

SO_GERICHTE VSBES.2017.254 vom 21. Juni 2018

SO Obergericht, 2018-06-21, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2017.254_d20180621

FR: SO_GERICHTE VSBES.2017.254 du 21 juin 2018

IT: SO_GERICHTE VSBES.2017.254 del 21 giugno 2018

Regeste

Invalidenrente und berufliche Massnahmen

Erwägungen

E. 8

ff.): 1. Die Verfügung der Vorinstanz vom 30. August 2017 sei aufzuheben. 2. Die Sache sei zur umfassenden beruflichen und medizinischen Abklärung unter einzelfallgerechter Gesamtbetrachtung des aktuellen Gesundheitszustandes von Herrn A.____ an die Vorinstanz zurückzuweisen. - unter Kosten- und Entschädigungsfolgen – Dem Beschwerdeführer sei das Recht auf unentgeltliche Rechtspflege zu gewähren und der Unterzeichnende sei dem Gesuchsteller als amtlicher Anwalt beizuordnen. 3. Mit Beschwerdeantwort vom 2. November 2017 (A.S. 42 f.) schliesst die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde. 4. Mit Verfügung vom 7. November 2017 (A.S. 44) wird dem Beschwerdeführer ab Prozessbeginn die unentgeltliche Rechtspflege bewilligt und Rechtsanwalt Bruno C. Lenz, als unentgeltlicher Rechtsbeistand bestellt. 5. Mit Stellungnahme vom 19. Dezember 2017 (A.S. 51 ff.) lässt sich der Beschwerdeführer abschliessend vernehmen. 6. Mit Eingabe vom 23. Januar 2018 (A.S. 56 f.) reicht die Beschwerdegegnerin eine abschliessende Stellungnahme ein. 7. Auf die Ausführungen der Parteien in ihren Rechtsschriften wird nachfolgend, soweit notwendig, eingegangen. II.

1. Die Sachurteilsvoraussetzungen (Einhaltung von Frist und Form, örtliche und sachliche Zuständigkeit des angerufenen Gerichts) sind erfüllt. Auf die Beschwerde ist einzutreten. 2. 2.1 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. 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 im Sozialversicherungsrecht massgebende Beweisgrad ist derjenige der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 117 V 194 f. E. 3.b). Das Bundesrecht schreibt nicht vor, wie die einzelnen Beweismittel zu würdigen sind. Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsbeschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (BGE 125 V 352 E. 3a). 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. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten – d.h. der Anamnese – abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und in seinen Schlussfolgerungen begründet ist (AHI 1997 S. 121; BGE 122 V 160). Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten. Die Rechtsprechung erachtet es jedoch als mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (BGE 125 V 352 ff. E. 3b). So ist einem im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten medizinischen Gutachten durch externe Spezialärzte, welches auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten erstellt wurde und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangt, in der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete

Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 104 V 212). Andererseits ist der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Ärzte im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen mitunter eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 353). 4. Gemäss den Ausführungen des Beschwerdeführers habe Dr. med. E.____ vom D.____ festgehalten, dass die aufgrund der Aktenlage und Anamnese festgestellten medizinischen Erkrankungen keinen Einfluss auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers hätten. Dr. med. E.____ habe jedoch in dieser Beurteilung die Einschränkungen, die der Beschwerdeführer in seiner Freizeit erfahre, nicht berücksichtigt: Praktisch für sämtliche Haushaltstätigkeiten benötige er externe Hilfe durch seine Schwester, seine Mutter und seine Tante. Er könne selber weder einkaufen, noch putzen, Wäsche machen oder sich Essen zubereiten. Das Essen nehme er meistens bei der Familie ein. Unter Berücksichtigung der neuen bundesgerichtlichen Rechtsprechung seien solche Faktoren allerdings massgeblich und daher in die Gesamtbeurteilung miteinzubeziehen. Dies sei jedoch im vorliegenden Fall unterlassen worden. Sodann habe Dr. med. F.____ vom D.____ bei seiner psychiatrischen Begutachtung festgehalten, der Beschwerdeführer fühle sich in seiner Erwerbstätigkeit nicht arbeitsfähig, im Haushalt kaum einsatzfähig und in der Freizeit deutlich beeinträchtigt. Eine sportliche Betätigung wie früher vor dem Unfallereignis sei nicht mehr möglich. Ausserdem könne der Beschwerdeführer abends aufgrund der Schmerzen nicht viel unternehmen. Dokumentiert sei ausserdem, dass beim Beschwerdeführer eine Medikation mit einem sedierenden und schmerzmodulierenden Antidepressivum auf die Nacht in niedriger Dosierung bestehe. In seiner zusammenfassenden Beurteilung, wonach eine 100%ige Arbeitsfähigkeit ohne Leistungseinschränkung, abzüglich der Arbeitsunfähigkeit aus somatischer Sicht bestehe, sei Dr. med. F.____ nicht auf die obgenannten Aspekte eingegangen. Obwohl er sie zwar erwähnt habe, habe er sie nicht im Rahmen einer einzelfallgerechten und einer der neuen Bundesgerichtspraxis entsprechenden Gesamtbetrachtung gewürdigt. Die Belastungsfaktoren, die Einschränkungen im privaten Lebensbereich (Schmerzen, Schlafstörungen, kein Sport mehr möglich, auf Hilfe der Eltern, Tante und Schwester angewiesen, nicht mehr in der Lage, Auto zu fahren) und die Tatsache, dass der Beschwerdeführer Antidepressiva einnehme, seien bei der Prüfung der Arbeitsfähigkeit nicht berücksichtigt worden. Die Kategorien «Gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen» sowie die «Inanspruchnahme von therapeutischen Optionen» seien daher vollständig ausser Acht gelassen worden. Seit November 2014 sei der Beschwerdeführer beim Chiropraktiker und Neurologen Dr. G.____ in [...] in Behandlung. Alle drei Monate gehe er dorthin zur Therapie. Tagtäglich würden den Beschwerdeführer Schwindelbeschwerden sowie Schmerzen im Kopf-, Nacken- und Schulterbereich bei längerem Sitzen und Stehen plagen. Er könne praktisch keinerlei Lasten tragen. Im TV könne er sich lediglich ruhige Beiträge, ohne Action, bei guter Haltung und gerader Blickrichtung zum Fernsehschirm ansehen. Die durch den Beschwerdeführer an die Hand genommene Therapie in [...] sowie dessen tägliche Einschränkungen seien von Dr. med. E.____ vom D.____ in keiner Weise gewürdigt oder berücksichtigt worden. Hinzu komme noch die Tatsache, dass Dr. med. E.____ den Beschwerdeführer aufgrund seiner Schmerzen überhaupt nicht vollständig untersuchen können. Dennoch habe Dr. med. E.____ – gestützt auf diese unvollständige Beurteilungsgrundlage – dem Beschwerdeführer aus rheumatologischer Sicht eine vollständige Arbeits- und Leistungsfähigkeit attestiert. Diese Beurteilung durch Dr. med. E.____ halte der vom Bundesgericht geforderten ganzheitlichen, anhand von bestimmten Indikatoren zu ermittelnden Arbeitsfähigkeit nicht

stand. Des Weiteren habe Dr. med. H.____ vom D.____ mangels objektiver Befunde, welche eine relevante Erkrankung beziehungsweise eine posttraumatische Schädigung im Bereich des Nervensystems dokumentieren würden, dem Beschwerdeführer im Bereich seiner beruflichen Tätigkeit als Verkäufer und Eventmanager keine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit attestiert. Ausserdem habe er angeführt, dass eine länger dauernde Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit aufgrund des Unfalls vom 2. August 2006 aus neurologischer Sicht nicht bestätigt werden könne. Möglich sei allerdings, dass der Unfall während einigen Monaten zu gewissen Beschwerden wie zum Beispiel Kopfschmerzen und unspezifischem Schwindel geführt habe. Aufgrund der allgemeinen Erfahrung könne jedoch davon ausgegangen werden, dass innerhalb von sechs Monaten keine relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit mehr bestanden habe. Ab diesem Zeitpunkt müsse angenommen werden, dass eine Überlagerung durch nicht-organische Faktoren im Vordergrund gestanden habe. Dr. med. H.____ habe neurologische Diagnosen gestellt. Allerdings sei nicht dargelegt worden, wie sich diese Befunde auf die Alltagsfunktion des Beschwerdeführers auswirken würden. Ebenso habe er bei seiner Beurteilung die alltäglichen Einschränkungen des Beschwerdeführers (Alltag wird nach den Therapien ausgerichtet, Arbeit am Computer lediglich 5 Minuten möglich, danach: zunehmende Schmerzen in den Augen, Schwindel, Übelkeit und Kopfschmerzen, Aufgabe sportlicher Aktivitäten, Schlafstörungen usw.) nicht berücksichtigt. Seine Annahme, wonach sechs Monate nach dem Unfall keine relevante Einschränkung mehr bestanden habe, stütze sich einzig auf die allgemeine Erfahrung und entspreche daher nicht einer einzelfallgerechten ganzheitlichen Beurteilung. Aus der Beurteilung geht nicht hervor, weshalb ab diesem Zeitpunkt davon ausgegangen werden müsse, dass eine Überlagerung durch nicht-organische Faktoren im Vordergrund gestanden habe. Eine vertiefte Auseinandersetzung sowie Begründung seien ebenso nicht ersichtlich. Anlässlich der Untersuchung vom 30. Mai 2016 durch Dr. med. I.____ vom D.____ habe der Beschwerdeführer dargetan, dass er seit dem Unfall von 2006 Schwierigkeiten habe, einen Punkt zu fixieren. Deswegen habe er in [...] einen Spezialisten aufgesucht, welcher als Chiropraktiker auf neurologische Probleme spezialisiert sei. Dieser habe sodann mit dem Beschwerdeführer Fixationsübungen gemacht. Der Spezialist habe ihn an einen Kollegen in [...] verwiesen, welchen er zwecks Fixationsübungen alle 3 - 4 Monate aufsuche. Die obgenannten therapeutischen Massnahmen habe Dr. med. I.____ im Rahmen seiner Untersuchung nicht einbezogen bzw. berücksichtigt. Dies obwohl die Massnahmen, insbesondere hinsichtlich einer einzelfallgerechten Beurteilung unter Berücksichtigung verschiedener Faktoren, eine wichtige Rolle bei der Beurteilung des tatsächlichen Leidensdrucks des Beschwerdeführers spielen würden. Im Weiteren habe der Beschwerdeführer im Rahmen der Untersuchung durch Dr. med. I.____ angegeben, maximal 5 Minuten lesen oder am PC arbeiten zu können. Dann werde ihm schwindlig, er bekomme Migräne und alles verspanne sich. Fernzusehen sei ihm auch nur kurze Zeit möglich, wobei er auch keine Sendungen schauen könne, in denen Verfolgungsjagden gezeigt würden, denn dadurch werde ihm auch wieder sofort schwindlig. Personen, welche vor ihm gehen würden, könne der Beschwerdeführer laut seinen Angaben ebenfalls nicht anschauen, da ihm andernfalls schwindlig werde. Zudem verzichte er auch auf das Autofahren, da er den Kopf nicht drehen könne. Unter Berücksichtigung dieser Tatsachen sei ersichtlich, dass der Beschwerdeführer auch in seiner Freizeitgestaltung massive Einschränkungen erfahre. Diese Belastungsfaktoren würden dem Beschwerdeführer immense Ressourcen rauben, was jedoch in der Beurteilung von Dr. med. I.____ gänzlich ausser Acht gelassen worden sei.

Trotz intensiver und andauernder Behandlung des Beschwerdeführers sei es seit dem Vorfall im Jahr 2006 nur beschränkt gelungen, die Beschwerden zu reduzieren bzw. eine nachhaltige Besserung zu erzielen. Es erscheine daher geradezu als Beleidigung, wenn die Vorinstanz unter den für den Beschwerdeführer kaum aushaltbaren Umständen die (angebliche) Begebenheit des sekundären Krankheitsgewinns (Urteil 8C_438/2013 vom 11. Februar 2014) anspreche. Weiter genüge auch die neurologische Untersuchung den Anforderungen an die einzelfallgerechte Gesamtbeurteilung nicht. Vielmehr wäre eine Untersuchung durch einen Neurologen vorzunehmen gewesen, welcher vertiefte Kenntnisse mit der funktionellen Neurologie mit sich bringen würde und auch apparative Untersuchungsmethoden hinsichtlich der Objektivierung verwenden würde. Auch hier müsse ein neuerliches Gutachten durch einen Experten, welcher über die erforderlichen Kenntnisse und Fähigkeiten verfüge, die notwendigen Aufschlüsse bringen. Demgegenüber vertritt die Beschwerdegegnerin die Ansicht, die umfangreichen medizinischen Abklärungen in den Fachrichtungen Allgemeine Innere Medizin, Psychiatrie, Rheumatologie, Neurologie, Ophthalmologie und Otorhinolaryngologie hätten ergeben, dass einzig aus otorhinolaryngologischer Sicht eine geringe Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit unter adaptierten Arbeitsplatzbedingungen für leichte bis mittelschwere Arbeiten bestehe. Für seine angestammte Tätigkeit als Eventmanager/Verkäufer sowie für angepasste Verweistätigkeiten bestehe nach wie vor eine Arbeitsfähigkeit von 90 %. Damit könne es dem Beschwerdeführer weiterhin zugemutet werden, ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen zu erzielen. Berufliche Eingliederungsmassnahmen seien aufgrund der subjektiven Krankheitsüberzeugung nicht angezeigt. Das diesem Entscheid zugrundeliegende polydisziplinäre Gutachten des D.____, vom 6. Oktober 2016 habe aufgrund der vollumfänglichen Untersuchung, in der alle Beschwerden berücksichtigt worden seien, durch den Einbezug der Vorakten eine begründete und einleuchtende Beurteilung des medizinischen Sachverhalts geliefert. Daraus resultiere ein voller Beweiswert dieses Gutachtens gemäss der gängigen Rechtsprechung (BGE 125 V 352 E. 3a mit Hinweis). Ferner würden bei der fachärztlichen Beurteilung auch die Äusserungen betreffend verschiedene Lebensbereiche und die Inanspruchnahme der therapeutischen Optionen festgehalten und in der Beurteilung berücksichtigt. So würden im psychiatrischen Teilgutachten die verschiedenen Aktivitäten wie im sozialen Bereich, Einkauf und Benützung der öffentlichen Verkehrsmittel aufgenommen und in der Diagnosestellung diskutiert (vgl. D.____-Gutachten vom 6. Oktober 2016, S. 23 ff.). Damit werde es auch den Indikatoren gerecht. Im Gutachten würden die Äusserungen und Vorbringen mehrfach festgehalten, da der Beschwerdeführer diese im Rahmen der Begutachtung auch geschildert habe. Die Fachärzte hätten sich dann auch damit auseinandergesetzt, wie dies unter dem Punkt Konsistenz in der Expertise auf S. 26/52 nachgelesen werden könne. Der Facharzt Psychiatrie gehe dann auch von einer Symptomausweitung aus und halte fest, dass eine deutlich ausgeprägte Krankheits- und Behinderungsüberzeugung bestehe. Entsprechend könne die Selbsteinschätzung des Versicherten, gar nicht mehr arbeiten zu können, nicht gestützt werden. Dies sei sodann auch auf somatischer Seite so bestätigt worden. Auch diese hätten sich im Rahmen der Beurteilung mit der Konsistenz sowie den funktionellen Auswirkungen der gezeigten Beschwerdebilder auf die Arbeitsfähigkeit auseinandergesetzt (siehe verschiedene Stellen im D.____-Gutachten, S. 31/52 Rheumatologie; S. 35/52 Neurologie, S. 45/52 Otorhinolaryngologie, S. 49f./52 Konklusion). 5. Streitig und zu prüfen ist somit, ob die Beschwerdegegnerin den Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente und berufliche Eingliederungsmassnahmen zu Recht verneint hat. In diesem

Zusammenhang sind im Wesentlichen folgende medizinische Unterlagen von Belang: 5.1 Ein MRI der Halswirbelsäule in drei Ebenen vom 22. Februar 2007 (IV-Nr. 13.165) zeigte eine Chondrose bei HWK5/6 mit breitbasiger Bandscheibenprotrusion und Riss des Anulus fibrosus ohne Nervenwurzelaffektion und eine leichte Chondrose bei HWK4/5 mit minimaler Neuroforameneinengung, jedoch ohne Anhalt für eine echte Nervenwurzelkompression. Anzeichen für eine Entzündung oder Fraktur fanden sich nicht. Sowohl der prävertebrale Weichteilmantel als auch die Nackenmuskulatur kamen unauffällig zur Darstellung. 5.2 Am 20. Dezember 2007 fanden eine Computertomographie des kranio-zervikalen Übergangs sowie ein MRI der oberen HWS des Versicherten statt. Diese ergaben – von einer Streckhaltung der oberen Halswirbelsäule abgesehen – weder computertomographisch noch kernspintomographisch signifikante pathologische Veränderungen am Knochen oder an den ligamentären Strukturen des kraniozervikalen Übergangs (IV-Nr. 13.78). 5.3 Am 29. Juli 2008 kam die Abteilung Versicherungsmedizin der Suva, Dr. med. J.____, Facharzt für Neurologie, im Rahmen einer neurologischen Aktenbeurteilung zum Schluss, dass die vom Versicherten im Beurteilungszeitpunkt geklagten Beschwerden nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit kausal auf eine unfallbedingte Läsion des Zentralnervensystems zurückgeführt werden könnten. Der Neurologe Dr. med. K.____ habe einen Monat nach dem Unfallereignis keine Hinweise auf eine zentrale Vestibulopathie finden können. Trotz ausführlicher Abklärungen hätten aus neurologischer Sicht objektiv keine Unfallfolgen nachgewiesen werden können. Weitere Massnahmen zur Abklärung und Behandlung von Unfallfolgen seien aus neurologischer Sicht nicht indiziert (IV-Nr. 13.108). 5.4 Gemäss Austrittsbericht der L.____ vom 1. Oktober 2008 (IV-Nr. 13.129) seien die Beschwerden des Beschwerdeführers unter den stationären therapeutischen Massnahmen grösstenteils rückläufig gewesen. Seine Gesamtbelastbarkeit habe sich einigermaßen verbessert. Die Schwindelsymptomatik sei nach vorübergehender Verschlimmerung nicht mehr intensiver als vor dem Eintritt. Trotz verbesserter HWS-Beweglichkeit klage der Versicherte über eine schwankende Schmerzsymptomatik im Nacken, welche ihn verunsichere. Er habe auf einer Leiter stehend sicher über Kopf arbeiten können, diese Aktivität jedoch nach drei Minuten wegen zunehmenden Spannungsgefühlen im Nacken abgebrochen. In dieser Situation habe er latent mit vermehrtem Schwindel reagiert. Joggen sei dem Versicherten nach wie vor nicht möglich, jedoch tue ihm schnelles Gehen gut. Die Arbeitsfähigkeit im Detailhandel werde nach dem Austritt nicht eingeschränkt sein, wobei Überkopfarbeiten vermieden würden. Es sei empfehlenswert, die Physiotherapie und die medizinische Trainingstherapie ambulant intensiv fortzuführen. 5.5 Mit Bericht vom 2. September 2012 hielt der Chiropraktor Dr. M.____ als Diagnosen ein chronifiziertes zervikozephalales Syndrom, eine Schwindelsymptomatik bei segmentaler Instabilität C2/3 links sowie multisegmentale Bandscheibenprotrusionen mit regionaler HWS-Hypermobilität fest. Es liege eine unfallbedingte zentrale Schwindelproblematik sowie funktionell eine neurologische Störung in der Achse zwischen Schwindelzentrum, HWS und Augenmotorik vor. Trotz aller Bemühungen seien die Schwindelbeschwerden nie vollumfänglich verschwunden und hätten 2009, nach einem akuten Torticollis, erneut einen deutlich akzentuierten Verlauf mit Arbeitsunfähigkeit genommen. Im Weiteren sei eine Augenproblematik mit einer ausgeprägten Unterproduktion von Tränenflüssigkeit und in der Folge chronisch wiederkehrenden Augenentzündungen hinzugekommen. Die Augenärzte hätten die Ursache bisher nicht klären können. Im Rahmen von funktionell-neurologischen Modellen stehe die

Ursache mit allergrösster Wahrscheinlichkeit im Zusammenhang mit der zentralen Schwindelproblematik und der damit assoziierten Verarmung des neurologisch nährenden Informationsflusses aus der HWS, irgendwo in der neurologischen Verknüpfungssachse zwischen dem zentralen Schwindelzentrum, der HWS und der verknüpften Augenmotorik. Geplant sei eine versuchsweise Mobilisation unter Anästhesie, ein Versuch, das neurologische System wieder neu aufzustrahlen und mit der Information der vollen HWS-Beweglichkeit neu zu beleben (vgl. Urteil des Verwaltungsgerichts Bern vom 15. November 2016, UV/16/538, E. 3.2.16).

5.6 Mit Bericht vom 7. November 2012 (IV-Nr. 13.45) hielt Dr. med. N.____, O.____ fest, als Ursache der trockenen, brennenden Augen sähen die Fachärzte in erster Linie eine ausgeprägte Keratokonjunktivitis sicca bei quantitativer Befeuchtungsstörung und Zustand nach Lasik. Es sei von keinem direkten Zusammenhang zwischen der Keratokonjunktivitis sicca und dem vorangegangenen Halswirbelsäulendistorsionsstrauma auszugehen.

5.7 Im Bericht über die fachärztliche Untersuchung vom 5. September 2013 (IV-Nr. 13.76) hielt Dr. med. P.____, Facharzt für HNO, Hals- und Gesichtschirurgie und Arbeitsmedizin FMH fest, es bestehe ein normales zentrales und peripher-vestibuläres Funktionssystem. Was die Eignung anbetreffe, so könne dem Versicherten seine Tätigkeit als Eventmanager rein aus ORL-ärztlicher Sicht voll zugemutet werden. Die rezidivierende Nackensteifigkeit sei mittels Nackenmassage und Fango durch eine Physiotherapeutin anzugehen.

5.8 Im Bericht der Augenklinik am C.____ vom 12. Februar 2014 (IV-Nr. 35, S. 13) wurde festgehalten, im ophthalmologischen Status finde sich ein normaler Augenstatus bei St. n. LASIK R/L ohne Anhaltspunkte auf eine Stauungspapille. Bis auf die leichte Akkommodationsschwäche finde sich kein morphologisches Korrelat zu den Beschwerden des Beschwerdeführers.

5.9 Dr. med. Q.____, Facharzt Innere Medizin FMH, FA Psychosomatische Medizin SAPP, C.____, hielt in seinem Bericht vom 9. Februar 2014 (IV-Nr. 35, S. 9) fest, auch nach zwei Interviews falle ihm die Beurteilung nicht einfach. Der Beschwerdeführer berichte über körperliche Symptome in einer Art, welche eine somatische Genese nahelegen würden und durch die bisherigen Behandlungen auch genährt worden sei (Mobilisation in Narkose). Andererseits sei das Ausmass und der Beschrieb der berichteten Symptome nicht mit einer bekannten somatisch/strukturellen Störung in Einklang zu bringen. Aufgrund der Indizienlage sei eine Störung aus dem Bereich der somatoformen/funktionellen Störungen zu postulieren (Schilderung der Symptome sei unpräzise, lasse sich nicht festlegen, das Berichten um die Umstände der aktuellen Störung nehme mehr Zeit in Anspruch als die Evaluation der Symptome). Positiv hinweisende Risikofaktoren für die Entwicklung einer psychischen Störung fehlten (keine frühen biographischen Stressfaktoren mit potentiellen Langzeitfolgen). Komorbid bestehe kein Hinweis für eine Depression, eine Angststörung nbn sei zu postulieren. Eher grandios bis narzisstisch zu interpretierende Persönlichkeitsaspekte könnten Auswirkungen auf die Aufrechterhaltung der dysfunktionalen Bewältigung haben, ebenso wie Konditionierungsprozesse (fear avoidance) und kognitiv emotionale Faktoren (katastrophisieren, negative Selbstwirksamkeitserwartung). Interaktionell scheine der Beschwerdeführer von Zuwendung zu profitieren im Sinne einer zu postulierenden gewissen Funktionalität der Symptomatik.

5.10 Im Bericht vom 19. März 2014 (IV-Nr. 25, S. 11) stellte Dr. med. B.____, C.____, FMH Innere Medizin, folgende Diagnosen: 1. Hochgradiger Verdacht auf somatoforme autonome Funktionsstörung o Kopf-/Nackenbeschwerden, intermittierend Augenfixationsprobleme, ausgeprägte vegetative Symptomatik. o psychosomatisches Konsilium vom 29. Januar / 3. Februar 2014 o psychogene Polydipsie (normaler Dursttest)

2. Hereditäre Hämochromatose (Compound Heterozygotie) o bisher zweimal Aderlass 3. Verdacht auf Mikroadenom der Hypophyse parasagittal links o MRI vom 6. Februar 2014 o Keine Hinweise auf Hormonüber- oder Unterproduktion, wahrscheinlich Inzidentalom, kontrollbedürftig 4. Leichtgradige Vitamin D Insuffizienz 5.11 In seinem Bericht vom 14. September 2015 (IV-Nr. 57, S. 16) führte med. pract. R.____, Facharzt für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Facharzt für interventionelle Schmerztherapie, aus, beim Beschwerdeführer bestünden ein zervikozephalies Syndrom, ein zervikobrachiales Syndrom sowie eine myofasziale Symptomausweitung bei Status nach Unfall vom 1. August 2006 mit Schädel-Hirn-Trauma. Die derzeitigen Symptome würden eindeutig auf eine Verletzung der zervikalen Facettengelenke hindeuten. Warum die Symptome nach der Untersuchung exazerbiert seien, sei unsicher, eventuell seien bei der Untersuchung Bewegungen forciert worden, die der Beschwerdeführer sieben Jahre lang habe vermeiden können. Die bisherigen, sehr intensiven, konservativen Therapien hätten eine Besserung der Symptome, vor allem im Hinblick auf das Sehvermögen und Gleichgewicht erreichen können, ein eigentlicher Quantensprung hin zur normaler Funktionsfähigkeit scheine auf diesem Weg nicht mehr möglich zu sein. 5.12 Im Rahmen einer audio-neurootologischen und aequilibrimetrischen Beurteilung diagnostizierte Dr. med. S.____, Facharzt für Oto-Rhino-Laryngologie FMH, beim Versicherten mit Bericht vom 14. September 2015 (IV-Nr. 57, S. 4) einen Status nach passivem zervikozephalies Akzelerations-/Dezelerationstrauma am 2. August 2006 mit Contusio capitis et Commotio cerebri, eine posttraumatische Funktionsstörung des posturalen Kontrollsystems mit peripher-zentraler vestibulärer Funktionsstörung rechts, visuo-okulomotorischer Funktionsstörung und visuo-vestibulärer Integrationsstörung, zervikovisuellem «Mismatch» und reduzierter neuro-muskulärer Leistung der unteren Extremitäten, eine multisensorische Hypersensitivität mit Phonophobie und Photophobie sowie ein panvertebrales Schmerzsyndrom mit Zervikozephalgien und Zervikobrachialgien beidseits bei einem Reizzustand der zervikalen Proprio- und Nozizeptoren und einer Funktionsstörung der zervikalen Bewegungssegmente. Er empfehle, ein interdisziplinäres Therapiekonzept festzulegen mit dem Ziel, eine stabilisierte Verbesserung der klinischen Symptomatik zu erreichen. 5.13 Mit Bericht vom 26. Juli 2015 (IV-Nr. 59, S. 9) diagnostizierte G.____, ein funktionell-neurologisch arbeitender Chiropraktor aus den , beim Versicherten eine posttraumatische zentrale Vestibulopathie, eine Dysautonomie, einen zervikogenen Schwindel sowie zervikogene Kopfschmerzen und empfahl in der Folge eine Behandlung mit sehr schwach dosierten Reizen. 5.14 Im polydisziplinären D.____-Gutachten vom 13. September 2016 (IV-Nr. 82) wurden folgende Diagnosen gestellt: Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit - Intermittierende Schwindelsymptomatik (ICD-10 H82) o Zeichen einer zentral-vestibulären Funktionsstörung o unauffällige periphere vestibuläre Funktion o mögliche zervikogen-proprioceptive Schwindelsymptomatik Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit 1. Symptomausweitung (Schmerzverarbeitungsstörung) (ICD-10 F54) - starke Aggravation in den somatischen Untersuchungen 2. Chronisches zervikozephalies Schmerzsyndrom (ICD-10 M53.0) - Status nach Contusio capitis mit Stauchungstrauma der HWS und des Schädels am 2. August 2006 - zusätzliche migräniforme Kopfschmerzen - frühere bildgebende Abklärungen ohne Hinweise für direkte posttraumatische ossäre oder ligamentäre Läsionen 3. Geringgradig beeinträchtigte Sehfähigkeit beidseits - anlagebedingte Fehlsichtigkeit (Myopie, Astigmatismus) (ICD-10 H52.1, H52.2) - latentes Aussenschielen (ICD-10 H50.5) - chronische Benetzungsstörung nach laserchirurgischem Eingriff (LASIK) (ICD-10 H19.3) 4. Arterielle Hypertonie (ICD-10 I10) - medikamentös

behandelt 5. Hereditäre Hämochromatose (Erstdiagnose 01/2014) (ICD-10 E83) - diskrete Erhöhung von GPT auf 46,4 U/l (Norm < 41) - klinisch und anamnestisch keine Hinweise für Hämochromatose-assoziierte Begleiterkrankungen aus allgemeininternistischer oder rheumatologischer Sicht Zur Beurteilung hielten die Gutachter fest, ausser der fachärztlichen ORL-Diagnose einer intermittierenden Schwindelsymptomatik mit Zeichen einer zentralen vestibulären Funktionsstörung und einer möglichen zervikogenen propriozeptiven Schwindelsymptomatik mit konsekutiver Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit um 10 % und zusätzlichen qualitativen Einschränkungen bestünden keine weiteren Einschränkungen der Arbeits- und Leistungsfähigkeit. Dementsprechend bestehe zusammenfassend für die früher erlernten und durchgeführten beruflichen Tätigkeiten als Kaufmann, als angestellter Eventmanager oder im Detailhandel eine 90%ige, ganztägig verwertbare Arbeits- und Leistungsfähigkeit unter Berücksichtigung der zusätzlich aus ORL-Sicht erwähnten qualitativen Einschränkungen. Aufgrund der anamnestischen Angaben, der Untersuchungsbefunde, der vorliegenden Dokumente sowie der früher attestierten Arbeitsunfähigkeiten gingen die Gutachter davon aus, dass im Nachgang vom Trauma vom 2. August 2006 zusammenfassend von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit für maximal sechs Monate retrospektiv auszugehen sei. Die aus polydisziplinärer Sicht mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit erhobenen ORL-Diagnosen könnten retrospektiv unter Berücksichtigung der früheren otoneurologischen Abklärungen arbiträr über die Zeit gemittelt in diesem Ausmass ab dem Jahre 2008 postuliert werden.

5.15 In seinem Schreiben vom 5. September 2016 (IV-Nr. 86, S. 4) führte der Chiropraktiker, Dr. M.____, aus, die Untersuchung durch Herrn Dr. med. H.____, FMH Neurologie mit Fachkompetenzen in EEG Elektroneurographie SGKN, EMG Elektromyographie SGKN und Schlafmedizin SGSSC des D.____ habe keinesfalls den Vorstellungen einer adäquaten neurologischen Untersuchung entsprochen. Dr. med. H.____ sei offenbar nicht vorbereitet gewesen, sei 45 Minuten zu spät gekommen. Die Untersuchung, die der Befragung gefolgt sei, sei bestenfalls rudimentär gewesen und habe keine der postulierten Aussagen durch die vorliegenden Fachuntersuchungen überprüft. Die einzige Annäherung an einen Untersuch mit Bezug auf die vorliegende Problematik sei ein visuelles Verfolgen des Zeigefingers des Untersuchers, das jedoch nur cursorisch und flüchtig durchgeführt worden sei. Weiter hätten apparative Untersuchungen gefehlt, nicht einmal eine Frenzel-Brille sei eingesetzt worden. Die Untersuchung sei dann noch vor 11 Uhr abgeschlossen gewesen, habe also insgesamt eine gute Stunde gedauert. Es dürfte wohl allen klar sein, dass aufgrund dieser Untersuchung keine Aussagen gemacht noch akzeptiert werden könnten.

5.16 Mit Schreiben vom 17. Oktober 2016 (IV-Nr. 86, S. 6) nahm Dr. M.____ wiederum zum D.____-Gutachten Stellung und hielt fest, entgegen der Ansicht des Gutachters beschreibe und liefere Dr. med. S.____ sehr wohl objektive Befunde in seinen auch apparativ unterstützten Untersuchungen (Infrarot Video Brille, Elektronystagmographie und der computerisierten dynamischen Posturographie). Speziell in der kalorischen Prüfung habe er eine Untererregbarkeit rechts festgestellt. Der dort ausgelöste Nystagmus sei beim Versuch der visuellen Suppression mit einem Fixationsindex von 0.87 hochgradig reduziert gewesen. Er liefere weitere Befunde im pathologischen Bereich. Aufgrund von 7 Auswertungskriterien nach J. Goebel habe er eine Aggravation / Simulation durch den Beschwerdeführer mit einer Sicherheit von 95 % ausschliessen können. Bei der Beurteilung einer Schwindelproblematik gehöre es dazu, apparative Abklärungen durchzuführen. Hierzu gehörten der Einsatz einer Frenzel Brille, oder noch eleganter einer Infrarot Video Brille sowie der Elektronystagmographie. Weniger

zwingend aber auch vorteilhaft sei eine computerisierte dynamische Posturographie. Herr G.____ wende zusätzlich einen Saccadometer an, dieses Untersuchungsgerät sei nicht Standard, liefere aber trotzdem wertvolle Informationen bei der Beurteilung der Okkulomotorik im Rahmen einer Schwindel- oder Fixierungsproblematik. Die grafischen Aufzeichnungen aus dieser Untersuchung hätten ihre Gültigkeit, auch wenn sie nicht dem schulmedizinischen Standard entsprechen würden. Zudem sei Herr G.____ der einzige Untersucher, der seine Befunde dokumentiere und offenlege, so dass sein Vorgehen nachvollziehbar und auch überprüfbar sei. Des Weiteren habe der Otorhinolaryngologe Dr. med. T.____ auf eine kalorische Prüfung verzichtet, angeblich aus Rücksicht auf den Exploranden. Es sei aber eben gerade bei dieser Prüfung gewesen, bei der Dr. med. S.____ den Hauptbefund mit einer hochgradig reduzierten visuellen Suppression des ausgelösten Nystagmus beim Fixationsversuch verzeichnet habe. Dies hätte nach Meinung von Dr. M.____ durch Dr. med. T.____ überprüft und bestätigt oder entkräftet werden sollen. Ob nun die Einschätzung der Einschränkung der Leistungsfähigkeit von 10 % adäquat sei, sei fragwürdig.

5.17 Dr. med. U.____, Facharzt für Allgemeinmedizin FMH, vom Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) hielt in seinem Bericht vom 6. Dezember 2016 (IV-Nr. 88) fest, das polydisziplinäre Gutachten des D.____ sei schlüssig und nachvollziehbar. Die Beanstandungen des Chiropraktors Dr. M.____ als Nichtfacharzt würden insbesondere die apparativen Untersuchungsmöglichkeiten betreffen. Wenn die Fachärzte nun in ihrer Untersuchung diesbezüglich eine andere Wahl als die von ihm als Nichtfacharzt und dem wiederholt zitierten Dr. S.____ getroffen hätten, sei dieser Entscheidung zu respektieren.

6.1 Da sich die Beschwerdegegnerin in ihrer angefochtenen Verfügung im Wesentlichen auf das D.____-Gutachten vom 13. September 2016 (IV-Nr. 82) stützt, ist vorweg dessen Beweiswert zu prüfen. Dieses ist für die streitigen Belange umfassend, beruht auf allseitigen Untersuchungen, berücksichtigt auch die geklagten Beschwerden und ist in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden. Damit erfüllt es die formellen Voraussetzungen, welche die Rechtsprechung von einem Gutachten verlangt. Nachfolgend ist sodann zu prüfen, ob das D.____-Gutachten auch hinsichtlich der Diagnoseerhebung, Schlussfolgerungen und Beurteilung der Arbeitsfähigkeit zu überzeugen vermag.

6.1.1 Im internistischen Teilgutachten diagnostizierte Dr. med. E.____ eine arterielle Hypertonie sowie eine hereditäre Hämochromatose, wobei klinisch und anamnestisch keine Hinweise für Hämochromatose-assoziierte Begleiterkrankungen aus allgemeininternistischer oder rheumatologischer Sicht bestünden. Dementsprechend kam der internistische Gutachter nachvollziehbar zum Schluss, dass die festgestellten medizinischen Erkrankungen keinen Einfluss auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers hätten.

6.1.2 Im rheumatologischen Teilgutachten führte Dr. med. E.____ gestützt auf eine umfassende Befunderhebung (S. 29 f. des Gutachtens) aus, aus klinisch-rheumatologischer Sicht müsse konstatiert werden, dass eine übliche detaillierte Untersuchung des Achsenskelettes oder der peripheren Gelenke an den oberen und unteren Extremitäten in keiner Art und Weise möglich sei, da bereits einfachste Bewegungsprüfungen jeweils zu massivsten frontalen, okzipitalen und zervikalen Schmerzen führten, mit diffusen Ausstrahlungen bis nach lumbal und in die oberen Extremitäten und sofortigen Schwindelsymptomen. Diese massiv ausgeprägte Schmerzpräsentation bei minimalsten Bewegungen des Achsenskelettes sowie der peripheren Gelenke an den oberen und unteren Extremitäten könne rein pathoanatomisch vom Rheumatologen in keiner Art und Weise erklärt oder begründet werden. Es habe keine abschliessende Beurteilung der Bewegungsfähigkeit des Achsenskelettes oder der peripheren Gelenke an den oberen sowie unteren Extremitäten

erhoben werden können. Jede noch so geringe Bewegungsprüfung der WS, welche stets aktiv durch den Exploranden durchgeführt worden sei, notabene ohne jegliche Intervention durch den Referenten, habe sofort zu einer Schmerzexazerbation im ganzen Kopf/Nacken/Schultergürtel-Bereich mit sofortiger Schwindelzunahmen geführt. Das gleiche habe für den peripheren Gelenkstatus gegolten, hier hätten sich besondere diskrepante Befunde gefunden, indem bereits in liegender Untersuchung das Wippen der Füße gemäss Angaben des Exploranden zu sofortigen Kopf/Nackenschmerzen geführt habe. Das Ausmass der beklagten Beschwerden und die faktische Nicht-Untersuchbarkeit aus somatisch orientierter Sicht des Bewegungsapparats könne sicherlich nicht durch eine eigenständige rheumatologische/orthopädische Erkrankung erklärt werden. Daraus schliesst der Gutachter in nachvollziehbarer Weise, die im Status erwähnten Inkonsistenzen wiesen aus rheumatologischer Sicht auf eine deutliche psychosoziale Überlagerung des Schmerzbildes hin. Da eine eigenständige relevante Diagnose aus klinisch-rheumatologischer Sicht nicht festgestellt werden könne, könnten dementsprechend auch keinerlei rheumatologisch-theoretische Einschränkungen der Arbeits- und Leistungsfähigkeit postuliert werden.

6.1.3

Auch anlässlich der Untersuchung durch den neurologischen Gutachter, Dr. med. H.____, zeigte sich ein ähnliches Bild wie hiervor durch den rheumatologischen Gutachter beschrieben. Gemäss Dr. med. H.____ zeige der Beschwerdeführer bei der klinischen Untersuchung eine stark eingeschränkte Kooperationsfähigkeit. Eine vollständige Untersuchung sei aufgrund der Schmerzhemmung nicht möglich. Es zeigten sich hierbei jedoch deutliche Diskrepanzen zwischen der fokussierten klinischen Untersuchung und in Situationen, wo der Explorand unauffällig beobachtet werden könne. Insbesondere bei der Beweglichkeit der HWS zeige der Versicherte bei der klinischen Untersuchung eine vollkommene Steifhaltung des Kopfes (lediglich aktive Beweglichkeit geprüft). Bei der Anamneseerhebung seien jedoch flüssige Kopfbewegungen vorhanden, ohne erkennbare Einschränkung. Auch bei der Prüfung der Okulomotorik habe der Beschwerdeführer Tests, welche einen Auf- oder Abwärtsblick beziehungsweise Rechts- oder Linksblick erfordern, nicht durchführen wollen. Bei Ablenkung seien jedoch völlig normale konjugierte Bulbusbewegungen erkennbar gewesen. Auch bei der Kraftprüfung habe der Versicherte eine ausserordentlich hochgradige Einschränkung gezeigt. Die Kraftprüfung sei de facto nicht durchführbar gewesen, da bereits das Bewegen der Füße zur Provokation von stärksten Schmerzen im Bereich der HWS geführt habe. Im Gegensatz dazu zeige der Versicherte einen lockeren, völlig unauffälligen Gang. Auch bei der Prüfung der Feinmotorik habe der Versicherte ruckartige disharmonische Bewegungen gezeigt, welche in unauffälligen Beobachtungen nicht hätten reproduziert werden können. Bei der Prüfung der Gleichgewichtsfunktionen hätten sich keine Hinweise auf eine relevante Einschränkung ergeben. Tests mit höheren Anforderungen an das Gleichgewichtssystem wie zum Beispiel Einbeinstand seien vom Versicherten jedoch nicht durchgeführt worden. Gestützt darauf kommt der Gutachter einleuchtend zum Schluss, dass sich auf Grundlage der aktuellen vorliegenden klinischen Untersuchungsbefunde keine Hinweise auf eine zugrundeliegende organische Erkrankung im Bereich des Nervensystems ergäben. Dahingegen zeige sich das Bild eines ausgeprägt demonstrativen Verhaltens, wobei die äusserst krassen Diskrepanzen auch Funktionen betreffen, welche der willkürlichen Steuerung zugänglich sein sollten. Neben den Schmerzen beschreibe der Versicherte hartnäckige Schwindelbeschwerden, welche durch jegliche Kopfbewegungen und Blickfolgebewegungen provoziert würden. Aus neurologischer Sicht ergäben sich keine Anhaltspunkte für eine zentrale Ursache dieser

Schwindelbeschwerden. Es habe im Bereich des Gehirns und der Gleichgewichtsorgane nie eine relevante objektivierbare Störung nachgewiesen werden können. Im Wesentlichen könne davon ausgegangen werden, dass ein sogenannter zervikogener Schwindel bestehe. Es handle sich dabei um Schwindelbeschwerden, welche bei Personen mit chronischen zervikalen Schmerzen oft beschrieben würden. Das Ausmass der angegebenen Beschwerden des Versicherten sei jedoch dafür ebenfalls atypisch. Aus neurologischer Sicht könnten wie oben erwähnt keine objektivierbaren Befunde erhoben werden, welche eine relevante Erkrankung beziehungsweise eine posttraumatische Schädigung im Bereich des Nervensystems dokumentieren würden. Angesichts des weitestgehend fehlenden somatischen Substrats vermag schliesslich auch die Schlussfolgerung des Gutachters zu überzeugen, wonach aus neurologischer Sicht eine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit weder in der angestammten beruflichen Tätigkeit als Verkäufer und Eventmanager noch in einer angepassten Tätigkeit bestätigt werden könne.

6.1.4 Im ophthalmologischen Teilgutachten konnte Dr. med. I. ___ sodann ebenfalls keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit feststellen. Es bestehe an beiden Augen ein altersentsprechender ophthalmologischer Befund mit voller Fern- und Nahsehschärfe. Die chronische Benetzungsstörung und die latente Schielstellung könnten dem Exploranden besonders bei PC-Arbeit Beschwerden bereiten. Für die vom Exploranden genannten multiplen Beschwerden, u.a. der Unmöglichkeit, einen Punkt zu fixieren, bestehe kein morphologisches Korrelat. Ausserdem habe der Explorand während der Untersuchung ständig ruhig fixiert, beispielsweise bei der Visusprüfung für Ferne und Nähe, beim Stereotest oder bei der Gesichtsfeldprüfung. Für PC-Arbeiten oder Fernsehen könnte sich der Explorand evtl. eine geeignete PC-Brille anpassen lassen.

6.1.5 Im otorhinolaryngologischen Teilgutachten führte Dr. med. T. ___ aus, im Rahmen der otoneurologischen Untersuchungsbefunde könne aktuell eine altersentsprechende symmetrische Hörschwelle beidseits, mit Hörverlust nach CPT-AMA Tabelle von 0 % rechts, und von 0 % links, resultierend einem Hörverlust nach Social Index von 0 % rechts, respektive 0 % links, objektiviert werden. Im Rahmen dieser Hörschwellen bestünden weder subjektiv, noch objektiv auditive Einschränkungen. Einzig werde subjektiv eine Lärmempfindlichkeit angegeben. Seitens der vestibulären Funktion könnten aktuell, soweit prüfbar, ausser vereinzelter Aufholsakkaden bei Blickfolge, unauffällige Befunde mit fehlenden pathologischen Nystagmen sowie unauffälliger spinaler Motorik und Koordination objektiviert werden, so dass keine eindeutigen Befunde einer peripheren vestibulären Funktionsstörung objektiviert werden könnten. Insbesondere zeigten sich keine pathologischen Nystagmen bei subjektiver Angabe von Schwindelbeschwerden. Auch die vorgängigen durchgeführten otoneurologischen Untersuchungen zeigten nur einmalig eine geringgradige kalorische Untererregbarkeit rechts sowie eine nicht sichere Reproduzierbarkeit der vestibulär evozierten Potentiale rechts, wobei diese Befunde anlässlich der erstmaligen otoneurologischen Untersuchung im Jahre 2008 durchwegs unauffällig gewesen seien, so dass mit Rücksicht auf den Exploranden auf eine belastende kalorische Prüfung verzichtet worden sei. Des Weiteren hätte im Rahmen einer vorgängigen bildgebenden Diagnostik mittels Magnetresonanztomographie des Neurocraniums eine retrocochleäre Pathologie ausgeschlossen werden können. Diesbezüglich könne die intermittierende Schwindelsymptomatik nicht durch eine periphere vestibuläre Funktionsstörung erklärt werden. Auch könnten im Rahmen der aktuellen Untersuchung keine stärkeren Einschränkungen der posturalen Kontrolle objektiviert werden, wie dies auch anlässlich vorgängiger Untersuchungen in den Jahren

2014 / 2015 dokumentiert sei, einzig sei im Rahmen dieser Untersuchungen zum Teil auf eine schnellere Ermüdbarkeit hingewiesen worden. Wie bereits in den erstmaligen otoneurologischen Abklärungen dokumentiert, könnten aber auch im Rahmen der aktuellen Untersuchung Befunde einer zentral vestibulären Funktionsstörung objektiviert werden, auch wenn im Rahmen einer bildgebenden Diagnostik mittels Magnetresonanztomographie des Neurocraniums eine strukturelle zentrale Pathologie bereits habe ausgeschlossen werden können. Differenzialdiagnostisch wäre auch eine zusätzliche zervikogen-proprioceptive Schwindelsymptomatik durchaus möglich, wobei in Anbetracht der eingeschränkten Prüfbarkeit aktuell, sowie vorgängig, dies nur vermutet werden könne. Zusammenfassend bestehe somit eine intermittierende Schwindelsymptomatik, bei Zeichen einer zentral-vestibulären Funktionsstörung, und unauffälliger peripherer vestibulären Funktion, sowie eine differenzialdiagnostisch mögliche zervikogen-proprioceptive Schwindelsymptomatik. Gestützt auf seine Untersuchungen kam Dr. med. T.____ nachvollziehbar zum Schluss, im Rahmen der otoneurologischen Untersuchungsbefunde mit altersentsprechender symmetrischer Hörschwelle beidseits bestünden zurzeit keine eigentlichen auditiven Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit. Seitens der intermittierenden Schwindelsymptomatik, bei Zeichen einer zentral-vestibulären Funktionsstörung, und unauffälliger peripherer vestibulären Funktion, aber differenzialdiagnostisch möglicher zusätzlicher zervikogen-proprioceptiver Schwindelsymptomatik, ergäben sich qualitative Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit, so dass sturzgefährdende Tätigkeiten, Tätigkeiten mit häufigen Kopfdrehbewegungen oder längerdauernde Bildschirmarbeiten vom Exploranden gemieden werden sollten. In Anbetracht dieser Beschwerdesymptomatik müsse auch von einem eingeschränkten Arbeitstempo ausgegangen werden, so dass auch von einer quantitativen Einschränkung der Leistungsfähigkeit ausgegangen werden müsse, welche mit 10 % beziffert werden könne. Im Rahmen der anamnestischen Angaben sowie den Akten könne der Zeitpunkt des Auftretens der aktuell bestehenden Beschwerdesymptomatik auf das Jahr 2006 zurückgeführt werden, bei Zustand nach Kopfkontusion und HWS-Distorsion, wobei erstmalige otoneurologischen Abklärungen mit der Diagnose einer zentralen Vestibulopathie erst im Jahre 2008 erfolgt seien.

6.1.6 Auch im psychiatrischen Teilgutachten erfolgte gestützt auf eine eingehende Anamnese- und Befunderhebung eine schlüssige Beurteilung: Gemäss Dr. med. F.____ bestünden beim Exploranden Klagen über somatische Beschwerden mit vor allem ausgeweiteten Schmerzen im Bewegungsapparat, aber auch Probleme mit den Augen. Die Beschwerden seien gemäss Gutachter auf ein Unfallereignis, das in den Akten dokumentiert sei, zurückzuführen. Es bestünden vor allem psychosoziale Faktoren, die eine Rolle spielen könnten. Deutlich schwere lebensgeschichtliche Belastungen mit einer deutlichen Relevanz, um sich negativ auf die Gesundheitsentwicklung auszuwirken, wie lebensgeschichtlich frühe Belastungen mit zerrütteten Familienverhältnissen in der Kindheit bestünden nicht. Die Anamnese sei hier auch sonst psychiatrisch bland. Die Symptomatik müsse vor allem aus somatischer Sicht beurteilt werden, psychiatrischerseits sei diagnostisch von einer Symptomausweitung/Schmerzverarbeitungsstörung auszugehen. Eine psychiatrische Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit könne sonst nicht gestellt werden. Es bestehe ein chronischer Verlauf mit einer deutlich ausgeprägten Krankheits- und Behinderungsüberzeugung. Die Prognose sei ungünstig. Die Selbsteinschätzung des Exploranden, gar nicht mehr arbeiten zu können und auch noch keine Schritte hin auf eine Erwerbstätigkeit machen zu können, könne mit objektiv erhebbaren psychiatrischen Befunden nicht gestützt werden. Gestützt darauf kommt der Gutachter in nachvollziehbarer

Weise zum Schluss, beim Exploranden bestehe aus psychiatrischer Sicht in allen seinen Fähigkeiten entsprechenden Tätigkeiten eine 100%ige Arbeitsfähigkeit ohne Leistungseinschränkung, abzüglich der Arbeitsunfähigkeit aus somatischer Sicht. Auch im Verlauf habe keine psychiatrische Arbeitsunfähigkeit bestanden. 6.1.6.1 Gemäss Urteil 143 V 409 sind sämtliche psychiatrischen Erkrankungen einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen. Dieses bleibt jedoch dann entbehrlich, wenn im Rahmen beweiswertiger fachärztlicher Berichte (vgl. BGE 125 V 351) eine Arbeitsunfähigkeit in nachvollziehbar begründeter Weise verneint wird und allfälligen gegenteiligen Einschätzungen mangels fachärztlicher Qualifikation oder aus anderen Gründen kein Beweiswert beigemessen werden kann. Nachdem im psychiatrischen Teilgutachten eine psychiatrische Arbeitsunfähigkeit überzeugend verneint wurde, kann auf eine Prüfung der Indikatoren gemäss BGE 141 V 281 verzichtet werden. Selbst wenn man eine Indikatorenprüfung vornimmt, führt dies zu keinem anderen Resultat, sondern bestätigt die Einschätzung des psychiatrischen Gutachters, wie nachfolgend darzulegen ist. Gemäss BGE 141 V 281 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) Obwohl das Bundesgericht die Rechtsprechung gemäss BGE 141 V 281 erst mit obengenanntem Urteil vom 30. November 2017 auf sämtliche psychiatrischen Erkrankungen anwendbar erklärt, wurden die vorgehend aufgeführten Indikatoren im D.____-Gutachten vom 11. April 2016 bereits geprüft. Eine Rückweisung oder ein neues Gutachten sind demnach nicht notwendig, zumal das D.____-Gutachten auch inhaltlich den Anforderungen der neuen Rechtsprechung standhält, wie aus den nachfolgenden Erwägungen ersichtlich ist: Hinsichtlich der Indikatoren «Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde» ist dem D.____-Gutachten zu entnehmen, von psychiatrischer Seite habe eine gewisse psychomotorische Angespanntheit bestanden. Objektive psychopathologische Befunde hätten im klinischen psychiatrischen Untersuchungsgespräch sonst nicht erhoben werden können. Im Übrigen gehen aus den übrigen Teilgutachten (vgl. E. II 6.1.1 - 6.1.5 hiervor) nur gering ausgeprägte diagnoserelevante Befunde hervor. Zum Indikator «Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz» wird im D.____-Gutachten ausgeführt, der Medikamentenspiegel des Antidepressivums sei deutlich zu tief gewesen. Auch von der bestehenden Dosierung her könne das Antidepressivum durchaus erhöht werden, wichtig sei aber dessen regelmässige Einnahme. Es bestünden sonst keine Hinweise auf eine schlechte Kooperation, wenn die Therapie so laufe, wie sie sich der Explorand auch vorstellen könne. Die Behandlung mit dem sedierenden und schmerzmodulierenden Antidepressivum auf die Nacht sei gut und sollte weitergeführt werden. Auf die regelmässige Medikamenteneinnahme sollte geachtet werden. Die Benzodiazepineinnahme (Seresta) sollte kontrolliert werden, da es bei einer regelmässigen Einnahme zur

Verstärkung der Symptomatik, vor allem der Schlafstörungen komme. Besser wäre es, das sedierende Antidepressivum in der Dosis zu erhöhen und das Seresta (schrittweise) abzusetzen. Eingliederungsmassnahmen seien theoretisch ab sofort zumutbar, würden hier aber keinen Sinn machen wegen der deutlich ausgeprägten Krankheits- und Behinderungsüberzeugung. Beim Indikator «Komorbiditäten» ist eine Gesamtbetrachtung der Wechselwirkungen und sonstigen Bezüge der psychischen Störungen zu sämtlichen begleitenden krankheitswertigen Störungen erforderlich. Eine Störung, welche nach der Rechtsprechung als solche nicht invalidisierend sein kann (vgl. E. 4.3.1.2; Urteil 9C_98/2010 vom 28. April 2010 E. 2.2.2, in: SVR 2011 IV Nr. 17 S. 44) ist keine Komorbidität. In diesem Zusammenhang sind dem Gutachten keine invalidisierenden Störungen zu entnehmen. Hinsichtlich des Komplexes «Persönlichkeit» geht aus dem Gutachten hervor, der Explorand habe deutlich überzeugt gewirkt, als er über seine Beschwerden gesprochen habe, er sei aber affektiv gut zugänglich, freundlich und angepasst gewesen. Deutlich auffällige Persönlichkeitszüge für die Achse-2-Diagnose einer Persönlichkeitsstörung bestünden sonst nicht und gegen diese Diagnose spreche vor allem auch der Verlauf mit vor der Erkrankung sonst normaler Sozialisation und voller Leistungsfähigkeit. Es bestünden Ressourcen mit zwei beruflichen Abschlüssen und auch Weiterbildungen. In den Akten seien sonst berufliche Tätigkeiten auch als Eventmanager zu 65 % ab 2010 und als Teilzeitverkäufer zu 35 % angegeben. Er verfüge über eine gewisse Berufserfahrung. Zum Komplex «sozialer Kontext» ist dem Gutachten zu entnehmen, der Beschwerdeführer wohne alleine in einer 2-Zimmer-Mietwohnung. Finanziell lebe er vom Sozialamt. Die Mutter sei 5 Minuten entfernt. Er sei auf die Hilfe der Eltern angewiesen, aber auch der Schwester, die in der Nähe sei. Gewichte könne er nicht heben und so praktisch nichts tragen, was schwer sei. Mit dem Rucksack oder mit dem Rollkoffer gehe er leichte Sachen einkaufen. Gewichte an beiden Armen dürfe er nicht tragen. Am Morgen sei er meistens in der Therapie. Er esse dann bei der Mutter oder bei der Schwester der Mutter. Am Nachmittag gehe er spazieren, um sich an einem ruhigen Ort zu lockern. Dann müsse er sich hinlegen und seine Entspannungsübungen machen. In der Familie habe er sehr gute Kontakte. Er habe auch gute Kollegen. Das Unfallereignis, die bisher noch nicht eingetretene Beschwerdefreiheit bei zwar einer gewissen vom Exploranden angegebenen Verbesserung unter der Therapie, mit der er sich identifizieren könne, hätten psychisch zu Verunsicherung und Enttäuschung geführt. Er habe aber doch auch etwas nach dem Unfall und unter seiner Erkrankung machen können, als er bei der Firma, bei der er als Verkäufer eingestiegen sei, noch angestellt gewesen sei. Es bestünden regressive Tendenzen, indem er sich nach wie vor noch nicht arbeitsfähig fühle. Schliesslich geht aus dem Gutachten hinsichtlich der Kategorie «Konsistenz» hervor, dem Exploranden sei es auch möglich, die öffentlichen Verkehrsmittel alleine zu benutzen, wenn er müsse. Im Untersuchungsgespräch habe er sich gut konzentrieren können, die Anamnese sei gut möglich gewesen und er habe auch Lebensdaten gut angeben können. Er habe keine Zeichen einer Ermüdung gezeigt. Es werde ihm im Haushalt doch viel von der Familie abgenommen, eigentlich praktisch alles, wenn er es wolle, und er werde auch überallhin gefahren, wenn es notwendig sei oder er wolle. Dadurch könne ein sekundärer Krankheitsgewinn entstehen. Auch nach dem Unfall, als er bei der Firma noch angestellt gewesen sei, habe er durchaus noch Weiterbildungen machen können, wie er angegeben habe. In einer Erwerbstätigkeit fühle sich der Explorand nicht arbeitsfähig. Im Haushalt fühle er sich eigentlich auch kaum einsatzfähig. In der Freizeit fühle er sich auch deutlich beeinträchtigt, indem er sich nicht mehr wie früher vor dem Unfallereignis sportlich

betätigen könne. Die Selbsteinschätzung des Exploranden, gar nicht mehr arbeiten zu können und auch noch keine Schritte hin auf eine Erwerbstätigkeit machen zu können, könne mit objektiv erhebbaren psychiatrischen Befunden nicht gestützt werden. Nach dem Gesagten erweist sich das psychiatrische Teil-Gutachten des D. ___ auch im Lichte der neuen bundesgerichtlichen Rechtsprechung betreffend Indikatorenprüfung als beweiswertig und es kann auf die schlüssigen Ausführungen zum Leistungsvermögen des Beschwerdeführers verwiesen werden, welches unter der Beachtung der vorgängig geprüften Indikatoren festgelegt wurde. 6.1.7 Gestützt auf die schlüssigen Teilgutachten vermag schliesslich auch die Gesamtbeurteilung im D. ___-Gutachten zu überzeugen, wonach beim Beschwerdeführer für die früher erlernten und durchgeführten beruflichen Tätigkeiten als Kaufmann, als angestellter Eventmanager oder im Detailhandel eine 90%ige, ganztägig verwertbare Arbeits- und Leistungsfähigkeit unter Berücksichtigung der zusätzlich aus ORL-Sicht erwähnten qualitativen Einschränkungen bestehe (vgl. E. II. 5.1.4. hiervor). 6.2 An der beweiswertigen Beurteilung der D. ___-Gutachter vermögen auch die entgegenstehenden Arztberichte und die vom Beschwerdeführer vorgebrachten Rügen nichts zu ändern. Diesbezüglich ist vorab festzuhalten, dass es die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag der therapeutisch tätigen Fachperson einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich oder gerichtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits nicht zulässt, 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 (vgl. z.B. BGE 124 I 170 E. 4 S. 175; Urteil 9C_630/2016 vom 9. Februar 2017 E. 4.2.1.1). 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 (vgl. z.B. Urteil 9C_276/2016 vom 19. August 2016 E. 3.1.1 mit Hinweisen). Solche Aspekte sind vorliegend zu verneinen. Zudem ist in diesem Zusammenhang auf die Ausführungen im D. ___-Gutachten zu verweisen: Im neurologischen Teilgutachten wurde von Dr. med. H. ___ nachvollziehbar dargelegt, dass Dr. med. S. ___ durch diverse apparative Untersuchungen zwar zu einer Diagnose gekommen sei, welche multiple Funktionsstörungen im Bereich der Gleichgewichtssysteme beschreibe. Eine definierte zentrale Läsion als Ursache der angegebenen Schwindelbeschwerden könne Dr. med. S. ___ aber ebenfalls nicht angeben. Im Übrigen stelle sich die Frage, inwiefern eine differenzierte klinische Befunderhebung beziehungsweise funktionelle Diagnostik bei dem Versicherten angesichts der stark eingeschränkten Kooperationsfähigkeit überhaupt habe durchgeführt werden können. Wie Dr. med. H. ___ zudem zurecht eingewendet hat, handelt es sich vorwiegend um rein theoretische Hypothesen in Bezug auf posttraumatische Funktionsstörungen, welche insgesamt durch objektive Befunde nicht belegt sind. Im Weiteren sei der Versicherte durch den Neurologischen Chiropraktor Dr. G. ___ beurteilt worden. Zusätzlich sei eine Untersuchung durch Prof. V. ___ in den [...] erfolgt. Diesbezüglich finde sich in den Akten lediglich eine Videodokumentation der Untersuchung. Ein schriftlicher Befund oder eine schriftliche Beurteilung fehle. Bei Prof. V. ___ wie auch bei Dr. G. ___ handle es sich um Chiropraktoren, die sich auf Störungen im Bereich des Nervensystems spezialisiert hätten. Die angewendeten Untersuchungsverfahren würden nicht den schulmedizinischen fachneurologischen Standards entsprechen und würden deshalb keine weiteren Rückschlüsse zulassen. Sodann diagnostizierte med. pract. R. ___, Facharzt für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Facharzt für interventionelle Schmerztherapie, in seinem Bericht vom 14. September 2015 (IV-Nr. 57, S. 16) beim

Beschwerdeführer ein zervikozephalisches Syndrom, ein zervikobrachiales Syndrom sowie eine myofasziale Symptomausweitung bei Status nach Unfall vom 1. August 2006 mit Schädel-Hirn-Trauma. Diesbezüglich führte er aber lediglich aus, die derzeitigen Symptome würden eindeutig auf eine Verletzung der zervikalen Facettengelenke hindeuten, ohne dies weiter zu begründen. Dieser Bericht vermag somit die gutachterliche Beurteilung ebenfalls nicht zu entkräften. Des Weiteren liegen diverse – dem Gutachten entgegenstehende – Berichte und Stellungnahmen des behandelnden Chiropraktikers, Dr. M.____, vor. Diesen ist jedoch in medizinischer Hinsicht bereits deshalb kaum Beweiswert zuzumessen, da Dr. M.____ als Chiropraktiker tätig ist und über keinen medizinischen Facharztstitel verfügt. Wie zudem Dr. med. U.____ vom RAD in seiner Stellungnahme vom 6. Dezember 2016 zu Recht angeführt hat, liegt es grundsätzlich im Ermessen der Gutachter, welche Untersuchungsmöglichkeiten sie wählen. Dr. M.____ vermag denn auch keine medizinisch überzeugende Begründung dafür zu nennen, weshalb die apparativen Untersuchungen, welche auch Dr. med. S.____ durchgeführt hatte, zwingend auch von den D.____-Gutachtern hätten vorgenommen werden müssen. Insofern Dr. M.____ rügt, die neurologische Untersuchung durch den Gutachter habe lediglich gut eine Stunde gedauert, was nicht ausreichend sei, ist ihm entgegenzuhalten, dass selbst eine lediglich 20 Minuten dauernde Exploration nicht von vornherein eine Sorgfaltswidrigkeit des Gutachters anzeigt, da es für den Aussagegehalt eines Arztberichtes nicht auf die Dauer der Unterhaltung ankommen kann; massgeblich ist vielmehr, ob der Bericht inhaltlich vollständig und im Ergebnis schlüssig ist (Urteil des EVG I 719/05 vom 17. November 2006, E. 3), was nach der obigen Beweiswürdigung hinsichtlich des neurologischen Teilgutachtens bejaht werden kann. Wie Dr. med. U.____ vom RAD sodann weiter treffend angemerkt hat, fällt auf, dass Dr. M.____ nicht auf die von den Gutachtern festgestellte mangelhafte Kooperationsbereitschaft, die Inkonsistenzen und die Diagnose der Symptomausweitung und Aggravation eingeht. Diese dürften aber aufgrund der schlüssigen und übereinstimmenden Befund- und Anamneseerhebungen als erstellt gelten. Im Weiteren ist darauf hinzuweisen, dass auch Dr. med. Q.____, Facharzt Innere Medizin FMH, Psychosomatische Medizin SAPP, C.____, in seinem Bericht vom 9. Februar 2014 (IV-Nr. 35, S. 9) – übereinstimmend mit dem D.____-Gutachten – darauf hinwies, dass das Ausmass und der Beschrieb der berichteten Symptome nicht mit einer bekannten somatisch/strukturellen Störung in Einklang zu bringen sei. Eher grandios bis narzisstisch zu interpretierende Persönlichkeitsaspekte könnten Auswirkungen auf die Aufrechterhaltung der dysfunktionalen Bewältigung haben, ebenso wie Konditionierungsprozesse (fear avoidance) und kognitiv emotionale Faktoren (katastrophisieren, negative Selbstwirksamkeitserwartung). Interaktionell scheine der Beschwerdeführer von Zuwendung zu profitieren im Sinne einer zu postulierenden gewissen Funktionalität der Symptomatik. Ein sekundärer Krankheitsgewinn wurde somit auch von Dr. med. Q.____ angenommen. Insofern der Beschwerdeführer schliesslich rügt, die D.____-Gutachter seien nicht auf seine Einschränkungen eingegangen, ist anzufügen, dass es sich hierbei grossenteils um subjektive Angaben des Beschwerdeführers handelt, die sich anlässlich der gutachterlichen Untersuchung nur sehr begrenzt objektivieren liessen. Dementsprechend haben die Gutachter diese subjektiv genannten Einschränkungen zu Recht nur teilweise berücksichtigt. 6.3 Zusammenfassend ist somit festzuhalten, dass die D.____-Gutachter zu klaren, schlüssigen Ergebnissen gelangt sind, welche nachvollziehbar und überzeugend begründet werden. Das Gutachten leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge sowie in der Beurteilung der medizinischen Situation ein.

Des Weiteren sind die Schlussfolgerungen der Experten begründet. Damit ist diesem Gutachten voller Beweiswert zuzumessen. 7. Nachdem gestützt auf das D.____-Gutachten davon auszugehen ist, dass beim Beschwerdeführer in seiner bisherigen Tätigkeit als angestellter Eventmanager oder im Detailhandel eine 90%ige, ganztägig verwertbare Arbeits- und Leistungsfähigkeit unter Berücksichtigung der zusätzlich aus ORL-Sicht erwähnten qualitativen Einschränkungen besteht, ist keine Invaliditätsberechnung vorzunehmen, da die Arbeitsunfähigkeit von 10 % dem Invaliditätsgrad entspricht. Demnach hat die Beschwerdegegnerin den Rentenanspruch des Beschwerdeführers zu Recht verneint. Zudem besteht angesichts der subjektiven Krankheits- und Behinderungsüberzeugung des Beschwerdeführers auch kein Anspruch auf berufliche Massnahmen. So gab der Beschwerdeführer gegenüber den Gutachtern an, eine Besserung sei in acht bis neun Jahren zu erwarten, alles sei dokumentiert. Theoretisch habe er gute Voraussetzungen, um eine Stelle zu erhalten mit seinen zwei beruflichen Ausbildungen. An einen konkreten Beruf denke er noch nicht. Er müsse Schritt für Schritt vorwärtsgehen. Damit ist die angefochtene Verfügung 30. August 2017 nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen. 8. Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung. Der Beschwerdeführer steht ab Prozessbeginn im Genusse der unentgeltlichen Rechtspflege (vgl. Ziff. I. 4. hiervor). Die Kostenforderung ist bei Unterliegen der Partei mit unentgeltlichem Rechtsbeistand vom Gericht festzusetzen. Der Kanton entschädigt die unentgeltliche Rechtsbeistandin oder den unentgeltlichen Rechtsbeistand angemessen (Art. 122 Abs. 1 lit. a ZPO). Der Vertreter des Beschwerdeführers hat am 7. Februar 2018 eine Kostennote eingereicht, worin er einen Kostenersatz von insgesamt CHF 3'364.55 geltend macht. Der Stundenansatz beträgt aufgrund des Kreisschreibens Nr. 1 der Gerichtsverwaltungskommission des Kantons Solothurn vom 18. September 2006 seit 1. Oktober 2006 bzw. § 160 Abs. 3 Gebührentarif (GT) CHF 180.00. In Anbetracht von Aufwand und Schwierigkeit des Prozesses ist die Kostenforderung auf CHF 2'048.45 festzusetzen (10 Stunden zu CHF 180.00, zuzügl. Auslagen und MwSt), zahlbar durch die Zentrale Gerichtskasse des Kantons Solothurn. Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates sowie der Nachzahlungsanspruch des unentgeltlichen Rechtsbeistandes im Umfang von CHF 539.75 (Differenz zum vollen Honorar [10 x CHF 230.00 + CHF 97.40 + MwSt. = 2'588.20; - 2'048.45 = CHF 539.75]) während zehn Jahren, wenn A.____ zur Nachzahlung in der Lage ist (§ 123 ZPO). Der Nachzahlungsanspruch wird praxisgemäss basierend auf den Stundenansatz von CHF 230.00 festgesetzt (vgl. § 160 Abs. 2 GT), wenn wie vorliegend keine Honorarvereinbarung mit dem Klienten vorgelegt wird, in der ein höherer Ansatz vereinbart worden ist. Andernfalls wäre das rechtliche Gehör des Beschwerdeführers, der sich zur Höhe des Stundenansatzes nicht äussern konnte, verletzt. Die Differenz zu der eingereichten Kostennote begründet sich einerseits damit, dass der Stundenansatz bei unentgeltlicher Rechtspflege gemäss § 160 Abs. 3 Gebührentarif (GT) CHF 180.00 beträgt. Zudem stellen mehrere der geltend gemachten Positionen Kanzleiaufwand dar (Kurzbriefe und Schreiben an Klient vom 2. Oktober, 11. Oktober, 24. Oktober, 1. November, 19. Dezember 2017, 9. Januar, 26. Januar, 7. Februar 2018; Ausfüllen UP-Gesuch vom 24. Oktober 2017; Schreiben mit UP-Formular an das Versicherungsgericht vom 1. November 2017; Empfangsbestätigung an das Versicherungsgericht vom 8. November 2017; Fristerstreckungsgesuch vom 28. November 2017; Schreiben mit Kostennote vom 7. Februar 2018), der bereits im Stundenansatz enthalten ist und nicht gesondert entschädigt wird. Andererseits sind die Kopien pro Stück

nur mit 50 Rappen zu vergüten (§ 160 Abs. 5 Gebührentarif) und nicht mit CHF 1.00, wie in der Kostennote geltend gemacht wird. Aufgrund von Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 - 1'000.00 festgelegt. Im vorliegenden Fall hat der Beschwerdeführer an die gesamten Verfahrenskosten einen Betrag von CHF 600.00 zu bezahlen, die jedoch infolge Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege durch den Kanton Solothurn zu übernehmen sind (Art. 122 Abs. 1 lit. b ZPO). Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren, wenn A.____ zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

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