

SO_GERICHTE VSBES.2017.281 vom 5. Dezember 2019

SO Obergericht, 2019-12-05, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2017.281_d20191205

FR: SO_GERICHTE VSBES.2017.281 du 5 décembre 2019

IT: SO_GERICHTE VSBES.2017.281 del 5 dicembre 2019

Regeste

Invalidenrente

Erwägungen

E. 1

1.1 A.____ (nachfolgend: Beschwerdeführer), geboren 1960, meldete sich am 18. April 2015 bei der IV-Stelle Solothurn (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) zum Leistungsbezug an (IV-Stelle Beleg Nr. [IV-Nr.] 2). Angegeben wurde eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % seit 28. November 2014 wegen schweren Depressionen. 1.2 Die Beschwerdegegnerin führte ein Intake-Gespräch mit dem Beschwerdeführer durch (IV-Nr. 12) und holte diverse medizinische Unterlagen ein. Im Rahmen der beruflichen Eingliederung wurde am 8. Juli 2015 ein Erstgespräch durchgeführt, wobei festgestellt wurde, dass berufliche Massnahmen derzeit nicht zielführend seien (IV-Nr. 21). 1.3 Auf Empfehlung des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) wurde der Beschwerdeführer am 8. Juni 2016 durch Dr. med. B.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, psychiatrisch begutachtet (IV-Nr. 36). 1.4 Mit Vorbescheid vom 18. Oktober 2016 (IV-Nr. 45) stellte die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer mit Wirkung ab 1. November 2015 eine Viertelsrente in Aussicht. Dagegen liess der Beschwerdeführer am 15. November 2016 (IV-Nr. 46) und 14. Dezember 2016 (IV-Nr. 49) Einwand erheben.

E. 2

2.1 Am 19. April 2017 erliess die Beschwerdegegnerin einen neuen Vorbescheid, der den alten ersetzen sollte (IV-Nr. 50). Darin wurde in Erwägung gezogen, einen Anspruch auf eine Rente und / oder berufliche Massnahmen zu verneinen. Gegen diesen Vorbescheid liess der Beschwerdeführer am 30. Juni 2017 wiederum Einwand erheben (IV-Nr. 59), wobei dem Einwand ein Privatgutachten von Dr. med. C.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 26. Juni 2017 (IV-Nr. 59 S. 14 ff.), beigelegt wurde. 2.2 Mit Verfügung vom 2. Oktober 2017 (Aktenseite [A.S. 1 ff.]) wies die Beschwerdegegnerin einen Anspruch auf weitere berufliche Massnahmen und / oder eine Rente ab. 3. Gegen die genannte Verfügung lässt der Beschwerdeführer am 31. Oktober 2017 beim Versicherungsgericht des Kantons Solothurn (nachfolgend: Versicherungsgericht) Beschwerde erheben (A.S.

E. 4

4.1 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 gestellt 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 93 E. 4 S. 99 f., 125 V 256 E. 4 S. 261).

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

4.3 Der im Sozialversicherungsrecht massgebende Beweisgrad ist derjenige der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 117 V 194 E. 3b S. 194 f.). 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 351 E. 3a S. 352). 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. 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 157 E. 1c S. 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 351 E. 3b S. 352 ff.). So ist einem im Rahmen des Administrativverfahrens 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. 470). 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).

4.4 Von einem Gerichtsgutachten darf nur bei zwingenden Gründen abgewichen werden (BGE 135 V 465 E. 4.4 S. 469, BGE 143 V 269 E. 6.2.3.2 S. 282). Ein solcher Grund kann vorliegen, wenn das Gerichtsgutachten widersprüchlich ist oder ein vom Gericht eingeholtes Obergutachten in überzeugender Weise zu anderen Schlussfolgerungen gelangt. Eine divergierende Beurteilung kann ferner gerechtfertigt sein, wenn gegensätzliche Meinungsäusserungen anderer Fachexperten dem Gericht als triftig genug erscheinen, die Schlüssigkeit des Gerichtsgutachtens in Frage zu stellen, sei es, dass es die Überprüfung durch einen Oberexperten für angezeigt hält, sei es, dass es ohne Oberexpertise vom Ergebnis des Gerichtsgutachtens abweichende Schlussfolgerungen zieht (BGE 125 V 351 E. 3b/aa S. 352 f.; Urteil des Bundesgerichts 9C_429/2017 vom 30. August 2017 E. 3.1.3).

5. Mit BGE 143 V 409 hat das Bundesgericht seine Rechtsprechung im Hinblick auf die therapeutische Angebarkeit leichter bis mittelgradiger depressiver Störungen aufgegeben und erwogen, dass es sach- und systemgerecht sei, solche Leiden ebenfalls einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen. Gemäss geltender bundesgerichtlicher Rechtsprechung sind nunmehr 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. Entscheidend beim strukturierten Beweisverfahren ist, unabhängig von der diagnostischen Einordnung des Leidens, ob es gelingt, auf objektivierter Beurteilungsgrundlage den Beweis einer rechtlich relevanten Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit zu erbringen. Verlauf und Ausgang von Therapien sind dabei wichtige Schweregradindikatoren. Dementsprechend ist es Aufgabe des medizinischen Sachverständigen, nachvollziehbar aufzuzeigen, weshalb trotz einer leichten bis mittelschweren Depression und an sich guter Therapierbarkeit der Störung im Einzelfall funktionelle Leistungseinschränkungen resultieren, die sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirken. Zudem haben medizinische Studien gezeigt, dass eine adäquate, leitlinienkonforme antidepressive Therapie als eine notwendige Voraussetzung für günstige Verläufe hinsichtlich Arbeitsfähigkeit und Wiedereingliederung anzusehen ist. Eine konsequente, adäquate psychotherapeutische Therapie des depressiven Geschehens ist dabei nach medizinischer Ansicht wie auch im Rahmen der sozialversicherungsrechtlichen Schadenminderungspflicht zumutbar (BGE 143 V 409 E. 4.5 S. 415 ff. mit Hinweisen).

6. Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin einen Anspruch auf eine Rente und / oder berufliche Massnahmen zu Recht verweigert hat. Hierzu bedarf es zunächst der Klärung des medizinischen Sachverhalts. Dabei sind im Wesentlichen folgende medizinische Unterlagen relevant:

6.1 Gemäss Austrittsbericht der Klinik I.____ vom 14. April 2015 (IV-Nr. 14) lag beim Beschwerdeführer zum betreffenden Zeitpunkt (Aufenthalt vom 15. Januar bis 11. März 2015) eine schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F32.2) als Hauptdiagnose vor, als Nebendiagnosen eine HIV-Krankheit (Humane Immundefizienz-Viruskrankheit, diagnostiziert vor 20 Jahren), Kontaklanlässe mit Bezug auf das Berufsleben (ICD-10 Z56), eine zwanghafte Akzentuierung der Persönlichkeitszüge (ICD-10 Z73.1), ein chronisches Cervicovertebralsyndrom, ein Status nach Schädelhirntrauma 1973 ohne Residuen, ein Status nach Tonsillektomie und Appendektomie als Kind sowie Hämorrhoiden (anamnestisch). Der Beschwerdeführer sei wegen einer schweren depressiven Episode mit Niedergeschlagenheit, Grübeln, Konzentrations- und Entscheidungsstörungen, Antriebslosigkeit sowie Angstsymptomatik

zugewiesen worden. Seine Lebensgeschichte mit verschiedenen Traumatisierungen (Unfälle, Tod des Partners) sei thematisiert worden. Zu Vorschein seien viele soziale Belastungen gekommen. Das BDI (Beck-Depressions-Inventar) habe eine mittelgradige depressive Episode ergeben. Die Kriterien für eine Persönlichkeitsstörung seien nicht erfüllt. Der Beschwerdeführer habe beim Eintritt keine Psychopharmaka nehmen wollen.

Im Versicherungsbericht der Klinik I.____ vom 22. Juli 2015 zuhanden der Taggeldversicherung (IV-Nr. 17 S. 2 ff.) wurde ausgeführt, der Beschwerdeführer berichte von einer sehr belastenden Arbeitssituation, die ihn aufgrund einer zwanghaften Persönlichkeitsstruktur im Verlauf des letzten Jahres in eine schwere depressive Krise mit massiver Schlaf- und Antriebslosigkeit geführt habe. Zudem habe er zunehmend körperliche Beschwerden gehabt. Er sei nicht mehr in der Lage gewesen, ein soziales Leben zu führen, die Stimmung sei dauerhaft gedrückt gewesen. Bereits 2009/2010 habe es eine erste depressive Episode gegeben. Durch die stationäre Behandlung habe eine leichte Stabilisierung erreicht werden können. Der Gesundheitszustand sei jedoch trotz intensiver Therapie weiterhin noch sehr instabil. Die Prognose sei allerdings mittel- bis langfristig günstig. In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit bestehe aktuell eine Arbeitsunfähigkeit von 100 %. Aufgrund von weiterhin vorhandenen Einschränkungen in den Bereichen Konzentration, Auffassung, Anpassungsfähigkeit und Kommunikation bestünden starke Einschränkungen auch in anderen Tätigkeiten, z.B. Arbeiten am Computer, Aufnahme von Bestellungen, Kontakt mit Kunden. Insgesamt bestehe auch hier eine Arbeitsunfähigkeit von 100 %. Aktuell könnte der Beschwerdeführer allenfalls sehr einfache Tätigkeiten ausführen. Aber auch damit sei er schnell überfordert. Schwierig erscheine, dass er aufgrund seines Anspruchs Probleme habe, seine Leistungsfähigkeit realistisch einzuschätzen und zur Überforderung neige. Es würden berufliche Massnahmen durch die IV empfohlen.

6.2 Im Arztbericht des Hausarztes Dr. med. J.____, Facharzt für Innere Medizin, vom 13. November 2015 (IV-Nr. 22) wird eine mittelschwere Depression diagnostiziert. Die Arbeitsunfähigkeit betrage seit dem 9. September 2015 und bis auf weiteres 100 %. Die bisherige Tätigkeit sei zwei bis vier Stunden täglich zumutbar. Die Leistungsfähigkeit sei dabei um 50 % eingeschränkt. Eine angepasste wechselbelastende Tätigkeit (wie Handreichungen) sei täglich zwei bis vier Stunden mit einer Leistung von 50 bis 80 % möglich.

6.3 Im Arztbericht von dipl. psych. K.____ und Dr. med. L.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 25. November 2015 (IV-Nr. 24) werden folgende Diagnosen erhoben:

Mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

Die Arbeitsunfähigkeit betrage 100 % vom 20. April bis 10. Juli 2015. Berufliche Massnahmen seien angezeigt. Die Auffassung sei unauffällig, Konzentration und Gedächtnis mittelgradig beeinträchtigt. Das formale Denken sei geordnet, aber stark eingengt auf berufliche Belastungen, mit Insuffizienzerleben, Schuldgefühlen und Zukunftsängsten sowie schwergradigem Grübeln. Der Beschwerdeführer sei mittelgradig deprimiert, ängstlich, hilfeschend, unterschwellig aggressiv, enttäuscht, leicht ambivalent und affektlabil. Zudem sei er schwergradig antriebs-gehemmt bei sozialem Rückzug, mit Störung der Vitalgefühle, Anhedonie, zugleich mittelgradiger innere Unruhe, schweren Ein- und Durchschlafstörungen sowie somatoformen Symptomen. Die Störung wirke sich in der

bisherigen Tätigkeit aus: Belastbarkeit und Leistungsfähigkeit seien reduziert. Aktuell bestehe dort und auch in einer angepassten Tätigkeit eine Arbeitsunfähigkeit von 100 %, jedoch sei Letztere bei entsprechendem Training verbesserbar.

6.4 Med. pract. M.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, sowie lic. phil. N.____, berichten am 21. Januar 2016 (IV-Nr. 25) über folgende Diagnosen:

mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

Die Arbeitsunfähigkeit als Verkäufer betrage 100 % seit dem 28. November 2014 bis auf weiteres. Der Gesundheitszustand sei eher stationär. Berufliche Massnahmen seien erst nach einer Verbesserung des Gesundheitszustandes angezeigt. Der Beschwerdeführer leide auch nach einem stationären Aufenthalt nach wie vor unter Freudlosigkeit, Niedergeschlagenheit, erhöhter Ermüdbarkeit, Selbstzweifeln und Insuffizienzgefühlen, Libidoverlust, Ein- und Durchschlafstörungen, starkem Grübeln, Konzentrationsstörungen, vermindertem Antrieb und sozialem Rückzug. Suizidgedanken habe er keine. Auffassungsstörungen zeigten sich in der Exploration nicht. Subjektiv würden starke Konzentrationsstörungen und eine starke Vergesslichkeit angegeben. Das formale Denken sei stark auf die aktuelle Belastungssituation und seine Erkrankung, sowie mittelgradig auf die vergangene Arbeitssituation und die dort erlebten negativen Erfahrungen eingeeengt. Im Affekt herrschten starke Niedergeschlagenheit, Freudlosigkeit, Ängste, Insuffizienzgefühle und eine Störung der Vitalgefühle vor. Starkes Grübeln werde angegeben. Der Antrieb sei stark vermindert. Der Beschwerdeführer sei insgesamt aufgrund seiner schweren depressiven Episode in seiner Leistungsfähigkeit eingeschränkt. Konzentrationsvermögen, Belastbarkeit und Antrieb seien stark vermindert. Der Beschwerdeführer ermüde sehr rasch und müsse immer wieder Pausen einlegen. Körperliche Arbeiten seien nur begrenzt möglich. Der Beschwerdeführer besitze sehr hohe perfektionistische und zwanghafte Anteile und ein starkes Pflichtbewusstsein. Deshalb gehe er immer wieder über seine Grenzen hinaus und vernachlässige seine eigenen Bedürfnisse. Die negativen Erfahrungen an der letzten Arbeitsstelle hätten zu einer massiven Kränkung geführt und der Beschwerdeführer sei in seinem Denken sehr davon eingenommen. Aktuell seien leichte Tätigkeiten im geschützte Rahmen in einem Pensum von 5 - 10 % zumutbar. Dabei müsse es sich um einfache Arbeiten (ohne Kundenkontakt) mit wenig körperlicher Belastung und wenig Konzentrationsleistung handeln.

6.5 Im von der Beschwerdegegnerin eingeholten psychiatrischen Gutachten von Dr. med. O.____ vom 8. Juni 2016 (IV-Nr. 36) wird ausgeführt, die Stimmung des Beschwerdeführers sei bei der Befunderhebung herabgesetzt, depressiv. Der Antrieb sei unauffällig, der affektive Kontakt gut. Während der Untersuchung habe der Beschwerdeführer nie Konzentrationsschwäche gezeigt. Merkfähigkeit und Gedächtnisleistungen seien intakt. Das Denken sei depressiv eingeeengt. Der Beschwerdeführer zeige kein Gedankenabreissen oder Gedankenleere. Er habe einen guten Bezug zur Realität und zu seiner Person. Hinweise auf Zwangshandlungen gebe es nicht, der Beschwerdeführer äussere auch keine Zwangsgedanken. Hinweise auf Veränderungen der Stimmung und des Antriebs im Laufe des Tages gebe es keine.

Der Beschwerdeführer beklage Durchschlafstörungen, werde aber nicht mit einem schlafanstossenden Antidepressivum behandelt. Er klage auch darüber, dass er im Haushalt zu praktisch nichts fähig sei, unternehme indessen vormittags und nachmittags jeweils

einen Spaziergang und fahre Auto. In der ganzen depressiven Krise habe er nie unter einem Lebensverleider gelitten oder Suizidgedanken gehabt. Insgesamt sei beim Beschwerdeführer, der schon seit Jahren unter depressiven Verstimmungen leide, die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, zu stellen. Weiter seien perfektionistische Persönlichkeitszüge festzustellen. Dies könne mit ein Grund dafür sein, dass er depressiv geworden sei. Die somatischen Beschwerden seien diskret und genügten nicht, um eine Somatisierungsstörung diagnostizieren zu können.

Die depressive Störung schränke den Beschwerdeführer sowohl im Alltag als auch in der Arbeitswelt ein. Wegen depressiver Verstimmungen, Antriebsverminderung, erhöhter Ermüdbarkeit und verminderter Lebensfreude bestehe eine verminderte psychische Belastbarkeit. Hinweise auf Aggravation seien nicht vorhanden. Hinsichtlich Persönlichkeit habe sich der Beschwerdeführer von seinen Eltern nie richtig akzeptiert gefühlt und pflege seit Jahren keinen Kontakt zu seiner Mutter. Dies könne dazu beitragen, dass er im Berufsleben versucht habe, möglichst perfekt zu sein. Trotz dieser Schwierigkeiten, sich abzugrenzen und nein zu sagen, sei er während Jahren in der Lage gewesen, mit guter Leistung zu arbeiten. Von seiner Persönlichkeit her sei die Arbeitsfähigkeit nicht beeinträchtigt. Aufgrund der Depression sei er aber in der Umsetzung seiner Ressourcen beeinträchtigt. Er erfahre indessen gute Unterstützung durch seinen Freund und pflege auch Kontakte zum Ex-Freund. Die bisherige Therapie werde lege artis durchgeführt. Allerdings sei zu überlegen, ob nicht zusätzlich mit einem schlafanstossenden Antidepressivum zu behandeln sei. Die Kooperation bei den bisher erfolgten Therapien sei gegeben gewesen. Weitere Therapieoptionen bestünden nicht. Auch die Eingliederungsfähigkeit sei um 50 % beeinträchtigt. Massnahmen seien halbtags zumutbar. Weil sich der Beschwerdeführer nicht arbeitsfähig fühle, seien berufliche Massnahmen derzeit nicht erfolgversprechend. Aus psychiatrischer Sicht bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 50 %. In den bisherigen Tätigkeiten als Koch und Mitarbeiter Verkauf bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 50 %. Von November 2014 bis Juli 2015 habe die Arbeitsunfähigkeit 100 % betragen. Die Arbeitsfähigkeit von 50 % könne ab Austritt aus der Klinik I.____ diagnostiziert werden.

6.6 Der Beschwerdeführer hat ein Privatgutachten von Dr. med. C.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 26. Juni 2017 (IV-Nr. 59 S. 14 ff.) einreichen lassen. Darin werden eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwergradige Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F33.2), und eine akzentuierte Persönlichkeit mit zwanghaft perfektionistischen narzisstischen Zügen (ICD-10 Z73) diagnostiziert. Die Gutachterin hält fest, bei vorbestehend weitgehender Funktions- und Erwerbsfähigkeit in sehr hoher Erwartungshaltung in Bezug auf die eigene Arbeitsleistung sei es in Zusammenhang mit einer somatopsychischen ■ psychosomatischen Dekompensation zu einer anhaltenden Symptombildung und im Verlauf progredienten depressiven Entwicklung sowie 100%igen Arbeitsunfähigkeit gekommen. Klinisch-phänomenologisch lasse sich kriterienlogisch eine rezidivierende depressive Störung mit Somatisierung und intermittierenden suizidalen Phasen feststellen. Das aktuelle Beschwerdebild entspreche einer schwergradigen Beeinträchtigung. Die Einschränkung der Funktionalität im Alltag sei deutlich. Bei vorangeschrittener Chronifizierung müsse von einer höhergradigen Arbeitsunfähigkeit ausgegangen werden. Der Beschwerdeführer sei im Verlauf des Gesprächs klagsam gewesen. In Bezug auf die Begutachtungssituation sei er ambivalent. Bei der Schilderung der biographischen und aktuellen Lebensgeschichte wirke er etwas affektlabil. In der Grundstimmung sei er deutlich zum depressiven Pol verschoben,

angespannt und belastet. Psychomotorisch sei er herabgesetzt, im Denken verlangsamt. Eigenanamnestisch berichte er über Konzentrations- und Auffassungsstörungen sowie Störungen der Mnestik, was während der Exploration insofern objektivierbar sei, als dass Zeiträume in der Lebensgeschichte zum Teil nur mit Schwierigkeiten und grösster Anstrengung rekonstruiert werden könnten. Obwohl die Untersuchung ohne sprachlichen Schwierigkeiten stattfände, müssten Fragen zum Teil erläutert werden. Auch scheine es beim Beschwerdeführer zu einem tendenziellen Leistungsabbruch in Bezug auf Auffassung und Konzentration zu kommen. Befragt nach Ängsten gebe er an, vermehrt Angst um seine Zukunft und die Weiterentwicklung seines Zustandsbildes zu haben. Zudem beschreibe er ein Tagesunwohlsein, wenn er alleine sei. Er erlebe sich als zunehmend angespannt, gereizt und belastet. Die früheren depressiven Episoden habe er wesentlich besser verarbeitet als die aktuelle Situation. Während der ganzen Untersuchung sei der affektive Rapport eingeschränkt tragfähig. In Zusammenhang mit der gesamthaft schwierigen Lebenssituation habe er auch passive Sterbewünsche im Sinne von Entlastungsphantasien gehabt. In Bezug auf das psychische Beschwerdebild sei der Beschwerdeführer krankheitseinsichtig und behandlungswillig. Auf der Hamilton Depressionsskala erreiche er einen Wert für eine schwergradige Depression. Seine Biographie verlaufe mit vielen Brüchen und viele schwierige Ereignisse blieben unkommentiert. Differentialdiagnostisch wäre an eine somatoforme Schmerzstörung zu denken. Der Beschwerdeführer ordne seinen massiven Leidensdruck aber klar dem psychischen Zustandsbild zu, was gegen eine solche Störung spreche. Die depressiven Symptome stünden im Vordergrund. Neben der depressiven Symptomatik leide er an einer chronifizierten Schmerzproblematik mit möglicherweise teilweise dysfunktionaler kognitiver Schmerzverarbeitung. Anhaltspunkte für eine somatoforme Schmerzstörung bestünden aber nicht.

Die depressive Symptomatik erfülle nahezu alle nach ICD-10 beschriebenen Symptome. Besonders zutreffen würden ein Verlust von Interesse oder Freude, eine erhöhte Ermüdbarkeit, anhaltende Müdigkeit, depressive Stimmung, erhebliche Verzweiflung, passive Todeswünsche, Schlafstörungen und verminderte Konzentration sowie Aufmerksamkeit. Mittlerweile sei von einer vorangeschrittenen innerpsychischen Verfestigung und konsekutiven Chronifizierung auszugehen. Der Beschwerdeführer werde mit antidepressiven Medikamenten behandelt. Neben den genannten affektiven Störungen werde immer wieder eine prämorbid Strukturpathologie diskutiert. Sowohl die behandelnden Therapeuten als auch der psychiatrische Gutachter sprächen von einer zwanghaft-perfektionistischen narzisstisch regulierten akzentuierten Persönlichkeit. Prognostisch günstig wirke das als tragend geschilderte Bezugssystem (Lebenspartner, Ex-Partner, Freunde und Bekannte) sowie die eigene Einschätzung des Beschwerdeführers, dass er die Therapie als entlastend erlebe. Trotzdem sei das Zustandsbild seit der letzten Begutachtung als verschlechtert anzusehen.

Das aktuelle Beschwerdebild entspreche einer schwergradigen Beeinträchtigung. Die Einschränkung der Funktionalität im Alltag und der Lebensqualität sei deutlich. Die Arbeitsunfähigkeit betrage mindestens 80 %. Dies gelte sowohl für die angestammte als auch für eine Verweistätigkeit. Der Beschwerdeführer komme auf dem freien Arbeitsmarkt nicht zurecht. Sämtliche Massnahmen müssten einen therapeutischen Zweck erfüllen. Inwieweit der Beschwerdeführer leistungsfähig wäre, sei zum jetzigen Zeitpunkt schwer einzuschätzen. Er sei jedoch kooperativ in Bezug auf Massnahmen, die ihm helfen könnten. Grundsätzlich sei denkbar, dass eine Präsenz an einem Beschäftigungs- oder Arbeitsplatz

von etwa zwei bis vier Stunden am Tag möglich und zumutbar sein könnte.

6.7 Im Beschwerdeverfahren hat das Versicherungsgericht ein polydisziplinäres Gutachten bei der Begutachtungsstelle D.____ eingeholt. Dieses wurde am 31. Januar 2019 (A.S. 80 ff.) von Dr. med. E.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, Dr. med. F.____, Facharzt für orthopädische Chirurgie, und Dr. med. G.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, erstattet.

6.7.1 Der allgemein-internistische Gutachter erhebt einen unauffälligen Status. Einem eingeholten Bericht von Dr. med. P.____, Leiter Infektiologie und Spitalhygiene Q.____ vom 2. November 2018 (A.S. 150 ff.), kann sodann entnommen werden, dass der Beschwerdeführer die aktuelle HIV-Therapie problemlos verträgt und mit vorbildlicher Regelmässigkeit einnimmt. Die HIV-Viruslast ist immer komplett supprimiert und die CD4-Zellzahl seit Jahren im Normbereich.

6.7.2 Zur orthopädischen Untersuchung wird festgehalten, die diesbezügliche Aktenlage sei äusserst spärlich. Der Beschwerdeführer gebe spontan permanente Rückenschmerzen und intermittierende Knieschmerzen an. Die Rückenschmerzen verspüre er schon seit längerer Zeit, sie würden im Bereich der lumbosacralen Region lokalisiert. Auf der visuellen analogen Schmerzskala würden sie mit 8 angegeben. Der Beschwerdeführer klage auch über Schmerzen am Hinterkopf und führe diese auf einen Fahrradunfall in der Jugend zurück. Er sei damals im Koma gewesen. Ein orthopädisches Leiden könne anamnestisch damit nicht in Verbindung gebracht werden. Des Weiteren klage der Beschwerdeführer über Knieschmerzen, die seit einem halben Jahr ohne erinnerliche Ursache bestünden. Aktuell habe er nur noch Schmerzen am linken Knie dank Physiotherapie. Der Schmerzpegel sei im Durchschnitt bei 5.

Folgende Befunde werden erhoben: Die HWS sei in allen Bereichen frei beweglich und ohne Schmerzangaben. Im Bereich der BWS sei die Rotation rechts-links endgradig eingeschränkt, es würden Schmerzen im Lumbalbereich angegeben. Im Bereich der LWS zeige sich eine Insuffizienz des Rumpfes im Sinne einer Dekonditionierung. Es bestehe ein deutlich erhöhter paralumbaler Muskeltonus mit paralumbaler muskulärer Dysbalance. Die lumbosacrale Dehnbarkeit sei eingeschränkt. Am lumbosacralen Übergang zeige sich ein deutlicher Klopfschmerz. Die oberen Extremitäten seien unauffällig. Im Bereich der unteren Extremitäten sei die Beweglichkeit einwandfrei. Bei der Funktionsprüfung würden immer wieder diffuse Schmerzangaben gemacht. Auffallend im Bereich der Kniegelenke sei eine deutliche Druckdolenz der patellaren Gelenkfacetten, besonders links mit femoropatellarem Reibungsschmerz und positivem Zeichen nach Zohlen. Die Kniegelenke seien jedoch reizlos. Der Langsitz sei eingeschränkt mit Schmerzangaben im Lumbalbereich.

Ein Röntgen der LWS in zwei Ebenen vom 21. Dezember 2018 zeige eine leichte Chondrose LWK4/5, eine mässige Osteochondrose LWK5/SWK1, eine geringe rechtikonvexe Skoliose und eine überbrückende Spondylose BWK10/11 rechts.

6.7.3 Im psychiatrischen Teilgutachten werden als subjektive Angaben des Beschwerdeführers aufgeführt, dass es ihm sehr schlecht gehe und er wenig Antrieb habe. Primär leide er an psychischen Beschwerden. Auf Nachfrage führe er aus, er sei bereits in seiner Kindheit selbstunsicher gewesen. Bereits ab 2007 habe er wegen depressiver Symptome eine Behandlung in Anspruch genommen. Aktuell hätten sich Probleme mit seinem Abteilungsleiter ab 2011 ergeben. Er habe immer sehr viel gearbeitet, sei aber

regelmässig abgewertet worden. Als im September 2014 gemachte Versprechungen nicht eingehalten worden seien, er 60 Stunden in der Woche gearbeitet habe und sich dann auch noch habe Vorwürfe anhören müssen, sei er zusammengebrochen und vom Hausarzt als arbeitsunfähig beurteilt worden. Generell sei er bereits früher depressiv gewesen, habe sich aber immer durchgebissen. Nun gehe dies nicht mehr. Er habe wenig Antrieb. Bereits bei der Haushaltsführung oder beim Kochen habe er grosse Mühe. Des Weiteren habe er seit mehr als 20 Jahren Rücken- und Kopfschmerzen. Die Kopfschmerzen verstärkten sich bei psychischer Belastung. Ebenfalls habe er seit ¾ Jahren Knieschmerzen. Seine Kindheit habe er als schlecht in Erinnerung. Er habe sich nie von der Familie akzeptiert gefühlt und sei nicht wertgeschätzt worden. Vor allem die Mutter habe ihm immer Vorwürfe gemacht. Häufig sei er bei den Grosseltern «platziert» worden. In Vereinen sei er nie aktiv gewesen. Mit 14 sei er vom Vater beim Knutschen mit einem Kollegen erwischt worden, woraufhin dieser ihm gedroht habe, ihn bei Homosexualität zu kastrieren. In der Schule habe er indessen keine Probleme gehabt. Der Beschwerdeführer sehe sich als gänzlich arbeitsunfähig an. Seit dem Austritt aus der Tagesklinik habe sich aus seiner Sicht keine Veränderung der Leistungsfähigkeit ergeben. Er lebe mit seinem Partner in einer Mietwohnung, die er schon seit 18 Jahren bewohne. Zu einem ehemaligen Partner bestehe ein regelmässiger Kontakt. Während dessen jeweiligen Auslandabwesenheit (während drei Monaten im Jahr) passe er auf dessen Hund auf und gehe dann dreimal täglich 45 Minuten spazieren. Dabei gehe er lediglich von Parkbank zu Parkbank und müsse sich immer wieder hinsetzen. Im Haushalt könne er während dieser Zeit gar keine Leistung erbringen. Ansonsten hätten sich die sozialen Kontakte deutlich reduziert. Des Weiteren unterhalte er sexuelle Kontakte zu einem «Lover», den er aber aktuell nur einmal pro Monat treffe. Zusätzlich ergäben sich ab und zu One-Night-Stands via Internet, maximal einmal im Monat. Die partnerschaftliche Beziehung sei gut. Wegen unterschiedlicher Vorlieben bestehe jedoch seit Jahren kein sexueller Kontakt mehr. Die letzten Ferien habe er 2018 während vier Tagen am Gardasee verbracht. Zuvor habe er 2016 zuletzt zwei Wochen Ferien gemacht, jeweils als Beifahrer im Auto. Finanziell lebe man vom Einkommen des Partners. Sie hätten ca. CHF 60'000.00 Privatschulden. Als Hobby bezeichne er das Reiki, das er seit 2007 betreibe. Er sei seit 2011 Meister. Andere Personen könne er nicht behandeln, weil ihm die Kraft dazu fehle. Er habe mit seinem Partner einen Campingwagen in Reinach stehen, den man bis 2016 unterhalten habe. Sport habe er nie betrieben. Er lese oder bastle auch nicht. Das Kochen falle ihm schwer. Lediglich im Internet sei er aktiv.

Sein Tagesablauf sehe folgendermassen aus: An guten Tage stehe er zwischen 08.00 und 09.00 Uhr auf, ansonsten erst um 10.00 Uhr. Er trinke einen Kaffee und checke seine Mails. Dann sitze er auf dem Sofa und grüble über seine Situation nach. Er liege meist in der Embryostellung auf dem Sofa. Das Mittagessen nehme er kalt und alleine ein. In der Regel schlafe er tagsüber nicht. Er versuche Haushaltstätigkeiten zu erledigen, wobei er aber grosse Mühe habe, diese in Angriff zu nehmen und er benötige mehrere Pausen. Er versuche, Tagespläne zu führen, was ihm aber regelmässig nicht gelinge. Sein Partner komme zwischen 13.00 und 18.00 Uhr nach Hause. Er koche selber ein Abendessen, welches man dann gemeinsam einnehme. Später schaue er TV oder beschäftige sich am PC, auf welchem er auch Spiele mache. Um ca. 24.00 Uhr gehe er zu Bett, wobei man seit ca. einem Jahr wegen Schnarchens des Partners getrennte Schlafzimmer habe. Aufgrund von Grübeln bestünden grosse Ein- und Durchschlafstörungen und der Beschwerdeführer könne maximal drei bis vier Stunden am Stück schlafen. Bezüglich Haushalt erledige er die Geschirrspülmaschine, das Waschen der Wäsche, das Einkaufen und administrative

Tätigkeiten. Einmal in der Woche komme eine Raumpflegerin der Spitex für zwei Stunden. Er verlasse nicht täglich die Wohnung, ausser wenn er den Hund betreue. Wenn er zur Therapie oder zum Einkaufen gehe, benütze er das Auto. Seit März 2015 sei der Beschwerdeführer bei med. pract. M. ___ in ambulanter psychotherapeutischer Behandlung, anfänglich einmal pro Woche, ab Januar 2016 alle zwei Wochen und seit ca. sechs Monaten alle vier Wochen. Von März 2015 bis Juni 2018 sei die Psychiatrie-Spitex einmal in der Woche gekommen. Nachdem die Bezugsperson gewechselt habe, komme keine Spitex mehr. Vorgängig sei er von 2007 bis 2013 bei einem anderen Therapeuten gewesen. Er gehe davon aus, dass er wegen seiner psychischen Probleme gänzlich arbeitsunfähig sei.

Der psychiatrische Gutachter erhebt folgende Befunde: Der Beschwerdeführer sei affektiv deprimiert, jedoch nicht affektlabil, aber reduziert schwingungsfähig. Er beklage Gedächtnis- und Konzentrationsstörungen. Diese könnten während der Untersuchung nicht objektiviert werden. Im formalen Denken bestehe ein Grübeln. Zwänge seien nicht vorhanden. Schuld- und Insuffizienzgefühle wie auch Existenzängste seien vorhanden. Der Antrieb sei reduziert und es bestehe eine erhöhte Ermüdbarkeit. Die Interessen seien jedoch normal vorhanden. Ein Suizidversuch habe nie stattgefunden. Ein sozialer Rückzug finde teilweise statt. Der Appetit sei reduziert. Die Libido sei normal ausgeprägt, es bestünden aber sexuelle Funktionsstörungen und eine Reduktion des Sexuallebens. In der Hamilton Depression Scale Testung erreiche der Beschwerdeführer 20 Punkte, was für das Vorliegen einer mittelgradigen depressiven Episode spreche. Im Mini-ICF-APP-Rating-Bogen ergebe sich aus psychiatrischer Sicht keine Beeinträchtigung bei der Selbstpflege. Leichte Beeinträchtigungen bestünden bei der Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit, Selbstbehauptungsfähigkeit, Kontaktfähigkeit zu Dritten, Gruppenfähigkeit, familiären Beziehungen und Verkehrsfähigkeit. Mittelgradige Beeinträchtigungen bestünden bei der Anpassung an Regeln und Routinen, Flexibilität und Umstellungsfähigkeit sowie der Anwendung fachlicher Kompetenzen und Spontanaktivitäten. Schwere Beeinträchtigungen bestünden bei der Planung und Strukturierung von Aufgaben sowie der Durchhaltefähigkeit.

6.7.4 Zusammenfassend werden im polydisziplinären Gutachten folgende Diagnosen erhoben:

Mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

E. 5

ff.) und folgende Rechtsbegehren stellen: 1. Die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 2. Oktober 2017 sei aufzuheben. 2. Dem Beschwerdeführer sei eine ganze Invalidenrente auszurichten. 3. Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen. 4. Die Beschwerdegegnerin verzichtet in ihrer Beschwerdeantwort vom 23. Januar 2018 (A.S. 35) auf weitere Ausführungen und beantragt, die Beschwerde sei abzuweisen. 5. Der Beschwerdeführer lässt sich mit Replik vom 13. März 2018 (A.S. 44 ff.) noch einmal vernehmen, die Beschwerdegegnerin mit Duplik vom 9. Mai 2018 (IV-Nr. 56 ff.). 6. Mit Verfügung vom 4. Juli 2018 (A.S. 67 f.) stellt das Versicherungsgericht den Parteien in Aussicht, bei der Begutachtungsstelle D. ___ ein polydisziplinäres Gutachten (Allgemeine Innere Medizin, Orthopädische Chirurgie, Psychiatrie) einzuholen. Der Beschwerdeführer lässt mit Eingabe vom 24. August 2018 (A.S. 70 f.) bekannt geben, dass er mit den angekündigten Gutachtern einverstanden sei, und er lässt eine Ergänzungsfrage formulieren. Die

Beschwerdegegnerin lässt sich nicht dazu vernehmen. 7. Mit Verfügung vom 18. September 2018 (A.S. 74 ff.) beauftragt das Versicherungsgericht die Begutachtungsstelle D.____ mit einem polydisziplinären Gutachten in den Disziplinen Allgemeine Innere Medizin, orthopädische Chirurgie und Psychiatrie. Das Gutachten wird am 31. Januar 2019 durch Dr. med. E.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, Dr. med. F.____, Facharzt für orthopädische Chirurgie, und Dr. med. G.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, erstattet (A.S. 80 ff.). 8. Der Beschwerdeführer lässt am 18. April 2019 zum Gutachten Stellung nehmen (A.S. 183 ff.), die Beschwerdegegnerin äussert sich ebenfalls mit Schreiben vom 24. April 2019 dazu (A.S. 189). 9. Die Gutachter nehmen mit Schreiben vom 28. Mai 2019 (A.S. 195 ff.) zu den Ausführungen der Parteien Stellung. Der Beschwerdeführer lässt sich ausserdem mit Schreiben vom 22. August 2019 noch einmal vernehmen (A.S. 213 ff.). 10. Mit Eingabe vom 17. September 2019 (A.S. 222 ff.) reicht der Vertreter des Beschwerdeführers eine Kostennote zu den Akten. 11. Auf die Ausführungen der Parteien in ihren Rechtschriften wird im Folgenden, soweit erforderlich, eingegangen. Im Übrigen wird auf die Akten verwiesen. II. 1. Die Sachurteilsvoraussetzungen (Einhaltung von Frist und Form, örtliche, sachliche und funktionelle Zuständigkeit des angerufenen Gerichts, Legitimation) sind erfüllt. Auf die Beschwerde ist einzutreten. 2. 2.1 Die Beschwerdegegnerin legt in der angefochtenen Verfügung (A.S. 1 ff.), der Beschwerdeantwort (A.S. 35 f.) und den weiteren Stellungnahmen (A.S. 56 ff., A.S. 189) dar, die rechtliche Überprüfung habe ergeben, dass die im psychiatrischen Gutachten vom 8. Juni 2016 erhobene Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gemäss gängiger Rechtsprechung des Bundesgerichts versicherungsmedizinisch keine Arbeitsunfähigkeit zu begründen vermöge. Leichte bis mittelgradige depressive Episoden stellten grundsätzlich keine von depressiven Verstimmungszuständen klar unterscheidbare andauernde Depression im Sinne eines verselbständigten Gesundheitsschadens dar. Sie gälten ausserdem als therapeutisch angehbar. Auf das psychiatrische Gutachten und die Stellungnahme des RAD könne daher aus rechtlichen Gründen nicht abgestellt werden. Auf das Privatgutachten von Dr. med. C.____ könne ebenfalls nicht abgestellt werden. So sei eine offene Therapieoption nicht genutzt worden. Namentlich sei die vom Administrativ-Gutachter Dr. med. B.____ vorgeschlagene Behandlung mit einem schlafanstossenden Antidepressivum gemäss Gutachten von Dr. med. C.____ nicht aufgenommen worden. Bei einer Frequenz von derzeit zwei Sitzungen pro Monat sei auch nicht von einer Therapieresistenz ohne jegliche Optimierungsmöglichkeiten auszugehen. In der Beschwerdeantwort wird dann ausgeführt, dass das Bundesgericht seine Rechtsprechung zu Erkrankungen aus dem depressiven Formenkreis mittlerweile geändert habe. Das strukturierte Beweisverfahren, welchem solche Leiden nun zu unterziehen seien, könne vorliegend ohne weiteres gestützt auf das Gutachten von Dr. med. B.____ durchgeführt werden. Eine Rückweisung zwecks Indikatorenprüfung rechtfertige sich nicht. In ihrer Duplik hält die Beschwerdegegnerin fest, dem Beschwerdeführer müsse beigespflichtet werden, dass erhebliche Komorbiditäten bestünden. Es wäre eine polydisziplinäre Begutachtung notwendig gewesen, weshalb man beantrage, ein gerichtliches polydisziplinäres Gutachten einzuholen. Nach Erstellung des beantragten polydisziplinären Gutachtens legt die Beschwerdegegnerin dar, es könne im Lichte der Indikatoren-Rechtsprechung nicht angehen, von der Diagnose auf den Grad der Arbeitsfähigkeit zu schliessen. Eine Depression habe immer Auswirkungen auf den Gesundheitszustand, aber nicht immer auch auf die Arbeitsfähigkeit. Eine leichte bis mittelgradige Depression könne durch die Konzentrationsstörungen, den Verlust an

Antrieb, Interessen, Selbstvertrauen und Durchhaltevermögen höchstens bei einer hochqualifizierten Arbeit eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % oder mehr bewirken. Umso mehr erstaune, dass der psychiatrische Gutachter im vorliegenden Fall, in dem trotz entsprechender subjektiver Angaben keine derartigen Störungen objektiviert worden seien, dem Beschwerdeführer eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % in jeglichen Tätigkeiten attestiere.

2.2 Der Beschwerdeführer lässt dem in seiner Beschwerde (A.S. 5 ff.) und den weiteren Eingaben (A.S. 44 ff., 183 ff., 213 ff.) entgegenhalten, das Gutachten von Dr. med. B.____ sei nicht beweistauglich. Der RAD habe festgestellt, dass das vom Beschwerdeführer initiierte Gutachten von Dr. med. C.____ nachvollziehbar und schlüssig sei. Obwohl gemäss allen involvierten Ärzten ein invalidisierender Gesundheitsschaden vorliege, sei die Beschwerdegegnerin nun der Auffassung, dass der Beschwerdeführer keinen Anspruch auf Invalidenleistungen habe. Das Gutachten von Dr. med. B.____ sei in der Anamnese oberflächlich und zu einem grossen Teil unzutreffend. Es seien keine fremdanamnestischen Angaben eingeholt worden und bei der Diagnosestellung und Beurteilung der Arbeitsfähigkeit stütze sich der Gutachter auf falsche Angaben. Ausserdem handle der Gutachter die nach ICD-10 relevanten Kriterien einer Depression absolut ungenügend ab. In Bezug auf das Gutachten von Dr. med. C.____ halte der RAD mit aller Deutlichkeit fest, dass darauf abzustellen sei. Auch halte er fest, dass beim Beschwerdeführer klarerweise ein invalidisierender Gesundheitsschaden vorliege. Sogar wenn man dem Gutachten von Dr. med. B.____ folgen würde, wäre festzuhalten, dass keine Therapieoptionen mehr bestünden. Der Gutachter halte fest, dass die Therapie lege artis durchgeführt werde. Weitere Therapieoptionen bestünden nicht, die Depression sei chronifiziert. Auch der RAD bestätige, dass die Therapie lege artis sei. Schliesslich sei der von der Beschwerdegegnerin im Vorbescheid vorgenommene Einkommensvergleich falsch. Beim Valideneinkommen werde auf den zuletzt erzielten Verdienst bei der Firma H.____ abgestellt. Die Arbeitsbedingungen an diesem Arbeitsplatz seien aber unzumutbar gewesen und der Beschwerdeführer wäre früher oder später zur Kündigung gezwungen gewesen, wäre er nicht erkrankt. Somit sei auch beim Valideneinkommen auf einen Tabellenlohn abzustellen. Da der Beschwerdeführer gelernter Koch sei, sei ein höhergradiges Niveau als das Niveau 1 zu berücksichtigen. Der Beschwerdeführer sei ausserdem bei der Firma H.____ zum stellvertretenden Abteilungsleiter befördert worden. Es sei ihm in diesem Zusammenhang eine Lohnerhöhung versprochen worden, die er aber in der Folge nicht erhalten habe. Es wäre damit entsprechend von einem höheren Valideneinkommen auszugehen. Unzutreffend sei auch das herangezogene Invalideneinkommen, da kein leidensbedingter Abzug gewährt worden sei. An die Tätigkeit des Beschwerdeführers seien diverse Zugeständnisse zu machen. Es sei nur noch eine Teilzeittätigkeit zumutbar und der Beschwerdeführer sei fortgeschrittenen Alters. Daher sei ein Maximalabzug von 25 % vorzunehmen. Sollte nach nun geänderter Rechtsprechung von einer 50%igen Arbeitsunfähigkeit gemäss Gutachten von Dr. med. B.____ ausgegangen werden, wäre die Beschwerde nur schon deshalb teilweise gutzuheissen. Weshalb die Beschwerdegegnerin das Gutachten von Dr. med. C.____ vollständig ausblende, sei nicht nachvollziehbar. Es sei von einer schwergradigen depressiven Erkrankung auszugehen. Trotz Behandlung lege artis habe sich die Depression chronifiziert und inzwischen zu einer Erosion der Ressourcen geführt. Im Sinne einer Komorbidität seien akzentuierte Persönlichkeitszüge bestätigt. Ausserdem bestehe eine HIV-Erkrankung. Speziell bei Personen, die an HIV erkrankt seien, bestehe die Gefahr, an einer Depression zu erkranken. Der Beschwerdeführer sei auch im Lebensalltag erheblich eingeschränkt. Das Aktivitätenniveau sei auch in privater Hinsicht massiv reduziert.

Aggravation werde allseitig verneint. Zum Gerichtsgutachten sei zu sagen, dass sich der rheumatologische (recte: orthopädische) Gutachter auf die grobklinische Erhebung der Befunde sowie Anfertigung eines Röntgenbildes beschränkt habe. Es wären aktuelle MRI-Bilder angezeigt gewesen. Das Gutachten äussere sich nicht zu den Kopfschmerzen. Die orthopädische Beurteilung der Arbeitsfähigkeit als Koch sei nicht nachvollziehbar, da es sich dabei um eine körperlich schwere Tätigkeit handle. Zum psychiatrischen Gutachten sei zu sagen, dass nach wie vor von einer schweren depressiven Symptomatik auszugehen sei. Bei einer während Jahren verfestigten Depression sei es üblich, die Sitzungsfrequenz zu reduzieren. Sämtliche vor dem Gutachter involvierten Ärzte gingen von einer chronifizierten, einer Verbesserung nicht mehr zugänglichen Störung aus, die lege artis behandelt werde. Der psychiatrische Gutachter lasse gänzlich ausser Acht, dass der Beschwerdeführer an HIV erkrankt sei. Hier bestehe eine schwergradige Begleitkomorbidität. Hinsichtlich Medikation habe der Beschwerdeführer zahlreiche Umstellungsversuche gemacht. Diese seien wegen der HIV-Erkrankung nur beschränkt möglich. Dass die Psychiatrie-Spitex derzeit nicht vorhanden sei, liege daran, dass die den Beschwerdeführer langjährig betreuende Person gekündigt habe. Auch wenn dem Gutachten gefolgt würde, wäre eine ganze Rente zuzusprechen. Der psychiatrische Gutachter gehe davon aus, dass das Gutachten von Dr. med. C.____ nachvollziehbar sei. Es sei daher bis zum Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung von einer 80%igen Arbeitsunfähigkeit in jeglicher Tätigkeit auszugehen. Soweit das Gericht über diesen Zeitraum hinaus das Gutachten berücksichtigen würde, wäre dem Gutachter vorzuwerfen, dass er nicht eine Beurteilung im Querverlauf vorgenommen habe. Er gehe von einer im Verlauf schwankenden rezidivierenden depressiven Störung mittelgradigen bis schwergradigen Ausmasses aus. Demgemäss müsste er im Querverlauf von einer 75%igen Arbeitsunfähigkeit ausgehen. Gesamthaft sei die Invalidität nach Massgabe der Indikatorenrechtsprechung gegeben.

3. 3.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG, SR 830.1]). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein. Die Invalidität gilt als eingetreten, sobald sie die für die Begründung des Anspruchs auf die jeweilige Leistung erforderliche Art und Schwere erreicht hat (Art. 4 Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG, SR 831.20]).

3.2 In zeitlicher Hinsicht sind – vorbehaltlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen – grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 132 V 215 E. 3.1.1 S. 220, 131 V 9 E. 1 S. 11 und 107 E. 1 S. 109, 127 V 466 E. 1 S. 467). Im vorliegenden Fall wird eine gesundheitliche Beeinträchtigung seit November 2014 (IV-Nr. 2) geltend gemacht, d.h. eine rentenbegründende Invalidität könnte erst nach Ablauf der einjährigen Wartezeit im November 2015 vorliegen. Der Rentenanspruch wiederum entsteht – sofern die entsprechenden Anspruchsvoraussetzungen gegeben sind – frühestens sechs Monate nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs (vgl. Anmeldung vom 18. April 2015, IV-Nr. 2), was hier im Oktober 2015 der Fall wäre. Ein allfälliger Rentenanspruch könnte demnach frühestens ab 1. November 2015 gegeben sein. Damit sind die ab 1. Januar 2012 geltenden Bestimmungen der 6. IV-Revision massgebend.

3.3 Nach der seit 2012 geltenden Rechtslage haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, 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.

3.4 Das Versicherungsgericht hat bei der Beurteilung eines Falles grundsätzlich auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitgegenständlichen Verfügung (eingetretenen Sachverhalt abzustellen. Verschlechterungen nach diesem Zeitpunkt wären im Rahmen einer Neuanmeldung oder eines Revisionsgesuchs geltend zu machen (Urteil des Bundesgerichts 8C_562/2018 vom 14. November 2018 E. 3.2 mit Hinweisen; BGE 132 V 215 E. 3.1.1 S. 220 mit Hinweisen).

4. 4.1 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 gestellt 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 93 E. 4 S. 99 f., 125 V 256 E. 4 S. 261).

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

4.3 Der im Sozialversicherungsrecht massgebende Beweisgrad ist derjenige der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 117 V 194 E. 3b S. 194 f.). 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 351 E. 3a S. 352). 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. 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 157 E. 1c S. 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 351 E. 3b S. 352 ff.). 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 135 V 465 E. 4.4 S. 470). 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). 4.4 Von einem Gerichtsgutachten darf nur bei zwingenden Gründen abgewichen werden (BGE 135 V 465 E. 4.4 S. 469, BGE 143 V 269 E. 6.2.3.2 S. 282). Ein solcher Grund kann vorliegen, wenn das Gerichtsgutachten widersprüchlich ist oder ein vom Gericht eingeholtes Obergutachten in überzeugender Weise zu anderen Schlussfolgerungen gelangt. Eine divergierende Beurteilung kann ferner gerechtfertigt sein, wenn gegensätzliche Meinungsäusserungen anderer Fachexperten dem Gericht als triftig genug erscheinen, die Schlüssigkeit des Gerichtsgutachtens in Frage zu stellen, sei es, dass es die Überprüfung durch einen Oberexperten für angezeigt hält, sei es, dass es ohne Oberexpertise vom Ergebnis des Gerichtsgutachtens abweichende Schlussfolgerungen zieht (BGE 125 V 351 E. 3b/aa S. 352 f.; Urteil des Bundesgerichts 9C_429/2017 vom 30. August 2017 E. 3.1.3).

5. Mit BGE 143 V 409 hat das Bundesgericht seine Rechtsprechung im Hinblick auf die therapeutische Annehmbarkeit leichter bis mittelgradiger depressiver Störungen aufgegeben und erwogen, dass es sach- und systemgerecht sei, solche Leiden ebenfalls einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen. Gemäss geltender bundesgerichtlicher Rechtsprechung sind nunmehr 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. Entscheidend beim strukturierten Beweisverfahren ist, unabhängig von der diagnostischen Einordnung des Leidens, ob es gelingt, auf objektivierter Beurteilungsgrundlage den Beweis einer rechtlich relevanten Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit zu erbringen. Verlauf und Ausgang von Therapien sind dabei wichtige Schweregradindikatoren. Dementsprechend ist es Aufgabe des medizinischen Sachverständigen, nachvollziehbar aufzuzeigen, weshalb trotz einer leichten bis mittelschweren Depression und an sich guter Therapierbarkeit der Störung im Einzelfall funktionelle Leistungseinschränkungen resultieren, die sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirken. Zudem haben medizinische Studien gezeigt, dass eine adäquate, leitlinienkonforme antidepressive Therapie als eine notwendige Voraussetzung für günstige Verläufe hinsichtlich Arbeitsfähigkeit und Wiedereingliederung anzusehen ist. Eine konsequente, adäquate psychotherapeutische Therapie des depressiven Geschehens ist dabei nach medizinischer Ansicht wie auch im Rahmen der sozialversicherungsrechtlichen Schadenminderungspflicht zumutbar (BGE 143 V 409 E. 4.5 S. 415 ff. mit Hinweisen).

6. Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin einen Anspruch auf eine Rente

und / oder berufliche Massnahmen zu Recht verweigert hat. Hierzu bedarf es zunächst der Klärung des medizinischen Sachverhalts. Dabei sind im Wesentlichen folgende medizinische Unterlagen relevant:

6.1 Gemäss Austrittsbericht der Klinik I.____ vom 14. April 2015 (IV-Nr. 14) lag beim Beschwerdeführer zum betreffenden Zeitpunkt (Aufenthalt vom 15. Januar bis 11. März 2015) eine schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F32.2) als Hauptdiagnose vor, als Nebendiagnosen eine HIV-Krankheit (Humane Immundefizienz-Viruskrankheit, diagnostiziert vor 20 Jahren), Kontaktanlässe mit Bezug auf das Berufsleben (ICD-10 Z56), eine zwanghafte Akzentuierung der Persönlichkeitszüge (ICD-10 Z73.1), ein chronisches Cervicovertebralsyndrom, ein Status nach Schädelhirntrauma 1973 ohne Residuen, ein Status nach Tonsillektomie und Appendektomie als Kind sowie Hämorrhoiden (anamnestisch). Der Beschwerdeführer sei wegen einer schweren depressiven Episode mit Niedergeschlagenheit, Grübeln, Konzentrations- und Entscheidungsstörungen, Antriebslosigkeit sowie Angstsymptomatik zugewiesen worden. Seine Lebensgeschichte mit verschiedenen Traumatisierungen (Unfälle, Tod des Partners) sei thematisiert worden. Zu Vorschein seien viele soziale Belastungen gekommen. Das BDI (Beck-Depressions-Inventar) habe eine mittelgradige depressive Episode ergeben. Die Kriterien für eine Persönlichkeitsstörung seien nicht erfüllt. Der Beschwerdeführer habe beim Eintritt keine Psychopharmaka nehmen wollen. Im Versicherungsbericht der Klinik I.____ vom 22. Juli 2015 zuhanden der Taggeldversicherung (IV-Nr. 17 S. 2 ff.) wurde ausgeführt, der Beschwerdeführer berichte von einer sehr belastenden Arbeitssituation, die ihn aufgrund einer zwanghaften Persönlichkeitsstruktur im Verlauf des letzten Jahres in eine schwere depressive Krise mit massiver Schlaf- und Antriebslosigkeit geführt habe. Zudem habe er zunehmend körperliche Beschwerden gehabt. Er sei nicht mehr in der Lage gewesen, ein soziales Leben zu führen, die Stimmung sei dauerhaft gedrückt gewesen. Bereits 2009/2010 habe es eine erste depressive Episode gegeben. Durch die stationäre Behandlung habe eine leichte Stabilisierung erreicht werden können. Der Gesundheitszustand sei jedoch trotz intensiver Therapie weiterhin noch sehr instabil. Die Prognose sei allerdings mittel- bis langfristig günstig. In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit bestehe aktuell eine Arbeitsunfähigkeit von 100 %. Aufgrund von weiterhin vorhandenen Einschränkungen in den Bereichen Konzentration, Auffassung, Anpassungsfähigkeit und Kommunikation bestünden starke Einschränkungen auch in anderen Tätigkeiten, z.B. Arbeiten am Computer, Aufnahme von Bestellungen, Kontakt mit Kunden. Insgesamt bestehe auch hier eine Arbeitsunfähigkeit von 100 %. Aktuell könnte der Beschwerdeführer allenfalls sehr einfache Tätigkeiten ausführen. Aber auch damit sei er schnell überfordert. Schwierig erscheine, dass er aufgrund seines Anspruchs Probleme habe, seine Leistungsfähigkeit realistisch einzuschätzen und zur Überforderung neige. Es würden berufliche Massnahmen durch die IV empfohlen.

6.2 Im Arztbericht des Hausarztes Dr. med. J.____, Facharzt für Innere Medizin, vom 13. November 2015 (IV-Nr. 22) wird eine mittelschwere Depression diagnostiziert. Die Arbeitsunfähigkeit betrage seit dem 9. September 2015 und bis auf weiteres 100 %. Die bisherige Tätigkeit sei zwei bis vier Stunden täglich zumutbar. Die Leistungsfähigkeit sei dabei um 50 % eingeschränkt. Eine angepasste wechselbelastende Tätigkeit (wie Handreichungen) sei täglich zwei bis vier Stunden mit einer Leistung von 50 bis 80 % möglich.

6.3 Im Arztbericht von dipl. psych. K.____ und Dr. med. L.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 25. November 2015 (IV-Nr. 24) werden folgende Diagnosen erhoben: Mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: - Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1) - Undifferenzierte Somatisierungsstörung (ICD-10

F45.1) seit 2014 - Zwanghafte Akzentuierung der Persönlichkeitszüge (ICD-10 Z73.1) - Berufliche Belastungen (ICD-10 Z56) seit 2014 - HIV-Krankheit (Humane Immundefizienz-Viruskrankheit), diagnostiziert vor 20 Jahren - Chronisches Cervicovertebralsyndrom Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: - Status nach Schädelhirntraume 1973, ohne Residuen - Status nach Tonsillennektomie und Appendektomie als Kind - Hämorrhoiden anamnestisch Die Arbeitsunfähigkeit betrage 100 % vom 20. April bis 10. Juli 2015. Berufliche Massnahmen seien angezeigt. Die Auffassung sei unauffällig, Konzentration und Gedächtnis mittelgradig beeinträchtigt. Das formale Denken sei geordnet, aber stark eingeengt auf berufliche Belastungen, mit Insuffizienzerleben, Schuldgefühlen und Zukunftsängsten sowie schwergradigem Grübeln. Der Beschwerdeführer sei mittelgradig deprimiert, ängstlich, hilfeschend, unterschwellig aggressiv, enttäuscht, leicht ambivalent und affektlabil. Zudem sei er schwergradig antriebs-gehemmt bei sozialem Rückzug, mit Störung der Vitalgefühle, Anhedonie, zugleich mittelgradiger innere Unruhe, schweren Ein- und Durchschlafstörungen sowie somatoformen Symptomen. Die Störung wirke sich in der bisherigen Tätigkeit aus: Belastbarkeit und Leistungsfähigkeit seien reduziert. Aktuell bestehe dort und auch in einer angepassten Tätigkeit eine Arbeitsunfähigkeit von 100 %, jedoch sei Letztere bei entsprechendem Training verbesserbar. 6.4 Med. pract. M.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, sowie lic. phil. N.____, berichten am 21. Januar 2016 (IV-Nr. 25) über folgende Diagnosen: mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: - Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (ICD-20 F33.2) - Erschöpfungssyndrom (Burn-out-Syndrom) (ICD-10 Z73.0) - Undifferenzierte Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.1) - Akzentuierte zwanghafte und narzisstische Persönlichkeitszüge (ICD-10 Z73.1) ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: - Asymptomatische HIV-Infektion (ICD-20 Z21) Die Arbeitsunfähigkeit als Verkäufer betrage 100 % seit dem 28. November 2014 bis auf weiteres. Der Gesundheitszustand sei eher stationär. Berufliche Massnahmen seien erst nach einer Verbesserung des Gesundheitszustandes angezeigt. Der Beschwerdeführer leide auch nach einem stationären Aufenthalt nach wie vor unter Freudlosigkeit, Niedergeschlagenheit, erhöhter Ermüdbarkeit, Selbstzweifeln und Insuffizienzgefühlen, Libidoverlust, Ein- und Durchschlafstörungen, starkem Grübeln, Konzentrationsstörungen, vermindertem Antrieb und sozialem Rückzug. Suizidgedanken habe er keine. Auffassungsstörungen zeigten sich in der Exploration nicht. Subjektiv würden starke Konzentrationsstörungen und eine starke Vergesslichkeit angegeben. Das formale Denken sei stark auf die aktuelle Belastungssituation und seine Erkrankung, sowie mittelgradig auf die vergangene Arbeitssituation und die dort erlebten negativen Erfahrungen eingeengt. Im Affekt herrschten starke Niedergeschlagenheit, Freudlosigkeit, Ängste, Insuffizienzgefühle und eine Störung der Vitalgefühle vor. Starkes Grübeln werde angegeben. Der Antrieb sei stark vermindert. Der Beschwerdeführer sei insgesamt aufgrund seiner schweren depressiven Episode in seiner Leistungsfähigkeit eingeschränkt. Konzentrationsvermögen, Belastbarkeit und Antrieb seien stark vermindert. Der Beschwerdeführer ermüde sehr rasch und müsse immer wieder Pausen einlegen. Körperliche Arbeiten seien nur begrenzt möglich. Der Beschwerdeführer besitze sehr hohe perfektionistische und zwanghafte Anteile und ein starkes Pflichtbewusstsein. Deshalb gehe er immer wieder über seine Grenzen hinaus und vernachlässige seine eigenen Bedürfnisse. Die negativen Erfahrungen an der letzten Arbeitsstelle hätten zu einer massiven Kränkung geführt und der Beschwerdeführer sei in seinem Denken sehr davon eingenommen. Aktuell seien leichte Tätigkeiten im geschützte

Rahmen in einem Pensum von 5 - 10 % zumutbar. Dabei müsse es sich um einfache Arbeiten (ohne Kundenkontakt) mit wenig körperlicher Belastung und wenig Konzentrationsleistung handeln. 6.5 Im von der Beschwerdegegnerin eingeholten psychiatrischen Gutachten von Dr. med. O.____ vom 8. Juni 2016 (IV-Nr. 36) wird ausgeführt, die Stimmung des Beschwerdeführers sei bei der Befunderhebung herabgesetzt, depressiv. Der Antrieb sei unauffällig, der affektive Kontakt gut. Während der Untersuchung habe der Beschwerdeführer nie Konzentrationsschwäche gezeigt. Merkfähigkeit und Gedächtnisleistungen seien intakt. Das Denken sei depressiv eingengt. Der Beschwerdeführer zeige kein Gedankenabreissen oder Gedankenleere. Er habe einen guten Bezug zur Realität und zu seiner Person. Hinweise auf Zwangshandlungen gebe es nicht, der Beschwerdeführer äussere auch keine Zwangsgedanken. Hinweise auf Veränderungen der Stimmung und des Antriebs im Laufe des Tages gebe es keine. Der Beschwerdeführer beklage Durchschlafstörungen, werde aber nicht mit einem schlafanstossenden Antidepressivum behandelt. Er klage auch darüber, dass er im Haushalt zu praktisch nichts fähig sei, unternehme indessen vormittags und nachmittags jeweils einen Spaziergang und fahre Auto. In der ganzen depressiven Krise habe er nie unter einem Lebensverleider gelitten oder Suizidgedanken gehabt. Insgesamt sei beim Beschwerdeführer, der schon seit Jahren unter depressiven Verstimmungen leide, die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, zu stellen. Weiter seien perfektionistische Persönlichkeitszüge festzustellen. Dies könne mit ein Grund dafür sein, dass er depressiv geworden sei. Die somatischen Beschwerden seien diskret und genügten nicht, um eine Somatisierungsstörung diagnostizieren zu können. Die depressive Störung schränke den Beschwerdeführer sowohl im Alltag als auch in der Arbeitswelt ein. Wegen depressiver Verstimmungen, Antriebsverminderung, erhöhter Ermüdbarkeit und verminderter Lebensfreude bestehe eine verminderte psychische Belastbarkeit. Hinweise auf Aggravation seien nicht vorhanden. Hinsichtlich Persönlichkeit habe sich der Beschwerdeführer von seinen Eltern nie richtig akzeptiert gefühlt und pflege seit Jahren keinen Kontakt zu seiner Mutter. Dies könne dazu beitragen, dass er im Berufsleben versucht habe, möglichst perfekt zu sein. Trotz dieser Schwierigkeiten, sich abzugrenzen und nein zu sagen, sei er während Jahren in der Lage gewesen, mit guter Leistung zu arbeiten. Von seiner Persönlichkeit her sei die Arbeitsfähigkeit nicht beeinträchtigt. Aufgrund der Depression sei er aber in der Umsetzung seiner Ressourcen beeinträchtigt. Er erfahre indessen gute Unterstützung durch seinen Freund und pflege auch Kontakte zum Ex-Freund. Die bisherige Therapie werde lege artis durchgeführt. Allerdings sei zu überlegen, ob nicht zusätzlich mit einem schlafanstossenden Antidepressivum zu behandeln sei. Die Kooperation bei den bisher erfolgten Therapien sei gegeben gewesen. Weitere Therapieoptionen bestünden nicht. Auch die Eingliederungsfähigkeit sei um 50 % beeinträchtigt. Massnahmen seien halbtags zumutbar. Weil sich der Beschwerdeführer nicht arbeitsfähig fühle, seien berufliche Massnahmen derzeit nicht erfolgversprechend. Aus psychiatrischer Sicht bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 50 %. In den bisherigen Tätigkeiten als Koch und Mitarbeiter Verkauf bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 50 %. Von November 2014 bis Juli 2015 habe die Arbeitsunfähigkeit 100 % betragen. Die Arbeitsfähigkeit von 50 % könne ab Austritt aus der Klinik I.____ diagnostiziert werden. 6.6 Der Beschwerdeführer hat ein Privatgutachten von Dr. med. C.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 26. Juni 2017 (IV-Nr. 59 S. 14 ff.) einreichen lassen. Darin werden eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwergradige Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F33.2), und eine akzentuierte Persönlichkeit mit zwanghaft

perfektionistischen narzisstischen Zügen (ICD-10 Z73) diagnostiziert. Die Gutachterin hält fest, bei vorbestehend weitgehender Funktions- und Erwerbsfähigkeit in sehr hoher Erwartungshaltung in Bezug auf die eigene Arbeitsleistung sei es in Zusammenhang mit einer somatopsychischen – psychosomatischen Dekompensation zu einer anhaltenden Symptombildung und im Verlauf progredienten depressiven Entwicklung sowie 100%igen Arbeitsunfähigkeit gekommen. Klinisch-phänomenologisch lasse sich kriterienlogisch eine rezidivierende depressive Störung mit Somatisierung und intermittierenden suizidalen Phasen feststellen. Das aktuelle Beschwerdebild entspreche einer schwergradigen Beeinträchtigung. Die Einschränkung der Funktionalität im Alltag sei deutlich. Bei vorangeschrittener Chronifizierung müsse von einer höhergradigen Arbeitsunfähigkeit ausgegangen werden. Der Beschwerdeführer sei im Verlauf des Gesprächs klagsam gewesen. In Bezug auf die Begutachtungssituation sei er ambivalent. Bei der Schilderung der biographischen und aktuellen Lebensgeschichte wirke er etwas affektlabil. In der Grundstimmung sei er deutlich zum depressiven Pol verschoben, angespannt und belastet. Psychomotorisch sei er herabgesetzt, im Denken verlangsamt. Eigenanamnestisch berichte er über Konzentrations- und Auffassungsstörungen sowie Störungen der Mnestik, was während der Exploration insofern objektivierbar sei, als dass Zeiträume in der Lebensgeschichte zum Teil nur mit Schwierigkeiten und grösster Anstrengung rekonstruiert werden könnten. Obwohl die Untersuchung ohne sprachlichen Schwierigkeiten stattfände, müssten Fragen zum Teil erläutert werden. Auch scheine es beim Beschwerdeführer zu einem tendenziellen Leistungsabbruch in Bezug auf Auffassung und Konzentration zu kommen. Befragt nach Ängsten gebe er an, vermehrt Angst um seine Zukunft und die Weiterentwicklung seines Zustandsbildes zu haben. Zudem beschreibe er ein Tagesunwohlsein, wenn er alleine sei. Er erlebe sich als zunehmend angespannt, gereizt und belastet. Die früheren depressiven Episoden habe er wesentlich besser verarbeitet als die aktuelle Situation. Während der ganzen Untersuchung sei der affektive Rapport eingeschränkt tragfähig. In Zusammenhang mit der gesamthaft schwierigen Lebenssituation habe er auch passive Sterbewünsche im Sinne von Entlastungsphantasien gehabt. In Bezug auf das psychische Beschwerdebild sei der Beschwerdeführer krankheitseinsichtig und behandlungswillig. Auf der Hamilton Depressionsskala erreiche er einen Wert für eine schwergradige Depression. Seine Biographie verlaufe mit vielen Brüchen und viele schwierige Ereignisse blieben unkommentiert. Differentialdiagnostisch wäre an eine somatoforme Schmerzstörung zu denken. Der Beschwerdeführer ordne seinen massiven Leidensdruck aber klar dem psychischen Zustandsbild zu, was gegen eine solche Störung spreche. Die depressiven Symptome stünden im Vordergrund. Neben der depressiven Symptomatik leide er an einer chronifizierten Schmerzproblematik mit möglicherweise teilweise dysfunktionaler kognitiver Schmerzverarbeitung. Anhaltspunkte für eine somatoforme Schmerzstörung bestünden aber nicht. Die depressive Symptomatik erfülle nahezu alle nach ICD-10 beschriebenen Symptome. Besonders zutreffen würden ein Verlust von Interesse oder Freude, eine erhöhte Ermüdbarkeit, anhaltende Müdigkeit, depressive Stimmung, erhebliche Verzweiflung, passive Todeswünsche, Schlafstörungen und verminderte Konzentration sowie Aufmerksamkeit. Mittlerweile sei von einer vorangeschrittenen innerpsychischen Verfestigung und konsekutiven Chronifizierung auszugehen. Der Beschwerdeführer werde mit antidepressiven Medikamenten behandelt. Neben den genannten affektiven Störungen werde immer wieder eine prämorbid Strukturpathologie diskutiert. Sowohl die behandelnden Therapeuten als auch der psychiatrische Gutachter sprächen von einer zwanghaft-perfektionistischen narzisstisch

regulierten akzentuierten Persönlichkeit. Prognostisch günstig wirke das als tragend geschilderte Bezugssystem (Lebenspartner, Ex-Partner, Freunde und Bekannte) sowie die eigene Einschätzung des Beschwerdeführers, dass er die Therapie als entlastend erlebe. Trotzdem sei das Zustandsbild seit der letzten Begutachtung als verschlechtert anzusehen. Das aktuelle Beschwerdebild entspreche einer schwergradigen Beeinträchtigung. Die Einschränkung der Funktionalität im Alltag und der Lebensqualität sei deutlich. Die Arbeitsunfähigkeit betrage mindestens 80 %. Dies gelte sowohl für die angestammte als auch für eine Verweistätigkeit. Der Beschwerdeführer komme auf dem freien Arbeitsmarkt nicht zurecht. Sämtliche Massnahmen müssten einen therapeutischen Zweck erfüllen. Inwieweit der Beschwerdeführer leistungsfähig wäre, sei zum jetzigen Zeitpunkt schwer einzuschätzen. Er sei jedoch kooperativ in Bezug auf Massnahmen, die ihm helfen könnten. Grundsätzlich sei denkbar, dass eine Präsenz an einem Beschäftigungs- oder Arbeitsplatz von etwa zwei bis vier Stunden am Tag möglich und zumutbar sein könnte. 6.7 Im Beschwerdeverfahren hat das Versicherungsgericht ein polydisziplinäres Gutachten bei der Begutachtungsstelle D.____ eingeholt. Dieses wurde am 31. Januar 2019 (A.S. 80 ff.) von Dr. med. E.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, Dr. med. F.____, Facharzt für orthopädische Chirurgie, und Dr. med. G.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, erstattet. 6.7.1 Der allgemein-internistische Gutachter erhebt einen unauffälligen Status. Einem eingeholten Bericht von Dr. med. P.____, Leiter Infektiologie und Spitalhygiene Q.____ vom 2. November 2018 (A.S. 150 ff.), kann sodann entnommen werden, dass der Beschwerdeführer die aktuelle HIV-Therapie problemlos verträgt und mit vorbildlicher Regelmässigkeit einnimmt. Die HIV-Viruslast ist immer komplett supprimiert und die CD4-Zellzahl seit Jahren im Normbereich. 6.7.2 Zur orthopädischen Untersuchung wird festgehalten, die diesbezügliche Aktenlage sei äusserst spärlich. Der Beschwerdeführer gebe spontan permanente Rückenschmerzen und intermittierende Knieschmerzen an. Die Rückenschmerzen verspüre er schon seit längerer Zeit, sie würden im Bereich der lumbosacralen Region lokalisiert. Auf der visuellen analogen Schmerzskala würden sie mit 8 angegeben. Der Beschwerdeführer klage auch über Schmerzen am Hinterkopf und führe diese auf einen Fahrradunfall in der Jugend zurück. Er sei damals im Koma gewesen. Ein orthopädisches Leiden könne anamnestisch damit nicht in Verbindung gebracht werden. Des Weiteren klage der Beschwerdeführer über Knieschmerzen, die seit einem halben Jahr ohne erinnerliche Ursache bestünden. Aktuell habe er nur noch Schmerzen am linken Knie dank Physiotherapie. Der Schmerzpegel sei im Durchschnitt bei 5. Folgende Befunde werden erhoben: Die HWS sei in allen Bereichen frei beweglich und ohne Schmerzangaben. Im Bereich der BWS sei die Rotation rechts-links endgradig eingeschränkt, es würden Schmerzen im Lumbalbereich angegeben. Im Bereich der LWS zeige sich eine Insuffizienz des Rumpfes im Sinne einer Dekonditionierung. Es bestehe ein deutlich erhöhter paralumbaler Muskeltonus mit paralumbaler muskulärer Dysbalance. Die lumbosacrale Dehnbarkeit sei eingeschränkt. Am lumbosacralen Übergang zeige sich ein deutlicher Klopfschmerz. Die oberen Extremitäten seien unauffällig. Im Bereich der unteren Extremitäten sei die Beweglichkeit einwandfrei. Bei der Funktionsprüfung würden immer wieder diffuse Schmerzangaben gemacht. Auffallend im Bereich der Kniegelenke sei eine deutliche Druckdolenz der patellaren Gelenkfacetten, besonders links mit femoropatellarem Reibungsschmerz und positivem Zeichen nach Zohlen. Die Kniegelenke seien jedoch reizlos. Der Langsitz sei eingeschränkt mit Schmerzangaben im Lumbalbereich. Ein Röntgen der LWS in zwei Ebenen vom 21. Dezember 2018 zeige eine leichte Chondrose LWK4/5, eine mässige Osteochondrose LWK5/SWK1, eine geringe

rechtkonvexe Skoliose und eine überbrückende Spondylose BWK10/11 rechts. 6.7.3 Im psychiatrischen Teilgutachten werden als subjektive Angaben des Beschwerdeführers aufgeführt, dass es ihm sehr schlecht gehe und er wenig Antrieb habe. Primär leide er an psychischen Beschwerden. Auf Nachfrage führe er aus, er sei bereits in seiner Kindheit selbstunsicher gewesen. Bereits ab 2007 habe er wegen depressiver Symptome eine Behandlung in Anspruch genommen. Aktuell hätten sich Probleme mit seinem Abteilungsleiter ab 2011 ergeben. Er habe immer sehr viel gearbeitet, sei aber regelmässig abgewertet worden. Als im September 2014 gemachte Versprechungen nicht eingehalten worden seien, er 60 Stunden in der Woche gearbeitet habe und sich dann auch noch habe Vorwürfe anhören müssen, sei er zusammengebrochen und vom Hausarzt als arbeitsunfähig beurteilt worden. Generell sei er bereits früher depressiv gewesen, habe sich aber immer durchgebissen. Nun gehe dies nicht mehr. Er habe wenig Antrieb. Bereits bei der Haushaltsführung oder beim Kochen habe er grosse Mühe. Des Weiteren habe er seit mehr als 20 Jahren Rücken- und Kopfschmerzen. Die Kopfschmerzen verstärkten sich bei psychischer Belastung. Ebenfalls habe er seit ¾ Jahren Knieschmerzen. Seine Kindheit habe er als schlecht in Erinnerung. Er habe sich nie von der Familie akzeptiert gefühlt und sei nicht wertgeschätzt worden. Vor allem die Mutter habe ihm immer Vorwürfe gemacht. Häufig sei er bei den Grosseltern «platziert» worden. In Vereinen sei er nie aktiv gewesen. Mit 14 sei er vom Vater beim Knutschen mit einem Kollegen erwischt worden, woraufhin dieser ihm gedroht habe, ihn bei Homosexualität zu kastrieren. In der Schule habe er indessen keine Probleme gehabt. Der Beschwerdeführer sehe sich als gänzlich arbeitsunfähig an. Seit dem Austritt aus der Tagesklinik habe sich aus seiner Sicht keine Veränderung der Leistungsfähigkeit ergeben. Er lebe mit seinem Partner in einer Mietwohnung, die er schon seit 18 Jahren bewohne. Zu einem ehemaligen Partner bestehe ein regelmässiger Kontakt. Während dessen jeweiligen Auslandabwesenheit (während drei Monaten im Jahr) passe er auf dessen Hund auf und gehe dann dreimal täglich 45 Minuten spazieren. Dabei gehe er lediglich von Parkbank zu Parkbank und müsse sich immer wieder hinsetzen. Im Haushalt könne er während dieser Zeit gar keine Leistung erbringen. Ansonsten hätten sich die sozialen Kontakte deutlich reduziert. Des Weiteren unterhalte er sexuelle Kontakte zu einem «Lover», den er aber aktuell nur einmal pro Monat treffe. Zusätzlich ergäben sich ab und zu One-Night-Stands via Internet, maximal einmal im Monat. Die partnerschaftliche Beziehung sei gut. Wegen unterschiedlicher Vorlieben bestehe jedoch seit Jahren kein sexueller Kontakt mehr. Die letzten Ferien habe er 2018 während vier Tagen am Gardasee verbracht. Zuvor habe er 2016 zuletzt zwei Wochen Ferien gemacht, jeweils als Beifahrer im Auto. Finanziell lebe man vom Einkommen des Partners. Sie hätten ca. CHF 60'000.00 Privatschulden. Als Hobby bezeichne er das Reiki, das er seit 2007 betreibe. Er sei seit 2011 Meister. Andere Personen könne er nicht behandeln, weil ihm die Kraft dazu fehle. Er habe mit seinem Partner einen Campingwagen in Reinach stehen, den man bis 2016 unterhalten habe. Sport habe er nie betrieben. Er lese oder bastle auch nicht. Das Kochen falle ihm schwer. Lediglich im Internet sei er aktiv. Sein Tagesablauf sehe folgendermassen aus: An guten Tage stehe er zwischen 08.00 und 09.00 Uhr auf, ansonsten erst um 10.00 Uhr. Er trinke einen Kaffee und checke seine Mails. Dann sitze er auf dem Sofa und grüble über seine Situation nach. Er liege meist in der Embryostellung auf dem Sofa. Das Mittagessen nehme er kalt und alleine ein. In der Regel schlafe er tagsüber nicht. Er versuche Haushaltstätigkeiten zu erledigen, wobei er aber grosse Mühe habe, diese in Angriff zu nehmen und er benötige mehrere Pausen. Er versuche, Tagespläne zu führen, was ihm aber regelmässig nicht gelinge. Sein Partner

komme zwischen 13.00 und 18.00 Uhr nach Hause. Er koche selber ein Abendessen, welches man dann gemeinsam einnehme. Später schaue er TV oder beschäftige sich am PC, auf welchem er auch Spiele mache. Um ca. 24.00 Uhr gehe er zu Bett, wobei man seit ca. einem Jahr wegen Schnarchens des Partners getrennte Schlafzimmer habe. Aufgrund von Grübeln bestünden grosse Ein- und Durchschlafstörungen und der Beschwerdeführer könne maximal drei bis vier Stunden am Stück schlafen. Bezüglich Haushalt erledige er die Geschirrspülmaschine, das Waschen der Wäsche, das Einkaufen und administrative Tätigkeiten. Einmal in der Woche komme eine Raumpflegerin der Spitex für zwei Stunden. Er verlasse nicht täglich die Wohnung, ausser wenn er den Hund betreue. Wenn er zur Therapie oder zum Einkaufen gehe, benütze er das Auto. Seit März 2015 sei der Beschwerdeführer bei med. pract. M.____ in ambulanter psychotherapeutischer Behandlung, anfänglich einmal pro Woche, ab Januar 2016 alle zwei Wochen und seit ca. sechs Monaten alle vier Wochen. Von März 2015 bis Juni 2018 sei die Psychiatrie-Spitex einmal in der Woche gekommen. Nachdem die Bezugsperson gewechselt habe, komme keine Spitex mehr. Vorgängig sei er von 2007 bis 2013 bei einem anderen Therapeuten gewesen. Er gehe davon aus, dass er wegen seiner psychischen Probleme gänzlich arbeitsunfähig sei. Der psychiatrische Gutachter erhebt folgende Befunde: Der Beschwerdeführer sei affektiv deprimiert, jedoch nicht affektlabil, aber reduziert schwingungsfähig. Er beklage Gedächtnis- und Konzentrationsstörungen. Diese könnten während der Untersuchung nicht objektiviert werden. Im formalen Denken bestehe ein Grübeln. Zwänge seien nicht vorhanden. Schuld- und Insuffizienzgefühle wie auch Existenzängste seien vorhanden. Der Antrieb sei reduziert und es bestehe eine erhöhte Ermüdbarkeit. Die Interessen seien jedoch normal vorhanden. Ein Suizidversuch habe nie stattgefunden. Ein sozialer Rückzug finde teilweise statt. Der Appetit sei reduziert. Die Libido sei normal ausgeprägt, es bestünden aber sexuelle Funktionsstörungen und eine Reduktion des Sexuallebens. In der Hamilton Depression Scale Testung erreiche der Beschwerdeführer 20 Punkte, was für das Vorliegen einer mittelgradigen depressiven Episode spreche. Im Mini-ICF-APP-Rating-Bogen ergebe sich aus psychiatrischer Sicht keine Beeinträchtigung bei der Selbstpflege. Leichte Beeinträchtigungen bestünden bei der Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit, Selbstbehauptungsfähigkeit, Kontaktfähigkeit zu Dritten, Gruppenfähigkeit, familiären Beziehungen und Verkehrsfähigkeit. Mittelgradige Beeinträchtigungen bestünden bei der Anpassung an Regeln und Routinen, Flexibilität und Umstellungsfähigkeit sowie der Anwendung fachlicher Kompetenzen und Spontanaktivitäten. Schwere Beeinträchtigungen bestünden bei der Planung und Strukturierung von Aufgaben sowie der Durchhaltetätigkeit. 6.7.4 Zusammenfassend werden im polydisziplinären Gutachten folgende Diagnosen erhoben: Mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: - Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1) - Chronisches lumbovertebrales Syndrom mit paralumbaler muskulärer Dysbalance (ICD-10 M54.5) Allgemeine Dekonditionierung mit Rumpfsuffizienz Radiologisch leichte, altersentsprechende präsakrale Chondrosen und Osteochondrosen der LWS - Klinisch beidseitige Patellachondropathie, links mehr als rechts (ICD-10 M22.4) Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: - Akzentuierte selbstunsichere und narzisstische Persönlichkeitszüge (ICD-10 Z73.1) - HIV Erkrankung

E. 7

7.1 Zum Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung lagen der Beschwerdegegnerin ein von ihr eingeholtes Administrativ-Gutachten von Dr. med. B.____ und ein Parteigutachten von Dr. med. C.____ vor. Die Beschwerdegegnerin stellte hinsichtlich des Gesundheitszustandes

auf das Gutachten von Dr. med. B.____ ab und ging vom Vorliegen einer mittelgradigen depressiven Episode aus, wick jedoch aus rechtlichen Gründen von der gutachterlichen Arbeitsunfähigkeitsbeurteilung ab und verneinte einen Rentenanspruch. Im Rahmen des Beschwerdeverfahrens wurde aufgrund der divergierenden Expertisen ein Gerichtsgutachten eingeholt. Zu diesem kann zunächst im Allgemeinen festgehalten werden, dass es in Kenntnis der gesamten Aktenlage, nach eingehender Untersuchung des Beschwerdeführers unter Berücksichtigung der von ihm geklagten Beschwerden und von auf den entsprechenden Gebieten ausgewiesenen Fachärzten erstellt wurde. Insofern erfüllt das Gerichtsgutachten die Anforderungen an eine beweiskräftige gerichtliche Expertise.

7.2 Inhaltlich kommt der orthopädische Gutachter zum nachvollziehbaren Schluss, dass beim Beschwerdeführer eine lumbale Problematik vorliege, aufgrund welcher dieser keine Lasten von mehr als 10 kg heben könne. Auch Tätigkeiten mit häufigem Bücken und Tätigkeiten in der Hocke seien nicht nur wegen des Rückens, sondern auch wegen der Kniegelenksproblematik nicht mehr zumutbar. Das Besteigen von Leitern und Gerüsten sei ebenfalls nicht mehr zuzumuten. Vollschieftig möglich seien jedoch teils sitzende, teils stehende, leichte bis mittelschwere Tätigkeiten. Diese Einschätzung erweist sich mit Blick auf die Befundlage als einleuchtend. Retrospektiv wird gutachterlich davon ausgegangen, dass dies dem orthopädischen Sachverhalt bis zum Erlass der Verfügung vom 2. Oktober 2017 entspricht. Die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Verkäufer von Früchten und Gemüse wird in Teilbereichen als vollständig unzumutbar erachtet, nämlich soweit schwere Kisten zu heben sind und ein Teil der Arbeit in der Bücke oder Hocke erledigt werden muss. Dagegen seien adaptierte Tätigkeiten, wie sie anamnestisch im angestammten Beruf als Früchte- und Gemüseverkäufer ebenfalls vorkämen (Bestellungen und Beschriftungen von Produkten sowie Gewährleistung von Ordnung und Sauberkeit), vollschieftig möglich. Schmerzbedingt bestehe in der angestammten Tätigkeit gesamthaft eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 30 %. Begründet wird diese Einschätzung schlüssig mit dem gegenwärtigen klinischen Befund der LWS, wobei eine paralumbale Dysbalance festgestellt wurde. Diese Einschränkung wird als behandelbar erachtet. Des Weiteren bestehen nach gutachterlicher Einschätzung altersentsprechende, nur leichte radiologische Veränderungen der LWS in Form von präsakralen Chondrosen und Osteochondrosen. Hinsichtlich des vom Beschwerdeführer angegebenen Schmerzpegels (8) wird ausgeführt, dass die sehr niedrigen Blutwerte für analgetische Antiphlogistika vom 29. Dezember 2018 mit diesem nicht vereinbar seien. Es ergebe sich damit eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 30 %. Eine 70%ige Arbeitstätigkeit erlaube es dem Beschwerdeführer, genügend Pausen und ein vermindertes Arbeitstempo einzuhalten. Eine zusätzliche Leistungseinschränkung bestehe dabei nicht. Eine aktenmässige, retrospektive Beurteilung der Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit aus orthopädischer Sicht wird als nicht möglich erachtet. Bezogen auf den aktuellen Status geht der Gutachter davon aus, dass die gemachten Angaben bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung Gültigkeit hatten und weiterhin bestehen. Für eine dem Leiden angepasst, leichte bis mittelschweren Tätigkeit wäre der Beschwerdeführer bis zur angefochtenen Verfügung vom 2. Oktober 2017 voll arbeitsfähig gewesen.

Für eine Tätigkeit als Koch wird die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ebenfalls mit 30 % beziffert, da auch in diesem Beruf gelegentlich schwere Lasten gehoben werden müssten, man sich immer wieder einmal bücken müsse und die Tätigkeit mehrheitlich im Stehen ausgeführt werde.

Was der Beschwerdeführer in Bezug auf die orthopädische Begutachtung hervorbringt, verfängt nicht. Zur Rüge, dass kein MRI angefertigt worden sei, ist zu sagen, dass es im Ermessen des Gutachters liegt, welche Untersuchungen er durchführt. Nach der Rechtsprechung kommt den Gutachtern bei der Wahl der Untersuchungsmethoden ein weiter Ermessensspielraum zu (Urteil des Bundesgerichts 9C_753/2015 vom 20. April 2016 E. 3.3 mit Hinweisen). Zudem ist bei Gesundheitsschäden an der Wirbelsäule die klinische Untersuchung von zentraler Bedeutung (Urteil des Bundesgerichts 9C_699/2016 vom 13. März 2017 E. 4.3). Die vorliegende klinische Untersuchung ist umfassend erfolgt und die darauf gestützte Beurteilung wie oben dargelegt nachvollziehbar. Der orthopädische Gutachter legt dazu in seiner Stellungnahme vom 28. Mai 2019 (A.S. 200 f.) dar, es seien keine neurologischen Ausfälle festgestellt worden, insbesondere keine Radikulopathien, und bildgebend hätten sich nur geringe, altersentsprechende Chondrosen und Osteochondrosen gefunden. Massgeblich sei, auch in Bezug auf die Knieproblematik, der klinische Befund. Ebenfalls nachvollziehbar ist die vom Gutachter getroffene Beurteilung der Arbeitsfähigkeit, so auch diejenige im gelernten, aber nicht zuletzt ausgeübten Beruf als Koch. Diesen hat der Beschwerdeführer schon seit einigen Jahren nicht mehr ausgeübt.

7.3 In der psychiatrischen Beurteilung wird festgehalten, dass der Beschwerdeführer seine Kindheit als schwierig in Erinnerung habe, weil er sich nie von seinen Eltern angenommen gefühlt habe. Diese hätten sich nicht für ihn interessiert, er sei bei den Grosseltern «platziert» worden und eher ein Einzelgänger gewesen. Bereits seit seiner Teenagerzeit sei er sich seiner Homosexualität bewusst und habe bis anhin fünf längerdauernde, offene Partnerschaften geführt. Die jetzige bestehe seit 2007. Seit 1995 bestehe eine HIV-Infektion, die jedoch medikamentös gut eingestellt sei. Der Gutachter leitet aus der Vorgeschichte schlüssig ab, dass beim Beschwerdeführer bereits seit der Teenagerzeit akzentuierte selbstunsichere und narzisstische Persönlichkeitszüge bestehen. So habe er sich immer ausgenutzt gefühlt, viel Leistung gebracht und sich engagiert, jedoch immer viel zu wenig zurückbekommen. Dieses Schema habe sich vor allem in beruflichen Situationen immer wieder wiederholt und auch bereits mehrfach zu depressiven Episoden geführt. Eine Persönlichkeitsstörung wird nicht diagnostiziert, da der Beschwerdeführer immer in der Lage gewesen sei, Arbeitsstellen aufzunehmen und während längerer Zeit aufrechtzuerhalten. Des Weiteren sei er auch privat in der Lage, längere partnerschaftliche Beziehungen zu unterhalten. Diese Einschätzung deckt sich mit der übrigen Aktenlage. Ebenfalls nachvollziehbar und in Einklang mit den Akten wird vom Bestehen einer rezidivierenden depressiven Störung ausgegangen. In diesem Punkt ist kein Widerspruch zu den sonst vorhandenen Arztberichten zu sehen. Der Gutachter leitet die Diagnose einleuchtend her, indem er auf das Auftreten von depressiven Störungen ab 2007 hinweist, die eine Behandlung bedingt hätten. Die aktuelle depressive Episode bestehe seit mindestens Herbst 2014. Zum Untersuchungszeitpunkt seien an Symptomen Grübeln, Anhedonie, reduzierte affektive Schwingungsfähigkeit, Schuld- und Insuffizienzgefühle, Existenzängste, Reduktion des Antriebs, erhöhte Ermüdbarkeit, sozialer Rückzug, Reduktion des Appetits und Schlafstörungen vorhanden. Retrospektiv hält der Gutachter fest, dass aktenanamnestisch ab mindestens Dezember 2014 vom Vorliegen einer schweren depressiven Episode ausgegangen werden müsse, die dann spätestens mit Austritt aus der stationären Behandlung in der psychiatrischen Klinik I.____ am 11. März 2015 in eine mittelgradige depressive Episode übergegangen sei. Dies werde durch den Austrittsbericht und die damals durchgeführte Beck-Depressions-Inventar-Testung bestätigt. Auch der Gutachter Dr. med. B.____ habe im Juni 2016 eine mittelgradige depressive Episode

diagnostiziert. Der Gerichtsgutachter nimmt sodann Bezug auf die entgegenstehenden Einschätzungen des Behandlers, med. pract. M.____, der nach wie vor von einer schwergradigen depressiven Episode ausgeht. Gegen eine solche während dieser Zeit spricht nach seiner Einschätzung, dass die Sitzungsfrequenz reduziert worden sei und nach wie vor eine relativ geringe Medikation vorgelegen habe. Auch hätten keine stationären Behandlungen mehr stattgefunden. Mit Bezug auf das Privatgutachten von Dr. med. C.____ geht der Gerichtsgutachter davon aus, dass die dort diagnostizierte schwere depressive Episode zum damaligen Untersuchungszeitpunkt vorgelegen habe. Die Diagnose wird aufgrund des damaligen psychopathologischen Befundes als nachvollziehbar erachtet. Zum jetzigen Zeitpunkt sei jedoch nicht mehr von einer schweren depressiven Episode auszugehen. Der Gutachter weist diesbezüglich darauf hin, dass insbesondere kein Verlust der Interessen und der Libido mehr vorhanden seien. Zusammenfassend wird damit vom Vorliegen einer schwergradigen depressiven Episode ab mindestens Dezember 2014 bis maximal März 2015 ausgegangen, danach von einer mittelgradigen depressiven Episode bis Juni 2017. Ab mindestens dem jetzigen Untersuchungsdatum müsse wieder vom Vorliegen einer mittelgradigen depressiven Episode ausgegangen werden. Zwischen Juni 2017 und Juni 2018 geht er von einer schwergradigen depressiven Episode aus (S. 63).

Die gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung geforderte Indikatorenprüfung lässt sich anhand des Gerichtsgutachtens vornehmen: Zur Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde äussert sich der Gutachter einlässlich und führt aus, inwiefern sich der Schweregrad der rezidivierenden depressiven Störung über die Zeit zwischen mittelgradig und schwergradig veränderte. Dies erfolgt jeweils unter Berücksichtigung der zu den jeweiligen Zeitpunkten vorhandenen medizinischen Unterlagen mit entsprechenden Befunderhebungen. Zu Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz wird angegeben, dass das Durchführen einer leitliniengetreuen psychiatrischen und antidepressiven Behandlung notwendig wäre. Als nicht leitliniengerecht wird die derzeitige Medikation angesehen. Ausserdem wäre ein stationärer Aufenthalt aus gutachterlicher Sicht indiziert. Dabei bezieht sich der Experte auf den aktuellen Untersuchungszeitpunkt. Hinsichtlich Komorbiditäten wird gesagt, dass keine Wechselwirkungen zwischen den Diagnosen ersichtlich seien. Der psychiatrische Gutachter erwähnt die bestehende HIV-Erkrankung und hält diesbezüglich fest, dass diese medikamentös gut eingestellt sei und keine Viren nachweisbar seien. Der Beschwerdeführer selber hat im Rahmen der Anamneseerhebung die HIV-Infektion auch nicht erwähnt bzw. nicht vermuten lassen, dass sein psychischer Zustand einen Zusammenhang mit der HIV-Infektion hätte. Auch den Begutachtungen von Dr. med. B.____ und Dr. med. C.____ lässt sich nichts Entsprechendes entnehmen. Die bestehenden Rücken- und Knieschmerzen sowie die Kopfschmerzen sind nach gutachterlicher Einschätzung nicht im Rahmen einer Somatisierungsstörung oder einer anhaltenden somatoformen Störung zu sehen. In Bezug auf die Persönlichkeit leitet der Gutachter das Vorliegen von akzentuierten Persönlichkeitszügen her (siehe oben). Zum sozialen Kontext (Konsistenz, gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen, behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck) wird festgehalten, dass der Beschwerdeführer die Tage weitgehend alleine zu Hause verbringe und dabei Mühe habe, eine Struktur aufrechtzuerhalten. Jedoch schaffe er es, gewisse Haushaltstätigkeiten zu leisten und externe Termine sowie Einkäufe mit dem Auto zu verrichten. Soziale Kontakte oder Hobbies seien jedoch deutlich reduziert. Die bestehenden sexuellen Aktivitäten und die Fähigkeit, während mehr als drei Monaten mit dem Hund des Ex-Freundes dreimal täglich

rauszugehen, sowie die Tatsache, dass die psychotherapeutischen Sitzungen auf einmal im Monat reduziert worden seien, sprächen indessen gegen das Vorliegen einer schwergradigen depressiven Episode. Als Ressource könne gesehen werden, dass der Beschwerdeführer nach wie vor Haushaltstätigkeiten leisten und Termine selbständig mit dem Auto wahrnehmen könne.

7.4 Zur Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit wird gestützt auf die oben dargelegten Erkenntnisse im Gutachten schliesslich festgehalten, dass in der bisherigen Tätigkeit als Verkäufer infolge der depressiven Symptome eine deutliche Einschränkung der Leistungsfähigkeit bestehe. Gestützt auf die Akten und die jetzigen Befunde müsse davon ausgegangen werden, dass ab Dezember 2014 bis Juli 2015 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit vorgelegen habe. Diesbezüglich wird nachvollziehbar dargelegt, dass drei Monate nach dem Austritt aus der Klinik I.____, somit ab Juli 2015, eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit (in jeglichen Tätigkeiten) bestanden habe, nachdem der stationäre Aufenthalt eine Verbesserung des Zustands gebracht habe. Bestätigt wird dies auch in den Ausführungen von Dr. med. B.____ in seinem Gutachten vom 8. Juni 2016. Ab Juni 2017 bis ca. Juni 2018 wird dann von einer 70%igen Arbeitsunfähigkeit auf Grund einer schwergradigen depressiven Episode ausgegangen. Dabei stellt der Gerichtsgutachter auf die Beurteilung von Dr. med. C.____ ab, die er gemessen an den damals erhobenen Befunden als plausibel erachtet. Eine Abweichung besteht indessen bei der (retrospektiven) Beurteilung der Arbeitsfähigkeit von 70 %. Dr. med. C.____ ging in ihrem Gutachten vom 26. Juni 2017 von einer 80%igen Arbeitsunfähigkeit aus. Die Abweichung ist geringfügig, und vor dem Hintergrund der Tatsache, dass von einem Gerichtsgutachten nur aus zwingenden Gründen abzuweichen ist, ist der Einschätzung des Gerichtsgutachters zu folgen. Damit im Einklang stehen auch seine Ausführungen zu Therapie und Medikation. So erachtet er es als erstaunlich, dass bei einem mittel- bis schwergradig ausgeprägten Zustandsbild keine intensiveren und leitliniengerechten psychiatrischen Massnahmen durchgeführt worden seien. Dies insbesondere auch, weil sich die Symptomatik während eines stationären Aufenthalts verbessert habe. Ein Wechsel der antidepressiven Medikation auf eine Zweierkombination hätte seiner Ansicht nach längst stattfinden müssen. Diese Einschätzung ist zu teilen, zumal bei der ersten schweren depressiven Episode 2014 ebenfalls eine stationäre Behandlung in die Wege geleitet worden war, die dann eben auch zu einer entsprechenden Verbesserung des Gesundheitszustandes geführt hatte. In Bezug auf den weiteren Verlauf wird sodann festgehalten, da seit der schwergradigen depressiven Episode ab Juni 2017 die Therapiefrequenz weiter reduziert und die psychiatrische Spitex gestoppt worden sei, sei nunmehr (also zum aktuellen Untersuchungszeitpunkt) vom Vorliegen einer mittelgradigen depressiven Episode und somit von einer 50%igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen. Diese Einschätzungen würden durch den Mini-ICF-APP-Rating-Bogen (dessen ergänzende Anwendung bei der Beurteilung psychischer Krankheitsbilder zulässig ist, s. Urteil des Bundesgerichts 9C_157/2019 vom 28. Oktober 2019 E. 4.3). bestätigt. Für eine Verweistätigkeit oder die ursprüngliche Tätigkeit als Koch seien die gleichen Arbeitsunfähigkeiten anzunehmen. Auch diese Einschätzung erweist sich als einleuchtend.

7.5 Was von Seiten der Beschwerdegegnerin gegen das Gerichtsgutachten vorgebracht wird, vermag nicht zu überzeugen. Der Hinweis auf eine in einem anderen Verfahren gemachte gutachterliche Aussage, dass eine Depression immer Auswirkungen auf den Gesundheitszustand, aber nicht immer auch auf die Arbeitsfähigkeit habe, ist unbehelflich.

Die Aussage bedeutet, dass sich eine leichte bis mittelgradige Depression nicht zwingend auf die Arbeitsfähigkeit auswirken muss, es aber kann. Dies muss umso mehr für eine zum hier relevanten Zeitpunkt vorliegende schwere depressive Episode gelten. Würde man die Aussage verstehen wie die Beschwerdegegnerin, würde sich in jedem Fall einer (leichten bis mittelgradigen) Depression eine Indikatorenprüfung von vornherein erübrigen.

7.6 Da gutachterlich gesehen keine Wechselwirkungen zwischen den Diagnosen gegeben sind, geht die 30%ige Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit in orthopädischer Hinsicht in der bestehenden 50%igen bzw. 80%igen Arbeitsunfähigkeit in psychiatrischer Hinsicht auf. Orthopädisch gesehen ist eine leidensangepasste Tätigkeit zu 100 % möglich. Eine solche Tätigkeit kann leicht bis mittelschwer sein, mit der Möglichkeit von Positionswechseln (teils sitzend, teils stehend, mit gelegentlichem Herumgehen). Im Zeitraum November 2014 bis Juli 2015 bestand somit rein aus psychiatrischer Sicht eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit für jegliche Tätigkeiten. In der Zeit von August 2015 bis Juni 2017 betrug die Arbeitsunfähigkeit 50 % (psychiatrisch gesehen). In orthopädischer Sicht konnte bereits damals in einer leidensangepassten Tätigkeit eine volle Arbeitsfähigkeit angenommen werden. Ab Juli 2017 ist von einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes und einer 70%igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen, ab Anfang Juli 2018 wiederum von einer 50%igen Arbeitsunfähigkeit.

8. Im vorliegenden Fall hat die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung keinen Einkommensvergleich vorgenommen, weil sie auf der Basis der nicht mehr geltenden Depressions-Rechtsprechung einen Rentenanspruch von vornherein verwehrt, da kein invalidisierendes Leiden vorliege. Damit hat sie einige Fragen ungeklärt gelassen, so die Ermittlung des Validen- wie auch des Invalideneinkommens und die Frage eines leidensbedingten Abzugs. Die Sache ist daher mit den obigen verbindlichen Feststellungen zum medizinischen Sachverhalt an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit diesbezüglich ein vollständiger Instanzenzug gewährleistet ist und die Beschwerdegegnerin unter Einbezug des beweiskräftigen Gerichtsgutachtens den Rentenanspruch ab November 2015 beurteilt.

E. 9

9.1 Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat der im kantonalen Beschwerdeverfahren obsiegende Beschwerdeführer Anspruch auf Ersatz der Parteikosten; diese werden vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses bemessen. Der anwaltlich vertretene Beschwerdeführer hat im vorliegenden Fall einer Rückweisung Anspruch auf eine volle Parteientschädigung, welche grundsätzlich gleich zu gewähren ist wie für ein Obsiegen im materiellen Sinne (BGE 127 V 228 E. 2b/bb S. 234, 110 V 54 E. 3a S. 57).

Der Vertreter des Beschwerdeführers hat eine Kostennote zu den Akten gegeben (A.S. 223 ff.), in welcher ein Aufwand von insgesamt 26.2 Stunden zu einem Ansatz von CHF 250.00 sowie Auslagen von 286.60 geltend gemacht werden, total eine Entschädigung von CHF 7'369.85 (inkl. Mwst). Diese enthält mehrere Positionen «Brief an Klient» oder «Mail an Klient» von jeweils 0.17 Stunden (zweimal 0,08 Stunden), bei denen es sich um die Weiterleitung von Eingaben oder Verfügungen des Versicherungsgerichts an die Klientschaft handeln dürfte. Derartiger Aufwand ist als Kanzleiaufwand zu qualifizieren, der im Honorar bereits inbegriffen und praxisgemäss nicht zusätzlich zu entschädigen ist. Die Positionen von 21. November 2017, 4. Januar 2018, 25. Januar 2018, 20. März 2018,

24. August 2018, 21. September 2018, 4. Februar 2019, 14. März 2019, 18. März 2019, 10. Mai 2019, 7. Juni 2019, 2. Juli 2019, 19. August 2019, 10. September 2019 und 12. September 2019 (je 0,17 Stunden) sowie vom 12. und 16. Februar 2018 (je 0,08 Stunden) sind demnach zu streichen. Gleich verhält es sich mit dem Verfassen von Fristerstreckungsgesuchen. Auch dieser Aufwand (vorliegend dreimal zu je 0,25 Stunden geltend gemacht, so am 13. Februar 2018, 12. März 2019 und 26. Juni 2019) ist nicht zu entschädigen. Ausserdem ist der geltend gemachte Aufwand von einer Stunde für die Nachbearbeitung angesichts der teilweisen Gutheissung der Beschwerde auf eine halbe Stunde zu reduzieren. Damit verringert sich der Aufwand um 3,96 Stunden von 26,2 auf 22,24 Stunden (wovon 8,09 Stunden im Jahr 2017 und 14,15 Stunden im Jahr 2018/2019). Die Auslagen sind ausgewiesen (wovon CHF 98.60 im Jahr 2017 und CHF 188.20 im Jahr 2018/2019). Zuzüglich Mehrwertsteuer (für das Jahr 2017 zu 8 %, für die Jahre 2018 und 2019 zu 7,7 %) ergibt sich eine Parteientschädigung von CHF 6'303.35, die die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer zu bezahlen hat.

9.2 Auf Grund von Art. 69 Abs. 1bis 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 Beschwerdegegnerin die gesamten Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen. Folglich ist dem Beschwerdeführer der geleistete Kostenvorschuss von CHF 600.00 zurückzuerstatten.

9.3 Wie vorstehend ausgeführt, ist das eingeholte Gerichtsgutachten voll beweiswertig. Dieses musste deshalb veranlasst werden, weil sich die Beschwerdegegnerin in ihrem Entscheid auf eine unvollständige Aktenlage abstützte. Dies wird von der Beschwerdegegnerin selbst anerkannt, hat sie doch im Rahmen ihrer Duplik (A.S. 56 ff.) selber ausgeführt, dass eine polydisziplinäre Begutachtung notwendig gewesen wäre. Unter diesen Umständen liegt eine Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes von Seiten der Beschwerdegegnerin vor, weshalb diese ■ unter Anwendung der Grundsätze von BGE 139 V 496 ■ die Kosten des Gerichtsgutachtens und der danach erstellten Stellungnahme des Experten von gesamthaft CHF 17'850.00 sowie die im Rahmen der Verfügung vom 29. Januar 2019 (A.S. 79) erwähnten Spesen von CHF 103.70 zu übernehmen hat.

Demnach wird erkannt:

1. Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die Verfügung der IV-Stelle des Kantons Solothurn vom 2. Oktober 2017 aufgehoben und die Sache an diese zurückgewiesen wird, damit sie im Sinne der Erwägungen verfähre und anschliessend neu über den strittigen Anspruch entscheide.

2. Die IV-Stelle des Kantons Solothurn hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von CHF 6'303.35 (inkl. Auslagen und MwSt) zu bezahlen.

3. Die IV-Stelle des Kantons Solothurn hat die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen. Der geleistete Kostenvorschuss von CHF 600.00 wird dem Beschwerdeführer zurückerstattet.

4. Die IV-Stelle hat die Kosten für das Gerichtsgutachten, die ergänzende Stellungnahme sowie die aus der Begutachtung resultierenden Spesen, gesamthaft CHF 17'953.70, 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

Haldemann

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