

SO_GERICHTE VSBES.2017.146 vom 5. Mai 2017

SO Obergericht, 2017-05-05, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2017.146

FR: SO_GERICHTE VSBES.2017.146 du 5 mai 2017

IT: SO_GERICHTE VSBES.2017.146 del 5 maggio 2017

Erwägungen

E. 1

1.1 Der 1959 geborene A.____ (im Folgenden: Beschwerdeführer) arbeitete seit dem 21. September 1987 als Mitarbeiter «Versand/Druck» im Schichtbetrieb bei der B.____, [...]. Am 17. April 2015 stellte er seine Arbeitstätigkeit aus gesundheitlichen Gründen vollumfänglich ein (IV-St. Beleg Nr. [IV-Nr.] 10). Am 9. September 2015 meldete sich der Beschwerdeführer bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an. Er gab an, er habe seit dem 17. April 2015 in der linken Körperhälfte keine Kraft mehr und mentale Probleme (IV-Nr. 2). Vom 28. Mai bis 2. Juni 2015 hielt sich der Beschwerdeführer wegen anhaltend diffusen Sensibilitätsstörungen sowohl in den oberen als auch in den unteren Extremitäten und intermittierenden generalisierten Schmerzen (schmerzhaftes sensibel-betontes Hemisyndrom links) im C.____, Medizinische Klinik, auf (IV-Nr. 16). Die IV-Stelle des Kantons Solothurn (im Folgenden: Beschwerdegegnerin) veranlasste in der Folge eine bidisziplinäre (neurologische und psychiatrische) Begutachtung bei Dr. med. D.____, Neurologie FMH, sowie Dr. med. E.____, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, welche am 16. und 25. August 2016 durchgeführt wurde (Gutachten vom 3. und 9. September 2016; IV-Nr. 22 und 23).

1.2 Nach Rücksprache mit dem Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) und Durchführung des Vorbescheidverfahrens lehnte die Beschwerdegegnerin den Anspruch des Beschwerdeführers auf berufliche Eingliederungsmassnahmen sowie eine Invalidenrente aufgrund eines ermittelten Invaliditätsgrades von 7 % mit Verfügung vom 5. Mai 2017 ab. Zur Begründung wurde im Wesentlichen angegeben, gemäss den Abklärungen sei der Beschwerdeführer seit dem 17. April 2015 in seiner Arbeitsfähigkeit erheblich eingeschränkt. Seine langjährige Tätigkeit als Mitarbeiter «Versand/Druck» sei seither nicht mehr zumutbar. Eine körperlich angepasste Verweistätigkeit sei ihm jedoch vollschichtig und ohne Leistungseinbusse zuzumuten. Als Entscheidungsgrundlage diene das bidisziplinäre Gutachten der Dres. med. D.____ und E.____ vom 3. und 9. September 2016. Der medizinische Sachverhalt sei hinreichend abgeklärt worden (IV-Nr. 49).

E. 2

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

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch

zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. c).

Dennoch hat es die Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar erachtet, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (BGE 125 V 351 E. 3b S. 352). Den gerichtlichen oder im Rahmen des Verwaltungsverfahrens durch den Sozialversicherer eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 135 V 465 E. 4.4 S. 470 f., 125 V 351 E. 3b/bb S. 353).

2.6 Die behandelnden Ärztinnen und Ärzte stehen in einem auftragsrechtlichen Verhältnis zur versicherten Person und haben sich in erster Linie auf die Behandlung zu konzentrieren. Die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag der therapeutisch tätigen Fachpersonen einerseits und Begutachtungsauftrag der amtlich oder gerichtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits lässt es nicht zu, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass für weitere Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die behandelnden Ärzte wichtige Aspekte benennen, die bei der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (statt vieler: Urteile des Bundesgerichts 9C_793/2016 vom 3. März 2017 E. 4.1.2 und 9C_276/2016 vom 19. August 2016 E. 3.1.1 mit Hinweisen).

3. Im vorliegenden Fall lässt der Beschwerdeführer geltend machen, die angefochtene Verfügung vom 5. Mai 2017 beruhe nicht auf rechtsgenügenden medizinischen Abklärungen. Demnach ist im Folgenden der medizinische Sachverhalt darzulegen:

3.1 Der Hausarzt des Beschwerdeführers, Dr. med. F.____, Facharzt FMH für Allgemeine Medizin, hielt in seinem Bericht zu Händen des behandelnden Psychiaters, Dr. med. G.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 23. Juni 2015 fest, die Zuweisung sei auf Wunsch des Patienten erfolgt. Als Zuweisungsgrund wurde ein «Verdacht auf somatoformen Symptomenkomplex im Rahmen einer chronischen Arbeitsproblematik, DD: konkomitierende Midlife Crisis? Soziokulturelle Deprivation?» angegeben. Als Nebendiagnosen wurden eine benigne Pentosurie (ED: 2014), eine Hypercholesterinämie, eine chronisch rezidivierende Prostatitis, BPH Grad I, und ein Status nach Urethersteinkoliken (2014, respektive 2015) angegeben. Im Weiteren führte der Hausarzt aus, er betreue den Patienten und auch einen Grossteil seiner Familie seit 25 Jahren hausärztlich und dürfe behaupten, ihn bestens zu kennen. Der Patient habe in den letzten zwei bis drei Monaten eine Wesensveränderung durchgemacht, speziell seit der zweiten Nephrolithiasisepisode vom April 2015. Es falle ihm Folgendes auf: vermehrte Infektanfälligkeit, vermehrt weichteilrheumatische Beschwerden, Tendenz zu Hypotonie mit Cephalea und Visusstörungen und nun Status nach Kurzhospitalisation im H.____ wegen unklaren diffusen Sensibilitätsstörungen und Dysästhesien, welche man keinem organischen Korrelat zuordnen könne (insbesondere das Schädel-CT und ■MRI seien ohne pathologischen Befund). Unter der empfohlenen Medikation, speziell Lyrica in

aufsteigender Dosierung (aktuell 2/0/2), bestehe eine nur unwesentliche Beeinflussung der Dysästhesien und der Kopfschmerzen. Der Patient habe vom C.____ arbeitsunfähig geschrieben werden müssen. Dies sei nun bis auf weiteres verlängert worden, da sich der Patient noch nicht fähig fühle, den Arbeitsstress und vor allem auch die Autofahrten in den Kanton [...] zu ertragen. Er arbeite dort als Papiertechniker. Er fühle sich bei der Arbeit überfordert, da stets eine grössere Arbeitsintensität gefordert werde (es seien grössere Papierrollen in engmaschigerem Rhythmus einzulegen, was er kaum schaffe). Zusätzlich sei der Arbeitsweg von mehr als einer Stunde für ihn zunehmend enervierend und kräfteraubend. Er fühle sich der ganzen Situation kaum mehr gewachsen. Ein recht ausgiebiger Laborcheck vom 13. Mai 2015 sei «bland» ausgefallen mit Ausnahme eines Vitamin D-Defizits, welches substituiert worden sei, und einer Hypercholesterinämie, welche mittels Simvastatin korrigiert werde. Trotz mehrjährigem Aufenthalt in der Schweiz habe der Patient noch immer grösste Mühe mit der deutschen Sprache. Bei einfacheren somatischen Beschwerden sei das kein Problem, jetzt aber, wo es um eine psychosoziale Problematik gehe, stosse man an Grenzen. Die aktuelle Problematik sei daher vom behandelnden Psychiater mit dem Patienten aufzuarbeiten und von diesem sei auch die entsprechende Arbeitsunfähigkeit festzulegen (IV-Nr. 6 S. 10 f.).

3.2 Gemäss dem Bericht vom 26. Juni 2015 hielt sich der Beschwerdeführer vom 28. Mai bis 2. Juni 2015 im C.____, Medizinische Klinik, auf. Es wurden folgende Hauptdiagnosen angegeben: «Schmerzhafte sensibel-betontes Hemisyndrom links, DD Minor stroke im Bereich des Thalamus, CT Schädel vom 28.05.2015: Keine frische Ischämie, Blutung oder Fraktur, MRT Schädel vom 01.06.2015: altersentsprechender Befund, aktuell: Lyrica-Aufdosierung». Als Nebendiagnosen wurde Folgendes aufgeführt: «Leberparameterhöhung unklarer Genese; Dyslipidämie; Dyselektrolytämie, Hyponatriämie und Hypokaliämie; St.n. Urolithiasis rechts, ca. 5 mm». Es wurde sodann eine vollständige Arbeitsunfähigkeit vom 28. Mai bis 7. Juni 2015 attestiert. Zu «Beurteilung, Therapie und Verlauf» wurde angegeben, es sei eine notfallmässige Zuweisung des 56-jährigen Patienten bei anhaltend diffusen Sensibilitätsstörungen sowohl der oberen als auch der unteren Extremitäten erfolgt, begleitet von starken intermittierenden generalisierten Schmerzen. Klinisch sei der Patient bei Eintritt in einem stabilen Allgemeinzustand gewesen, normoton, normokard und afebril. Computertomographisch habe eine frische Ischämie oder Raumforderung als mögliche Ursache der Symptomatik ausgeschlossen werden können. Bei unklarer Symptomatik sei um eine konsiliarische Mitbeurteilung der Kollegen der Neurologie gebeten worden. Es sei eine erneute Bildgebung mittels MRT empfohlen worden. Dort habe sich ein altersentsprechender Befund gezeigt. Da es im Verlauf zu keiner Besserung der Schmerzproblematik gekommen sei, müsse diskutiert werden, ob der Patient möglicherweise eine sehr kleine, im MRT nicht sichtbare Ischämie im Bereich des Thalamus haben könnte. Dies würde die Schmerzen erklären. Es sei präventiv eine Sekundärprophylaxe mit Aspirin begonnen worden. Auf Empfehlung der Neurologen sei der Patient auf Lyrica eingestellt worden. Eine langsame Steigerung gemäss Aufdosierungsschema sei je nach Verträglichkeit anzustreben.

Im Anhang wurde zur Beurteilung des CT des Schädels vom 28. Mai 2015 angegeben, es bestehe kein Nachweis einer akuten intrakraniellen Blutung. Es sei keine territoriale Infarkt-Demarkation vorhanden. Es bestehe auch keine intrakranielle Raumforderung. Die Beurteilung des MR des Schädels vom 29. Mai 2015 lautete dahingehend, die vorliegenden Befunde seien mit Veränderungen im Rahmen einer vasculären Encephalopathie vereinbar.

Es bestehe jedoch kein Nachweis einer frischen oder grösseren ischämischen Läsion, ebenso wenig eine intrakranielle Raumforderung (IV-Nr. 16).

3.3 Dr. med. G.____ diagnostizierte in seinem Bericht vom 15. September 2015 eine depressive Episode mittleren Grades mit somatischem Syndrom (ICD-10 F32.11). Zu den aktuellen Symptomen gab er an, der Patient leide an einer gesenkten Stimmung. Es seien eine verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit, Ängste, Suizidideen sowie neurovegetative und somatoforme Störungen vorhanden. Er leide unter Schmerzen in den Extremitäten. Es bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % seit dem 30. Juni 2015 bis auf weiteres. Der Patient befinde sich in einem depressiven Zustand mittleren bis schweren Grades (IV-Nr. 13.3 S. 7 ff.).

3.4 Dr. med. F.____ hielt in seinem Schreiben zu Handen des Chiropraktors Dr. med. I.____ vom 15. September 2015 fest, der Patient sei zwecks fachärztlicher Abklärung und Therapie aufzubieten. Als Zuweisungsgrund wurde ein «Verdacht auf ISG-Reizsyndrom rechts und Verdacht auf spondylogenes thorakales Schmerzsyndrom mit Ausstrahlung in den linken Hemithorax» angegeben. Als Nebendiagnosen wurden «multiple, chronisch rezidivierende funktionelle Beschwerden mit/bei Neurasthenie, Hypercholesterinämie, Status nach unklaren diffusen Sensibilitätsstörungen und Dysästhesien mit/bei Elektrolytentgleisung und Leberwerterhöhung unklarer Ätiologie (stationär Medizin [...], 2015)» angegeben. Im Weiteren wurde ausgeführt, im Mai 2015 sei der Patient mehrere Tage stationär im C.____ wegen unklaren diffusen Sensibilitätsstörungen und Dysästhesien behandelt worden. Im Schädel-MRI habe einzig ein kleiner Thalamusinfarkt als mögliches organisches Korrelat gefunden werden können. Seither stehe der Patient unter Lyrica, Aspirin und Simvastatin und sei bei Dr. med. G.____ in psychiatrischer Behandlung. Zwei Wochen vor der letzten Sprechstunde sei ein akuter Schmerz über der ISG-Region rechts mit vorerst leichter spontaner Besserung beschrieben worden. Zusätzlich sei auch ein diffuser Schmerz im linken Hemithorax aufgetreten ohne begleitende Alarmsymptome wie Dyspnoe, blutigem Sputum, Leistungsintoleranz etc. Klinisch bestünden vor allem eine Druckdolenz über dem ISG rechts und Anhaltspunkte für eine thorakale spondylogene Schmerzsymptomatik mit Ausstrahlung in den linken Hemithorax. Nach erfolgter Medikation sei eine deutliche Minderung der Beschwerden mit einem Rezidiv seit zwei Tagen eingetreten (IV-Nr. 11 S. 8 f.).

3.5 Dem neurologischen Sprechstundenbericht des C.____, Medizinische Klinik (Dr. med. J.____, Oberärztin Neurologie), vom 21. September 2015 können folgende Diagnosen (ICD-10) entnommen werden: «1. Schmerzhaftes sensibel-betontes Hemisyndrom links (R 20), ES 12/14, am ehestens i.R. einer kleinsten Thalamus-Ischämie rechts (FLAIR-negativ 05/15), DD zusätzliche somatoforme Komponente möglich, klinisch-neurologisch Bradydysdiadochokinese links objektivierbar, vRF: Dyslipidämie; 2. Aktenanamnestisch chronische somatoforme Störung, aktuell in psychiatrischer Behandlung». Zur Anamnese wurde im Wesentlichen angegeben, der Patient sei vom 28. Mai bis 2. Juni 2015 intern in der Medizinischen Klinik hospitalisiert gewesen wegen einer schmerzhaften Hemisymptomatik links und sei bereits konsiliarisch neurologisch mitbeurteilt worden. Damals habe der Patient berichtet, dass es an einem Tag in der Weihnachtszeit 2014 plötzlich zu einem stechend-brennenden Schmerz im Bereich des linken Armes und des linken Beines gekommen sei mit dem Gefühl der Kraftlosigkeit. Die Schmerzen würden seither andauern und täglich auftreten, auch wenn es einzelne schmerzfreie Stunden gebe. Seit diesem Tag im Dezember 2014 sei er sehr müde und energielos und fühle sich

allgemein schwach. Trotzdem arbeite er zu 100 % in einer Druckerei in [...] und lege jeden Tag seinen Arbeitsweg von 65 km mit dem Auto zurück, wobei er gelegentlich wegen der Schmerzen kurz anhalten müsse. Panadol helfe vor-übergehend, auch massiere er den Arm und das Bein oft, was eine Schmerzlinderung bewirke. Die während der Hospitalisation begonnene schmerzmodulierende Medikation mit Lyrica nehme er regelmässig ein, neu sei mit Cymbalta begonnen worden. Er habe auf Anraten seines Hausarztes auch einen Psychiater aufgesucht. Die Medikamente würden ihm helfen, ein Auslassversuch von Lyrica über 2 bis 3 Tage habe die Schmerzen deutlich verschlimmert. Neu habe er Schmerzen im Bereich der rechten Hüfte, weswegen in den nächsten Tagen eine Kontrolle beim Chiropraktor vorgesehen sei. Neue akute Ereignisse seien nicht mehr aufgetreten.

Unter «Beurteilung und Procedere» wurde festgehalten, wie bereits anlässlich der Hospitalisation diskutiert worden sei, sei aufgrund des Akutereignisses im Dezember 2014 trotz negativem MR-Befund vom Mai 2015 eine kleinste Ischämie thalamisch rechts denkbar, insbesondere da eine deutliche Bradydysdiadochokinese links objektivierbar sei mit einem signe du 5ième doigt. Eine funktionelle Überlagerung bzw. Schmerzverarbeitungsstörung sei zusätzlich durchaus denkbar. Es empfehle sich daher, die Tc-hemmende Medikation unverändert fortzuführen in Kombination mit der schmerzmodulierenden Medikation, wobei letztere je nach Bedarf und Verträglichkeit noch weiter in der Dosis gesteigert werden könnte. Die in die Wege geleitete begleitende Psychotherapie sei sehr zu begrüssen und sollte beibehalten werden (Bericht vom 22. September 2015, IV-Nr. 12).

3.6 Dr. med. F.____ gab in seinem Bericht zu Handen der Beschwerdegegnerin vom 25. September 2015 folgende seit ca. Mai 2015 bestehende Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit an: «Verd. auf somatoformen Symptomenkomplex mit/bei grosser Arbeitsplatzbelastung, soziokultureller Deprivation». Die weiteren Diagnosen (ISG-Reizsyndrom, Hypercholesterinämie, benigne Pentosurie, chronisch rezidivierende Prostatitis, Status nach Urethersteinkoliken) haben nach den Angaben des Hausarztes keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Im Weiteren wurde eine vollständige Arbeitsunfähigkeit ab 28. Mai 2015 bis auf weiteres angegeben. Der Gesundheitszustand sei stationär. Ergänzende medizinische Abklärungen seien nicht angezeigt (IV-Nr. 11 S. 1 f.).

3.7 Dr. med. G.____ diagnostizierte in seinem Bericht zu Handen der Beschwerdegegnerin vom 22. März 2016 eine rezidivierende depressive Störung mittleren Grades mit somatischem Syndrom (ICD-10 F33.11). Es bestehe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit seit Juni 2015. Der Gesundheitszustand sei stationär. Weitere medizinische Abklärungen seien nicht angezeigt. Sowohl die bisherige Tätigkeit als auch eine Verweistätigkeit seien nicht mehr zuzumuten. Aktuell sei keine Verbesserung des psychischen Gesundheitszustands ersichtlich (IV-Nr. 17 S. 5 ff.).

3.8

3.8.1 Dem im Rahmen der bidisziplinären Begutachtung erstellten neurologischen Gutachten von Dr. med. D.____, Neurologie FMH, vom 3. September 2016 kann entnommen werden, dass der Beschwerdeführer am 25. August 2016 untersucht und begutachtet wurde, wobei eine professionelle Dolmetscherin hinzugezogen wurde. Die Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit lauteten wie folgt: «Leichtes, rechtsbetontes oberes Cervicalsyndrom, ohne relevante Funktionseinschränkung, ohne

damit zusammenhängende neurologische Reiz- oder Ausfallssymptomatik, leicht schmerzhafter Funktion; Leicht bis mässig ausgeprägtes Lumbovertebralsyndrom, ohne relevante Funktionseinschränkung, ohne damit zusammenhängende neurologische Reiz- oder Ausfallssymptomatik». Die weiteren Diagnosen (Episodische Migräne ohne Aura, St.n. Nierensteinoperation 1998, Rezidiv im Herbst 2014 anamnestisch, St.n. Operation wegen Hämorrhoiden 2000 anamnestisch) haben nach den Angaben des Gutachters keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Zu divergierenden Diagnosen gab der neurologische Gutachter an, aus neurologischer Sicht sei zunächst ein Thalamus Infarkt vermutet worden, was aktuell nicht mehr mit genügender Wahrscheinlichkeit bestätigt werden könne.

Unter dem Titel «Zusammenfassung und Beurteilung» wurde im Wesentlichen angegeben, der Explorand berichte, dass er im April 2015 zu seinem Hausarzt gegangen sei wegen starker Kopfschmerzen mit Ausstrahlung in den rechten Arm, die rechten Finger hätten bei erhaltenem Gefühl nicht mehr richtig funktioniert und er habe das rechte Bein nicht richtig beugen können. Der Hausarzt habe das Ganze zunächst im Zusammenhang mit einer seit Jahren bestehenden Migräne mit unerträglichen Schmerzen im Bereich der Schläfen, Übelkeit, Licht- und Lärmempfindlichkeit sowie Schwindel und Verschlechterung bei körperlicher Aktivität gesehen. Schmerzmittel hätten dann die Kopfschmerzen und die Ausstrahlungen in den rechten Arm gebessert. Im gleichen Monat habe er dann noch einmal sehr starke Kopfschmerzen gehabt, wobei man ihn ins Spital gebracht habe. Nach der Verabreichung von Medikamenten sei es besser gegangen. Aufgrund der Röntgenbilder habe man von einem schwarzen Fleck im Kopf gesprochen. Etwa zwei bis drei Monate später habe er auch Schmerzen im Bereich der rechten Flanke und des rechten Beins bis zur Grosszehe gehabt, dort habe er auch ein Wunde. Die Schmerzen im Kopf und im rechten Arm hätten ebenfalls angehalten. Im September 2015 seien neurologische Kontrollen erfolgt, dort sei wohl die Seite verwechselt worden und man habe ihm gesagt, er habe eine «leichte bis mittlere» Hirnblutung gehabt. Dies sei vom Hausarzt bestätigt worden. Wegen seit April 2015 starker psychischer Belastung habe er einen Psychiater aufgesucht, er sei von ihm weiterhin arbeitsunfähig geschrieben worden und habe ihm auch Lyrica verschrieben, was er immer noch einnehme. Bei einem Auslassversuch seien die Kopfschmerzen viel schlimmer geworden. Seit September 2015 gehe er auch zu einem Chiropraktor, was gegen die Schmerzen im rechten Arm nicht viel helfe. Auch die anderen Beschwerden hätten sich nicht mehr verändert.

Im Weiteren wurde ausgeführt, der Explorand beklage permanent Schmerzen im Bereich der rechten Flankenregion, vorwiegend beim Gehen; er sei eingeschränkt. Die brennenden Schmerzen würden gegen das rechte Bein entlang der Aussenseite bis zum Fuss und in die Grosszehe einstrahlen, weniger auch in die anderen Zehen. Er müsse mit gestrecktem Bein gehen und könne das rechte Bein wegen Schmerzen nicht richtig anheben. Er habe auch permanente Kopfschmerzen vorwiegend hinten in Form einer Überempfindlichkeit und Jucken. Migräne habe er aktuell alle 1 bis 3 Monate. Nach einer halben Stunde Sitzen bekomme er extrem starke Nackenschmerzen, er könne deswegen auch nicht Auto fahren. Er sei immer gereizt, auch wegen Kleinigkeiten, sei vergesslich geworden und schwitze immer.

Der Gutachter hielt ferner fest, objektiv zeige der Explorand anlässlich der anamnestischen Erhebungen etwas Mühe mit der zeitlichen Einordnung der Ereignisse, sonst hätten sich keinerlei Hinweise auf kognitive Defizite oder Ermüdungszeichen erheben. Nach einer guten Stunde Sitzen habe er zunehmende Nackenschmerzen angegeben, habe aber bis zum

Ende der anamnestischen Erhebungen nach ca. 1 ¾ Stunden nicht schmerzgeplagt oder eingeschränkt gewirkt. Klinisch-neurologisch sei die Sensibilität im Gesicht rechts gegenüber links als vermindert angegeben worden. Im rechten Arm seien starke, wohl auch aktive Verspannungen vorgelegen, der Tonus sei aber sicher nicht gesteigert und im Bereich des rechten Beins und links unauffällig gewesen. Die Arme seien im Positionsversuch gehalten worden, das rechte Bein sei langsam abgesunken. Bei der Muskeleinzelfprüfung im Bereich des rechten Arms und des rechten Beins bestehe der Verdacht auf Giving-Way. Die Diadochokinese sei rechts beinahe grotesk vermindert gewesen, links leicht, der Finger-Nasen-Versuch beidseits sei leicht dysmetrisch gewesen. Hingegen habe der Explorand problemlos beispielsweise seine Medikamente aus einer mitgebrachten Tragetasche entnehmen und diese einzeln auf dem Tisch sortieren können. Dabei hätten sich keinerlei Zeichen von Koordinationsstörungen gezeigt. Die Muskeleigenreflexe seien im Bereich der oberen Extremitäten fraglich etwas rechtsbetont gewesen, bei starker aktiver Verspannung aber nicht sicher verwertbar. Die übrigen Reflexe seien symmetrisch und ohne pathologische Zeichen gewesen. Im Bereich der rechten Körperseite sei gegenüber links eine diffus verminderte Oberflächensensibilität ohne Hyperpathie und ohne Allodynie angegeben worden. Im Bereich des Achsenskeletts habe man ein leichtes, rechtsbetontes, oberes Cervicalsyndrom ohne relevante Funktionseinschränkung, jedoch mit schmerzhafter Funktion, gefunden. Im Bereich der LWS habe sich ein leicht bis mässig ausgeprägtes Lumbovertebralsyndrom ohne Funktionseinschränkung gezeigt. Das Gangbild sei rechts hinkend mit durchgehend gestrecktem rechten Bein gewesen, Fersen- und Fussspitzengang seien rechts mit Mühe durchgeführt worden, der Strichgang sei unsicher und der Blindstrichgang nicht durchführbar gewesen. Der Explorand habe Ängste geäußert, dabei zu stürzen.

Dr. med. D. ___ legte dar, aus neurologischer Sicht seien die beklagte Symptomatik auf der rechten Körperseite, vorwiegend im Bereich der Flanke, aber auch im Bereich des rechten Beins und des rechten Armes mit Gehschwierigkeiten, die Kopfschmerzen, Schmerzen im Bereich des Achsenskeletts sowie die beklagte Gereiztheit und Vergesslichkeit zu beurteilen. Der Gutachter hielt zu verschiedenen auffallenden Diskrepanzen fest, zum einen vermute der Hausarzt, welcher den Exploranden seit sehr langer Zeit kenne, einen somatoformen Symptomenkomplex im Rahmen einer chronischen Arbeitsproblematik, Midlife-Crisis oder soziokulturellen Deprivation. Der Explorand habe eine Wesensveränderung durchgemacht. Anlässlich einer Hospitalisation im C. ___ habe kein organisches Korrelat gefunden werden können. Des Weiteren sei das C. ___ von einer sensibel betonten Hemisymptomatik links ausgegangen, der Explorand sei offensichtlich zweimal neurologisch untersucht worden und es seien lediglich eine leichte Bradydiadochokinese links und ein «signe du 5ième doigt» links beschrieben worden, auf der rechten Körperseite seien hingegen keinerlei Befunde aufgefallen. Es sei auch keine Gangstörung beschrieben worden. Der Explorand beklage aktuell hingegen Probleme auf der rechten Körperseite und gebe dann an, anlässlich der Untersuchungen im C. ___ seien wohl die Seiten wegen sprachlicher Schwierigkeiten verwechselt worden. Dies erscheine aber wenig plausibel, nachdem die anamnestischen Erhebungen und klinischen Untersuchungsbefunde wie beschrieben dokumentiert seien. Schliesslich gebe der Explorand auch an, man habe von einem «schwarzen Fleck» anlässlich der Bildgebung des Gehirns gesprochen und ihm später auch gesagt, er habe eine «leichte bis mittlere» Gehirnblutung erlitten, was vom Hausarzt später bestätigt worden sei. Demgegenüber würden aber die radiologischen Befunde im C. ___ als unauffällig beschrieben bei lediglich

Hinweisen auf eine mögliche hypertensive Encephalopathie. Von einem Herdbefund sei nie die Rede gewesen und auch nicht von einer Blutung. Warum der Hausarzt später schreibe, als einziges mögliches Korrelat habe man damals einen kleinen Thalamusinfarkt gefunden, währendem er in den früheren Berichten von fehlenden Korrelaten gesprochen habe, bleibe unklar.

Der neurologische Gutachter hielt im Weiteren fest, auch der aktuelle klinisch-neurologische Untersuchungsbefund könne die vom Exploranden angegebenen Beschwerden nie in diesem Ausmass erklären. Es müsse der Verdacht auf eine erhebliche Aggravation durch den Exploranden geäussert werden mit Demonstration von sensomotorischen Störungen und auch der Koordination im Bereich der rechten Körperseite gegenüber diesbezüglich völlig unauffälligem Befund im C.____. Es sei auch kein weiteres Ereignis im Verlauf dokumentiert oder vom Exploranden berichtet worden, welches allenfalls die beklagten Schmerzen und Probleme im Bereich der rechten Körperseite erklären könnte. Der Explorand erscheine aber unverrückbar überzeugt, erheblich krank und behindert zu sein. Eigentlich einzig möglicher Zusammenhang mit Problemen im Bereich der rechten Körperseite sei die Angabe des Hausarztes im Juni 2015 über einen Verdacht auf ein ISG-Reizsyndrom rechts. Möglicherweise habe hier ein «Seitenwechsel» auf die rechte Seite stattgefunden. Ebenfalls etwas rechtsbetont könne aktuell klinisch ein Cervikalsyndrom mit objektiver Tonussteigerung der Muskulatur beschrieben werden, hingegen sei ein ebenfalls vorliegendes Lumbovertebralsyndrom mit ebenfalls objektiver Tonussteigerung der Muskulatur nicht seitenbetont. Hinweise auf radikuläre Reiz- oder Ausfallsphänomene im Zusammenhang mit diesem Problem habe man nicht gefunden, ebenso wenig Anhaltspunkte für eine spinale oder periphere neurologische Problematik. Die anlässlich der klinischen Untersuchung auffallenden Befunde betreffend Koordination seien nicht organisch bedingt, insbesondere deshalb, weil der Explorand vor der klinischen Untersuchung keinerlei Zeichen für eine solche Störung gezeigt habe. Auch die Schwierigkeiten bei den Gleichgewichtsprüfungen erschienen nicht mit genügender Wahrscheinlichkeit neurologisch erklärbar. Was die beklagten Kopfschmerzen mit typischen Begleitsymptomen einer Migräne betreffe, so könne die Diagnose einer episodischen Migräne ohne Aura mit genügender Wahrscheinlichkeit gestellt werden. Die Angaben des Exploranden über Gereiztheit und Vergesslichkeit erschienen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht organisch bedingt. Fraglich sei auch die Indikation der Verschreibung von Lyrica. Es könne zu Beginn der Verschreibung nachvollzogen werden, dass im Rahmen eines vermuteten Thalamus-Infarkts die Indikation in der Behandlung von vermuteten neuropathischen Schmerzen bestanden habe. Heute bestünden aber keine fassbaren Hinweise auf neuropathische Beschwerden, sodass die Indikation einer Weiterverschreibung überprüft werden müsse, auch wenn der Explorand angebe, bei einem Auslassversuch erheblich mehr Schmerzen gehabt zu haben, was aber eine rein subjektive Angabe darstelle. Die Prognose sei unsicher, der Explorand sei sehr von seiner starken Erkrankung überzeugt und es scheine bereits eine Chronifizierung eingetreten zu sein.

Zur Arbeitsfähigkeit gab der Gutachter an, aufgrund der Probleme im Bereich der Wirbelsäule seien dem Exploranden keine körperlich schweren Arbeitstätigkeiten mehr zumutbar. Auch repetitive Arbeiten über Schultergürtelhöhe, repetitive Tätigkeiten im Bücken und unter Rotationen der Wirbelsäule seien nicht mehr zumutbar. Einen Beruf habe der Explorand nicht erlernt. Er habe zunächst jahrelang als Verkäufer von Textilien gearbeitet, dann als Mitarbeiter «Versand/Druck» sehr lange in der Papierverarbeitung.

Eine Verkaufstätigkeit sei aus neurologischer Sicht weiterhin uneingeschränkt zumutbar. Die Tätigkeit im Versand und Druck entspreche laut Dokumentation des Arbeitgebers einer körperlich eher mittelschweren, selten schweren Tätigkeit. Damit könne diese Tätigkeit nur noch zugemutet werden, wenn die genannten Einschränkungen eingehalten werden können. Falls dies der Fall sei, sei die Tätigkeit weiterhin uneingeschränkt zumutbar, sonst hingegen nicht mehr. Die möglichen Einschränkungen betreffend letzte Arbeitstätigkeit gälten ab dem Untersuchungsdatum, da zuvor zu wenig objektive Befunde dokumentiert seien. Zumutbar seien aktuell aus rein neurologischer Sicht körperlich leichte bis mittelschwere Arbeitstätigkeiten ohne repetitive Arbeit über Schulterhöhe, im Bücken oder unter Rotationen der Wirbelsäule mit vollem Pensum. Dass der Explorand zunächst vom C.____ voll arbeitsunfähig geschrieben worden sei, als ein Thalamus Infarkt vermutet worden sei, sei nachvollziehbar. In der Folge sei die weitere Arbeitsunfähigkeit vorwiegend aus psychiatrischer Sicht attestiert worden, sodass keine Stellungnahme aus neurologischer Sicht erfolgen könne. Die Einschätzung durch den Exploranden selber, auch eine leichtere Arbeit höchstens zu 50 % verrichten zu können, sei in diesem Ausmass aus neurologischer Sicht nicht zu begründen.

Abschliessend wurde ausgeführt, an medizinischen Massnahmen könne eine physiotherapeutische Behandlung und insbesondere auch eine medizinische Trainingstherapie zur Stärkung und Stabilisierung der Rumpf- und insbesondere Rückenmuskulatur empfohlen werden. Damit sollten die Rückenbeschwerden tendenziell rückläufig sein. Besondere berufliche Massnahmen seien aus neurologischer Sicht nicht erforderlich, es könne höchstens empfohlen werden, Hilfe bei der Suche nach einer geeigneten Arbeitsstelle zu gewähren. Die Prognose sei unsicher, der Explorand sei sehr von einer starken Erkrankung überzeugt und es scheine bereits eine Chronifizierung eingetreten zu sein. Zur Behandlung und Eingliederung wurde festgehalten, die Indikation einer Behandlung mit Lyrica erscheine fraglich. Sonst bestünden keine Hinweise für eine nicht lege artis erfolgte Therapie. Da bisher keine Eingliederungsmassnahmen erfolgt seien, könne man keine Aussagen zur Kooperation des Exploranden machen. Eingliederungsmassnahmen seien aus neurologischer Sicht zumutbar. Es bestünden deutliche Hinweise auf Aggravation. Hinweise auf eine Vernachlässigung von therapeutischen Optionen bestünden nicht. Eine krankheitsbedingte Unfähigkeit zur Therapieadhärenz liege aus neurologischer Sicht nicht vor.

Zur Konsensbesprechung mit Dr. med. E.____ vom 29. August 2016 wurde angegeben, da aus psychiatrischer Sicht nie Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit bestanden hätten und auch aktuell nicht vorhanden seien, könnten in bidisziplinärem Konsens die Ausführungen aus neurologischer Sicht vollumfänglich übernommen werden (IV-Nr. 23).

3.8.2 Dem im Rahmen der bidisziplinären Begutachtung erstellten psychiatrischen Gutachten von Dr. med. E.____, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, vom 9. September 2016 kann entnommen werden, dass der Beschwerdeführer am 16. August 2016 in Anwesenheit einer Dolmetscherin psychiatrisch untersucht und begutachtet wurde. Der psychiatrische Gutachter konnte keine psychische Krankheit mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizieren. Als psychiatrische Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gab er einen «pavor nocturnus (ICD-10 F41.4)» an. Im Rahmen der Beurteilung hielt Dr. med. E.____ im Wesentlichen fest, anlässlich der aktuellen Untersuchung lasse sich ein Schmerzsyndrom mit Schmerzen unterschiedlicher Intensität im Bereich der gesamten rechten Körperhälfte nachweisen. Den somatischen Akten könne

nicht klar entnommen werden, inwieweit sich diese Schmerzen hinreichend durch eine körperliche Störung erklären liessen. Aus psychiatrischer Sicht müsse gesagt werden, dass sich eine Belastung nachweisen lasse, welche schwerwiegend genug sei, um in einem ursächlichen Zusammenhang mit den Schmerzen zu stehen. Diesbezüglich sei die Krankheit der Ehefrau zu nennen, sie leide seit dem Jahr 2013 offenbar an einer Hemiplegie infolge einer Hirnblutung. Sie sei wegen ihrer Beschwerden an den Rollstuhl gebunden. Während der aktuellen Untersuchung hinterlasse der Explorand insgesamt nicht den Eindruck, unter andauernden schweren und quälenden Schmerzen zu leiden. Während der 1,75 Std. dauernden Exploration deuteten Mimik und Gestik beim Gespräch über Themen, die nicht die Beschwerden betrafen, zu keinem Zeitpunkt ein Schmerzerleben an. Schmerzen würden lediglich vorübergehend angedeutet beim Gespräch über die Schmerzen selbst. Des Weiteren habe der Explorand berichtet, dass die Schmerzen in der rechten Körperhälfte seit Beginn der Krankschreibung im April 2015 bestünden und sich nie in der linken Körperhälfte manifestiert hätten. In den früheren somatischen Berichten, im Speziellen im neurologischen Sprechstundenbericht vom 21. September 2015, sei jedoch ein schmerzhaftes sensibel betontes Hemisyndrom links diagnostiziert worden. Mit dieser Tatsache konfrontiert habe der Explorand erklärt, dass er sich möglicherweise damals wegen sprachlicher Probleme nicht richtig habe ausdrücken können. Die diesbezüglichen Angaben des Exploranden seien insgesamt inkonsistent, vage und wenig fassbar. Es lasse sich auch insofern eine Diskrepanz feststellen bezüglich der subjektiv geklagten Beschwerden, als dass sich der Explorand einerseits über andauernde Schmerzen beklage, andererseits darüber, dass die Schmerzen erst nach 30 Minuten Sitzen im Bereich der lumbo-sacralen Wirbelsäule auftreten würden und er danach aufstehen müsse: Während der aktuellen Untersuchung könne er jedoch während 1,75 Stunden ruhig im Stuhl sitzen bleiben. Eine weitere Diskrepanz lasse sich dadurch erkennen, dass der Explorand angebe, wegen seiner Schmerzen keine schweren Lasten mehr heben zu können. Dem Tagesablauf könne jedoch entnommen werden, dass er am Abend jeweils seine Ehefrau vom Rollstuhl ins Bett bringe. Unter Berücksichtigung all dieser Faktoren könne die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung nicht mit Sicherheit gestellt werden.

Der psychiatrische Gutachter gab im Weiteren an, es liessen sich anamnestisch die Symptome der oft nervösen, zeitweise traurigen, manchmal aber auch fröhlichen Stimmung, der verminderten Energie, der häufigen Müdigkeit, der Vergesslichkeit, der verminderten Konzentrationsfähigkeit sowie des manchmal auftretenden Gefühls einer allgemeinen Sinnlosigkeit eruieren. Diese Symptome erfüllten die zur Diagnosestellung einer depressiven Episode notwendigen Kriterien nicht. Insbesondere liessen sich anamnestisch keine andauernd bedrückt-traurige oder gereizt-aggressive Stimmung, auch keine Freud-, Lust- oder Interesselosigkeit nachweisen. Während der aktuellen Untersuchung sei die Stimmung ausgeglichen, zu keinem Zeitpunkt lasse sich eine bedrückt-traurige oder gereizt-aggressive Stimmung erkennen. Der Explorand könne oftmals warmherzig lächeln und einige Male verhalten lachen, die affektive Modulationsfähigkeit und die Vitalität seien nicht eingeschränkt. Eine subjektiv vom Exploranden geklagte Müdigkeit oder verminderte Energie, eine Vergesslichkeit oder verminderte Konzentrationsfähigkeit liessen sich während der aktuellen Untersuchung klinisch nicht feststellen. Der Explorand mache meist präzise zeitliche Angaben, er sei auch während der gesamten Untersuchung sehr konzentriert. Unter Berücksichtigung all dieser Faktoren lasse sich die Diagnose einer depressiven Episode nicht objektivieren. Im Bericht des behandelnden Psychiaters Dr. med. G. ___ vom 22. März 2016 werde eine

rezidivierende depressive Störung mit gegenwärtig mittelgradiger Episode mit somatischem Syndrom diagnostiziert. Eigene erhobene Befunde seien jedoch kaum beschrieben worden, stattdessen seien praktisch ausschliesslich subjektiv geklagte Beschwerden geäussert worden. Das Gleiche treffe auch auf den Bericht von Dr. med. G. ___ vom 15. September 2015 zu. Aufgrund dieser fehlenden Befundbeschreibung könne keine Stellungnahme abgegeben werden. Der behandelnde Psychiater schein die Diagnose der Depression ■ jedenfalls was die vorerwähnten Berichte angehe ■ praktisch ausschliesslich auf die subjektiv geklagten Beschwerden des Exploranden abzustützen. Medikamentös antidepressiv werde der Explorand mit Cymbalta 60 mg behandelt. Sollte tatsächlich eine mittelgradige depressive Episode bis im März 2016 vorgelegen haben, könnte somit davon ausgegangen werden, dass diese gut behandelbar sei, da sie sich aktuell nicht mehr nachweisen lasse. Aus der Lebensgeschichte gehe hervor, dass der Explorand nie unter einer Depression gelitten habe. Im Speziellen sei auch erwähnt, dass sich anamnestisch während der aktuellen Untersuchung keine Arbeitsplatzkonflikte gezeigt hätten. Der Explorand sei seiner Tätigkeit stets gerne nachgegangen, mit seinen Vorgesetzten und seinen Mitarbeitern habe er sich gut verstanden.

Ferner hielt der psychiatrische Gutachter fest, die aktuell durchgeführte Blutkonzentrationsbestimmung des Cymbalta ergebe einen Wert innerhalb des Normbereichs. Es könne somit davon ausgegangen werden, dass der Explorand das ihm verordnete Antidepressivum regelmässig einnehme. In diesem Kontext sei auch erwähnt, dass das Lyrica wegen der Schmerzen und nicht wegen der Ängste verordnet werde. Der diagnostizierte Pavor nocturnus habe keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit, gemäss den Angaben des Exploranden würden diese Ängste nicht auftreten, wenn er jeweils mit Licht schlafe.

Dr. med. E. ___ stellte abschliessend fest, schwerwiegende psychiatrische oder somatische Komorbiditäten liessen sich nicht nachweisen. Bezüglich der Persönlichkeitsstruktur müsse gesagt werden, dass sich keine ausgeprägteren Psychopathologien nachweisen liessen. Insgesamt könne man keine Hinweise für das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung feststellen. Sozial sei der Explorand gut eingebettet in der Beziehung mit seiner Ehefrau und seinen drei Kindern, aber auch mit seinen zwei langjährigen Freunden und in der Beziehung mit zwei seiner Geschwister. Behandlungs-anamnestisch lasse sich insgesamt ein ausgewiesener Leidendruck lediglich insofern nachweisen, als dass sich der Explorand seit Juni 2016 (recte: 2015) in psychiatrische Behandlung begeben. Eine Diskrepanz ergebe sich zudem dadurch, dass er in der Selbstbeurteilung der Arbeitsfähigkeit davon ausgehe, zu keiner Tätigkeit mehr fähig zu sein. Dem Tagesablauf könne jedoch entnommen werden, dass er die anfallenden Alltagsarbeiten weitgehend erledigen könne. Er erledige Haushaltsarbeiten, gehe mit der Tochter einkaufen, koche mit der Ehefrau zusammen, zudem schaue er auch für die auf den Rollstuhl angewiesene, behinderte Ehefrau tagsüber. Eine Spitexhilfe bestehe derzeit nicht.

Im Rahmen der versicherungsmedizinischen Würdigung hielt der Gutachter fest, aus psychiatrischer Sicht lasse sich keine Krankheit mit Krankheitswert diagnostizieren. Es könne zu keinem Zeitpunkt eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit oder Verminderung der Leistungsfähigkeit sowohl in der zuletzt ausgeübten als auch in einer alternativen Tätigkeit begründet werden. Es liessen sich Ressourcen erkennen, diesbezüglich sei insbesondere die intakte psychosoziale Funktionsfähigkeit des Exploranden innerfamiliär sowie mit seinen beiden Freunden zu nennen. Der Explorand lese gerne die Zeitung und er

sei an Aktualitäten interessiert. Zudem lese er auch gerne Bücher, vor allem historische. Während der aktuellen Untersuchung könne er sich mit einem weitgehend situationsadäquaten Verhalten präsentieren. Die Copingstrategien könnten als ausreichend gut beurteilt werden. Relevante kognitive Beeinträchtigungen liessen sich rein klinisch während der Untersuchung nicht feststellen. Das Fähigkeitsniveau gemessen am Ratingbogen Mini-ICF-APP könne aus rein psychiatrischer Sicht als nicht relevant eingeschränkt beurteilt werden. Auf diese Ressourcen, Copingstrategien und Fähigkeiten könne sich der Explorand bei der Ausübung einer Tätigkeit aus rein psychiatrischer Sicht abstützen.

Zu früheren ärztlichen Berichten äusserte sich Dr. med. E.____ dahingehend, es seien zwei Berichte des behandelnden Arztes Dr. med. G.____ vom 22. März 2016 und 15. September 2015 zu erwähnen. Diesbezüglich sei bereits Stellung bezogen worden. Zu ergänzen sei, dass sich die unterschiedliche Einschätzung der Arbeitsfähigkeit wohl hinreichend durch die unterschiedliche Diagnostik erklären lasse. Zudem müsse gesagt werden, dass der behandelnde Psychiater von einer 70%igen Verminderung des Rendements ausgehe, dabei aber nicht alleine psychische, sondern auch körperliche Faktoren berücksichtige. Aus rein psychiatrischer Sicht könne dazu keine Stellungnahme erfolgen. Der Explorand gehe davon aus, dass er zu keiner Tätigkeit mehr fähig sei wegen seiner Schmerzen und seiner Kraftlosigkeit im Bereich der rechten Körperhälfte. Aus rein psychiatrischer Sicht könne indes keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit objektiviert werden. Aus versicherungsmedizinischer Sicht bestehe keine zwingende Indikation für eine Psychotherapie oder eine psychopharmakologische Behandlung. Aus psychiatrischer Sicht seien berufliche Massnahmen indiziert und sinnvoll. Spezielle Anforderungen an einen künftigen Arbeitsplatz seien nicht zu nennen. Die Prognose sei als ungewiss zu beurteilen. Sowohl in der bisherigen Tätigkeit (inkl. zeitlicher Verlauf) als auch in einer angepassten Verweistätigkeit bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 100 % (IV-Nr. 22).

3.9 Dr. med. F.____ hielt in seinem Schreiben vom 29. September 2016 fest, nach intensivem Studium des bidisziplinären Gutachtens sei er der Auffassung, dass die Gutachter ihre Arbeit sehr exakt erledigt hätten. Der Patient sei durch die beiden Ärzte korrekt untersucht worden. Die Schlussfolgerungen könne er nachvollziehen; er schliesse sich ihnen an. Es sei gut zu hören, dass kein schweres körperliches Leiden entdeckt worden sei und dass der Psychiater ■ im Gegensatz zu Dr. med. G.____ ■ auch keine Depression habe diagnostizieren müssen. Die Beschwerden seien mehrheitlich dem psychosomatischen Formenkreis zuzuordnen, sicherlich negativ beeinflusst durch das traurige Schicksal der Ehefrau, welche halbseitengelähmt an den Rollstuhl gebunden sei. Eine ganztägige Arbeitsfähigkeit sei unter speziellen Rahmenbedingungen gegeben und wäre sogar aus therapeutischen Überlegungen sehr sinnvoll (Ablenkung, Tagesstruktur, positive Erlebnisse im Arbeitsalltag). Es gelte nun, eine berufliche Wiedereingliederung durch die IV anzustreben (IV-Nr. 25).

3.10 Aus dem Bericht von Dr. med. G.____ vom 22. Oktober 2016 gehen die Diagnosen einer depressiven Episode mittleren Grades mit somatischen Syndrom (ICD-10 F32.11) und einer generalisierten Ängstlichkeit (ICD-10 F41.1) hervor. Sodann wurde im Wesentlichen ausgeführt, der Patient leide gemäss den psychologischen Testverfahren (Beck 21 und Hamilton) an einer mittleren bis schweren Depression. Er sei nicht in der Lage, mit einem höheren Pensum als 30 % zu arbeiten. Es bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von zwischen 70 und 100 % (IV-Nr. 33 S. 3 f.).

3.11 Der RAD-Arzt Dr. med. K.____, Facharzt Allgemeine Medizin FMH, hielt in seiner Stellungnahme vom 6. Dezember 2016 fest, das bidisziplinäre Gutachten sei schlüssig und nachvollziehbar. Die Einwände beinhalteten keine substantiellen und neu richtungsweisenden Fakten. Der Hausarzt Dr. med. F.____ begrüste sogar, dass eine volle Arbeitsfähigkeit attestiert worden sei. Eine orthopädische Begutachtung sei nicht notwendig. Es gehe vielmehr um Auswirkungen neurologischer Art, was nun abgeklärt worden sei. Abgesehen davon handle es sich bei Beschwerden des Iliosakralgelenks (ISG) nicht um ein spezifisches orthopädisches Problem, insbesondere weil es auch nicht orthopädisch therapiert werde, sondern allenfalls physiotherapeutisch bzw. chiropraktisch, was auch erfolgt sei. Weitere Abklärungen seien nicht notwendig. Die bisherige, körperlich schwere Tätigkeit als Mitarbeiter im Versand/Druck im Schichtbetrieb sei seit April 2015 nicht mehr zumutbar. In einer angepassten Verweistätigkeit bestehe keine Einschränkung der Zumutbarkeit (IV-Nr. 34 S. 2 f.).

3.12 Im Rahmen des Vorbescheidverfahrens äusserte sich der RAD-Arzt in seiner Stellungnahme vom 10. März 2017 noch dahingehend, den Einwänden des Beschwerdeführers liessen sich keine Informationen entnehmen, welche eine andere versicherungsmedizinische Beurteilung zuliessen; das bidisziplinäre Gutachten sei nach wie vor massgebend. Syndromale Schmerzzustände verlangten nicht regelmässig weitere Bildgebungen (CT, MRI). Es sei Sache des Arztes, die Indikation für derartige Zusatzuntersuchungen zu stellen, was im vorliegenden Fall auch von Seiten der Behandler als nicht notwendig erachtet worden sei. Umso mehr, als neurologischerseits kein Hinweis auf eine radikuläre Problematik (Druck auf Nervenwurzel) und auch keine relevante Funktionseinschränkung bestehe. Bekanntlicherweise führten ergänzende Bildgebungen oft zu Zufallsbefunden ohne Zusammenhang zur eigentlichen Problematik bzw. klinischen Symptomatik. Ausserdem sei im Einwandschreiben auch keine klare Fragestellung ersichtlich, warum ergänzende Abklärungen notwendig seien. Solche erforderten in der Medizin eine klare Indikationsstellung, was hier nicht der Fall sei. Es seien keine weiteren medizinischen Abklärungen notwendig (IV-Nr. 46).

E. 2.2

Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht bei einem Invaliditätsgrad ab 40 % ein Anspruch auf eine Viertelsrente, ab 50 % auf eine halbe Rente, ab 60 % auf eine Dreiviertelsrente und ab 70 % auf eine ganze Rente. 2.3 Für die Bemessung der Invalidität von erwerbstätigen Versicherten ist Art. 16 ATSG anwendbar. Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG; sogenannte allgemeine Methode des Einkommensvergleichs). 2.4 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung gestellt haben. Aufgabe des Arztes ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren bilden die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 132 V 93 E. 4 S. 99 f. mit Hinweisen). 2.5 Der

Versicherungsträger und das Gericht (vgl. Art. 61 lit. c in fine ATSG) haben die Beweise frei, das heisst ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Gericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352, vgl. auch BGE 132 V 393 E. 2.1 S. 396). Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten – d.h. der Anamnese – abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232). Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352, 122 V 157 E. 1c S. 160 f.). Dennoch hat es die Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar erachtet, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (BGE 125 V 351 E. 3b S. 352). Den gerichtlichen oder im Rahmen des Verwaltungsverfahrens durch den Sozialversicherer eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 135 V 465 E. 4.4 S. 470 f., 125 V 351 E. 3b/bb S. 353).

2.6 Die behandelnden Ärztinnen und Ärzte stehen in einem auftragsrechtlichen Verhältnis zur versicherten Person und haben sich in erster Linie auf die Behandlung zu konzentrieren. Die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag der therapeutisch tätigen Fachpersonen einerseits und Begutachtungsauftrag der amtlich oder gerichtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits lässt es nicht zu, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass für weitere Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die behandelnden Ärzte wichtige Aspekte benennen, die bei der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (statt vieler: Urteile des Bundesgerichts 9C_793/2016 vom 3. März 2017 E. 4.1.2 und 9C_276/2016 vom 19. August 2016 E. 3.1.1 mit Hinweisen).

3. Im vorliegenden Fall lässt der Beschwerdeführer geltend machen, die angefochtene Verfügung vom 5. Mai 2017 beruhe nicht auf rechtsgenügenden medizinischen Abklärungen. Demnach ist im Folgenden der medizinische Sachverhalt darzulegen:

3.1 Der Hausarzt des Beschwerdeführers, Dr. med. F.____, Facharzt FMH für Allgemeine Medizin, hielt in seinem Bericht zu Händen des behandelnden Psychiaters, Dr. med. G.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 23. Juni 2015 fest, die Zuweisung sei auf Wunsch des Patienten erfolgt. Als Zuweisungsgrund wurde ein «Verdacht auf somatoformen Symptomenkomplex im Rahmen einer chronischen Arbeitsproblematik, DD: konkomitierende Midlife Crisis? Soziokulturelle Deprivation?» angegeben. Als

Nebendiagnosen wurden eine benigne Pentosurie (ED: 2014), eine Hypercholesterinämie, eine chronisch rezidivierende Prostatitis, BPH Grad I, und ein Status nach Urethersteinkoliken (2014, respektive 2015) angegeben. Im Weiteren führte der Hausarzt aus, er betreue den Patienten und auch einen Grossteil seiner Familie seit 25 Jahren hausärztlich und dürfe behaupten, ihn bestens zu kennen. Der Patient habe in den letzten zwei bis drei Monaten eine Wesensveränderung durchgemacht, speziell seit der zweiten Nephrolithiasisepisode vom April 2015. Es falle ihm Folgendes auf: vermehrte Infektanfälligkeit, vermehrt weichteilrheumatische Beschwerden, Tendenz zu Hypotonie mit Cephalea und Visusstörungen und nun Status nach Kurzhospitalisation im H. ___ wegen unklaren diffusen Sensibilitätsstörungen und Dysästhesien, welche man keinem organischen Korrelat zuordnen könne (insbesondere das Schädel-CT und -MRI seien ohne pathologischen Befund). Unter der empfohlenen Medikation, speziell Lyrica in aufsteigender Dosierung (aktuell 2/0/2), bestehe eine nur unwesentliche Beeinflussung der Dysästhesien und der Kopfschmerzen. Der Patient habe vom C. ___ arbeitsunfähig geschrieben werden müssen. Dies sei nun bis auf weiteres verlängert worden, da sich der Patient noch nicht fähig fühle, den Arbeitsstress und vor allem auch die Autofahrten in den Kanton [...] zu ertragen. Er arbeite dort als Papiertechniker. Er fühle sich bei der Arbeit überfordert, da stets eine grössere Arbeitsintensität gefordert werde (es seien grössere Papierrollen in engmaschigerem Rhythmus einzulegen, was er kaum schaffe). Zusätzlich sei der Arbeitsweg von mehr als einer Stunde für ihn zunehmend enervierend und kräfteraubend. Er fühle sich der ganzen Situation kaum mehr gewachsen. Ein recht ausgiebiger Laborcheck vom 13. Mai 2015 sei «bland» ausgefallen mit Ausnahme eines Vitamin D-Defizits, welches substituiert worden sei, und einer Hypercholesterinämie, welche mittels Simvastatin korrigiert werde. Trotz mehrjährigem Aufenthalt in der Schweiz habe der Patient noch immer grösste Mühe mit der deutschen Sprache. Bei einfacheren somatischen Beschwerden sei das kein Problem, jetzt aber, wo es um eine psychosoziale Problematik gehe, stosse man an Grenzen. Die aktuelle Problematik sei daher vom behandelnden Psychiater mit dem Patienten aufzuarbeiten und von diesem sei auch die entsprechende Arbeitsunfähigkeit festzulegen (IV-Nr. 6 S. 10 f.). 3.2 Gemäss dem Bericht vom 26. Juni 2015 hielt sich der Beschwerdeführer vom 28. Mai bis 2. Juni 2015 im C. ___, Medizinische Klinik, auf. Es wurden folgende Hauptdiagnosen angegeben: «Schmerzhaftes sensibel-betontes Hemisyndrom links, DD Minor stroke im Bereich des Thalamus, CT Schädel vom 28.05.2015: Keine frische Ischämie, Blutung oder Fraktur, MRT Schädel vom 01.06.2015: altersentsprechender Befund, aktuell: Lyrica-Aufdosierung». Als Nebendiagnosen wurde Folgendes aufgeführt: «Leberparametererhöhung unklarer Genese; Dyslipidämie; Dyselektrolytämie, Hyponatriämie und Hypokaliämie; St.n. Urolithiasis rechts, ca. 5 mm». Es wurde sodann eine vollständige Arbeitsunfähigkeit vom 28. Mai bis 7. Juni 2015 attestiert. Zu «Beurteilung, Therapie und Verlauf» wurde angegeben, es sei eine notfallmässige Zuweisung des 56-jährigen Patienten bei anhaltend diffusen Sensibilitätsstörungen sowohl der oberen als auch der unteren Extremitäten erfolgt, begleitet von starken intermittierenden generalisierten Schmerzen. Klinisch sei der Patient bei Eintritt in einem stabilen Allgemeinzustand gewesen, normoton, normokard und afebril. Computertomographisch habe eine frische Ischämie oder Raumforderung als mögliche Ursache der Symptomatik ausgeschlossen werden können. Bei unklarer Symptomatik sei um eine konsiliarische Mitbeurteilung der Kollegen der Neurologie gebeten worden. Es sei eine erneute Bildgebung mittels MRT empfohlen worden. Dort habe sich ein altersentsprechender

Befund gezeigt. Da es im Verlauf zu keiner Besserung der Schmerzproblematik gekommen sei, müsse diskutiert werden, ob der Patient möglicherweise eine sehr kleine, im MRT nicht sichtbare Ischämie im Bereich des Thalamus haben könnte. Dies würde die Schmerzen erklären. Es sei präventiv eine Sekundärprophylaxe mit Aspirin begonnen worden. Auf Empfehlung der Neurologen sei der Patient auf Lyrica eingestellt worden. Eine langsame Steigerung gemäss Aufdosierungsschema sei je nach Verträglichkeit anzustreben. Im Anhang wurde zur Beurteilung des CT des Schädels vom 28. Mai 2015 angegeben, es bestehe kein Nachweis einer akuten intrakraniellen Blutung. Es sei keine territoriale Infarkt-Demarkation vorhanden. Es bestehe auch keine intrakranielle Raumforderung. Die Beurteilung des MR des Schädels vom 29. Mai 2015 lautete dahingehend, die vorliegenden Befunde seien mit Veränderungen im Rahmen einer vasculären Encephalopathie vereinbar. Es bestehe jedoch kein Nachweis einer frischen oder grösseren ischämischen Läsion, ebenso wenig eine intrakranielle Raumforderung (IV-Nr. 16).

3.3 Dr. med. G.____ diagnostizierte in seinem Bericht vom 15. September 2015 eine depressive Episode mittleren Grades mit somatischem Syndrom (ICD-10 F32.11). Zu den aktuellen Symptomen gab er an, der Patient leide an einer gesenkten Stimmung. Es seien eine verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit, Ängste, Suizidideen sowie neurovegetative und somatoforme Störungen vorhanden. Er leide unter Schmerzen in den Extremitäten. Es bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % seit dem 30. Juni 2015 bis auf weiteres. Der Patient befinde sich in einem depressiven Zustand mittleren bis schweren Grades (IV-Nr. 13.3 S. 7 ff.).

3.4 Dr. med. F.____ hielt in seinem Schreiben zu Händen des Chiropraktors Dr. med. I.____ vom 15. September 2015 fest, der Patient sei zwecks fachärztlicher Abklärung und Therapie aufzubieten. Als Zuweisungsgrund wurde ein «Verdacht auf ISG-Reizsyndrom rechts und Verdacht auf spondylogenes thorakales Schmerzsyndrom mit Ausstrahlung in den linken Hemithorax» angegeben. Als Nebendiagnosen wurden «multiple, chronisch rezidivierende funktionelle Beschwerden mit/bei Neurasthenie, Hypercholesterinämie, Status nach unklaren diffusen Sensibilitätsstörungen und Dysästhesien mit/bei Elektrolytentgleisung und Leberwerterhöhung unklarer Ätiologie (stationär Medizin [...], 2015)» angegeben. Im Weiteren wurde ausgeführt, im Mai 2015 sei der Patient mehrere Tage stationär im C.____ wegen unklaren diffusen Sensibilitätsstörungen und Dysästhesien behandelt worden. Im Schädel-MRI habe einzig ein kleiner Thalamusinfarkt als mögliches organisches Korrelat gefunden werden können. Seither stehe der Patient unter Lyrica, Aspirin und Simvastatin und sei bei Dr. med. G.____ in psychiatrischer Behandlung. Zwei Wochen vor der letzten Sprechstunde sei ein akuter Schmerz über der ISG-Region rechts mit vorerst leichter spontaner Besserung beschrieben worden. Zusätzlich sei auch ein diffuser Schmerz im linken Hemithorax aufgetreten ohne begleitende Alarmsymptome wie Dyspnoe, blutigem Sputum, Leistungsintoleranz etc. Klinisch bestünden vor allem eine Druckdolenz über dem ISG rechts und Anhaltspunkte für eine thorakale spondylogene Schmerzsymptomatik mit Ausstrahlung in den linken Hemithorax. Nach erfolgter Medikation sei eine deutliche Minderung der Beschwerden mit einem Rezidiv seit zwei Tagen eingetreten (IV-Nr. 11 S. 8 f.).

3.5 Dem neurologischen Sprechstundenbericht des C.____, Medizinische Klinik (Dr. med. J.____, Oberärztin Neurologie), vom 21. September 2015 können folgende Diagnosen (ICD-10) entnommen werden: «1. Schmerzhaftes sensibel-betontes Hemisyndrom links (R 20), ES 12/14, am ehestens i.R. einer kleinsten Thalamus-Ischämie rechts (FLAIR-negativ 05/15), DD zusätzliche somatoforme Komponente möglich, klinisch-neurologisch Bradydysdiadochokinese links objektivierbar, vRF: Dyslipidämie;

2. Aktenanamnestisch chronische somatoforme Störung, aktuell in psychiatrischer Behandlung». Zur Anamnese wurde im Wesentlichen angegeben, der Patient sei vom 28. Mai bis 2. Juni 2015 intern in der Medizinischen Klinik hospitalisiert gewesen wegen einer schmerzhaften Hemisymptomatik links und sei bereits konsiliarisch neurologisch mitbeurteilt worden. Damals habe der Patient berichtet, dass es an einem Tag in der Weihnachtszeit 2014 plötzlich zu einem stechend-brennenden Schmerz im Bereich des linken Armes und des linken Beines gekommen sei mit dem Gefühl der Kraftlosigkeit. Die Schmerzen würden seither andauern und täglich auftreten, auch wenn es einzelne schmerzfreie Stunden gebe. Seit diesem Tag im Dezember 2014 sei er sehr müde und energielos und fühle sich allgemein schwach. Trotzdem arbeite er zu 100 % in einer Druckerei in [...] und lege jeden Tag seinen Arbeitsweg von 65 km mit dem Auto zurück, wobei er gelegentlich wegen der Schmerzen kurz anhalten müsse. Panadol helfe vor-übergehend, auch massiere er den Arm und das Bein oft, was eine Schmerzlinderung bewirke. Die während der Hospitalisation begonnene schmerzmodulierende Medikation mit Lyrica nehme er regelmässig ein, neu sei mit Cymbalta begonnen worden. Er habe auf Anraten seines Hausarztes auch einen Psychiater aufgesucht. Die Medikamente würden ihm helfen, ein Auslassversuch von Lyrica über 2 bis 3 Tage habe die Schmerzen deutlich verschlimmert. Neu habe er Schmerzen im Bereich der rechten Hüfte, weswegen in den nächsten Tagen eine Kontrolle beim Chiropraktor vorgesehen sei. Neue akute Ereignisse seien nicht mehr aufgetreten. Unter «Beurteilung und Procedere» wurde festgehalten, wie bereits anlässlich der Hospitalisation diskutiert worden sei, sei aufgrund des Akutereignisses im Dezember 2014 trotz negativem MR-Befund vom Mai 2015 eine kleinste Ischämie thalamisch rechts denkbar, insbesondere da eine deutliche Bradydysdiadochokinese links objektivierbar sei mit einem signe du 5ième doigt. Eine funktionelle Überlagerung bzw. Schmerzverarbeitungsstörung sei zusätzlich durchaus denkbar. Es empfehle sich daher, die Tc-hemmende Medikation unverändert fortzuführen in Kombination mit der schmerzmodulierenden Medikation, wobei letztere je nach Bedarf und Verträglichkeit noch weiter in der Dosis gesteigert werden könnte. Die in die Wege geleitete begleitende Psychotherapie sei sehr zu begrüssen und sollte beibehalten werden (Bericht vom 22. September 2015, IV-Nr. 12).

3.6 Dr. med. F.____ gab in seinem Bericht zu Händen der Beschwerdegegnerin vom 25. September 2015 folgende seit ca. Mai 2015 bestehende Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit an: «Verd. auf somatoformen Symptomenkomplex mit/bei grosser Arbeitsplatzbelastung, soziokultureller Deprivation». Die weiteren Diagnosen (ISG-Reizsyndrom, Hypercholesterinämie, benigne Pentosurie, chronisch rezidivierende Prostatitis, Status nach Urethersteinkoliken) haben nach den Angaben des Hausarztes keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Im Weiteren wurde eine vollständige Arbeitsunfähigkeit ab 28. Mai 2015 bis auf weiteres angegeben. Der Gesundheitszustand sei stationär. Ergänzende medizinische Abklärungen seien nicht angezeigt (IV-Nr. 11 S. 1 f.).

3.7 Dr. med. G.____ diagnostizierte in seinem Bericht zu Händen der Beschwerdegegnerin vom 22. März 2016 eine rezidivierende depressive Störung mittleren Grades mit somatischem Syndrom (ICD-10 F33.11). Es bestehe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit seit Juni 2015. Der Gesundheitszustand sei stationär. Weitere medizinische Abklärungen seien nicht angezeigt. Sowohl die bisherige Tätigkeit als auch eine Verweistätigkeit seien nicht mehr zuzumuten. Aktuell sei keine Verbesserung des psychischen Gesundheitszustands ersichtlich (IV-Nr. 17 S. 5 ff.).

E. 3

Es sei dem Beschwerdeführer für das vorliegende Verfahren die vollumfängliche unentgeltliche Rechtspflege und der unentgeltliche Rechtsbeistand zu gewähren und die unterzeichnete Anwältin als unentgeltlichen Rechtsbeistand zu bezeichnen.

E. 3.8

3.8.1 Dem im Rahmen der bidisziplinären Begutachtung erstellten neurologischen Gutachten von Dr. med. D.____, Neurologie FMH, vom 3. September 2016 kann entnommen werden, dass der Beschwerdeführer am 25. August 2016 untersucht und begutachtet wurde, wobei eine professionelle Dolmetscherin hinzugezogen wurde. Die Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit lauteten wie folgt: «Leichtes, rechtsbetontes oberes Cervicalsyndrom, ohne relevante Funktionseinschränkung, ohne damit zusammenhängende neurologische Reiz- oder Ausfallssymptomatik, leicht schmerzhafter Funktion; Leicht bis mässig ausgeprägtes Lumbovertebralsyndrom, ohne relevante Funktionseinschränkung, ohne damit zusammenhängende neurologische Reiz- oder Ausfallssymptomatik». Die weiteren Diagnosen (Episodische Migräne ohne Aura, St.n. Nierensteinoperation 1998, Rezidiv im Herbst 2014 anamnestisch, St.n. Operation wegen Hämorrhoiden 2000 anamnestisch) haben nach den Angaben des Gutachters keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Zu divergierenden Diagnosen gab der neurologische Gutachter an, aus neurologischer Sicht sei zunächst ein Thalamus Infarkt vermutet worden, was aktuell nicht mehr mit genügender Wahrscheinlichkeit bestätigt werden könne. Unter dem Titel «Zusammenfassung und Beurteilung» wurde im Wesentlichen angegeben, der Explorand berichte, dass er im April 2015 zu seinem Hausarzt gegangen sei wegen starker Kopfschmerzen mit Ausstrahlung in den rechten Arm, die rechten Finger hätten bei erhaltenem Gefühl nicht mehr richtig funktioniert und er habe das rechte Bein nicht richtig beugen können. Der Hausarzt habe das Ganze zunächst im Zusammenhang mit einer seit Jahren bestehenden Migräne mit unerträglichen Schmerzen im Bereich der Schläfen, Übelkeit, Licht- und Lärmempfindlichkeit sowie Schwindel und Verschlechterung bei körperlicher Aktivität gesehen. Schmerzmittel hätten dann die Kopfschmerzen und die Ausstrahlungen in den rechten Arm gebessert. Im gleichen Monat habe er dann noch einmal sehr starke Kopfschmerzen gehabt, wobei man ihn ins Spital gebracht habe. Nach der Verabreichung von Medikamenten sei es besser gegangen. Aufgrund der Röntgenbilder habe man von einem schwarzen Fleck im Kopf gesprochen. Etwa zwei bis drei Monate später habe er auch Schmerzen im Bereich der rechten Flanke und des rechten Beins bis zur Grosszehe gehabt, dort habe er auch ein Wunde. Die Schmerzen im Kopf und im rechten Arm hätten ebenfalls angehalten. Im September 2015 seien neurologische Kontrollen erfolgt, dort sei wohl die Seite verwechselt worden und man habe ihm gesagt, er habe eine «leichte bis mittlere» Hirnblutung gehabt. Dies sei vom Hausarzt bestätigt worden. Wegen seit April 2015 starker psychischer Belastung habe er einen Psychiater aufgesucht, er sei von ihm weiterhin arbeitsunfähig geschrieben worden und habe ihm auch Lyrica verschrieben, was er immer noch einnehme. Bei einem Auslassversuch seien die Kopfschmerzen viel schlimmer geworden. Seit September 2015 gehe er auch zu einem Chiropraktor, was gegen die Schmerzen im rechten Arm nicht viel helfe. Auch die anderen Beschwerden hätten sich nicht mehr verändert. Im Weiteren wurde ausgeführt, der Explorand beklage permanent Schmerzen im Bereich der rechten Flankenregion, vorwiegend beim Gehen; er sei eingeschränkt. Die brennenden Schmerzen würden gegen das rechte Bein entlang der Aussenseite bis zum Fuss und in die Grosszehe einstrahlen, weniger auch in die anderen Zehen. Er müsse mit gestrecktem Bein gehen und könne das rechte Bein wegen Schmerzen nicht richtig anheben. Er habe auch permanente

Kopfschmerzen vorwiegend hinten in Form einer Überempfindlichkeit und Jucken. Migräne habe er aktuell alle 1 bis 3 Monate. Nach einer halben Stunde Sitzen bekomme er extrem starke Nackenschmerzen, er könne deswegen auch nicht Auto fahren. Er sei immer gereizt, auch wegen Kleinigkeiten, sei vergesslich geworden und schwitze immer. Der Gutachter hielt ferner fest, objektiv zeige der Explorand anlässlich der anamnestischen Erhebungen etwas Mühe mit der zeitlichen Einordnung der Ereignisse, sonst hätten sich keinerlei Hinweise auf kognitive Defizite oder Ermüdungszeichen erheben. Nach einer guten Stunde Sitzen habe er zunehmende Nackenschmerzen angegeben, habe aber bis zum Ende der anamnestischen Erhebungen nach ca. 1 ¾ Stunden nicht schmerzgeplagt oder eingeschränkt gewirkt. Klinisch-neurologisch sei die Sensibilität im Gesicht rechts gegenüber links als vermindert angegeben worden. Im rechten Arm seien starke, wohl auch aktive Verspannungen vorgelegen, der Tonus sei aber sicher nicht gesteigert und im Bereich des rechten Beins und links unauffällig gewesen. Die Arme seien im Positionsversuch gehalten worden, das rechte Bein sei langsam abgesunken. Bei der Muskeleinzelprüfung im Bereich des rechten Arms und des rechten Beins bestehe der Verdacht auf Giving-Way. Die Diadochokinese sei rechts beinahe grotesk vermindert gewesen, links leicht, der Finger-Nasen-Versuch beidseits sei leicht dysmetrisch gewesen. Hingegen habe der Explorand problemlos beispielsweise seine Medikamente aus einer mitgebrachten Tragetasche entnehmen und diese einzeln auf dem Tisch sortieren können. Dabei hätten sich keinerlei Zeichen von Koordinationsstörungen gezeigt. Die Muskeleigenreflexe seien im Bereich der oberen Extremitäten fraglich etwas rechtsbetont gewesen, bei starker aktiver Verspannung aber nicht sicher verwertbar. Die übrigen Reflexe seien symmetrisch und ohne pathologische Zeichen gewesen. Im Bereich der rechten Körperseite sei gegenüber links eine diffus verminderte Oberflächensensibilität ohne Hyperpathie und ohne Allodynie angegeben worden. Im Bereich des Achsenskeletts habe man ein leichtes, rechtsbetontes, oberes Cervicalsyndrom ohne relevante Funktionseinschränkung, jedoch mit schmerzhafter Funktion, gefunden. Im Bereich der LWS habe sich ein leicht bis mässig ausgeprägtes Lumbovertebralsyndrom ohne Funktionseinschränkung gezeigt. Das Gangbild sei rechts hinkend mit durchgehend gestrecktem rechten Bein gewesen, Fersen- und Fussspitzengang seien rechts mit Mühe durchgeführt worden, der Strichgang sei unsicher und der Blindstrichgang nicht durchführbar gewesen. Der Explorand habe Ängste geäußert, dabei zu stürzen. Dr. med. D. ___ legte dar, aus neurologischer Sicht seien die beklagte Symptomatik auf der rechten Körperseite, vorwiegend im Bereich der Flanke, aber auch im Bereich des rechten Beins und des rechten Armes mit Gehschwierigkeiten, die Kopfschmerzen, Schmerzen im Bereich des Achsenskeletts sowie die beklagte Gereiztheit und Vergesslichkeit zu beurteilen. Der Gutachter hielt zu verschiedenen auffallenden Diskrepanzen fest, zum einen vermute der Hausarzt, welcher den Exploranden seit sehr langer Zeit kenne, einen somatoformen Symptomenkomplex im Rahmen einer chronischen Arbeitsproblematik, Midlife-Crisis oder soziokulturellen Deprivation. Der Explorand habe eine Wesensveränderung durchgemacht. Anlässlich einer Hospitalisation im C. ___ habe kein organisches Korrelat gefunden werden können. Des Weiteren sei das C. ___ von einer sensibel betonten Hemisymptomatik links ausgegangen, der Explorand sei offensichtlich zweimal neurologisch untersucht worden und es seien lediglich eine leichte Bradydiadochokinese links und ein «signe du 5ième doigt» links beschrieben worden, auf der rechten Körperseite seien hingegen keinerlei Befunde aufgefallen. Es sei auch keine Gangstörung beschrieben worden. Der Explorand beklage aktuell hingegen Probleme auf

der rechten Körperseite und gebe dann an, anlässlich der Untersuchungen im C.____ seien wohl die Seiten wegen sprachlicher Schwierigkeiten verwechselt worden. Dies erscheine aber wenig plausibel, nachdem die anamnestischen Erhebungen und klinischen Untersuchungsbefunde wie beschrieben dokumentiert seien. Schliesslich gebe der Explorand auch an, man habe von einem «schwarzen Fleck» anlässlich der Bildgebung des Gehirns gesprochen und ihm später auch gesagt, er habe eine «leichte bis mittlere» Gehirnblutung erlitten, was vom Hausarzt später bestätigt worden sei. Demgegenüber würden aber die radiologischen Befunde im C.____ als unauffällig beschrieben bei lediglich Hinweisen auf eine mögliche hypertensive Encephalopathie. Von einem Herdbefund sei nie die Rede gewesen und auch nicht von einer Blutung. Warum der Hausarzt später schreibe, als einziges mögliches Korrelat habe man damals einen kleinen Thalamusinfarkt gefunden, währendem er in den früheren Berichten von fehlenden Korrelaten gesprochen habe, bleibe unklar. Der neurologische Gutachter hielt im Weiteren fest, auch der aktuelle klinisch-neurologische Untersuchungsbefund könne die vom Exploranden angegebenen Beschwerden nie in diesem Ausmass erklären. Es müsse der Verdacht auf eine erhebliche Aggravation durch den Exploranden geäussert werden mit Demonstration von sensomotorischen Störungen und auch der Koordination im Bereich der rechten Körperseite gegenüber diesbezüglich völlig unauffälligem Befund im C.____. Es sei auch kein weiteres Ereignis im Verlauf dokumentiert oder vom Exploranden berichtet worden, welches allenfalls die beklagten Schmerzen und Probleme im Bereich der rechten Körperseite erklären könnte. Der Explorand erscheine aber unverrückbar überzeugt, erheblich krank und behindert zu sein. Eigentlich einzig möglicher Zusammenhang mit Problemen im Bereich der rechten Körperseite sei die Angabe des Hausarztes im Juni 2015 über einen Verdacht auf ein ISG-Reizsyndrom rechts. Möglicherweise habe hier ein «Seitenwechsel» auf die rechte Seite stattgefunden. Ebenfalls etwas rechtsbetont könne aktuell klinisch ein Cervikalsyndrom mit objektiver Tonussteigerung der Muskulatur beschrieben werden, hingegen sei ein ebenfalls vorliegendes Lumbovertebralsyndrom mit ebenfalls objektiver Tonussteigerung der Muskulatur nicht seitenbetont. Hinweise auf radikuläre Reiz- oder Ausfallsphänomene im Zusammenhang mit diesem Problem habe man nicht gefunden, ebenso wenig Anhaltspunkte für eine spinale oder periphere neurologische Problematik. Die anlässlich der klinischen Untersuchung auffallenden Befunde betreffend Koordination seien nicht organisch bedingt, insbesondere deshalb, weil der Explorand vor der klinischen Untersuchung keinerlei Zeichen für eine solche Störung gezeigt habe. Auch die Schwierigkeiten bei den Gleichgewichtsprüfungen erschienen nicht mit genügender Wahrscheinlichkeit neurologisch erklärbar. Was die beklagten Kopfschmerzen mit typischen Begleitsymptomen einer Migräne betreffe, so könne die Diagnose einer episodischen Migräne ohne Aura mit genügender Wahrscheinlichkeit gestellt werden. Die Angaben des Exploranden über Gereiztheit und Vergesslichkeit erschienen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht organisch bedingt. Fraglich sei auch die Indikation der Verschreibung von Lyrica. Es könne zu Beginn der Verschreibung nachvollzogen werden, dass im Rahmen eines vermuteten Thalamus-Infarkts die Indikation in der Behandlung von vermuteten neuropathischen Schmerzen bestanden habe. Heute bestünden aber keine fassbaren Hinweise auf neuropathische Beschwerden, sodass die Indikation einer Weiterverschreibung überprüft werden müsse, auch wenn der Explorand angebe, bei einem Auslassversuch erheblich mehr Schmerzen gehabt zu haben, was aber eine rein subjektive Angabe darstelle. Die Prognose sei unsicher, der Explorand sei sehr von seiner starken Erkrankung überzeugt und es scheine bereits eine Chronifizierung eingetreten zu sein. Zur

Arbeitsfähigkeit gab der Gutachter an, aufgrund der Probleme im Bereich der Wirbelsäule seien dem Exploranden keine körperlich schweren Arbeitstätigkeiten mehr zumutbar. Auch repetitive Arbeiten über Schultergürtelhöhe, repetitive Tätigkeiten im Bücken und unter Rotationen der Wirbelsäule seien nicht mehr zumutbar. Einen Beruf habe der Explorand nicht erlernt. Er habe zunächst jahrelang als Verkäufer von Textilien gearbeitet, dann als Mitarbeiter «Versand/Druck» sehr lange in der Papierverarbeitung. Eine Verkaufstätigkeit sei aus neurologischer Sicht weiterhin uneingeschränkt zumutbar. Die Tätigkeit im Versand und Druck entspreche laut Dokumentation des Arbeitgebers einer körperlich eher mittelschweren, selten schweren Tätigkeit. Damit könne diese Tätigkeit nur noch zugemutet werden, wenn die genannten Einschränkungen eingehalten werden können. Falls dies der Fall sei, sei die Tätigkeit weiterhin uneingeschränkt zumutbar, sonst hingegen nicht mehr. Die möglichen Einschränkungen betreffend letzte Arbeitstätigkeit gälten ab dem Untersuchungsdatum, da zuvor zu wenig objektive Befunde dokumentiert seien. Zumutbar seien aktuell aus rein neurologischer Sicht körperlich leichte bis mittelschwere Arbeitstätigkeiten ohne repetitive Arbeit über Schulterhöhe, im Bücken oder unter Rotationen der Wirbelsäule mit vollem Pensum. Dass der Explorand zunächst vom C.____ voll arbeitsunfähig geschrieben worden sei, als ein Thalamus Infarkt vermutet worden sei, sei nachvollziehbar. In der Folge sei die weitere Arbeitsunfähigkeit vorwiegend aus psychiatrischer Sicht attestiert worden, sodass keine Stellungnahme aus neurologischer Sicht erfolgen könne. Die Einschätzung durch den Exploranden selber, auch eine leichtere Arbeit höchstens zu 50 % verrichten zu können, sei in diesem Ausmass aus neurologischer Sicht nicht zu begründen. Abschliessend wurde ausgeführt, an medizinischen Massnahmen könne eine physiotherapeutische Behandlung und insbesondere auch eine medizinische Trainingstherapie zur Stärkung und Stabilisierung der Rumpf- und insbesondere Rückenmuskulatur empfohlen werden. Damit sollten die Rückenbeschwerden tendenziell rückläufig sein. Besondere berufliche Massnahmen seien aus neurologischer Sicht nicht erforderlich, es könne höchstens empfohlen werden, Hilfe bei der Suche nach einer geeigneten Arbeitsstelle zu gewähren. Die Prognose sei unsicher, der Explorand sei sehr von einer starken Erkrankung überzeugt und es scheine bereits eine Chronifizierung eingetreten zu sein. Zur Behandlung und Eingliederung wurde festgehalten, die Indikation einer Behandlung mit Lyrica erscheine fraglich. Sonst bestünden keine Hinweise für eine nicht lege artis erfolgte Therapie. Da bisher keine Eingliederungsmassnahmen erfolgt seien, könne man keine Aussagen zur Kooperation des Exploranden machen. Eingliederungsmassnahmen seien aus neurologischer Sicht zumutbar. Es bestünden deutliche Hinweise auf Aggravation. Hinweise auf eine Vernachlässigung von therapeutischen Optionen bestünden nicht. Eine krankheitsbedingte Unfähigkeit zur Therapieadhärenz liege aus neurologischer Sicht nicht vor. Zur Konsensbesprechung mit Dr. med. E.____ vom 29. August 2016 wurde angegeben, da aus psychiatrischer Sicht nie Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit bestanden hätten und auch aktuell nicht vorhanden seien, könnten in bidisziplinärem Konsens die Ausführungen aus neurologischer Sicht vollumfänglich übernommen werden (IV-Nr. 23). 3.8.2 Dem im Rahmen der bidisziplinären Begutachtung erstellten psychiatrischen Gutachten von Dr. med. E.____, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, vom 9. September 2016 kann entnommen werden, dass der Beschwerdeführer am 16. August 2016 in Anwesenheit einer Dolmetscherin psychiatrisch untersucht und begutachtet wurde. Der psychiatrische Gutachter konnte keine psychische Krankheit mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizieren. Als psychiatrische Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gab er einen «pavor

nocturnus (ICD-10 F41.4)» an. Im Rahmen der Beurteilung hielt Dr. med. E.____ im Wesentlichen fest, anlässlich der aktuellen Untersuchung lasse sich ein Schmerzsyndrom mit Schmerzen unterschiedlicher Intensität im Bereich der gesamten rechten Körperhälfte nachweisen. Den somatischen Akten könne nicht klar entnommen werden, inwieweit sich diese Schmerzen hinreichend durch eine körperliche Störung erklären liessen. Aus psychiatrischer Sicht müsse gesagt werden, dass sich eine Belastung nachweisen lasse, welche schwerwiegend genug sei, um in einem ursächlichen Zusammenhang mit den Schmerzen zu stehen. Diesbezüglich sei die Krankheit der Ehefrau zu nennen, sie leide seit dem Jahr 2013 offenbar an einer Hemiplegie infolge einer Hirnblutung. Sie sei wegen ihrer Beschwerden an den Rollstuhl gebunden. Während der aktuellen Untersuchung hinterlasse der Explorand insgesamt nicht den Eindruck, unter andauernden schweren und quälenden Schmerzen zu leiden. Während der 1,75 Std. dauernden Exploration deuteten Mimik und Gestik beim Gespräch über Themen, die nicht die Beschwerden beträfen, zu keinem Zeitpunkt ein Schmerzerleben an. Schmerzen würden lediglich vorübergehend angedeutet beim Gespräch über die Schmerzen selbst. Des Weiteren habe der Explorand berichtet, dass die Schmerzen in der rechten Körperhälfte seit Beginn der Krankenschreibung im April 2015 bestünden und sich nie in der linken Körperhälfte manifestiert hätten. In den früheren somatischen Berichten, im Speziellen im neurologischen Sprechstundenbericht vom 21. September 2015, sei jedoch ein schmerzhaftes sensibel betontes Hemisyndrom links diagnostiziert worden. Mit dieser Tatsache konfrontiert habe der Explorand erklärt, dass er sich möglicherweise damals wegen sprachlicher Probleme nicht richtig habe ausdrücken können. Die diesbezüglichen Angaben des Exploranden seien insgesamt inkonsistent, vage und wenig fassbar. Es lasse sich auch insofern eine Diskrepanz feststellen bezüglich der subjektiv geklagten Beschwerden, als dass sich der Explorand einerseits über andauernde Schmerzen beklage, andererseits darüber, dass die Schmerzen erst nach 30 Minuten Sitzen im Bereich der lumbo-sacralen Wirbelsäule auftreten würden und er danach aufstehen müsse: Während der aktuellen Untersuchung könne er jedoch während 1,75 Stunden ruhig im Stuhl sitzen bleiben. Eine weitere Diskrepanz lasse sich dadurch erkennen, dass der Explorand angebe, wegen seiner Schmerzen keine schweren Lasten mehr heben zu können. Dem Tagesablauf könne jedoch entnommen werden, dass er am Abend jeweils seine Ehefrau vom Rollstuhl ins Bett bringe. Unter Berücksichtigung all dieser Faktoren könne die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung nicht mit Sicherheit gestellt werden. Der psychiatrische Gutachter gab im Weiteren an, es liessen sich anamnestisch die Symptome der oft nervösen, zeitweise traurigen, manchmal aber auch fröhlichen Stimmung, der verminderten Energie, der häufigen Müdigkeit, der Vergesslichkeit, der verminderten Konzentrationsfähigkeit sowie des manchmal auftretenden Gefühls einer allgemeinen Sinnlosigkeit eruieren. Diese Symptome erfüllten die zur Diagnosestellung einer depressiven Episode notwendigen Kriterien nicht. Insbesondere liessen sich anamnestisch keine andauernd bedrückt-traurige oder gereizt-aggressive Stimmung, auch keine Freud-, Lust- oder Interesselosigkeit nachweisen. Während der aktuellen Untersuchung sei die Stimmung ausgeglichen, zu keinem Zeitpunkt lasse sich eine bedrückt-traurige oder gereizt-aggressive Stimmung erkennen. Der Explorand könne oftmals warmherzig lächeln und einige Male verhalten lachen, die affektive Modulationsfähigkeit und die Vitalität seien nicht eingeschränkt. Eine subjektiv vom Exploranden geklagte Müdigkeit oder verminderte Energie, eine Vergesslichkeit oder verminderte Konzentrationsfähigkeit liessen sich während der aktuellen Untersuchung klinisch nicht feststellen. Der Explorand mache meist präzise zeitliche Angaben, er sei auch

während der gesamten Untersuchung sehr konzentriert. Unter Berücksichtigung all dieser Faktoren lasse sich die Diagnose einer depressiven Episode nicht objektivieren. Im Bericht des behandelnden Psychiaters Dr. med. G.____ vom 22. März 2016 werde eine rezidivierende depressive Störung mit gegenwärtig mittelgradiger Episode mit somatischem Syndrom diagnostiziert. Eigene erhobene Befunde seien jedoch kaum beschrieben worden, stattdessen seien praktisch ausschliesslich subjektiv geklagte Beschwerden geäussert worden. Das Gleiche treffe auch auf den Bericht von Dr. med. G.____ vom 15. September 2015 zu. Aufgrund dieser fehlenden Befundbeschreibung könne keine Stellungnahme abgegeben werden. Der behandelnde Psychiater scheine die Diagnose der Depression – jedenfalls was die vorerwähnten Berichte angehe – praktisch ausschliesslich auf die subjektiv geklagten Beschwerden des Exploranden abzustützen. Medikamentös antidepressiv werde der Explorand mit Cymbalta 60 mg behandelt. Sollte tatsächlich eine mittelgradige depressive Episode bis im März 2016 vorgelegen haben, könnte somit davon ausgegangen werden, dass diese gut behandelbar sei, da sie sich aktuell nicht mehr nachweisen lasse. Aus der Lebensgeschichte gehe hervor, dass der Explorand nie unter einer Depression gelitten habe. Im Speziellen sei auch erwähnt, dass sich anamnestisch während der aktuellen Untersuchung keine Arbeitsplatzkonflikte gezeigt hätten. Der Explorand sei seiner Tätigkeit stets gerne nachgegangen, mit seinen Vorgesetzten und seinen Mitarbeitern habe er sich gut verstanden. Ferner hielt der psychiatrische Gutachter fest, die aktuell durchgeführte Blutkonzentrationsbestimmung des Cymbalta ergebe einen Wert innerhalb des Normbereichs. Es könne somit davon ausgegangen werden, dass der Explorand das ihm verordnete Antidepressivum regelmässig einnehme. In diesem Kontext sei auch erwähnt, dass das Lyrica wegen der Schmerzen und nicht wegen der Ängste verordnet werde. Der diagnostizierte Pavor nocturnus habe keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit, gemäss den Angaben des Exploranden würden diese Ängste nicht auftreten, wenn er jeweils mit Licht schlafe. Dr. med. E.____ stellte abschliessend fest, schwerwiegende psychiatrische oder somatische Komorbiditäten liessen sich nicht nachweisen. Bezüglich der Persönlichkeitsstruktur müsse gesagt werden, dass sich keine ausgeprägteren Psychopathologien nachweisen liessen. Insgesamt könne man keine Hinweise für das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung feststellen. Sozial sei der Explorand gut eingebettet in der Beziehung mit seiner Ehefrau und seinen drei Kindern, aber auch mit seinen zwei langjährigen Freunden und in der Beziehung mit zwei seiner Geschwister. Behandlungs-anamnestisch lasse sich insgesamt ein ausgewiesener Leidendruck lediglich insofern nachweisen, als dass sich der Explorand seit Juni 2016 (recte: 2015) in psychiatrische Behandlung begeben. Eine Diskrepanz ergebe sich zudem dadurch, dass er in der Selbstbeurteilung der Arbeitsfähigkeit davon ausgehe, zu keiner Tätigkeit mehr fähig zu sein. Dem Tagesablauf könne jedoch entnommen werden, dass er die anfallenden Alltagsarbeiten weitgehend erledigen könne. Er erledige Haushaltsarbeiten, gehe mit der Tochter einkaufen, koche mit der Ehefrau zusammen, zudem schaue er auch für die auf den Rollstuhl angewiesene, behinderte Ehefrau tagsüber. Eine Spitexhilfe bestehe derzeit nicht. Im Rahmen der versicherungsmedizinischen Würdigung hielt der Gutachter fest, aus psychiatrischer Sicht lasse sich keine Krankheit mit Krankheitswert diagnostizieren. Es könne zu keinem Zeitpunkt eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit oder Verminderung der Leistungsfähigkeit sowohl in der zuletzt ausgeübten als auch in einer alternativen Tätigkeit begründet werden. Es liessen sich Ressourcen erkennen, diesbezüglich sei insbesondere die intakte psychosoziale Funktionsfähigkeit des Exploranden innerfamiliär sowie mit seinen beiden Freunden zu nennen. Der Explorand

lese gerne die Zeitung und er sei an Aktualitäten interessiert. Zudem lese er auch gerne Bücher, vor allem historische. Während der aktuellen Untersuchung könne er sich mit einem weitgehend situationsadäquaten Verhalten präsentieren. Die Copingstrategien könnten als ausreichend gut beurteilt werden. Relevante kognitive Beeinträchtigungen liessen sich rein klinisch während der Untersuchung nicht feststellen. Das Fähigkeitsniveau gemessen am Ratingbogen Mini-ICF-APP könne aus rein psychiatrischer Sicht als nicht relevant eingeschränkt beurteilt werden. Auf diese Ressourcen, Copingstrategien und Fähigkeiten könne sich der Explorand bei der Ausübung einer Tätigkeit aus rein psychiatrischer Sicht abstützen. Zu früheren ärztlichen Berichten äusserte sich Dr. med. E.____ dahingehend, es seien zwei Berichte des behandelnden Arztes Dr. med. G.____ vom 22. März 2016 und 15. September 2015 zu erwähnen. Diesbezüglich sei bereits Stellung bezogen worden. Zu ergänzen sei, dass sich die unterschiedliche Einschätzung der Arbeitsfähigkeit wohl hinreichend durch die unterschiedliche Diagnostik erklären lasse. Zudem müsse gesagt werden, dass der behandelnde Psychiater von einer 70%igen Verminderung des Rendements ausgehe, dabei aber nicht alleine psychische, sondern auch körperliche Faktoren berücksichtige. Aus rein psychiatrischer Sicht könne dazu keine Stellungnahme erfolgen. Der Explorand gehe davon aus, dass er zu keiner Tätigkeit mehr fähig sei wegen seiner Schmerzen und seiner Kraftlosigkeit im Bereich der rechten Körperhälfte. Aus rein psychiatrischer Sicht könne indes keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit objektiviert werden. Aus versicherungsmedizinischer Sicht bestehe keine zwingende Indikation für eine Psychotherapie oder eine psychopharmakologische Behandlung. Aus psychiatrischer Sicht seien berufliche Massnahmen indiziert und sinnvoll. Spezielle Anforderungen an einen künftigen Arbeitsplatz seien nicht zu nennen. Die Prognose sei als ungewiss zu beurteilen. Sowohl in der bisherigen Tätigkeit (inkl. zeitlicher Verlauf) als auch in einer angepassten Verweistätigkeit bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 100 % (IV-Nr. 22).

3.9 Dr. med. F.____ hielt in seinem Schreiben vom 29. September 2016 fest, nach intensivem Studium des bidisziplinären Gutachtens sei er der Auffassung, dass die Gutachter ihre Arbeit sehr exakt erledigt hätten. Der Patient sei durch die beiden Ärzte korrekt untersucht worden. Die Schlussfolgerungen könne er nachvollziehen; er schliesse sich ihnen an. Es sei gut zu hören, dass kein schweres körperliches Leiden entdeckt worden sei und dass der Psychiater – im Gegensatz zu Dr. med. G.____ – auch keine Depression habe diagnostizieren müssen. Die Beschwerden seien mehrheitlich dem psychosomatischen Formenkreis zuzuordnen, sicherlich negativ beeinflusst durch das traurige Schicksal der Ehefrau, welche halbseitengelähmt an den Rollstuhl gebunden sei. Eine ganztägige Arbeitsfähigkeit sei unter speziellen Rahmenbedingungen gegeben und wäre sogar aus therapeutischen Überlegungen sehr sinnvoll (Ablenkung, Tagesstruktur, positive Erlebnisse im Arbeitsalltag). Es gelte nun, eine berufliche Wiedereingliederung durch die IV anzustreben (IV-Nr. 25).

3.10 Aus dem Bericht von Dr. med. G.____ vom 22. Oktober 2016 gehen die Diagnosen einer depressiven Episode mittleren Grades mit somatischen Syndrom (ICD-10 F32.11) und einer generalisierten Ängstlichkeit (ICD-10 F41.1) hervor. Sodann wurde im Wesentlichen ausgeführt, der Patient leide gemäss den psychologischen Testverfahren (Beck 21 und Hamilton) an einer mittleren bis schweren Depression. Er sei nicht in der Lage, mit einem höheren Pensum als 30 % zu arbeiten. Es bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von zwischen 70 und 100 % (IV-Nr. 33 S. 3 f.).

3.11 Der RAD-Arzt Dr. med. K.____, Facharzt Allgemeine Medizin FMH, hielt in seiner Stellungnahme vom 6. Dezember 2016 fest, das bidisziplinäre Gutachten sei schlüssig und nachvollziehbar. Die Einwände beinhalteten keine substantiellen und neu

richtungsweisenden Fakten. Der Hausarzt Dr. med. F. ___ begrüsse sogar, dass eine volle Arbeitsfähigkeit attestiert worden sei. Eine orthopädische Begutachtung sei nicht notwendig. Es gehe vielmehr um Auswirkungen neurologischer Art, was nun abgeklärt worden sei. Abgesehen davon handle es sich bei Beschwerden des Iliosakralgelenks (ISG) nicht um ein spezifisches orthopädisches Problem, insbesondere weil es auch nicht orthopädisch therapiert werde, sondern allenfalls physiotherapeutisch bzw. chiropraktisch, was auch erfolgt sei. Weitere Abklärungen seien nicht notwendig. Die bisherige, körperlich schwere Tätigkeit als Mitarbeiter im Versand/Druck im Schichtbetrieb sei seit April 2015 nicht mehr zumutbar. In einer angepassten Verweistätigkeit bestehe keine Einschränkung der Zumutbarkeit (IV-Nr. 34 S. 2 f.). 3.12 Im Rahmen des Vorbescheidverfahrens äusserte sich der RAD-Arzt in seiner Stellungnahme vom 10. März 2017 noch dahingehend, den Einwänden des Beschwerdeführers liessen sich keine Informationen entnehmen, welche eine andere versicherungsmedizinische Beurteilung zuliessen; das bidisziplinäre Gutachten sei nach wie vor massgebend. Syndromale Schmerzzustände verlangten nicht regelmässig weitere Bildgebungen (CT, MRI). Es sei Sache des Arztes, die Indikation für derartige Zusatzuntersuchungen zu stellen, was im vorliegenden Fall auch von Seiten der Behandler als nicht notwendig erachtet worden sei. Umso mehr, als neurologischerseits kein Hinweis auf eine radikuläre Problematik (Druck auf Nervenwurzel) und auch keine relevante Funktionseinschränkung bestehe. Bekanntlicherweise führten ergänzende Bildgebungen oft zu Zufallsbefunden ohne Zusammenhang zur eigentlichen Problematik bzw. klinischen Symptomatik. Ausserdem sei im Einwandschreiben auch keine klare Fragestellung ersichtlich, warum ergänzende Abklärungen notwendig seien. Solche erforderten in der Medizin eine klare Indikationsstellung, was hier nicht der Fall sei. Es seien keine weiteren medizinischen Abklärungen notwendig (IV-Nr. 46).

E. 4

4.1 Die Beschwerdegegnerin lehnte den Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente sowie berufliche Eingliederungsmassnahmen mit Verfügung vom 5. Mai 2017 im Wesentlichen mit der Begründung ab, gemäss den Abklärungen sei der Beschwerdeführer seit dem 17. April 2015 in seiner Arbeitsfähigkeit erheblich eingeschränkt. Seine langjährige Tätigkeit als Mitarbeiter im Versand/Druck sei seither nicht mehr zumutbar. Eine körperlich angepasste Verweistätigkeit sei jedoch vollschichtig und ohne Leistungseinbusse zuzumuten. Mit einer solchen Tätigkeit sei es dem Beschwerdeführer möglich, ein rentenausschliessendes Einkommen zu erwirtschaften. Bei der Suche nach einer geeigneten Stelle sei er nicht auf eine besondere Unterstützung der Invalidenversicherung angewiesen. Der Invaliditätsgrad betrage 7 %. Abweichend vom Vorbescheid werde beim Invalideneinkommen kein leidensbedingter Abzug vorgenommen. Als Entscheidungsgrundlage diene das bidisziplinäre Gutachten der Dres. med. D. ___ und E. ___ vom 3. und 9. September 2016. Die geltend gemachten Einwände könnten keine Zweifel an der gutachterlichen Beurteilung erwecken. Besonders zu erwähnen sei, dass die gutachterlichen Schlussfolgerungen auch für den Hausarzt nachvollziehbar seien. Sodann diagnostiziere Dr. med. G. ___ übereinstimmend mit dem psychiatrischen Gutachter keine somatoforme Schmerzstörung. Es sei daher mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, dass dem Beschwerdeführer körperlich mittelschwere Tätigkeiten ohne repetitive Arbeiten über Schultergürtelhöhe und ohne repetitive Tätigkeiten im Bücken und unter Rotationen der Wirbelsäule uneingeschränkt zumutbar seien. Der medizinische Sachverhalt sei hinreichend abgeklärt worden (IV-Nr. 49).

Der Beschwerdeführer lässt demgegenüber geltend machen, es sei ihm eine Invalidenrente zuzusprechen. Zur Begründung wird im Wesentlichen ausgeführt, in der IV-Anmeldung vom 9. September 2015 sei es zu einem folgenschweren Kommunikationsfehler gekommen. Die in Ziff. 6.1 geschilderte Kraftlosigkeit betreffe nicht die linke, sondern die rechte Körperhälfte. Dieser Kommunikationsfehler werde zu Unrecht als Zeichen von Unglaubwürdigkeit des Beschwerdeführers gewertet. Dieser habe gegenüber den Gutachtern bestätigt, dass seine Schmerzen in der rechten Körperhälfte lokalisiert seien. Dr. med. F.____ beschreibe sodann eine abrupte Verschlechterung des Gesundheitszustands. Weder die beiden Gutachter noch die Beschwerdegegnerin hätten sich mit der unbestreitbar vorliegenden Wesensveränderung und den gesundheitlichen Veränderungen auseinandergesetzt. Auf das bidisziplinäre Gutachten könne nicht abgestellt werden. Es sei ein neues neurologisches, psychiatrisches und orthopädisches Gutachten erstellen zu lassen, das sich schweremässig mit dieser abrupten Wesensveränderung auseinandersetze. Im Weiteren stehe die Beurteilung der Beschwerdegegnerin im Widerspruch zu den Feststellungen im Gutachten. Obwohl die Gutachter der Auffassung seien, die frühere Tätigkeit sei weiterhin ausführbar, vertrete die Beschwerdegegnerin die Ansicht, die angestammte frühere Tätigkeit sei nicht mehr zuzumuten. Aus den Arztberichten des Hausarztes sowie den Beschreibungen des Beschwerdeführers anlässlich der Untersuchung gebe es deutliche Hinweise auf krankhafte Beschwerden im Bereich der Wirbelsäule. Ausserdem sei auch die Wunde am Fuss zu kontrollieren. Gemäss den Beschwerdeschilderungen seien massive Funktionseinschränkungen vorhanden, die orthopädisch abzuklären seien. Im Weiteren leide der Beschwerdeführer seit ca. 15 Jahren an starken Kopfschmerzen mit Ausstrahlung in den rechten Arm, welche sich im April 2015 verstärkt hätten. Er sei auch sehr vergesslich geworden. Wegen der Migräneattacken sei eine neurologische Abklärung zu veranlassen. Ferner leide der Beschwerdeführer an quälenden Schmerzen. Es liege eine somatoforme Schmerzstörung vor, die der Beschwerdeführer nicht überwinden könne. Dies sei anhand der Indikatoren zu prüfen. Bezüglich der Persönlichkeitsveränderung und ■ auffälligkeiten seien Zweifel an den Feststellungen im Gutachten angebracht. Demnach sei auch ein neues psychiatrisches Gutachten erstellen zu lassen. Der medizinische Sachverhalt sei von der Beschwerdegegnerin nicht richtig festgestellt worden.

4.2 Zunächst ist festzuhalten, dass die Beschwerdegegnerin nach Rücksprache mit dem RAD (IV-Nr. 15) ein bidisziplinäres (neurologisches und psychiatrisches) Gutachten bei Dr. med. D.____ und Dr. med. E.____ einholte (vgl. Mitteilung vom 24. März 2016 [IV-Nr. 18] und entsprechender Fragenkatalog [IV-Nr. 19]). Einwände gegen die Gutachter oder gegen die Begutachtung als solche wurden vom Beschwerdeführer nicht erhoben. Ebenso wenig wurde beanstandet, dass gestützt auf die Angaben des Hausarztes auf eine rheumatologische Begutachtung und ■ wie vom Beschwerdeführer nun gefordert ■ auch auf eine orthopädische Begutachtung verzichtet wurde (vgl. IV-Nr. 15 S. 3). Demnach war es zulässig, die Gutachten ohne weitere Zwischenschritte zu veranlassen (BGE 139 V 349 E. 5.4 S. 357; vgl. auch Urteile des Bundesgerichts 9C_549/2017 vom 13. Februar 2018 E. 3.2 und 9C_718/2013 vom 12. August 2014 E. 4, je mit Hinweisen). Der Beschwerdeführer unterzog sich denn auch ohne Einwände der bidisziplinären (neurologischen und psychiatrischen) Begutachtung. Im Folgenden ist zu prüfen, ob dem neurologischen Gutachten von Dr. med. D.____ vom 3. September 2016 und dem psychiatrischen Gutachten von Dr. med. E.____ vom 9. September 2016 Beweiswert zukommt.

E. 5

5.1 Dr. med. D.____ untersuchte den Beschwerdeführer am 25. August 2016, nahm mit Hilfe einer professionellen Dolmetscherin die anamnestischen Erhebungen vor, berücksichtigte die geklagten Beschwerden, würdigte die bisherigen medizinischen Unterlagen und gab die objektiven Befunde der neurologischen Untersuchung im Bereich des Kopfes, der Extremitäten und des Rumpfes bzw. der Wirbelsäule wieder. Gestützt darauf stellte er die Diagnosen mit und ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit, nahm Stellung zu divergierenden Diagnosen und erstellte eine umfassende Zusammenfassung und Beurteilung der neurologischen Situation. Sodann beurteilte er die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers, nahm zu divergierenden Arbeitsfähigkeitsbeurteilungen sowie zu medizinischen und beruflichen Massnahmen Stellung und führte abschliessend am 29. August 2016 zusammen mit dem psychiatrischen Gutachter Dr. med. E.____ eine Konsensbesprechung durch. Das Gutachten wurde von ihm unterzeichnet (vgl. IV-Nr. 23; E. II. 3.8.1 hiervor).

Der begutachtende Neurologe stellt die Diagnosen (mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit) «leichtes, rechtsbetontes, oberes Cervicalsyndrom, ohne relevante Funktionseinschränkung, ohne damit zusammenhängende neurologische Reiz- oder Ausfallssymptomatik und mit leicht schmerzhafter Funktion» sowie «leicht bis mässig ausgeprägtes Lumbovertebralsyndrom, ohne relevante Funktionseinschränkung und ohne damit zusammenhängende neurologische Reiz- oder Ausfallssymptomatik» und hält fest, die weiteren Diagnosen (episodische Migräne ohne Aura; Status nach Nierensteinoperation 1998, Rezidiv im Herbst 2014 anamnestisch; Status nach Operation wegen Hämorrhoiden 2000 anamnestisch) verursachten keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Im Weiteren hält er ausdrücklich fest, aus neurologischer Sicht sei zunächst ein Thalamus-Infarkt vermutet worden, was aktuell nicht mehr mit genügender Wahrscheinlichkeit bestätigt werden könne. Sodann legt Dr. med. D.____ im Rahmen der «Zusammenfassung und Beurteilung» eingehend, umfassend und detailliert dar, aus neurologischer Sicht sei die beklagte Symptomatik auf der rechten Körperseite, vorwiegend im Bereich der Flanke, aber auch im Bereich des rechten Beines und des rechten Armes mit Gehschwierigkeiten, die Kopfschmerzen, die Schmerzen im Bereich des Achsenskeletts sowie die beklagte Gereiztheit und Vergesslichkeit zu beurteilen. Er stellt dabei verschiedene auffällige Diskrepanzen fest: Der langjährige Hausarzt vermute einen somatoformen Symptomenkomplex im Rahmen einer chronischen Arbeitsproblematik, Midlife-Crisis oder einer soziokulturellen Deprivation; der Patient habe eine Wesensveränderung durchgemacht. Anlässlich einer Hospitalisation im C.____ habe kein organisches Korrelat gefunden werden können. Im Weiteren sei vom C.____ in den zwei vorliegenden Berichten vom 26. Juni 2015 (vgl. E. II. 3.2 hiervor) und 21. September 2015 (vgl. E. II. 3.5 hiervor) von einer sensibel betonten Hemisymptomatik links ausgegangen worden, der Explorand sei offensichtlich zweimal neurologisch untersucht worden und es sei lediglich eine leichte Bradydysdiadochokinese links (Störung der Fähigkeit, aufeinanderfolgende antagonistische Bewegungen wie Pro- und Supination in normaler Geschwindigkeit durchzuführen) und ein «signe du 5ième doigt» links beschrieben worden, auf der rechten Körperseite hingegen seien keine auffallenden Befunde festgestellt worden. Der Explorand beklage jedoch aktuell Probleme auf der rechten Körperseite und gebe an, anlässlich der Untersuchungen im C.____ seien wohl die Seiten aufgrund sprachlicher Schwierigkeiten verwechselt worden (IV-Nr. 23 S. 13). Dr. med. D.____ hält dazu fest, dies erscheine wenig plausibel, nachdem die anamnestischen Erhebungen und klinischen Untersuchungsbefunde wie oben

beschrieben dokumentiert seien. Dieser Auffassung ist zu folgen, erscheint es doch unwahrscheinlich, dass die Fachärzte des C.____ die Körperseite des Beschwerdeführers nach dessen stationärem Aufenthalt vom 28. Mai bis 2. Juni 2015 angeblich wegen Verständigungsschwierigkeiten gleich in zwei Arztberichten verwechselt haben könnten. Vom Vorliegen eines solchen wiederholten Irrtums kann nicht ausgegangen werden, zumal der Beschwerdeführer gemäss den Angaben im neurologischen Sprechstundenbericht vom 21. September 2015 in Begleitung seiner Tochter in die Sprechstunde kam, welche beim Übersetzen behilflich war (vgl. IV-Nr. 12 S. 2). Im Weiteren legt der neurologische Gutachter nachvollziehbar dar, der Angabe des Beschwerdeführers, wonach im C.____ anlässlich der Bildgebung des Gehirns von einem «schwarzen Fleck» gesprochen worden sei und ihm später gesagt worden sei, er habe eine «leichte bis mittlere» Hirnblutung erlitten, was vom Hausarzt später bestätigt worden sei, könne nicht gefolgt werden. Die radiologischen Befunde im C.____ seien als unauffällig beschrieben worden bei lediglich Hinweisen auf eine mögliche hypertensive Encephalopathie (degenerative Veränderungen des Gehirns). Von einem Herdbefund oder einer Blutung sei nie die Rede gewesen (IV-Nr. 23 S. 13). Dieser Auffassung ist zu folgen, ergaben doch die Untersuchungen im C.____ (CT des Schädels vom 28. Mai 2015 und MR des Schädels vom 29. Mai 2015) unauffällige Befunde (vgl. IV-Nr. 12 S. 2 f. und 16 S. 4; E. II. 3.2 und 3.5 hiervor). Auf die Beurteilung des neurologischen Gutachters, ein Thalamus-Infarkt könne aktuell nicht mit genügender Wahrscheinlichkeit bestätigt werden (IV-Nr. 23 S. 10 Ziff. 5.3.), ist somit abzustellen.

5.2 Sodann beschreibt Dr. med. D.____ nachvollziehbar und schlüssig, auch der aktuelle klinisch-neurologische Untersuchungsbefund könne die vom Beschwerdeführer angegebenen Beschwerden nie in diesem Ausmass erklären. Es müsse der Verdacht auf eine erhebliche Aggravation durch den Exploranden geäussert werden mit Demonstration von sensomotorischen Störungen und auch der Koordination im Bereich der rechten Körperseite gegenüber diesbezüglich völlig unauffälligen Befunden im C.____. Es sei auch kein weiteres Ereignis im Verlauf dokumentiert oder vom Exploranden berichtet worden, welches allenfalls die beklagten Schmerzen und Probleme im Bereich der rechten Körperseite erklären könnte. Der Explorand sei aber überzeugt, erheblich krank und behindert zu sein. Einziger möglicher Zusammenhang mit Problemen im Bereich der rechten Körperseite sei die Angabe des Hausarztes im Juni (recte: September) 2015 über einen Verdacht auf ein ISG-Reizsyndrom rechts (vgl. E. II. 3.4 hiervor). Möglicherweise habe hier ein «Seitenwechsel» auf die rechte Seite stattgefunden. Ebenfalls etwas rechtsbetont könne aktuell klinisch ein Cervicalsyndrom mit objektiver Tonussteigerung der Muskulatur beschrieben werden, hingegen sei ein ebenfalls vorliegendes Lumbovertebralsyndrom mit ebenfalls objektiver Tonussteigerung der Muskulatur nicht seitenbetont. Ein Hinweis auf radikuläre Reiz- oder Ausfallphänomene im Zusammenhang mit diesen Problemen sei nicht ersichtlich, ebenso wenig ein Anhaltspunkt für eine spinale oder periphere neurologische Problematik. Die anlässlich der klinischen Untersuchung auffallenden Befunde betreffend Koordination seien nicht organisch bedingt, insbesondere deshalb, weil der Explorand vor der klinischen Untersuchung keinerlei Zeichen für eine solche Störung gezeigt habe. Auch die Schwierigkeiten bei den Gleichgewichtsprüfungen seien nicht mit genügender Wahrscheinlichkeit neurologisch erklärbar (IV-Nr. 23 S. 14). Diesen überzeugenden Ausführungen des Experten ist zu folgen.

5.3 Schliesslich legt der neurologische Gutachter nachvollziehbar dar, was die beklagten Kopfschmerzen mit typischen Begleitsymptomen einer Migräne betreffe, könne die Diagnose einer episodischen Migräne ohne Aura mit genügender Wahrscheinlichkeit gestellt werden. Die Angaben des Exploranden über Gereiztheit und Vergesslichkeit seien mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht organisch bedingt. Sodann bestünden keine fassbaren Hinweise auf neuropathische Beschwerden, sodass die Indikation einer Weiterverschreibung von Lyrica überprüft werden müsse. Die Diagnose einer episodischen Migräne ohne Aura wurde vom Gutachter als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit angegeben (IV-Nr. 23 S. 10 und 14). Auch auf diese Einschätzung ist abzustellen.

5.4 Zur Arbeitsfähigkeit stellt der begutachtende Experte fest, aufgrund der Probleme im Bereich der Wirbelsäule seien dem Exploranden keine körperlich schweren Arbeitstätigkeiten mehr zumutbar. Auch repetitive Arbeiten über der Schultergürtelhöhe, repetitive Tätigkeiten im Bücken und unter Rotationen der Wirbelsäule seien nicht mehr zuzumuten. Die bisherige Tätigkeit könne nur noch zugemutet werden, wenn die oben genannten Einschränkungen eingehalten werden können. Falls dies der Fall sei, sei die bisherigen Tätigkeit weiterhin uneingeschränkt zumutbar, sonst hingegen nicht mehr. Zu Verweistätigkeiten gibt Dr. med. D.____ an, zumutbar seien aktuell aus rein neurologischer Sicht körperlich leichte bis mittelschwere Arbeitstätigkeiten ohne repetitive Arbeit über Schulterhöhe, im Bücken oder unter Rotationen der Wirbelsäule in vollem Pensum (IV-Nr. 23 S. 15). Es besteht kein Hinweis für eine widersprüchliche oder nicht nachvollziehbare Beurteilung der Arbeitsfähigkeit durch den Gutachter.

E. 6

6.1 Das psychiatrische Gutachten von Dr. med. E.____ stützt sich auf die Untersuchungsergebnisse vom 16. August 2016 (IV-Nr. 22 S. 9), wobei das Gespräch in Anwesenheit einer Dolmetscherin geführt wurde (vgl. IV-Nr. 22 S. 10). Der Gutachter konnte aufgrund der bestehenden Aktenlage, der geklagten Beschwerden, der Würdigung der persönlichen, beruflichen und sozialen Anamnese sowie der erhobenen Untersuchungsbefunde keine psychiatrische Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit stellen. Er stellte lediglich eine Nachtangst («pavor nocturnus», ICD-10 F41.4) fest, welche keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit hat. Das psychiatrische Gutachten enthält eine Zusammenfassung der bisherigen persönlichen, beruflichen und gesundheitlichen Entwicklung, eine eingehende, umfassende und detaillierte Beurteilung, eine versicherungsmedizinische Würdigung, eine Stellungnahme zu früheren ärztlichen Berichten und die Beantwortung von Zusatzfragen. Abschliessend wurde darauf hingewiesen, die gemeinsame interdisziplinäre Beurteilung sei im Gutachten von Dr. med. D.____ enthalten. Das Gutachten wurde von Dr. med. E.____ unterzeichnet (IV-Nr. 22; E. II. 3.8.2 hiervor).

Im Rahmen der Beurteilung hält Dr. med. E.____ nachvollziehbar fest, während der aktuellen Untersuchung hinterlasse der Beschwerdeführer nicht den Eindruck, unter andauernden schweren und quälenden Schmerzen zu leiden. Während der 1 ¾ Stunden dauernden Exploration deuteten Mimik und Gestik beim Gespräch über Themen, die nicht die Beschwerden betreffen, zu keinem Zeitpunkt ein Schmerzerleben an. Schmerzen würden lediglich vorübergehend angedeutet beim Gespräch über die Schmerzen selbst. Des Weiteren habe der Explorand berichtet, dass die Schmerzen in der rechten Körperhälfte seit Beginn der Krankschreibung im April 2015 bestünden und sich nie in der linken

Körperhälfte manifestiert hätten. Im neurologischen Sprechstundenbericht vom 21. September 2015 werde jedoch ein schmerzhaftes sensibel betontes Hemisyndrom links diagnostiziert (vgl. E. II. 3.5 hiervor). Mit dieser Tatsache konfrontiert habe der Explorand erklärt, dass er sich damals wegen sprachlicher Probleme möglicherweise nicht richtig habe ausdrücken können. Die diesbezüglichen Angaben des Exploranden seien insgesamt inkonsistent, vage und wenig fassbar. Unter Berücksichtigung sämtlicher Faktoren könne die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung nicht mit Sicherheit gestellt werden (IV-Nr. 22 S. 12 f.). Dieser Einschätzung ist zu folgen, deuten doch die Untersuchungsbefunde des psychiatrischen Gutachters und die inkonsistenten Angaben des Beschwerdeführers auf eine erhebliche Aggravation des Beschwerdeführers hin, weshalb die Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung nicht gestellt werden kann. Der Einwand des Beschwerdeführers, es sei anhand der Indikatoren gemäss BGE 141 V 281 zu prüfen, ob eine Überwindbarkeit der Beschwerden zumutbar sei (Beschwerde, S. 38 Ziff. 39), geht fehl. Der neurologische Gutachter stellte keine psychiatrische Diagnose, welche in den Anwendungsbereich dieser Rechtsprechung fiel. Damit wurde das Vorliegen einer eigenständigen krankheitswertigen psychischen Störung mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit, insbesondere auch das Bestehen einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung, verneint. Daher war es auch nicht erforderlich, zu den Indikatoren Stellung zu nehmen. Voraussetzung für eine Anspruchsberechtigung ist eine lege artis gestellte psychiatrische Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (vgl. BGE 143 V 418 E. 8.1 mit Hinweis). Eine solche liegt hier nicht vor. Auch der behandelnde Psychiater Dr. med. G. ___ diagnostizierte keine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4; vgl. E. II. 3.3. 3.7 und 3.10 hiervor).

6.2 Im Weiteren legt der psychiatrische Gutachter nachvollziehbar dar, die anamnestisch eruierten Symptome (oft nervöse, zeitweise traurige, manchmal aber auch fröhliche Stimmung; verminderte Energie; häufige Müdigkeit; Vergesslichkeit; verminderte Konzentrationsfähigkeit; manchmal auftretendes Gefühl einer allgemeinen Sinnlosigkeit) erfüllten die zur Diagnosestellung einer depressiven Episode notwendigen Kriterien nicht. Insbesondere liessen sich anamnestisch keine andauernd bedrückt-traurige oder gereizt-aggressive Stimmung, auch keine Freud-, Lust- oder Interesselosigkeit nachweisen. Während der aktuellen Untersuchung sei die Stimmung ausgeglichen gewesen und zu keinem Zeitpunkt habe sich eine bedrückt-traurige oder gereizt-aggressive Stimmung erkennen lassen. Eine subjektiv vom Exploranden geklagte Müdigkeit oder verminderte Energie, eine Vergesslichkeit oder eine verminderte Konzentrationsfähigkeit habe man während der aktuellen Untersuchung klinisch nicht feststellen können. Der Explorand habe meist präzise zeitliche Angaben gemacht und sei auch während der gesamten Untersuchung sehr konzentriert gewesen. Nach den Angaben des psychiatrischen Gutachters kann der vom behandelnden Psychiater Dr. med. G. ___ gestellten Diagnose (rezidivierende depressive Störung mit gegenwärtig mittelgradiger Episode mit somatischem Syndrom) nicht gefolgt werden. Der behandelnde Psychiater scheine die Diagnose der Depression, jedenfalls was die Berichte vom 15. September 2015 und 22. März 2016 angehe, praktisch ausschliesslich auf die subjektiv geklagten Beschwerden des Exploranden abzustützen. Sollte tatsächlich eine mittelgradige depressive Episode bis im März 2016 vorgelegen haben, könnte somit davon ausgegangen werden, dass diese gut behandelbar sei, da sie sich aktuell nicht mehr nachweisen lasse. Der psychiatrische Gutachter hält im Weiteren fest, schwerwiegende psychiatrische oder somatische Komorbiditäten liessen sich nicht nachweisen. Hinweise für das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung seien nicht vorhanden

(IV-Nr. 22 S. 13 f.).

6.3 Im Rahmen der versicherungsmedizinischen Würdigung legt Dr. med. E.____ sodann plausibel dar, beim Exploranden liessen sich durchaus Ressourcen feststellen. Diesbezüglich sei insbesondere die intakte psychosoziale Funktionsfähigkeit des Exploranden innerfamiliär und mit seinen beiden Freunden zu nennen. Er lese gerne die Zeitung und sei an Aktualitäten interessiert. Zudem lese er auch gerne Bücher, vor allem historische. Während der aktuellen Untersuchung könne er sich mit einem weitgehend situationsadäquaten Verhalten präsentieren; die Copingstrategien könne man als ausreichend gut beurteilen. Relevante kognitive Beeinträchtigungen habe man rein klinisch während der Untersuchung nicht feststellen können. Auf diese Ressourcen, Copingstrategien und Fähigkeiten könne sich der Explorand bei der Ausübung einer Tätigkeit abstützen (IV-Nr. 22 S. 15).

Zu früheren ärztlichen Berichten des behandelnden Psychiaters vom 15. September 2015 und 22. März 2016 nimmt der psychiatrische Gutachter ferner dahingehend Stellung, die unterschiedliche Einschätzung der Arbeitsfähigkeit lasse sich wohl hinreichend durch die unterschiedliche Diagnostik erklären. Zudem müsse gesagt werden, dass Dr. med. G.____ von einer 70%igen Verminderung des Rendements ausgehe, dabei aber nicht alleine psychische, sondern auch körperliche Faktoren berücksichtige. Aus rein psychiatrischer Sicht könne keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit objektiviert werden (IV-Nr. 22 S. 16). Abschliessend hält Dr. med. E.____ fest, sowohl in der bisherigen als auch in einer angepassten Verweistätigkeit bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 100 %. Die gemeinsame interdisziplinäre Beurteilung sei im Gutachten von Dr. med. D.____ enthalten (IV-Nr. 22 S. 20 f.). Dieser ausführlichen und überzeugenden Einschätzung des psychiatrischen Gutachters ist zu folgen.

E. 7

7.1 Die Berichte des Hausarztes Dr. med. F.____ vom 23. Juni 2015 (IV-Nr. 6 S. 10 f.; E. II. 3.1. hiervor), vom 15. September 2015 (IV-Nr. 11 S. 8 f.; E. II. 3.4 hiervor), vom 25. September 2015 (IV-Nr. 11 S. 1 f.; E. II. 3.6 hiervor), des C.____, Departement Innere Medizin, vom 26. Juni 2015 (IV-Nr. 16; E. II. 3.2 hiervor) und Medizinische Klinik, vom 22. September 2015 (IV-Nr. 12; E. II. 3.5 hiervor) sowie des behandelnden Psychiaters Dr. med. G.____ vom 15. September 2015 (IV-Nr. 13.3 S. 7 ff.; E. II. 3.3 hiervor) und 22. März 2016 (IV-Nr. 17 S. 5 ff.; E. II. 3.7) vermögen an den überzeugenden Schlussfolgerungen der bidisziplinären Begutachtung von Dr. med. E.____ und Dr. med. E.____ vom 3. und 9. September 2016 nichts zu ändern. Von den behandelnden Ärzten werden keine Aspekte erwähnt, die bei der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben wären (vgl. E. II. 2.6 hiervor). Es sind keine konkreten Indizien ersichtlich, die gegen die Zuverlässigkeit der bidisziplinären Expertise sprechen würden (vgl. E. II. 2.5 hiervor). So weist denn auch der Hausarzt in seiner Stellungnahme zum Gutachten vom 29. September 2016 ausdrücklich darauf hin, er habe dieses intensiv studiert und sei der Auffassung, dass die Gutachter gute Arbeit geleistet und eine korrekte Untersuchung durchgeführt hätten. Auch deren Schlussfolgerungen könne er nachvollziehen und sich diesen anschliessen. Es sei gut zu hören, dass kein schweres körperliches Leiden entdeckt worden sei und dass der psychiatrische Gutachter ■ im Gegensatz zu Dr. med. G.____ ■ auch keine Depression habe diagnostizieren müssen. Er sei ebenfalls der Meinung, dass eine ganztägige Arbeitsfähigkeit unter speziellen Rahmenbedingungen gegeben sei und sogar aus therapeutischen Überlegungen sehr sinnvoll wäre (IV-Nr. 25; E. II. 3.9 hiervor).

Sodann vermag auch der nach dem Gutachten erstellte medizinische Bericht des behandelnden Psychiaters vom 22. Oktober 2016 (IV-Nr. 33 S. 3 f.; E. II. 3.10 hiervor) den Beweiswert des Gutachtens nicht zu schmälern. Nach den Angaben des RAD (Dr. med. K. ____, Facharzt Allgemeine Medizin FMH) ist das Gutachten schlüssig und nachvollziehbar. Die Einwände beinhalteten keine substanziellen und neuen richtungsweisenden Fakten. Ausserdem sei eine orthopädische Begutachtung nicht notwendig, da Auswirkungen insbesondere neurologischer Art abzuklären seien, was nun erfolgt sei. Die bisherige Tätigkeit sei, da es sich um eine körperlich schwere Arbeit handle, seit April 2015 nicht mehr zumutbar. In einer angepassten Verweistätigkeit bestehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (IV-Nr. 34 S. 2 f.; E. II. 3.11 hiervor). Diese Einschätzung steht ■ entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers (vgl. Beschwerde, S. 18) ■ nicht im Widerspruch zu den gutachterlichen Angaben und wurde vom RAD-Arzt im Rahmen des Vorbescheidverfahrens bestätigt, indem er darauf hinwies, er könne den erhobenen Einwänden keine Informationen entnehmen, welche eine andere versicherungsmedizinische Beurteilung zuliesse. Es seien keine weiteren medizinischen Abklärungen notwendig (IV-Nr. 46 S. 2; E. II. 3.12 hiervor). Dem ist beizupflichten.

7.2 Das umfassende bidisziplinäre Gutachten vom 3. und 9. September 2016 berücksichtigt die geklagten Beschwerden und wurde in Kenntnis der Vorakten abgegeben. Im Weiteren leuchtet es in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation ein und die Schlussfolgerungen der Experten wurden eingehend und umfassend begründet. Dem bidisziplinären Gutachten kommt somit volle Beweiskraft zu, weshalb darauf abzustellen ist (vgl. E. II. 2.5 hiervor). Für weitergehende Beweiserhebungen, namentlich die Einholung eines polydisziplinären Gutachtens unter Einschluss der vom Beschwerdeführer verlangten orthopädischen Begutachtung, besteht kein Anlass, sind doch von solchen Beweissmassnahmen unter den gegebenen Umständen keine neuen Erkenntnisse zu erwarten (antizipierte Beweiswürdigung; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_576/2015 vom 21. September 2015 E. 3.2 mit Hinweisen).

8. Die Beschwerdegegnerin ermittelte in der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 5. Mai 2017 einen Invaliditätsgrad von 7 %, wobei sie dem Valideneinkommen von CHF 71'718.00 den Tabellenwert der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) 2014 von CHF 66'710.00 (nach Aufrechnung der Wochenstunden und Berücksichtigung des Nominallohnindex) als Invalideneinkommen gegenüberstellte und ■ im Gegensatz zum Vorbescheid vom 26. Januar 2017 (IV-Nr. 38) ■ keinen leidensbedingten Abzug mehr vornahm (IV-Nr. 49). Dieser Einkommensvergleich erweist sich als sachgerecht und ist nicht zu beanstanden. Er wird vom Beschwerdeführer denn auch nicht bestritten.

9. Nach dem Gesagten ist die vorliegend angefochtene Verfügung vom 5. Mai 2017, worin der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente sowie berufliche Eingliederungsmassnahmen abgewiesen wurde, nicht zu beanstanden. Die Beschwerde ist somit abzuweisen.

E. 10

10.1 Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Parteientschädigung zu Lasten der Beschwerdegegnerin (Art. 61 lit. g ATSG).

10.2 Dem Beschwerdeführer steht ab Prozessbeginn im Genuss der unentgeltlichen Rechtspflege (Verfügung vom 9. August 2017; A.S. 63). Die Kostenforderung ist bei

Unterliegen der Partei mit unentgeltlichem Rechtsbeistand vom Gericht festzusetzen. Der Kanton entschädigt den unentgeltlichen Rechtsbeistand angemessen (Art. 122 Abs. 1 lit. a ZPO). Die Vertreterin des Beschwerdeführers hat am 28. August 2017 eine Kostennote eingereicht. Darin macht sie einen Zeitaufwand von 5 Stunden und 57 Minuten, einen Stundenansatz von CHF 260.00 sowie Auslagen von insgesamt CHF 350.40 geltend.

Reine Kanzleiarbeit wie die Weiterleitung von Dokumenten an die Klientschaft, das Einfordern von Akten, die Kenntnisnahme von Verfügungen und das Stellen von Fristerstreckungsgesuchen etc. sind im Stundenansatz eines Anwalts bereits inbegriffen und nicht separat zu vergüten. Demnach können die unter den folgenden Daten angegebenen Positionen nicht berücksichtigt werden: 29. Mai 2017 (Brief an Herr A.____; 3 Min.), 6. Juni 2017 (Brief an Herr A.____; 3 Min.), 8. Juni 2017 (Brief an Herr A.____; 3 Min.) und 14. August 2017 (Brief an Herr A.____; 3 Min.). Auch das Retournieren der Empfangsbescheinigung vom 14. August 2017 an das Versicherungsgericht (Verfügung vom 9. August 2017; 3 Min.) stellt Kanzleiaufwand dar, der nicht zusätzlich zu vergüten ist. Sodann ist die geltend gemachte Position «Ausarbeitung der Fragen an Frau Dr. [...]» vom 23. August 2017 (15 Min.) verfahrensfremd und kann nicht berücksichtigt werden. Damit verbleibt ein zu berücksichtigender Zeitaufwand von 5 Stunden und 27 Minuten. Der Auslagenersatz beläuft sich demnach auf CHF 344.40. Im Weiteren beträgt der Stundenansatz gestützt auf § 161 i.V.m. § 160 Abs. 3 des Gebührentarifs (GT; BGS 615.11) CHF 180.00.

Damit beläuft sich die Kostenforderung auf insgesamt CHF 1'431.45 (Honorar von CHF 981.00 zuzüglich Auslagen von CHF 344.40 und MwSt [8 %] von CHF 106.05). Dieser Betrag ist von der Zentralen Gerichtskasse des Kantons Solothurn zu bezahlen. Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren sowie der Nachzahlungsanspruch der unentgeltlichen Rechtsvertreterin im Umfang von CHF 294.30 (Differenz zu dem mit einem Stundenansatz von CHF 230.00 ermittelten Honorar; eine schriftliche Honorarvereinbarung mit dem geltend gemachten Stundenansatz von CHF 260.00 liegt nicht vor), wenn der Beschwerdeführer zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

10.3 Aufgrund von Art. 69 Abs. 1bisIVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 - 1'000.00 festgelegt. Im vorliegenden Fall hat der Beschwerdeführer die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen, welche jedoch infolge Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege durch den Kanton Solothurn zu übernehmen sind (Art. 122 Abs. 1 lit. b ZPO). Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren, wenn der Beschwerdeführer zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

Demnach wird erkannt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Die Kostenforderung der unentgeltlichen Rechtsbeiständin, Franziska Ryser-Zwygart, Rechtsanwältin, [...], wird auf CHF 1'431.45 (inkl. Auslagen und MwSt) festgesetzt, zahlbar durch die Zentrale Gerichtskasse des Kantons Solothurn. Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren sowie der Nachzahlungsanspruch der unentgeltlichen Rechtsvertreterin im Umfang von CHF 294.30,

wenn der Beschwerdeführer zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

3. Der Beschwerdeführer hat die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen, die infolge Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege durch den Staat Solothurn zu übernehmen sind. Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren, wenn der Beschwerdeführer zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

Rechtsmittel

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

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Die Vizepräsidentin Der Gerichtsschreiber

Weber-Probst Schmidhauser

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