

SO_GERICHTE VSBES.2017.151 vom 10. Mai 2017

SO Obergericht, 2017-05-10, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2017.151

FR: SO_GERICHTE VSBES.2017.151 du 10 mai 2017

IT: SO_GERICHTE VSBES.2017.151 del 10 maggio 2017

Erwägungen

E. 1

1.1 Der 1968 geborene A.____ (nachfolgend Beschwerdeführer) meldete sich am 26. Mai 2015 bei der IV-Stelle des Kantons Solothurn (nachfolgend Beschwerdegegnerin) unter Hinweis auf eine psychische Krankheit (Depression, posttraumatischer Stress, Angstzustände, Schlafstörungen) zum Leistungsbezug an (Akten der IV-Stelle [IV-Nr.] 2). Die Beschwerdegegnerin zog einen Bericht des behandelnden Psychiaters, Dr. med. B.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, vom 7. September 2015 bei (IV-Nr. 12). Am 1. April 2016 führte Dr. med. C.____, Facharzt Allgemeine Medizin FMH, RAD, im Beisein der Ehefrau des Beschwerdeführers und eines Dolmetschers ein Gespräch mit dem Beschwerdeführer (IV-Nr. 19). Anschliessend holte die Beschwerdegegnerin bei Dr. med. D.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, ein spezialärztliches Gutachten vom 13. August 2016 ein (IV-Nr. 25.1). Der behandelnde Psychiater Dr. med. B.____ nahm am 26. September 2016 zum Gutachten von Dr. med. D.____ Stellung (IV-Nr. 29).

1.2 Mit Vorbescheid vom 20. Januar 2017 (IV-Nr. 32 S. 2 f.) stellte die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer in Aussicht, sie werde einen Anspruch auf berufliche Massnahmen und eine Invalidenrente verneinen. Der Beschwerdeführer erhob dagegen am 1. Februar 2017 Einwände und verlangte eine erneute Begutachtung (IV-Nr. 33). Mit Verfügung vom 10. Mai 2017 (IV-Nr. 35, A.S. [Akten-Seite] 1 ff.) verneinte die Beschwerdegegnerin einen Anspruch des Beschwerdeführers auf berufliche Massnahmen und eine Invalidenrente.

2. Dagegen lässt der Beschwerdeführer am 6. Juni 2017 Beschwerde erheben (A.S. 5). Diese wird am 20. Juni 2017 verbessert und begründet. Der Beschwerdeführer stellt folgende Rechtsbegehren:

1. Die Verfügung der IV-Stelle Solothurn vom 10. Mai 2017 sei aufzuheben und dem Beschwerdeführer seien rückwirkend seit dem frühestmöglichen Rentenbeginn die ihm gesetzlich zustehenden Versicherungsleistungen, insbesondere eine Invalidenrente in gesetzlicher Höhe, zuzusprechen.

Eventualiter sei die Verfügung der IV-Stelle Solothurn vom 10. Mai 2017 aufzuheben und ein gerichtliches Gutachten einzuholen. Sodann sei der Leistungsanspruch gestützt darauf neu zu beurteilen.

2. Unter Kosten und Entschädigungsfolgen zu Lasten der IV-Stelle Solothurn.

Eventualiter sei dem Beschwerdeführer für das vorliegende Beschwerdeverfahren die unentgeltliche Rechtspflege zu gewähren unter Beiordnung des Unterzeichnenden als unentgeltlicher Rechtsvertreter.

3. Die Beschwerdegegnerin verzichtet in ihrer Beschwerdeantwort vom 24. August 2017 (A.S. 35) auf Bemerkungen zur Beschwerde und schliesst auf deren Abweisung.
4. Mit Verfügung vom 27. April 2018 (A.S. 42) wird dem Beschwerdeführer ab Prozessbeginn die unentgeltliche Rechtspflege (Befreiung von sämtlichen Gerichtskosten und von der Kostenvorschusspflicht) bewilligt und Daniel Gehrig, Rechtsanwalt, [...], als unentgeltlicher Rechtsbeistand bestellt.
5. Mit Verfügung vom 28. Juni 2018 (A.S. 47) wird bei Dr. med. E.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, [...], unter Beizug eines arabischen Dolmetschers ein Gerichtsgutachten eingeholt. Das Gutachten ergeht am 27. September 2018 (A.S. 53).
6. Mit Stellungnahme vom 11. Oktober 2018 (A.S. 72 f.) lässt sich der Beschwerdeführer dazu vernehmen und stellt den Antrag, dem Beschwerdeführer sei rückwirkend seit dem frühestmöglichen Rentenbeginn eine ganze Invalidenrente zuzusprechen.

Die Beschwerdegegnerin verzichtet auf eine Stellungnahme zum Gerichtsgutachten (A.S. 81).

7. Auf die Ausführungen der Parteien in ihren Rechtsschriften wird nachfolgend, soweit notwendig, eingegangen. Im Übrigen wird auf die Akten verwiesen.

II.

1. Die Sachurteilsvoraussetzungen (Einhaltung von Frist und Form, örtliche und sachliche Zuständigkeit des angerufenen Gerichts) sind erfüllt. Auf die Beschwerde ist einzutreten.

E. 2

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

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

E. 3

3.1 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang

und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 132 V 99 f. E. 4, 125 V 261 E. 4).

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

3.3 Der Sozialversicherungsrichter hat alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf er bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum er auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Für den Beweiswert eines Arztberichtes ist demnach entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der 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, 125 V 351 E. 3a S. 352 mit Hinweis).

3.4 Einem im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten medizinischen Gutachten durch externe Spezialärzte, welches auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten erstellt wurde und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangt, in der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 135 V 465 E. 4.4 S. 469 f.).

3.5 Die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag der therapeutisch tätigen (Fach-) Person einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits lässt es nicht zu, ein Administrativgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer 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: Urteil des Bundesgerichts 9C_276/2016 vom 19. August 2016 E. 3.1.1).

4. Gemäss den Ausführungen des Beschwerdeführers habe der Gutachter Dr. med. D.____, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, im vorliegenden Fall eine medizinisch-theoretische Arbeitsfähigkeit von 50 % bis 70 % festgestellt. Dementsprechend erweise es sich vorab als unzutreffend, wenn die Beschwerdegegnerin in der Begründung zur angefochtenen Verfügung durchgehend von einer Arbeitsfähigkeit von angeblich 70 % ausgehe. Der Gutachter habe im vorliegenden Fall hinsichtlich der Frage der medizinisch-theoretisch maximal zumutbaren Arbeitsfähigkeit bewusst eine Bandbreite definiert. Richtigerweise sei somit entweder zu Gunsten des Versicherten vom tieferen Wert von 50 % oder zumindest vom Durchschnittswert dieser Bandbreite von 60 % auszugehen; was beides ohne weiteres zu einem rentenbegründenden Invaliditätsgrad von (mindestens) 40 % führen würde. Des Weiteren müsste dem Beschwerdeführer im vorliegenden Fall so oder anders ein leidensbedingter Abzug angerechnet werden. Im vorliegenden Fall bestünden beim Beschwerdeführer gleich mehrere Faktoren, welche typischerweise zu einem leidensbedingten Abzug berechtigen würden: Der Beschwerdeführer sei bereits 50 Jahre alt, verfüge über einen Migrationshintergrund und spreche keine Amtssprache. Überdies sei er bereits seit über zwei Jahren arbeitslos und verfüge über keine Berufsausbildung. Dementsprechend sei dem Beschwerdeführer im vorliegenden Fall ein leidensbedingter Abzug von mindestens 15 % anzurechnen. Sodann habe Dr. med. D.____ in seinem psychiatrischen Gutachten ausdrücklich festgehalten, dass «unter Berücksichtigung der Aggravation» von einer Arbeitsfähigkeit von 50 % bzw. 70 % auszugehen sei. Mit anderen Worten sei die vom Gutachter festgestellte Arbeitsfähigkeit bereits um die Aggravation «bereinigt». Bei dieser Ausgangslage könne somit im Rahmen der gutachterlich festgestellten Einschränkung nicht von einem Ausschlussgrund im Sinne der neueren bundesgerichtlichen Rechtsprechung ausgegangen werden, wonach regelmässig keine versicherte Gesundheitsschädigung vorliege, soweit die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung beruhe. Darüber hinaus mache die Beschwerdegegnerin zu Unrecht geltend, dass die diagnostizierte mittelgradige depressive Erkrankung angeblich nicht invalidisierend, da therapeutisch angebar, sei. Hinsichtlich der therapeutischen Möglichkeiten halte der Gutachter fest, ein medizinisch-theoretisch angesagter teilstationärer Aufenthalt (über mehrere Monate) in einer psychotherapeutisch ausgerichteten psychiatrischen Klinik entfalle mangels genügender Sprachkenntnisse. Diese Tatsache könne dem Beschwerdeführer selbstredend nicht zu seinem Nachteil gereichen. Schliesslich gelte es im Zusammenhang mit einer allfälligen medizinisch-theoretisch verwertbaren Resterwerbsfähigkeit des Beschwerdeführers zu bedenken, dass der Gutachter festgehalten habe, realiter und unter dem psychosozialen Kontext dürfte die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers wesentlich tiefer ausfallen und sich vielleicht gar gegen null Prozent bewegen. Mit Blick auf diese ■ zutreffende ■ gutachterliche Einschätzung sei der Beschwerdeführer somit insgesamt ■ d.h. namentlich unter Mitberücksichtigung der persönlichen Faktoren ■ in einem Masse gesundheitlich eingeschränkt, dass von einer wirtschaftlich verwertbaren Resterwerbsfähigkeit nicht mehr gesprochen werden könne. Dies gelte umso mehr, als der Beschwerdeführer über keine Ausbildung verfüge und überdies bereits seit über zwei Jahren aus dem Arbeitsleben ausgeschieden sei, keine Amtssprache spreche, über einen Migrationshintergrund verfüge und bereits rund 50 Jahre alt sei.

Demgegenüber vertritt die Beschwerdegegnerin die Ansicht, ob das vom psychiatrischen Sachverständigen im Gutachten festgestellte überdeutliche Aggravationsverhalten die Annahme einer Gesundheitsbeeinträchtigung verbiete, könne letztlich offen gelassen

werden, da bereits die diagnostizierten Leiden nicht invalidisierend resp. nicht versichert seien. Der mittelgradigen depressiven Episode fehle es an einem hinreichenden Schweregrad, um diese als invalidisierend anzusehen, da sie therapeutisch angehbar sei. Es könne aufgrund der Aktenlage nämlich nicht davon die Rede sein, dass die aus fachärztlicher Sicht indizierten zumutbaren (ambulanten und stationären) Behandlungsmöglichkeiten in kooperativer Weise optimal und nachhaltig ausgeschöpft seien (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_14/2017 vom 15. März 2017 E. 4.2). Zudem werde im Gutachten die vom behandelnden Psychiater diagnostizierte posttraumatische Belastungsstörung (F43.1) in nachvollziehbarer Weise verworfen. Die vom psychiatrischen Sachverständigen in subsyndromaler Form diagnostizierte posttraumatische Belastungsstörung bedeute, dass diese psychische Krankheit zu gering und/oder zu kurz ausgeprägt sei, um die nach Zahl und/oder Dauer von Symptomen (Diagnosekriterien) vereinbarte Schwelle operationalisierter Diagnosen (nach ICD-10) zu erreichen, also unter dieser Schwelle liege (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_944/2010 vom 21. März 2011 E. 7.2.4). Da aber psychische Störungen der hier interessierenden Art nach der Rechtsprechung nur als invalidisierend gelten würden, wenn sie schwer und therapeutisch nicht (mehr) angehbar seien (vgl. BGE 141 V 281 E. 4.3.1.2), sei der subsyndromalen Form der posttraumatischen Belastungsstörung keine invalidisierende Wirkung zuzuerkennen. Der Gutachter habe die «Pflicht», bei unklarer und inkonsistenter Anamneseerhebung (was hier unzweifelhaft der Fall sei) weitere anamnestische Angaben einzuholen, damit er eine Beurteilungsgrundlage habe. Dementsprechend sei dieser Kritikpunkt nicht valide (siehe Stellungnahme des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) vom 30. November 2016, S. 3). Ergänzend sei anzumerken, dass das Einholen fremdanamnestischer Auskünfte im Ermessensspielraum des Gutachters stehe (vgl. Urteil des Bundesgericht 9C_270/2012 vom 23. Mai 2012 E. 4.2).

5. Streitig und zu prüfen ist somit, ob die Beschwerdegegnerin den Leistungsanspruch des Beschwerdeführers zu Recht verneint hat. In diesem Zusammenhang sind im Wesentlichen folgende medizinischen Unterlagen von Belang:

5.1 Der behandelnde Psychiater des Beschwerdeführers, Dr. med. B. ____, führte in seinem Bericht vom 26. Mai 2015 (IV-Nr. 5) aus, der Beschwerdeführer stehe seit 24. September 2014 in seiner Behandlung, aufgrund von posttraumatischem Stress und rezidivierenden depressiven Episoden, aktuell schwere Episode. Der Beschwerdeführer sei irakischer Herkunft und seit 2008 in der Schweiz. Er sei politischer Flüchtling. Er habe in seinem Land schwere Gewalt durch bewaffnete Gruppen erlitten (Haus angezündet, bewaffnete Angriffe und Entführung des Sohnes). Diese Ereignisse stellten schwere Traumatisierungen für den Beschwerdeführer dar. Seit ca. einem Jahr beginne er Symptome von Traurigkeit und Angst zu entwickeln, Schlafstörungen, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Flashbacks die erlittenen Ereignisse betreffend. Er sei überzeugt, dass die Aggressoren ihn weiterhin verfolgen würden, um ihn zu verletzen. Trotz einer ausgedehnten Medikation (Seroquel XR 200mg, Haldol 6mg, Cymbalta 90mg) blieben die Symptome bestehen.

5.2 Im Bericht vom 7. September 2015 (IV-Nr. 12, S. 5) hielt Dr. med. B. ____ fest, beim Beschwerdeführer bestehe eine komplexe posttraumatische Belastungsstörung (seit 2014), DD anhaltendes Delir. Er sei seit dem 24. September 2014 zu 100 % arbeitsunfähig. Der Gesundheitszustand sei stationär. Der Versicherte benötige die andauernde Präsenz seiner Angehörigen, um besser mit seinen Ängsten umgehen zu können. Er lebe isoliert, er habe

wenig Kontakt mit aussen, er habe Angst nach draussen zu gehen, da er überzeugt sei, dass er von Terroristen verfolgt und überwacht werde, er lebe in der Angst, dass die Leute ihn wieder finden und angreifen würden. Er weine oft während der Gespräche, er sei angespannt, traurig, sehe müde aus. Das Haldol sei wegen Wirkungslosigkeit ausgewechselt worden. Aktuelle Medikation: Cymbalta 120mg, Clopixol 15mg, Seroquel 200mg. Der Beschwerdeführer sei aufgrund der erwähnten Symptome nicht imstande, einer Erwerbstätigkeit nachzugehen. Aufgrund seiner psychotischen und einschränkenden Symptome habe er Mühe, das tägliche Leben zu meistern. Er sei nicht stabil.

5.3 Dr. med. D. ____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, stellte in seinem Gutachten vom 13. August 2016 (IV-Nr. 25.1) folgende Diagnosen:

Weiter lägen diverse psychosoziale Faktoren vor, welche den Beschwerdeführer beeinträchtigen dürften. Zumindest von Folgenden sei auszugehen:

Auch wenn diese Belastungsfaktoren per se nicht als krankheitsrelevant gelten würden, wie auch als IV-fremd anzusehen seien, dürften sie das depressive Störungsbild wie auch das subsyndromale PTBS-Zustandsbild bislang unterhalten haben und dieses weiterhin nähren. Bezüglich der Arbeitsfähigkeit sei es ausgesprochen schwierig Stellung zu beziehen, weil die Kooperation des Versicherten eingeschränkt gewesen sei, weil von einem deutlichen Aggravationsverhalten auszugehen sei. Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit seien von Seiten der depressiven Störung zu erwarten. Der Versicherte dürfte im Denken wie in der Psychomotorik verlangsamt sein, vor allem aber im Antrieb eine Limitierung erfahren, vorzeitig auch erschöpfen. Die Antriebsstörung und -müdigkeit des Versicherten sehe er, Dr. med. D. ____, vor allem bedingt durch die Depression per se, den inneren Kampf mit den depressiven Gefühlen, der Scham, dann aber auch mit den kreisenden Gedanken rund um seine eigene Traumatisierung, dann aber auch um seinen Sohn, vor allem aber um seine desolante Situation in der Schweiz mit fehlender sozialer und beruflicher Eingliederung. Schwierig sei es nun, diese Antriebs- und Affektstörung quantifizieren zu wollen, zumal, wie ausführlich beschrieben, von einer überdeutlich aggravierenden Darstellung der Beschwerden auszugehen sei. Sicherlich aber dürfte das Zustandsbild aufgrund der beschriebenen Befunde (auch unter Ausklammerung sämtlicher psychosozialer Belastungsfaktoren wie des Aggravationsverhaltens) als nicht derart gravierend und einschränkend anzusehen sein, dass nun von einer vollen Arbeitsunfähigkeit auszugehen sei, wie dies der Versicherte zur Darstellung bringe bzw. auch der Behandler postuliere. Unter Ausklammerung sämtlicher ihn limitierender psychosozialer Belastungsfaktoren und des Aggravationsverhaltens sei zusammenfassend rein aufgrund der Befundlage medizinisch-theoretisch von einer Arbeitsfähigkeit von 50 % auszugehen, die ■ vorzugsweise an fünf Tagen die Woche zu realisieren ■ dem Versicherten zumutbar sein sollte. Einschränkend dürften vor allem die Antriebsstörung, die psychomotorische Verlangsamung und die Denkverlangsamung sein. Unter Berücksichtigung der Aggravation dürften nun aber sämtliche dieser Befunde ■ Antriebsstörung, die psychomotorische Verlangsamung und die Denkverlangsamung, aber auch andere nota bene ■ deutlich weniger gravierend zu werten sein, als in der Untersuchung präsentiert, wenn er beispielsweise unmittelbar nach der Untersuchung sich draussen mit forsem Gang bewegen könne oder in der Lage sei, sich quasi durch die ganze Schweiz und bis ins Elsass mit dem Auto zu bewegen. Unter Berücksichtigung der Aggravation sei zumindest von einer Arbeitsfähigkeit von 70 % auszugehen, beispielsweise als Chauffeur bzw. als Bote: Pizzabote zum Beispiel.

5.4 In seiner Stellungnahme zum Gutachten vom 26. September 2016 (IV-Nr. 29) führte Dr. med. B.____ aus, der Experte habe eine Recherche in der Umgebung des Beschwerdeführers gemacht, um Informationen über ihn zu suchen, das sei aus rechtlicher und ethischer Sicht fragwürdig. Sodann sei anzufügen, dass der Beschwerdeführer (welcher die Namen der Medikamente nicht gekannt habe) ihm, Dr. med. B.____, angegeben habe, dass er die neue Behandlung nicht vertrage (das Clopixol) und er habe gemeint, dass es das Topamax sei, was die Verwirrung in Bezug auf seine medikamentöse Behandlung anlässlich der Begutachtung erkläre. In Bezug auf die Medikamenten-Compliance zeigten die Resultate, dass der Beschwerdeführer seine Medikamente einnehme, entsprechend der Erklärungen. Des Weiteren hätten der Beschwerdeführer und seine Ehefrau erklärt, dass der Gutachter seine Stimme erhoben und sich ihnen gegenüber genervt verhalten habe, weil sie die Medikamentenliste nicht mitgebracht hätten. Dieses Verhalten sei als Gesprächseröffnung nicht statthaft und provoziere eine Verschlimmerung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers. Im Psychostatus erwähne der Gutachter, der Versicherte sei fragil, gespannt, verlangsamt, deprimiert, er zeige eine Verminderung der Lust, der Freude, der Motivation und der Libido, er bemerke, dass der Beschwerdeführer zweimal geweint habe und dass er Gedanken rund um die traumatisierenden Ereignisse habe: Schuldgefühle und Scham. Er bemerke Schlaf- und Appetitstörungen wie auch Suizidgedanken. Diese Symptome seien mit einem depressiven Zustand kompatibel. Der Beschwerdeführer präsentiere Alpträume betreffend die erlittenen Aggressionen, er erlebe die traumatisierenden Geschehnisse wieder, wenn er Lärm höre oder zufällig eine Gewaltszene sehe. Dies beeinträchtige seinen Alltag. Leider würden diese Symptome vom Experten banalisiert. In diesem Zusammenhang sei er, Dr. med. B.____, der Meinung, dass der Beschwerdeführer zu 100 % arbeitsunfähig sei.

5.5 Dr. med. C.____, Facharzt für Allgemeine Medizin FMH, vom RAD, hielt in seiner Stellungnahme vom 30. November 2016 (IV-Nr. 31) fest, die Medikamentencompliance des Versicherten sei (im Gegensatz zur Beurteilung des Gutachters) als gut zu erachten, bei einer eher kleinen täglichen Quetiapin-Dosis sei selbstredend auch tendenziell ein niedrigerer Blutspiegel zu erwarten. Ausserdem sei nun auch klar, dass Clopixol gestoppt worden sei, weshalb der zu erwartende Blutspiegel bei null liege. Insofern sei dem Behandler Recht zu geben. Sodann stelle der Gutachter klar und nachvollziehbar die Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode sowie einer subsyndromalen Form einer posttraumatischen Belastungsstörung. Nachvollziehbar komme er dabei auch zum Schluss, dass in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit noch eine Zumutbarkeit von 50 % bestehe. Dabei berücksichtige er auch, dass das gezeigte regressive Verhalten des Versicherten nicht einfach per se übernommen und in eine komplette «Alltags- und Arbeitsuntauglichkeit» übersetzt werden könne. Vielmehr nehme er seine Aufgabe ernst zu evaluieren, welche Anstrengungen dem Versicherten ohne ein regressionsförderndes Umfeld zumutbar wären, um die noch vorhandenen Ressourcen zu aktivieren. Aus Sicht von Dr. med. C.____ sei der vom Gutachter vollzogene Schritt zur beurteilten Zumutbarkeit von 70 % jedoch nur eingeschränkt nachvollziehbar. Der Gutachter erwähne als Begründung v.a. die Aggravation (oder wie er es auch nenne «ein bewusstseinsnah inszeniertes und theatralisch anmutendes Aggravationsverhalten») sowie die Inkonsistenzen. Dieses Aggravationsverhalten müsste dann als schwer und in der Nähe einer Simulation beurteilt werden. In diesem Fall würde es sich um die juristische Frage handeln, ob nun ein Ausschlussgrund im Sinne der «PÄUSBONOG-Indikatoren» vorliege. In diesem Fall wäre die Zumutbarkeit wohl nicht höher, sondern deren Beurteilung würde gänzlich entfallen

(resp. es wäre formal keine Einschränkung der Zumutbarkeit festzustellen). Aus all diesen Gründen sei aufgrund des Gutachtens von einer generellen Arbeitsfähigkeit von 50 % seit September 2014 (Behandlungsbeginn bei Dr. B.____) auszugehen.

E. 4

Gemäss den Ausführungen des Beschwerdeführers habe der Gutachter Dr. med. D.____, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, im vorliegenden Fall eine medizinisch-theoretische Arbeitsfähigkeit von 50 % bis 70 % festgestellt. Dementsprechend erweise es sich vorab als unzutreffend, wenn die Beschwerdegegnerin in der Begründung zur angefochtenen Verfügung durchgehend von einer Arbeitsfähigkeit von angeblich 70 % ausgehe. Der Gutachter habe im vorliegenden Fall hinsichtlich der Frage der medizinisch-theoretisch maximal zumutbaren Arbeitsfähigkeit bewusst eine Bandbreite definiert. Richtigerweise sei somit entweder zu Gunsten des Versicherten vom tieferen Wert von 50 % oder zumindest vom Durchschnittswert dieser Bandbreite von 60 % auszugehen; was beides ohne weiteres zu einem rentenbegründenden Invaliditätsgrad von (mindestens) 40 % führen würde. Des Weiteren müsste dem Beschwerdeführer im vorliegenden Fall so oder anders ein leidensbedingter Abzug angerechnet werden. Im vorliegenden Fall bestünden beim Beschwerdeführer gleich mehrere Faktoren, welche typischerweise zu einem leidensbedingten Abzug berechtigen würden: Der Beschwerdeführer sei bereits 50 Jahre alt, verfüge über einen Migrationshintergrund und spreche keine Amtssprache. Überdies sei er bereits seit über zwei Jahren arbeitslos und verfüge über keine Berufsausbildung. Dementsprechend sei dem Beschwerdeführer im vorliegenden Fall ein leidensbedingter Abzug von mindestens 15 % anzurechnen. Sodann habe Dr. med. D.____ in seinem psychiatrischen Gutachten ausdrücklich festgehalten, dass «unter Berücksichtigung der Aggravation» von einer Arbeitsfähigkeit von 50 % bzw. 70 % auszugehen sei. Mit anderen Worten sei die vom Gutachter festgestellte Arbeitsfähigkeit bereits um die Aggravation «bereinigt». Bei dieser Ausgangslage könne somit im Rahmen der gutachterlich festgestellten Einschränkung nicht von einem Ausschlussgrund im Sinne der neueren bundesgerichtlichen Rechtsprechung ausgegangen werden, wonach regelmässig keine versicherte Gesundheitsschädigung vorliege, soweit die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung beruhe. Darüber hinaus mache die Beschwerdegegnerin zu Unrecht geltend, dass die diagnostizierte mittelgradige depressive Erkrankung angeblich nicht invalidisierend, da therapeutisch angebar, sei. Hinsichtlich der therapeutischen Möglichkeiten halte der Gutachter fest, ein medizinisch-theoretisch angesagter teilstationärer Aufenthalt (über mehrere Monate) in einer psychotherapeutisch ausgerichteten psychiatrischen Klinik entfalle mangels genügender Sprachkenntnisse. Diese Tatsache könne dem Beschwerdeführer selbstredend nicht zu seinem Nachteil gereichen. Schliesslich gelte es im Zusammenhang mit einer allfälligen medizinisch-theoretisch verwertbaren Resterwerbsfähigkeit des Beschwerdeführers zu bedenken, dass der Gutachter festgehalten habe, realiter und unter dem psychosozialen Kontext dürfte die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers wesentlich tiefer ausfallen und sich vielleicht gar gegen null Prozent bewegen. Mit Blick auf diese – zutreffende – gutachterliche Einschätzung sei der Beschwerdeführer somit insgesamt – d.h. namentlich unter Mitberücksichtigung der persönlichen Faktoren – in einem Masse gesundheitlich eingeschränkt, dass von einer wirtschaftlich verwertbaren Resterwerbsfähigkeit nicht mehr gesprochen werden könne. Dies gelte umso mehr, als der Beschwerdeführer über keine Ausbildung verfüge und überdies bereits seit über zwei Jahren aus dem Arbeitsleben ausgeschieden sei, keine Amtssprache spreche, über einen Migrationshintergrund verfüge

und bereits rund 50 Jahre alt sei. Demgegenüber vertritt die Beschwerdegegnerin die Ansicht, ob das vom psychiatrischen Sachverständigen im Gutachten festgestellte überdeutliche Aggravationsverhalten die Annahme einer Gesundheitsbeeinträchtigung verbiete, könne letztlich offen gelassen werden, da bereits die diagnostizierten Leiden nicht invalidisierend resp. nicht versichert seien. Der mittelgradigen depressiven Episode fehle es an einem hinreichenden Schweregrad, um diese als invalidisierend anzusehen, da sie therapeutisch angebar sei. Es könne aufgrund der Aktenlage nämlich nicht davon die Rede sein, dass die aus fachärztlicher Sicht indizierten zumutbaren (ambulanten und stationären) Behandlungsmöglichkeiten in kooperativer Weise optimal und nachhaltig ausgeschöpft seien (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_14/2017 vom 15. März 2017 E. 4.2). Zudem werde im Gutachten die vom behandelnden Psychiater diagnostizierte posttraumatische Belastungsstörung (F43.1) in nachvollziehbarer Weise verworfen. Die vom psychiatrischen Sachverständigen in subsyndromaler Form diagnostizierte posttraumatische Belastungsstörung bedeute, dass diese psychische Krankheit zu gering und/oder zu kurz ausgeprägt sei, um die nach Zahl und/oder Dauer von Symptomen (Diagnosekriterien) vereinbarte Schwelle operationalisierter Diagnosen (nach ICD-10) zu erreichen, also unter dieser Schwelle liege (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_944/2010 vom 21. März 2011 E. 7.2.4). Da aber psychische Störungen der hier interessierenden Art nach der Rechtsprechung nur als invalidisierend gelten würden, wenn sie schwer und therapeutisch nicht (mehr) angebar seien (vgl. BGE 141 V 281 E. 4.3.1.2), sei der subsyndromalen Form der posttraumatischen Belastungsstörung keine invalidisierende Wirkung zuzuerkennen. Der Gutachter habe die «Pflicht», bei unklarer und inkonsistenter Anamneseerhebung (was hier unzweifelhaft der Fall sei) weitere anamnestische Angaben einzuholen, damit er eine Beurteilungsgrundlage habe. Dementsprechend sei dieser Kritikpunkt nicht valide (siehe Stellungnahme des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) vom 30. November 2016, S. 3). Ergänzend sei anzumerken, dass das Einholen fremdanamnestischer Auskünfte im Ermessensspielraum des Gutachters stehe (vgl. Urteil des Bundesgericht 9C_270/2012 vom 23. Mai 2012 E. 4.2).

E. 5

Streitig und zu prüfen ist somit, ob die Beschwerdegegnerin den Leistungsanspruch des Beschwerdeführers zu Recht verneint hat. In diesem Zusammenhang sind im Wesentlichen folgende medizinischen Unterlagen von Belang: 5.1 Der behandelnde Psychiater des Beschwerdeführers, Dr. med. B.____, führte in seinem Bericht vom 26. Mai 2015 (IV-Nr. 5) aus, der Beschwerdeführer stehe seit 24. September 2014 in seiner Behandlung, aufgrund von posttraumatischem Stress und rezidivierenden depressiven Episoden, aktuell schwere Episode. Der Beschwerdeführer sei irakischer Herkunft und seit 2008 in der Schweiz. Er sei politischer Flüchtling. Er habe in seinem Land schwere Gewalt durch bewaffnete Gruppen erlitten (Haus angezündet, bewaffnete Angriffe und Entführung des Sohnes). Diese Ereignisse stellten schwere Traumatisierungen für den Beschwerdeführer dar. Seit ca. einem Jahr beginne er Symptome von Traurigkeit und Angst zu entwickeln, Schlafstörungen, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Flashbacks die erlittenen Ereignisse betreffend. Er sei überzeugt, dass die Aggressoren ihn weiterhin verfolgen würden, um ihn zu verletzen. Trotz einer ausgedehnten Medikation (Seroquel XR 200mg, Haldol 6mg, Cymbalta 90mg) blieben die Symptome bestehen. 5.2 Im Bericht vom 7. September 2015 (IV-Nr. 12, S. 5) hielt Dr. med. B.____ fest, beim Beschwerdeführer bestehe eine komplexe posttraumatische Belastungsstörung (seit 2014), DD anhaltendes Delir. Er sei seit dem 24. September 2014 zu 100 % arbeitsunfähig. Der Gesundheitszustand sei

stationär. Der Versicherte benötige die andauernde Präsenz seiner Angehörigen, um besser mit seinen Ängsten umgehen zu können. Er lebe isoliert, er habe wenig Kontakt mit aussen, er habe Angst nach draussen zu gehen, da er überzeugt sei, dass er von Terroristen verfolgt und überwacht werde, er lebe in der Angst, dass die Leute ihn wieder finden und angreifen würden. Er weine oft während der Gespräche, er sei angespannt, traurig, sehe müde aus. Das Haldol sei wegen Wirkungslosigkeit ausgewechselt worden. Aktuelle Medikation: Cymbalta 120mg, Clopixol 15mg, Seroquel 200mg. Der Beschwerdeführer sei aufgrund der erwähnten Symptome nicht imstande, einer Erwerbstätigkeit nachzugehen. Aufgrund seiner psychotischen und einschränkenden Symptome habe er Mühe, das tägliche Leben zu meistern. Er sei nicht stabil.

5.3 Dr. med. D.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, stellte in seinem Gutachten vom 13. August 2016 (IV-Nr. 25.1) folgende Diagnosen: - Traumafolgestörung mit/bei · mittelgradiger depressiver Episode mit somatischen Symptomen (F32.11) · Subsyndromaler Form bzw. Teilaspekte einer posttraumatischen Belastungsstörung (F43.1) Weiter lägen diverse psychosoziale Faktoren vor, welche den Beschwerdeführer beeinträchtigen dürften. Zumindest von Folgenden sei auszugehen: - Opfer von kriegsrischen Verbrechen (Z65.4) mit Flucht in die Schweiz mit dann Schwierigkeiten bei der kulturellen Eingewöhnung (Z60.3) und - Probleme in Verbindung mit der Berufstätigkeit und - erhebliche Probleme in der Erziehung des Sohnes (Z62) Auch wenn diese Belastungsfaktoren per se nicht als krankheitsrelevant gelten würden, wie auch als IV-fremd anzusehen seien, dürften sie das depressive Störungsbild wie auch das subsyndromale PTBS-Zustandsbild bislang unterhalten haben und dieses weiterhin nähren. Bezüglich der Arbeitsfähigkeit sei es ausgesprochen schwierig Stellung zu beziehen, weil die Kooperation des Versicherten eingeschränkt gewesen sei, weil von einem deutlichen Aggravationsverhalten auszugehen sei. Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit seien von Seiten der depressiven Störung zu erwarten. Der Versicherte dürfte im Denken wie in der Psychomotorik verlangsamt sein, vor allem aber im Antrieb eine Limitierung erfahren, vorzeitig auch erschöpfen. Die Antriebsstörung und -müdigkeit des Versicherten sehe er, Dr. med. D.____, vor allem bedingt durch die Depression per se, den inneren Kampf mit den depressiven Gefühlen, der Scham, dann aber auch mit den kreisenden Gedanken rund um seine eigene Traumatisierung, dann aber auch um seinen Sohn, vor allem aber um seine desolante Situation in der Schweiz mit fehlender sozialer und beruflicher Eingliederung. Schwierig sei es nun, diese Antriebs- und Affektstörung quantifizieren zu wollen, zumal, wie ausführlich beschrieben, von einer überdeutlich aggravierenden Darstellung der Beschwerden auszugehen sei. Sicherlich aber dürfte das Zustandsbild aufgrund der beschriebenen Befunde (auch unter Ausklammerung sämtlicher psychosozialer Belastungsfaktoren wie des Aggravationsverhaltens) als nicht derart gravierend und einschränkend anzusehen sein, dass nun von einer vollen Arbeitsunfähigkeit auszugehen sei, wie dies der Versicherte zur Darstellung bringe bzw. auch der Behandler postuliere. Unter Ausklammerung sämtlicher ihn limitierender psychosozialer Belastungsfaktoren und des Aggravationsverhaltens sei zusammenfassend rein aufgrund der Befundlage medizinisch-theoretisch von einer Arbeitsfähigkeit von 50 % auszugehen, die – vorzugsweise an fünf Tagen die Woche zu realisieren – dem Versicherten zumutbar sein sollte. Einschränkend dürften vor allem die Antriebsstörung, die psychomotorische Verlangsamung und die Denkverlangsamung sein. Unter Berücksichtigung der Aggravation dürften nun aber sämtliche dieser Befunde – Antriebsstörung, die psychomotorische Verlangsamung und die Denkverlangsamung, aber auch andere nota bene – deutlich weniger gravierend zu werten sein, als in der Untersuchung präsentiert, wenn er

beispielsweise unmittelbar nach der Untersuchung sich draussen mit forschem Gang bewegen könne oder in der Lage sei, sich quasi durch die ganze Schweiz und bis ins Elsass mit dem Auto zu bewegen. Unter Berücksichtigung der Aggravation sei zumindest von einer Arbeitsfähigkeit von 70 % auszugehen, beispielsweise als Chauffeur bzw. als Bote: Pizzabote zum Beispiel.

5.4 In seiner Stellungnahme zum Gutachten vom 26. September 2016 (IV-Nr. 29) führte Dr. med. B.____ aus, der Experte habe eine Recherche in der Umgebung des Beschwerdeführers gemacht, um Informationen über ihn zu suchen, das sei aus rechtlicher und ethischer Sicht fragwürdig. Sodann sei anzufügen, dass der Beschwerdeführer (welcher die Namen der Medikamente nicht gekannt habe) ihm, Dr. med. B.____, angegeben habe, dass er die neue Behandlung nicht vertrage (das Clopixol) und er habe gemeint, dass es das Topamax sei, was die Verwirrung in Bezug auf seine medikamentöse Behandlung anlässlich der Begutachtung erkläre. In Bezug auf die Medikamenten-Compliance zeigten die Resultate, dass der Beschwerdeführer seine Medikamente einnehme, entsprechend der Erklärungen. Des Weiteren hätten der Beschwerdeführer und seine Ehefrau erklärt, dass der Gutachter seine Stimme erhoben und sich ihnen gegenüber genervt verhalten habe, weil sie die Medikamentenliste nicht mitgebracht hätten. Dieses Verhalten sei als Gesprächseröffnung nicht statthaft und provoziere eine Verschlimmerung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers. Im Psychostatus erwähne der Gutachter, der Versicherte sei fragil, gespannt, verlangsamt, deprimiert, er zeige eine Verminderung der Lust, der Freude, der Motivation und der Libido, er bemerke, dass der Beschwerdeführer zweimal geweint habe und dass er Gedanken rund um die traumatisierenden Ereignisse habe: Schuldgefühle und Scham. Er bemerke Schlaf- und Appetitstörungen wie auch Suizidgedanken. Diese Symptome seien mit einem depressiven Zustand kompatibel. Der Beschwerdeführer präsentiere Alpträume betreffend die erlittenen Aggressionen, er erlebe die traumatisierenden Geschehnisse wieder, wenn er Lärm höre oder zufällig eine Gewaltszene sehe. Dies beeinträchtige seinen Alltag. Leider würden diese Symptome vom Experten banalisiert. In diesem Zusammenhang sei er, Dr. med. B.____, der Meinung, dass der Beschwerdeführer zu 100 % arbeitsunfähig sei.

5.5 Dr. med. C.____, Facharzt für Allgemeine Medizin FMH, vom RAD, hielt in seiner Stellungnahme vom 30. November 2016 (IV-Nr. 31) fest, die Medikamentencompliance des Versicherten sei (im Gegensatz zur Beurteilung des Gutachters) als gut zu erachten, bei einer eher kleinen täglichen Quetiapin-Dosis sei selbstredend auch tendenziell ein niedrigerer Blutspiegel zu erwarten. Ausserdem sei nun auch klar, dass Clopixol gestoppt worden sei, weshalb der zu erwartende Blutspiegel bei null liege. Insofern sei dem Behandler Recht zu geben. Sodann stelle der Gutachter klar und nachvollziehbar die Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode sowie einer subsyndromalen Form einer posttraumatischen Belastungsstörung. Nachvollziehbar komme er dabei auch zum Schluss, dass in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit noch eine Zumutbarkeit von 50 % bestehe. Dabei berücksichtige er auch, dass das gezeigte regressive Verhalten des Versicherten nicht einfach per se übernommen und in eine komplette «Alltags- und Arbeitsuntauglichkeit» übersetzt werden könne. Vielmehr nehme er seine Aufgabe ernst zu evaluieren, welche Anstrengungen dem Versicherten ohne ein regressionsförderndes Umfeld zumutbar wären, um die noch vorhandenen Ressourcen zu aktivieren. Aus Sicht von Dr. med. C.____ sei der vom Gutachter vollzogene Schritt zur beurteilten Zumutbarkeit von 70 % jedoch nur eingeschränkt nachvollziehbar. Der Gutachter erwähne als Begründung v.a. die Aggravation (oder wie er es auch nenne «ein bewusstseinsnah inszeniertes und theatralisch anmutendes Aggravationsverhalten») sowie die

Inkonsistenzen. Dieses Aggravationsverhalten müsste dann als schwer und in der Nähe einer Simulation beurteilt werden. In diesem Fall würde es sich um die juristische Frage handeln, ob nun ein Ausschlussgrund im Sinne der «PÄUSBONOG-Indikatoren» vorliege. In diesem Fall wäre die Zumutbarkeit wohl nicht höher, sondern deren Beurteilung würde gänzlich entfallen (resp. es wäre formal keine Einschränkung der Zumutbarkeit festzustellen). Aus all diesen Gründen sei aufgrund des Gutachtens von einer generellen Arbeitsfähigkeit von 50 % seit September 2014 (Behandlungsbeginn bei Dr. B.____) auszugehen.

E. 6

6.1 Die Beschwerdegegnerin stützte sich bei ihrer Beurteilung in erster Linie auf das psychiatrische Gutachten von Dr. med. D.____ vom 13. August 2016 (IV-Nr. 25.1). Diesbezüglich ist festzuhalten, dass sich die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung noch auf den Standpunkt stellte, nach geltender Rechtsprechung würden leichte bis höchstens mittelschwere psychische Störungen grundsätzlich als therapierbar und somit als nicht invalidisierend gelten. In der Konsequenz bedeute dies, dass in vorliegendem Fall in psychiatrischer Hinsicht von keiner Einschränkung der Arbeitsfähigkeit auszugehen sei. Das Bundesgericht hat jedoch mit Urteil 8C_841/2017 vom 30. November 2017 die vorgenannte Rechtsprechung geändert. Gemäss der bisherigen Rechtsprechung zu leichten bis mittelschweren Depressionen konnten entsprechende Erkrankungen nur dann als invalidisierend in Betracht fallen, wenn sie erwiesenermassen «therapieresistent» waren. Mit der vom Bundesgericht vorgenommenen Praxisänderung gilt dies nicht mehr in dieser absoluten Form. Die entscheidende Frage ist wie bei anderen psychischen Erkrankungen, ob es der betroffenen Person gelingt, auf objektiver Basis den Beweis einer invalidisierenden Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit zu erbringen. Diesbezüglich ist eine Indikatorenprüfung vorzunehmen, was im Gutachten von Dr. med. D.____ vom 13. August 2016 (IV-Nr. 25.1) denn auch gemacht wurde. Somit ist im nachfolgenden zu prüfen, ob mit dem Gutachten von Dr. med. D.____ eine beweismässige Grundlage zur Beurteilung des psychiatrischen Sachverhalts vorliegt.

6.2 Dr. med. D.____ stützte sich bei seiner Beurteilung auf die Vorakten, eine eigene, rund zwei Stunden dauernde Untersuchung des Beschwerdeführers mit Beizug eines Dolmetschers, ein im Anschluss daran geführtes rund halbstündiges Gespräch mit dem Beschwerdeführer und dessen Ehefrau sowie eine ganze Reihe von Drittauskünften, welche der Gutachter telefonisch einholte (vgl. IV-Nr. 25.1, S. 4). Sein Gutachten basiert somit auf vollständigen Grundlagen. Dagegen kann die Schlüssigkeit und Nachvollziehbarkeit der gutachterlichen Darlegungen nicht uneingeschränkt bejaht werden: Die Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode mit somatischen Symptomen wird zwar plausibel hergeleitet, ebenso die sich daraus ergebenden Einschränkungen in Form einer Verlangsamung des Denkens und der Psychomotorik sowie einer Limitierung des Antriebs. Auch seine Beurteilung, wonach Teilaspekte einer posttraumatischen Belastungsstörung gegeben seien, begründet der Gutachter nachvollziehbar. Ungewöhnlich ist dagegen die Vielzahl der Personen (neben dem behandelnden Psychiater sechs weitere Personen, welche mit dem Beschwerdeführer befasst sind), welche der Gutachter telefonisch kontaktierte. Wohl ist die Einholung fremdanamnestischer Angaben im Rahmen eines Gutachtens oft wünschenswert und angezeigt; das Ausmass der telefonisch eingeholten Auskünfte übersteigt aber das Übliche deutlich. Es wird auch nicht ganz klar, welche Schlüsse der Gutachter aus den zahlreichen durch ihn eingeholten fremdanamnestischen Auskünften und

den durch ihn festgestellten Widersprüchen zu früheren Angaben des Beschwerdeführers zieht. Zwar erwähnt er mit entsprechender Begründung eine eingeschränkte Kooperation, viele Inkonsistenzen und ein überdeutliches Aggravationsverhalten. Einzelne der geschilderten Widersprüche weisen aber kaum einen Bezug zum Leistungsvermögen des Beschwerdeführers auf und werden innerhalb des Gutachtens im Vergleich zur eigentlichen Befunderhebung ungewöhnlich stark betont (was auch der Gerichtsgutachter Dr. med. E. ___ kritisiert, vgl. A.S. 65). Bei der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit hält Dr. med. D. ___ zunächst fest, es gehe unter Ausklammerung aller limitierenden psychosozialen Belastungsfaktoren und des Aggravationsverhaltens medizinisch-theoretisch von einer Arbeitsfähigkeit von 50 % aus, erhöht diese dann aber unter Berücksichtigung der Aggravation nochmals auf 70 % (IV-Nr. 25.1 S. 40 f.). Dieses Vorgehen ist nicht nachvollziehbar und wurde auch durch den RAD-Arzt Dr. med. C. ___ in seiner Stellungnahme vom 30. November 2016 (IV-Nr. 31) zu Recht bemängelt. Das Gutachten von Dr. med. D. ___ wird den durch die Rechtsprechung entwickelten Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Stellungnahme (E. II. 3.3 hiervor) somit nicht vollumfänglich gerecht. Es bildet deshalb keine hinreichende Grundlage für die Anspruchsbeurteilung.

7. Aufgrund der vorgenannten Unklarheiten wurde von Seiten des Versicherungsgerichts beim Psychiater Dr. med. E. ___ ein psychiatrisches Gutachten unter Beizug eines arabischen Dolmetschers veranlasst.

7.1 Das psychiatrische Gutachten von Dr. med. E. ___ vom 27. September 2018 (A.S. 84 ff.) wird den allgemeinen rechtsprechungsgemässen Anforderungen gerecht. Es stammt es von einem unabhängigen Facharzt, welcher den Beschwerdeführer eingehend untersucht (S. 3 - 7 des Gutachtens) und die Vorakten studiert hat. Die Aussagen des Experten sind in allen Punkten schlüssig und nachvollziehbar. Dr. med. E. ___ würdigt die Aktenlage und die Aussagen des Beschwerdeführers eingehend und begründet ausführlich und nachvollziehbar die von ihm gestellten Diagnosen einer chronifizierten posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS, ICD-10 F43.1) DD: Andauernde Persönlichkeitsänderung (ICD-10 F62.0) mit mittelstark bis schwer depressiver Episode (ICD-10 F32.2). Aus diagnostischer Hinsicht müsse sicher eine posttraumatische Belastungsstörung in Betracht gezogen werden. Beim Exploranden liege ein Trauma vor, welches lebensbedrohlich gewesen sei, er sei angeschossen worden und es sei anzunehmen, dass eine derartige Bedrohung bei fast allen Menschen eine schwere Reaktion zur Folge hätte. Es sei ihm allerdings gelungen, diesen Vorfall lange Zeit einigermaßen zu verdrängen oder einen Umgang damit zu finden, wodurch er im Alltag in der Lage gewesen sei, genügend seinen Verpflichtungen nachzukommen. Es müsse auch bedacht werden, dass der Explorand in einer bedrohten Situation gestanden habe, habe flüchten müssen und sich dann schliesslich an neue Begebenheiten habe anpassen müssen, was eine erhöhte Aufmerksamkeit und Fokussierung bedeutet habe. Eine Verschlechterung sei erst 2014 eingetreten, als er einen Kopfschlag erlitten habe. Über diesen Unfall lägen keine Angaben vor, doch bestehe kein Zweifel, dass dieser stattgefunden haben könnte. Der Beschwerdeführer interpretierte diesen als Bagatellunfall, in der Meinung, dass er keine Folgeschäden davontragen würde. Dies habe allerdings zu einem völligen Umkippen der vermeintlich psychischen Stabilität geführt, indem die Bilder aus der Vergangenheit hochgekommen seien. Es habe zu einer Wiedererinnerung der bedrohenden Situation geführt, wo er beinahe erschossen worden sei. Er erlebe nun diese Situation in den Träumen, die auch für ihn praktisch Realität würden, er

könne in seiner Erlebensweise nicht mehr unterscheiden zwischen Traum und Wirklichkeit. Derartiges Wiederaufdrängen dieser Erinnerungen schein auch teilweise im Wachzustand aufzutreten, was als Nachhallerinnerung oder Flashback interpretiert werden müsse. Der Explorand fühle sich nun dauernd von der Umwelt bedroht und habe das Gefühl, er könnte erneut angegriffen werden, was zu einem kompletten Rückzug im Sinne eines Vermeidungsverhaltens führe, auch habe er grosse Mühe, darüber zu sprechen. Er gehe zwar bereitwillig auf die Fragen ein, reagiere aber mit massiver innerer Anspannung. Es bestünden eine anhaltend erhöhte Anspannung, Übererregbarkeit, Ängstlichkeit, Konzentrationsschwierigkeiten. Die Schlafstörungen schienen nicht im Vordergrund zu stehen, solange er keine Alpträume habe, wobei er auch sedierende Medikamente einnehme. Im Grunde genommen müsste eine derartige Symptomatik gemäss ICD-10 innerhalb von 6 Monaten auftreten, was beim Exploranden allerdings nicht der Fall sei, sondern die Symptomatik sei erst mit 7-jähriger Latenz aufgetreten. Ein derart latentes Auftreten sei allerdings bekannt und wiederholt zu beobachten, oft z.B. auch bei Kriegsflüchtlingen. In diesem Sinne seien die Kriterien für eine posttraumatische Belastungsstörung weitgehend erfüllt. Diskutiert werden könne über den langdauernden Verlauf. Trotz Therapiemassnahmen könne vier Jahre nach Auftreten der Symptomatik keine wesentliche Veränderung festgestellt werden, weswegen mittlerweile eine andauernde Persönlichkeitsänderung in Betracht gezogen werden müsse. In diesem Sinne könne der Behandlungsstelle zugestimmt werden, wo eine posttraumatische Belastungsstörung angenommen werde. Auch Dr. med. D.____ gehe zumindest ansatzweise auf eine derartige Störung ein, indem er eine subsyndromale Form von Teilaspekten eines PTBS annehme. Er sei der Meinung, dass nicht Nachhallerinnerungen oder Flashbacks im Sinne des nicht Steuerbar-Intrusiven vorliege, weswegen er diese abgewandelte Diagnose annehme. Seiner Meinung nach bestehe auch kein Hyperarousal mit körperlicher Übererregbarkeit, auch kein dissoziatives Erleben. In der vorliegenden Untersuchung falle allerdings auf, dass der Explorand in eine deutliche Anspannung gerate, auch Dr. med. D.____ schildere ja, wie der Explorand einen trockenen Mund bekomme und etwas trinken möchte, er sei offenbar auch bei ihm nicht in der Lage gewesen, die gesamte Untersuchung ohne Pause durchzuführen, was ebenfalls auf eine Anspannung zurückzuführen sei. Dr. med. E.____ sei daher der Meinung, dass die Diagnose einer subsyndromalen Form eines PTBS dem Zustand des Exploranden nicht gerecht werde. Beim Exploranden zeigten sich zudem sicher depressive Symptome im Sinne gedrückter Stimmung, deutlicher Verminderung des Antriebes und der Aktivität, der Explorand könne sich auch nicht mehr richtig freuen, es bestehe eine schwere Beeinträchtigung von Interesse und Konzentration, auch erhöhte Müdigkeit, indem er sich tagsüber wiederholt ausruhe, obwohl er sich passiv verhalte, der Appetit sei vermindert, er habe passive Sterbewünsche, das Selbstwertgefühl sei stark eingeschränkt, es bestünden auch Schuldgefühle und ein Gefühl der Wertlosigkeit. Es handle sich um einen dauerhaften Zustand über längere Zeit, der trotz Therapiemassnahmen nicht beeinträchtigt werden könne. Der Explorand sei nicht mehr alleine in der Lage, seinen Alltag zu gestalten, er sei auf die Hilfe der Familie und seiner Ehefrau angewiesen, er sei sogar unfähig, fremde Orte alleine aufzusuchen, könne seine Gedanken nicht mehr genügend kontrollieren und leide unter Gedankenkreisen. Es bestehe eine motorische Hemmung. Insgesamt sei daher eine mittelschwere bis schwere depressive Störung anzunehmen. Diese affektive Störung könne aber auch im Rahmen der PTBS subsummiert werden, da es sich dabei um eine Folgesymptomatik handle und nicht um eine eigenständige Störung.

Des Weiteren setzt sich Dr. med. E.____ einleuchtend mit einer möglichen Aggravation auseinander: Von Dr. med. D.____ würden im Gutachten verschiedene mögliche Diskrepanzen aufgeführt, die auf eine mögliche Aggravation schliessen liessen. Aus Sicht von Dr. med. E.____ seien diese Diskrepanzen allerdings äusserst schwierig zu interpretieren und zu gewichten. Es müsse bedacht werden, dass die Untersuchung im Beisein eines Dolmetschers erfolgen müsse, sodass schon bei der Übersetzung mögliche Ungenauigkeiten auftreten könnten. Es falle auch auf, dass bei möglichen Diskrepanzen nicht genügend nachgefragt worden sei. Auch heute schildere der Explorand gewisse Umstände anders, als sie in den Unterlagen aufgeführt würden. Es mute teilweise auch etwas haarspalterisch an, wenn diese vermeintlichen Diskrepanzen derart in den Vordergrund gestellt würden, da dabei vergessen werde, den Allgemeinzustand zu beurteilen. Es werde dem Versicherten eine bewusstseinsnahe Aggravation unterstellt, die mit einer Simulation zu vergleichen sei. Dies stehe aber ebenfalls im Gegensatz zu den fremdanamnестischen Angaben, wo die Angaben des Exploranden bestätigt würden, indem er z.B. als sehr passiv und zurückhaltend geschildert werde.

Gestützt auf diese Ausführungen von Dr. med. E.____ vermag sodann auch seine Einschätzung der Arbeitsfähigkeit zu überzeugen: Insgesamt ergebe sich ein Bild eines schwer beeinträchtigten Exploranden, der stark regrediert, auf Hilfe anderer angewiesen und nicht mehr genügend in der Lage sei, seinen Alltag zu bestimmen. Er sei dauernd auf fremde Hilfe angewiesen. Es bestehe somit eine schwergradige Störung, die sich im Alltag bemerkbar mache. Unter den gegebenen Umständen erscheine es daher auch illusorisch, den Exploranden in einen Arbeitsprozess integrieren zu können, so lange nicht wenigstens im privaten Bereich eine bessere Selbständigkeit erreicht werden könne. Es sei daher insgesamt von einer vollen Arbeitsunfähigkeit für jede Tätigkeit auszugehen, Eingliederungsmassnahmen könnten so nicht nutzbringend durchgeführt werden, da der Explorand nicht in der Lage sei, davon zu profitieren. Aufgrund der Angaben sei nicht von einem stark wechselnden Verlauf auszugehen, allenfalls seien leichte Schwankungen aufgetreten. Im Wesentlichen sei allerdings von einem ähnlichen, dauerhaften Zustand seit 2014 auszugehen. Es bestehe eine volle Einschränkung der Arbeitsfähigkeit für die angestammte wie auch jegliche alternative Arbeit. Diese Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit bestehe mindestens seit Aufnahme der psychiatrischen Behandlung im September 2014.

7.2 Wie vorgehend festgehalten, sind gemäss dem Urteil des Bundesgerichts 8C_841/2016 vom 30. November 2017 sämtliche psychische Erkrankungen einem strukturierten Beweisverfahren gemäss BGE 141 V 281 zu unterziehen, welches durch den psychiatrischen Gutachter bzw. die psychiatrische Gutachterin dementsprechend zu prüfen ist. Der Beweiswert der gutachterlichen Ausführungen von Dr. med. E.____ setzt also im Weiteren voraus, dass die im entsprechenden Entscheid aufgestellten Kriterien abgehandelt werden. Gemäss diesem Urteil soll der Gutachter stärker darauf achten, die Diagnosen so zu begründen, dass die Rechtsanwender nachvollziehen können, ob die klassifikatorischen Vorgaben nach ICD-10 tatsächlich eingehalten sind (Urteil E. 2.1); das Augenmerk ist namentlich auch auf Ausschlussgründe wie Aggravation zu richten (E. 2.2). Bei den psychosomatischen Beschwerdebildern ■ wie beispielsweise bei der somatoformen Schmerzstörung ■ besteht zudem keine Vermutung mehr, dass solche mit einer Willensanstrengung überwunden werden können, wovon nur abgewichen werden darf, wenn die sog. Förster-Kriterien erfüllt sind. Neu wird ein strukturierter, normativer

Prüfungsraster angewandt (E. 3.6). Anhand eines Kataloges von Indikatoren erfolgt eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des ■ unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits ■ tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens (E. 4.1.3):

1) Kategorie «funktioneller Schweregrad» (E. 4.3)

a) Komplex «Gesundheitsschädigung» (E. 4.3.1)

- Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde (E. 4.3.1.1)

- Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz (E. 4.3.1.2)

- Komorbiditäten (E. 4.3.1.3)

b) Komplex «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen; E. 4.3.2)

c) Komplex «Sozialer Kontext» (E. 4.3.3)

2) Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens; E. 4.4)

- gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1)

- behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2)

Bei der Anspruchsprüfung nach BGE 141 V 281 ist zunächst auf den Verlauf und Ausgang von Therapien als wichtige Schweregradindikatoren (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_841/2016 vom 20. November 2017 E. 4.5.2) einzugehen. Diesbezüglich ist dem Gutachten von Dr. med. E. ___ zu entnehmen, es werde eine ambulante psychiatrische Therapie, aktuell noch 1 x monatlich mit antidepressiver und sedierender Medikation eingesetzt. Grundsätzlich sei die Therapie adäquat und lege artis. Aufgrund der sprachlichen Schwierigkeiten könnten keine Therapiemassnahmen im stationären Bereich oder halbstationären Bereich sinnvoll durchgeführt werden, da der Explorand nicht genügend davon profitieren könnte. Die Behandlungsmassnahmen seien durchaus adäquat. Hinweise auf Compliance-Probleme könnten keine gefunden werden. Trotz Therapiemassnahmen könne vier Jahre nach Auftreten der Symptomatik keine wesentliche Veränderung festgestellt werden, weswegen mittlerweile eine andauernde Persönlichkeitsänderung in Betracht gezogen werden müsse. Somit kann vorliegend wohl von einer Therapieresistenz gesprochen werden.

Unter dem Indikator Komorbidität (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.3 S. 300 f.) ist eine Gesamtbetrachtung der Wechselwirkungen und sonstigen Bezüge der hier diagnostizierten chronifizierten posttraumatischen Belastungsstörung (ICD-10 F43.1) zu sämtlichen begleitenden krankheitswertigen Störungen erforderlich. In Präzisierung von BGE 141 V 281 E. 4.3.1.3 fallen Störungen unabhängig von ihrer Diagnose bereits dann als rechtlich bedeutsame Komorbidität in Betracht, wenn ihnen im konkreten Fall ressourcenhemmende Wirkung beizumessen ist (Urteil 8C_130/2017 vom 30. November 2017 E. 8.1, zur Publikation bestimmt). Vorliegend sind jedoch keine wesentlichen somatischen Komorbiditäten gegeben, weshalb diesbezüglich keine zusätzliche Ressourcenhemmung gegeben ist.

Hinsichtlich des Komplexes «Persönlichkeit» (BGE 141 V 281 E. 4.3.2 S. 302) geht aus dem Gutachten hervor, bezüglich der Persönlichkeitsstruktur lägen keine verwertbaren Angaben aus der Vergangenheit vor. Es könne vermutet werden, dass der Explorand

möglicherweise eine eher einfach strukturierte Persönlichkeitsstruktur aufweise, er weise Bildungsdefizite auf, scheine Lernschwierigkeiten gehabt zu haben, sei aber immerhin in der Lage gewesen, sich in seinem Land frei zu bewegen und einer Berufstätigkeit nachzugehen, trotz erschwelter Umstände. Es sei ihm allerdings nie gelungen, in der Schweiz Fuss zu fassen, die hiesige Sprache zu erlernen und sich den Gegebenheiten adäquat anzupassen. Immerhin habe er einige Monate in einem halbgeschützten Bereich gearbeitet, es sei ihm auch möglich gewesen, den Führerausweis zu erlangen, was auf eine gewisse Grundintelligenz und Anpassungsfähigkeit hinweise. In den Unterlagen würden keine Persönlichkeitsauffälligkeiten beschrieben. Zudem sei aufgrund der im Vordergrund stehenden Symptomatik durch das PTBS und der affektiven Störung die Persönlichkeit auch nicht zuverlässig und näher beurteilbar. Es könnten daher keine Hinweise auf eine Persönlichkeitsstörung gefunden werden, auch nicht Hinweise auf allfällig akzentuierte Persönlichkeitszüge. Bezüglich der noch vorhandenen Ressourcen hielt Dr. med. E.____ fest, der Explorand sei nicht mehr alleine in der Lage, Termine wahrzunehmen, er könne sich auch nicht mehr äusseren Umständen anpassen und in einen Prozess einfügen, er sei auch nicht in der Lage, Aufgaben zu planen und zu strukturieren, die Umstellfähigkeit und Flexibilität seien stark eingeschränkt. Es sei anzunehmen, dass er die fachlichen Kompetenzen nicht mehr genügend anwenden könne, er habe grösste Schwierigkeiten, überhaupt ein Urteil oder Entscheide zu fällen, die Durchhaltefähigkeit sei stark beeinträchtigt, auch sei er nicht mehr richtig in der Lage, sich genügend selbst zu behaupten, er pflege keine Kontakte mehr zu anderen, die Gruppenfähigkeit sei stark beeinträchtigt. Er lebe zwar in einer Familie, sei aber nicht in der Lage, die Beziehungen von sich aus aufrechtzuerhalten, er benötige Anstoss von aussen und verhalte sich passiv, intime Beziehungen bestünden gemäss seinen Beschreibungen keine mehr. Er gehe keinen Aktivitäten mehr nach, die Selbstpflege sei beeinträchtigt, er brauche die Hilfe der Ehefrau, und die Verkehrsfähigkeit sei ebenfalls stark beeinträchtigt, er müsse begleitet werden. Mit grosser Wahrscheinlichkeit dürften seine Ressourcen eher gering sein, u.a. aufgrund der ungenügenden Bildung. Der Explorand sei zurzeit auch nicht genügend in der Lage, auf Ressourcen zurückzugreifen. Er sei derart absorbiert und gefangen mit der eigenen Problematik, so dass er sogar Mühe habe, seine Gedanken genügend zu kontrollieren, er könne sein Verhalten oft nicht mehr genügend steuern.

Der soziale Kontext (BGE 141 V 281 E. 4.3.3 S. 303) weist zwar insbesondere betreffend die Familienverhältnisse gewisse Ressourcen auf, auf welche der Versicherte zurückgreifen kann. Insofern kann auf den vorgehenden Abschnitt verwiesen werden. Ansonsten scheint der Beschwerdeführer aber kaum soziale Beziehungen zu pflegen und begibt sich gemäss Gutachten auch kaum mehr nach draussen, so dass im sozialen Kontext insgesamt nur wenige Ressourcen vorhanden sein dürften.

Im Rahmen der Konsistenzprüfung (BGE 141 V 281 E. 4.4 S. 303 f.) führte Dr. med. E.____ überzeugend aus, es zeigten sich im Gesamten auch im Alltag und in vergleichbaren Lebensbereichen massive Beeinträchtigungen, sodass keine Hinweise auf Inkonsistenzen vorzufinden seien, auch wenn in den Unterlagen respektive von Dr. med. D.____ auf gewisse Diskrepanzen hingewiesen werde. Diese Diskrepanzen seien nach Meinung von Dr. med. E.____ nicht derart augenscheinlich und auffällig, dass dadurch angenommen werden könne, es liege bewusste Aggravation vor. Es reiche nicht aus, auf einzelne Auffälligkeiten hinzuweisen und dabei das Gesamtbild in den Hintergrund zu rücken. Es bestehe ein ausgesprochener Leidensdruck, der Explorand kämpfe mit Insuffizienzgefühlen,

Sterbewünschen und stehe in einer dauernden Anspannung.

Beim Indikator behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2) ist das Verhalten der versicherten Person im Rahmen der beruflichen (Selbst-)Eingliederung zu berücksichtigen. Diesbezüglich ist dem Gutachten von Dr. med. E. ___ zu entnehmen, dass der Explorand nicht in der Lage sei, berufliche Massnahmen nutzbringend zu folgen, da eine starke Beeinträchtigung in der Aufnahmefähigkeit bestehe, es bestünden kognitive und psychomotorische Beeinträchtigungen, sodass er allfällige Erkenntnisse gar nicht umsetzen könne, weswegen keine beruflichen Massnahmen vorgeschlagen werden könnten.

7.3 Gestützt auf die obigen Erwägungen ergibt sich, dass das Gutachten von Dr. med. E. ___ genügend Aufschluss über die massgeblichen Indikatoren, die gemäss der bundesgerichtlichen Rechtsprechung zu berücksichtigen sind, gibt. Des Weiteren erscheint die darin vorgenommene Beurteilung der Arbeitsfähigkeit in Würdigung der zu berücksichtigenden Indikatoren überzeugend. So sind beim Beschwerdeführer kaum ressourcenfördernde Faktoren vorhanden, womit die gutachterliche Beurteilung auch im Lichte dessen nachvollziehbar ist, so dass vollumfänglich darauf abgestellt werden kann. Nach dem Gesagten lässt das vorliegende Gutachten von Dr. med. E. ___ eine zuverlässige Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers aus psychiatrischer Sicht zu.

8. Somit ist gestützt auf das beweismässige Gutachten von Dr. med. E. ___ seit September 2014 von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit in jeglichen Tätigkeiten auszugehen. Demnach hat der Beschwerdeführer Anspruch auf eine ganze Rente. Das Wartejahr ist per September 2015 abgelaufen. Da sich der Beschwerdeführer erst am 27. Mai 2015 zum Bezug von Invalidenleistungen angemeldet hat, entsteht der Rentenanspruch erst am 1. November 2015 (vgl. Art. 29 Abs. 1 IVG). Die Beschwerde ist somit gutzuheissen.

9. Bei diesem Verfahrensausgang steht dem Beschwerdeführer eine ordentliche Parteientschädigung zu, die von der Beschwerdegegnerin zu bezahlen ist. Da von deren Solvenz auszugehen ist, erübrigt sich das Festsetzen des amtlichen Honorars im Rahmen der unentgeltlichen Rechtspflege. In Anbetracht von Aufwand und Schwierigkeit des Prozesses ist die Parteientschädigung, wie mit Kostennote vom 11. Oktober 2018 beantragt, auf CHF 3'368.50 festzusetzen (13 Std. 20 Min. zu CHF 230.00 [§ 160 Abs. 2 GT], zuzügl. Auslagen und MwSt).

Aufgrund von Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 - 1'000.00 festgelegt. Nach dem Ausgang des vorliegenden Verfahrens hat die IV-Stelle die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen.

Die Beschwerdegegnerin hat im Rahmen der Verfahrenskosten zudem, unabhängig vom Ausgang des Verfahrens, die im Zusammenhang mit dem Gerichtsgutachten entstandenen Kosten von total CHF 4'734.50 (CHF 4'500.00 für das Gutachten + CHF 234.50 für den im Rahmen des Gutachtens hinzugezogenen Dolmetscher) zu übernehmen (vgl. BGE 137 V 210 E. 4.4.2). In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass die Einholung des Gerichtsgutachtens nicht nur ■ was entscheidend ist ■ aus damaliger Sicht, sondern auch rückblickend gesehen notwendig war.

Demnach widerkannt:

1. In Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung der IV-Stelle des Kantons Solothurn vom

E. 10

Mai 2017 aufgehoben.

2. Der Beschwerdeführer hat ab 1. November 2015 Anspruch auf eine ganze Rente der Invalidenversicherung.

3. Die IV-Stelle des Kantons Solothurn hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von CHF 3'368.50 (inkl. Auslagen und MwSt.) zu bezahlen.

4. Die IV-Stelle des Kantons Solothurn hat die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen.

5. Die IV-Stelle hat die Kosten des Gerichtsgutachtens von 4'734.50 zu bezahlen.

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

Der Präsident

Der Gerichtsschreiber

Flückiger

Isch

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