E. 5.9 hiervor) abstellt, ist zunächst zu prüfen, ob diesem Beweiswert zukommt:

8.1 Das psychiatrische Gutachten von Dr. med. D. \_\_\_ wird den von der Rechtsprechung entwickelten Anforderungen (Vollständigkeit, Schlüssigkeit, Nachvollziehbarkeit; vgl. II. E. 3.5 hiervor) grundsätzlich in allen Punkten gerecht. Da u.a. die bereits bestehenden medizinischen Akten ab 19. Februar 2011 in chronologischer Reihenfolge unter dem Titel «Aktenlage» aufgeführt werden (IV-Nr. 35 S. 2 ff.), beruht das Gutachten auf der Kenntnis

der Vorakten. Des Weiteren unterzog Dr. med. D.\_\_\_\_ den Beschwerdeführer zwei ausführlichen Explorationen, die er am 28. August und 12. Dezember 2014 à 1 ¼ bzw. 1 ¼ Stunden durchführte (vgl. IV-Nr. 35 S. 1). Die zweite Untersuchung, welche rund ein Vierteljahr nach der ersten erfolgte, diente der Mitberücksichtigung des Verlaufs. Dadurch werden im Gutachten auch die durch den Beschwerdeführer beklagten Beschwerden berücksichtigt. Da der Gutachter ferner den Psychostatus erhoben hat (IV-Nr. 35 S. 12), beruht sein Gutachten zudem auf allseitigen Befunden. Weiter legt der Experte in schlüssiger und nachvollziehbarer Weise die von ihm gestellten Diagnosen dar, wodurch die medizinischen Zusammenhänge und die Beurteilung der medizinischen Situation einleuchten: So führt Dr. med. D.\_\_\_\_ aus, es bestehe eine gewisse Haltlosigkeit, indem der Versicherte seit der Adoleszenz immer wieder in ein kriminelles Verhalten abgleite (welches sich v.a. in der Nacht abspiele, S. 17). Diese Einschätzung vermag aufgrund der Schilderungen des Beschwerdeführers betreffend seine Lebensgeschichte einzuleuchten (S. 8 ff.). So habe er während der Lehre damit begonnen, mit Kollegen Diebstähle zu verüben (Stehlen von Kupferkabel auf Baustellen und Weiterverkauf in kleinen Mengen). Später hätten sie über einen Hehler grössere Mengen verkauft, wobei er einmal verhaftet worden und für eine Nacht in Untersuchungshaft gekommen sei. Er sei auch sonst viel mit Kollegen unterwegs gewesen und habe viel Alkohol getrunken, woraufhin er jeweils rasch aggressiv geworden sei (S. 9). Er habe sich auch ein Auto gekauft, obwohl er noch gar keinen Führerschein besessen habe und sei damit nachts auf einem Industrieareal herumgefahren. Im Februar 2011 sei er zusammen mit einem Kollegen nach [...] gefahren, wo sie vor der Polizei geflüchtet seien, da diese sie habe anhalten wollen, sie aber kein Nummernschild gehabt hätten. Es sei zu einer Verfolgungsjagd gekommen, bei der sie schliesslich in eine Hauswand geprallt seien (S. 9). Ende 2013 habe der Beschwerdeführer zur Finanzierung des Startkapitals für die Eröffnung einer Bar mit einem Kollegen bei [...] unter der Angabe, ein Konzert zu veranstalten, ganze Paletten mit Getränken auf Rechnung bezogen, die sie dann an Kebab-Buden und andere kleine Läden weiterverkauft hätten. Tagsüber seien sie am Liefern gewesen und nachts hätten sie das eingenommene Geld in Casinos verspielt oder seien in «Puffs» gegangen, wo sie für Champagner CHF 1'000.00 pro Flasche ausgegeben hätten. Neben den Getränken hätten sie auch Speiseöl aus [...] in die Schweiz geschmuggelt und aus [...] gefälschte Markenparfums und Taschen importiert und verkauft. Am 14. Februar 2014 sei er schliesslich verhaftet worden. Aufgrund dieser Ausführungen des Beschwerdeführers erscheint es schlüssig, wenn der Gutachter darlegt, der Beschwerdeführer sei offenbar immer wieder in der Lage gewesen, sich längere Zeit in einer Sache (wenn auch krimineller Art) zu engagieren und Interesse und Motivation dafür aufzubringen (S. 17). Gestützt auf die Vorakten und die Angaben des Beschwerdeführers im Rahmen der Exploration ist ausserdem nachvollziehbar, wenn der Gutachter davon ausgeht, der Beschwerdeführer sei nachts auch ausserhalb krimineller Handlungen oft aktiv gewesen (sei mit dem Auto herumgefahren, habe Freunde getroffen, Bars besucht und online mit Kollegen gespielt oder sei mit seiner Freundin ausgegangen, S. 17). Es überzeugt in diesem Zusammenhang ferner, wenn der psychiatrische Experte weiter darlegt, aufgrund dieser nächtlichen Aktivitäten sei die vom Beschwerdeführer beklagte rasche Ermüdbarkeit am Tage gut nachvollziehbar, und dabei auf die in den Akten wiederholt hingewiesene mangelnde Schlafhygiene hinweist. Auch die weitere gutachterliche Darlegung, wonach der Beschwerdeführer kindlichen Berufswünschen nachhänge (S. 13 oben), ist gestützt auf die Ausführungen des Beschwerdeführers anlässlich der zweiten Exploration nachvollziehbar. So habe dieser dargelegt, gerne als Chauffeur tätig zu sein (S. 12 oben), z.B. für die Firma

DPD, oder als Fahrer bei der Feuerwehr oder eines Ambulanzfahrzeugs. Als Begründung habe er angegeben, gerne Auto zu fahren und keinerlei Schwierigkeiten zu haben, sich dabei zu konzentrieren. Allerdings halte er sich nicht immer an die Verkehrsregeln, so sei er zweimal geblitzt worden, als er ein Rotlicht überfahren habe. Dies habe er jeweils absichtlich gemacht, so sei er das eine Mal nach einem Streit mit seiner Mutter einfach «hässig» gewesen und sei mit Vollgas bei Rot über eine Kreuzung gefahren. Das andere Mal sei er mit einem Lieferwagen unterwegs gewesen und habe erschwindelte Ware ausgeliefert, wobei er bei Orange noch weitergefahren sei. In letzter Zeit habe er mehrere Parkbussen erhalten. Aufgrund dieser Schilderungen des Exploranden überzeugt die gutachterliche Schlussfolgerung, wonach beim Beschwerdeführer insgesamt deutlich unreife und dissoziale Persönlichkeitszüge vorlägen (S. 18). Dies insbesondere auch aufgrund der anschliessenden Ausführungen des Gutachters, wonach der mittlerweile 25jährige Beschwerdeführer eine gewisse Sorglosigkeit bezüglich seiner beruflichen Zukunft zeige, als Berufswunsch «Fahrer eines Feuerwehr- oder Ambulanzfahrzeugs» nenne, sein kriminelles Verhalten kaum einer kritischen Bewertung unterziehen könne, alle Verantwortung von sich weise (er sei von Kollegen benutzt worden), eine gewisse Neigung zu impulsivem Verhalten zeige (Aggressionsdurchbrüche, Schlägereien, impulshaft aus Wut und Ärger bei Rotlicht über die Kreuzung fahren, etc.), rasch die Motivation und das Interesse an einer Aufgabe verliere und in Langeweile ver falle. Dem entspricht denn auch die Feststellung des Gutachters während der Exploration, wonach sich der Beschwerdeführer insgesamt wenig problembewusst präsentiere und sich kaum Sorgen über seine Situation mache (S. 12). Seiner Meinung nach sei der Beschwerdeführer jedoch bei enger Führung durchaus in der Lage, sich anzupassen und die erwartete Leistung zu erbringen, wobei diese Anpassungsleistung nicht nachhaltig sei. Der Gutachter legt sodann dar, dass er trotz der geschilderten Persönlichkeitszüge, die seit der Adoleszenz ununterbrochen anhalten und eine erhebliche Ausprägung erreichten, auf die Diagnosestellung einer Persönlichkeitsstörung verzichte und sich mit der Feststellung von akzentuierten (unreifen und dissozialen) Persönlichkeitszügen (ICD-10 F73.1 [recte: ICD-10 Z73.1]) begnüge. Diese Beurteilung ist insbesondere auch deshalb nachvollziehbar, weil der Experte anschliessend ausführt, beim Beschwerdeführer würden die unreifen Anteile vorherrschen und es dürfe beim noch jungen Versicherten eine gewisse «Nachreifung» erwartet werden (S. 18). Somit bildet diese Diagnosestellung das Ergebnis der gutachterlichen Auseinandersetzung mit der ebenfalls in Betracht gezogenen Diagnose einer Persönlichkeitsstörung. Aufgrund der objektiven Befunde anlässlich beider Explorationen, wonach der Beschwerdeführer sich bei beiden Untersuchungsgesprächen gut und über die ganze Zeit habe konzentrieren können, keine Müdigkeit feststellbar sei, er psychomotorisch ruhig, eher zurückhaltend sei und sich ganz auf das Gegenüber einstelle, überzeugt im Weiteren, dass sich gemäss dem Gutachter keine Hinweise auf eine Depressivität ergäben (S. 12). Damit kann dem psychiatrischen Gutachten von Dr. med. D.\_\_\_\_ vom 29. Dezember 2014 grundsätzlich voller Beweiswert zugesprochen werden.

8.2 Es ist nachfolgend zu prüfen, ob die vor dem Gutachten verfassten medizinischen Akten den grundsätzlichen Beweiswert des psychiatrischen Gutachtens von Dr. med. D.\_\_\_\_ vom 29. Dezember 2014 zu schmälern vermögen:

8.2.1 In Bezug auf den Bericht des behandelnden Psychiaters Dr. med. R.\_\_\_\_ vom 29. August 2013 (vgl. E. II.

## **E. 11**

auf 10 Punkte die Rede ist, welche sodann als «milde Depressivität» bei beiden Messzeitpunkten bezeichnet wird. Die Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode

wird folglich weder durch das Testergebnis gestützt noch finden sich sonstige Anhaltspunkte, welche auf diese Diagnose hindeuten würden. Daher hatte sich Dr. med. D.\_\_\_\_ mit dieser Diagnosestellung auch nicht auseinanderzusetzen. Die im Austrittsbericht der B.\_\_\_\_ ebenfalls diagnostizierte «akzentuierte Persönlichkeit mit dissozialen und emotional-instabilen Zügen (ICD-10 Z73.1)» wird durch den Gutachter Dr. med. D.\_\_\_\_ dahingehend bestätigt, als auch er von deutlich unreifen und dissozialen Persönlichkeitszügen ausging und akzentuierte (unreife und dissoziale) Persönlichkeitszüge nach ICD-10 Z73.1 festhielt. Somit weichen die medizinischen Feststellungen und ärztlichen Einschätzungen diesbezüglich nicht voneinander ab. Der Austrittsbericht der B.\_\_\_\_ vom 29. April 2013 vermag die grundsätzlich beweismäßig gutachterlichen Einschätzungen von Dr. med. D.\_\_\_\_ nicht in Frage zu stellen.

8.2.4 In Bezug auf den relativ knapp ausgefallenen Bericht von Dr. med. M.\_\_\_\_ vom 14. September 2013 (vgl. E. II. 5.7 hiervor) ist festzuhalten, dass er sich auf das medizinische Fachgebiet der Allgemeinmedizin spezialisiert hat. Daher kann seiner psychiatrischen Diagnosestellung einer «anhaltenden mittelgradigen depressiven Verstimmung» kaum Beweiswert zugesprochen werden. Es fehlt sodann auch an einer substantiierten Auseinandersetzung mit dieser Diagnose. Daher liegt die Vermutung nahe, dass er diese aus früher verfassten psychiatrischen Berichten unbesehen übernommen hat. Gleiches gilt auch im Hinblick auf die ebenfalls ausgewiesene Diagnose einer seit 19. Februar 2011 bestehenden Hypersomnie, mit welcher er sich auch nicht weiter auseinandersetzte. Es ist daher nicht weiter auf diesen Bericht einzugehen.

8.2.5 Es kann zusammenfassend festgehalten werden, dass die vor dem Gutachten von Dr. med. D.\_\_\_\_ vom 29. Dezember 2014 verfassten medizinischen Berichte dessen Beweiswert nicht zu schmälern vermögen. Dies hielt im Übrigen auch der RAD-Arzt Dr. med. C.\_\_\_\_ in seiner Stellungnahme vom 25. März 2015 fest (vgl. E. II. 5.10 hiervor), indem er darlegte, es könne auf das Gutachten abgestellt werden.

8.3 Es ist nachfolgend zu prüfen, ob der grundsätzliche Beweiswert des Gutachtens von Dr. med. D.\_\_\_\_ vom 29. Dezember 2014 allenfalls durch die zeitlich später verfassten medizinischen Berichte und damit insbesondere durch das Privatgutachten von Dr. med. E.\_\_\_\_ vom 10. Januar 2016 eingeschränkt wird:

8.3.1 In Bezug auf den Bericht von lic. phil. S.\_\_\_\_ und M. Sc. T.\_\_\_\_, die im Rahmen der im April und Mai 2015 durchgeführten testpsychologischen Abklärungen betreffend eine ADHS vom 9. Juni 2015 (vgl. E. II. 5.11 hiervor) zum Ergebnis gelangten, die Diagnose einer ADHS lasse sich nicht stellen, finden sich keine dem Gutachten von Dr. med. D.\_\_\_\_ widersprechenden ärztlichen Beurteilungen. So legte der Gutachter bereits im Rahmen des Gutachtens vom Dezember 2014 dar, er sehe für eine ADHS-Abklärung «keine Indikation» (vgl. IV-Nr. 35 S. 19, vgl. auch E. II. 8.2.1 hiervor). Folglich ist durch den Bericht vom 9. Juni 2015 keine Verringerung des Beweiswertes des Gutachtens gegeben.

8.3.2 Eingehend auf das Privatgutachten von Dr. med. E.\_\_\_\_ vom 10. Januar 2016 (vgl. E. II. 5.12 hiervor) ist augenfällig, dass sich die Psychiaterin und Psychotherapeutin darin mit dem kriminellen Verhalten des Beschwerdeführers in seiner Vergangenheit nicht substantiiert auseinandersetzte: Die Ausführungen von Dr. med. D.\_\_\_\_ in Bezug auf die kriminellen Machenschaften des Beschwerdeführers erweisen sich demgegenüber – wie bereits unter E. II. 8.1 hiervor dargelegt – als nachvollziehbar und schlüssig: So ist gestützt auf die ausgedehnte Handelstätigkeit des Beschwerdeführers im Bereich des Schmuggels von Speiseöl, des Handels mit Paletten von Getränken und des Imports von Markenparfums, die mit erheblichen organisatorischen, planerischem und logistischem Aufwand verbunden waren und eine enge vertrauensvolle Zusammenarbeit unter den Beteiligten erforderten, die

Schlussfolgerung von Dr. med. D.\_\_\_\_ überzeugend, wonach der Beschwerdeführer immer wieder in der Lage gewesen sei, sich längere Zeit in einer Sache (wenn auch krimineller Art) zu engagieren und Interesse und Motivation dafür aufzubringen (IV-Nr. 35 S. 17). Damit läuft das Vorbringen des Vertreters des Beschwerdeführers anlässlich der öffentlichen Verhandlung vom 19. Januar 2018 (vgl. Protokoll, A.S. 83 ff.), wonach Dr. med. D.\_\_\_\_ in seinem Gutachten auf die Delinquenz nicht eingegangen sei, ins Leere. Aufgrund dieser Ausführungen ist denn auch die weitere gutachterliche Einschätzung von Dr. med. D.\_\_\_\_ nachvollziehbar, dass der Beschwerdeführer unter einer engen Führung durchaus in der Lage sei, sich anzupassen und die erwartete Leistung zu erbringen (IV-Nr. 35 S. 18, 20). Dies insbesondere auch gestützt auf die Angaben des Beschwerdeführers gegenüber Dr. med. D.\_\_\_\_, wonach es ihm viel besser gehe und er leistungsfähiger sei, wenn ihn jemand anleite und er einen klaren Tagesplan zu befolgen habe. Wenn ihn jemand «stupfe» und sage, «mach mal vorwärts», dann gehe es (IV-Nr. 35 S. 10). Auf die soeben beschriebenen kriminellen Geschäfte und die darin liegende Tatkraft des Beschwerdeführers ging Dr. med. E.\_\_\_\_ in ihrem Privatgutachten nur insoweit ein, als sie einzig ausführte (Beschwerdebeilage Nr. 3 S. 27 unten), der schwer narzisstisch verletzte und selbstunsichere Explorand habe eben gerade in diesen delinquenten Handlungen eine Art der kompensatorischen und von Machtgefühlen geprägte Bewältigung seiner subjektiven Unsicherheit erlebt und dadurch jeweils auch ein hohes Engagement in diesen letztlich eben dysfunktionellen Copingstrategien gezeigt. Daher könne das delinquente Verhalten auf keinen Fall als Hinweis auf gesunde Ressourcen des Beschwerdeführers und als Beweis seiner Belastbarkeit und Arbeitsfähigkeit gewertet werden. Trotz dieser in sich schlüssigen Ausführungen, die zwar aufzeigen, weshalb es zu einer (erneuten) Delinquenz kam, bleibt gestützt auf das Gutachten von Dr. med. E.\_\_\_\_ unklar, wie es dem Beschwerdeführer überhaupt möglich war, die erforderliche Energie und die Fähigkeiten aufzubringen, die es braucht, um mehr als ein halbes Jahr (mit unfreiwilligem Ende) ein derartiges Handelsgeschäft (Ankauf, Lokalmiete, Transport, Lagerung, Verkauf, vielfältige Verhandlungen, Lieferungen, usw.) aufzuziehen. So wird durch die Ausführungen im Privatgutachten zwar der Beweggrund des Beschwerdeführers erklärt, aber nicht der Umstand, dass der Beschwerdeführer zu diesen Handlungen überhaupt in der Lage war. Es bleibt ferner unklar, warum es ihm nicht möglich und zumutbar sein sollte, das hierbei gezeigte – auch von der Gutachterin erwähnte – hohe Engagement auch in anderen, legalen Aktivitäten aufzubringen. Ob die Tätigkeit nun legal war oder nicht, zu ihrer Ausübung mussten doch eine erhebliche Energie und Tatkraft sowie auch verschiedene Fähigkeiten mobilisiert werden. Dieser Aspekt ist ferner auch mit Blick auf BGE 141 V 281, der unter dem Stichwort «Konsistenz» (gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen) von Relevanz. Dies gilt auch für die von Dr. med. D.\_\_\_\_ erwähnten legalen nächtlichen Aktivitäten. Darauf ging Dr. med. E.\_\_\_\_ indes nicht ein. Da sie ein relevantes und überzeugendes Hauptargument im grundsätzlich nachvollziehbaren und schlüssigen Gutachten von Dr. med. D.\_\_\_\_ nicht überzeugend thematisiert und sich damit auch bei ihrer eigenen Beurteilung und Diagnosestellung nicht auseinandergesetzt hat, leidet das Privatgutachten vom 10. Januar 2016 insgesamt an einem erheblichen Mangel. Es kann daher nicht auf dieses abgestellt werden. Folglich vermag das Privatgutachten von Dr. med. E.\_\_\_\_ das Gutachten von Dr. med. D.\_\_\_\_ nicht in Zweifel zu ziehen.

### 8.3.3 Der Beweiswert des Gutachtens von Dr. med. D.\_\_\_\_

wird durch die RAD-Stellungnahme von Dr. med. C.\_\_\_\_ vom 2. März 2016 gestützt (vgl. E. II. 5.13 hiavor). Er führte aus, ihn überzeuge das Gutachten von Dr. med. E.\_\_\_\_

klar weniger als dasjenige von Dr. med. D.\_\_\_\_. So sei aus seiner Sicht eine eigentliche Persönlichkeitsstörung nicht ausgewiesen. Es würden zwar im Psychostatus rund ein Jahr nach der Untersuchung von Dr. med. D.\_\_\_\_ nun gewisse Auffälligkeiten notiert, die aber seines Erachtens klar zu gering seien, um die Kriterien für die Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode zu erfüllen. Ein Gedankenkreisen um reale Schulden und die Konsequenzen des delinquenten Verhaltens sowie das Beklagen von innerer Leere und Sinnlosigkeit dazu bei gleichzeitig offenbar indifferenter Stimmungslage würden dazu nicht ausreichen. Daher und gestützt auf die Ausführungen unter E. II. 8.2.3 hiervor erscheint die Schlussfolgerung des RAD-Arztes plausibel, wonach im Vergleich zur Erstbegutachtung eine gewisse relevante Veränderung nicht ganz ausgeschlossen werden könne, aber eher wenig wahrscheinlich und auf jeden Fall nicht ausgewiesen sei. Das Vorbringen des Beschwerdeführers im Rahmen der Replik vom 25. Mai 2016 (vgl. E. I. 7 Ziff. 4 hiervor), wonach beim RAD-Arzt Dr. med. C.\_\_\_\_ der Anschein der Befangenheit bestehe, läuft ins Leere. So verkennt der Beschwerdeführer, dass es insbesondere zu den Aufgaben der RAD gehört, aus medizinischer Sicht – gewissermassen als Hilfestellung für die medizinischen Laien in der Verwaltung und auch an den Gerichten, die im Streitfall über den Leistungsanspruch zu entscheiden haben – den medizinischen Sachverhalt zusammenzufassen und zu würdigen sowie sich zur Notwendigkeit zusätzlicher Abklärungen zu äussern (Urteil des Bundesgerichts 9C\_858/2014 vom 3. September 2015 E. 3.3.3 m.w.H.). Es ist daher nicht zu beanstanden, dass sich Dr. med. C.\_\_\_\_ in seiner Stellungnahme vom 2. März 2016 im Wesentlichen zu den beiden vorliegenden Gutachten geäussert und diese gewertet hat. Seine Ausführungen können daher – entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers – nicht als «Anschein der Befangenheit» interpretiert werden. Es sind zudem beim RAD-Arzt auch keine Ausstandsgründe gemäss Art. 36 Abs. 1 ATSG bzw. Art. 10 Bundesgesetz über das Verwaltungsverfahren (VwVG, SR 172.021) ersichtlich. Auf das Vorbringen des Beschwerdeführers ist daher nicht weiter einzugehen.

8.3.4 In Bezug auf die Stellungnahme von Dr. med. E.\_\_\_\_ vom 18. April 2016 (vgl. E. II. 5.14 hiervor) kann festgehalten werden, dass sie nichts Neues vorbringt, welches sich grundsätzlich vom Vorherigen abheben würde. Damit vermögen ihre Ausführungen den Beweiswert des Gutachtens von Dr. med. D.\_\_\_\_ nicht zu mindern.

8.3.5 Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass auch die nach dem Gutachten von Dr. med. D.\_\_\_\_ vom 29. Dezember 2014 – insbesondere das Privatgutachten von Dr. med. E.\_\_\_\_ vom 10. Januar 2016 – erstellten medizinischen Berichte dessen Beweiswert nicht zu schmälern vermögen.

8.4 Es ist nachfolgend auf die gegen das Gutachten von Dr. med. D.\_\_\_\_ vom 29. Dezember 2014 gerichteten Vorbringen des Beschwerdeführers einzugehen:

8.4.1 Der Beschwerdeführer lässt vorbringen, Dr. med. D.\_\_\_\_ habe im Gegensatz zu Dr. med. E.\_\_\_\_ keine fremdanamnestischen Angaben eingeholt (A.S. 14), weshalb sein Gutachten bereits prima vista als vollkommen ungenügend gelte. Diesem Vorbringen kann indes nicht gefolgt werden. So ist eine Fremdanamnese zwar häufig wünschenswert, jedoch nicht zwingend erforderlich ist (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C\_395/2016 vom 25. August 2016 E. 4.1, 8C\_847/2013 vom 14. Februar 2014 E. 5.1.2). Der Beschwerdeführer macht keine besonderen Gründe geltend, weshalb vorliegend zwingend fremdanamnestische Auskünfte einzuholen gewesen wären. Solche sind auch aus den vorliegenden Akten nicht ersichtlich. So standen dem Gutachter umfangreiche medizinische Akten zur Verfügung. Es kann daher aufgrund einer fehlenden Fremdanamnese nicht per se auf ein nicht beweiswertiges Gutachten geschlossen werden.

8.4.2 Der Beschwerdeführer stellt sich ferner auf den Standpunkt (A.S. 15 f.), Dr. med. D.\_\_\_\_ habe sich bei der Frage nach dem Vorliegen eines

depressiven Störungsbildes weder mit den Kriterien nach dem ICD-10 oder einem anderen Klassifikationssystem beschäftigt. Dies müsse indes vom Gutachter verlangt werden. Ausserdem fehle eine Diskussion dieser Kriterien vor dem Hintergrund des erhobenen Psychostatus. Dem ist entgegenzuhalten, dass Dr. med. D. \_\_\_ im Rahmen des Psychostatus weitgehend unauffällige Befunde erhob (IV-Nr. 35 S. 12 unten) und daher zur Schlussfolgerung gelangte, es handle sich insgesamt um einen Psychostatus «ohne pathologischen Befund». Es kommt hinzu, dass der Gutachter anlässlich der Exploration festhielt, es hätten sich keine Hinweise auf eine Depressivität ergeben. Unter diesen Umständen ist – entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers – nicht einzusehen, weshalb sich der psychiatrische Experte mit den Kriterien eines depressiven Störungsbildes gemäss einem Klassifikationssystem hätte auseinandersetzen müssen. Folglich erweist sich auch das vom Beschwerdeführer diesbezüglich ins Feld geführte Urteil des Versicherungsgerichts VSBES.2008.112 vom 6. Februar 2009 S. 10 mit Verweis auf BGE 130 V 396 E. 5.3 als nicht einschlägig. So wurde in diesem dargelegt, dass sich der Arzt bei der Abklärung von psychischen Störungen auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems stützen müsse. Da sich Dr. med. D. \_\_\_ aber explizit gegen das Vorliegen eines pathologischen Befundes bzw. einer depressiven Störung stellte, ist nicht einzusehen, inwiefern er sich mit den Kriterien eines medizinischen Klassifikationssystems hätte beschäftigen müssen.

8.4.3 Das Vorbringen des Vertreters des Beschwerdeführers anlässlich der öffentlichen Verhandlung vom 19. Januar 2018, wonach Dr. med. D. \_\_\_ die Ergebnisse der durchgeführten Integrationsmassnahmen weder einbezogen noch diskutiert habe (vgl. Protokoll der öffentlichen Verhandlung, A.S. 83 ff.) erweist sich als nicht korrekt. So hat der Gutachter unter dem Titel «Beurteilung und Prognose» (IV-Nr. 35 S. 14 ff.) die durch den Beschwerdeführer absolvierten Integrationsprogramme aufgeführt und daher in seine Beurteilung miteinbezogen.

8.4.4 Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die Vorbringen des Beschwerdeführers am Beweiswert des Gutachtens von Dr. med. D. \_\_\_ vom 29. Dezember 2014 keine Zweifel hervorzurufen vermögen und diesem daher voller Beweiswert zuzusprechen ist.

8.5 Dem Gutachten von Dr. med. D. \_\_\_ vom 29. Dezember 2014 ist somit der volle Beweiswert zuzusprechen. Die Beschwerdegegnerin hat somit mit Verfügung vom 3. Dezember 2015 (A.S. 1 ff.) zu Recht auf dieses Gutachten abgestellt. Für die an der öffentlichen Verhandlung vom 19. Januar 2018 durch den Vertreter des Beschwerdeführers geltend gemachten gesundheitlichen Veränderungen des Beschwerdeführers seit dem Zeitpunkt des Gutachtens vom 29. Dezember 2014 gibt es gemäss der vorliegenden Aktenlage keine Anhaltspunkte. Es ist damit in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers von den Einschätzungen in diesem Gutachten auszugehen: Damit besteht beim Beschwerdeführer grundsätzlich sowohl in der bisherigen als auch in jeder anderen Tätigkeit keine krankheitsbedingte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Es liegt jedoch eine massive Dekonditionierung bezüglich des Ein- und Durchhaltens eines Arbeitsalltages vor, die willentlich überwindbar ist, wobei eine zusätzliche erzieherische (sozialpädagogische) Unterstützung notwendig ist. Da es somit an einem (auch nur drohenden) invalidisierenden Gesundheitsschaden fehlt, besteht auch kein Anspruch auf berufliche Eingliederungsmassnahmen.

8.6 Da das Privatgutachten von Dr. med. E. \_\_\_ vom 10. Januar 2016 datiert und somit erst nach dem hier massgebenden Zeitpunkt vom 3. Dezember 2015 (vgl. E. II. 2 hiervor) erstattet wurde, sind allfällige gesundheitliche Veränderungen seither unbeachtlich. Im Übrigen beruhen die Abweichungen gegenüber dem Gutachten von Dr. med. D. \_\_\_, wie vorstehend dargelegt, nicht in erster Linie auf festgestellten Veränderungen, sondern auf einer unterschiedlichen

Beurteilung, wobei die Privatgutachterin insbesondere dem im Rahmen illegaler und legaler nächtlicher Aktivitäten gezeigten Leistungsvermögen kaum Rechnung trägt. 9. Zusammenfassend hat die Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 3. Dezember 2015 die Ansprüche des Beschwerdeführers auf Ausrichtung einer Rente und beruflicher Eingliederungsmassnahmen zu Recht abgewiesen. Damit ist die Verfügung vom 3. Dezember 2015 zu bestätigen und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen. Der Beschwerdeführer hat weder Anspruch auf eine Invalidenrente noch auf berufliche Massnahmen. 10. Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung. 10.1 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 mit dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe zu verrechnen sind. 10.2 Aufgrund der Ausführungen in Erwägung II. 8.5 hiervor ist das Gutachten von Dr. med. D.\_\_\_\_ vom 29. Dezember 2014 voll beweiswertig, wobei durch das nach dem Erlass der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 3. Dezember 2016 erstellte Privatgutachten von Dr. med. E.\_\_\_\_ keine relevanten Zweifel daran hervorgerufen wurden (vgl. II. E. 8.2.3 hiervor). Dies gilt auch für ihre Stellungnahme vom 18. April 2016 (vgl. E. II. 8.3.4 hiervor). Unter diesen Umständen gehen die Kosten des Privatgutachtens vom 10. Januar 2016 in der Höhe von CHF 5'000.00 (vgl. E. I. 3 Ziff. 3 hiervor) als auch die Kosten von CHF 250.00 für die Stellungnahme der Privatgutachterin vom 18. April 2016 (vgl. E. I. 7 Ziff. 3 hiervor) zu Lasten des Beschwerdeführers.

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