

# **SO\_GERICHTE VSBES.2016.62 vom 20. Januar 2016**

SO Obergericht, 2016-01-20, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so\\_gerichte\\_VSBES.2016.62](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2016.62)

FR: SO\_GERICHTE VSBES.2016.62 du 20 janvier 2016

IT: SO\_GERICHTE VSBES.2016.62 del 20 gennaio 2016

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Die Verfügung der IV-Stelle Solothurn vom 20. Januar 2016 sei vollumfänglich aufzuheben.

### **E. 2**

a) Es sei unter Berücksichtigung der Fachrichtung Psychiatrie eine monodisziplinäre gerichtliche Begutachtung des Beschwerdeführers (inkl. Verlaufsbeurteilung) unter Beantwortung des Fragenkatalogs des BSV gemäss Rundschreiben Nr. 339 vom 9. September 2015 in Auftrag zu geben und im Anschluss sei ein strukturiertes Beweisverfahren mit Indikatorenprüfung durchzuführen, dies nach vorgängig erfolgten abschliessenden beruflichen Eingliederungsmassnahmen, Aktenkomplettierung und unter Beachtung der Mitwirkungsrechte nach BGE 137 V 210 ff. und bei vorgängiger Einigung über die Gutachterstelle (Beweisgegenstand: gerichtliche Abklärung des medizinischen Sachverhalts). b) Eventualiter: Es seien dem Beschwerdeführer die gesetzlichen IV-Leistungen (Rente und qualifizierte berufliche Eingliederungsmassnahmen inkl. Arbeitstraining, Coaching, Berufsberatung und Arbeitsvermittlung) nach Massgabe eines Invaliditätsgrades von mindestens 40 % zuzusprechen, dies zzgl. eines Verzugszinses zu 5 % seit wann rechtens.

### **E. 3**

Für welche Teile des Gutachtens zeichnen Sie inhaltlich verantwortlich?

### **E. 4**

Wurde Ihnen das Gutachten von Herrn G.\_\_\_\_ vorgängig der Versendung an die IV-Stelle zur Prüfung und Genehmigung unterbreitet?

### **E. 5**

Das vorliegende Beschwerdeverfahren sei bis zum rechtskräftigen Abschluss des nach § 37 InfoDG (BGS 114.1) eingeleiteten Verwaltungsverfahrens zu sistieren.

### **E. 6**

Über die vom Beschwerdeführer im vorliegenden Vorbescheidverfahren gestellten Beweisanträge sei eine Beweisverfügung nach Art. 29 Abs. 2 BV und Art. 6 Ziff. 1 EMRK zu eröffnen, worin die zugelassenen Beweismittel bezeichnet werden und wo bestimmt wird, welcher Partei zu welchen Tatsachen der Haupt- oder Gegenbeweis obliegt. Dabei sei der Praxis des Bundesverwaltungsgerichts Rechnung zu tragen, welche die Anordnung einer solchen Beweisverfügung insbesondere im Bereich des Sozialversicherungsverfahrens ausdrücklich verlangt.

### **E. 7**

Es sei eine öffentliche Verhandlung mit Publikums- und Pressenanwesenheit im Sinne von Art. 6 Ziff. 1 EMRK anzusetzen und durchzuführen.

## **E. 8**

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

## **E. 9**

Alles unter Kosten- und Entschädigungsfolge zu Lasten der Beschwerdegegnerin. U.K.u.E.F. 4. Die Beschwerdegegnerin beantragt mit Eingabe vom 13. April 2016 die Abweisung der beantragten Sistierung (A.S. 48 f.). 5. Die Vizepräsidentin des Versicherungsgerichts weist mit Verfügung vom 18. April 2016 (A.S. 51 f.) den Antrag auf Sistierung des Verfahrens bis zum rechtskräftigen Abschluss des nach § 37 InfoDG (BSG 114.1) eingeleiteten Verwaltungsverfahrens ab. 6. Die Beschwerdegegnerin schliesst im Rahmen der Beschwerdeantwort vom 9. Mai 2016 auf Abweisung der Beschwerde (A.S. 54). 7. Die am 23. Mai 2016 durch den Vertreter des Beschwerdeführers eingereichte Kostennote (A.S. 56 ff.) geht mit Verfügung vom 24. Mai 2016 zur Kenntnisnahme an die Beschwerdegegnerin (A.S. 60). 8. 8.1 Mit Verfügung vom 6. Februar 2017 (A.S. 63 f.) werden die Parteien zur öffentlichen Verhandlung auf den 2. Mai 2017, 14.00 Uhr, vorgeladen. 8.2 Der im Rahmen der Verhandlung (vgl. Protokoll, A.S. 66 ff.) gestellte Beweisantrag des Vertreters des Beschwerdeführers, wonach die eingereichten Urkunden 10 - 16 zu den Akten zu nehmen seien, wird gutgeheissen. Die weiteren Beweisanträge auf Befragungen von lic. phil. H.\_\_\_\_ bezüglich ihrer Rolle/Mitarbeit am Gutachten der E.\_\_\_\_ vom 12. September 2014 sowie der IV-Stelle betreffend die Auflösung des Rahmenvertrages mit der E.\_\_\_\_ werden abgewiesen. Anschliessend wird das Beweisverfahren geschlossen. Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers hält einen Parteivortrag und bekräftigt im Wesentlichen die in der Beschwerde gestellten Rechtsbegehren, wobei er neu die Durchführung einer bidisziplinären Begutachtung (Psychiatrie und Neurologie) beantragt und Ausführungen zur Diabetes mellitus Typ 2 sowie zur Diagnose der Anpassungsstörung macht. In der Folge schliesst die Vizepräsidentin des Versicherungsgerichts die öffentliche Verhandlung. Im Nachgang zu dieser Verhandlung reicht der Vertreter des Beschwerdeführers seine aktualisierte Kostennote ein (A.S. 70 f.). 9. Auf die weiteren Ausführungen in den Rechtsschriften der Parteien wird, soweit erforderlich, in den folgenden Erwägungen eingegangen. Im Übrigen wird auf die Akten verwiesen. II. 1. Die Sachurteilsvoraussetzungen (Einhaltung der Frist und Form, örtliche und sachliche Zuständigkeit des angerufenen Gerichts) sind erfüllt. Auf die Beschwerde ist einzutreten. 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. 3. Weil in zeitlicher Hinsicht – vorbehältlich 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 20. Januar 2016 – abstellt (BGE 121 V 362

E. 1b S. 366), sind im vorliegenden Fall für die Prüfung eines allfälligen Rentenanspruchs seit der Anmeldung im November 2013 die ab 1. Januar 2012 geltenden materiell-rechtlichen Bestimmungen anwendbar.

4. 4.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG, SR 830.1]). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein. Die Invalidität gilt als eingetreten, sobald sie die für die Begründung des Anspruchs auf die jeweilige Leistung erforderliche Art und Schwere erreicht hat (Art. 4 Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG, SR 831.20]).

4.2 Nach Art. 28 Abs. 1 IVG 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 ATSG) 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.

4.3 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).

5. 5.1 Das Administrativverfahren vor der IV-Stelle, wie auch der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1, Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben IV-Stelle und Sozialversicherungsgericht den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht. Der Untersuchungsgrundsatz weist enge Bezüge zum – auf Verwaltungs- und Gerichtsstufe ebenfalls in gleicher Weise geltenden – Prinzip der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c in fine ATSG) auf (einschliesslich die antizipierte Beweiswürdigung): Führt die pflichtgemässe, umfassende und sachbezogene Beweiswürdigung den Versicherungsträger oder das Gericht zur Überzeugung, der Sachverhalt sei hinreichend abgeklärt, darf von weiteren Untersuchungen (Beweismassnahmen) abgesehen werden. Ergibt die Beweiswürdigung jedoch, dass erhebliche Zweifel an Vollständigkeit und/oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellungen bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteil des Bundesgerichts 8C\_308/2007 vom 9. April 2008 E. 2.2.1 mit vielen Hinweisen).

5.2 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). 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, sondern dessen Inhalt (Urteil des Bundesgerichts 8C\_63/2011 vom 27. Mai 2011 E. 4.4.2; BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a S. 352; AHI 2001 S. 113 f. E. 3a; RKUV 2003 U 487 S. 345 E. 5.1).

6.1 Tritt die Verwaltung – wie im vorliegenden Fall – auf eine Neuanmeldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 ATSG vorzugehen (AHI 1999 S. 84 E. 1b mit Hinweisen). Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zusätzlich noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine rentenbegründende Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (Urteile des Bundesgerichts 9C\_959/2011 vom 6. August 2012 E. 2.1, 9C\_789/2012 vom 27. Juli 2013 E. 2.2; BGE 117 V 198 E. 3a, 109 V 108 E. 2b).

6.2 Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neuanmeldungsverfahren – analog zur Rentenrevision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG (BGE 105 V 29 S. 30) – durch Vergleich des Sachverhalts, wie er im Zeitpunkt der ersten Ablehnungsverfügung bestanden hat, mit demjenigen zur Zeit der streitigen neuen Verfügung (Urteil des Eidg. Versicherungsgerichts [EVG] I 783/05 vom 18. April 2006 E. 1; BGE 130 V 71 E. 3.1 S. 73 mit Hinweisen; AHI 1999 S. 84 E. 1b). Dies gilt jedoch nur in Fällen, in denen seit der ersten Verfügung keine materielle Prüfung des Rentenanspruchs mehr stattgefunden hat, sondern einzig Nichteintretensverfügungen.

7. Wie bereits unter E. II. 2 hiervor ausgeführt, ist vorliegend streitig und zu prüfen, ob die Beschwerdegegnerin in ihrer Verfügung vom 20. Januar 2016 (A.S. 1 ff.) das Leistungsbegehren des Beschwerdeführers auf Ausrichtung einer Invalidenrente sowie auf berufliche Massnahmen zu Recht verneint hat. Es ist daher zu untersuchen, ob sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit dem letzten rechtskräftigen Einspracheentscheid vom 21. August 2007, mit dem die dem Beschwerdeführer aufgrund eines IV-Grades von 52 % vom 1. Januar 2003 bis 31. Januar 2004 zugesprochene befristete IV-Rente bestätigt wurde (IV-Nr. 57) und der angefochtenen Verfügung vom 20. Januar 2016, bei der keine krankheitswertige psychische Störung mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit festgestellt wurde, in anspruchrelevanter Weise verändert hat.

8. Im Zeitpunkt des ursprünglichen Einspracheentscheids vom 21. August 2007 (IV-Nr. 57) stützte sich die Beschwerdegegnerin im Wesentlichen auf das Gutachten

der rheumatologischen Poliklinik des [...] vom 7. März 2007 und die Stellungnahme des RAD-Arztes Dr. med. B.\_\_\_\_ vom 18. Mai 2007: 8.1 Dr. med. I.\_\_\_\_, administrativer Leiter Poliklinik, Dr. med. J.\_\_\_\_, Assistenzärztin und Prof. Dr. med. K.\_\_\_\_, Chefarzt, Klinik und Polikliniken für Rheumatologie und Klinische Immunologie/Allergologie, [...], stellten im Gutachten vom 7. März 2007 folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (IV-Nr. 54): 1. Chronische Brachialgie rechts (ICD-10 M79.6, 75.1) mit/bei: - kleiner kompletter Ruptur des ventralen Anteils der Supraspinatussehne - AC-Resektion, Akromionplastik und Débridement Oktober 2003 - Körperliche Fehlhaltung mit Kopfprotrusion und sekundäre Myogelose der Trapezius-Muskeln rechts - Dekonditionierung - Schmerzausweitung Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit seien: 2. Karpaltunnelsyndrom rechts (ICD-10 G56.0) 3. Chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom (ICD-10 M54.5) - Dekonditionierung - muskuläre Dysbalance - körperliche Fehlhaltung (Hyperkyphose der BWS und abgeflachte Lordose der LWS) Im psychisch-geistigen Bereich würden keine Beeinträchtigungen bestehen. Auf der körperlichen Ebene bestünden eine eingeschränkte Schulterbeweglichkeit und -belastbarkeit sowie eine schmerzbedingt verminderte Kraft der rechten oberen Extremität. Überkopfarbeiten sowie Gewichte über 10 kg Überkopf- oder auf Schulterhöhe tragen oder über die Horizontale heben seien nur ausnahmsweise möglich. Die fein- und grobmotorische Funktion der Hände und Finger sei uneingeschränkt. Es sei keine Einschränkung der Beweglichkeit der Ellenbogen gegeben, solange die Tätigkeit nicht über 90 ° ausgeübt werde. Das Heben von Gewichten bis 10 kg sei zumutbar. Das Tragen von Gewichten über Kopf > 10 kg sei wegen den Schmerzen zu vermeiden. Bei einer angepassten Tätigkeit bestehe keine Einschränkung der Belastbarkeit. In einer ergonomisch angepassten Tätigkeit sei die bisherige Tätigkeit als Pizzaiolo in einem Vollpensum zumutbar. Vom 17. Oktober 2003 bis 21. Dezember 2003 (postoperativer Zeitraum) habe eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % bestanden (S. 13 f.). 8.2 Dr. med. B.\_\_\_\_, RAD, hielt in seiner Stellungnahme vom 18. Mai 2007 (IV-Nr. 56) fest, aufgrund des Gutachtens der rheumatologischen Poliklinik am [...] habe vom 17. Oktober 2003 bis 21. Dezember 2003 (S. 14) eine Arbeitsunfähigkeit bestanden. Für einen ergonomisch angepassten angestammten Arbeitsplatz ohne Heben von Lasten über 10 kg über Kopf sei die bisherige Arbeit und auch eine angepasste Arbeit während acht Stunden ohne Leistungsminderung zumutbar. Die befristete Rente sei somit unbegründet gewesen. Die Einsprache sei unverzüglich abzulehnen bei einer Arbeitsunfähigkeit von 0 % im angestammten Beruf seit Januar 2004. 9. Im Zeitpunkt der aktuellen Verfügung vom 20. Januar 2016 (A.S. 1 ff.) präsentierte sich der folgende medizinische Sachverhalt: 9.1 PD Dr. med. L.\_\_\_\_, FMH Neurologie, Facharzt Somnologie SGSSC, Leitender Arzt Schlafmedizin, [...], hielt im Bericht «Erstvorstellung» vom 2. April 2013 (IV-Nr. 81) die folgenden Diagnosen fest: 1. Paradoxe Insomnie - klinisch: subjektiv ausgeprägte Schlaf-/Wachstörung mit «umgekehrtem Schlaf-/Wachrhythmus» - polysomnographisch: weitgehender Normalbefund - Vigilanztests (MSLT): weitgehender Normalbefund - ätiologisch: im Rahmen von Diagnose 2 und 3 sowie psychophysiologische Komponente 2. Insomnie durch fehlende Schlafhygiene 3. Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion - psychosoziale Belastungssituation (Tod des Sohnes 2011, soziale Situation) Aus somnologischer Sicht betrage die Arbeitsfähigkeit 100 %, massgebend sei die psychiatrische Einschätzung. Es sei keine nächste Kontrolle vorgesehen, therapeutisch seien die schlafhygienischen Massnahmen einzuhalten (der Patient sei entsprechend instruiert worden). Die schlafmedizinische Abklärung der ausgeprägten Störung des

Schlaf-/Wach-rhythmus zeige den Befund einer paradoxen Insomnie und eine Schlaf-/Wachstörung bedingt durch die mangelnde Schlafhygiene. Sowohl polysomnographisch wie auch im MSLT liessen sich Normalbefunde erheben. In der Nachtschlafuntersuchung habe eine normale Schlafstruktur mit normaler Abfolge von nonREM-/REM-Zyklen und normaler Schlaffeffizienz erhoben werden können. Der MSLT-Befund zeige keine objektive Einschlafneigung, was gut zur normalen Punktezahl im standardisierten Epworth Score passe. Eine schlafmedizinische Erkrankung im engeren Sinne liege somit nicht vor, was dem Beschwerdeführer ausführlich erklärt worden sei. Aufgrund der paradoxen Insomnie (objektiv normale Befunde bei subjektiver Fehlwahrnehmung) und der mangelnden Schlafhygiene halte er eine medikamentöse Therapie nicht für sinnvoll. Diese könne die paradoxe Insomnie noch fördern. Therapeutisch stünden in erster Linie schlafhygienische Massnahmen im Vordergrund, die Grundprinzipien habe er dem Beschwerdeführer erklärt. Möglich sei auch eine Teilnahme am stationären kognitiv-behavioralen Insomnie-Programm, sofern ambulante Massnahmen nicht erfolgreich seien. Ein Kernelement des Insomnie-Programms sei eine kontrollierte Schlafrestriktion, die ein hohes Mass an Motivation und Selbstdisziplin erfordere. Die Aufnahme des Beschwerdeführers in das Insomnie-Programm werde in erster Linie von der Bereitschaft abhängen, die Schlafrestriktion konsequent mitzumachen.

9.2 Dr. med. F.\_\_\_\_, Spezialarzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, hielt im Schreiben vom 20. September 2013 (IV-Nr. 60) fest, der Beschwerdeführer leide seit dem Unfalltod seines Sohnes vom 9. September 2012 [recte: 2011] an einer mittelschweren bis schweren Depression, Insomnie, erhöhtem Blutzucker und Bronchialasthma. Trotz Behandlung zeige sich keine Besserung sowohl von der psychischen als auch von der somatischen Seite. Der 53-jährige Beschwerdeführer lebe allein, wobei er häufigen Kontakt mit einer krebskranken Freundin habe, die demnächst sogar zu ihm ziehen wolle. Sie habe ihn auch in die Türkei begleitet, wo er seine Mutter habe besuchen und ihr habe beistehen wollen, weil sie sich einen Arm gebrochen habe. Er habe den Beschwerdeführer am 18. September 2013 gesehen. Es gehe ihm noch nicht besser und seine Arbeitsfähigkeit bleibe vorerst bei 0 %. Dr. med. F.\_\_\_\_ hoffe, dass der Beschwerdeführer seine Trauer und Kränkungen überwinden und wieder normal ins Leben werde integriert werden können. In die psychiatrische Klinik wolle er nicht, dort würde er nur noch kränker, meine er. Die psychosomatische Abteilung des [...], wo er angemeldet worden sei, habe die [...] empfohlen. Dort sei er zur Schlafabklärung gewesen, aber nicht stationär aufgenommen worden.

9.3 Mit Schreiben vom 28. November 2013 (IV-Nr. 66) bestätigte Dr. med. F.\_\_\_\_ die bereits im Schreiben vom 20. September 2013 (vgl. E. II. 9.2 hiervor) ausgewiesenen Diagnosen und führte erneut aus, dass sich trotz Behandlung keine Besserung von der psychischen und somatischen Seite zeige. Im Dezember 2013 sei eine Hospitalisation mit Abklärungen und Behandlung im stationären Setting in der [...] vorgesehen. Sein Gesundheitszustand und somit auch seine Arbeitsfähigkeit würden als schwerwiegend beeinträchtigt erachtet; Arbeitsunfähigkeit 100 %.

9.4 Im Austrittsbericht vom 13. Januar 2014 stellten Dr. med. M.\_\_\_\_, Oberärztin, N.\_\_\_\_, Stationsarzt, O.\_\_\_\_, M.Sc., Psychologin, Psychosomatik, Psychiatrie und Psychotherapie, [...] (IV-Nr. 74 S. 5 ff.), aufgrund der Hospitalisation des Beschwerdeführers vom 2. Dezember 2013 bis 9. Januar 2014 folgende Diagnosen: 1. Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion (ICD-10 F43.2) mit/bei - Psychosozialer Belastungssituation (Tod Sohn, Arbeitslosigkeit, Sozialhilfe) - Paradoxe Insomnie und Insomnie bei fehlender Schlafhygiene 2. Arterielle Hypertonie (ICD-10 I10) 3. Diabetes mellitus Typ II (ICD-10 E11) mit/bei: - oralen Antidiabetika 4. COPD (ICD-10

J44) mit/bei - Nikotinabhängigkeitssyndrom (40 St./Tag) (ICD-10 F17.2) 5.  
Hypercholesterinämie (ICD-10 E78.2) - AGLA score: hohes Risiko (46,7 %), Dezember 2013 - Statintherapie 6. Adipositas (ICD-10 E66.0) mit/bei - BMI bei Eintritt 30,35 kg/m<sup>2</sup> Austritt 29,6 kg/m<sup>2</sup> Der Beschwerdeführer sei mit einer depressiven Symptomatik im Rahmen mehrerer Belastungen und einer Schlafstörung zugewiesen worden. Die Ziele der Hospitalisation seien der Aufbau einer Tagesstruktur, Unterstützung in der Schlafhygiene, antidepressive Behandlung und Aufbau von Ressourcen sowie die Einstellung körperlicher Erkrankungen gewesen (S. 6). Über den ganzen Verlauf habe sich der Beschwerdeführer in unterschiedlichem Ausmass schwergetan, regelmässig an den Therapien teilzunehmen. Dabei hätten Sinnfragen und wohl auch Ängste eine Rolle gespielt. Hintergründig sei auch mehrfach eine innere Anspannung im Rahmen der erlittenen Kränkungen spürbar geworden. Es sei ihm allerdings gelungen, dies gegenüber den Ärzten zu kontrollieren. In der Physiotherapie habe er im 6-Minuten-Test seine Leistung hinsichtlich der zurückgelegten Strecke von 150 m auf 535 m deutlich steigern können. In der Ergotherapie habe er vor allem vom kreativen Werken, dem kognitiven Training und Alpaka Trekking profitieren können. In der Sozialberatung seien versicherungstechnische Fragen und eine ausserhäusliche Tagesstruktur besprochen worden. Während des stationären Aufenthalts hätten drei Einzelpsychotherapie-Sitzungen und ein Paargespräch stattgefunden. Der Schwerpunkt der psychotherapeutischen Gespräche sei auf der Behandlung der depressiven Symptomatik sowie auf der Unterstützung beim Aufbau einer Tagesstruktur gelegen. Der Beschwerdeführer habe sich gegenüber der Behandlung sehr ambivalent gezeigt und sich kaum auf das Therapieprogramm einlassen können. Bezüglich der Reduzierung des Nikotins hätten sich jedoch rasch Fortschritte eingestellt. Die anfänglich stark spürbare aggressive Komponente habe im Verlauf abgenommen und der Beschwerdeführer habe sich nach und nach gut in die Patientengemeinschaft integrieren können. Nach einem klärenden Gespräch bezüglich seiner Ambivalenz gegenüber der Behandlung habe er mitgeteilt, er wolle nun aktiv an den Therapien teilnehmen, so z.B. an psychologischen Gruppenangeboten wie PMR. Letztlich sei er dem Therapieprogramm jedoch oft fern geblieben. Der Verlust des Sohnes sei in den Einzelgesprächen thematisiert worden, wobei sich herausgestellt habe, dass ihn grosse Schuldgefühle plagen würden, worauf er stark fokussiert gewesen sei. Es falle dem Beschwerdeführer schwer, einen Sinn in seinem Leben zu finden. Eine grosse Hilflosigkeit sei deutlich geworden, als es darum gegangen sei, sich der Lebensbilanz zu stellen. Dabei habe er einerseits zwischen starker Negativität (z.B. das berufliche Scheitern) und Idealisierung (z.B. familiäre Beziehungen) geschwankt. Im Paargespräch sei ein dysfunktionales Beziehungsmuster rasch deutlich geworden, wobei die Partnerin um Nähe kämpfe und der Beschwerdeführer um Distanz. Die unterschiedlichen Bedürfnisse zu besprechen sei nicht möglich gewesen. Der Beschwerdeführer sei mit der Situation schnell überfordert gewesen, habe mit Aggression reagiert und das Gespräch abgebrochen. Ambulante Angebote zur Strukturierung seines Alltags, z.B. Krafttraining oder psychiatrische Spitex, habe er abgelehnt, sich aber bereit gezeigt, die ambulante Psychotherapie weiterzuführen und sich selbständig um einen neuen Termin zu bemühen. Die Depressionswerte seien im Vergleich vom Ein- zum Austritt entweder gleich geblieben (BDI-II) oder gestiegen (HADS). Die gestiegenen Werte liessen sich vor allem durch eine bessere Wahrnehmung der eigenen Hilflosigkeit erklären: Die Angstwerte seien ebenfalls gleich geblieben (HADS) oder etwas gesunken (BAI), blieben jedoch im klinischen relevanten Bereich (S. 7). In Bezug auf das Procedere wurde Folgendes festgehalten: Austritt ins häusliche Umfeld; psychiatrische Nachbehandlung in der Praxis von Dr. med.

F.\_\_\_\_; hausärztliche Betreuung bei Dr. med. P.\_\_\_\_; Kontrolle der Lipide zwei Monate nach Austritt und gegebenenfalls Anpassung der Therapie; regelmässige Kontrolle des Blutzuckers. Die Arbeitsunfähigkeit betrage vom 2. Dezember 2013 bis 24. Januar 2014 100 %. 9.5 Dr. med. P.\_\_\_\_, Allgemeine Medizin FMH, hielt im Arztbericht vom 17. Januar 2014 die folgende Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit fest (IV-Nr. 72 S. 1 ff.): Anpassungsstörung mit ausgeprägter depressiver Reaktion, seit 9. September 2011 Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit seien: - Diabetes mellitus Typ 2 - COPD - Arterielle Hypertonie - Hyperlipidämie Der Beschwerdeführer sei in seiner zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Pizzaiolo vom 9. September 2011 bis auf weiteres zu 100 % arbeitsunfähig. Sein Gesundheitszustand sei stationär und die Arbeitsfähigkeit könne durch Antidepressiva verbessert werden. Wegen des depressiven Zustandes, den Konzentrationsstörungen, der Vergesslichkeit und der Energiearmut sei ihm keine Tätigkeit zumutbar. 9.6 Dr. med. F.\_\_\_\_ stellte im Arztbericht vom 22. Februar 2014 (IV-Nr. 74 S. 1 ff.) die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: - Anpassungsstörung mit anhaltender schwerer Depression, seit September 2012 - Status nach Schulterverletzung und Operation, seit 2002 - geringe Belastbarkeit des rechten Armes - Insomnie, seit September 2012 Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit seien: - Arterielle Hypertonie, seit September 2012 - Diabetes mellitus Typ II, seit September 2012 - Nikotin-Abhängigkeitssyndrom, seit Jahren - COPD In seiner zuletzt ausgeübten Tätigkeit sei der Beschwerdeführer ab 1. Februar 2013 bis andauernd zu 100 % arbeitsunfähig. Die gesundheitliche Störung wirke sich bei der bisherigen Tätigkeit durch eine psychische Blockierung aus. Er fühle sich durch den Todesfall seines Sohnes am 9. September 2012 [recte: 2011] von Gott verdammt und bestraft. Als Restaurateur wolle er nicht mehr arbeiten, da er sich von den Gästen geplagt fühle. Ihm sei die bisherige Tätigkeit nicht mehr zumutbar. Die Arbeitsfähigkeit am bisherigen Arbeitsplatz bzw. im bisherigen Tätigkeitsbereich könne nicht verbessert werden. Ihm seien jedoch andere Tätigkeiten zumutbar. Der Beschwerdeführer habe sich für einfachere Arbeiten auch bereit erklärt. Es gelte dabei zu berücksichtigen, dass sein rechter Arm vermindert belastbar sei. Ebenso sei er psychosozial nicht sehr belastbar. Ihm seien solche Arbeiten zunächst halbtags zumutbar. In diesem zeitlichen Rahmen bestehe eine um circa 50 % verminderte Leistungsfähigkeit. 9.7 Dr. med. C.\_\_\_\_, Fachärztin Neurologie FMH, RAD, hielt in ihrer Stellungnahme vom 5. Mai 2014 (IV-Nr. 79) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit fest: - Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion mit/bei (ICD-10 F43.2) - Psychosozialer Belastungssituation (Tod des Sohnes, Arbeitslosigkeit, Sozialhilfe) - Paradoxe Insomnie - Chronische Brachialgie rechts mit/bei: - Teilruptur der Supraspinatussehne - Status nach AC-Resektion, Akromionplastik und Débridement Oktober 2003 Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit seien: - Diabetes mellitus Typ II, orale Antidiabetika - Arterielle Hypertonie - Hypercholesterinämie - Adipositas - COPD - Chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom Aufgrund der vorhandenen Akten könnten die medizinische Situation und die Arbeitsfähigkeit nicht abschliessend beurteilt werden. Seit dem Unfalltod seines Sohnes im September 2011 habe der Beschwerdeführer eine Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion entwickelt. Wie sich diese Störung auf die Arbeitsfähigkeit auswirke, sei unklar. Der Hausarzt gehe von einer andauernden kompletten Arbeitsunfähigkeit aus, der behandelnde Psychiater attestiere eine Arbeitsunfähigkeit für die angestammte Tätigkeit als Restaurateur, er halte aber eine angepasste Tätigkeit in einem Pensum von mindestens 50 % für zumutbar. Hinweise, dass sich der somatische Gesundheitszustand seit 2003 relevant

verschlechtert hätte, ergäben sich aus den vorliegenden Arztberichten nicht. Die Schulter-Arm-Problematik werde im Austrittsbericht der [...] nicht einmal erwähnt. Das Zumutbarkeitsprofil bezüglich der somatischen Belastbarkeit könne somit vom Gutachten [...] vom 7. März 2003 (vgl. E. II. 8.1 hiervor) übernommen werden. Zur Klärung der Arbeitsfähigkeit aufgrund der geltend gemachten psychischen Störung sei eine psychiatrische Begutachtung zu veranlassen. Zuhanden der Gutachter solle vorgängig der Bericht der schlafmedizinischen Abklärung von der [...] angefordert werden.

9.8 Das versicherungspsychiatrische Gutachten der E.\_\_\_\_ datiert vom 12. September 2014 (IV-Nr. 87). Darin konnten lic. phil. H.\_\_\_\_, Fachpsychologin für Psychotherapie FSP, und Dr. med. G.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, keine krankheitswertige psychische Störung als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ausweisen. Als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurde eine «Anpassungsstörung mit vorwiegender Störung von anderen Gefühlen (ICD-10 F43.23)» festgestellt. Zusammenfassend lasse sich aussagen, dass beim Beschwerdeführer keine krankheitswertige psychische Störung vorliege, welche die Arbeitsfähigkeit beeinflusse. Sehr wohl leide der Beschwerdeführer jedoch an einer Anpassungsstörung mit vorwiegender Störung anderer Gefühle, welche durch den Tod seines Sohnes, vor allem jedoch durch den Verlust seines Lokals und der damit verbundenen Kränkung, ausgelöst worden sei. Der Beschwerdeführer sei danach in einen Teufelskreis geraten, welcher die psychischen Symptome aufrechterhalten habe. Faktoren seien hierbei die fehlende Tagesstruktur, welche zu viel Raum zum Grübeln lasse; das Fehlen einer Aufgabe im Leben, die Sinn mache; der Verlust des kulturell geprägten Status als Familienoberhaupt; die Schlafstörung, welche durch die Medikation, den erhöhten Kaffeekonsum und fehlende schlafhygienische Massnahmen aufrecht erhalten werde. Als krankheitsfremder Faktor sei weiter der Migrantenstatus zu nennen, welcher eine berufliche Neuorientierung erschwere. Der Beschwerdeführer leide also durchaus auf psychischer Ebene. Daher wäre auch eine Fortführung der Psychotherapie indiziert, welche jedoch vor allem auf eine Installierung einer Tagesstruktur und einen forcierten Wiedereinstieg in eine Tätigkeit hinarbeiten sollte. Eine solche könnte für den Beschwerdeführer ein Weg aus diesem Teufelskreis sein, wenn er sich denn darauf einlassen könne. Bis jetzt habe sich der Beschwerdeführer therapeutischen Interventionen gegenüber sehr ambivalent gezeigt. Hier sollten die motivationalen Faktoren des Beschwerdeführers angegangen werden. Aus psychiatrischer Sicht sei der Beschwerdeführer medizinisch-theoretisch zu 100 % arbeitsfähig. Es habe nie eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit aus psychischen Gründen bestanden. Es bestehe aus psychiatrischer Sicht eine volle Arbeitsfähigkeit in jeglicher Tätigkeit. Aus psychiatrischer Sicht müsse ein Arbeitsplatz keinen bestimmten Anforderungen genügen. Berufliche Massnahmen seien dem Beschwerdeführer aus medizinischer Sicht zumutbar.

9.9 Dr. med. F.\_\_\_\_ führte am 9. Oktober 2014 in seiner «Stellungnahme zum Gutachten von E.\_\_\_\_ vom 13. August 2014» aus (IV-Nr. 93), laut dem Beschwerdeführer sei er von Dr. med. G.\_\_\_\_ von 8.10 Uhr bis 9.10 Uhr und danach von einer Psychologin von 09.15 Uhr bis 11.05 Uhr interviewt worden, wobei die Zeitangaben dem Gutachten entnommen worden seien. In diesem Zeitraum könne man einen ersten oberflächlichen Eindruck bekommen und daraus eine Arbeitshypothese gewinnen. In weiteren Gesprächen wäre es dann möglich, diese Hypothese zu verfeinern, zu verifizieren oder zu falsifizieren. Der Gutachter gehe von einer Arbeitshypothese aus, dass dem Beschwerdeführer nichts fehle. Hier dürfe ein starker Zweifel angemeldet werden, ob der Gutachter wirklich gut geachtet habe gemäss den Vorgaben im Anhang. Laut dem

Beschwerdeführer habe der Gutachter einen alten Geschichtsatlas hervorgeholt und etwa 15 Minuten lang darin gelesen und etwas über das osmanische Reich erzählt. Das Thema Blutzucker, von dem der Beschwerdeführer der Psychologin erzählt habe, sei beim Gutachter nicht zur Sprache gekommen. Der Gutachter habe gemäss seiner Arbeitshypothese geschrieben, der Beschwerdeführer habe nach dem Tod seines Sohnes nie eine schwere depressive Reaktion gezeigt. Bei einer solchen Ausprägung wäre der Beschwerdeführer nicht mehr fähig gewesen, während einem halben Jahr «so viel Sport zu treiben», dass er massiv an Gewicht verloren und seine Diabeteswerte habe verbessern können. Dies sei reine Dichtung! Tatsächlich sei der Beschwerdeführer nach dem Tod seines Sohnes in schwerer Trauer gewesen und habe dadurch während sechs bis sieben Monaten fast nichts essen können. Er habe mit Suizidgedanken gekämpft und kaum noch leben wollen. Er habe sich vorgestellt, wie dies aussähe; da liege sein toter Sohn und er esse und mache eine Grillparty. Nein, dies gehe definitiv nicht. Hier von Sport zu reden, sei reine Dichtung. Nach Angaben des Beschwerdeführers habe er in der Zeit vom September 2011 bis Juli 2012 von circa 100 auf 75 kg abgenommen durch seinen ungewollten Hungerstreik aufgrund der starken Trauerreaktion, die sich nun in eine schwere Depression gewandelt habe. Sein Gewicht betrage aktuell ohne Kleider 80 kg, sein Blutzucker sei trotz Medikation zu hoch und sein rechter Arm sei geschwollen, chronisch entzündet, schmerzhaft und kaum belastbar. Dr. med. F. \_\_\_ könne sich gewissen Äusserungen und den Schlussfolgerungen des Gutachters nicht anschliessen und erst recht nicht seiner Gewichtung der psychischen Krankheitswertigkeit: Zudem erwecke er mit seiner Darstellung des psychischen Befundes des Beschwerdeführers am 13. August 2014 zwischen 08.10 bis 09.10 Uhr den Eindruck, es handle sich um eine grundsätzlich gesunde Person. Es sei so, dass sich der Beschwerdeführer immer bemüht habe, sich gepflegt, anständig und ruhig zu präsentieren. Es werde gesagt, dass der Beschwerdeführer keine Einbussen höherer kognitiver Leistungen wie Gedächtnis oder problemlösendes Denken aufweise. Um diese Aussage zu untermauern, müsste man wohl neuropsychologische Abklärungen durchführen, für die man circa drei bis vier Stunden investieren müsste. Der Beschwerdeführer habe, was im Verlauf seit September 2011 offensichtlich sei, keine Problemlösung für sein aktuell darniederliegendes Leben finden können, im Gegenteil klage er über kognitive Einbussen in Form von Vergesslichkeit. Weiter schreibe der Gutachter: Das formale und inhaltliche Denken weise keine Pathologika auf...das Selbstwertgefühl sei normal gewesen...die Willenskräfte seien zielgerichtet gewesen...der Beschwerdeführer sei fähig gewesen, seine Angelegenheiten selbständig zu regeln...der Antrieb in der Untersuchungssituation sei normal gewesen. Der psychosoziale Leidensdruck schein sich gemäss Dr. med. F. \_\_\_ doch erheblich und im zeitlichen Verlauf offensichtlich auf die Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers auszuwirken im Sinne einer Depression oder mit anderen Worten einer psychischen Blockierung/Behinderung derart, dass sich dem Beschwerdeführer bei irgendwelchen Tätigkeiten auch immer für ihn persönlich kein Sinn ergebe. Er denke ja, dass Gott ihn mit seinen Krankheiten gestraft habe und er dies noch weiter tun könnte. Die Lösung dieses Problems läge wohl in einer Versöhnung mit Gott und in einem Frieden mit ihm resp. mit seiner Biographie. Doch könnten bisher keine Fortschritte in dieser Richtung gemacht werden, all zu mächtig schein der Beschwerdeführer vom Bild eines strafenden Gottes beherrscht und eingeschüchtert zu werden. Es schein, dass er sich auch noch selber strafe, indem er sinnlos und selbstdestruktiv Zigaretten rauche und sein eigenes Leid noch verstärke durch permanenten TV-Konsum vom Leid anderer durch die gegenwärtig aktuelle

Berichterstattung vom Krieg in Syrien durch kurdische und türkische Sender. Es liege ja im Wesen einer depressiven Entwicklung, dem betroffenen Menschen den Lebenswillen und die -motivation zu nehmen bis hin zum Suizid. Dieser Lebenswille sei beim Beschwerdeführer stark betroffen durch die gescheiterten Ehen wie auch den Verlust seines Sohnes. Damit sei quasi sein Lebensnerv erheblich verletzt worden, d.h. seine Lebensphilosophie nämlich vom unverbrüchlichen Zusammenhalt der Familie. In den Untersuchungen von Dr. med. F. \_\_\_ vom 21. Januar und 18. September 2013 sowie in den fortlaufenden Gesprächen hätten starke Schuldgefühle eruiert und gemäss Fragebogen MADRS je 25 Punkte errechnet werden können, was es erlaube, von einer schweren Depression zu sprechen. Für ihn bleibe der Beschwerdeführer weiterhin 100 % arbeitsunfähig für den ersten Arbeitsmarkt. Hingegen erachte er ihn als für circa 50 % einsatzfähig in einem geschützten Milieu. Allerdings werde sich der Beschwerdeführer gekränkt fühlen, mit anderen, offensichtlich Behinderten zusammenarbeiten zu müssen und sich sehr wahrscheinlich verweigern. Er müsste einen mitmenschlich ansprechenden Rahmen vorfinden, um mitarbeiten zu können. 9.10 Dr. med. C. \_\_\_ legte in ihrer Stellungnahme vom 14. November 2014 dar (IV-Nr. 96), in der Stellungnahme zum Gutachten beschreibe Dr. med. F. \_\_\_ den Beschwerdeführer als unter erheblichem psychosozialen Leistungsdruck stehend, was sich im Sinne einer Depression blockierend auswirke. Er beschreibe Wut, innere Anspannung und Reizbarkeit als vorherrschende Gefühle. Insgesamt komme seine Beurteilung des Störungsbildes der des Gutachters sehr nahe. Doch die Schlussfolgerungen bezüglich Arbeitsfähigkeit würden sich deutlich unterscheiden. Dr. med. G. \_\_\_ vermittele nicht das Bild einer grundsätzlich gesunden Person, aber er beurteile das vorliegende Störungsbild aus versicherungspsychiatrischer Optik und komme richtigerweise zum Schluss, dass eine Anpassungsstörung, ausgelöst durch den Tod des Sohnes und den Verlust seines Lokals und die damit verbundene Kränkung, keine andauernde Arbeitsunfähigkeit begründe. Faktoren wie fehlende Tagesstruktur, Fehlen einer Aufgabe im Leben, Verlust des kulturell geprägten Status als Familienoberhaupt, die mangelnde Schlafhygiene, aber auch der Migrantenstatus, der eine berufliche Neuorientierung erschwere, seien krankheitsfremde Faktoren, welche die psychischen Symptome aufrechterhalten würden. In einer körperlich angepassten Tätigkeit (keine Überkopfarbeiten, keine Gewichte über 10 kg über Kopf oder auch Schulterhöhe tragen oder repetitiv heben) sei der Beschwerdeführer voll arbeitsfähig. 9.11 Im Schreiben vom 7. Februar 2015 hielt Dr. med. F. \_\_\_ die Diagnosen einer «Anpassungsstörung mit anhaltender schwerer Depression inklusive Insomnie, seit September 2012» fest (IV-Nr. 106 S. 3). Der Beschwerdeführer verbringe die meiste Zeit allein und zurückgezogen zu Hause. Wenn er gelegentlich einen Spaziergang unternehme, so sei er nach kurzer Zeit schon ermüdet und demotiviert. Zu Hause laufe ständig der TV, was ihm helfe, seine Einsamkeit zu verdrängen. Von einem normalen Schlaf könne keine Rede sein. Meist schlafe er erst gegen Morgen ein, wenn er die Nacht vor dem laufenden TV verbracht habe. Anfangs Januar 2015 habe er einen Suizidversuch durch Erhängen zu Hause unternommen, der misslungen sei, weil die Leiter auf dem Laminat ausgerutscht sei und ausgerechnet seine Bekannte aus Zürich aufgetaucht sei, um ihn zu besuchen. Offenbar sei der Beschwerdeführer zuweilen verzweifelt und suizidal. Dr. med. F. \_\_\_ druckte zudem einen Brief des Beschwerdeführers an Frau Q. \_\_\_, Beschwerdegegnerin, vom 3. Januar 2015 ab, in welchem dieser ausführt, falls er sich wegen der schweren Depression verletzen oder umbringen werde, sei sie dafür verantwortlich. 9.12 Im Verlaufsbericht vom 27. April 2015 hielt Dr. med. P. \_\_\_ fest (IV-Nr. 107), der Gesundheitszustand sei stationär

und die Diagnose habe sich verändert. Neben dem depressiven Zustandsbild klage der Beschwerdeführer permanent über chronische Schulterschmerzen rechts bei Status nach Schulteroperation vor Jahren sowie über chronische Nackenbeschwerden und Dysästhesien im rechten Arm seit HWS-Schleudertrauma vor mehreren Jahren, wobei wegen der Fehlhaltung auch rezidivierende BWS- und LWS-Beschwerden bestünden. Das chronisch depressive Zustandsbild, die chronischen Schulter- und Nackenschmerzen sowie die rezidivierenden Rückenbeschwerden im BWS- und LWS-Bereich hätten Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Der Beschwerdeführer fühle sich ausserstande, wegen der chronischen Adynamie und depressiver Zustände, trotz entsprechender Medikation, einer Tätigkeit nachzugehen. Die körperliche Belastungsfähigkeit sei wegen der chronischen Beschwerden im Schulter-, Nacken- und Rückenbereich eingeschränkt. Körperlich sei er nur sehr reduziert belastbar, es seien ein fehlendes Durchhaltevermögen wegen des depressiven Zustandes und Konzentrationsschwäche gegeben. Die Psychopharmakotherapie (Trittico, Seroquel) sollte weitergeführt werden, Physiotherapie bei Bedarf.

9.13 Dr. med. C. \_\_\_ hielt in ihrer Stellungnahme vom 10. August 2015 (IV-Nr. 110 S. 2) fest, die Diagnosen die der Hausarzt Dr. med. P. \_\_\_ in seinen Berichten vom 16. Februar (vgl. IV-Nr. 109 S. 2) und 10. April [recte: 27. April] 2015 (vgl. E. II. 9.12 hiervor) aufführe, seien bekannt und in den RAD-Stellungnahmen vom 5. Mai und 14. November 2014 berücksichtigt worden (vgl. E. II. 9.7, 9.10 hiervor). Eine relevante Verschlechterung der bestehenden Diagnosen oder eine neue Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit würden nicht geltend gemacht. Zum Suizidversuch äusserte sie sich wie folgt: Ein Suizidversuch belege keine andauernde Verschlechterung des Gesundheitszustandes sondern eine vorübergehende. Der Suizidversuch des Beschwerdeführers habe nicht zu einer Intensivierung der Behandlungen geführt, einer Aufnahme in die Krisenintervention oder ein stationärer Aufenthalt seien nicht erforderlich gewesen. In der Mitteilung von Dr. med. F. \_\_\_ an den Vertreter des Beschwerdeführers stelle der Psychiater keine neue Diagnose und bleibe bei seiner bisherigen Einschätzung, die sich ja bekanntlich nicht mit der gutachterlichen Beurteilung decke. Der Hausarzt habe offenbar keine Kenntnis vom Suizidversuch seines Patienten Anfang Januar 2015. Schliesslich bleibe es bei einer anderen Beurteilung des gleichen Sachverhalts durch die behandelnden Ärzte bzw. die Gutachter.

9.14 In der versicherungspsychiatrischen Stellungnahme vom 12. November 2015 (IV-Nr. 113) äusserte sich Dr. med. G. \_\_\_ zu den Einwänden des Vertreters des Beschwerdeführers vom 2. Februar 2015 (IV-Nr. 105). Bei lic. phil. H. \_\_\_ handle es sich um eine bei der E. \_\_\_ ordnungsgemäss angestellte Psychologin, die den Zusatztitel Fachpsychologin für Psychotherapie FSP führe und therapeutisch bis auf den heutigen Tag in Zofingen tätig sei. Grundsätzlich sei hierbei anzumerken, dass es sich um eine übliche Methode in der Gutachtenerstellung handle, dass im Sinne einer gewissen Aufgabenteilung eine Psychologin bei der umfassenden strukturierten Anamneseerhebung helfen könne, um zu ermöglichen, die eigentliche psychiatrische Exploration durch den Gutachter freier zu gestalten, die Informationen sich im Gutachten dann ergänzen. Von Relevanz erscheine der Umstand, dass allein der verantwortliche Gutachter der Unterzeichnende sei, lic. phil. H. \_\_\_ nicht in ihrer Qualifikation als psychologische Psychotherapeutin mit Zusatztitel, der grundsätzlich zu selbstverantwortlichen therapeutischen Interventionen legitimiere, sondern hier allein in ihrer Qualifikation durch ein abgeschlossenes Psychologie-Studium tätig gewesen sei. Es könne grundsätzlich nicht verstanden werden, warum an diesem Umstand, der dem Beschwerdeführer im Aufgebot zur Untersuchung mitgeteilt worden sei, Anstoss genommen werde. Wichtig erscheine der Umstand, dass sowohl durch den Gutachter selbst

als auch durch die «assistierende Psychologin» der Beschwerdeführer jeweils über ein bis eineinhalb Stunden exploriert worden sei. Insofern dürfe aus ärztlicher Sicht der Verweis des Rechtsanwalts auf formale Normen aus Leitlinien unkommentiert bleiben, als dass sich aus Leitlinien grundsätzlich keine Verpflichtung ergebe, die Begutachtung vielmehr in der freien und unabhängigen Überzeugung des Facharztes für Psychiatrie und Psychotherapie als unabhängiger und neutraler Gutachter und Sachverständigen erfolgt sei. Dr. med. G.\_\_\_\_ ging sodann auf das Vorbringen ein, der Beschwerdeführer sei nicht in seiner Muttersprache untersucht worden. Hier sei zum einen darauf hinzuweisen, dass der Beschwerdeführer selbst im Vorfeld der Begutachtung schriftlich befragt worden sei, ob eine Übersetzung gewünscht werde und er dies mit Unterschrift verneint habe. Zudem lebe der Beschwerdeführer ab 1983 in der Schweiz, mit Wohnsitz ab etwa 1985 in der Deutschschweiz. Er habe die deutsche Sprache sehr gut erlernt, wie eine zweite Muttersprache. Hierzu möge wesentlich der Umstand beigetragen haben, dass er etwa 1985 seine zweite Ehefrau, eine Schweizerin, kennengelernt habe, mit dieser etwa 1987/1988 bis 1992/1993 verheiratet gewesen sei und aus dieser Ehe zwei Söhne hervorgegangen seien. Wenn nun angeführt werde, «der Beschwerdeführer könne sich nur auf rudimentäre Art und Weise mündlich auf Deutsch verständigen, vieles bleibe aber gegenseitig oberflächlich und unverstanden», so sei dem eindeutig zu widersprechen. Insgesamt werde aus der Auflistung der Einwände des Vertreters des Beschwerdeführers ersichtlich, eine Argumentation aufbauen zu wollen, das Gutachten formal zu diskreditieren, da der inhaltlichen Argumentation, der Beschwerdeführer erleide einen anhaltenden psychischen Gesundheitsschaden, der ihn in seiner zumutbaren medizinisch-theoretischen Arbeitsfähigkeit rein aus psychischen Gründen einschränke und ihm diese gar verunmöglichen würde, nicht gefolgt werden könne. Der Unterzeichnende sei als Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie und Gutachter nicht berechtigt, die einzelnen Punkte zu widerlegen, hier werde auf eine Erwiderung durch den Rechtsanwender und auf eine sachliche Urteilsbildung im Rahmen der Rechtsprechung vertraut. Zum einzigen vom Vertreter des Beschwerdeführers geltend gemachten inhaltlichen Punkt, ob nun eine Anpassungsstörung ICD-10 F43 zu diagnostizieren sei oder nicht, sei anzumerken, dass von Relevanz sei, welchen Ausprägungsgrad eine psychische Symptomatik aufweisen möge, und, welchen Verlauf diese aufweise. Die Anpassungsstörung über einige Monate Dauer – oder auch über gemäss ICD-10 limitiert auf einige Jahre – würde grundsätzlich nicht zu einer Minderung der medizinisch-theoretischen Arbeitsfähigkeit führen. Hierzu sei der Ausprägungsgrad der Symptomatik zu gering. 9.15 Dr. med. F.\_\_\_\_ hielt im Bericht vom 11. Februar 2016 zuhanden des Vertreters des Beschwerdeführers fest (Beschwerdebeilage Nr. 6), es sei seit Februar 2015 keine Änderung des psychischen Zustandes des Beschwerdeführers aufgetreten. Gemäss der letzten Beurteilung liege eine chronische Depression vor, die ihm zwar erlaube, ein bescheidenes Leben zu führen, nicht aber, sich wieder ins Erwerbsleben zu begeben. Der am 18. September 2013 durchgeführte MADRS-Test mit 25 Punkten habe eine schwere Depression ergeben. Er wies darauf hin, dass der MADRS-Fragebogen natürlich nicht objektiv sei, je nach Untersucher falle die Zuteilung der Ziffer auch unterschiedlich aus. Der depressive Zustand dauere nun schon über mehr als drei Jahre an. In der ICD-10 gebe es keine Erwähnung einer chronischen Depression, sondern unter F34 anhaltende affektive Störungen. Er halte derzeit weiter daran fest, dass der Beschwerdeführer weiterhin aus psychiatrischen Gründen zu 100 % arbeitsunfähig sei. 9.16 Dr. med. F.\_\_\_\_ hielt im Bericht vom 10. April 2017 (Beschwerdebeilage Nr. 14) fest, der Beschwerdeführer komme seit dem 26. November

2012 regelmässig in die Behandlung. Bis heute sei das Beschwerde- bzw. Krankheitsbild mit Schwankungen im Depressionsgrad zwischen schwer- bis mittelschwer konstant geblieben. Er komme etwa einmal monatlich zur Kontrolle und Konsultation und klage im Rahmen der inzwischen als chronifiziert zu beurteilenden Depression über ausgeprägte Schlafstörungen, Kopfweg, Tinnitus und Suizidalität. Dies beurteile Dr. med. F.\_\_\_\_ wie folgt: schwere chronifizierte Depression (seit Juni 2013) nach Anpassungsstörung (seit September 2012). Ferner wurde der Brief des Beschwerdeführers vom 2. Januar 2015 an Frau Q.\_\_\_\_ abgedruckt (vgl. dazu E. II. 9.11 hiervor). Der Beschwerdeführer werde nicht als arbeitsfähig erachtet, sondern gesamthaft als zumindest zu 80 % invalid. 10.

Aufgrund der vorliegenden medizinischen Aktenlage kann festgehalten werden, dass sich beim Beschwerdeführer im Zeitpunkt der Zusprache einer befristeten Invalidenrente mit Einspracheentscheid vom 21. August 2007 insbesondere somatische gesundheitliche Beeinträchtigungen präsentierten und im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 20. Januar 2016 im Wesentlichen psychiatrische Diagnosen festgestellt worden sind. 11. Es ist nachfolgend zu prüfen, ob die Beschwerdegegnerin in der Verfügung vom 20. Januar 2016 zu Recht auf das versicherungspsychiatrische Gutachten der E.\_\_\_\_ vom 12. September 2014 (vgl. E. II. 9.8 hiervor) abgestellt hat: 11.1 Das versicherungspsychiatrische Gutachten von Dr. med. G.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, und lic. phil. H.\_\_\_\_, Fachpsychologin für Psychotherapie FSP, vom 12. September 2014 wird den von der Rechtsprechung entwickelten Anforderungen (Vollständigkeit, Schlüssigkeit, Nachvollziehbarkeit; vgl. E. II. 5.2 hiervor) weitestgehend in allen Punkten gerecht. So beruht dieses auf allseitigen Untersuchungen, indem der Beschwerdeführer am 13. August 2014 einer ausführlichen Exploration unterzogen wurde und somit auch die durch ihn geklagten Beschwerden mitberücksichtigt wurden (IV-Nr. 87 S. 8 ff.). Zudem wurden die Vorakten ab 2. Dezember 2002 (vgl. IV-Nr. 87 S. 4 ff.) in chronologischer Reihenfolge aufgeführt, weshalb bei den begutachtenden Personen von der Kenntnis der relevanten Vorakten (Anamnese) auszugehen ist. Weiter werden die Diagnosestellungen in schlüssiger und nachvollziehbarer Weise dargelegt, wodurch die medizinischen Zusammenhänge und die Beurteilung der medizinischen Situation einleuchten: So wurde ausgeführt, bis zum Tod des Sohnes im September 2011 hätten beim Beschwerdeführer keine psychischen Beeinträchtigungen vorgelegen (IV-Nr. 87 S. 14). Diese Beurteilung überzeugt zum einen, weil anschliessend darlegt wird, es seien bis 2011 in keinem ärztlichen Bericht psychische Symptome genannt worden und die erste IV-Anmeldung 2003 sei aufgrund von Schmerzen in der Schulter und nicht aus psychischen Gründen erfolgt. Zum anderen gab der Beschwerdeführer gegenüber dem Gutachter an, wegen dem Tod seines Sohnes grosse Schuldgefühle zu haben. Er habe nachts Angst, wenn er alleine sei, dann würden ihn die Erinnerungen an seinen Sohn und den Unfall einholen (IV-Nr. 87 S. 8). Gestützt auf diese Ausführungen kann die daraus gezogene Schlussfolgerung nachvollzogen werden, wonach es darum gehe, zu beurteilen, ob die Reaktion mit psychischen Symptomen nach dem Tod des Sohnes beim Beschwerdeführer eine normale psychologische Reaktion auf den Verlust eines nahestehenden Menschen darstelle, oder ob es sich dabei um eine krankheitswertige psychische Störung handle (IV-Nr. 87 S. 14). Der Beschwerdeführer gab bei der Exploration unter anderem an, sein Sohn habe früher bei ihm im Lokal mitgearbeitet und die Konflikte mit ihm hätten zugenommen, als er 18 Jahre alt geworden sei. So hätte der Sohn gerne einen festen Lohn erhalten, der Beschwerdeführer sei jedoch der Überzeugung gewesen, dass man in einer Familie zusammenarbeite, ohne Lohn. Er habe ja seinem Sohn immer schon genug Geld

gegeben. Es seien auch kulturelle Werte zusammengestossen und der Sohn habe daraufhin nicht mehr im Lokal mitgearbeitet, sondern sei schwarz auf dem Bau tätig gewesen und in den Kanton Zug gezogen. Sie hätten kaum mehr Kontakt gehabt. 2011 sei der Sohn bei einem Arbeitsunfall gestorben (IV-Nr. 87 S. 10 f.). Aufgrund dieser Angaben vermag einzuleuchten, wenn Dr. med. G. \_\_\_ festhält, es sei zu beachten, dass der Beschwerdeführer psychisch nicht nur auf den Verlust des Sohnes im Sinne einer Trauerreaktion reagiert, sondern aufgrund der vorhergehenden Konflikte mit dem Sohn ebenfalls starke Schuldgefühle entwickelt habe. So beschuldige er sich selber, den Sohn aus dem Haus «getrieben» zu haben. Denn wäre der Sohn bei ihm zu Hause geblieben, wäre dieser Unfall nie passiert und der Sohn heute noch am Leben. Gemäss dem Gutachter würden diese Überzeugung mit den dazugehörigen Schuldgefühlen dem Versicherten einen adäquaten Umgang mit der Trauer und einen natürlichen Verlauf der Trauerreaktion erschweren. Dies leuchtet ein. Es komme hinzu, dass sich der Beschwerdeführer in seiner Trauer von seinen Töchtern und der Verwandtschaft alleingelassen fühle, was ihn sehr gekränkt, enttäuscht und verletzt habe (IV-Nr. 87 S. 14 f.). Dies lässt sich durch die entsprechenden Schilderungen des Beschwerdeführers verifizieren, wonach er sich von seinen Töchtern und seiner gesamten Verwandtschaft im Stich gelassen gefühlt habe (IV-Nr. 87 S. 11).

Gleichzeitig gab der Beschwerdeführer indes auch an, schon vor dem Unfall keinen Kontakt mehr zu seinen Töchtern gehabt zu haben und seither selber auch keinen Kontakt mehr zu wollen. In diesem Zusammenhang leuchtet ferner ein, wenn Dr. med. G. \_\_\_ dies auch unter dem Aspekt des kulturellen Rollenverständnisses diskutiert. So habe sich der Beschwerdeführer als Oberhaupt der Familie verstanden, dem die Kinder mit Dankbarkeit und Respekt begegnen sollten. Er habe daher die Forderung des Sohnes nach Lohn und auch das Verhalten der Töchter, das nicht dem entsprochen habe, das er von ihnen erwartet habe, nicht verstehen können. So erscheint denn auch schlüssig, wenn weiter dargelegt wird, dass auch heute für den Beschwerdeführer nicht die Trauer im Vordergrund stehe, sondern die Kränkung, die Schuldgefühle, die Anspannung und Gereiztheit, welche aus den inneren emotionalen Konflikten des Beschwerdeführers resultieren würden (IV-Nr. 87 S. 15).

Anschliessend geht der Gutachter auf die in den Vorakten ausgewiesene schwere depressive Reaktion ein, welche er in überzeugender Weise verneint, da der Beschwerdeführer diesfalls nicht mehr fähig gewesen wäre, während einem halben Jahr so viel Sport zu treiben, dass er massiv an Gewicht verloren und seine Diabeteswerte hätte verbessern können. Zudem habe er auch weiterhin – wenn auch reduziert – in seinem Lokal weitergearbeitet. Ferner sei die ambulante psychiatrische Behandlung erst ab November 2012 erfolgt (IV-Nr. 87 S. 15). Diese Ausführungen sind aufgrund der Angaben des Beschwerdeführers als korrekt zu qualifizieren. So gab dieser an, er habe es geschafft, innerhalb eines halben Jahres so viel an Gewicht zu verlieren, dass er nun wegen des Diabetes nur noch Tabletten nehmen müsse und keine Spritzen mehr (IV-Nr. 87 S. 11). Es kann daher festgehalten werden, dass sich die Beurteilung von Dr. med. F. \_\_\_ in der Stellungnahme vom 9. Oktober 2014 (vgl. E. II. 9.9 hiervor) als unrichtig erweist. So hielt dieser fest, die Gewichtsabnahme sei wegen der Trauer des Beschwerdeführers aufgrund des Todes seines Sohnes erfolgt, da er fast nichts habe essen können. Gestützt auf die – oben ausgeführte – Angabe des Beschwerdeführers im Rahmen der gutachterlichen Exploration vom 13. September 2014 wird diese Einschätzung indes entkräftet, da es bei der Gewichtsabnahme primär um eine Verbesserung der Diabetes ging. Der Beschwerdeführer gab weiter an, er habe sein Lokal nur noch unregelmässig offen gehabt, da es ihm oft nicht gut gegangen sei, so dass er auch die Kundschaft verloren habe. 2012

habe er dieses dann verkaufen müssen (IV-Nr. 87 S. 11). Daher vermag im Weiteren zu überzeugen, wenn im Gutachten darlegt wird, die fehlende Tagesstruktur mit fehlenden Freizeitinteressen hätten die Symptome dann chronifizieren lassen (IV-Nr. 87 S. 15). Diese Symptome entsprächen vom Schweregrad her nicht einer schweren depressiven Episode, sondern einer Anpassungsstörung auf dem Tod des Sohnes hin, aber vor allem mit der Kränkung durch den Verlust des Lokals als Auslöser (IV-Nr. 87 S. 15). Daher erscheint die im Gutachten gestellte Diagnose einer «Anpassungsstörung mit vorwiegender Störung von anderen Gefühlen (ICD-10 F43.23)» plausibel. Es ist auf das Vorbringen des Beschwerdeführers einzugehen, wonach Dr. med. G. \_\_\_ einen klassischen Diagnosefehler gemacht habe, indem er anlässlich der Untersuchung vom 13. August 2014 beim Beschwerdeführer eine «Anpassungsstörung mit vorwiegender Störung von anderen Gefühlen nach ICD-10 F43.23», bestehend seit dem Tod des Sohnes vom September 2011, diagnostiziert habe (A.S. 26, 70 ff.). Dabei seien zwischen diesem und der Untersuchung rund drei Jahre vergangen. Gemäss ICD-10 dürften aber die Symptome einer Anpassungsstörung nicht länger als sechs Monate nach Ende der Belastung oder ihrer Folgen andauern. Dazu äusserte sich Dr. med. G. \_\_\_ im Rahmen seiner Stellungnahme vom 12. November 2015 (vgl. E. II. 9.14 hiervor). Dabei führte er aus, er verfüge über eine langjährige Erfahrung in der Behandlung von Patienten mit psychischen Störungen. Von Relevanz sei deshalb die Einschätzung, der Beschwerdeführer habe seine Beschwerden in einer Art und Weise vorgetragen, dass womöglich eine gewisse Anpassungsstörung vorliegen könnte, da ja zum Beispiel auch nachvollziehbar durch den Tod des Sohnes ein erheblicher Belastungsfaktor aufgetreten sei, der nun jeden Menschen nicht unbedingt unberührt liesse. Die Anpassungsstörung über einige Monate Dauer – oder auch gemäss ICD-10 limitiert auf einige Jahre – würde jedoch grundsätzlich nicht zu einer Minderung der medizinisch-theoretischen Arbeitsfähigkeit führen (IV-Nr. 113 S. 3). Aufgrund dieser Darlegungen und des im Gutachten der E. \_\_\_ vom September 2014 beschriebenen Teufelskreises, in den der Beschwerdeführer geraten sei und der die psychischen Symptome aufrechterhalte (IV-Nr. 87 S. 16), kann mit überwiegender Wahrscheinlichkeit den nachvollziehbaren und schlüssigen Ausführung von Dr. med. G. \_\_\_ gefolgt und somit davon ausgegangen werden, dass der Diagnosestellung einer «Anpassungsstörung mit vorwiegender Störung von anderen Gefühlen nach ICD-10 F43.23» keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit beizumessen ist. Der Beschwerdeführer bringt denn auch nicht vor, inwiefern diese Diagnosestellung falsch sein soll. Er stützt sich bei seinem Vorbringen einzig auf die zeitliche Komponente, indem er darlegt, die gestellte Diagnose einer «Anpassungsstörung mit vorwiegender Störung von anderen Gefühlen» könne nur bis zu sechs Monate nach der Belastungssituation gestellt werden, wobei er diesbezüglich vom Todestag des Sohnes des Beschwerdeführers im September 2011 ausgeht. Dies, obschon im versicherungspsychiatrischen Gutachten der E. \_\_\_ explizit dargelegt wird, dass die Anpassungsstörung durch den Tod des Sohnes und der mit dem Verlust des Lokals verbundenen Kränkung ausgelöst worden sei (IV-Nr. 87 S. 16). Das Lokal gab der Beschwerdeführer erst ungefähr ein Jahr nach dem Tod seines Sohnes, folglich im Herbst 2012, auf. In der Fachliteratur wird diesbezüglich ausgeführt, die Symptome einer Anpassungsstörung beginnen innerhalb eines Zeitraums von längstens drei Monaten nach dem belastenden Ereignis und halten selten länger als sechs Monate an (akute Anpassungsstörung). Bei anhaltenden Belastungen spricht man von chronischer Anpassungsstörung. Nach ICD-10 kann die Anpassungsstörung lediglich bei zu einer Zeitdauer von maximal zwei Jahren diagnostiziert werden (vgl. Alfred Schönberger,

Gerhard Mehrrens, Helmut Valentin (†): Arbeitsunfall und Berufskrankheiten, 8. Aufl., 2010, S. 143). Wenn somit vom Zeitpunkt der Aufgabe des Lokals im Herbst 2012 ausgegangen wird, erweist sich die hier in Frage stehende Diagnosestellung einer Anpassungsstörung im Rahmen des E.\_\_\_\_-Gutachtens vom 12. September 2014 als rechtzeitig gestellt. Diese Einschätzungen im Gutachten werden im Übrigen auch durch andere medizinische Berichte gestützt, indem z.B. im Bericht von PD Dr. med. L.\_\_\_\_ vom 2. April 2013 und im Austrittsbericht der [...] vom 13. Januar 2015 (vgl. E. II. 9.1, 9.4 hiervor) im Zusammenhang mit der Anpassungsstörung eine psychosoziale Belastungssituation (Tod des Sohnes, soziale Situation mit Arbeitslosigkeit und Sozialhilfe) thematisiert wird. Gestützt auf diese Ausführungen vermögen die Vorbringen des Beschwerdeführers nicht zu überzeugen. Demzufolge ist das Gutachten der E.\_\_\_\_ als grundsätzlich beweiswertig zu qualifizieren. 11.2 Es ist nachfolgend zu prüfen, ob die übrigen medizinischen Akten die grundsätzlich beweiswertigen Diagnosen und Ergebnisse im Gutachten der E.\_\_\_\_ vom 12. September 2014 zu schmälern vermögen. 11.2.1 Dem Gutachten der E.\_\_\_\_ entsprechend, finden sich auch im Bericht von PD Dr. med. L.\_\_\_\_ vom 2. April 2013 (vgl. E. II. 9.1 hiervor) aufgrund der durchgeführten schlafmedizinischen Abklärung die Befunde einer «paradoxen Insomnie» und einer durch eine mangelnde Schlafhygiene bedingten «Schlaf-/Wachstörung». Damit decken sich die Befunde im Gutachten mit denjenigen bei der schlafmedizinischen Abklärung (vgl. dazu die Ausführungen unter E. II. 11.2.3 hiervor). PD Dr. med. L.\_\_\_\_ hielt diesbezüglich ausdrücklich fest, es liege keine schlafmedizinische Erkrankung im engeren Sinn vor. Die Ärzte sind sich denn auch einig, dass die durch den Beschwerdeführer eingenommenen Medikamente im Hinblick auf die festgestellte paradoxe Insomnie nicht sinnvoll seien. So könnten diese die paradoxe Insomnie noch fördern. Dies wird auch im Rahmen des Gutachtens bei der E.\_\_\_\_ bestätigt, indem dargelegt wird, dass die durch den Beschwerdeführer eingenommenen Medikamente den Schlaf offenbar bisher nicht positiv beeinflusst hätten und daher deren korrekte Einnahme durch den Beschwerdeführer in Frage gestellt wird (IV-Nr. 87 S. 16). Der Bericht von PD Dr. med. L.\_\_\_\_ schmälert den Beweiswert des Gutachtens nicht. 11.2.2 Eingehend auf die Berichte des den Beschwerdeführer seit 26. November 2012 behandelnden Psychiaters Dr. med. F.\_\_\_\_ (vgl. IV-Nr. 74 S. 2) ist augenfällig, dass er die durch ihn in den Schreiben vom 20. September und 28. November 2013 (vgl. E. II. 9.2 f. hiervor) ausgewiesene Diagnose einer «mittelschweren bis schweren Depression» nicht in nachvollziehbarer Weise begründet und sich mit dieser Diagnosestellung nicht vertieft auseinandergesetzt hat, weshalb sie nicht nachvollzogen werden kann. Im Arztbericht vom 22. Februar 2014 (vgl. E. II. 9.6 hiervor) wies er sodann keine mittelschwere bis schwere Depression mehr aus, sondern neu eine «Anpassungsstörung mit anhaltender schwerer Depression, seit September 2012». Es findet sich indes auch hier keine vertiefte Auseinandersetzung mit dieser Diagnosestellung und es fehlt insbesondere es an einer Zuordnung gemäss den ICD-10 Klassifikationen. Ebenfalls nicht nachvollziehbar ist, weshalb Dr. med. F.\_\_\_\_ in diesem Zusammenhang die Problematik des Unfalltodes des Sohnes des Beschwerdeführers nicht thematisiert und diskutiert hat. Da in seinen Berichten folglich weder eine substantiierte Auseinandersetzung mit dem psychischen Gesundheitszustand des Beschwerdeführers noch mit den festgestellten Befunden ersichtlich ist, kann auch nicht auf seine Einschätzungen betreffend die 100%ige Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers abgestellt werden. Aufgrund dieser Ausführungen überzeugt daher (vgl. E. II. 11.2 hiervor), wenn im Rahmen des Gutachtens der E.\_\_\_\_ festgehalten wird, dass der Beschwerdeführer nach dem Tod

seines Sohnes nie eine schwere depressive Reaktion gezeigt habe. So hätten nach dem Tod des Sohnes verschiedene Faktoren (wie z.B. Kränkung durch endgültigen Verlust seines Status und die Hilflosigkeit, eine andere berufliche Tätigkeit in Angriff nehmen zu müssen) zu einer Verstärkung der psychischen Reaktion beigetragen (IV-Nr. 87 S. 15), wobei der Beschwerdeführer dann wegen der fehlenden Tagesstruktur, die viel Raum zum Grübeln lasse, der fehlenden Aufgabe im Leben, die Sinn mache, dem Verlust des kulturell geprägten Status als Familienoberhaupt und der Schlafstörung, die durch die Medikation, den erhöhten Kaffeeconsum und die fehlenden schlafhygienischen Massnahmen aufrecht erhalten werde, sowie dem krankheitsfremden Faktor des Migrantenstatus, in einen Teufelskreis geraten sei (vgl. IV-Nr. 87 S. 16 f.). Diese Darlegung ist auch deshalb nachvollziehbar, weil die psychiatrische Behandlung bei Dr. med. F. \_\_\_ erst am 26. November 2012 (s. oben) aufgenommen wurde und daher – wie dies im Gutachten korrekt festgehalten wird (IV-Nr. 87 S. 15) – davon ausgegangen werden kann, dass somit während ungefähr eines Jahres nach dem Tod seines Sohnes keine Notwendigkeit für eine psychiatrische Intervention bestanden hat. Jedenfalls ist eine solche vorliegend nicht dokumentiert.

11.2.3 In Bezug auf den Bericht der [...] vom 13. Januar 2014 (vgl. E. 9.4 hiervor) kann festgehalten werden, dass damals eine «Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion (ICD-10 43.2)» ausgewiesen wurde. Diesbezüglich wurde im Gutachten der E. \_\_\_ ausgeführt, im Gegensatz zur [...] werde eine «Anpassungsstörung mit vorwiegender Störung anderer Gefühle (ICD-10 F43.23)» diagnostiziert (IV-Nr. 87 S. 15 f.). Dies wird sodann dahingehend begründet, als beim Beschwerdeführer in der aktuellen Untersuchung nicht die depressive Stimmungslage im Vordergrund gestanden habe, sondern die Gereiztheit, Anspannung und die Ängste. Es könne nicht beurteilt werden, ob es sich hier im Verlauf seit dem Aufenthalt in der [...] um eine Symptomverschiebung handle, denn die Angaben des Beschwerdeführers seien zu ungenau. Er schildere die Fähigkeit, im Kontakt zu seinem Sohn Freude empfinden zu können und da auch eine Stimmungsaufhellung zu erleben. Bei einer schweren depressiven Störung wäre die Freudfähigkeit nicht mehr vorhanden und die Stimmung nicht durch den sozialen Kontakt beeinflussbar. Dies spreche eher dafür, dass der Beschwerdeführer durch seine fehlende Tagesstruktur und Begrenzung von sozialen Kontakten sein psychisches Befinden aufrechterhalte, dieses Befinden jedoch sehr wohl beeinflussbar wäre. Gestützt auf diese Ausführungen erscheint die Diagnosestellung einer «Anpassungsstörung mit vorwiegender Störung anderer Gefühle (ICD-10 F43.23)» plausibel. Dies unter anderem auch deshalb, weil die Unterstützung beim Aufbau einer Tagesstruktur bei den psychotherapeutischen Gesprächen während der Hospitalisation in der [...] ein bedeutsames Ziel darstellte (vgl. E. II. 9.4 hiervor). Daher wird die Argumentation im Gutachten vom 12. September 2014 gestützt. Zudem wurde auch bereits im Austrittsbericht der [...] vom 13. Januar 2014 auf eine paradoxe Insomnie und Insomnie bei fehlender Schlafhygiene hingewiesen. Diese gesundheitliche Problematik wurde in der Folge im Rahmen des Gutachtens aufgegriffen, indem dort festgehalten wurde, bei der Medikamentenliste würden verschiedene beruhigende und schlafanstossende Medikamente auffallen, wobei nicht nachvollziehbar sei, weshalb der Beschwerdeführer gleich vier Medikamente mit dieser Wirkung einnehme (IV-Nr. 87 S. 16), vor allem, weil diese offenbar den Schlaf beim Beschwerdeführer nicht positiv beeinflusst hätten. Es stelle sich deshalb die Frage, ob der Beschwerdeführer die Medikamente gar nicht so einnehme, wie angegeben werde und sich der Schlaf daher nicht verbessere. Falls der Beschwerdeführer alle Medikamente einnehme, wäre wiederum die Tagesmüdigkeit, welche sich im Nachmittag verbessere, erklärbar und könnte mit einer

Reduktion verbessert werden. Laut Gutachter scheine der Beschwerdeführer bezüglich der Schlafstörung in einem Teufelskreis zwischen beruhigender Medikation, Tagesmüdigkeit, massivem Kaffeekonsum, Anspannung und Nervosität, wiederum Schlaflosigkeit, gefangen zu sein. Daher wurden im Gutachten der E.\_\_\_\_ schlafhygienische Massnahmen empfohlen, die bereits im der [...] zu einem verbesserten Schlaf geführt hätten (IV-Nr. 87 S. 16). Es kann ergänzend darauf hingewiesen werden, dass im Rahmen der Diagnosestellung des Berichts der [...] nicht zwischen Diagnosen mit und ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit unterschieden worden ist. Deshalb bleibt unklar, auf welchen Diagnosen ihre Einschätzung einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit vom 2. Dezember 2013 bis 24. Januar 2014 genau beruht. Diese Zeitperiode entspricht indes genau dem Zeitraum der Hospitalisation des Beschwerdeführers Aufgrund dieser Darlegungen lassen sich aus dem Bericht der [...] vom 13. Januar 2014 keine vom Gutachten abweichenden Ausführungen oder diesem entgegenstehende Einschätzungen entnehmen. Daher wird dessen Beweiswert durch diesen Bericht nicht geschmälert.

11.2.4 In Bezug auf den Bericht des Hausarztes des Beschwerdeführers Dr. med. P.\_\_\_\_ vom 17. Januar 2014 (vgl. E. II. 9.5 hiervor) kann festgehalten werden, dass es sich bei ihm um einen auf die medizinische Fachdisziplin der Allgemeinen Medizin spezialisierten Facharzt handelt und somit der durch ihn ausgewiesenen psychiatrischen Diagnose mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit, der «Anpassungsstörung mit ausgeprägter depressiver Reaktion», kaum Beweiswert zukommt. Denn er ist nicht in derselben Weise wie eine auf das medizinische Fachgebiet der Psychiatrie spezialisierte Fachperson geeignet, psychiatrische Diagnosen zu stellen. Es ist ferner auf die Erfahrungstatsache hinzuweisen, wonach behandelnde Ärztinnen und Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3a/cc S. 353 mit weiteren Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 8C\_733/2012 vom 28. Januar 2013 E. 3.2). Der ohnehin relativ knapp gehaltene Arztbericht von Dr. med. P.\_\_\_\_ vermag somit den Beweiswert des Gutachtens der E.\_\_\_\_ nicht zu schmälern.

11.3 Es kann somit zusammenfassend festgehalten werden, dass das Gutachten der E.\_\_\_\_ vom 14. September 2014 – entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers (A.S. 16) – voll beweiswertig ist.

11.4 Daran vermögen auch die zeitlich nach dem Gutachten verfassten medizinischen Berichte nichts zu ändern:

11.4.1 Dr. med. F.\_\_\_\_ äusserte sich in seiner Stellungnahme vom 9. Oktober 2014 (vgl. E. II. 9.9 hiervor) in Bezug zum Gutachten äusserst kritisch. So hielt er zum einen fest, das Thema Blutzucker sei beim Gutachter Dr. med. G.\_\_\_\_ nicht zur Sprache gekommen. Diese Aussage erweist sich unter Hinweis auf die Darlegungen in Erwägung II. 11.1 hiervor indes als nicht korrekt, da sich Dr. med. G.\_\_\_\_ im Zusammenhang mit der Gewichtsreduktion nach dem Unfalltod des Sohnes des Beschwerdeführers sehr wohl zur vorhandenen Diabetes äusserte und ihm diese gesundheitliche Problematik daher durchaus bewusst war. Es scheint im Übrigen nicht indiziert, dass sich ein Psychiater im Rahmen eines psychiatrischen Gutachtens mit einer bestehenden Diabetes näher auseinanderzusetzen hat. Gegenteiliges wird von Dr. med. F.\_\_\_\_ denn auch nicht geltend gemacht. Er hielt ferner auch weiterhin an seiner bereits bisher ausgewiesenen Diagnose einer Depression fest und ging nicht auf die im Gutachten diagnostizierte «Anpassungsstörung mit vorwiegender Störung anderer Gefühle (ICD-10 F43.23)» ein. Da diese Diagnosestellung im Gutachten aber in nachvollziehbarer und schlüssiger Weise dargelegt wird, ist auf diese nicht näher einzugehen. Es kann diesbezüglich auf die Ausführungen unter E. II. 11.2 hiervor verwiesen werden. In Bezug auf die durch Dr. med. F.\_\_\_\_ erwähnten MADRS-Fragebögen, in welchen je eine Punktzahl von 25 und damit eine schwere Depression erreicht worden

sei, ist festzuhalten, dass es sich bei der MADRS um ein Instrument der Fremdbeurteilung handelt. Zudem kann gemäss Rechtsprechung einem testmässigen Erfassen der Psychopathologie ohnehin nur ergänzende Funktion beigemessen werden, während die klinische Untersuchung mit Anamneseerhebung, Symptomerfassung und Verhaltensbeobachtung ausschlaggebend bleibt (Urteile des Bundesgerichts 9C\_391/2010 vom 19. Juli 2010 E. 3.2.1, 9C\_353/2015 vom 24. November 2015 E. 4.1). In diesem Sinn führte Dr. med. F. \_\_\_ in seinem zeitlich später verfassten Bericht vom 11. Februar 2016 denn auch aus, der MADRS-Fragebogen sei natürlich nicht objektiv (vgl. E. II. 9.15 hiervor). Dadurch wird die Beweiskraft des Gutachtens nicht geschmälert und es ist auch nicht auf den weiteren Bericht von Dr. med. F. \_\_\_ vom 7. Februar 2015 (vgl. E. II. 9.11 hiervor) einzugehen, in welchem er ebenfalls von einer anhaltenden schweren Depression ausgeht. Gestützt auf die vorangehenden Ausführungen erweist sich auch die Einschätzung von Dr. med. C. \_\_\_ vom 14. November 2014 (vgl. E. II. 9.10 hiervor) als korrekt, wonach sich die Schlussfolgerungen von Dr. med. F. \_\_\_ und der E. \_\_\_ deutlich unterscheiden würden. Betreffend den von Dr. med. F. \_\_\_ aufgegriffenen Suizidversuch des Beschwerdeführers vom Januar 2015 (vgl. E. II. 9.11 hiervor) stellte Dr. med. C. \_\_\_ in ihrer Stellungnahme vom 10. August 2015 fest (vgl. E. II. 9.13 hiervor), ein Suizidversuch begründe keine andauernde Verschlechterung des Gesundheitszustandes, sondern nur eine vorübergehende. Diese Einschätzung überzeugt, da sie weiter ausführte, der Suizidversuch habe weder zu einer intensiveren Behandlung noch zur Aufnahme in die Krisenintervention oder einem erforderlichen stationären Aufenthalt des Beschwerdeführers geführt. Dies lässt sich zudem aufgrund der vorliegenden Akten verifizieren, wonach sich weder Hinweise auf entsprechende Hospitalisationen noch auf intensivere Behandlungen nach dem Suizidversuch finden. Da Dr. med. F. \_\_\_ in seinem am 11. Februar 2016 verfassten Bericht (vgl. E. II. 9.15 hiervor) festhielt, beim Beschwerdeführer sei seit Februar 2015 keine Veränderung des Gesundheitszustandes eingetreten, ist auf diesen Bericht nicht einzugehen. Dies gilt im Übrigen auch für den vom 10. April 2017 datierenden Bericht (vgl. E. II. 9.16 hiervor), der anlässlich der Verhandlung eingereicht worden ist. Eine Auseinandersetzung mit seinem vom 22. Februar 2014 datierenden Arztbericht (vgl. E. II. 9.6 hiervor) findet sich in Erwägung II. 11.2.2 hiervor. 11.4.2 Aus dem Verlaufsbericht des Hausarztes Dr. med. P. \_\_\_ vom 27. April 2015 (vgl. E. II. 9.12 hiervor) geht nicht hervor, worauf sich dieser bei seiner Einschätzung genau stützte. So fehlen beispielsweise objektivierbare Grundlagen für die Vermutung, dass sich die Diagnose geändert habe. Es ist daher davon auszugehen, dass er dabei insbesondere die subjektiven Angaben des Beschwerdeführers heranzog. Die RAD-Ärztin Dr. med. C. \_\_\_ hielt in ihrer Stellungnahme vom 10. August 2015 diesbezüglich fest, die von Dr. med. P. \_\_\_ ausgewiesenen Diagnosen seien bereits in vorangehenden RAD-Stellungnahmen berücksichtigt worden (vgl. E. II. 9.13 hiervor), wobei keine relevante Verschlechterung des Gesundheitszustandes geltend gemacht worden sei. Es ist daher nicht weiter darauf einzugehen. 11.5 Nachfolgend ist auf die gegen das Gutachten der E. \_\_\_ gerichteten Vorbringen des Beschwerdeführers einzugehen: 11.5.1 Die Ausführungen, wonach sich Dr. med. G. \_\_\_ im Rahmen seiner Stellungnahme vom 12. November 2015 (vgl. E. II. 9.14 hiervor) nicht mit den Einschätzungen von Dr. med. F. \_\_\_ auseinandergesetzt habe, sind zwar korrekt, erweisen sich jedoch nicht als weiterführend. So wurde die E. \_\_\_ am 22. September 2015 (IV-Nr. 111) durch die Beschwerdegegnerin explizit aufgefordert, zum Einwand des Vertreters des Beschwerdeführers Stellung zu nehmen. Dem kam sie in der Folge mit der Stellungnahme vom 12. November 2015 nach. Aufgrund dieser Ausgangslage bestand für ihn – entgegen

der Ansicht des Beschwerdeführers (A.S. 19) – keine Veranlassung, sich um das Einholen des Berichts von Dr. med. F.\_\_\_\_ zu kümmern. Es kann in diesem Zusammenhang auch auf die Stellungnahme der RAD-Ärztin Dr. med. C.\_\_\_\_ vom 10. August 2015 hingewiesen werden (vgl. E. II. 9.13 hiervor), in welcher sie sich sowohl mit den Berichten des Hausarztes Dr. med. P.\_\_\_\_ vom 16. Februar und 10. April 2015 als auch mit «der Mitteilung von Dr. med. F.\_\_\_\_ an den Rechtsanwalt» auseinandersetzte. Dass es sich hierbei um das Schreiben vom 7. Februar 2015 (vgl. E. II. 9.11 hiervor) handeln muss, mit dem sich Dr. med. G.\_\_\_\_ gemäss Beschwerdeführer hätte auseinandersetzen müssen, ist nicht von der Hand zu weisen, da Dr. med. C.\_\_\_\_ anschliessend auf den in diesem Schreiben beschriebenen Suizidversuch eingeht. Indem sie ferner klar darlegte, es bleibe bei einer anderen Beurteilung des gleichen Sachverhalts durch die behandelnden Ärzte bzw. die Gutachter, ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin den entsprechenden Bericht Dr. med. G.\_\_\_\_ nicht zur Stellungnahme vorlegt hat. Daran vermag auch das Vorbringen des Beschwerdeführers nichts zu ändern, wonach im Einwand explizit der Antrag gestellt worden sei, dem Gutachter die Beurteilung von Dr. med. F.\_\_\_\_ vom 9. Oktober 2014 (vgl. E. II. 9.9 hiervor) zu unterbreiten (A.S. 18). Es ist diesbezüglich auch nicht, wie vom Beschwerdeführer vorgebracht (A.S. 19), von einer Verletzung der Untersuchungspflicht auszugehen. 11.5.2 Der Beschwerdeführer rügt, die Exploration und die Anamneseerhebung durch den Gutachter Dr. med. G.\_\_\_\_ und seine Assistentin seien nicht in der türkischen Muttersprache des Beschwerdeführers erfolgt (A.S. 24). Diesbezüglich ist festzuhalten, dass der Beschwerdeführer durch das Begutachtungsinstitut mit der «Einladung zur Untersuchung» vom 2. Juli 2014 (IV-Nr. 86 S. 3) unter anderem auf die Möglichkeit einer Übersetzung aufmerksam gemacht wurde und er diese mittels angehängten Formulars schriftlich hätte geltend machen können. Gemäss versicherungspsychiatrischer Stellungnahme von Dr. med. G.\_\_\_\_ vom 12. November 2015 (vgl. E. II. 9.14 hiervor) habe der Beschwerdeführer diese Frage indes schriftlich verneint. Das entsprechende Dokument ist indes in den vorliegenden Akten nicht dokumentiert. Da jedoch dem Gutachten der E.\_\_\_\_ keine Hinweise zu entnehmen sind, die auf sprachliche Schwierigkeiten des Beschwerdeführers hinweisen würden und sich auch im Gutachten des [...] vom 7. März 2007 (IV-Nr. 54, E. II. 8.1 hiervor) keine entsprechenden Bemerkungen finden, ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass beim Beschwerdeführer keine wesentlichen Sprachschwierigkeiten bzw. -einschränkungen vorliegen. Es kann im Weiteren davon ausgegangen werden, dass bei entsprechenden Verständigungsschwierigkeiten des Beschwerdeführers durch die Gutachter ein Dolmetscher bzw. Übersetzer beigezogen worden wäre. 11.5.3 Einzugehen ist auf die Funktion von lic. phil. H.\_\_\_\_, Fachpsychologin für Psychotherapie FSP, die auf dem monodisziplinären versicherungspsychiatrischen Gutachten der E.\_\_\_\_ vom 12. September 2014 neben Dr. med. G.\_\_\_\_ ebenfalls erwähnt wird (vgl. IV-Nr. 87 S. 18). In vorliegendem Fall einigten sich die Parteien aufgrund des gegen den ursprünglich durch die Beschwerdegegnerin vorgeschlagenen Gutachter Dr. med. D.\_\_\_\_ durch Dr. med. F.\_\_\_\_ geltend gemachten Einwandes vom 2. Juni 2014 (IV-Nr. 84) in Bezug auf das angestrebte monodisziplinäre versicherungspsychiatrische Gutachten am 2. Juni 2014 auf die E.\_\_\_\_ (vgl. IV-Nr. 85). Dies ist nicht zu beanstanden (vgl. BGE 139 V 349 E. 2.2 und E. 5.2.2.3). Mit der «Einladung zur Untersuchung» vom 2. Juli 2014 durch die E.\_\_\_\_ (IV-Nr. 86) wurde der Beschwerdeführer sodann darüber informiert, dass die Begutachtung am 13. August 2014 von 08.00 bis 11.00 Uhr bei Dr. med. G.\_\_\_\_ und lic. phil. H.\_\_\_\_ stattfinden werde (IV-Nr. 86). Somit war der Beschwerdeführer anfangs Juli 2014 darüber in Kenntnis gesetzt

worden, dass die psychiatrische Begutachtung von Dr. med. G.\_\_\_\_ und lic. phil. H.\_\_\_\_ durchgeführt werde. Er brachte gegen dieses Vorgehen und insbesondere gegen die beiden begutachtenden Personen – Dr. med. G.\_\_\_\_ und lic. phil. H.\_\_\_\_ – keine Ablehnungs- bzw. Ausstandsgründe vor und unterzog sich in der Folge der Begutachtung. Erst im Rahmen des Einspracheverfahrens am 2. Februar 2015 (IV-Nr. 105 S. 2) und auch anlässlich der öffentlichen Verhandlung vom 2. Mai 2017 (vgl. Protokoll, A.S. 66 ff.) liess der Beschwerdeführer vorbringen, es sei ihm zwecks Identifikation der Gutachterin mitzuteilen, um wen es sich bei ihr handle. Es seien ihr zudem Fragen zu unterbreiten. 11.5.3.1 Aufgrund der vorangehenden Ausführungen ist ersichtlich, dass dem Beschwerdeführer am 2. Juni 2014 (IV-Nr. 85) explizit Gelegenheit gegeben wurde, gegen das Begutachtungsinstitut innert zehn Tagen triftige Einwendungen geltend zu machen. Die Namen der effektiv begutachtenden Personen wurden dem Beschwerdeführer anschliessend mit Mitteilung vom 2. Juli 2014 unterbreitet, wobei ihm keine Frist gesetzt wurde, sich diesbezüglich zu äussern bzw. triftige Einwendungen im Sinne von Ausstands- oder Ablehnungsgründe gegen diese geltend zu machen. 11.5.3.2 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, der in die Rechtsstellung des Einzelnen eingreift. Dazu gehört insbesondere das Recht des Betroffenen, sich vor Erlass eines solchen Entscheides zur Sache zu äussern, erhebliche Beweise beizubringen, Einsicht in die Akten zu nehmen, mit erheblichen Beweisanträgen gehört zu werden und an der Erhebung wesentlicher Beweise entweder mitzuwirken oder sich zumindest zum Beweisergebnis zu äussern, wenn dieses geeignet ist, den Entscheid zu beeinflussen. Der Anspruch auf rechtliches Gehör umfasst als Mitwirkungsrecht alle Befugnisse, die einer Partei einzuräumen sind, damit sie in einem Verfahren ihren Standpunkt wirksam zur Geltung bringen kann (BGE 135 I 279 E. 2.3 S. 282, 135 II 286 E. 5.1 S. 293, 132 V 368 E. 3.1 S. 370 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 8C\_372/2016 vom 29. Dezember 2016 E. 4.1). 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). 11.5.3.3 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). 11.5.3.4 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 136 V 117 E. 4.2.2.2 S. 126 f. mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 9C\_1/2013 vom 20. Juni 2013 E. 2.1). 11.5.3.5 Da der Beschwerdeführer – entgegen seiner Ansicht (A.S. 23 f.) – mit der «Einladung zur Untersuchung» vom 2. Juli 2014 durch die E. \_\_\_ über die an der Begutachtung beteiligten Gutachterpersonen vorgängig informiert worden ist (vgl. E. II. 11.5.3 hiervor), hätte er durchaus Gelegenheit gehabt, zu dieser Stellung zu beziehen. So wurde er erst auf den 13. August 2014 und somit ungefähr fünf Wochen nach der entsprechenden Einladung zur Begutachtung aufgeboten. Er machte indes gemäss den vorliegenden Akten von dieser Möglichkeit keinen Gebrauch. Da der Beschwerdeführer jedoch bereits zuvor mit der Unterstützung seines behandelnden Psychiaters Dr. med. F. \_\_\_ gegen den ihm primär vorgeschlagenen Gutachter Dr. med. D. \_\_\_ erfolgreich interveniert hat (vgl. IV-Nr. 84), ist davon auszugehen, dass ihm die Option der Geltendmachung von Einwendungen gegenüber einer vorgeschlagenen Gutachterperson bewusst war. Aufgrund des sich präsentierenden Sachverhalts kann vorliegend offen bleiben, ob eine Verletzung des rechtlichen Gehörs vorliegt. Selbst wenn diese Frage bejaht würde, wäre einzig von einer leichten Verletzung des rechtlichen Gehörs auszugehen, die im vorliegenden Beschwerdeverfahren als geheilt zu betrachten wäre. Dafür spricht auch, dass sich der Beschwerdeführer selbst im Rahmen des Beschwerdeverfahrens hierzu nicht hat vernehmen lassen und sein Vertreter auch anlässlich der öffentlichen Verhandlung vom 2. Mai 2017 keine Gehörsverletzung vorgebracht hat (vgl. Protokoll, A.S. 66 ff.). Sein Vorbringen, wonach die Identifikation von lic. phil. H. \_\_\_ nicht möglich sei (A.S. 22 f.; vgl. auch E. I. 3 Ziff. 3 hiervor, A.S. 66 ff.), vermag im Übrigen nicht zu überzeugen. So lässt sich aus dem Gutachten vom 12. September 2014 schliessen, dass es sich bei ihr um eine Fachpsychologin für Psychiatrie und Psychotherapie FSP handelt (IV-Nr. 87 S. 18), die bei der E. \_\_\_ tätig ist. Im Gutachten wird zudem explizit festgehalten, dass lic. phil. H. \_\_\_ im Rahmen des Gutachtens die psychologische Anamneseerhebung durchgeführt habe (IV-Nr. 87 S. 8). Damit läuft die Fragestellung des Beschwerdeführers, wonach lic. phil. H. \_\_\_ offenzulegen habe, in welcher Beziehung sie zur E. \_\_\_ und zu Dr. med. G. \_\_\_ selber stehe und für welche Teile des Gutachtens sie inhaltlich verantwortlich sei (vgl. E. I. 3 Ziff. 3 Fragen Nrn. 1 + 3 hiervor), ins Leere. Auch die Frage Nr. 2, weshalb das Gutachten nicht von lic. phil. H. \_\_\_ selbst, sondern durch Dr. med. G. \_\_\_ «i.V.» unterzeichnet worden sei, stellt keinen Mangel dar, zumal dieser auf der ersten Seite des Gutachtens als medizinisch

verantwortlicher Gutachter aufgeführt wird und somit zweifellos über die entsprechende Kompetenz zur Unterzeichnung verfügte. Der Umstand, dass ein medizinischer Bericht i.V. unterzeichnet wurde, lässt zudem an dessen Authentizität keinen Zweifel aufkommen (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts I 711/03 vom 9. November 2004 E. 3.3). Damit erübrigt sich eine eingehende Auseinandersetzung mit der Frage Nr. 4. 11.5.3.6 Es kann ergänzend darauf hingewiesen werden, dass eine Partei aufgrund einer Gehörsverletzung nur insoweit zu entschädigen wäre, als bei ihr nennenswerte (zusätzliche) Kosten entstanden sind, die ohne die Gehörsverletzung nicht angefallen wären (Urteile des Bundesgerichts 8C\_758/2009 vom 12. Februar 2010 E. 2.3 und 2.4, 8C\_714/2016 vom 16. Dezember 2016 E. 6), was im vorliegenden Fall ohne Weiteres zu verneinen ist.

11.5.3.7 Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass es sich bei den in Bezug auf lic. phil. H.\_\_\_\_ vorgebrachten Argumenten nicht um Umstände handelt, die in objektiver Weise, sondern bloss aufgrund des subjektiven Empfindens des Beschwerdeführers und dessen Rechtsvertreters geeignet sind, Misstrauen in die Unparteilichkeit und Unvoreingenommenheit von lic. phil. H.\_\_\_\_ zu erwecken (vgl. BGE 137 V 210 E. 6.1.2 S. 267, 132 V 93 E. 7.1 S. 109 mit Hinweis; Urteile des Bundesgerichts 9C\_1061/2009 vom 11. März 2010 E. 4.1, 9C\_104/2012 vom 12. September 2012 E. 3.1, 9C\_726/2012 vom 31. Oktober 2012 E. 1). Die gegen lic. phil. H.\_\_\_\_ vorgebrachten Argumente werden zudem nicht substantiiert begründet und erweisen sich daher als haltlos. Damit ist der Beizug von lic. phil. H.\_\_\_\_ für die Erstellung des Gutachtens der E.\_\_\_\_ vom 12. September 2014 nicht zu beanstanden. Es kann sodann den Ausführungen der Beschwerdegegnerin zugestimmt werden, wonach die Psychologin lic. phil. H.\_\_\_\_ lediglich als Hilfsperson tätig gewesen sei (A.S. 3).

11.5.4 Der Beschwerdeführer lässt vorbringen, der vorliegende Fall falle in den Anwendungsbereich von BGE 141 V 281 (A.S. 33 f.). Gemäss diesem werde bei psychosomatischen Leiden neu ein strukturierter Prüfungsraster angewandt (BGE 141 V 281 E. 3.6). Da im voll beweiswertigen Gutachten der E.\_\_\_\_ vom 12. September 2014 (vgl. E. II. 9.8 hiervor) indes weder eine somatoforme Schmerzstörung noch eine Fibromyalgie oder ein ähnlicher medizinischer Sachverhalt festgestellt worden ist, ist vorliegend die Ausgangslage für die Anwendung des entsprechenden Prüfungsrasters nicht gegeben. In diesem Zusammenhang verwies der Beschwerdeführer auf eine durch den Hausarzt Dr. med. P.\_\_\_\_ festgestellte, ausgeprägte psychosomatisch bedingte Schmerzproblematik bezüglich Schulter und Nacken. Eine solche Diagnosestellung findet sich indes in der sich vorliegend präsentierenden medizinischen Aktenlage nicht und wäre zudem auch nicht unter eine «Schmerzstörung» zu subsumieren. Dies zum einen, weil sie keiner ICD-10 Klassifikation entspricht und zum anderen, weil vorliegend nicht auf die Berichte und psychiatrischen Diagnosestellungen des auf die Allgemeine Medizin spezialisieren Hausarztes Dr. med. P.\_\_\_\_ abgestellt werden kann (vgl. dazu E. II. 11.2.4 hiervor). Das entsprechende Vorbringen des Beschwerdeführers erweist sich damit als unbehelflich.

11.5.5 Der Beschwerdeführer macht ferner geltend (A.S. 34 f.), im Gutachten der E.\_\_\_\_ würden zum einen die Arbeitsfähigkeit als gegeben qualifiziert, aber dennoch berufliche Eingliederungsmassnahmen, die dem Beschwerdeführer zumutbar seien, empfohlen. Es sei nicht nachvollziehbar, weshalb trotz den durch den Gutachter empfohlenen beruflichen Eingliederungsmassnahmen die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen als auch in einer anderen Arbeit nicht eingeschränkt sein soll. Diese Ausführungen erweisen sich dahingehend als korrekt, als Dr. med. G.\_\_\_\_ ausführte, es habe in der bisherigen Tätigkeit nie eine Arbeitsunfähigkeit bestanden und zudem dafürhielt, dass die Fortführung der Psychotherapie indiziert wäre, die vor allem auf eine Installierung einer Tagesstruktur und

einen forcierten Wiedereinstieg in eine Tätigkeit hinarbeiten solle, da eine solche für den Beschwerdeführer ein Weg aus dem Teufelskreis sein könnte, sofern er sich darauf einlasse (IV-Nr. 87 S. 17). Aus dieser Argumentation kann jedoch – entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers – nicht geschlossen werden, dass dem Beschwerdeführer das Ausüben einer beruflichen Tätigkeit erst möglich sein soll, wenn ihm vorgängig berufliche Massnahmen gewährt würden. So kann daraus insbesondere nicht geschlossen werden, dass ohne die durch Dr. med. G.\_\_\_\_ formulierte, fortzuführende Psychotherapie die Arbeitsfähigkeit beim Beschwerdeführer nicht gegeben sei. Es ist vielmehr davon auszugehen, dass eine weiterführende Psychotherapie dem Beschwerdeführer bei entsprechender Motivation zu einem einfacheren bzw. müheloserem Einstieg ins Berufsleben verhelfen könnte. Dies vermag aufgrund der Ausführungen des Beschwerdeführers in Bezug auf die «Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL)» durchaus einzuleuchten. So gab er an, gegen 9.00 Uhr zu erwachen, aufzustehen, Kaffee zu trinken, eine Zigarette zu rauchen, dann ein wenig zu frühstücken, anschliessend schaue er Fernsehen, wobei dieser den ganzen Tag über laufe, gehe am Nachmittag kurz einkaufen, ab 15.00 Uhr sei er dann jeweils ein bisschen weniger müde, gehe manchmal auch kurz raus, und nehme das Abendessen mit seiner Freundin ein (IV-Nr. 87 S. 9). Von einem geregelten Tagesablauf kann demnach nicht ausgegangen werden. Ein solcher würde jedoch aufgrund der allgemeinen Lebenserfahrung den Einstieg ins Berufsleben sicherlich einfacher machen und könnte – wie dies Dr. med. G.\_\_\_\_ vermutet – auch zu einem Durchbrechen des beim Beschwerdeführer bestehenden Teufelskreises verhelfen, was mit entsprechender therapeutischer Unterstützung durchaus vorstellbar ist. Aus den übrigen medizinischen Akten geht im Weiteren hervor, dass sich der Beschwerdeführer bisher nicht ohne weiteres auf entsprechende therapeutische Massnahmen hat einlassen können. Dem Austrittsbericht der [...] vom 14. Januar 2014 (vgl. E. II. 9.4 hiervor) ist diesbezüglich beispielsweise zu entnehmen, dass sich der Beschwerdeführer gegenüber der Behandlung sehr ambivalent gezeigt habe und sich kaum auf das Therapieprogramm habe einlassen können. Zudem findet sich in den medizinischen Vorakten auch bereits der Hinweis, wonach an der Motivation des Beschwerdeführers sowie an einer Tagesstruktur gearbeitet werden müsse (vgl. E. II. 9.4, 9.8 und 9.10 hiervor). Daher erscheint die Empfehlung von Dr. med. G.\_\_\_\_, wonach die Psychotherapie weiterzuführen sei, nachvollziehbar. Diese ist indes nicht unabdingbare Voraussetzung für das Ausüben einer vollen beruflichen Tätigkeit durch den Beschwerdeführer. In Bezug auf das weitere in diesem Zusammenhang stehende Vorbringen, wonach die Rentenprüfung verfrüht erfolgt sei, ohne die Ergebnisse der beruflichen Eingliederung abzuwarten (A.S. 35 ff.) lässt sich entgegen, dass die Durchführung von beruflichen Massnahmen im vorliegenden Fall nicht veranlasst wurde. So ist einzig eine Stellungnahme des Abklärungsdienstes der Beschwerdegegnerin zur Frage der Selbständigkeit des Beschwerdeführers dokumentiert (vgl. dazu IV-Nr. 97). Der Beschwerdeführer legt denn auch nicht dar, auf welche beruflichen Eingliederungsmassnahmen er sich hierbei bezieht. Wie oben bereits ausgeführt, sind vorliegend keine beruflichen Massnahmen notwendig. Es kann an dieser Stelle auf den im Administrativverfahren vor der IV-Stelle wie auch dem im kantonalen Sozialversicherungsprozess beherrschten Untersuchungsgrundsatz (Art. 43 Abs. 1, Art. 61 lit. c ATSG; vgl. E. II. 5.1 hiervor) hingewiesen werden, wonach die IV-Stelle und das Sozialversicherungsgericht den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen haben. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit

besteht. Da die Beschwerdegegnerin den Sachverhalt umfassend zu klären hat, war sie im vorliegenden Fall aufgrund der nicht vorhandenen Unklarheiten betreffend den medizinischen Sachverhalt auch nicht verpflichtet, weitere Abklärungen im Sinne von beruflichen Eingliederungsmassnahmen zu veranlassen. Auf die durch den Beschwerdeführer diesbezüglich aufgeführten Urteile des Bundesgerichts (A.S. 35 ff.) ist daher nicht einzugehen. 11.5.6 Es ist auf die Vorbringen des Vertreters des Beschwerdeführers anlässlich der öffentlichen Verhandlung vom 2. Mai 2017 einzugehen (vgl. Protokoll, A.S. 66 ff.): 11.5.6.1 In Bezug auf das Dafürhalten, wonach der Beschwerdeführer im Rahmen des Gutachtens der E. \_\_\_ nur einmal untersucht worden sei, eine zweite Untersuchung aber notwendig gewesen wäre, ist festzuhalten, dass es sich hierbei um eine Ermessensfrage des jeweiligen Gutachters bzw. der jeweiligen Gutachter handelt. Es ist daher davon auszugehen, dass bei einer entsprechenden Notwendigkeit eine zweite Untersuchung durchgeführt worden wäre. Das in diesem Zusammenhang weiter vorgebrachte Argument des Vertreters des Beschwerdeführers, wonach Dr. med. G. \_\_\_ für den Fall einer zusätzlichen Untersuchung von der Möglichkeit einer zweiten Kostengutsprache durch die Beschwerdegegnerin nichts gewusst habe, ist als spekulativ zu beurteilen. 11.5.6.2 Indem im Gutachten der E. \_\_\_ ausgeführt wird, dass die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers nie eingeschränkt gewesen sei (IV-Nr. 87 S. 17), läuft das Vorbringen des Vertreters des Beschwerdeführers betreffend die Möglichkeit einer temporären Rente ins Leere. 11.5.6.3 Mit dem Vorbringen des Beschwerdeführers, wonach beim Vorliegen einer Diabetes mellitus Typ II in 2/3 aller Fälle eine schubweise verlaufende Polyneuropathie bestehe, kann er für sich hinsichtlich einer bidisziplinären Begutachtung (psychiatrisch und neurologisch) ableiten. So sind weder in den vorliegenden medizinischen Akten Anhaltspunkte betreffend eine neurologische gesundheitliche Problematik des Beschwerdeführers erkennbar noch wird eine entsprechende Abklärung durch die auf dem Fachgebiet der Neurologie spezialisierte RAD-Ärztin Dr. med. C. \_\_\_ empfohlen (vgl. E. II. 9.7, 9.10, 9.13 hiervor). 12. Es kann zusammenfassend festgehalten werden, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit dem letzten rechtskräftigen Einspracheentscheid vom 21. August 2007, mit welchem dem Beschwerdeführer vom 1. Januar 2003 bis 31. Januar 2004 eine befristete halbe IV-Rente zugesprochen wurde, im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 20. Januar 2016 nicht in rechtsrelevanter Weise verändert hat: So ist in Bezug auf die psychische gesundheitliche Situation des Beschwerdeführers gemäss dem voll beweismässigen Gutachten der E. \_\_\_ vom 12. September 2014 keine krankheitswertige psychiatrische Problematik mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit vorhanden. In Bezug auf den somatischen Gesundheitszustand ist auf die Stellungnahme der RAD-Ärztin Dr. med. C. \_\_\_ vom 5. Mai 2014 (vgl. E. II. 9.7 hiervor) hinzuweisen, wonach sich keine Hinweise ergeben, dass sich der somatische Gesundheitszustand seit 2003 relevant verschlechtert habe. So werde die Schulter-Arm-Problematik im Austrittsbericht der [...] nicht einmal erwähnt. Diese Darlegung lässt sich durch den Austrittsbericht der [...] vom 13. Januar 2014 (vgl. E. II. 9.4 hiervor) denn auch verifizieren. Das Zumutbarkeitsprofil bezüglich der somatischen Beschwerden könne somit gemäss Dr. med. C. \_\_\_ vom Gutachten des [...] vom 7. März 2003 (vgl. E. II. 8.1 hiervor) übernommen werden. Gestützt auf diese Ausführungen besteht keine Veränderung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers und es erübrigt sich somit eine Berechnung des IV-Grades (vgl. dazu E. II. 6 hiervor). 13. Damit ist die angefochtene Verfügung vom 20. Januar 2016 zu bestätigen und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen. 14. Im Übrigen ist

betreffend weiterer Beweismassnahmen auf die Praxis zum Umfang der Beweisabnahmepflicht hinzuweisen, wonach der Richter auf die Abnahme weiterer Beweise verzichten kann, wenn er auf Grund pflichtgemässer Beweiswürdigung zur Überzeugung gelangt, dass ein bestimmter Sachverhalt als überwiegend wahrscheinlich zu betrachten ist und dass weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern können (BGE 122 V 157 E. 1d S. 162, 104 V 209 E. a S. 211; Urteil des Bundesgerichts 8C\_364/2011 vom 11. Oktober 2011 E. 3.1). Da von einer – wie vom Beschwerdeführer beantragten (vgl. E. I. 3 Ziff. 3 und 4 hiervor) – Befragung von lic. phil. H. \_\_\_ keine weiterführenden Erkenntnisse zu erwarten sind, ist von einer solchen abzusehen. 15. 15.1 Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung. 15.2 Aufgrund von Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 – 1'000.00 festgelegt. Nach dem Ausgang des vorliegenden Verfahrens hat der Beschwerdeführer die Verfahrenskosten von CHF 1'000.00 zu bezahlen, die durch den geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe gedeckt und mit diesem zu verrechnen sind.

## **E. 25**

Punkte errechnet werden können, was es erlaube, von einer schweren Depression zu sprechen.

Für ihn bleibe der Beschwerdeführer weiterhin 100 % arbeitsunfähig für den ersten Arbeitsmarkt. Hingegen erachte er ihn als für circa 50 % einsatzfähig in einem geschützten Milieu. Allerdings werde sich der Beschwerdeführer gekränkt fühlen, mit anderen, offensichtlich Behinderten zusammenarbeiten zu müssen und sich sehr wahrscheinlich verweigern. Er müsste einen mitmenschlich ansprechenden Rahmen vorfinden, um mitarbeiten zu können.

9.10 Dr. med. C. \_\_\_ lege in ihrer Stellungnahme vom 14. November 2014 dar (IV-Nr. 96), in der Stellungnahme zum Gutachten beschreibe Dr. med. F. \_\_\_ den Beschwerdeführer als unter erheblichem psychosozialen Leistungsdruck stehend, was sich im Sinne einer Depression blockierend auswirke. Er beschreibe Wut, innere Anspannung und Reizbarkeit als vorherrschende Gefühle. Insgesamt komme seine Beurteilung des Störungsbildes der des Gutachters sehr nahe. Doch die Schlussfolgerungen bezüglich Arbeitsfähigkeit würden sich deutlich unterscheiden. Dr. med. G. \_\_\_ vermittele nicht das Bild einer grundsätzlich gesunden Person, aber er beurteile das vorliegende Störungsbild aus versicherungspsychiatrischer Optik und komme richtigerweise zum Schluss, dass eine Anpassungsstörung, ausgelöst durch den Tod des Sohnes und den Verlust seines Lokals und die damit verbundene Kränkung, keine andauernde Arbeitsunfähigkeit begründe. Faktoren wie fehlende Tagesstruktur, Fehlen einer Aufgabe im Leben, Verlust des kulturell geprägten Status als Familienoberhaupt, die mangelnde Schlafhygiene, aber auch der Migrantenstatus, der eine berufliche Neuorientierung erschwere, seien krankheitsfremde Faktoren, welche die psychischen Symptome aufrechterhalten würden.

In einer körperlich angepassten Tätigkeit (keine Überkopfarbeiten, keine Gewichte über 10 kg über Kopf oder auch Schulterhöhe tragen oder repetitiv heben) sei der Beschwerdeführer voll arbeitsfähig.

9.11 Im Schreiben vom 7. Februar 2015 hielt Dr. med. F.\_\_\_\_ die Diagnosen einer «Anpassungsstörung mit anhaltender schwerer Depression inklusive Insomnie, seit September 2012» fest (IV-Nr. 106 S. 3). Der Beschwerdeführer verbringe die meiste Zeit allein und zurückgezogen zu Hause. Wenn er gelegentlich einen Spaziergang unternehme, so sei er nach kurzer Zeit schon ermüdet und demotiviert. Zu Hause laufe ständig der TV, was ihm helfe, seine Einsamkeit zu verdrängen. Von einem normalen Schlaf könne keine Rede sein. Meist schlafe er erst gegen Morgen ein, wenn er die Nacht vor dem laufenden TV verbracht habe. Anfangs Januar 2015 habe er einen Suizidversuch durch Erhängen zu Hause unternommen, der misslungen sei, weil die Leiter auf dem Laminat ausgerutscht sei und ausgerechnet seine Bekannte aus Zürich aufgetaucht sei, um ihn zu besuchen. Offenbar sei der Beschwerdeführer zuweilen verzweifelt und suizidal. Dr. med. F.\_\_\_\_ druckte zudem einen Brief des Beschwerdeführers an Frau Q.\_\_\_\_, Beschwerdegegnerin, vom 3. Januar 2015 ab, in welchem dieser ausführt, falls er sich wegen der schweren Depression verletzen oder umbringen werde, sei sie dafür verantwortlich.

9.12 Im Verlaufsbericht vom 27. April 2015 hielt Dr. med. P.\_\_\_\_ fest (IV-Nr. 107), der Gesundheitszustand sei stationär und die Diagnose habe sich verändert. Neben dem depressiven Zustandsbild klage der Beschwerdeführer permanent über chronische Schulterschmerzen rechts bei Status nach Schulteroperation vor Jahren sowie über chronische Nackenbeschwerden und Dysästhesien im rechten Arm seit HWS-Schleudertrauma vor mehreren Jahren, wobei wegen der Fehlhaltung auch rezidivierende BWS- und LWS-Beschwerden bestünden. Das chronisch depressive Zustandsbild, die chronischen Schulter- und Nackenschmerzen sowie die rezidivierenden Rückenbeschwerden im BWS- und LWS-Bereich hätten Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Der Beschwerdeführer fühle sich ausserstande, wegen der chronischen Adynamie und depressiver Zustände, trotz entsprechender Medikation, einer Tätigkeit nachzugehen. Die körperliche Belastungsfähigkeit sei wegen der chronischen Beschwerden im Schulter-, Nacken- und Rückenbereich eingeschränkt. Körperlich sei er nur sehr reduziert belastbar, es seien ein fehlendes Durchhaltevermögen wegen des depressiven Zustandes und Konzentrationsschwäche gegeben. Die Psychopharmakotherapie (Trittico, Seroquel) sollte weitergeführt werden, Physiotherapie bei Bedarf.

9.13 Dr. med. C.\_\_\_\_ hielt in ihrer Stellungnahme vom 10. August 2015 (IV-Nr. 110 S. 2) fest, die Diagnosen die der Hausarzt Dr. med. P.\_\_\_\_ in seinen Berichten vom 16. Februar (vgl. IV-Nr. 109 S. 2) und 10. April [recte: 27. April] 2015 (vgl. E. II. 9.12 hiervor) aufführe, seien bekannt und in den RAD-Stellungnahmen vom 5. Mai und 14. November 2014 berücksichtigt worden (vgl. E. II. 9.7, 9.10 hiervor). Eine relevante Verschlechterung der bestehenden Diagnosen oder eine neue Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit würden nicht geltend gemacht. Zum Suizidversuch äusserte sie sich wie folgt: Ein Suizidversuch belege keine andauernde Verschlechterung des Gesundheitszustandes sondern eine vorübergehende. Der Suizidversuch des Beschwerdeführers habe nicht zu einer Intensivierung der Behandlungen geführt, einer Aufnahme in die Krisenintervention oder ein stationärer Aufenthalt seien nicht erforderlich gewesen. In der Mitteilung von Dr. med. F.\_\_\_\_ an den Vertreter des Beschwerdeführers stelle der Psychiater keine neue Diagnose und bleibe bei seiner bisherigen Einschätzung, die sich ja bekanntlich nicht mit der gutachterlichen Beurteilung decke. Der Hausarzt habe offenbar keine Kenntnis vom Suizidversuch seines Patienten Anfang Januar 2015. Schliesslich bleibe es bei einer anderen Beurteilung des gleichen Sachverhalts durch die behandelnden Ärzte bzw. die Gutachter.

9.14 In der versicherungspsychiatrischen Stellungnahme vom 12. November 2015 (IV-Nr. 113) äusserte sich Dr. med. G.\_\_\_\_ zu den Einwänden des Vertreters des Beschwerdeführers vom 2. Februar 2015 (IV-Nr. 105). Bei lic. phil. H.\_\_\_\_ handle es sich um eine bei der E.\_\_\_\_ ordnungsgemäss angestellte Psychologin, die den Zusatztitel Fachpsychologin für Psychotherapie FSP führe und therapeutisch bis auf den heutigen Tag in Zofingen tätig sei. Grundsätzlich sei hierbei anzumerken, dass es sich um eine übliche Methode in der Gutachtenerstellung handle, dass im Sinne einer gewissen Aufgabenteilung eine Psychologin bei der umfassenden strukturierten Anamneseerhebung helfen könne, um zu ermöglichen, die eigentliche psychiatrische Exploration durch den Gutachter freier zu gestalten, die Informationen sich im Gutachten dann ergänzen. Von Relevanz erscheine der Umstand, dass allein der verantwortliche Gutachter der Unterzeichnende sei, lic. phil. H.\_\_\_\_ nicht in ihrer Qualifikation als psychologische Psychotherapeutin mit Zusatztitel, der grundsätzlich zu selbstverantwortlichen therapeutischen Interventionen legitimiere, sondern hier allein in ihrer Qualifikation durch ein abgeschlossenes Psychologie-Studium tätig gewesen sei. Es könne grundsätzlich nicht verstanden werden, warum an diesem Umstand, der dem Beschwerdeführer im Aufgebot zur Untersuchung mitgeteilt worden sei, Anstoss genommen werde. Wichtig erscheine der Umstand, dass sowohl durch den Gutachter selbst als auch durch die «assistierende Psychologin» der Beschwerdeführer jeweils über ein bis eineinhalb Stunden exploriert worden sei. Insofern dürfe aus ärztlicher Sicht der Verweis des Rechtsanwalts auf formale Normen aus Leitlinien unkommentiert bleiben, als dass sich aus Leitlinien grundsätzlich keine Verpflichtung ergebe, die Begutachtung vielmehr in der freien und unabhängigen Überzeugung des Facharztes für Psychiatrie und Psychotherapie als unabhängiger und neutraler Gutachter und Sachverständigen erfolgt sei.

Dr. med. G.\_\_\_\_ ging sodann auf das Vorbringen ein, der Beschwerdeführer sei nicht in seiner Muttersprache untersucht worden. Hier sei zum einen darauf hinzuweisen, dass der Beschwerdeführer selbst im Vorfeld der Begutachtung schriftlich befragt worden sei, ob eine Übersetzung gewünscht werde und er dies mit Unterschrift verneint habe. Zudem lebe der Beschwerdeführer ab 1983 in der Schweiz, mit Wohnsitz ab etwa 1985 in der Deutschschweiz. Er habe die deutsche Sprache sehr gut erlernt, wie eine zweite Muttersprache. Hierzu möge wesentlich der Umstand beigetragen haben, dass er etwa 1985 seine zweite Ehefrau, eine Schweizerin, kennengelernt habe, mit dieser etwa 1987/1988 bis 1992/1993 verheiratet gewesen sei und aus dieser Ehe zwei Söhne hervorgegangen seien. Wenn nun angeführt werde, «der Beschwerdeführer könne sich nur auf rudimentäre Art und Weise mündlich auf Deutsch verständigen, vieles bleibe aber gegenseitig oberflächlich und unverstanden», so sei dem eindeutig zu widersprechen.

Insgesamt werde aus der Auflistung der Einwände des Vertreters des Beschwerdeführers ersichtlich, eine Argumentation aufbauen zu wollen, das Gutachten formal zu diskreditieren, da der inhaltlichen Argumentation, der Beschwerdeführer erleide einen anhaltenden psychischen Gesundheitsschaden, der ihn in seiner zumutbaren medizinisch-theoretischen Arbeitsfähigkeit rein aus psychischen Gründen einschränke und ihm diese gar verunmöglichen würde, nicht gefolgt werden könne. Der Unterzeichnende sei als Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie und Gutachter nicht berechtigt, die einzelnen Punkte zu widerlegen, hier werde auf eine Erwiderung durch den Rechtsanwender und auf eine sachliche Urteilsbildung im Rahmen der Rechtsprechung vertraut.

Zum einzigen vom Vertreter des Beschwerdeführers geltend gemachten inhaltlichen Punkt, ob nun eine Anpassungsstörung ICD-10 F43 zu diagnostizieren sei oder nicht, sei anzumerken, dass von Relevanz sei, welchen Ausprägungsgrad eine psychische Symptomatik aufweisen möge, und, welchen Verlauf diese aufweise. Die Anpassungsstörung über einige Monate Dauer ■ oder auch über gemäss ICD-10 limitiert auf einige Jahre ■ würde grundsätzlich nicht zu einer Minderung der medizinisch-theoretischen Arbeitsfähigkeit führen. Hierzu sei der Ausprägungsgrad der Symptomatik zu gering.

9.15 Dr. med. F. \_\_\_ hielt im Bericht vom 11. Februar 2016 zuhanden des Vertreters des Beschwerdeführers fest (Beschwerdebeilage Nr. 6), es sei seit Februar 2015 keine Änderung des psychischen Zustandes des Beschwerdeführers aufgetreten. Gemäss der letzten Beurteilung liege eine chronische Depression vor, die ihm zwar erlaube, ein bescheidenes Leben zu führen, nicht aber, sich wieder ins Erwerbsleben zu begeben. Der am 18. September 2013 durchgeführte MADRS-Test mit 25 Punkten habe eine schwere Depression ergeben. Er wies darauf hin, dass der MADRS-Fragebogen natürlich nicht objektiv sei, je nach Untersucher falle die Zuteilung der Ziffer auch unterschiedlich aus. Der depressive Zustand dauere nun schon über mehr als drei Jahre an. In der ICD-10 gebe es keine Erwähnung einer chronischen Depression, sondern unter F34 anhaltende affektive Störungen. Er halte derzeit weiter daran fest, dass der Beschwerdeführer weiterhin aus psychiatrischen Gründen zu 100 % arbeitsunfähig sei.

9.16 Dr. med. F. \_\_\_ hielt im Bericht vom 10. April 2017 (Beschwerdebeilage Nr. 14) fest, der Beschwerdeführer komme seit dem 26. November 2012 regelmässig in die Behandlung. Bis heute sei das Beschwerde- bzw. Krankheitsbild mit Schwankungen im Depressionsgrad zwischen schwer- bis mittelschwer konstant geblieben. Er komme etwa einmal monatlich zur Kontrolle und Konsultation und klage im Rahmen der inzwischen als chronifiziert zu beurteilenden Depression über ausgeprägte Schlafstörungen, Kopfweh, Tinnitus und Suizidalität. Dies beurteile Dr. med. F. \_\_\_ wie folgt: schwere chronifizierte Depression (seit Juni 2013) nach Anpassungsstörung (seit September 2012). Ferner wurde der Brief des Beschwerdeführers vom 2. Januar 2015 an Frau Q. \_\_\_ abgedruckt (vgl. dazu E. II. 9.11 hiervor). Der Beschwerdeführer werde nicht als arbeitsfähig erachtet, sondern gesamthaft als zumindest zu 80 % invalid.

10. Aufgrund der vorliegenden medizinischen Aktenlage kann festgehalten werden, dass sich beim Beschwerdeführer im Zeitpunkt der Zusprache einer befristeten Invalidenrente mit Einspracheentscheid vom 21. August 2007 insbesondere somatische gesundheitliche Beeinträchtigungen präsentierten und im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 20. Januar 2016 im Wesentlichen psychiatrische Diagnosen festgestellt worden sind.

11. Es ist nachfolgend zu prüfen, ob die Beschwerdegegnerin in der Verfügung vom 20. Januar 2016 zu Recht auf das versicherungspsychiatrische Gutachten der E. \_\_\_ vom 12. September 2014 (vgl. E. II. 9.8 hiervor) abgestellt hat:

11.1 Das versicherungspsychiatrische Gutachten von Dr. med. G. \_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, und lic. phil. H. \_\_\_, Fachpsychologin für Psychotherapie FSP, vom 12. September 2014 wird den von der Rechtsprechung entwickelten Anforderungen (Vollständigkeit, Schlüssigkeit, Nachvollziehbarkeit; vgl. E. II. 5.2 hiervor) weitestgehend in allen Punkten gerecht. So beruht dieses auf allseitigen Untersuchungen, indem der Beschwerdeführer am 13. August 2014 einer ausführlichen

Exploration unterzogen wurde und somit auch die durch ihn geklagten Beschwerden mitberücksichtigt wurden (IV-Nr. 87 S. 8 ff.). Zudem wurden die Vorakten ab 2. Dezember 2002 (vgl. IV-Nr. 87 S. 4 ff.) in chronologischer Reihenfolge aufgeführt, weshalb bei den begutachtenden Personen von der Kenntnis der relevanten Vorakten (Anamnese) auszugehen ist. Weiter werden die Diagnosestellungen in schlüssiger und nachvollziehbarer Weise dargelegt, wodurch die medizinischen Zusammenhänge und die Beurteilung der medizinischen Situation einleuchten: So wurde ausgeführt, bis zum Tod des Sohnes im September 2011 hätten beim Beschwerdeführer keine psychischen Beeinträchtigungen vorgelegen (IV-Nr. 87 S. 14). Diese Beurteilung überzeugt zum einen, weil anschliessend darlegt wird, es seien bis 2011 in keinem ärztlichen Bericht psychische Symptome genannt worden und die erste IV-Anmeldung 2003 sei aufgrund von Schmerzen in der Schulter und nicht aus psychischen Gründen erfolgt. Zum anderen gab der Beschwerdeführer gegenüber dem Gutachter an, wegen dem Tod seines Sohnes grosse Schuldgefühle zu haben. Er habe nachts Angst, wenn er alleine sei, dann würden ihn die Erinnerungen an seinen Sohn und den Unfall einholen (IV-Nr. 87 S. 8). Gestützt auf diese Ausführungen kann die daraus gezogene Schlussfolgerung nachvollzogen werden, wonach es darum gehe, zu beurteilen, ob die Reaktion mit psychischen Symptomen nach dem Tod des Sohnes beim Beschwerdeführer eine normale psychologische Reaktion auf den Verlust eines nahestehenden Menschen darstelle, oder ob es sich dabei um eine krankheitswertige psychische Störung handle (IV-Nr. 87 S. 14). Der Beschwerdeführer gab bei der Exploration unter anderem an, sein Sohn habe früher bei ihm im Lokal mitgearbeitet und die Konflikte mit ihm hätten zugenommen, als er 18 Jahre alt geworden sei. So hätte der Sohn gerne einen festen Lohn erhalten, der Beschwerdeführer sei jedoch der Überzeugung gewesen, dass man in einer Familie zusammenarbeite, ohne Lohn. Er habe ja seinem Sohn immer schon genug Geld gegeben. Es seien auch kulturelle Werte zusammengestossen und der Sohn habe daraufhin nicht mehr im Lokal mitgearbeitet, sondern sei schwarz auf dem Bau tätig gewesen und in den Kanton Zug gezogen. Sie hätten kaum mehr Kontakt gehabt. 2011 sei der Sohn bei einem Arbeitsunfall gestorben (IV-Nr. 87 S. 10 f.). Aufgrund dieser Angaben vermag einzuleuchten, wenn Dr. med. G.\_\_\_\_ festhält, es sei zu beachten, dass der Beschwerdeführer psychisch nicht nur auf den Verlust des Sohnes im Sinne einer Trauerreaktion reagiert, sondern aufgrund der vorhergehenden Konflikte mit dem Sohn ebenfalls starke Schuldgefühle entwickelt habe. So beschuldige er sich selber, den Sohn aus dem Haus «getrieben» zu haben. Denn wäre der Sohn bei ihm zu Hause geblieben, wäre dieser Unfall nie passiert und der Sohn heute noch am Leben. Gemäss dem Gutachter würden diese Überzeugung mit den dazugehörigen Schuldgefühlen dem Versicherten einen adäquaten Umgang mit der Trauer und einen natürlichen Verlauf der Trauerreaktion erschweren. Dies leuchtet ein. Es komme hinzu, dass sich der Beschwerdeführer in seiner Trauer von seinen Töchtern und der Verwandtschaft alleingelassen fühle, was ihn sehr gekränkt, enttäuscht und verletzt habe (IV-Nr. 87 S. 14 f.). Dies lässt sich durch die entsprechenden Schilderungen des Beschwerdeführers verifizieren, wonach er sich von seinen Töchtern und seiner gesamten Verwandtschaft im Stich gelassen gefühlt habe (IV-Nr. 87 S. 11). Gleichzeitig gab der Beschwerdeführer indes auch an, schon vor dem Unfall keinen Kontakt mehr zu seinen Töchtern gehabt zu haben und seither selber auch keinen Kontakt mehr zu wollen. In diesem Zusammenhang leuchtet ferner ein, wenn Dr. med. G.\_\_\_\_ dies auch unter dem Aspekt des kulturellen Rollenverständnisses diskutiert. So habe sich der Beschwerdeführer als Oberhaupt der Familie verstanden, dem die Kinder mit Dankbarkeit und Respekt begegnen sollten. Er habe daher die Forderung des Sohnes nach

Lohn und auch das Verhalten der Töchter, das nicht dem entsprochen habe, das er von ihnen erwartet habe, nicht verstehen können. So erscheint denn auch schlüssig, wenn weiter dargelegt wird, dass auch heute für den Beschwerdeführer nicht die Trauer im Vordergrund stehe, sondern die Kränkung, die Schuldgefühle, die Anspannung und Gereiztheit, welche aus den inneren emotionalen Konflikten des Beschwerdeführers resultieren würden (IV-Nr. 87 S. 15). Anschliessend geht der Gutachter auf die in den Vorakten ausgewiesene schwere depressive Reaktion ein, welche er in überzeugender Weise verneint, da der Beschwerdeführer diesfalls nicht mehr fähig gewesen wäre, während einem halben Jahr so viel Sport zu treiben, dass er massiv an Gewicht verloren und seine Diabeteswerte hätte verbessern können. Zudem habe er auch weiterhin ■ wenn auch reduziert ■ in seinem Lokal weitergearbeitet. Ferner sei die ambulante psychiatrische Behandlung erst ab November 2012 erfolgt (IV-Nr. 87 S. 15). Diese Ausführungen sind aufgrund der Angaben des Beschwerdeführers als korrekt zu qualifizieren. So gab dieser an, er habe es geschafft, innerhalb eines halben Jahres so viel an Gewicht zu verlieren, dass er nun wegen des Diabetes nur noch Tabletten nehmen müsse und keine Spritzen mehr (IV-Nr. 87 S. 11). Es kann daher festgehalten werden, dass sich die Beurteilung von Dr. med. F.\_\_\_\_ in der Stellungnahme vom 9. Oktober 2014 (vgl. E. II. 9.9 hiervor) als unrichtig erweist. So hielt dieser fest, die Gewichtsabnahme sei wegen der Trauer des Beschwerdeführers aufgrund des Todes seines Sohnes erfolgt, da er fast nichts habe essen können. Gestützt auf die ■ oben ausgeführte ■ Angabe des Beschwerdeführers im Rahmen der gutachterlichen Exploration vom 13. September 2014 wird diese Einschätzung indes entkräftet, da es bei der Gewichtsabnahme primär um eine Verbesserung der Diabetes ging. Der Beschwerdeführer gab weiter an, er habe sein Lokal nur noch unregelmässig offen gehabt, da es ihm oft nicht gut gegangen sei, so dass er auch die Kundschaft verloren habe. 2012 habe er dieses dann verkaufen müssen (IV-Nr. 87 S. 11). Daher vermag im Weiteren zu überzeugen, wenn im Gutachten darlegt wird, die fehlende Tagesstruktur mit fehlenden Freizeitinteressen hätten die Symptome dann chronifizieren lassen (IV-Nr. 87 S. 15). Diese Symptome entsprächen vom Schweregrad her nicht einer schweren depressiven Episode, sondern einer Anpassungsstörung auf dem Tod des Sohnes hin, aber vor allem mit der Kränkung durch den Verlust des Lokals als Auslöser (IV-Nr. 87 S. 15). Daher erscheint die im Gutachten gestellte Diagnose einer «Anpassungsstörung mit vorwiegender Störung von anderen Gefühlen (ICD-10 F43.23)» plausibel.

Es ist auf das Vorbringen des Beschwerdeführers einzugehen, wonach Dr. med. G.\_\_\_\_ einen klassischen Diagnosefehler gemacht habe, indem er anlässlich der Untersuchung vom 13. August 2014 beim Beschwerdeführer eine «Anpassungsstörung mit vorwiegender Störung von anderen Gefühlen nach ICD-10 F43.23», bestehend seit dem Tod des Sohnes vom September 2011, diagnostiziert habe (A.S. 26, 70 ff.). Dabei seien zwischen diesem und der Untersuchung rund drei Jahre vergangen. Gemäss ICD-10 dürften aber die Symptome einer Anpassungsstörung nicht länger als sechs Monate nach Ende der Belastung oder ihrer Folgen andauern. Dazu äusserte sich Dr. med. G.\_\_\_\_ im Rahmen seiner Stellungnahme vom 12. November 2015 (vgl. E. II. 9.14 hiervor). Dabei führte er aus, er verfüge über eine langjährige Erfahrung in der Behandlung von Patienten mit psychischen Störungen. Von Relevanz sei deshalb die Einschätzung, der Beschwerdeführer habe seine Beschwerden in einer Art und Weise vorgetragen, dass womöglich eine gewisse Anpassungsstörung vorliegen könnte, da ja zum Beispiel auch nachvollziehbar durch den Tod des Sohnes ein erheblicher Belastungsfaktor aufgetreten sei, der nun jeden Menschen nicht unbedingt unberührt liesse. Die Anpassungsstörung über einige Monate Dauer ■ oder

auch gemäss ICD-10 limitiert auf einige Jahre ■ würde jedoch grundsätzlich nicht zu einer Minderung der medizinisch-theoretischen Arbeitsfähigkeit führen (IV-Nr. 113 S. 3). Aufgrund dieser Darlegungen und des im Gutachten der E.\_\_\_\_ vom September 2014 beschriebenen Teufelskreises, in den der Beschwerdeführer geraten sei und der die psychischen Symptome aufrechterhalte (IV-Nr. 87 S. 16), kann mit überwiegender Wahrscheinlichkeit den nachvollziehbaren und schlüssigen Ausführung von Dr. med. G.\_\_\_\_ gefolgt und somit davon ausgegangen werden, dass der Diagnosestellung einer «Anpassungsstörung mit vorwiegender Störung von anderen Gefühlen nach ICD-10 F43.23» keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit beizumessen ist. Der Beschwerdeführer bringt denn auch nicht vor, inwiefern diese Diagnosestellung falsch sein soll. Er stützt sich bei seinem Vorbringen einzig auf die zeitliche Komponente, indem er darlegt, die gestellte Diagnose einer «Anpassungsstörung mit vorwiegender Störung von anderen Gefühlen» könne nur bis zu sechs Monate nach der Belastungssituation gestellt werden, wobei er diesbezüglich vom Todestag des Sohnes des Beschwerdeführers im September 2011 ausgeht. Dies, obschon im versicherungspsychiatrischen Gutachten der E.\_\_\_\_ explizit dargelegt wird, dass die Anpassungsstörung durch den Tod des Sohnes und der mit dem Verlust des Lokals verbundenen Kränkung ausgelöst worden sei (IV-Nr. 87 S. 16). Das Lokal gab der Beschwerdeführer erst ungefähr ein Jahr nach dem Tod seines Sohnes, folglich im Herbst 2012, auf. In der Fachliteratur wird diesbezüglich ausgeführt, die Symptome einer Anpassungsstörung beginnen innerhalb eines Zeitraums von längstens drei Monaten nach dem belastenden Ereignis und halten selten länger als sechs Monate an (akute Anpassungsstörung). Bei anhaltenden Belastungen spricht man von chronischer Anpassungsstörung. Nach ICD-10 kann die Anpassungsstörung lediglich bei zu einer Zeitdauer von maximal zwei Jahren diagnostiziert werden (vgl. Alfred Schönberger, Gerhard Mehrrens, Helmut Valentin (■): Arbeitsunfall und Berufskrankheiten, 8. Aufl., 2010, S. 143). Wenn somit vom Zeitpunkt der Aufgabe des Lokals im Herbst 2012 ausgegangen wird, erweist sich die hier in Frage stehende Diagnosestellung einer Anpassungsstörung im Rahmen des E.\_\_\_\_-Gutachtens vom 12. September 2014 als rechtzeitig gestellt. Diese Einschätzungen im Gutachten werden im Übrigen auch durch andere medizinische Berichte gestützt, indem z.B. im Bericht von PD Dr. med. L.\_\_\_\_ vom 2. April 2013 und im Austrittsbericht der [...] vom 13. Januar 2015 (vgl. E. II. 9.1, 9.4 hiervor) im Zusammenhang mit der Anpassungsstörung eine psychosoziale Belastungssituation (Tod des Sohnes, soziale Situation mit Arbeitslosigkeit und Sozialhilfe) thematisiert wird. Gestützt auf diese Ausführungen vermögen die Vorbringen des Beschwerdeführers nicht zu überzeugen.

Demzufolge ist das Gutachten der E.\_\_\_\_ als grundsätzlich beweiswertig zu qualifizieren.

11.2 Es ist nachfolgend zu prüfen, ob die übrigen medizinischen Akten die grundsätzlich beweiswertigen Diagnosen und Ergebnisse im Gutachten der E.\_\_\_\_ vom 12. September 2014 zu schmälern vermögen.

11.2.1 Dem Gutachten der E.\_\_\_\_ entsprechend, finden sich auch im Bericht von PD Dr. med. L.\_\_\_\_ vom 2. April 2013 (vgl. E. II. 9.1 hiervor) aufgrund der durchgeführten schlafmedizinischen Abklärung die Befunde einer «paradoxen Insomnie» und einer durch eine mangelnde Schlafhygiene bedingten «Schlaf-/Wachstörung». Damit decken sich die Befunde im Gutachten mit denjenigen bei der schlafmedizinischen Abklärung (vgl. dazu die Ausführungen unter E. II. 11.2.3 hiervor). PD Dr. med. L.\_\_\_\_ hielt diesbezüglich ausdrücklich fest, es liege keine schlafmedizinische Erkrankung im engeren Sinn vor. Die

Ärzte sind sich denn auch einig, dass die durch den Beschwerdeführer eingenommenen Medikamente im Hinblick auf die festgestellte paradoxe Insomnie nicht sinnvoll seien. So könnten diese die paradoxe Insomnie noch fördern. Dies wird auch im Rahmen des Gutachtens bei der E. \_\_\_ bestätigt, indem dargelegt wird, dass die durch den Beschwerdeführer eingenommenen Medikamente den Schlaf offenbar bisher nicht positiv beeinflusst hätten und daher deren korrekte Einnahme durch den Beschwerdeführer in Frage gestellt wird (IV-Nr. 87 S. 16).

Der Bericht von PD Dr. med. L. \_\_\_ schmälert den Beweiswert des Gutachtens nicht.

11.2.2 Eingehend auf die Berichte des den Beschwerdeführer seit 26. November 2012 behandelnden Psychiaters Dr. med. F. \_\_\_ (vgl. IV-Nr. 74 S. 2) ist augenfällig, dass er die durch ihn in den Schreiben vom 20. September und 28. November 2013 (vgl. E. II. 9.2 f. hiervor) ausgewiesene Diagnose einer «mittelschweren bis schweren Depression» nicht in nachvollziehbarer Weise begründet und sich mit dieser Diagnosestellung nicht vertieft auseinandergesetzt hat, weshalb sie nicht nachvollzogen werden kann. Im Arztbericht vom 22. Februar 2014 (vgl. E. II. 9.6 hiervor) wies er sodann keine mittelschwere bis schwere Depression mehr aus, sondern neu eine «Anpassungsstörung mit anhaltender schwerer Depression, seit September 2012». Es findet sich indes auch hier keine vertiefte Auseinandersetzung mit dieser Diagnosestellung und es fehlt insbesondere es an einer Zuordnung gemäss den ICD-10 Klassifikationen. Ebenfalls nicht nachvollziehbar ist, weshalb Dr. med. F. \_\_\_ in diesem Zusammenhang die Problematik des Unfalltodes des Sohnes des Beschwerdeführers nicht thematisiert und diskutiert hat. Da in seinen Berichten folglich weder eine substantiierte Auseinandersetzung mit dem psychischen Gesundheitszustand des Beschwerdeführers noch mit den festgestellten Befunden ersichtlich ist, kann auch nicht auf seine Einschätzungen betreffend die 100%ige Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers abgestellt werden. Aufgrund dieser Ausführungen überzeugt daher (vgl. E. II. 11.2 hiervor), wenn im Rahmen des Gutachtens der E. \_\_\_ festgehalten wird, dass der Beschwerdeführer nach dem Tod seines Sohnes nie eine schwere depressive Reaktion gezeigt habe. So hätten nach dem Tod des Sohnes verschiedene Faktoren (wie z.B. Kränkung durch endgültigen Verlust seines Status und die Hilflosigkeit, eine andere berufliche Tätigkeit in Angriff nehmen zu müssen) zu einer Verstärkung der psychischen Reaktion beigetragen (IV-Nr. 87 S. 15), wobei der Beschwerdeführer dann wegen der fehlenden Tagesstruktur, die viel Raum zum Grübeln lasse, der fehlenden Aufgabe im Leben, die Sinn mache, dem Verlust des kulturell geprägten Status als Familienoberhaupt und der Schlafstörung, die durch die Medikation, den erhöhten Kaffeekonsum und die fehlenden schlafhygienischen Massnahmen aufrecht erhalten werde, sowie dem krankheitsfremden Faktor des Migrantenstatus, in einen Teufelskreis geraten sei (vgl. IV-Nr. 87 S. 16 f.). Diese Darlegung ist auch deshalb nachvollziehbar, weil die psychiatrische Behandlung bei Dr. med. F. \_\_\_ erst am 26. November 2012 (s. oben) aufgenommen wurde und daher ■ wie dies im Gutachten korrekt festgehalten wird (IV-Nr. 87 S. 15) ■ davon ausgegangen werden kann, dass somit während ungefähr eines Jahres nach dem Tod seines Sohnes keine Notwendigkeit für eine psychiatrische Intervention bestanden hat. Jedenfalls ist eine solche vorliegend nicht dokumentiert.

11.2.3 In Bezug auf den Bericht der [...] vom 13. Januar 2014 (vgl. E. 9.4 hiervor) kann festgehalten werden, dass damals eine «Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion (ICD-10 43.2)» ausgewiesen wurde. Diesbezüglich wurde im Gutachten der E. \_\_\_

ausgeführt, im Gegensatz zur [...] werde eine «Anpassungsstörung mit vorwiegender Störung anderer Gefühle (ICD-10 F43.23)» diagnostiziert (IV-Nr. 87 S. 15 f.). Dies wird sodann dahingehend begründet, als beim Beschwerdeführer in der aktuellen Untersuchung nicht die depressive Stimmungslage im Vordergrund gestanden habe, sondern die Gereiztheit, Anspannung und die Ängste. Es könne nicht beurteilt werden, ob es sich hier im Verlauf seit dem Aufenthalt in der [...] um eine Symptomverschiebung handle, denn die Angaben des Beschwerdeführers seien zu ungenau. Er schildere die Fähigkeit, im Kontakt zu seinem Sohn Freude empfinden zu können und da auch eine Stimmungsaufhellung zu erleben. Bei einer schweren depressiven Störung wäre die Freudfähigkeit nicht mehr vorhanden und die Stimmung nicht durch den sozialen Kontakt beeinflussbar. Dies spreche eher dafür, dass der Beschwerdeführer durch seine fehlende Tagesstruktur und Begrenzung von sozialen Kontakten sein psychisches Befinden aufrechterhalte, dieses Befinden jedoch sehr wohl beeinflussbar wäre. Gestützt auf diese Ausführungen erscheint die Diagnosestellung einer «Anpassungsstörung mit vorwiegender Störung anderer Gefühle (ICD-10 F43.23)» plausibel. Dies unter anderem auch deshalb, weil die Unterstützung beim Aufbau einer Tagesstruktur bei den psychotherapeutischen Gesprächen während der Hospitalisation in der [...] ein bedeutsames Ziel darstellte (vgl. E. II. 9.4 hiervor). Daher wird die Argumentation im Gutachten vom 12. September 2014 gestützt.

Zudem wurde auch bereits im Austrittsbericht der [...] vom 13. Januar 2014 auf eine paradoxe Insomnie und Insomnie bei fehlender Schlafhygiene hingewiesen. Diese gesundheitliche Problematik wurde in der Folge im Rahmen des Gutachtens aufgegriffen, indem dort festgehalten wurde, bei der Medikamentenliste würden verschiedene beruhigende und schlafanstossende Medikamente auffallen, wobei nicht nachvollziehbar sei, weshalb der Beschwerdeführer gleich vier Medikamente mit dieser Wirkung einnehme (IV-Nr. 87 S. 16), vor allem, weil diese offenbar den Schlaf beim Beschwerdeführer nicht positiv beeinflusst hätten. Es stelle sich deshalb die Frage, ob der Beschwerdeführer die Medikamente gar nicht so einnehme, wie angegeben werde und sich der Schlaf daher nicht verbessere. Falls der Beschwerdeführer alle Medikamente einnehme, wäre wiederum die Tagesmüdigkeit, welche sich im Nachmittag verbessere, erklärbar und könnte mit einer Reduktion verbessert werden. Laut Gutachter scheine der Beschwerdeführer bezüglich der Schlafstörung in einem Teufelskreis zwischen beruhigender Medikation, Tagesmüdigkeit, massivem Kaffeekonsum, Anspannung und Nervosität, wiederum Schlaflosigkeit, gefangen zu sein. Daher wurden im Gutachten der E.\_\_\_\_ schlafhygienische Massnahmen empfohlen, die bereits in der [...] zu einem verbesserten Schlaf geführt hätten (IV-Nr. 87 S. 16).

Es kann ergänzend darauf hingewiesen werden, dass im Rahmen der Diagnosestellung des Berichts der [...] nicht zwischen Diagnosen mit und ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit unterschieden worden ist. Deshalb bleibt unklar, auf welchen Diagnosen ihre Einschätzung einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit vom 2. Dezember 2013 bis 24. Januar 2014 genau beruht. Diese Zeitperiode entspricht indes genau dem Zeitraum der Hospitalisation des Beschwerdeführers

Aufgrund dieser Darlegungen lassen sich aus dem Bericht der [...] vom 13. Januar 2014 keine vom Gutachten abweichenden Ausführungen oder diesem entgegenstehende Einschätzungen entnehmen. Daher wird dessen Beweiswert durch diesen Bericht nicht geschmälert.

11.2.4 In Bezug auf den Bericht des Hausarztes des Beschwerdeführers Dr. med. P.\_\_\_\_ vom 17. Januar 2014 (vgl. E. II. 9.5 hiervor) kann festgehalten werden, dass es sich bei ihm

um einen auf die medizinische Fachdisziplin der Allgemeinen Medizin spezialisierten Facharzt handelt und somit der durch ihn ausgewiesenen psychiatrischen Diagnose mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit, der «Anpassungsstörung mit ausgeprägter depressiver Reaktion», kaum Beweiswert zukommt. Denn er ist nicht in derselben Weise wie eine auf das medizinische Fachgebiet der Psychiatrie spezialisierte Fachperson geeignet, psychiatrische Diagnosen zu stellen. Es ist ferner auf die Erfahrungstatsache hinzuweisen, wonach behandelnde Ärztinnen und Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3a/cc S. 353 mit weiteren Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 8C\_733/2012 vom 28. Januar 2013 E. 3.2).

Der ohnehin relativ knapp gehaltene Arztbericht von Dr. med. P.\_\_\_\_ vermag somit den Beweiswert des Gutachtens der E.\_\_\_\_ nicht zu schmälern.

11.3 Es kann somit zusammenfassend festgehalten werden, dass das Gutachten der E.\_\_\_\_ vom 14. September 2014 ■ entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers (A.S. 16) ■ voll beweiswertig ist.

11.4 Daran vermögen auch die zeitlich nach dem Gutachten verfassten medizinischen Berichte nichts zu ändern:

11.4.1 Dr. med. F.\_\_\_\_ äusserte sich in seiner Stellungnahme vom 9. Oktober 2014 (vgl. E. II. 9.9 hiervor) in Bezug zum Gutachten äusserst kritisch. So hielt er zum einen fest, das Thema Blutzucker sei beim Gutachter Dr. med. G.\_\_\_\_ nicht zur Sprache gekommen. Diese Aussage erweist sich unter Hinweis auf die Darlegungen in Erwägung II. 11.1 hiervor indes als nicht korrekt, da sich Dr. med. G.\_\_\_\_ im Zusammenhang mit der Gewichtsreduktion nach dem Unfalltod des Sohnes des Beschwerdeführers sehr wohl zur vorhandenen Diabetes äusserte und ihm diese gesundheitliche Problematik daher durchaus bewusst war. Es scheint im Übrigen nicht indiziert, dass sich ein Psychiater im Rahmen eines psychiatrischen Gutachtens mit einer bestehenden Diabetes näher auseinanderzusetzen hat. Gegenteiliges wird von Dr. med. F.\_\_\_\_ denn auch nicht geltend gemacht. Er hielt ferner auch weiterhin an seiner bereits bisher ausgewiesenen Diagnose einer Depression fest und ging nicht auf die im Gutachten diagnostizierte «Anpassungsstörung mit vorwiegender Störung anderer Gefühle (ICD-10 F43.23)» ein. Da diese Diagnosestellung im Gutachten aber in nachvollziehbarer und schlüssiger Weise dargelegt wird, ist auf diese nicht näher einzugehen. Es kann diesbezüglich auf die Ausführungen unter E. II. 11.2 hiervor verwiesen werden. In Bezug auf die durch Dr. med. F.\_\_\_\_ erwähnten MADRS-Fragebögen, in welchen je eine Punktzahl von 25 und damit eine schwere Depression erreicht worden sei, ist festzuhalten, dass es sich bei der MADRS um ein Instrument der Fremdbeurteilung handelt. Zudem kann gemäss Rechtsprechung einem testmässigen Erfassen der Psychopathologie ohnehin nur ergänzende Funktion beigemessen werden, während die klinische Untersuchung mit Anamneseerhebung, Symptomerfassung und Verhaltensbeobachtung ausschlaggebend bleibt (Urteile des Bundesgerichts 9C\_391/2010 vom 19. Juli 2010 E. 3.2.1, 9C\_353/2015 vom 24. November 2015 E. 4.1). In diesem Sinn führte Dr. med. F.\_\_\_\_ in seinem zeitlich später verfassten Bericht vom 11. Februar 2016 denn auch aus, der MADRS-Fragebogen sei natürlich nicht objektiv (vgl. E. II. 9.15 hiervor). Dadurch wird die Beweiskraft des Gutachtens nicht geschmälert und es ist auch nicht auf den weiteren Bericht von Dr. med. F.\_\_\_\_ vom 7. Februar 2015 (vgl. E. II. 9.11 hiervor) einzugehen, in welchem er ebenfalls von einer anhaltenden schweren Depression ausgeht. Gestützt auf die vorangehenden Ausführungen erweist sich auch die Einschätzung

von Dr. med. C.\_\_\_\_ vom 14. November 2014 (vgl. E. II. 9.10 hiervor) als korrekt, wonach sich die Schlussfolgerungen von Dr. med. F.\_\_\_\_ und der E.\_\_\_\_ deutlich unterscheiden würden. Betreffend den von Dr. med. F.\_\_\_\_ aufgegriffenen Suizidversuch des Beschwerdeführers vom Januar 2015 (vgl. E. II. 9.11 hiervor) stellte Dr. med. C.\_\_\_\_ in ihrer Stellungnahme vom 10. August 2015 fest (vgl. E. II. 9.13 hiervor), ein Suizidversuch begründe keine andauernde Verschlechterung des Gesundheitszustandes, sondern nur eine vorübergehende. Diese Einschätzung überzeugt, da sie weiter ausführte, der Suizidversuch habe weder zu einer intensiveren Behandlung noch zur Aufnahme in die Krisenintervention oder einem erforderlichen stationären Aufenthalt des Beschwerdeführers geführt. Dies lässt sich zudem aufgrund der vorliegenden Akten verifizieren, wonach sich weder Hinweise auf entsprechende Hospitalisationen noch auf intensivere Behandlungen nach dem Suizidversuch finden.

Da Dr. med. F.\_\_\_\_ in seinem am 11. Februar 2016 verfassten Bericht (vgl. E. II. 9.15 hiervor) festhielt, beim Beschwerdeführer sei seit Februar 2015 keine Veränderung des Gesundheitszustandes eingetreten, ist auf diesen Bericht nicht einzugehen. Dies gilt im Übrigen auch für den vom 10. April 2017 datierenden Bericht (vgl. E. II. 9.16 hiervor), der anlässlich der Verhandlung eingereicht worden ist. Eine Auseinandersetzung mit seinem vom 22. Februar 2014 datierenden Arztbericht (vgl. E. II. 9.6 hiervor) findet sich in Erwägung II. 11.2.2 hiervor.

11.4.2 Aus dem Verlaufsbericht des Hausarztes Dr. med. P.\_\_\_\_ vom 27. April 2015 (vgl. E. II. 9.12 hiervor) geht nicht hervor, worauf sich dieser bei seiner Einschätzung genau stützte. So fehlen beispielsweise objektivierbare Grundlagen für die Vermutung, dass sich die Diagnose geändert habe. Es ist daher davon auszugehen, dass er dabei insbesondere die subjektiven Angaben des Beschwerdeführers heranzog. Die RAD-Ärztin Dr. med. C.\_\_\_\_ hielt in ihrer Stellungnahme vom 10. August 2015 diesbezüglich fest, die von Dr. med. P.\_\_\_\_ ausgewiesenen Diagnosen seien bereits in vorangehenden RAD-Stellungnahmen berücksichtigt worden (vgl. E. II. 9.13 hiervor), wobei keine relevante Verschlechterung des Gesundheitszustandes geltend gemacht worden sei. Es ist daher nicht weiter darauf einzugehen.

11.5 Nachfolgend ist auf die gegen das Gutachten der E.\_\_\_\_ gerichteten Vorbringen des Beschwerdeführers einzugehen:

11.5.1 Die Ausführungen, wonach sich Dr. med. G.\_\_\_\_ im Rahmen seiner Stellungnahme vom 12. November 2015 (vgl. E. II. 9.14 hiervor) nicht mit den Einschätzungen von Dr. med. F.\_\_\_\_ auseinandergesetzt habe, sind zwar korrekt, erweisen sich jedoch nicht als weiterführend. So wurde die E.\_\_\_\_ am 22. September 2015 (IV-Nr. 111) durch die Beschwerdegegnerin explizit aufgefordert, zum Einwand des Vertreters des Beschwerdeführers Stellung zu nehmen. Dem kam sie in der Folge mit der Stellungnahme vom 12. November 2015 nach. Aufgrund dieser Ausgangslage bestand für ihn ■ entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers (A.S. 19) ■ keine Veranlassung, sich um das Einholen des Berichts von Dr. med. F.\_\_\_\_ zu kümmern. Es kann in diesem Zusammenhang auch auf die Stellungnahme der RAD-Ärztin Dr. med. C.\_\_\_\_ vom 10. August 2015 hingewiesen werden (vgl. E. II. 9.13 hiervor), in welcher sie sich sowohl mit den Berichten des Hausarztes Dr. med. P.\_\_\_\_ vom 16. Februar und 10. April 2015 als auch mit «der Mitteilung von Dr. med. F.\_\_\_\_ an den Rechtsanwalt» auseinandersetzte. Dass es sich hierbei um das Schreiben vom 7. Februar 2015 (vgl. E. II. 9.11 hiervor) handeln muss, mit dem sich Dr. med. G.\_\_\_\_ gemäss Beschwerdeführer hätte auseinandersetzen müssen, ist

nicht von der Hand zu weisen, da Dr. med. C.\_\_\_\_ anschliessend auf den in diesem Schreiben beschriebenen Suizidversuch eingeht. Indem sie ferner klar darlegte, es bleibe bei einer anderen Beurteilung des gleichen Sachverhalts durch die behandelnden Ärzte bzw. die Gutachter, ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin den entsprechenden Bericht Dr. med. G.\_\_\_\_ nicht zur Stellungnahme vorlegt hat.

Daran vermag auch das Vorbringen des Beschwerdeführers nichts zu ändern, wonach im Einwand explizit der Antrag gestellt worden sei, dem Gutachter die Beurteilung von Dr. med. F.\_\_\_\_ vom 9. Oktober 2014 (vgl. E. II. 9.9 hiervor) zu unterbreiten (A.S. 18). Es ist diesbezüglich auch nicht, wie vom Beschwerdeführer vorgebracht (A.S. 19), von einer Verletzung der Untersuchungspflicht auszugehen.

11.5.2 Der Beschwerdeführer rügt, die Exploration und die Anamneseerhebung durch den Gutachter Dr. med. G.\_\_\_\_ und seine Assistentin seien nicht in der türkischen Muttersprache des Beschwerdeführers erfolgt (A.S. 24). Diesbezüglich ist festzuhalten, dass der Beschwerdeführer durch das Begutachtungsinstitut mit der «Einladung zur Untersuchung» vom 2. Juli 2014 (IV-Nr. 86 S. 3) unter anderem auf die Möglichkeit einer Übersetzung aufmerksam gemacht wurde und er diese mittels angehängten Formulars schriftlich hätte geltend machen können. Gemäss versicherungspsychiatrischer Stellungnahme von Dr. med. G.\_\_\_\_ vom 12. November 2015 (vgl. E. II. 9.14 hiervor) habe der Beschwerdeführer diese Frage indes schriftlich verneint. Das entsprechende Dokument ist indes in den vorliegenden Akten nicht dokumentiert. Da jedoch dem Gutachten der E.\_\_\_\_ keine Hinweise zu entnehmen sind, die auf sprachliche Schwierigkeiten des Beschwerdeführers hinweisen würden und sich auch im Gutachten des [...] vom 7. März 2007 (IV-Nr. 54, E. II. 8.1 hiervor) keine entsprechenden Bemerkungen finden, ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass beim Beschwerdeführer keine wesentlichen Sprachschwierigkeiten bzw. -einschränkungen vorliegen. Es kann im Weiteren davon ausgegangen werden, dass bei entsprechenden Verständigungsschwierigkeiten des Beschwerdeführers durch die Gutachter ein Dolmetscher bzw. Übersetzer beigezogen worden wäre.

11.5.3 Einzugehen ist auf die Funktion von lic. phil. H.\_\_\_\_, Fachpsychologin für Psychotherapie FSP, die auf dem monodisziplinären versicherungspsychiatrischen Gutachten der E.\_\_\_\_ vom 12. September 2014 neben Dr. med. G.\_\_\_\_ ebenfalls erwähnt wird (vgl. IV-Nr. 87 S. 18). In vorliegendem Fall einigten sich die Parteien aufgrund des gegen den ursprünglich durch die Beschwerdegegnerin vorgeschlagenen Gutachter Dr. med. D.\_\_\_\_ durch Dr. med. F.\_\_\_\_ geltend gemachten Einwandes vom 2. Juni 2014 (IV-Nr. 84) in Bezug auf das angestrebte monodisziplinäre versicherungspsychiatrische Gutachten am 2. Juni 2014 auf die E.\_\_\_\_ (vgl. IV-Nr. 85). Dies ist nicht zu beanstanden (vgl. BGE 139 V 349 E. 2.2 und E. 5.2.2.3). Mit der «Einladung zur Untersuchung» vom 2. Juli 2014 durch die E.\_\_\_\_ (IV-Nr. 86) wurde der Beschwerdeführer sodann darüber informiert, dass die Begutachtung am 13. August 2014 von 08.00 bis 11.00 Uhr bei Dr. med. G.\_\_\_\_ und lic. phil. H.\_\_\_\_ stattfinden werde (IV-Nr. 86). Somit war der Beschwerdeführer anfangs Juli 2014 darüber in Kenntnis gesetzt worden, dass die psychiatrische Begutachtung von Dr. med. G.\_\_\_\_ und lic. phil. H.\_\_\_\_ durchgeführt werde. Er brachte gegen dieses Vorgehen und insbesondere gegen die beiden begutachtenden Personen ■ Dr. med. G.\_\_\_\_ und lic. phil. H.\_\_\_\_ ■ keine Ablehnungs- bzw. Ausstandsgründe vor und unterzog sich in der Folge der Begutachtung. Erst im Rahmen des Einspracheverfahrens am 2. Februar 2015 (IV-Nr. 105 S. 2) und auch anlässlich der

öffentlichen Verhandlung vom 2. Mai 2017 (vgl. Protokoll, A.S. 66 ff.) liess der Beschwerdeführer vorbringen, es sei ihm zwecks Identifikation der Gutachterin mitzuteilen, um wen es sich bei ihr handle. Es seien ihr zudem Fragen zu unterbreiten.

11.5.3.1 Aufgrund der vorangehenden Ausführungen ist ersichtlich, dass dem Beschwerdeführer am 2. Juni 2014 (IV-Nr. 85) explizit Gelegenheit gegeben wurde, gegen das Begutachtungsinstitut innert zehn Tagen triftige Einwendungen geltend zu machen. Die Namen der effektiv begutachtenden Personen wurden dem Beschwerdeführer anschliessend mit Mitteilung vom 2. Juli 2014 unterbreitet, wobei ihm keine Frist gesetzt wurde, sich diesbezüglich zu äussern bzw. triftige Einwendungen im Sinne von Ausstands- oder Ablehnungsgründe gegen diese geltend zu machen.

11.5.3.2 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 Entscheids dar, der in die Rechtsstellung des Einzelnen eingreift. Dazu gehört insbesondere das Recht des Betroffenen, sich vor Erlass eines solchen Entscheides zur Sache zu äussern, erhebliche Beweise beizubringen, Einsicht in die Akten zu nehmen, mit erheblichen Beweisanträgen gehört zu werden und an der Erhebung wesentlicher Beweise entweder mitzuwirken oder sich zumindest zum Beweisergebnis zu äussern, wenn dieses geeignet ist, den Entscheid zu beeinflussen. Der Anspruch auf rechtliches Gehör umfasst als Mitwirkungsrecht alle Befugnisse, die einer Partei einzuräumen sind, damit sie in einem Verfahren ihren Standpunkt wirksam zur Geltung bringen kann (BGE 135 I 279 E. 2.3 S. 282, 135 II 286 E. 5.1 S. 293, 132 V 368 E. 3.1 S. 370 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 8C\_372/2016 vom 29. Dezember 2016 E. 4.1).

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).

11.5.3.3 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).

11.5.3.4 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 136 V 117 E. 4.2.2.2 S. 126 f. mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 9C\_1/2013 vom 20. Juni 2013 E. 2.1).

11.5.3.5 Da der Beschwerdeführer ■ entgegen seiner Ansicht (A.S. 23 f.) ■ mit der «Einladung zur Untersuchung» vom 2. Juli 2014 durch die E. \_\_\_ über die an der Begutachtung beteiligten Gutachterpersonen vorgängig informiert worden ist (vgl. E. II. 11.5.3 hiervor), hätte er durchaus Gelegenheit gehabt, zu dieser Stellung zu beziehen. So wurde er erst auf den 13. August 2014 und somit ungefähr fünf Wochen nach der entsprechenden Einladung zur Begutachtung aufgeboten. Er machte indes gemäss den vorliegenden Akten von dieser Möglichkeit keinen Gebrauch. Da der Beschwerdeführer jedoch bereits zuvor mit der Unterstützung seines behandelnden Psychiaters Dr. med. F. \_\_\_ gegen den ihm primär vorgeschlagenen Gutachter Dr. med. D. \_\_\_ erfolgreich interveniert hat (vgl. IV-Nr. 84), ist davon auszugehen, dass ihm die Option der Geltendmachung von Einwendungen gegenüber einer vorgeschlagenen Gutachterperson bewusst war. Aufgrund des sich präsentierenden Sachverhalts kann vorliegend offen bleiben, ob eine Verletzung des rechtlichen Gehörs vorliegt. Selbst wenn diese Frage bejaht würde, wäre einzig von einer leichten Verletzung des rechtlichen Gehörs auszugehen, die im vorliegenden Beschwerdeverfahren als geheilt zu betrachten wäre. Dafür spricht auch, dass sich der Beschwerdeführer selbst im Rahmen des Beschwerdeverfahrens hierzu nicht hat vernehmen lassen und sein Vertreter auch anlässlich der öffentlichen Verhandlung vom 2. Mai 2017 keine Gehörsverletzung vorgebracht hat (vgl. Protokoll, A.S. 66 ff.). Sein Vorbringen, wonach die Identifikation von lic. phil. H. \_\_\_ nicht möglich sei (A.S. 22 f.; vgl. auch E. I. 3 Ziff. 3 hiervor, A.S. 66 ff.), vermag im Übrigen nicht zu überzeugen. So lässt sich aus dem Gutachten vom 12. September 2014 schliessen, dass es sich bei ihr um eine Fachpsychologin für Psychiatrie und Psychotherapie FSP handelt (IV-Nr. 87 S. 18), die bei der E. \_\_\_ tätig ist. Im Gutachten wird zudem explizit festgehalten, dass lic. phil. H. \_\_\_ im Rahmen des Gutachtens die psychologische Anamneseerhebung durchgeführt habe (IV-Nr. 87 S. 8). Damit läuft die Fragestellung des Beschwerdeführers, wonach lic. phil. H. \_\_\_ offenzulegen habe, in welcher Beziehung sie zur E. \_\_\_ und zu Dr. med. G. \_\_\_ selber stehe und für welche Teile des Gutachtens sie inhaltlich verantwortlich sei (vgl. E. I. 3 Ziff. 3 Fragen Nrn. 1 + 3 hiervor), ins Leere. Auch die Frage Nr. 2, weshalb das Gutachten nicht von lic. phil. H. \_\_\_ selbst, sondern durch Dr. med. G. \_\_\_ «i.V.» unterzeichnet worden sei, stellt keinen Mangel dar, zumal dieser auf der ersten Seite des Gutachtens als

medizinisch verantwortlicher Gutachter aufgeführt wird und somit zweifellos über die entsprechende Kompetenz zur Unterzeichnung verfügte. Der Umstand, dass ein medizinischer Bericht i.V. unterzeichnet wurde, lässt zudem an dessen Authentizität keinen Zweifel aufkommen (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts I 711/03 vom 9. November 2004 E. 3.3). Damit erübrigt sich eine eingehende Auseinandersetzung mit der Frage Nr. 4.

11.5.3.6 Es kann ergänzend darauf hingewiesen werden, dass eine Partei aufgrund einer Gehörsverletzung nur insoweit zu entschädigen wäre, als bei ihr nennenswerte (zusätzliche) Kosten entstanden sind, die ohne die Gehörsverletzung nicht angefallen wären (Urteile des Bundesgerichts 8C\_758/2009 vom 12. Februar 2010 E. 2.3 und 2.4, 8C\_714/2016 vom 16. Dezember 2016 E. 6), was im vorliegenden Fall ohne Weiteres zu verneinen ist.

11.5.3.7 Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass es sich bei den in Bezug auf lic. phil. H.\_\_\_\_ vorgebrachten Argumenten nicht um Umstände handelt, die in objektiver Weise, sondern bloss aufgrund des subjektiven Empfindens des Beschwerdeführers und dessen Rechtsvertreters geeignet sind, Misstrauen in die Unparteilichkeit und Unvoreingenommenheit von lic. phil. H.\_\_\_\_ zu erwecken (vgl. BGE 137 V 210 E. 6.1.2 S. 267, 132 V 93 E. 7.1 S. 109 mit Hinweis; Urteile des Bundesgerichts 9C\_1061/2009 vom 11. März 2010 E. 4.1, 9C\_104/2012 vom 12. September 2012 E. 3.1, 9C\_726/2012 vom 31. Oktober 2012 E. 1). Die gegen lic. phil. H.\_\_\_\_ vorgebrachten Argumente werden zudem nicht substantiiert begründet und erweisen sich daher als haltlos. Damit ist der Beizug von lic. phil. H.\_\_\_\_ für die Erstellung des Gutachtens der E.\_\_\_\_ vom 12. September 2014 nicht zu beanstanden. Es kann sodann den Ausführungen der Beschwerdegegnerin zugestimmt werden, wonach die Psychologin lic. phil. H.\_\_\_\_ lediglich als Hilfsperson tätig gewesen sei (A.S. 3).

11.5.4 Der Beschwerdeführer lässt vorbringen, der vorliegende Fall falle in den Anwendungsbereich von BGE 141 V 281 (A.S. 33 f.). Gemäss diesem werde bei psychosomatischen Leiden neu ein strukturierter Prüfungsraster angewandt (BGE 141 V 281 E. 3.6). Da im voll beweiswertigen Gutachten der E.\_\_\_\_ vom 12. September 2014 (vgl. E. II. 9.8 hiervor) indes weder eine somatoforme Schmerzstörung noch eine Fibromyalgie oder ein ähnlicher medizinischer Sachverhalt festgestellt worden ist, ist vorliegend die Ausgangslage für die Anwendung des entsprechenden Prüfungsrasters nicht gegeben. In diesem Zusammenhang verwies der Beschwerdeführer auf eine durch den Hausarzt Dr. med. P.\_\_\_\_ festgestellte, ausgeprägte psychosomatisch bedingte Schmerzproblematik bezüglich Schulter und Nacken. Eine solche Diagnosestellung findet sich indes in der sich vorliegend präsentierenden medizinischen Aktenlage nicht und wäre zudem auch nicht unter eine «Schmerzstörung» zu subsumieren. Dies zum einen, weil sie keiner ICD-10 Klassifikation entspricht und zum anderen, weil vorliegend nicht auf die Berichte und psychiatrischen Diagnosestellungen des auf die Allgemeine Medizin spezialisierten Hausarztes Dr. med. P.\_\_\_\_ abgestellt werden kann (vgl. dazu E. II. 11.2.4 hiervor). Das entsprechende Vorbringen des Beschwerdeführers erweist sich damit als unbehelflich.

11.5.5 Der Beschwerdeführer macht ferner geltend (A.S. 34 f.), im Gutachten der E.\_\_\_\_ würden zum einen die Arbeitsfähigkeit als gegeben qualifiziert, aber dennoch berufliche Eingliederungsmassnahmen, die dem Beschwerdeführer zumutbar seien, empfohlen. Es sei nicht nachvollziehbar, weshalb trotz den durch den Gutachter empfohlenen beruflichen Eingliederungsmassnahmen die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen als auch in einer anderen Arbeit nicht eingeschränkt sein soll. Diese Ausführungen erweisen sich dahingehend als

korrekt, als Dr. med. G.\_\_\_\_ ausführte, es habe in der bisherigen Tätigkeit nie eine Arbeitsunfähigkeit bestanden und zudem dafürhielt, dass die Fortführung der Psychotherapie indiziert wäre, die vor allem auf eine Installierung einer Tagesstruktur und einen forcierten Wiedereinstieg in eine Tätigkeit hinarbeiten solle, da eine solche für den Beschwerdeführer ein Weg aus dem Teufelskreis sein könnte, sofern er sich darauf einlasse (IV-Nr. 87 S. 17). Aus dieser Argumentation kann jedoch ■ entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers ■ nicht geschlossen werden, dass dem Beschwerdeführer das Ausüben einer beruflichen Tätigkeit erst möglich sein soll, wenn ihm vorgängig berufliche Massnahmen gewährt würden. So kann daraus insbesondere nicht geschlossen werden, dass ohne die durch Dr. med. G.\_\_\_\_ formulierte, fortzuführende Psychotherapie die Arbeitsfähigkeit beim Beschwerdeführer nicht gegeben sei. Es ist vielmehr davon auszugehen, dass eine weiterführende Psychotherapie dem Beschwerdeführer bei entsprechender Motivation zu einem einfacheren bzw. müheloserem Einstieg ins Berufsleben verhelfen könnte. Dies vermag aufgrund der Ausführungen des Beschwerdeführers in Bezug auf die «Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL)» durchaus einzuleuchten. So gab er an, gegen 9.00 Uhr zu erwachen, aufzustehen, Kaffee zu trinken, eine Zigarette zu rauchen, dann ein wenig zu frühstücken, anschliessend schaue er Fernsehen, wobei dieser den ganzen Tag über laufe, gehe am Nachmittag kurz einkaufen, ab 15.00 Uhr sei er dann jeweils ein bisschen weniger müde, gehe manchmal auch kurz raus, und nehme das Abendessen mit seiner Freundin ein (IV-Nr. 87 S. 9). Von einem geregelten Tagesablauf kann demnach nicht ausgegangen werden. Ein solcher würde jedoch aufgrund der allgemeinen Lebenserfahrung den Einstieg ins Berufsleben sicherlich einfacher machen und könnte ■ wie dies Dr. med. G.\_\_\_\_ vermutet ■ auch zu einem Durchbrechen des beim Beschwerdeführer bestehenden Teufelskreises verhelfen, was mit entsprechender therapeutischer Unterstützung durchaus vorstellbar ist. Aus den übrigen medizinischen Akten geht im Weiteren hervor, dass sich der Beschwerdeführer bisher nicht ohne weiteres auf entsprechende therapeutische Massnahmen hat einlassen können. Dem Austrittsbericht der [...] vom 14. Januar 2014 (vgl. E. II. 9.4 hiervor) ist diesbezüglich beispielsweise zu entnehmen, dass sich der Beschwerdeführer gegenüber der Behandlung sehr ambivalent gezeigt habe und sich kaum auf das Therapieprogramm habe einlassen können. Zudem findet sich in den medizinischen Vorakten auch bereits der Hinweis, wonach an der Motivation des Beschwerdeführers sowie an einer Tagesstruktur gearbeitet werden müsse (vgl. E. II. 9.4, 9.8 und 9.10 hiervor). Daher erscheint die Empfehlung von Dr. med. G.\_\_\_\_, wonach die Psychotherapie weiterzuführen sei, nachvollziehbar. Diese ist indes nicht unabdingbare Voraussetzung für das Ausüben einer vollen beruflichen Tätigkeit durch den Beschwerdeführer.

In Bezug auf das weitere in diesem Zusammenhang stehende Vorbringen, wonach die Rentenprüfung verfrüht erfolgt sei, ohne die Ergebnisse der beruflichen Eingliederung abzuwarten (A.S. 35 ff.) lässt sich entgegen, dass die Durchführung von beruflichen Massnahmen im vorliegenden Fall nicht veranlasst wurde. So ist einzig eine Stellungnahme des Abklärungsdienstes der Beschwerdegegnerin zur Frage der Selbständigkeit des Beschwerdeführers dokumentiert (vgl. dazu IV-Nr. 97). Der Beschwerdeführer legt denn auch nicht dar, auf welche beruflichen Eingliederungsmassnahmen er sich hierbei bezieht. Wie oben bereits ausgeführt, sind vorliegend keine beruflichen Massnahmen notwendig. Es kann an dieser Stelle auf den im Administrativverfahren vor der IV-Stelle wie auch dem im kantonalen Sozialversicherungsprozess beherrschten Untersuchungsgrundsatz (Art. 43 Abs. 1, Art. 61 lit. c ATSG; vgl. E. II. 5.1 hiervor) hingewiesen werden, wonach die

IV-Stelle und das Sozialversicherungsgericht den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen haben. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht. Da die Beschwerdegegnerin den Sachverhalt umfassend zu klären hat, war sie im vorliegenden Fall aufgrund der nicht vorhandenen Unklarheiten betreffend den medizinischen Sachverhalt auch nicht verpflichtet, weitere Abklärungen im Sinne von beruflichen Eingliederungsmassnahmen zu veranlassen. Auf die durch den Beschwerdeführer diesbezüglich aufgeführten Urteile des Bundesgerichts (A.S. 35 ff.) ist daher nicht einzugehen.

11.5.6 Es ist auf die Vorbringen des Vertreters des Beschwerdeführers anlässlich der öffentlichen Verhandlung vom 2. Mai 2017 einzugehen (vgl. Protokoll, A.S. 66 ff.):

11.5.6.1 In Bezug auf das Dafürhalten, wonach der Beschwerdeführer im Rahmen des Gutachtens der E.\_\_\_\_ nur einmal untersucht worden sei, eine zweite Untersuchung aber notwendig gewesen wäre, ist festzuhalten, dass es sich hierbei um eine Ermessensfrage des jeweiligen Gutachters bzw. der jeweiligen Gutachter handelt. Es ist daher davon auszugehen, dass bei einer entsprechenden Notwendigkeit eine zweite Untersuchung durchgeführt worden wäre. Das in diesem Zusammenhang weiter vorgebrachte Argument des Vertreters des Beschwerdeführers, wonach Dr. med. G.\_\_\_\_ für den Fall einer zusätzlichen Untersuchung von der Möglichkeit einer zweiten Kostengutsprache durch die Beschwerdegegnerin nichts gewusst habe, ist als spekulativ zu beurteilen.

11.5.6.2 Indem im Gutachten der E.\_\_\_\_ ausgeführt wird, dass die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers nie eingeschränkt gewesen sei (IV-Nr. 87 S. 17), läuft das Vorbringen des Vertreters des Beschwerdeführers betreffend die Möglichkeit einer temporären Rente ins Leere.

11.5.6.3 Mit dem Vorbringen des Beschwerdeführers, wonach beim Vorliegen einer Diabetes mellitus Typ II in 2/3 aller Fälle eine schubweise verlaufende Polyneuropathie bestehe, kann er für sich hinsichtlich einer bidisziplinären Begutachtung (psychiatrisch und neurologisch) ableiten. So sind weder in den vorliegenden medizinischen Akten Anhaltspunkte betreffend eine neurologische gesundheitliche Problematik des Beschwerdeführers erkennbar noch wird eine entsprechende Abklärung durch die auf dem Fachgebiet der Neurologie spezialisierte RAD-Ärztin Dr. med. C.\_\_\_\_ empfohlen (vgl. E. II. 9.7, 9.10, 9.13 hiervor).

12. Es kann zusammenfassend festgehalten werden, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit dem letzten rechtskräftigen Einspracheentscheid vom 21. August 2007, mit welchem dem Beschwerdeführer vom 1. Januar 2003 bis 31. Januar 2004 eine befristete halbe IV-Rente zugesprochen wurde, im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 20. Januar 2016 nicht in rechtsrelevanter Weise verändert hat: So ist in Bezug auf die psychische gesundheitliche Situation des Beschwerdeführers gemäss dem voll beweiswertigen Gutachten der E.\_\_\_\_ vom 12. September 2014 keine krankheitswertige psychiatrische Problematik mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit vorhanden. In Bezug auf den somatischen Gesundheitszustand ist auf die Stellungnahme der RAD-Ärztin Dr. med. C.\_\_\_\_ vom 5. Mai 2014 (vgl. E. II. 9.7 hiervor) hinzuweisen, wonach sich keine Hinweise ergeben, dass sich der somatische Gesundheitszustand seit 2003 relevant verschlechtert habe. So werde die Schulter-Arm-Problematik im Austrittsbericht der [...] nicht einmal erwähnt. Diese Darlegung lässt sich durch den Austrittsbericht der [...] vom

13. Januar 2014 (vgl. E. II. 9.4 hiervor) denn auch verifizieren. Das Zumutbarkeitsprofil bezüglich der somatischen Beschwerden könne somit gemäss Dr. med. C. \_\_\_ vom Gutachten des [...] vom 7. März 2003 (vgl. E. II. 8.1 hiervor) übernommen werden. Gestützt auf diese Ausführungen besteht keine Veränderung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers und es erübrigt sich somit eine Berechnung des IV-Grades (vgl. dazu E. II. 6 hiervor).

13. Damit ist die angefochtene Verfügung vom 20. Januar 2016 zu bestätigen und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen.

14. Im Übrigen ist betreffend weiterer Beweismassnahmen auf die Praxis zum Umfang der Beweisabnahmepflicht hinzuweisen, wonach der Richter auf die Abnahme weiterer Beweise verzichten kann, wenn er auf Grund pflichtgemässer Beweiswürdigung zur Überzeugung gelangt, dass ein bestimmter Sachverhalt als überwiegend wahrscheinlich zu betrachten ist und dass weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern können (BGE 122 V 157 E. 1d S. 162, 104 V 209 E. a S. 211; Urteil des Bundesgerichts 8C\_364/2011 vom 11. Oktober 2011 E. 3.1). Da von einer ■ wie vom Beschwerdeführer beantragten (vgl. E. I. 3 Ziff. 3 und 4 hiervor) ■ Befragung von lic. phil. H. \_\_\_ keine weiterführenden Erkenntnisse zu erwarten sind, ist von einer solchen abzusehen.

15.

15.1 Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung.

15.2 Aufgrund von Art. 69 Abs. 1bisIVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 ■ 1'000.00 festgelegt. Nach dem Ausgang des vorliegenden Verfahrens hat der Beschwerdeführer die Verfahrenskosten von CHF 1'000.00 zu bezahlen, die durch den geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe gedeckt und mit diesem zu verrechnen sind.

Demnach wird erkannt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Es wird keine Parteientschädigung ausgerichtet.

3. Der Beschwerdeführer hat die Verfahrenskosten von CHF 1'000.00 zu bezahlen, die mit dem bereits geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe verrechnet werden.

4. Je eine Kopie der an der öffentlichen Verhandlung vom 2. Mai 2017 durch den Vertreter des Beschwerdeführers eingereichten Urkunden 10 - 16 sowie der aktualisierten Kostennote vom 2. Mai 2017 gehen zur Kenntnisnahme an die Beschwerdegegnerin.

5. Eine Kopie des Protokolls der öffentlichen Verhandlung vom 2. Mai 2017 geht zur Kenntnisnahme an die Parteien.

Rechtsmittel

Gegen diesen Entscheid kann innerhalb 30 Tagenseit der Mitteilung beim Bundesgericht Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten eingereicht werden (Adresse: Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern). Die Frist beginnt am Tag nach dem Empfang des Urteils zu laufen und wird durch rechtzeitige Aufgabe bei der Post

gewahrt. Die Frist ist nicht erstreckbar (vgl. Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgerichtsgesetzes, BGG). Bei Vor- und Zwischenentscheiden (dazu gehört auch die Rückweisung zu weiteren Abklärungen) sind die zusätzlichen Voraussetzungen nach Art. 92 oder 93 BGG zu beachten.

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Die Vizepräsidentin

Die Gerichtsschreiberin

Weber-Probst

Jäggi

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