

SO_GERICHTE VSBES.2018.233 vom 10. August 2018

SO Obergericht, 2018-08-10, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2018.233

FR: SO_GERICHTE VSBES.2018.233 du 10 août 2018

IT: SO_GERICHTE VSBES.2018.233 del 10 agosto 2018

Erwägungen

E. 2

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

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. c).

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

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

3. Der Beschwerdeführer lässt geltend machen, es bestehe bei ihm ein invalidisierendes Leiden, das zu einem Anspruch auf eine Invalidenrente sowie berufliche

Eingliederungsmassnahmen führe. Demnach ist im Folgenden der medizinische Sachverhalt darzulegen:

3.1 Dem Bericht der behandelnden Psychiaterin, Dr. med. F.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 29. August 2014 können folgenden Diagnosen entnommen werden: «Anpassungsstörung mit gemischten Gefühlen F43.23, Probleme am Arbeitsplatz Z56, Probleme mit der Familie Z63». Im Weiteren führte die Psychiaterin aus, der Patient befinde sich bei ihr seit dem Jahr 2012 mit Unterbrüchen in ambulanter integrierter psychiatrischer Behandlung. Zur Anamnese wurde angegeben, der Patient leide seit Dezember 2013 zunehmend unter einem depressiven Syndrom mit gedrückter Stimmung, Anspannung, Reizbarkeit, Kraftlosigkeit, Antriebslosigkeit und massiven Schlafproblemen. Im Verlauf der ambulanten integrierten psychiatrischen Behandlung sei es zu einer partiellen Rückbildung der depressiven Symptomatik gekommen. Die aktuellen Beschwerden bestünden zurzeit in Stimmungsschwankungen, verminderter Belastbarkeit, Stressintoleranz, vermehrter Anspannung, Reizbarkeit und Schlafproblemen. Es wurde folgender Befund erhoben: Der Patient sei fokussiert auf seine Probleme am Arbeitsplatz und in der Familie. Er sei angespannt, reizbar, besorgt, phasenweise antriebslos und kraftlos mit Insuffizienzgefühlen. Es bestünden soziale Rückzugstendenzen. Seit dem 1. August 2014 bestehe eine Arbeitsfähigkeit (recte: Arbeitsunfähigkeit) von 100 % als Lagermitarbeiter. Auch in einer anderen zumutbaren Tätigkeit bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 100 %. Aktuell werde eine integrierte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung durchgeführt, psychotherapeutische Gespräche erfolgten wöchentlich im Rahmen eines psychoedukativen Ansatzes. Thematisiert werde u.a. die Work-Life-Balance, insbesondere die Coping-Strategien im Umgang mit Stress. Daneben bekomme der Patient ein Antidepressivum verschrieben. Im Behandlungsverlauf habe eine teilweise Rückbildung und Stabilisierung der depressiven Symptomatik erreicht werden können. Die Prognose der Arbeitsfähigkeit sei in Anbetracht der Stabilisierung des Gesundheitszustands als günstig einzuschätzen (IV-Nr. 20.11 S. 2 ff.).

3.2 Der Hausarzt, Dr. med. G.____, FMH Innere Medizin und Gastroenterologie, hielt in seinem ärztlichen Zeugnis vom 2. Oktober 2014 fest, er habe den Patienten schon sehr oft gesehen. Er komme meistens wegen einer Exazerbation seines bekannten Asthmas. Ende April 2014 habe er den Patienten in die HNO-Abteilung des H.____ überwiesen wegen einer peripher/vestibulären Funktionsstörung (IV-Nr. 20.11 S. 1).

3.3 Dem Bericht über das vom Krankentaggeldversicherer veranlasste psychiatrische Assessment von Dr. med. I.____, Facharzt Psychiatrie und Neurologie, vom 10. Dezember 2014 können folgende Diagnosen entnommen werden: «Länger dauernde Anpassungsstörung (F43.2) vor dem Hintergrund beruflicher und familiärer Belastungsfaktoren sowie bei akzentuierter Persönlichkeit (Z73); Psychologische Faktoren bei andernorts klassifizierten somatischen Erkrankungen (F54)». Auf eine eingehende körperliche Untersuchung wurde wegen der ausschliesslich psychiatrischen Fragestellung verzichtet. Es handle sich um einen deutlich übergewichtigen, adipösen Versicherten ohne kardiorespiratorische Insuffizienzzeichen in Ruhe. Es bestünden keine offenkundigen neurologischen Herd- und Seitenzeichen. Unter dem Titel «Epikrise und Beurteilung der Leistungsfähigkeit» wurde im Wesentlichen angegeben, anlässlich der Exploration habe sich ein Versicherter mit in den Vordergrund gerückten Klagen über Antriebsmangel, Schlafstörungen, Gefühlen von Ausgebranntsein präsentiert. Der Versicherte habe

geschildert, er sei deprimiert, teilweise auch verbittert und enttäuscht, gekränkt in seinem Gerechtigkeitsempfinden durch den Arbeitsplatzverlust nach langjährigen Arbeitsplatzkonflikten. Nach den hier erhobenen psychopathologischen Befunden, den anamnestischen Angaben sowie den vorliegenden Akten sei derzeit am ehesten von einer protrahierten Anpassungsstörung mit emotional affektiven Störungen (F43.2) auszugehen. Dabei sei das Spektrum der emotional affektiven Beeinträchtigungen hauptsächlich im gekränkt verbitterten Bereich zu sehen, die Merkmale einer depressiven Symptomatik hingegen seien nur sehr gering ausgeprägt. Die länger anhaltende Anpassungsstörung stehe in engem Zusammenhang mit beruflichen und privaten Belastungsfaktoren, Konflikten und Kränkungen am Arbeitsplatz, Arbeitsplatzverlust sowie darüber hinaus mit Schwierigkeiten im familiären Umfeld durch eine depressiv erkrankte Ehefrau sowie Belastungen und schulischem Förderbedarf der Kinder. Auf der Persönlichkeitsebene wirke der Versicherte vermehrt narzisstisch kränkbar, verknüpft mit einem rigiden Gerechtigkeitsempfinden, welches zu einer vermehrten Empfindlichkeit gegenüber tatsächlichen oder vermeintlichen Zurücksetzungen und Kritik führe und damit auch zu einer erhöhten psychischen Dekompensationsbereitschaft beitrage. Die Diagnose stehe in Einklang mit der Einschätzung der behandelnden Psychiaterin. Ferner seien beim Versicherten somatische Erkrankungen zu berücksichtigen, bei denen psychologische Faktoren einen Einfluss auf die Krankheitsbewältigung und deren Verlauf nähmen (F54). Zu nennen seien ein Asthmaleiden mit allergischer Komponente sowie ein Hörsturz im Sommer 2014 mit nachfolgendem rechtsseitigem Tinnitus.

Im Weiteren wurde angegeben, mit den erhobenen Befunden gehe eine Beeinträchtigung psychischer Grundfunktionen wie Intentionalität, Antrieb, Affektregulation, Psychomotorik und Durchhaltevermögen einher. Die attestierte Arbeitsunfähigkeit könne derzeit bestätigt werden. Bei einer Rückkehr an den letzten konkreten Arbeitsplatz sei unter Berücksichtigung des offenbar zerrütteten Arbeitsverhältnisses mit inzwischen ausgesprochener Kündigung eine rasche Dekompensation wahrscheinlich. Die unter der laufenden Behandlung erreichte zögernde Rekompensation wäre erheblich gefährdet. Eine Destabilisierung wäre zu erwarten. Aktuell sei mit einer weiteren Dauer der Arbeitsunfähigkeit von etwa vier Wochen zu rechnen. Vorher sei eine ausreichende Grundstabilität für eine Rückkehr an den letzten Arbeitsplatz nicht zu erwarten. Ob die Arbeitsunfähigkeit des Versicherten mithin im Januar 2015 beendet werden könne, hänge dabei einerseits vom Verlauf der erwarteten Stabilisierung ab, andererseits aber auch von der Frage, ob der Versicherte bei einer Teilarbeitsfähigkeit an seinen angestammten Arbeitsplatz zurückkehren müsste, weil bereits per März 2015 die Kündigung des Arbeitsverhältnisses ausgesprochen worden sei. Ferner sei die Dekompensationsbereitschaft des Versicherten in der konflikthaft wahrgenommenen Situation am Arbeitsplatz sehr hoch.

Prognostisch sei unter fortgesetzter Behandlung die Arbeitsunfähigkeit voraussichtlich bis Ende Dezember 2014 zu beenden. Eine Sanierung des Arbeitsplatzkonfliktes, der im Erleben der versicherten Person zu einer unüberwindbaren emotionalen Belastung führe, sei dringend anzuraten, da vor dem Hintergrund der Persönlichkeitsstruktur des Versicherten eine erneute Dekompensation bei Rückkehr in das konflikthaft erlebte Arbeitsumfeld drohe. Für Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt, welche dem Ausbildungs- und Kenntnisstand des Versicherten und seinem körperlichen Belastungsprofil entsprächen, bestehe bereits jetzt eine Arbeitsfähigkeit in der Größenordnung von 80 %, welche innerhalb der nächsten vier Wochen auf 100 % zu steigern wäre. Eine Entlastung von den

diversen häuslichen Belastungsfaktoren wäre wünschenswert (IV-Nr. 12 S. 9 ff.).

3.4 Dr. med. F.____ stellte in ihrem Bericht vom 9. März 2015 folgende Diagnosen: «Mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom F32.11; Anankastisch-narzisstische Persönlichkeitszüge Z73; DD Kombinierte Persönlichkeitsstörung F60.5; Probleme am Arbeitsplatz Z56; Probleme mit der Familie Z63; Hörsturz mit Tinnitus; Asthma». Im Weiteren wurde ausgeführt, eine erneute Zustandsverschlechterung sei durch die Freistellung von der Arbeit, den neu aufgetretenen Tinnitus, die schon vorbestehende Vulnerabilität und die bestehenden Belastungen wie chronische Arbeitsplatzprobleme sowie die psychiatrische Erkrankung der Ehefrau und Probleme in der engeren Familie, insbesondere massive Entwicklungs- und Erziehungsprobleme der Kinder, erfolgt. Der Gesundheitszustand sei seither labil. Die aktuelle Symptomatik bestehe zurzeit in Stimmungsschwankungen, Depressivität, Freudlosigkeit, Antriebslosigkeit, innerer Leere, verminderter Belastbarkeit, Stressintoleranz, vermehrter Anspannung, Reizbarkeit, Suizidgedanken, Schwindel, Tinnitus und Schlafproblemen. Zur Behandlung wurde angegeben, diese bestehe weiterhin in einer integrierten psychiatrischen Behandlung im Rahmen eines psychoedukativen Ansatzes. Es finde ein wöchentliches Gespräch statt. Daneben bekomme der Patient Cipralext, ein Antidepressivum, sowie Entumin zur Behandlung der Schlafstörung verschrieben. Im weiteren Verlauf der Behandlung habe bisher keine bleibende Zustandsstabilisierung erreicht werden können. Die Schlafstörung habe sich unter der medikamentösen Behandlung zurückgebildet. Vorerst seien keine zusätzlichen Therapien und Behandlungen vorgesehen.

Zur Arbeitsfähigkeit gab die behandelnde Psychiaterin an, seit dem 1. August 2014 bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % sowohl als Lagermitarbeiter als auch in einer Verweistätigkeit, insbesondere aufgrund des instabilen psychischen und somatischen Gesundheitszustandes infolge der seit langer Zeit bestehenden psychischen Faktoren wie akzentuierte Persönlichkeitszüge und depressive Symptomatik. Unter Berücksichtigung des bisherigen Behandlungsverlaufs, nach Rückbildung der depressiven Symptomatik und nach einer weiteren nachhaltigen Stabilisierung des Gesundheitszustands könne voraussichtlich mit der Arbeitsaufnahme frühestens ab April/Mai 2015 gerechnet werden, am ehesten im Rahmen eines Arbeitstrainings beginnend mit einem Arbeitspensum von 50 %, voraussichtlich steigerbar auf 100 %, in einem Zeitraum von ca. 4 Monaten, wobei dies vom weiteren Verlauf abhängt. Bei einer zu frühen Rückkehr an einen Arbeitsplatz und ohne langsame Steigerung des Arbeitspensums sei angesichts des weiterhin bestehenden instabilen Gesundheitszustandes mit einer erneuten Dekompensation zu rechnen.

Zum Gutachten von Dr. med. I.____ äusserte sich Dr. med. F.____ dahingehend, trotz integrativer psychiatrischer Behandlung habe sich im weiteren Verlauf immer wieder gezeigt, wie labil der körperliche und psychische Gesundheitszustand des Patienten effektiv gewesen sei. Zur vorbestehenden erhöhten Vulnerabilität durch belastende und auslösende Faktoren hätten Belastungen wie Auseinandersetzungen mit Versicherungen sowie auch wiederholte familiäre Konflikte zu psychischen und körperlichen Einbrüchen geführt. Zur prognostischen Einschätzung im Gutachten sei festzuhalten, dass die auslösenden und aufrechterhaltenden Faktoren sowie die Ausprägung der depressiven Symptomatik und der akzentuierten Persönlichkeitszüge, somit der insgesamt labile psychische Gesundheitszustand des Patienten, zu wenig berücksichtigt worden seien, was sich im weiteren Behandlungsverlauf auch gezeigt habe. Insgesamt scheine der instabile,

wechselhafte psychische und somatische Gesundheitszustand sowie der wechselhafte Behandlungsverlauf auf eine nicht so eindeutige prognostische Einschätzung hinzuweisen. Aufgrund der akzentuierten Persönlichkeitszüge, der nur teilweisen Rückbildung der depressiven Symptomatik, der Mobbingssituation am Arbeitsplatz und seines familiären Umfeldes sei der Patient zurzeit sowohl in seiner bestehenden Tätigkeit als Warenlagermitarbeiter als auch in einer Verweistätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig (IV-Nr. 12 S. 3 ff.).

3.5 Dr. med. J.____, beratender Arzt des Krankentaggeldversicherers, hielt in seiner Stellungnahme vom 25. März 2015 fest, das Plausibilisierungsgutachten vom 10. Dezember 2014 erscheine adäquat und realistisch. Das Gutachten sei nachvollziehbar. Der neuste Bericht von Dr. med. F.____ vom 9. März 2015 zeige allerdings eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes an, unterdessen handle es sich um eine mittelgradige depressive Episode. Sie spreche von einem instabilen Gesundheitszustand mit erneuter Dekompensationsgefahr und rechne erst ab April/Mai 2015 mit einer Möglichkeit der Arbeitsaufnahme, aber nur im Rahmen eines Arbeitstrainings zu 50 %. Was die Psychopathologie angehe, erscheine der Bericht plausibel. Sie beschreibe allerdings auch psychosoziale Belastungsfaktoren, wie die schwierigen familiären Umstände. Nicht einig gehe er mit ihr, dass ein Arbeitstraining notwendig sei. Der Versicherte könne eine neue Stelle antreten, das sei ihm zumutbar angesichts des sozialen Funktionierens und der geschilderten Tagesaktivitäten. Ab Mai 2015 könne eine 50%ige Arbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zugemutet werden. Dafür sei das RAV zuständig. Es sei sinnvoll, wenn sich der Versicherte wieder mit den Herausforderungen des offenen Arbeitsmarktes auseinandersetze, statt sich als Hausmann zu betätigen und abzuwarten (IV-Nr. 20.8).

3.6 Die behandelnde Psychiaterin stellte in ihrem Arztbericht vom 21. Juli 2015 die Diagnosen «mittelgradige depressive Episode, partiell remittiert F32.11, anankastisch-narzisstische Persönlichkeitszüge Z73, DD Kombinierte Persönlichkeitsstörung F60.5, Probleme am Arbeitsplatz Z56, Probleme mit der Familie Z63, Hörsturz mit Tinnitus, Asthma, Adipositas» und hielt fest, der Patient befinde sich weiterhin bei ihr in ambulanter, integrierter, psychiatrischer Behandlung. Im Zeitraum von März bis Juni 2015 habe sich der Gesundheitszustand weiter stabilisiert, sodass dem Patienten eine Teil-Arbeitsfähigkeit von 50 % zugemutet werden könne, ohne eine Dekompensation zu bewirken. Doch sei der Gesundheitszustand weiterhin fragil. Beim Patienten bestehe weiterhin eine Symptomatik mit phasenweise gedrückter Stimmung, Anspannung, Reizbarkeit, Kraftlosigkeit, vermehrter Kränkbarkeit, Antriebslosigkeit, Tinnitus und leicht gebesserten Schlafproblemen. Eine Zustandsverbesserung sei zudem vor der Perspektive einer Inanspruchnahme beruflicher Integration der Invalidenversicherung bei Bedarf erfolgt. Seine familiäre und soziale Situation meistere der Patient mit viel Unterstützung. Insgesamt sei der Patient belastbarer und stresstoleranter. Der Gesundheitszustand sei weiterhin fragil, jedoch besserungsfähig. Aktuell scheine eine Arbeitsfähigkeit von 50 % als gegeben, sowohl als Lagermitarbeiter auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt als auch in einer anderen zumutbaren Tätigkeit. Mit der Erhöhung der Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit könne frühestens ab Oktober 2015 gerechnet werden. Ab welchem Zeitpunkt mit einer vollständigen Wiederaufnahme der Arbeit gerechnet werden könne, sei von einer gelungenen Integration in die Arbeitswelt abhängig. Die Behandlung bestehe weiterhin in einer integrierten psychiatrischen Behandlung im Rahmen eines psychoedukativen Ansatzes. Thematisiert und umgesetzt werde die

Erhaltung einer Work-Life-Balance, insbesondere seien Coping-Strategien im Umgang mit Stress sowie schlafhygienische Massnahmen besprochen worden. Es finde wöchentlich ein Gespräch statt. Daneben werde der Patient medikamentös behandelt. Im weiteren Verlauf habe eine bleibende, aber fragile Zustandsstabilisierung erreicht werden können. Die Schlafstörung habe sich unter der medikamentösen Behandlung zurückgebildet. Neben dem Erlernen eines Entspannungsverfahrens wie Progressive Muskelrelaxation nach Jacobsen (PMR) seien vorerst keine zusätzlichen Therapien oder Behandlungen vorgesehen (IV-Nr. 52.5 S. 4 ff.).

3.7 Aus dem Arztbericht von Dr. med. F.____ vom 15. Januar 2016 geht hervor, im Zeitraum von Juli 2015 bis aktuell sei der Gesundheitszustand soweit stabil geblieben. Weiterhin sei eine Teilarbeitsfähigkeit von 50 % zumutbar, ohne eine Dekompensation zu bewirken. Der Gesundheitszustand sei aber weiterhin fragil (IV-Nr. 52.5 S. 1 ff.).

3.8 Dr. med. K.____, FMH Kardiologie, hielt in seinem Bericht vom 9. Februar 2016 über die gleichentags durchgeführte kardiologische Untersuchung folgende Diagnosen fest: «1. Leichte hypertensive Kardiopathie Grad III, mässige septumbetonte konzentrische Hypertrophie des linken Ventrikels, normale Pumpfunktion (EF 65 %), Aorta ascendens normaldimensioniert; 2. Intermittierende Thorax-drucksymptomatik eher in Ruhesituation und bei Aufregungssituationen unklarer Ätiologie, Ergometrie klinisch und elektrisch negativ, stressechokardiografisch ohne Hinweise für eine Ischämie; 3. Erhöhte emotionale Belastungssituation als alleinerziehender Vater und Arbeitsplatzproblematik; 4. Cv-RF: art. Hypertonie, sonst keine weiteren eruierbar». Zur Anamnese wurde festgehalten, beim Patienten bestehe seit Kindheit ein Asthma bronchiale, entsprechend auch eine leichte anstrengungsabhängige Dyspnoe NYHA II Symptomatik. Im Vordergrund stehe aber die erhöhte emotionale Belastungssituation seit 3 Jahren als alleinerziehender Vater von 3 Kindern (12-jährige Tochter mit ADS, 9-jährige Tochter und 7-jähriger Sohn ebenfalls mit ADS unter Ritalin) sowie die Arbeitsplatzsituation. Es handle sich um einem 52-jährigen Patienten in gutem Allgemein- und Ernährungszustand. Es bestünden eine normale Herzpalpation links und rechts, normal laute Herztöne und keine pathologischen Herzgeräusche. Klinisch seien keine Zeichen einer Links- oder Rechtsherzinsuffizienz vorhanden.

Zur physikalischen Stressechokardiographie gab der Kardiologe an, die Ergometrie sei klinisch und elektrisch negativ, es bestünden eine sehr gute körperliche Leistungsfähigkeit, keine Arrhythmien und in der parallel durchgeführten Stressechokardiographie bei steter kontinuierlicher Kontraktilitätszunahme über allen gut einsehbaren Wandabschnitten und EF-Zunahme um + 15 % unter Belastung seien keine Hinweise für eine relevante Ischämie ersichtlich. Es habe eine rasche Erholungsphase bestanden (IV-Nr. 60).

3.9 Dr. med. F.____ hielt in ihrem Arztbericht vom 10. Juni 2016 fest, der Gesundheitszustand des Patienten habe sich im Verlauf der von der Invalidenversicherung veranlassten beruflichen Eingliederungsmassnahme verschlechtert, sodass aus psychiatrischer Sicht vorerst ein Abbruch dieser Massnahme als indiziert erscheine, um eine psychische Dekompensation zu verhindern (IV-Nr. 47.10 S. 3).

3.10 Im Arztbericht zu Handen der Beschwerdegegnerin vom 3. Januar 2017 gab die behandelnde Psychiaterin folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit an: «Depressive Episode, F32.1; anankastische-narzisstische Persönlichkeitszüge Z73; DD: Kombinierte Persönlichkeitsstörung F61; Probleme mit der Lebensbewältigung Z73, Z56;

Hörsturz, seither Tinnitus; Asthma; Adipositas». Dr. med. F.____ gab eine Arbeitsunfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit (bis 2008 als Logistiker) zwischen 50 % und 100 % seit dem Jahr 2011 bis aktuell an. Der Gesundheitszustand sei besserungsfähig. Die Arbeitsfähigkeit könne durch medizinische Massnahmen verbessert werden und berufliche Massnahmen seien angezeigt. Zur Anamnese gab die Psychiaterin an, im Frühjahr 2015 sei eine Anmeldung bei der Invalidenversicherung erfolgt und berufliche Massnahmen seien eingeleitet worden. Wegen massiver psychosozialer Belastungen sei das Arbeitstraining im Juni 2016 abgebrochen worden. Seither sei der Patient zu 50 % arbeitsunfähig geschrieben, seit dem 1. Januar 2017 zu 40 %. Aktuell sei er beim Regionalen Arbeitsvermittlungszentrum (RAV) gemeldet.

Zu den angegebenen Beschwerden wurde vermerkt, die aktuelle Symptomatik bestehe zurzeit in Stimmungsschwankungen, Depressivität, Freudlosigkeit, Antriebslosigkeit, innerer Leere, verminderter Belastbarkeit, Stressintoleranz, vermehrter Anspannung, Reizbarkeit, verminderter Impulskontrolle, Suizidgedanken, Schwindel, Tinnitus, Herzklopfen, Schmerzen in der Brustgegend, Kopf-, Rücken- und Magenschmerzen sowie Schlafproblemen. Es wurde folgender Befund erhoben: Es handle sich um einen 53-jährigen Patienten in adipösem Ernährungszustand. Er sei bewusstseinsklar und allseits orientiert. Die Konzentration und die Merkfähigkeit seien nicht eingeschränkt. Formalgedanklich sei er grüblerisch, das inhaltliche Denken sei fokussiert auf die Probleme in der Familie, seine Rolle als alleinerziehender Vater seit 2 Jahren, den Umgang mit der Erkrankung seiner Ehefrau, die anstehende Scheidung, seine Arbeitslosigkeit und finanzielle Probleme. Es bestünden keine Hinweise auf Zwänge, Wahnerleben, Sinnestäuschungen und Ich-Störungen. Er sei herabgestimmt, affektlabil, angespannt, reizbar, phasenweise antriebslos, müde, innerlich leer mit Insuffizienz- und Schuldgefühlen. Ein Rapport sei herstellbar. Die Schwingungsfähigkeit sei erhalten. Er gebe Schlafprobleme und vegetative Symptome an. Rückzugstendenzen seien vorhanden. Er berichte über Suizidgedanken und es bestehe eine Krankheits- und Behandlungseinsicht.

Zu den therapeutischen Massnahmen wurde vermerkt, im Verlauf der bisherigen ambulanten, integrierten, psychiatrischen Behandlung habe sich keine für die Arbeitsfähigkeit bedeutsame und anhaltende Verbesserung des Gesundheitszustands gezeigt. Als Mitarbeiter in der Logistik komme der Patient schnell in Hektik und in Anspannung und reagiere gekränkt auf Kritik, dies aufgrund der akzentuierten Persönlichkeitszüge und depressionsbedingt. Dies führe zu reduzierter Flexibilität, mangelnder Fähigkeit, im beruflichen Umfeld soziale Kontakte aufzunehmen, insbesondere an den letzten beiden Arbeitsstellen, und angemessen mit Vorgesetzten und Kollegen zu interagieren. Eine Arbeitsintegrationsmassnahme habe abgebrochen werden müssen. Prognostisch könne in Anbetracht des bisherigen Verlaufs des Arbeitstrainings von einer vorerst 50 bis 60%igen Arbeitsfähigkeit ausgegangen werden.

Auf dem Beiblatt zum Arztbericht wurde zur bisherigen Tätigkeit angegeben, die gesundheitliche Störung wirke sich in Form von Anspannung, Reizbarkeit, Hektik sowie vermehrter Kränkbarkeit aus und führe als Folge davon zu reduzierter Flexibilität, eingeschränkter Kontaktfähigkeit, verminderter Belastbarkeit, zunehmender Stressintoleranz und verminderter Leistungsfähigkeit. Die bisherige Tätigkeit könne der Patient aktuell in einem zeitlichen Rahmen von 4 bis 5 Stunden pro Tag ausüben. Dabei bestehe eine verminderte Leistungsfähigkeit. Die Arbeitsfähigkeit betrage ca. 50 bis 60 % gemäss den bisherigen Erfahrungswerten im Rahmen des bisherigen Arbeitstrainings durch

die IV und das RAV. Zum aktuellen Zeitpunkt seien keine weiteren Verbesserungen der Arbeitsfähigkeit zu erwarten; es gehe eher darum, die bisherige Arbeitsfähigkeit zu erhalten und zu stabilisieren. Dem Patienten seien auch anderen Tätigkeiten zuzumuten. Dabei könnte es sich um Tätigkeiten wie zum Beispiel in der Verpackung, als Lagerarbeiter, in der Montage oder in einer Kantine handeln. Eine solche Tätigkeit wäre im Ausmass von ca. 4 bis 5 Stunden pro Tag möglich, wie dies die bisherigen Erfahrungen gezeigt hätten. Dabei bestehe keine verminderte Leistungsfähigkeit. Schichtarbeit sei jedoch nicht möglich (IV-Nr. 62 S. 2 ff.).

3.11 RAD-Ärztin Dr. med. L.____, Fachärztin für Neurologie FMH, hielt in ihrer Stellungnahme vom 30. Januar 2017 fest, durch die vordiagnostizierten Leiden einer länger dauernden Anpassungsstörung (F43.2) vor dem Hintergrund beruflicher und familiärer Belastungsfaktoren sowie bei akzentuierter Persönlichkeit (Z73) bzw. einer mittelgradigen depressiven Episode (F32.1) sei ein versicherungsrechtlich invalidisierender Gesundheitsschaden nicht sicher ausgewiesen. Es bleibe abzuklären, ob die geltend gemachten gesundheitlichen Einschränkungen aufgrund ihrer Schwere, allenfalls begleitender Persönlichkeitsfaktoren oder einer Therapieresistenz als krankheitswertig im Sinne des Gesetzes zu werten seien und die Arbeitsfähigkeit beeinflussten. Die somatischen Leiden (Asthma bronchiale, arterielle Hypertonie und Tinnitus) beeinträchtigten die Arbeitsfähigkeit nicht. Es sei eine psychiatrische Begutachtung angezeigt (IV-Nr. 64).

3.12 Dem von der Beschwerdegegnerin veranlassten psychiatrischen Gutachten von Dr. med. D.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, vom 11. September 2017 (Untersuchung vom 28. März 2017) können folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit entnommen werden: «mittelgradige depressive Episode vor dem Hintergrund beruflicher und familiärer Belastungsfaktoren (ICD-10: F32.1), atypische familiäre Situation (ICD-10: Z60), akzentuierte Persönlichkeitszüge (narzisstisch, zwanghaft) (ICD-10: Z73)». Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurden nicht gestellt. Im Rahmen der medizinischen und versicherungsmedizinischen Beurteilung wurde unter dem Titel «Beurteilung bzw. Einordnung der Beschwerden und Befunde in Bezug auf aktuelle Diagnosesysteme und in Bezug auf frühere, auch anderslautende Beurteilungen» im Wesentlichen festgehalten, der Explorand berichte anlässlich der Untersuchung über diverse Unzulänglichkeiten im Sinne einer depressiven Grundstimmung, eines Energieverlustes und einer Hoffnungslosigkeit, die infolge der psychosozialen Belastung aufgetreten seien. Im objektiven psychopathologischen Befund in Anlehnung an die AMDP-Richtlinien hätten psychopathologische Auffälligkeiten bestanden. Im Rahmen der Untersuchung hätten sich keine Beeinträchtigungen der Bewusstseinsklarheit und der Bewusstseinshelligkeit gezeigt. Im klinischen Eindruck hätten sich keine Hinweise auf umfassende und ausgeprägte kognitive Störungen ergeben. Es seien keine Auffassungs-, Gedächtnis-, Merkfähigkeits- oder Aufmerksamkeitsstörungen gefunden worden. Im Hinblick auf die Konzentration sei der Explorand während des ganzen Untersuchungsverlaufs immer aufmerksam gewesen und habe sich auf die gestellten Fragen und die rasch wechselnden Themen einstellen können. Die emotionale Schwingungsfähigkeit sei herabgesetzt gewesen. Im Hinblick auf den Affekt habe eine depressive Stimmungslage festgestellt werden können. Es habe partiell ein kreisendes Denken und eine Grübeltendenz bestanden. Der Antrieb und das psychomotorische Verhalten seien herabgesetzt gewesen. Gestik und Mimik seien ebenfalls herabgesetzt gewesen und hätten die Stimmung affektsynthym unterstrichen. Spontaneität und

Eigeninitiative seien jedoch erhalten gewesen. Die soziale Teilnahme im privaten Bereich sei teilweise eingeschränkt. Anhand der aktuellen Untersuchung hätten sich Hinweise auf manifeste psychosoziale Probleme von besonderem Schweregrad ergeben. Der Explorand habe als kränkbar imponiert und rigide an Details gehaftet. Es hätten sich Hinweise auf eine Persönlichkeitsakzentuierung ergeben. Die Exploration des Tagesprofils weise auf ein leicht reduziertes Aktivitätsniveau hin. Bei den Haushaltsarbeiten fühle sich der Explorand nicht manifest eingeschränkt. Analog der Parameter der funktionellen Leistungsfähigkeit in Anlehnung an den Mini-ICF-APP bestünden leichte bis mittelgradige Störungen der Aktivität und Partizipation vor allem in Bezug auf die Durchhaltefähigkeit, die Flexibilität und die Umstellungsfähigkeit.

Zu den «diagnostischen Überlegungen» wurde erläutert, es gebe keine in der Kindheit oder Jugend des Exploranden zu erkennende Konflikte. Eine Disposition sowohl zu den psychischen Erkrankungen innerhalb des familiären Umkreises des Exploranden sei nicht zu verzeichnen. Der Explorand verfüge seit dem Jahr 2012 über eine psychiatrische Behandlung aufgrund eines depressiven Zustandsbildes, das vor allem durch psychosozial schwer belastende Faktoren ausgelöst worden sei, vor allem mitbedingt durch den Arbeitsplatzverlust und die psychische Erkrankung der Ehefrau. Diagnostisch sei man von einer Anpassungsstörung ausgegangen. Aktuell weise der Explorand ein depressives Zustandsbild auf mit Energielosigkeit, Kraftlosigkeit und leichtem sozialem Rückzug. Insgesamt habe sich im Rahmen der Anpassungsstörung ein selbstständiges depressives Zustandsbild entwickelt, das aktuell einer mittelgradigen depressiven Episode entspreche. Erschwerend seien akzentuierte Persönlichkeitszüge des Exploranden hinzugekommen, die sich vor allem narzisstisch und zwanghaft zeigten. Der Explorand sei sehr leicht kränkbar, bezeichne sich selbst als perfektionistisch und falle durch ein sehr detailliertes und beharrendes Auftreten auf. Insgesamt wirkten sich die Persönlichkeitszüge auf die Copingstrategien des Exploranden hinderlich aus und erschwerten den Umgang vor allem mit den psychosozialen Belastungsfaktoren. Der Explorand imponiere ebenfalls durch Stimmungsschwankungen, Freudlosigkeit, Antriebsstörung und eine Reizbarkeit sowie auch durch eine leicht verminderte Impulskontrolle. Es sei zu vermuten, dass die akzentuierten Persönlichkeitszüge auch die Auseinandersetzungen am Arbeitsplatz negativ mitbeeinflusst hätten. Grundsätzlich sei davon auszugehen, dass das Krankheitsbild insgesamt jedoch durch die psychosozial manifest belastenden Faktoren ausgelöst worden sei und zu deren Aufrechterhaltung beitrage.

Die Beurteilung von Konsistenz, Validität und Plausibilität lautete dahingehend, psychiatrisch seien geklagte Beschwerden so zu objektivieren, dass eine Kongruenz oder Diskrepanz zwischen den Beschwerden, dem klinischen Befund und den Krankheitsbildern festgestellt werde, die nach der klinischen Erfahrung solche Beschwerden und Befunde hervorbringen könnten. Diesbezüglich sei beim Exploranden davon auszugehen, dass es sich um eine durchaus authentische Beschwerdeschilderung handle. Die gutachterliche Konsistenzprüfung habe keine Hinweise auf nicht im geklagten Umfang vorhandene Funktionsbeeinträchtigungen ergeben.

Der Behandlungsverlauf wurde wie folgt beurteilt: der Explorand befinde sich in regelmässiger psychiatrischer Behandlung und werde antidepressiv behandelt. Der abgenommene Medikamentenspiegel sei im therapeutischen Bereich gelegen. Grundsätzlich sei davon auszugehen, dass eine psychiatrische Behandlung im bisherigen Ausmass notwendig sei, jedoch die Problematik des Exploranden vor allem psychosozial

bedingt sei. Somit wäre es sinnvoll, auch familienstützende Massnahmen einzuführen; der Explorand habe berichtet, dass dies bereits zum Teil stattgefunden habe. Die bisherige psychiatrische Behandlung, wie sie zurzeit stattfinde, scheine ausreichend und unterstützend zu sein und entspreche den Leitlinien.

Zur kritischen Würdigung vorhandener Arztberichte wurde angegeben, im Bericht der behandelnden Psychiaterin, Dr. med. F.____, werde gegenwärtig von einer 50%igen Arbeitsfähigkeit ausgegangen, ebenfalls werde das Zustandsbild des Exploranden inzwischen als depressiv und nicht mehr als eine Anpassungsstörung beurteilt. Dies entspreche auch der aktuellen Beurteilung, die Persönlichkeitszüge des Exploranden seien als narzisstisch-anankastisch zu beurteilen, was ebenfalls der bisherigen Beurteilung der behandelnden und abklärenden Ärzte entspreche. Durchgehend werde davon ausgegangen, dass das Störungsbild des Exploranden vor allem jedoch durch die psychosozialen Belastungen ausgelöst worden sei, was auch so anhand der jetzigen Exploration bestätigt werden könne. Die Persönlichkeitszüge des Exploranden wirkten sich diesbezüglich auf die Copingstrategien negativ aus. Derzeit bestehe gemäss der behandelnden Psychiaterin mindestens eine 50%ige Arbeitsfähigkeit, diese wäre jedoch grundsätzlich als höher einzuschätzen, wenn die psychosozialen Faktoren wegfielen oder wenn der Explorand hinsichtlich der psychosozialen Umstände besser entlastet wäre.

Zur Selbsteinschätzung der Arbeitsfähigkeit durch den Exploranden wurde festgehalten, dieser sehe sich für eine Tätigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt als eher nicht arbeitsfähig an. Diese Einschätzung könne nicht vollkommen mit den medizinischen Befunden begründet werden. Gemäss dem geschilderten Tagesablauf zeige sich, dass der Explorand zur Ausübung von ausserberuflichen Aktivitäten in der Lage sei. Er versorge den Haushalt und unterstütze seine Kinder. Es sei davon auszugehen, dass der Explorand derzeit mindestens zu 50 % arbeitsfähig sei, längerfristig wäre eine volle Arbeitsfähigkeit in seinem Beruf als Lagermitarbeiter oder Logistiker durchaus gegeben, wenn er auch über einen entsprechenden Arbeitsplatz verfügen würde. Somit sei die Arbeitsfähigkeit des Exploranden im Vergleich zu seiner Selbsteinschätzung als höher einzuschätzen.

Zum sozialen Kontext wurde ausgeführt, bezüglich des psychosozialen Kontextes sei der Explorand manifest und sehr schwer belastet. So bestehe zusätzlich eine psychische Erkrankung bei seiner Ehefrau mit damit verbundenen mehrfachen Suizidversuchen. Die Ehefrau lebe in einem betreuten Rahmen. Ebenfalls wiesen zwei seiner Kinder eine ADHS-Problematik auf und seien auf eine intensive Betreuung angewiesen. Der Explorand sei arbeitslos und praktisch alleinerziehend. Alle diese Faktoren beeinflussten und lösten schliesslich das psychiatrische Zustandsbild in seiner gegenwärtigen Ausprägung aus.

Zur Arbeitsfähigkeit nahm die Gutachterin dahingehend Stellung, in der zuletzt ausgeübten Erwerbstätigkeit als Lagerist und zuvor als Logistiker sei der Explorand auf psychiatrischem Fachgebiet aktuell zu 50 % arbeitsfähig. Grundsätzlich bestünde eine 100%ige Arbeitsfähigkeit in seinem erlernten Beruf, falls es zu einer Rückbildung der psychosozialen Faktoren käme und der Explorand über einen Arbeitsplatz verfügen würde. Der zukünftige Arbeitsplatz sollte durch ein möglichst konfliktarmes Umfeld gekennzeichnet sein und der Explorand sollte klar strukturierte Aufgaben zugeordnet bekommen mit regelmässigen Arbeitszeiten. Der Explorand sei ebenfalls längerfristig in einer Verweistätigkeit als zu 100 % arbeitsfähig einzuschätzen. Diesbezüglich müsste ebenfalls eine klare Strukturierung des Arbeitsplatzes erfolgen und vor allem müsste der Explorand hinsichtlich der psychosozialen Faktoren entlastet werden. Das aktuell ermittelte

Belastbarkeitsprofil gelte seit dem Begutachtungszeitpunkt. Aus psychiatrischer Sicht bestünden zurzeit keine therapeutischen Möglichkeiten, das aktuell ermittelte Belastungsprofil des Exploranden zu verbessern. Es könnte jedoch eine Entlastung hinsichtlich z.B. einer allfälligen familiären Unterstützung initiiert werden, sodass der Explorand durch die bestehende psychosoziale Situation nicht so stark belastet wäre (IV-Nr. 70).

3.13 Aus dem Bericht von Dr. med. F.____ vom 2. November 2017 geht im Wesentlichen hervor, die Psychopharmakotherapie habe im Behandlungsverlauf seit dem Jahr 2008 wegen Schlafproblemen, Gewichtsproblemen und Hypertonie mehrmals umgestellt und modifiziert werden müssen. Das versicherungspsychiatrische Gutachten von Dr. med. D.____ vom 11. September 2017 habe sie zur Kenntnis genommen. Die Gutachterin habe die Diagnosen «depressive Störung (F32.1)», «akzentuierte Persönlichkeitszüge (Z73)» und «atypische familiäre Situation (Z60)» gestellt. Aus ihrer Sicht als behandelnde Psychiaterin seien zudem die allgemeinen Kriterien einer Persönlichkeitsstörung und die Kriterien der Subtypen anankastisch und narzisstisch, somit einer kombinierten Persönlichkeitsstörung (Z61.0), erfüllt. Im Behandlungsverlauf seit dem Jahr 2008 und in den von ihr durchgeführten Untersuchungen und der Exploration zeigten sich bei diesem Patienten stabile, langdauernde und unflexible Verhaltensmuster, in den Bereichen Affektivität sowie Denken und Beziehungsgestaltung mit subjektivem Leid und eingeschränkter sozialer und beruflicher Leistungsfähigkeit verbunden, insbesondere ersichtlich am Beispiel der immer wiederkehrenden Konflikte am Arbeitsplatz, in seiner Familie und im sozialen Umfeld. Zusätzlich könne man die Diagnosen «nicht organische Insomnie (F51.0)», «Pavor nocturnus/Somnambulismus (F51.3/F51.4)» sowie «Alpträume (F51.5)», die während der Kindheit und bis aktuell andauerten, stellen. Dazu berichte der Patient über seit der Kindheit bestehende Schlafprobleme und über heftige Alpträume (in Form von riesigen Kugeln, die auf ihn zurasten, diffusen Ängsten, sich zu verirren, sich zu verlieren, aus der Höhe hinunter zu stürzen etc.). Wegen Gedankenkreisen sei er nicht mehr fähig abzuschalten, er finde keinen erholsamen Schlaf und wache nachts mehrmals auf. Gelegentlich wandle er im Schlaf, schlafe in seinem Bett ein und finde sich im Keller wieder. Danach fühle er sich kurzzeitig verwirrt und desorientiert. Eine Schlafabklärung, veranlasst durch den behandelnden Hausarzt, habe gemäss den Angaben des Patienten keine Hinweise für das Vorliegen von relevanten respiratorischen Störungen ergeben.

Die behandelnde Psychiaterin hielt im Weiteren fest, die Feststellung der Gutachterin, dass gemäss ihren diagnostischen Überlegungen in der Kindheit keine relevanten erkennbaren Konflikte bestanden hätten, stimme mit ihren erhobenen Befunden im Behandlungsverlauf nicht überein. Die Diagnose «negative Kindheitserlebnisse (Z61.8)» könne bei diesem Patienten sehr wohl gestellt werden. Der Patient habe gemäss seinen Angaben wenig Fürsorge seitens der Eltern erlebt. Unter anderem habe er berichtet, dass er infolge einer Schwangerschaftsvergiftung seiner Mutter zwei Monate lang von ihr getrennt gewesen sei, da er wegen postpartaler Anpassungsstörung im Kinderspital habe hospitalisiert werden müssen. Er gebe an, dass er seit der Kindheit bis aktuell Nägel kaue, was auch zu beobachten gewesen sei. Er habe die zweite Primarklasse wiederholen müssen als Folge einer Hornhautverkrümmung mit Sehproblemen, die nicht erkannt worden seien. Nach der Korrektur mit Brille habe er die Welt wie gestochen scharf sehen können und er habe dem Unterricht besser folgen können. Als Kind habe er oft vor dem verschlossenen Elternhaus gewartet, seine Eltern hätten ihm nicht viel Beachtung schenken können, da sie bei vier

weiteren Geschwistern überfordert und überlastet gewesen seien. Er habe seine Freizeit bei den benachbarten Bauern verbracht, habe dort mitgeholfen und auch oft dort übernachtet. Auch in der Adoleszenz sei von der Familie oft nicht bemerkt worden, wenn er nicht zu Hause geschlafen habe. Er sei «so nebenher gelaufen», habe nicht viel gezählt in den Augen seiner Familie und man habe ihn nicht richtig ernst genommen. Alle diese erhobenen Befunde wiesen auf eine Bindungsstörung mit erhöhter Stressvulnerabilität hin für psychische und psychosomatische Erkrankungen, ausgelöst durch die erfahrene emotionale Vernachlässigung in seiner Kindheit und Adoleszenz und den daraus folgenden unreifen Konfliktbewältigungsstrategien und auch massiven interaktionalen Problemen. Zudem könnte die Tatsache, dass der Patient seine negativen Kindheitserlebnisse sowie auch seine massiven Schlafprobleme der Gutachterin verschwiegen habe, ein weiterer Hinweis sein auf seinen «fehlenden Blick nach innen», im Sinne eines Alexithymie geprägten Umgangs mit seinen erlebten Verletzungen. Insgesamt zeige sich diagnostisch aufgrund des beobachteten Behandlungsverlaufs, der erhobenen Befunde und der diagnostischen Überlegungen ein krankheitswertiges, klinisches Erscheinungsbild mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. Die Persönlichkeitsstörung, die Depression sowie die psychosozialen belastenden Faktoren trügen zum Krankheitsbild bei und führten zu einem wechselhaften Behandlungsverlauf mit wiederkehrenden psychischen Einbrüchen und somatischen Beschwerden (Schwindel, Tinnitus, Gangstörungen, Asthma). Trotz der sorgfältig durchgeführten integrativen psychiatrischen Behandlung bei diesem motivierten Patienten mit einer Tendenz zur Selbstüberforderung sei der psychische Gesundheitszustand weiterhin labil und verschlechtere sich jeweils im Rahmen belastender Situationen wie u.a. bei Aussenkontakten (Arzttermine, Forderungen von Ämtern, Termine im Zusammenhang mit seinen Kindern, Begegnungen mit der kranken Kindsmutter).

Von 2008 bis aktuell sei es durch psychische und körperlich bedingte Beschwerden zu Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit zwischen 0 % und 100 % gekommen, mit einer durchschnittlichen Arbeitsfähigkeit von ca. 50 % in diesen letzten 9 Jahren. Aktuell könne von einer Arbeitsfähigkeit von 50 % ausgegangen werden. Wichtig scheine aus psychiatrischer Sicht darauf hinzuweisen, dass sich dieser Patient weiterhin in einem labilen Gesundheitszustand befinde. Daher werde für eine sorgfältige, zusammen mit dem Patienten geplante Wiederaufnahme der Arbeit im Bereich Logistik im Rahmen eines Pensums von 50% plädiert, sobald sich der Gesundheitszustand weiter stabilisiert habe (IV-Nr. 73 S. 2 ff.).

3.14 Die RAD-Ärztin Dr. med. L.____ hielt in ihrer Stellungnahme vom 28. November 2017 im Wesentlichen fest, das psychiatrische Gutachten von Dr. med. D.____ vom 11. September 2017 sei in Kenntnis der Vorakten erstellt worden. Es beruhe auf einer ausführlichen Anamnese- und psychiatrischen Befunderhebung. Die Diagnosen seien nachvollziehbar hergeleitet und begründet worden. Die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit sei ebenfalls nachvollziehbar. Die Gutachterin stelle die Diagnosen «mittelgradige depressive Episode vor dem Hintergrund beruflicher und familiärer Belastungsfaktoren (ICD-10 F32.1)», «atypische familiäre Situation (ICD-10 Z60)» und «akzentuierte Persönlichkeitszüge (narzisstisch, zwanghaft) (ICD-10 Z73)». Das depressive Zustandsbild sei vor allem durch psychosozial schwer belastende Faktoren ausgelöst worden. Im Verlauf habe sich im Rahmen der ursprünglich diagnostizierten Anpassungsstörung ein selbstständiges depressives Zustandsbild mit mittelgradiger Ausprägung entwickelt. Erschwerend kämen akzentuierte Persönlichkeitszüge hinzu, welche die Copingstrategien

im Umgang mit den psychosozialen Belastungsfaktoren verminderten. Die manifesten psychosozialen Belastungen trügen zur Aufrechterhaltung der Depression bei. Die bisherige psychiatrische Behandlung werde als ausreichend und entsprechend der Leitlinien beurteilt. Die klinische Beurteilung der Gutachterin weiche kaum von der Beurteilung von Dr. med. F. ___ ab. Erst in der Stellungnahme zum Gutachten meine die behandelnde Psychiaterin, dass die von ihr selbst vordiagnostizierten akzentuierten Persönlichkeitszüge mittlerweile die Kriterien einer Persönlichkeitsstörung erfüllten. In der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit seien sich die Gutachterin und die Behandlerin dahingehend einig, dass aktuell eine Arbeitsfähigkeit von 50 % bestehe. Die Gutachterin halte aber fest, dass grundsätzlich eine volle Arbeitsfähigkeit bestünde, wenn die schweren psychosozialen Belastungen wegfielen. Diese hypothetische Einschätzung sei als solche verständlich. Wie der Versicherte von den erheblichen psychosozialen Belastungen, die offensichtlich das depressive Zustandsbild aufrechterhielten, entlastet werden könnte, sei hingegen nicht klar und mute doch sehr wirklichkeitsfremd an. Das Leiden habe aufgrund seiner Ausprägung durchaus invalidisierenden Charakter. Die Arbeitsfähigkeit von 50 % begründe sich durch das manifeste depressive Zustandsbild. Im Haushalt bestehe keine Einschränkung. Durch medizinische Behandlungen sei keine relevante Verbesserung des Zustandsbildes zu erwarten, solange die schweren psychosozialen Belastungen andauerten. Die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit sei gleich zu beurteilen wie in Verweistätigkeiten (IV-Nr. 75).

3.15 Dr. med. F. ___ äusserte sich in ihrer Stellungnahme zum Vorbescheid vom 28. April 2018 dahingehend, die seit dem letzten Bericht geschilderte depressiv-agitierte Symptomatik mit Stimmungsschwankungen, Traurigkeit, Reizbarkeit, Freudlosigkeit, innerer Leere, Existenzängsten, Energielosigkeit, Antriebslosigkeit, Insuffizienzgefühlen, Schuldgefühlen, Inappetenz, sozialen Rückzugstendenzen und massiven Schlafproblemen seit der Kindheit habe sich, trotz leitliniengerechter psychiatrischer Behandlung, weiter verschlechtert. Im Behandlungsverlauf sei es wiederholt zu Rückfällen im Rahmen vermehrter Belastungen gekommen und es habe keine bleibende Rückbildung der affektiven Störung erreicht werden können. Entgegen der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit durch die Invalidenversicherung bestehe bei diesem Patienten aus Sicht der behandelnden Psychiaterin, gestützt auf den Behandlungsverlauf und auf die im Krankheitsverlauf erhobenen Befunde und fremdanamnestischen Angaben, eine massive, sich verschlechternde Funktionseinschränkung. Bei diesem Patienten zeigten sich vermehrt Symptome wie depressive Stimmung, fast jeden Tag, Verlust an Freude, an Interesse und an Aktivitäten. Er sei vermehrt angespannt, reizbar, ermüdbar und antriebslos. Er habe kein Selbstvertrauen und kein Selbstwertgefühl mehr und mache sich Selbstvorwürfe. Er klage über vermindertes Konzentrationsvermögen und vermehrte Vergesslichkeit. Der Patient sei zunehmend gefangen in seiner depressiven-agitierten Symptomatik und die in den letzten Wochen erhobenen, sich verschlechternden psychopathologischen Befunde wirkten sich auf die Funktionsfähigkeit im Mini-ICF-APP vom 25. April 2018 ■ die Beurteilung sei in Bezug auf seine gegenwärtige Tätigkeit im Haushalt und in der Kinderbetreuung vorgenommen worden ■ folgendermassen aus: Er sei in der Anpassung an Regeln und Routine eingeschränkt, Routineabläufe einzuhalten falle ihm schwer, insbesondere das Einhalten von Terminen; er habe Mühe mit der Planung und Strukturierung, mit seiner Flexibilität und seiner Durchhaltefähigkeit im Alltag, er gerate schnell in Hektik, Anspannung, werde laut, verliere die Kontrolle, meide Kontakte und ziehe sich zurück; auch seine Selbstbehauptungsfähigkeit sei eingeschränkt, insbesondere habe er Mühe,

gegenüber Autoritätspersonen seine Fassung zu wahren, er habe Probleme, seine Affekte zu steuern und seine Position in schwierigen Situationen für das Gegenüber verständlich zu vertreten, um als Individuum wahrgenommen zu werden. Auch in seiner Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit zeige er sich zunehmend eingeschränkt. Er habe Mühe, Sachverhalte kontextbezogen aufzufassen, dies sei vor allem im Kontakt mit Behörden ersichtlich; eingeschränkt sei er auch in familiären Beziehungen, seinen verschiedenen Rollen gerecht zu werden, falle ihm schwer. Er ziehe sich zurück und vermeide Kontakte. Auch bezüglich Spontan-Aktivitäten komme er den früheren Hobbies nicht mehr nach, liege viel herum, brauche öfters Pausen und Erholung, müsse sich zu Aktivitäten für sich alleine und mit seinen Kindern zusammen zwingen. Im Vergleich zur Stellungnahme vom November 2017 habe sich der Gesundheitszustand weiter verschlechtert. Entgegen der Einschätzung im Vorbescheid vom 15. Februar 2018 werde eine Arbeitsunfähigkeit von zwischen 50 % und 70 % attestiert. Die Prognose bezüglich des Erreichens einer vollen Arbeitsfähigkeit sei in Anbetracht des bisherigen, sich stetig verschlechternden Krankheitsverlaufs trotz leitliniengerechter Behandlung als ungewiss einzuschätzen. Die geplante Hospitalisation solle eine weitere Verschlechterung des psychischen und somatischen Gesundheitszustandes verhindern (IV-Nr. 81).

3.16 Vom 7. Mai bis 20. Juni 2018 hielt sich der Beschwerdeführer zur stationären, integrierten psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung in der E. ___ auf. Im Austrittsbericht vom 27. Juni 2018 wurde folgende Hauptdiagnose gestellt: «Rezidivierende depressive Störung, ggw. Mittelgradige Episode (F33.1)». Die psychiatrische Nebendiagnose lautete auf «kombinierte Persönlichkeitsstörung mit selbstunsicheren, anankastischen und narzisstischen Zügen (F61.0)». Als somatische Nebendiagnosen wurden ein vorwiegend allergisches Asthma bronchiale (J45.0), eine benigne essentielle Hypertonie ohne Angabe einer hypertensiven Krise (I10.00), ein chronisches BWS-LWS-Syndrom (M47.25) und eine Tendinitis calcarea im Schulterbereich (M75.3) angegeben. Unter dem Titel «Beurteilung» wurde dargelegt, beim Patienten zeige sich ein komplexes psychiatrisches Erkrankungsbild, wobei sich die Teildiagnosen im Sinne eines Teufelskreises gegenseitig zu verstärken schienen. Es zeige sich zum einen die rezidivierende depressive Störung, die jedoch immer wieder durch die dysfunktionalen Verhaltensmuster, die am ehesten im Sinne einer kombinierten Persönlichkeitsstörung mit narzisstisch-selbstunsicheren und anankastischen Zügen zu beschreiben seien, unterhalten werde. Der Patient sei einerseits stark engagiert, gewissenhaft, auf Genauigkeit und Umsichtigkeit vor allem für andere bedacht, andererseits stark verletzlich für Kränkungen und Kritik und damit schnell und tief zu verunsichern. Die deutlich narzisstischen Züge seien in dieser Hinsicht eher mit dem Modell des vulnerablen Narzissmus, im Sinne des hilflosen Helfers zu beschreiben. Diese im Alltag starren Verhaltensmuster seien im Rahmen einer erheblichen emotionalen Verwahrlosung durch wenig zugewandte Bezugspersonen seit der frühen Kindheit entstanden. Die Persönlichkeitsproblematik sei insofern als strukturelle Schwäche zu interpretieren und könne vom Patienten kurz- oder mittelfristig nur bedingt beeinflusst werden. Der Patient habe auf das multimodale Behandlungssetting sehr gut ansprechen und sich stabilisieren können. Für die ambulante Behandlung werde jedoch auch eine umfangreiche, multimodale weitere Betreuung notwendig sein, um das Zustandsbild erhalten zu können.

Zu den aktuellen Beschwerden bzw. zur Behandlung wurde vermerkt, der Patient habe seit 3 bis 4 Jahren keine Energie mehr, fühle sich wie eine leere Batterie und alles tue weh. Es

habe eine Phase gegeben, in der er dreimal einen schweren Schwindel erlebt habe. Vor drei Jahren habe er zudem einen Gehörsturz erlitten. Vor kurzem sei er wegen eines akuten Nierensteins behandelt worden. In den letzten zwei Jahren habe er 12 kg zugenommen. Seit einem Unfall bestehe zudem eine Kalkschulter rechts. Er erlebe seine Situation als sinnlos, hin und wieder habe er auch Suizidgedanken, die er jedoch aufgrund der Beziehung zu seinen Kindern nie umsetzen würde. Grosse Menschenmengen meide er, er habe auch Versagensängste. Im Hintergrund stehe eine anhaltende schwere psychosoziale Belastungssituation. Seit dem Jahr 2017 lebe der Patient vom Sozialamt, nachdem er zuvor nach längerer Arbeitslosigkeit beim RAV ausgesteuert worden sei und in der Zwischenzeit seine finanziellen Rücklagen aufgezehrt habe. Vor drei Jahren habe er sich von seiner psychisch schwer kranken Ehefrau und Mutter seiner drei Kinder getrennt. Im Rahmen eines langen «Scheidungskrieges» seien verschiedene Anwälte involviert worden. Die drei gemeinsamen Kinder lebten zumeist bei ihm, seien jedoch verbeiständet. Die 15-jährige Tochter wohne in einem Wohnheim, habe ADHS und sei sehr impulsiv; sie komme einmal im Monat zu ihm. Der 10-jährige Sohn leide ebenfalls unter ADHS, könne immer noch nicht lesen und schreiben, wohne ebenfalls ausserhalb und komme jedes Wochenende zu Besuch. Die 12-jährige Tochter sei aus Sicht des Patienten normal und lebe bei ihm. Die aktuelle Behandlung werde bei Dr. med. F.____ seit November 2008 durchgeführt. Der Patient nehme Cipralex und Dexilant ein, Entumin zum Schlafen und als Inhalatoren Ventolin und Symbicort. Er sehe die Psychiaterin einmal wöchentlich, eine weitere Tagesstruktur bestehe nicht. Hin und wieder arbeite er noch im Garten, was aufgrund der Schmerzen aktuell jedoch nicht stattfinde.

Zum Verlauf wurde angegeben, der Patient sei in einem gehemmt depressiven und erschöpften Zustand in die Klinik eingetreten. Im Vordergrund sei daher zunächst die Erholung und Selbstregulation der hohen psychovegetativen Erschöpfung gestanden. Im Rahmen des multimodalen, auf die Behandlung von Stressfolgeerkrankungen spezialisierten Therapieprogrammes seien verschiedene therapeutische Massnahmen durchgeführt worden. Der Patient sei durch die Distanz zum alltäglichen, vor allem familiären Umfeld deutlich entlastet worden. Im Verlauf der Behandlung sei der Aufbau einer vertrauensvollen, stabilen und tragfähigen therapeutischen Beziehung gelungen, die es ihm ermöglicht habe, vor dem Hintergrund biographischer Aspekte einerseits sowie aktueller Lebensproblematik andererseits ein Verständnis für die aktuelle Erkrankungssituation zu entwickeln. Es sei mit dem Patienten gelungen, ein neue, emotional für ihn nachvollziehbare, alternative Perspektive auf Kindheitserlebnisse zu entwickeln, die zunehmend einen distanzierteren und Ich-näheren Standpunkt für ihn ermöglicht habe. Er habe vielfältige Entbehrungen und Vernachlässigung durch die Eltern erkennen und daraus die für ihn erwachsenen Prägungen akzeptieren können. Das Bild des hilflosen Helfers, der immer freundlich und eifrig aus grosser Not heraus durch Fragen und viel Anpassung auf Anerkennung hinwirke, am Ende aber innerlich einsam und unbefriedigt bleibe, sei für ihn deutlich geworden. Daraus sei neues Selbstvertrauen und die Fähigkeit erwachsen, sich mehr auf die eigenen gegenwärtigen Bedürfnisse und deren Versorgung einzulassen. Hier habe der Patient in erheblichem Mass vom vielfältigen nonverbalen Angebot der Klinik profitieren können, welches er regelmässig und motiviert besucht habe. Eine anfängliche vegetative Labilität mit häufig geäusserten Schwindelbeschwerden sowie Müdigkeit habe er im Verlauf immer mehr selbst beherrschen und regulieren können. Er habe eine neue Körperwahrnehmung und Selbstwirksamkeit gewonnen. Im weiteren Verlauf sei dann zum Austritt hin die

psychosoziale Situation näher beleuchtet worden. Aufgrund der komplexen Erkrankungssituation, die sicher durch die Persönlichkeitsproblematik anhaltend mitbedingt sei, seien die Bemühungen erneut unterstützt worden, eine IV-Reintegration bzw. Teilrente für den Patienten zu erwirken. Im Umgang mit den Kindern sei dem Patienten in der Erarbeitung eines Wochenplanes für die Zeit nach dem Austritt empfohlen worden, mehr Pausenzeiten und Abgrenzung zu schaffen. Der Austritt sei in gegenseitigem Einvernehmen bei fehlender akuter Selbst- und Fremdgefährdung erfolgt.

Der Psychostatus bei Austritt lautete wie folgt: Es handle sich um einen wachen, bewusstseinsklaren Patienten mit erhaltener Orientierung in allen Modalitäten. Im Kontakt sei er freundlich zugewandt und schwingungsfähig. Die Auffassung, Konzentration und mnestischen Funktionen seien gut erhalten. Im formalen Denken sei er kohärent und flüssig. Es gebe keine Hinweise auf eine inhaltliche Denkstörung, Ich-Störungen oder Sinnestäuschungen. Im Affekt bestehe eine leicht deprimierte Grundstimmung und seien eine leichte Einschränkung der Vitalgefühle und leichte Zukunftsängste vorhanden. Eine Suizidalität werde klar verneint. Antrieb und Psychomotorik seien gut erhalten. Es bestehe eine leichte Durchschlafstörung (IV-Nr. 84 S. 2 ff.).

3.17 Im Arztbericht zu Händen der Beschwerdegegnerin vom 13. August 2018 hielt der Chefarzt der vorerwähnten Klinik, Dr. med. dipl. theol. M.____, über die stationäre Behandlung des Beschwerdeführers noch fest, es habe während des Klinikaufenthalts und danach eine vollständige Arbeitsunfähigkeit vom 7. Mai bis 4. Juli 2018 bestanden. Zu den aktuellen somatischen Beschwerden wurde angegeben, nach selbstständigem Absetzen der antihypertensiven Medikation bestünden derzeit deutlich erhöhte Blutdruckwerte mit Kopfschmerzen und leichter Übelkeit. Es bestehe ein Druckgefühl über dem linken Auge. Bei einem Zustand nach einem Hörsturz beidseits im Jahr 2016 bestünden rezidivierende Schwindelattacken. Im Weiteren bestehe eine schmerzhafte Einschränkung der Schulterbeweglichkeit, rechts ausgeprägter als links; eine mehrfache Cortisoninjektion habe zu einer kurzzeitigen Besserung geführt. Ausserdem bestünden Allergien auf Rinder- und Katzenhaare sowie Heuschnupfen.

Die Prognose zur Arbeitsfähigkeit lautete dahingehend, beim deutlich persönlichkeitsgestörten Patienten sei aus psychiatrischer Sicht eindeutig keine volle Arbeitsfähigkeit mehr gegeben. Die erheblichen biographischen Belastungen führten beim Patienten zu starren Verhaltensmustern und einer abgespalteten Minderwertigkeitsproblematik, die dem Patienten auch aufgrund seiner nur eingeschränkten Differenziertheit im Rahmen intensiver therapeutischer Bemühungen bisher nicht im Sinne einer verbesserten Selbststeuerung zugänglich geworden sei. Die erhebliche psychische Vulnerabilität habe in den letzten Jahren immer wieder zu anhaltenden depressiven Episoden geführt, sodass eine deutliche depressive Symptomatik als chronifiziert zu beurteilen sei. Bezüglich der Arbeitsfähigkeit sei davon auszugehen, dass sich der Patient auch an jedem weiteren neuen Arbeitsplatz in Problematiken verstricken werde, z.B. mit Vorgesetzten in rivalisierende Konflikte geraten werde und sich entweder in erschöpfende oder resignierende Helferpersönlichkeits-Schemata verwickle. Längerfristig sei daher eine maximal 50%ige Arbeitsfähigkeit bei einem sehr sozialen, gut strukturierten und toleranten Arbeitgeber zu prognostizieren. Ein erneutes Training an einem gut ausgewählten und gut angepassten geschützten Arbeitsplatz sei für die Reintegration unerlässlich. Dabei spiele auch die körperliche Situation (Asthma, Hypertonus, Gelenkschmerzen) eine wichtige Rolle.

Zur weiteren Behandlung wurde abschliessend vermerkt, nach dem guten Ansprechen auf das multimodale Behandlungssetting in der Klinik empfehle man dem Patienten weiterhin eine regelmässige körperliche Betätigung und auch passive Entspannungsmethoden (z.B. Shiatsu). Deutlich betont worden sei die Empfehlung der Teilnahme an einer Gruppentherapie wie z.B. soziales Kompetenztraining. Auch eine regelmässige hausärztliche Überwachung der inzwischen erheblichen körperlichen Probleme sei deutlich betont worden. Zu für die Eingliederung hilfreichen Ressourcen wurde angegeben, grundsätzlich bestünden eine gute Arbeitsmotivation, eine freundlich unterwürfige Beziehungsnahe und erhebliche praktische Fähigkeiten im Bereich eines Allrounder-Handwerkers. Zudem scheine der Patient mit seinen Kindern eine gute Struktur einhalten und diese trotz der ebenfalls schweren psychischen Problematik gut erziehen zu können. Eine 50 %-Struktur im beschriebenen, am besten geschützten, Arbeitstraining sei denkbar. Aktuell sei die psychosoziale Situation des Patienten äusserst belastet. Eine bessere finanzielle Unterstützung zum Erhalt des Eigenheims und die Versorgung der Kinder würde sich als deutlich stabilisierend auswirken (IV-Nr. 86 S. 2 ff.).

E. 2.2

Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht bei einem Invaliditätsgrad ab 40 % ein Anspruch auf eine Viertelsrente, ab 50 % auf eine halbe Rente, ab 60 % auf eine Dreiviertelsrente und ab 70 % auf eine ganze Rente. 2.3 Für die Bemessung der Invalidität von erwerbstätigen Versicherten ist Art. 16 ATSG anwendbar. Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG; sogenannte allgemeine Methode des Einkommensvergleichs). 2.4 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung gestellt haben. Aufgabe des Arztes ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren bilden die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 132 V 93 E. 4 S. 99 f. mit Hinweisen). 2.5 Der Versicherungsträger und das Gericht (vgl. Art. 61 lit. c in fine ATSG) haben die Beweise frei, das heisst ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Gericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verf.baren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352, vgl. auch BGE 132 V 393 E. 2.1 S. 396). Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten – d.h. der Anamnese – abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des

Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232). Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352, 122 V 157 E. 1c S. 160 f.). Dennoch hat es die Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar erachtet, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (BGE 125 V 351 E. 3b S. 352). Den gerichtlichen oder im Rahmen des Verwaltungsverfahrens durch den Sozialversicherer eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 135 V 465 E. 4.4 S. 470 f., 125 V 351 E. 3b/bb S. 353).

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

3. Der Beschwerdeführer lässt geltend machen, es bestehe bei ihm ein invalidisierendes Leiden, das zu einem Anspruch auf eine Invalidenrente sowie berufliche Eingliederungsmassnahmen führe. Demnach ist im Folgenden der medizinische Sachverhalt darzulegen:

3.1 Dem Bericht der behandelnden Psychiaterin, Dr. med. F.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 29. August 2014 können folgenden Diagnosen entnommen werden: «Anpassungsstörung mit gemischten Gefühlen F43.23, Probleme am Arbeitsplatz Z56, Probleme mit der Familie Z63». Im Weiteren führte die Psychiaterin aus, der Patient befinde sich bei ihr seit dem Jahr 2012 mit Unterbrüchen in ambulanter integrierter psychiatrischer Behandlung. Zur Anamnese wurde angegeben, der Patient leide seit Dezember 2013 zunehmend unter einem depressiven Syndrom mit gedrückter Stimmung, Anspannung, Reizbarkeit, Kraftlosigkeit, Antriebslosigkeit und massiven Schlafproblemen. Im Verlauf der ambulanten integrierten psychiatrischen Behandlung sei es zu einer partiellen Rückbildung der depressiven Symptomatik gekommen. Die aktuellen Beschwerden beständen zurzeit in Stimmungsschwankungen, verminderter Belastbarkeit, Stressintoleranz, vermehrter Anspannung, Reizbarkeit und Schlafproblemen. Es wurde folgender Befund erhoben: Der Patient sei fokussiert auf seine Probleme am Arbeitsplatz und in der Familie. Er sei angespannt, reizbar, besorgt, phasenweise antriebslos und kraftlos mit Insuffizienzgefühlen. Es beständen soziale Rückzugstendenzen. Seit dem 1. August 2014 bestehe eine Arbeitsfähigkeit (recte: Arbeitsunfähigkeit) von 100 % als Lagermitarbeiter. Auch in einer anderen zumutbaren Tätigkeit bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 100 %. Aktuell werde eine integrierte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung durchgeführt, psychotherapeutische Gespräche erfolgten wöchentlich im Rahmen eines psychoedukativen Ansatzes.

Thematisiert werde u.a. die Work-Life-Balance, insbesondere die Coping-Strategien im Umgang mit Stress. Daneben bekomme der Patient ein Antidepressivum verschrieben. Im Behandlungsverlauf habe eine teilweise Rückbildung und Stabilisierung der depressiven Symptomatik erreicht werden können. Die Prognose der Arbeitsfähigkeit sei in Anbetracht der Stabilisierung des Gesundheitszustands als günstig einzuschätzen (IV-Nr. 20.11 S. 2 ff.).

3.2 Der Hausarzt, Dr. med. G.____, FMH Innere Medizin und Gastroenterologie, hielt in seinem ärztlichen Zeugnis vom 2. Oktober 2014 fest, er habe den Patienten schon sehr oft gesehen. Er komme meistens wegen einer Exazerbation seines bekannten Asthmas. Ende April 2014 habe er den Patienten in die HNO-Abteilung des H.____ überwiesen wegen einer peripher/vestibulären Funktionsstörung (IV-Nr. 20.11 S. 1).

3.3 Dem Bericht über das vom Krankentaggeldversicherer veranlasste psychiatrische Assessment von Dr. med. I.____, Facharzt Psychiatrie und Neurologie, vom 10. Dezember 2014 können folgende Diagnosen entnommen werden: «Länger dauernde Anpassungsstörung (F43.2) vor dem Hintergrund beruflicher und familiärer Belastungsfaktoren sowie bei akzentuierter Persönlichkeit (Z73); Psychologische Faktoren bei andernorts klassifizierten somatischen Erkrankungen (F54)». Auf eine eingehende körperliche Untersuchung wurde wegen der ausschliesslich psychiatrischen Fragestellung verzichtet. Es handle sich um einen deutlich übergewichtigen, adipösen Versicherten ohne kardiorespiratorische Insuffizienzzeichen in Ruhe. Es bestünden keine offenkundigen neurologischen Herd- und Seitenzeichen. Unter dem Titel «Epikrise und Beurteilung der Leistungsfähigkeit» wurde im Wesentlichen angegeben, anlässlich der Exploration habe sich ein Versicherter mit in den Vordergrund gerückten Klagen über Antriebsmangel, Schlafstörungen, Gefühlen von Ausgebranntsein präsentiert. Der Versicherte habe geschildert, er sei deprimiert, teilweise auch verbittert und enttäuscht, gekränkt in seinem Gerechtigkeitsempfinden durch den Arbeitsplatzverlust nach langjährigen Arbeitsplatzkonflikten. Nach den hier erhobenen psychopathologischen Befunden, den anamnestischen Angaben sowie den vorliegenden Akten sei derzeit am ehesten von einer protrahierten Anpassungsstörung mit emotional affektiven Störungen (F43.2) auszugehen. Dabei sei das Spektrum der emotional affektiven Beeinträchtigungen hauptsächlich im gekränkt verbitterten Bereich zu sehen, die Merkmale einer depressiven Symptomatik hingegen seien nur sehr gering ausgeprägt. Die länger anhaltende Anpassungsstörung stehe in engem Zusammenhang mit beruflichen und privaten Belastungsfaktoren, Konflikten und Kränkungen am Arbeitsplatz, Arbeitsplatzverlust sowie darüber hinaus mit Schwierigkeiten im familiären Umfeld durch eine depressiv erkrankte Ehefrau sowie Belastungen und schulischem Förderbedarf der Kinder. Auf der Persönlichkeitsebene wirke der Versicherte vermehrt narzisstisch kränkbar, verknüpft mit einem rigiden Gerechtigkeitsempfinden, welches zu einer vermehrten Empfindlichkeit gegenüber tatsächlichen oder vermeintlichen Zurücksetzungen und Kritik führe und damit auch zu einer erhöhten psychischen Dekompensationsbereitschaft beitrage. Die Diagnose stehe in Einklang mit der Einschätzung der behandelnden Psychiaterin. Ferner seien beim Versicherten somatische Erkrankungen zu berücksichtigen, bei denen psychologische Faktoren einen Einfluss auf die Krankheitsbewältigung und deren Verlauf nähmen (F54). Zu nennen seien ein Asthmaleiden mit allergischer Komponente sowie ein Hörsturz im Sommer 2014 mit nachfolgendem rechtsseitigem Tinnitus. Im Weiteren wurde angegeben, mit den erhobenen Befunden gehe eine Beeinträchtigung psychischer Grundfunktionen wie Intentionalität, Antrieb, Affektregulation, Psychomotorik und Durchhaltevermögen einher. Die attestierte Arbeitsunfähigkeit könne derzeit bestätigt werden. Bei einer Rückkehr an den letzten konkreten Arbeitsplatz sei unter Berücksichtigung des offenbar zerrütteten

Arbeitsverhältnisses mit inzwischen ausgesprochener Kündigung eine rasche Dekompensation wahrscheinlich. Die unter der laufenden Behandlung erreichte zögernde Rekompensation wäre erheblich gefährdet. Eine Destabilisierung wäre zu erwarten. Aktuell sei mit einer weiteren Dauer der Arbeitsunfähigkeit von etwa vier Wochen zu rechnen. Vorher sei eine ausreichende Grundstabilität für eine Rückkehr an den letzten Arbeitsplatz nicht zu erwarten. Ob die Arbeitsunfähigkeit des Versicherten mithin im Januar 2015 beendet werden könne, hänge dabei einerseits vom Verlauf der erwarteten Stabilisierung ab, andererseits aber auch von der Frage, ob der Versicherte bei einer Teilarbeitsfähigkeit an seinen angestammten Arbeitsplatz zurückkehren müsste, weil bereits per März 2015 die Kündigung des Arbeitsverhältnisses ausgesprochen worden sei. Ferner sei die Dekompensationsbereitschaft des Versicherten in der konflikthaft wahrgenommenen Situation am Arbeitsplatz sehr hoch. Prognostisch sei unter fortgesetzter Behandlung die Arbeitsunfähigkeit voraussichtlich bis Ende Dezember 2014 zu beenden. Eine Sanierung des Arbeitsplatzkonfliktes, der im Erleben der versicherten Person zu einer unüberwindbaren emotionalen Belastung führe, sei dringend anzuraten, da vor dem Hintergrund der Persönlichkeitsstruktur des Versicherten eine erneute Dekompensation bei Rückkehr in das konflikthaft erlebte Arbeitsumfeld drohe. Für Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt, welche dem Ausbildungs- und Kenntnisstand des Versicherten und seinem körperlichen Belastungsprofil entsprächen, bestehe bereits jetzt eine Arbeitsfähigkeit in der Größenordnung von 80 %, welche innerhalb der nächsten vier Wochen auf 100 % zu steigern wäre. Eine Entlastung von den diversen häuslichen Belastungsfaktoren wäre wünschenswert (IV-Nr. 12 S. 9 ff.).

3.4 Dr. med. F. ___ stellte in ihrem Bericht vom 9. März 2015 folgende Diagnosen: «Mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom F32.11; Anankastisch-narzisstische Persönlichkeitszüge Z73; DD Kombinierte Persönlichkeitsstörung F60.5; Probleme am Arbeitsplatz Z56; Probleme mit der Familie Z63; Hörsturz mit Tinnitus; Asthma». Im Weiteren wurde ausgeführt, eine erneute Zustandsverschlechterung sei durch die Freistellung von der Arbeit, den neu aufgetretenen Tinnitus, die schon vorbestehende Vulnerabilität und die bestehenden Belastungen wie chronische Arbeitsplatzprobleme sowie die psychiatrische Erkrankung der Ehefrau und Probleme in der engeren Familie, insbesondere massive Entwicklungs- und Erziehungsprobleme der Kinder, erfolgt. Der Gesundheitszustand sei seither labil. Die aktuelle Symptomatik bestehe zurzeit in Stimmungsschwankungen, Depressivität, Freudlosigkeit, Antriebslosigkeit, innerer Leere, verminderter Belastbarkeit, Stressintoleranz, vermehrter Anspannung, Reizbarkeit, Suizidgedanken, Schwindel, Tinnitus und Schlafproblemen. Zur Behandlung wurde angegeben, diese bestehe weiterhin in einer integrierten psychiatrischen Behandlung im Rahmen eines psychoedukativen Ansatzes. Es finde ein wöchentliches Gespräch statt. Daneben bekomme der Patient Cipralex, ein Antidepressivum, sowie Entumin zur Behandlung der Schlafstörung verschrieben. Im weiteren Verlauf der Behandlung habe bisher keine bleibende Zustandsstabilisierung erreicht werden können. Die Schlafstörung habe sich unter der medikamentösen Behandlung zurückgebildet. Vorerst seien keine zusätzlichen Therapien und Behandlungen vorgesehen. Zur Arbeitsfähigkeit gab die behandelnde Psychiaterin an, seit dem 1. August 2014 bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % sowohl als Lagermitarbeiter als auch in einer Verweistätigkeit, insbesondere aufgrund des instabilen psychischen und somatischen Gesundheitszustandes infolge der seit langer Zeit bestehenden psychischen Faktoren wie akzentuierte Persönlichkeitszüge und depressive Symptomatik. Unter Berücksichtigung des bisherigen Behandlungsverlaufs, nach

Rückbildung der depressiven Symptomatik und nach einer weiteren nachhaltigen Stabilisierung des Gesundheitszustands könne voraussichtlich mit der Arbeitsaufnahme frühestens ab April/Mai 2015 gerechnet werden, am ehesten im Rahmen eines Arbeitstrainings beginnend mit einem Arbeitspensum von 50 %, voraussichtlich steigerbar auf 100 %, in einem Zeitraum von ca. 4 Monaten, wobei dies vom weiteren Verlauf abhängt. Bei einer zu frühen Rückkehr an einen Arbeitsplatz und ohne langsame Steigerung des Arbeitspensums sei angesichts des weiterhin bestehenden instabilen Gesundheitszustandes mit einer erneuten Dekompensation zu rechnen. Zum Gutachten von Dr. med. I. ___ äusserte sich Dr. med. F. ___ dahingehend, trotz integrativer psychiatrischer Behandlung habe sich im weiteren Verlauf immer wieder gezeigt, wie labil der körperliche und psychische Gesundheitszustand des Patienten effektiv gewesen sei. Zur vorbestehenden erhöhten Vulnerabilität durch belastende und auslösende Faktoren hätten Belastungen wie Auseinandersetzungen mit Versicherungen sowie auch wiederholte familiäre Konflikte zu psychischen und körperlichen Einbrüchen geführt. Zur prognostischen Einschätzung im Gutachten sei festzuhalten, dass die auslösenden und aufrechterhaltenden Faktoren sowie die Ausprägung der depressiven Symptomatik und der akzentuierten Persönlichkeitszüge, somit der insgesamt labile psychische Gesundheitszustand des Patienten, zu wenig berücksichtigt worden seien, was sich im weiteren Behandlungsverlauf auch gezeigt habe. Insgesamt scheine der instabile, wechselhafte psychische und somatische Gesundheitszustand sowie der wechselhafte Behandlungsverlauf auf eine nicht so eindeutige prognostische Einschätzung hinzuweisen. Aufgrund der akzentuierten Persönlichkeitszüge, der nur teilweisen Rückbildung der depressiven Symptomatik, der Mobbingssituation am Arbeitsplatz und seines familiären Umfeldes sei der Patient zurzeit sowohl in seiner bestehenden Tätigkeit als Warenlagermitarbeiter als auch in einer Verweistätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig (IV-Nr. 12 S. 3 ff.).

3.5 Dr. med. J. ___, beratender Arzt des Krankentaggeldversicherers, hielt in seiner Stellungnahme vom 25. März 2015 fest, das Plausibilisierungsgutachten vom 10. Dezember 2014 erscheine adäquat und realistisch. Das Gutachten sei nachvollziehbar. Der neuste Bericht von Dr. med. F. ___ vom 9. März 2015 zeige allerdings eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes an, unterdessen handle es sich um eine mittelgradige depressive Episode. Sie spreche von einem instabilen Gesundheitszustand mit erneuter Dekompensationsgefahr und rechne erst ab April/Mai 2015 mit einer Möglichkeit der Arbeitsaufnahme, aber nur im Rahmen eines Arbeitstrainings zu 50 %. Was die Psychopathologie angehe, erscheine der Bericht plausibel. Sie beschreibe allerdings auch psychosoziale Belastungsfaktoren, wie die schwierigen familiären Umstände. Nicht einig gehe er mit ihr, dass ein Arbeitstraining notwendig sei. Der Versicherte könne eine neue Stelle antreten, das sei ihm zumutbar angesichts des sozialen Funktionierens und der geschilderten Tagesaktivitäten. Ab Mai 2015 könne eine 50%ige Arbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zugemutet werden. Dafür sei das RAV zuständig. Es sei sinnvoll, wenn sich der Versicherte wieder mit den Herausforderungen des offenen Arbeitsmarktes auseinandersetze, statt sich als Hausmann zu betätigen und abzuwarten (IV-Nr. 20.8).

3.6 Die behandelnde Psychiaterin stellte in ihrem Arztbericht vom 21. Juli 2015 die Diagnosen «mittelgradige depressive Episode, partiell remittiert F32.11, anankastisch-narzisstische Persönlichkeitszüge Z73, DD Kombinierte Persönlichkeitsstörung F60.5, Probleme am Arbeitsplatz Z56, Probleme mit der Familie Z63, Hörsturz mit Tinnitus, Asthma, Adipositas» und hielt fest, der Patient befinde sich weiterhin bei ihr in ambulanter, integrierter, psychiatrischer Behandlung. Im Zeitraum von März bis Juni 2015 habe sich der

Gesundheitszustand weiter stabilisiert, sodass dem Patienten eine Teil-Arbeitsfähigkeit von 50 % zugemutet werden könne, ohne eine Dekompensation zu bewirken. Doch sei der Gesundheitszustand weiterhin fragil. Beim Patienten bestehe weiterhin eine Symptomatik mit phasenweise gedrückter Stimmung, Anspannung, Reizbarkeit, Kraftlosigkeit, vermehrter Kränkbarkeit, Antriebslosigkeit, Tinnitus und leicht gebesserten Schlafproblemen. Eine Zustandsverbesserung sei zudem vor der Perspektive einer Inanspruchnahme beruflicher Integration der Invalidenversicherung bei Bedarf erfolgt. Seine familiäre und soziale Situation meistere der Patient mit viel Unterstützung. Insgesamt sei der Patient belastbarer und stresstoleranter. Der Gesundheitszustand sei weiterhin fragil, jedoch besserungsfähig. Aktuell scheine eine Arbeitsfähigkeit von 50 % als gegeben, sowohl als Lagermitarbeiter auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt als auch in einer anderen zumutbaren Tätigkeit. Mit der Erhöhung der Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit könne frühestens ab Oktober 2015 gerechnet werden. Ab welchem Zeitpunkt mit einer vollständigen Wiederaufnahme der Arbeit gerechnet werden könne, sei von einer gelungenen Integration in die Arbeitswelt abhängig. Die Behandlung bestehe weiterhin in einer integrierten psychiatrischen Behandlung im Rahmen eines psychoedukativen Ansatzes. Thematisiert und umgesetzt werde die Erhaltung einer Work-Life-Balance, insbesondere seien Coping-Strategien im Umgang mit Stress sowie schlafhygienische Massnahmen besprochen worden. Es finde wöchentlich ein Gespräch statt. Daneben werde der Patient medikamentös behandelt. Im weiteren Verlauf habe eine bleibende, aber fragile Zustandsstabilisierung erreicht werden können. Die Schlafstörung habe sich unter der medikamentösen Behandlung zurückgebildet. Neben dem Erlernen eines Entspannungsverfahrens wie Progressive Muskelrelaxation nach Jacobsen (PMR) seien vorerst keine zusätzlichen Therapien oder Behandlungen vorgesehen (IV-Nr. 52.5 S. 4 ff.).

3.7 Aus dem Arztbericht von Dr. med. F.____ vom 15. Januar 2016 geht hervor, im Zeitraum von Juli 2015 bis aktuell sei der Gesundheitszustand soweit stabil geblieben. Weiterhin sei eine Teilarbeitsfähigkeit von 50 % zumutbar, ohne eine Dekompensation zu bewirken. Der Gesundheitszustand sei aber weiterhin fragil (IV-Nr. 52.5 S. 1 ff.).

3.8 Dr. med. K.____, FMH Kardiologie, hielt in seinem Bericht vom 9. Februar 2016 über die gleichentags durchgeführte kardiologische Untersuchung folgende Diagnosen fest: «1. Leichte hypertensive Kardiopathie Grad III, mässige septumbetonte konzentrische Hypertrophie des linken Ventrikels, normale Pumpfunktion (EF 65 %), Aorta ascendens normaldimensioniert; 2. Intermittierende Thorax-drucksymptomatik eher in Ruhesituation und bei Aufregungssituationen unklarer Ätiologie, Ergometrie klinisch und elektrisch negativ, stressechokardiografisch ohne Hinweise für eine Ischämie; 3. Erhöhte emotionale Belastungssituation als alleinerziehender Vater und Arbeitsplatzproblematik; 4. Cv-RF: art. Hypertonie, sonst keine weiteren eruierbar». Zur Anamnese wurde festgehalten, beim Patienten bestehe seit Kindheit ein Asthma bronchiale, entsprechend auch eine leichte anstrengungsabhängige Dyspnoe NYHA II Symptomatik. Im Vordergrund stehe aber die erhöhte emotionale Belastungssituation seit 3 Jahren als alleinerziehender Vater von 3 Kindern (12-jährige Tochter mit ADS, 9-jährige Tochter und 7-jähriger Sohn ebenfalls mit ADS unter Ritalin) sowie die Arbeitsplatzsituation. Es handle sich um einem 52-jährigen Patienten in gutem Allgemein- und Ernährungszustand. Es bestünden eine normale Herzpalpation links und rechts, normal laute Herztöne und keine pathologischen Herzgeräusche. Klinisch seien keine Zeichen einer Links- oder Rechtsherzinsuffizienz vorhanden. Zur physikalischen Stressechokardiographie gab der Kardiologe an, die Ergometrie sei klinisch und elektrisch negativ, es bestünden eine sehr gute körperliche

Leistungsfähigkeit, keine Arrhythmien und in der parallel durchgeführten Stressechokardiographie bei steter kontinuierlicher Kontraktilitätszunahme über allen gut einsehbaren Wandabschnitten und EF-Zunahme um + 15 % unter Belastung seien keine Hinweise für eine relevante Ischämie ersichtlich. Es habe eine rasche Erholungsphase bestanden (IV-Nr. 60).

3.9 Dr. med. F.____ hielt in ihrem Arztbericht vom 10. Juni 2016 fest, der Gesundheitszustand des Patienten habe sich im Verlauf der von der Invalidenversicherung veranlassten beruflichen Eingliederungsmassnahme verschlechtert, sodass aus psychiatrischer Sicht vorerst ein Abbruch dieser Massnahme als indiziert erscheine, um eine psychische Dekompensation zu verhindern (IV-Nr. 47.10 S. 3).

3.10 Im Arztbericht zu Handen der Beschwerdegegnerin vom 3. Januar 2017 gab die behandelnde Psychiaterin folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit an: «Depressive Episode, F32.1; anankastische-narzisstische Persönlichkeitszüge Z73; DD: Kombinierte Persönlichkeitsstörung F61; Probleme mit der Lebensbewältigung Z73, Z56; Hörsturz, seither Tinnitus; Asthma; Adipositas». Dr. med. F.____ gab eine Arbeitsunfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit (bis 2008 als Logistiker) zwischen 50 % und 100 % seit dem Jahr 2011 bis aktuell an. Der Gesundheitszustand sei besserungsfähig. Die Arbeitsfähigkeit könne durch medizinische Massnahmen verbessert werden und berufliche Massnahmen seien angezeigt. Zur Anamnese gab die Psychiaterin an, im Frühjahr 2015 sei eine Anmeldung bei der Invalidenversicherung erfolgt und berufliche Massnahmen seien eingeleitet worden. Wegen massiver psychosozialer Belastungen sei das Arbeitstraining im Juni 2016 abgebrochen worden. Seither sei der Patient zu 50 % arbeitsunfähig geschrieben, seit dem 1. Januar 2017 zu 40 %. Aktuell sei er beim Regionalen Arbeitsvermittlungszentrum (RAV) gemeldet. Zu den angegebenen Beschwerden wurde vermerkt, die aktuelle Symptomatik bestehe zurzeit in Stimmungsschwankungen, Depressivität, Freudlosigkeit, Antriebslosigkeit, innerer Leere, verminderter Belastbarkeit, Stressintoleranz, vermehrter Anspannung, Reizbarkeit, verminderter Impulskontrolle, Suizidgedanken, Schwindel, Tinnitus, Herzklopfen, Schmerzen in der Brustgegend, Kopf-, Rücken- und Magenschmerzen sowie Schlafproblemen. Es wurde folgender Befund erhoben: Es handle sich um einen 53-jährigen Patienten in adipösem Ernährungszustand. Er sei bewusstseinsklar und allseits orientiert. Die Konzentration und die Merkfähigkeit seien nicht eingeschränkt. Formalgedanklich sei er grüblerisch, das inhaltliche Denken sei fokussiert auf die Probleme in der Familie, seine Rolle als alleinerziehender Vater seit 2 Jahren, den Umgang mit der Erkrankung seiner Ehefrau, die anstehende Scheidung, seine Arbeitslosigkeit und finanzielle Probleme. Es bestünden keine Hinweise auf Zwänge, Wahnerleben, Sinnestäuschungen und Ich-Störungen. Er sei herabgestimmt, affektlabil, angespannt, reizbar, phasenweise antriebslos, müde, innerlich leer mit Insuffizienz- und Schuldgefühlen. Ein Rapport sei herstellbar. Die Schwingungsfähigkeit sei erhalten. Er gebe Schlafprobleme und vegetative Symptome an. Rückzugstendenzen seien vorhanden. Er berichte über Suizidgedanken und es bestehe eine Krankheits- und Behandlungseinsicht. Zu den therapeutischen Massnahmen wurde vermerkt, im Verlauf der bisherigen ambulanten, integrierten, psychiatrischen Behandlung habe sich keine für die Arbeitsfähigkeit bedeutsame und anhaltende Verbesserung des Gesundheitszustands gezeigt. Als Mitarbeiter in der Logistik komme der Patient schnell in Hektik und in Anspannung und reagiere gekränkt auf Kritik, dies aufgrund der akzentuierten Persönlichkeitszüge und depressionsbedingt. Dies führe zu reduzierter Flexibilität, mangelnder Fähigkeit, im beruflichen Umfeld soziale Kontakte aufzunehmen, insbesondere

an den letzten beiden Arbeitsstellen, und angemessen mit Vorgesetzten und Kollegen zu interagieren. Eine Arbeitsintegrationsmassnahme habe abgebrochen werden müssen. Prognostisch könne in Anbetracht des bisherigen Verlaufs des Arbeitstrainings von einer vorerst 50 bis 60%igen Arbeitsfähigkeit ausgegangen werden. Auf dem Beiblatt zum Arztbericht wurde zur bisherigen Tätigkeit angegeben, die gesundheitliche Störung wirke sich in Form von Anspannung, Reizbarkeit, Hektik sowie vermehrter Kränkbarkeit aus und führe als Folge davon zu reduzierter Flexibilität, eingeschränkter Kontaktfähigkeit, verminderter Belastbarkeit, zunehmender Stressintoleranz und verminderter Leistungsfähigkeit. Die bisherige Tätigkeit könne der Patient aktuell in einem zeitlichen Rahmen von 4 bis 5 Stunden pro Tag ausüben. Dabei bestehe eine verminderte Leistungsfähigkeit. Die Arbeitsfähigkeit betrage ca. 50 bis 60 % gemäss den bisherigen Erfahrungswerten im Rahmen des bisherigen Arbeitstrainings durch die IV und das RAV. Zum aktuellen Zeitpunkt seien keine weiteren Verbesserungen der Arbeitsfähigkeit zu erwarten; es gehe eher darum, die bisherige Arbeitsfähigkeit zu erhalten und zu stabilisieren. Dem Patienten seien auch anderen Tätigkeiten zuzumuten. Dabei könnte es sich um Tätigkeiten wie zum Beispiel in der Verpackung, als Lagerarbeiter, in der Montage oder in einer Kantine handeln. Eine solche Tätigkeit wäre im Ausmass von ca. 4 bis 5 Stunden pro Tag möglich, wie dies die bisherigen Erfahrungen gezeigt hätten. Dabei bestehe keine verminderte Leistungsfähigkeit. Schichtarbeit sei jedoch nicht möglich (IV-Nr. 62 S. 2 ff.).

3.11 RAD-Ärztin Dr. med. L.____, Fachärztin für Neurologie FMH, hielt in ihrer Stellungnahme vom 30. Januar 2017 fest, durch die vordiagnostizierten Leiden einer länger dauernden Anpassungsstörung (F43.2) vor dem Hintergrund beruflicher und familiärer Belastungsfaktoren sowie bei akzentuierter Persönlichkeit (Z73) bzw. einer mittelgradigen depressiven Episode (F32.1) sei ein versicherungsrechtlich invalidisierender Gesundheitsschaden nicht sicher ausgewiesen. Es bleibe abzuklären, ob die geltend gemachten gesundheitlichen Einschränkungen aufgrund ihrer Schwere, allenfalls begleitender Persönlichkeitsfaktoren oder einer Therapieresistenz als krankheitswertig im Sinne des Gesetzes zu werten seien und die Arbeitsfähigkeit beeinflussten. Die somatischen Leiden (Asthma bronchiale, arterielle Hypertonie und Tinnitus) beeinträchtigten die Arbeitsfähigkeit nicht. Es sei eine psychiatrische Begutachtung angezeigt (IV-Nr. 64).

3.12 Dem von der Beschwerdegegnerin veranlassten psychiatrischen Gutachten von Dr. med. D.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, vom 11. September 2017 (Untersuchung vom 28. März 2017) können folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit entnommen werden: «mittelgradige depressive Episode vor dem Hintergrund beruflicher und familiärer Belastungsfaktoren (ICD-10: F32.1), atypische familiäre Situation (ICD-10: Z60), akzentuierte Persönlichkeitszüge (narzisstisch, zwanghaft) (ICD-10: Z73)». Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurden nicht gestellt. Im Rahmen der medizinischen und versicherungsmedizinischen Beurteilung wurde unter dem Titel «Beurteilung bzw. Einordnung der Beschwerden und Befunde in Bezug auf aktuelle Diagnosesysteme und in Bezug auf frühere, auch anderslautende Beurteilungen» im Wesentlichen festgehalten, der Explorand berichte anlässlich der Untersuchung über diverse Unzulänglichkeiten im Sinne einer depressiven Grundstimmung, eines Energieverlustes und einer Hoffnungslosigkeit, die infolge der psychosozialen Belastung aufgetreten seien. Im objektiven psychopathologischen Befund in Anlehnung an die AMDP-Richtlinien hätten psychopathologische Auffälligkeiten bestanden. Im Rahmen der Untersuchung hätten sich keine Beeinträchtigungen der Bewusstseinsklarheit und der Bewusstseinsshelligkeit gezeigt. Im klinischen Eindruck hätten

sich keine Hinweise auf umfassende und ausgeprägte kognitive Störungen ergeben. Es seien keine Auffassungs-, Gedächtnis-, Merkfähigkeits- oder Aufmerksamkeitsstörungen gefunden worden. Im Hinblick auf die Konzentration sei der Explorand während des ganzen Untersuchungsverlaufs immer aufmerksam gewesen und habe sich auf die gestellten Fragen und die rasch wechselnden Themen einstellen können. Die emotionale Schwingungsfähigkeit sei herabgesetzt gewesen. Im Hinblick auf den Affekt habe eine depressive Stimmungslage festgestellt werden können. Es habe partiell ein kreisendes Denken und eine Grübeltendenz bestanden. Der Antrieb und das psychomotorische Verhalten seien herabgesetzt gewesen. Gestik und Mimik seien ebenfalls herabgesetzt gewesen und hätten die Stimmung affektsynthym unterstrichen. Spontaneität und Eigeninitiative seien jedoch erhalten gewesen. Die soziale Teilnahme im privaten Bereich sei teilweise eingeschränkt. Anhand der aktuellen Untersuchung hätten sich Hinweise auf manifeste psychosoziale Probleme von besonderem Schweregrad ergeben. Der Explorand habe als kränkbar imponiert und rigide an Details gehaftet. Es hätten sich Hinweise auf eine Persönlichkeitsakzentuierung ergeben. Die Exploration des Tagesprofils weise auf ein leicht reduziertes Aktivitätsniveau hin. Bei den Haushaltsarbeiten fühle sich der Explorand nicht manifest eingeschränkt. Analog der Parameter der funktionellen Leistungsfähigkeit in Anlehnung an den Mini-ICF-APP bestünden leichte bis mittelgradige Störungen der Aktivität und Partizipation vor allem in Bezug auf die Durchhaltefähigkeit, die Flexibilität und die Umstellungsfähigkeit. Zu den «diagnostischen Überlegungen» wurde erläutert, es gebe keine in der Kindheit oder Jugend des Exploranden zu erkennende Konflikte. Eine Disposition sowohl zu den psychischen Erkrankungen innerhalb des familiären Umkreises des Exploranden sei nicht zu verzeichnen. Der Explorand verfüge seit dem Jahr 2012 über eine psychiatrische Behandlung aufgrund eines depressiven Zustandsbildes, das vor allem durch psychosozial schwer belastende Faktoren ausgelöst worden sei, vor allem mitbedingt durch den Arbeitsplatzverlust und die psychische Erkrankung der Ehefrau. Diagnostisch sei man von einer Anpassungsstörung ausgegangen. Aktuell weise der Explorand ein depressives Zustandsbild auf mit Energielosigkeit, Kraftlosigkeit und leichtem sozialem Rückzug. Insgesamt habe sich im Rahmen der Anpassungsstörung ein selbstständiges depressives Zustandsbild entwickelt, das aktuell einer mittelgradigen depressiven Episode entspreche. Erschwerend seien akzentuierte Persönlichkeitszüge des Exploranden hinzugekommen, die sich vor allem narzisstisch und zwanghaft zeigten. Der Explorand sei sehr leicht kränkbar, bezeichne sich selbst als perfektionistisch und falle durch ein sehr detailliertes und beharrendes Auftreten auf. Insgesamt wirkten sich die Persönlichkeitszüge auf die Copingstrategien des Exploranden hinderlich aus und erschwerten den Umgang vor allem mit den psychosozialen Belastungsfaktoren. Der Explorand imponiere ebenfalls durch Stimmungsschwankungen, Freudlosigkeit, Antriebsstörung und eine Reizbarkeit sowie auch durch eine leicht verminderte Impulskontrolle. Es sei zu vermuten, dass die akzentuierten Persönlichkeitszüge auch die Auseinandersetzungen am Arbeitsplatz negativ mitbeeinflusst hätten. Grundsätzlich sei davon auszugehen, dass das Krankheitsbild insgesamt jedoch durch die psychosozial manifest belastenden Faktoren ausgelöst worden sei und zu deren Aufrechterhaltung beitrage. Die Beurteilung von Konsistenz, Validität und Plausibilität lautete dahingehend, psychiatrisch seien geklagte Beschwerden so zu objektivieren, dass eine Kongruenz oder Diskrepanz zwischen den Beschwerden, dem klinischen Befund und den Krankheitsbildern festgestellt werde, die nach der klinischen Erfahrung solche Beschwerden und Befunde hervorbringen könnten. Diesbezüglich sei beim Exploranden davon auszugehen, dass es sich um eine durchaus authentische

Beschwerdeschilderung handle. Die gutachterliche Konsistenzprüfung habe keine Hinweise auf nicht im geklagten Umfang vorhandene Funktionsbeeinträchtigungen ergeben. Der Behandlungsverlauf wurde wie folgt beurteilt: der Explorand befinde sich in regelmässiger psychiatrischer Behandlung und werde antidepressiv behandelt. Der abgenommene Medikamentenspiegel sei im therapeutischen Bereich gelegen. Grundsätzlich sei davon auszugehen, dass eine psychiatrische Behandlung im bisherigen Ausmass notwendig sei, jedoch die Problematik des Exploranden vor allem psychosozial bedingt sei. Somit wäre es sinnvoll, auch familienstützende Massnahmen einzuführen; der Explorand habe berichtet, dass dies bereits zum Teil stattgefunden habe. Die bisherige psychiatrische Behandlung, wie sie zurzeit stattfindet, scheine ausreichend und unterstützend zu sein und entspreche den Leitlinien. Zur kritischen Würdigung vorhandener Arztberichte wurde angegeben, im Bericht der behandelnden Psychiaterin, Dr. med. F. ____, werde gegenwärtig von einer 50%igen Arbeitsfähigkeit ausgegangen, ebenfalls werde das Zustandsbild des Exploranden inzwischen als depressiv und nicht mehr als eine Anpassungsstörung beurteilt. Dies entspreche auch der aktuellen Beurteilung, die Persönlichkeitszüge des Exploranden seien als narzisstisch-anankastisch zu beurteilen, was ebenfalls der bisherigen Beurteilung der behandelnden und abklärenden Ärzte entspreche. Durchgehend werde davon ausgegangen, dass das Störungsbild des Exploranden vor allem jedoch durch die psychosozialen Belastungen ausgelöst worden sei, was auch so anhand der jetzigen Exploration bestätigt werden könne. Die Persönlichkeitszüge des Exploranden wirkten sich diesbezüglich auf die Copingstrategien negativ aus. Derzeit bestehe gemäss der behandelnden Psychiaterin mindestens eine 50%ige Arbeitsfähigkeit, diese wäre jedoch grundsätzlich als höher einzuschätzen, wenn die psychosozialen Faktoren wegfielen oder wenn der Explorand hinsichtlich der psychosozialen Umstände besser entlastet wäre. Zur Selbsteinschätzung der Arbeitsfähigkeit durch den Exploranden wurde festgehalten, dieser sehe sich für eine Tätigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt als eher nicht arbeitsfähig an. Diese Einschätzung könne nicht vollkommen mit den medizinischen Befunden begründet werden. Gemäss dem geschilderten Tagesablauf zeige sich, dass der Explorand zur Ausübung von ausserberuflichen Aktivitäten in der Lage sei. Er versorge den Haushalt und unterstütze seine Kinder. Es sei davon auszugehen, dass der Explorand derzeit mindestens zu 50 % arbeitsfähig sei, längerfristig wäre eine volle Arbeitsfähigkeit in seinem Beruf als Lagermitarbeiter oder Logistiker durchaus gegeben, wenn er auch über einen entsprechenden Arbeitsplatz verfügen würde. Somit sei die Arbeitsfähigkeit des Exploranden im Vergleich zu seiner Selbsteinschätzung als höher einzuschätzen. Zum sozialen Kontext wurde ausgeführt, bezüglich des psychosozialen Kontextes sei der Explorand manifest und sehr schwer belastet. So bestehe zusätzlich eine psychische Erkrankung bei seiner Ehefrau mit damit verbundenen mehrfachen Suizidversuchen. Die Ehefrau lebe in einem betreuten Rahmen. Ebenfalls wiesen zwei seiner Kinder eine ADHS-Problematik auf und seien auf eine intensive Betreuung angewiesen. Der Explorand sei arbeitslos und praktisch alleinerziehend. Alle diese Faktoren beeinflussten und lösten schliesslich das psychiatrische Zustandsbild in seiner gegenwärtigen Ausprägung aus. Zur Arbeitsfähigkeit nahm die Gutachterin dahingehend Stellung, in der zuletzt ausgeübten Erwerbstätigkeit als Lagerist und zuvor als Logistiker sei der Explorand auf psychiatrischem Fachgebiet aktuell zu 50 % arbeitsfähig. Grundsätzlich bestünde eine 100%ige Arbeitsfähigkeit in seinem erlernten Beruf, falls es zu einer Rückbildung der psychosozialen Faktoren käme und der Explorand über einen Arbeitsplatz verfügen würde. Der zukünftige Arbeitsplatz sollte durch ein möglichst konfliktarmes Umfeld

gekennzeichnet sein und der Explorand sollte klar strukturierte Aufgaben zugeordnet bekommen mit regelmässigen Arbeitszeiten. Der Explorand sei ebenfalls längerfristig in einer Verweistätigkeit als zu 100 % arbeitsfähig einzuschätzen. Diesbezüglich müsste ebenfalls eine klare Strukturierung des Arbeitsplatzes erfolgen und vor allem müsste der Explorand hinsichtlich der psychosozialen Faktoren entlastet werden. Das aktuell ermittelte Belastbarkeitsprofil gelte seit dem Begutachtungszeitpunkt. Aus psychiatrischer Sicht bestünden zurzeit keine therapeutischen Möglichkeiten, das aktuell ermittelte Belastungsprofil des Exploranden zu verbessern. Es könnte jedoch eine Entlastung hinsichtlich z.B. einer allfälligen familiären Unterstützung initiiert werden, sodass der Explorand durch die bestehende psychosoziale Situation nicht so stark belastet wäre (IV-Nr. 70).

3.13 Aus dem Bericht von Dr. med. F.____ vom 2. November 2017 geht im Wesentlichen hervor, die Psychopharmakotherapie habe im Behandlungsverlauf seit dem Jahr 2008 wegen Schlafproblemen, Gewichtsproblemen und Hypertonie mehrmals umgestellt und modifiziert werden müssen. Das versicherungspsychiatrische Gutachten von Dr. med. D.____ vom 11. September 2017 habe sie zur Kenntnis genommen. Die Gutachterin habe die Diagnosen «depressive Störung (F32.1)», «akzentuierte Persönlichkeitszüge (Z73)» und «atypische familiäre Situation (Z60)» gestellt. Aus ihrer Sicht als behandelnde Psychiaterin seien zudem die allgemeinen Kriterien einer Persönlichkeitsstörung und die Kriterien der Subtypen anankastisch und narzisstisch, somit einer kombinierten Persönlichkeitsstörung (Z61.0), erfüllt. Im Behandlungsverlauf seit dem Jahr 2008 und in den von ihr durchgeführten Untersuchungen und der Exploration zeigten sich bei diesem Patienten stabile, langdauernde und unflexible Verhaltensmuster, in den Bereichen Affektivität sowie Denken und Beziehungsgestaltung mit subjektivem Leid und eingeschränkter sozialer und beruflicher Leistungsfähigkeit verbunden, insbesondere ersichtlich am Beispiel der immer wiederkehrenden Konflikte am Arbeitsplatz, in seiner Familie und im sozialen Umfeld. Zusätzlich könne man die Diagnosen «nicht organische Insomnie (F51.0)», «Pavor nocturnus/Somnambulismus (F51.3/F51.4)» sowie «Alpträume (F51.5)», die während der Kindheit und bis aktuell andauerten, stellen. Dazu berichte der Patient über seit der Kindheit bestehende Schlafprobleme und über heftige Alpträume (in Form von riesigen Kugeln, die auf ihn zurasten, diffusen Ängsten, sich zu verirren, sich zu verlieren, aus der Höhe hinunter zu stürzen etc.). Wegen Gedankenkreisen sei er nicht mehr fähig abzuschalten, er finde keinen erholsamen Schlaf und wache nachts mehrmals auf. Gelegentlich wandle er im Schlaf, schlafe in seinem Bett ein und finde sich im Keller wieder. Danach fühle er sich kurzzeitig verwirrt und desorientiert. Eine Schlafabklärung, veranlasst durch den behandelnden Hausarzt, habe gemäss den Angaben des Patienten keine Hinweise für das Vorliegen von relevanten respiratorischen Störungen ergeben. Die behandelnde Psychiaterin hielt im Weiteren fest, die Feststellung der Gutachterin, dass gemäss ihren diagnostischen Überlegungen in der Kindheit keine relevanten erkennbaren Konflikte bestanden hätten, stimme mit ihren erhobenen Befunden im Behandlungsverlauf nicht überein. Die Diagnose «negative Kindheitserlebnisse (Z61.8)» könne bei diesem Patienten sehr wohl gestellt werden. Der Patient habe gemäss seinen Angaben wenig Fürsorge seitens der Eltern erlebt. Unter anderem habe er berichtet, dass er infolge einer Schwangerschaftsvergiftung seiner Mutter zwei Monate lang von ihr getrennt gewesen sei, da er wegen postpartaler Anpassungsstörung im Kinderspital habe hospitalisiert werden müssen. Er gebe an, dass er seit der Kindheit bis aktuell Nägel kaue, was auch zu beobachten gewesen sei. Er habe die zweite Primarklasse wiederholen müssen als Folge einer Hornhautverkrümmung mit Sehproblemen, die nicht erkannt worden seien. Nach der

Korrektur mit Brille habe er die Welt wie gestochen scharf sehen können und er habe dem Unterricht besser folgen können. Als Kind habe er oft vor dem verschlossenen Elternhaus gewartet, seine Eltern hätten ihm nicht viel Beachtung schenken können, da sie bei vier weiteren Geschwistern überfordert und überlastet gewesen seien. Er habe seine Freizeit bei den benachbarten Bauern verbracht, habe dort mitgeholfen und auch oft dort übernachtet. Auch in der Adoleszenz sei von der Familie oft nicht bemerkt worden, wenn er nicht zu Hause geschlafen habe. Er sei «so nebenher gelaufen», habe nicht viel gezählt in den Augen seiner Familie und man habe ihn nicht richtig ernst genommen. Alle diese erhobenen Befunde wiesen auf eine Bindungsstörung mit erhöhter Stressvulnerabilität hin für psychische und psychosomatische Erkrankungen, ausgelöst durch die erfahrene emotionale Vernachlässigung in seiner Kindheit und Adoleszenz und den daraus folgenden unreifen Konfliktbewältigungsstrategien und auch massiven interaktionalen Problemen. Zudem könnte die Tatsache, dass der Patient seine negativen Kindheitserlebnisse sowie auch seine massiven Schlafprobleme der Gutachterin verschwiegen habe, ein weiterer Hinweis sein auf seinen «fehlenden Blick nach innen», im Sinne eines Alexithymie geprägten Umgangs mit seinen erlebten Verletzungen. Insgesamt zeige sich diagnostisch aufgrund des beobachteten Behandlungsverlaufs, der erhobenen Befunde und der diagnostischen Überlegungen ein krankheitswertiges, klinisches Erscheinungsbild mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. Die Persönlichkeitsstörung, die Depression sowie die psychosozialen belastenden Faktoren trügen zum Krankheitsbild bei und führten zu einem wechselhaften Behandlungsverlauf mit wiederkehrenden psychischen Einbrüchen und somatischen Beschwerden (Schwindel, Tinnitus, Gangstörungen, Asthma). Trotz der sorgfältig durchgeführten integrativen psychiatrischen Behandlung bei diesem motivierten Patienten mit einer Tendenz zur Selbstüberforderung sei der psychische Gesundheitszustand weiterhin labil und verschlechtere sich jeweils im Rahmen belastender Situationen wie u.a. bei Aussenkontakten (Arzttermine, Forderungen von Ämtern, Termine im Zusammenhang mit seinen Kindern, Begegnungen mit der kranken Kindsmutter). Von 2008 bis aktuell sei es durch psychische und körperlich bedingte Beschwerden zu Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit zwischen 0 % und 100 % gekommen, mit einer durchschnittlichen Arbeitsfähigkeit von ca. 50 % in diesen letzten 9 Jahren. Aktuell könne von einer Arbeitsfähigkeit von 50 % ausgegangen werden. Wichtig scheine aus psychiatrischer Sicht darauf hinzuweisen, dass sich dieser Patient weiterhin in einem labilen Gesundheitszustand befinde. Daher werde für eine sorgfältige, zusammen mit dem Patienten geplante Wiederaufnahme der Arbeit im Bereich Logistik im Rahmen eines Pensums von 50% plädiert, sobald sich der Gesundheitszustand weiter stabilisiert habe (IV-Nr. 73 S. 2 ff.).

3.14 Die RAD-Ärztin Dr. med. L.____ hielt in ihrer Stellungnahme vom 28. November 2017 im Wesentlichen fest, das psychiatrische Gutachten von Dr. med. D.____ vom 11. September 2017 sei in Kenntnis der Vorakten erstellt worden. Es beruhe auf einer ausführlichen Anamnese- und psychiatrischen Befunderhebung. Die Diagnosen seien nachvollziehbar hergeleitet und begründet worden. Die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit sei ebenfalls nachvollziehbar. Die Gutachterin stelle die Diagnosen «mittelgradige depressive Episode vor dem Hintergrund beruflicher und familiärer Belastungsfaktoren (ICD-10 F32.1)», «atypische familiäre Situation (ICD-10 Z60)» und «akzentuierte Persönlichkeitszüge (narzisstisch, zwanghaft) (ICD-10 Z73)». Das depressive Zustandsbild sei vor allem durch psychosozial schwer belastende Faktoren ausgelöst worden. Im Verlauf habe sich im Rahmen der ursprünglich diagnostizierten Anpassungsstörung ein selbstständiges depressives Zustandsbild mit mittelgradiger Ausprägung entwickelt.

Erschwerend kämen akzentuierte Persönlichkeitszüge hinzu, welche die Copingstrategien im Umgang mit den psychosozialen Belastungsfaktoren verminderten. Die manifesten psychosozialen Belastungen trügen zur Aufrechterhaltung der Depression bei. Die bisherige psychiatrische Behandlung werde als ausreichend und entsprechend der Leitlinien beurteilt. Die klinische Beurteilung der Gutachterin weiche kaum von der Beurteilung von Dr. med. F. ___ ab. Erst in der Stellungnahme zum Gutachten meine die behandelnde Psychiaterin, dass die von ihr selbst vordiagnostizierten akzentuierten Persönlichkeitszüge mittlerweile die Kriterien einer Persönlichkeitsstörung erfüllten. In der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit seien sich die Gutachterin und die Behandlerin dahingehend einig, dass aktuell eine Arbeitsfähigkeit von 50 % bestehe. Die Gutachterin halte aber fest, dass grundsätzlich eine volle Arbeitsfähigkeit bestünde, wenn die schweren psychosozialen Belastungen wegfielen. Diese hypothetische Einschätzung sei als solche verständlich. Wie der Versicherte von den erheblichen psychosozialen Belastungen, die offensichtlich das depressive Zustandsbild aufrechterhielten, entlastet werden könnte, sei hingegen nicht klar und mute doch sehr wirklichkeitsfremd an. Das Leiden habe aufgrund seiner Ausprägung durchaus invalidisierenden Charakter. Die Arbeitsfähigkeit von 50 % begründe sich durch das manifeste depressive Zustandsbild. Im Haushalt bestehe keine Einschränkung. Durch medizinische Behandlungen sei keine relevante Verbesserung des Zustandsbildes zu erwarten, solange die schweren psychosozialen Belastungen andauerten. Die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit sei gleich zu beurteilen wie in Verweistätigkeiten (IV-Nr. 75). 3.15 Dr. med. F. ___ äusserte sich in ihrer Stellungnahme zum Vorbescheid vom 28. April 2018 dahingehend, die seit dem letzten Bericht geschilderte depressiv-agitierte Symptomatik mit Stimmungsschwankungen, Traurigkeit, Reizbarkeit, Freudlosigkeit, innerer Leere, Existenzängsten, Energielosigkeit, Antriebslosigkeit, Insuffizienzgefühlen, Schuldgefühlen, Inappetenz, sozialen Rückzugstendenzen und massiven Schlafproblemen seit der Kindheit habe sich, trotz leitliniengerechter psychiatrischer Behandlung, weiter verschlechtert. Im Behandlungsverlauf sei es wiederholt zu Rückfällen im Rahmen vermehrter Belastungen gekommen und es habe keine bleibende Rückbildung der affektiven Störung erreicht werden können. Entgegen der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit durch die Invalidenversicherung bestehe bei diesem Patienten aus Sicht der behandelnden Psychiaterin, gestützt auf den Behandlungsverlauf und auf die im Krankheitsverlauf erhobenen Befunde und fremdanamnestischen Angaben, eine massive, sich verschlechternde Funktionseinschränkung. Bei diesem Patienten zeigten sich vermehrt Symptome wie depressive Stimmung, fast jeden Tag, Verlust an Freude, an Interesse und an Aktivitäten. Er sei vermehrt angespannt, reizbar, ermüdbar und antriebslos. Er habe kein Selbstvertrauen und kein Selbstwertgefühl mehr und mache sich Selbstvorwürfe. Er klage über vermindertes Konzentrationsvermögen und vermehrte Vergesslichkeit. Der Patient sei zunehmend gefangen in seiner depressiven-agitierten Symptomatik und die in den letzten Wochen erhobenen, sich verschlechternden psychopathologischen Befunde wirkten sich auf die Funktionsfähigkeit im Mini-ICF-APP vom 25. April 2018 – die Beurteilung sei in Bezug auf seine gegenwärtige Tätigkeit im Haushalt und in der Kinderbetreuung vorgenommen worden – folgendermassen aus: Er sei in der Anpassung an Regeln und Routine eingeschränkt, Routineabläufe einzuhalten falle ihm schwer, insbesondere das Einhalten von Terminen; er habe Mühe mit der Planung und Strukturierung, mit seiner Flexibilität und seiner Durchhaltefähigkeit im Alltag, er gerate schnell in Hektik, Anspannung, werde laut, verliere die Kontrolle, meide Kontakte und ziehe sich zurück;

auch seine Selbstbehauptungsfähigkeit sei eingeschränkt, insbesondere habe er Mühe, gegenüber Autoritätspersonen seine Fassung zu wahren, er habe Probleme, seine Affekte zu steuern und seine Position in schwierigen Situationen für das Gegenüber verständlich zu vertreten, um als Individuum wahrgenommen zu werden. Auch in seiner Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit zeige er sich zunehmend eingeschränkt. Er habe Mühe, Sachverhalte kontextbezogen aufzufassen, dies sei vor allem im Kontakt mit Behörden ersichtlich; eingeschränkt sei er auch in familiären Beziehungen, seinen verschiedenen Rollen gerecht zu werden, falle ihm schwer. Er ziehe sich zurück und vermeide Kontakte. Auch bezüglich Spontan-Aktivitäten komme er den früheren Hobbies nicht mehr nach, liege viel herum, brauche öfters Pausen und Erholung, müsse sich zu Aktivitäten für sich alleine und mit seinen Kindern zusammen zwingen. Im Vergleich zur Stellungnahme vom November 2017 habe sich der Gesundheitszustand weiter verschlechtert. Entgegen der Einschätzung im Vorbescheid vom 15. Februar 2018 werde eine Arbeitsunfähigkeit von zwischen 50 % und 70 % attestiert. Die Prognose bezüglich des Erreichens einer vollen Arbeitsfähigkeit sei in Anbetracht des bisherigen, sich stetig verschlechternden Krankheitsverlaufs trotz leitliniengerechter Behandlung als ungewiss einzuschätzen. Die geplante Hospitalisation solle eine weitere Verschlechterung des psychischen und somatischen Gesundheitszustandes verhindern (IV-Nr. 81).

3.16 Vom 7. Mai bis 20. Juni 2018 hielt sich der Beschwerdeführer zur stationären, integrierten psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung in der E. ___ auf. Im Austrittsbericht vom 27. Juni 2018 wurde folgende Hauptdiagnose gestellt: «Rezidivierende depressive Störung, ggw. Mittelgradige Episode (F33.1)». Die psychiatrische Nebendiagnose lautete auf «kombinierte Persönlichkeitsstörung mit selbstunsicheren, anankastischen und narzisstischen Zügen (F61.0)». Als somatische Nebendiagnosen wurden ein vorwiegend allergisches Asthma bronchiale (J45.0), eine benigne essentielle Hypertonie ohne Angabe einer hypertensiven Krise (I10.00), ein chronisches BWS-LWS-Syndrom (M47.25) und eine Tendinitis calcarea im Schulterbereich (M75.3) angegeben. Unter dem Titel «Beurteilung» wurde dargelegt, beim Patienten zeige sich ein komplexes psychiatrisches Erkrankungsbild, wobei sich die Teildiagnosen im Sinne eines Teufelskreises gegenseitig zu verstärken schienen. Es zeige sich zum einen die rezidivierende depressive Störung, die jedoch immer wieder durch die dysfunktionalen Verhaltensmuster, die am ehesten im Sinne einer kombinierten Persönlichkeitsstörung mit narzisstisch-selbstunsicheren und anankastischen Zügen zu beschreiben seien, unterhalten werde. Der Patient sei einerseits stark engagiert, gewissenhaft, auf Genauigkeit und Umsichtigkeit vor allem für andere bedacht, andererseits stark verletzlich für Kränkungen und Kritik und damit schnell und tief zu verunsichern. Die deutlich narzisstischen Züge seien in dieser Hinsicht eher mit dem Modell des vulnerablen Narzissmus, im Sinne des hilflosen Helfers zu beschreiben. Diese im Alltag starren Verhaltensmuster seien im Rahmen einer erheblichen emotionalen Verwahrlosung durch wenig zugewandte Bezugspersonen seit der frühen Kindheit entstanden. Die Persönlichkeitsproblematik sei insofern als strukturelle Schwäche zu interpretieren und könne vom Patienten kurz- oder mittelfristig nur bedingt beeinflusst werden. Der Patient habe auf das multimodale Behandlungssetting sehr gut ansprechen und sich stabilisieren können. Für die ambulante Behandlung werde jedoch auch eine umfangreiche, multimodale weitere Betreuung notwendig sein, um das Zustandsbild erhalten zu können. Zu den aktuellen Beschwerden bzw. zur Behandlung wurde vermerkt, der Patient habe seit 3 bis 4 Jahren keine Energie mehr, fühle sich wie eine leere Batterie und alles tue weh. Es habe eine Phase gegeben, in der er dreimal einen schweren Schwindel

erlebt habe. Vor drei Jahren habe er zudem einen Gehörsturz erlitten. Vor kurzem sei er wegen eines akuten Nierensteins behandelt worden. In den letzten zwei Jahren habe er 12 kg zugenommen. Seit einem Unfall bestehe zudem eine Kalkschulter rechts. Er erlebe seine Situation als sinnlos, hin und wieder habe er auch Suizidgedanken, die er jedoch aufgrund der Beziehung zu seinen Kindern nie umsetzen würde. Grosse Menschenmengen meide er, er habe auch Versagensängste. Im Hintergrund stehe eine anhaltende schwere psychosoziale Belastungssituation. Seit dem Jahr 2017 lebe der Patient vom Sozialamt, nachdem er zuvor nach längerer Arbeitslosigkeit beim RAV ausgesteuert worden sei und in der Zwischenzeit seine finanziellen Rücklagen aufgezehrt habe. Vor drei Jahren habe er sich von seiner psychisch schwer kranken Ehefrau und Mutter seiner drei Kinder getrennt. Im Rahmen eines langen «Scheidungskrieges» seien verschiedene Anwälte involviert worden. Die drei gemeinsamen Kinder lebten zumeist bei ihm, seien jedoch verbeiständet. Die 15-jährige Tochter wohne in einem Wohnheim, habe ADHS und sei sehr impulsiv; sie komme einmal im Monat zu ihm. Der 10-jährige Sohn leide ebenfalls unter ADHS, könne immer noch nicht lesen und schreiben, wohne ebenfalls ausserhalb und komme jedes Wochenende zu Besuch. Die 12-jährige Tochter sei aus Sicht des Patienten normal und lebe bei ihm. Die aktuelle Behandlung werde bei Dr. med. F. ___ seit November 2008 durchgeführt. Der Patient nehme Cipralex und Dexilant ein, Entumin zum Schlafen und als Inhalatoren Ventolin und Symbicort. Er sehe die Psychiaterin einmal wöchentlich, eine weitere Tagesstruktur bestehe nicht. Hin und wieder arbeite er noch im Garten, was aufgrund der Schmerzen aktuell jedoch nicht stattfindet. Zum Verlauf wurde angegeben, der Patient sei in einem gehemmt depressiven und erschöpften Zustand in die Klinik eingetreten. Im Vordergrund sei daher zunächst die Erholung und Selbstregulation der hohen psychovegetativen Erschöpfung gestanden. Im Rahmen des multimodalen, auf die Behandlung von Stressfolgeerkrankungen spezialisierten Therapieprogrammes seien verschiedene therapeutische Massnahmen durchgeführt worden. Der Patient sei durch die Distanz zum alltäglichen, vor allem familiären Umfeld deutlich entlastet worden. Im Verlauf der Behandlung sei der Aufbau einer vertrauensvollen, stabilen und tragfähigen therapeutischen Beziehung gelungen, die es ihm ermöglicht habe, vor dem Hintergrund biographischer Aspekte einerseits sowie aktueller Lebensproblematik andererseits ein Verständnis für die aktuelle Erkrankungssituation zu entwickeln. Es sei mit dem Patienten gelungen, ein neue, emotional für ihn nachvollziehbare, alternative Perspektive auf Kindheitserlebnisse zu entwickeln, die zunehmend einen distanzierteren und Ich-näheren Standpunkt für ihn ermöglicht habe. Er habe vielfältige Entbehrungen und Vernachlässigung durch die Eltern erkennen und daraus die für ihn erwachsenen Prägungen akzeptieren können. Das Bild des hilflosen Helfers, der immer freundlich und eifrig aus grosser Not heraus durch Fragen und viel Anpassung auf Anerkennung hinwirke, am Ende aber innerlich einsam und unbefriedigt bleibe, sei für ihn deutlich geworden. Daraus sei neues Selbstvertrauen und die Fähigkeit erwachsen, sich mehr auf die eigenen gegenwärtigen Bedürfnisse und deren Versorgung einzulassen. Hier habe der Patient in erheblichem Mass vom vielfältigen nonverbalen Angebot der Klinik profitieren können, welches er regelmässig und motiviert besucht habe. Eine anfängliche vegetative Labilität mit häufig geäusserten Schwindelbeschwerden sowie Müdigkeit habe er im Verlauf immer mehr selbst beherrschen und regulieren können. Er habe eine neue Körperwahrnehmung und Selbstwirksamkeit gewonnen. Im weiteren Verlauf sei dann zum Austritt hin die psychosoziale Situation näher beleuchtet worden. Aufgrund der komplexen Erkrankungssituation, die sicher durch die Persönlichkeitsproblematik anhaltend mitbedingt

sei, seien die Bemühungen erneut unterstützt worden, eine IV-Reintegration bzw. Teilrente für den Patienten zu erwirken. Im Umgang mit den Kindern sei dem Patienten in der Erarbeitung eines Wochenplanes für die Zeit nach dem Austritt empfohlen worden, mehr Pausenzeiten und Abgrenzung zu schaffen. Der Austritt sei in gegenseitigem Einvernehmen bei fehlender akuter Selbst- und Fremdgefährdung erfolgt. Der Psychostatus bei Austritt lautete wie folgt: Es handle sich um einen wachen, bewusstseinsklaren Patienten mit erhaltener Orientierung in allen Modalitäten. Im Kontakt sei er freundlich zugewandt und schwingungsfähig. Die Auffassung, Konzentration und mnestischen Funktionen seien gut erhalten. Im formalen Denken sei er kohärent und flüssig. Es gebe keine Hinweise auf eine inhaltliche Denkstörung, Ich-Störungen oder Sinnestäuschungen. Im Affekt bestehe eine leicht deprimierte Grundstimmung und seien eine leichte Einschränkung der Vitalgefühle und leichte Zukunftsängste vorhanden. Eine Suizidalität werde klar verneint. Antrieb und Psychomotorik seien gut erhalten. Es bestehe eine leichte Durchschlafstörung (IV-Nr. 84 S. 2 ff.). 3.17 Im Arztbericht zu Händen der Beschwerdegegnerin vom 13. August 2018 hielt der Chefarzt der vorerwähnten Klinik, Dr. med. dipl. theol. M.____, über die stationäre Behandlung des Beschwerdeführers noch fest, es habe während des Klinikaufenthalts und danach eine vollständige Arbeitsunfähigkeit vom 7. Mai bis 4. Juli 2018 bestanden. Zu den aktuellen somatischen Beschwerden wurde angegeben, nach selbstständigem Absetzen der antihypertensiven Medikation bestünden derzeit deutlich erhöhte Blutdruckwerte mit Kopfschmerzen und leichter Übelkeit. Es bestehe ein Druckgefühl über dem linken Auge. Bei einem Zustand nach einem Hörsturz beidseits im Jahr 2016 bestünden rezidivierende Schwindelattacken. Im Weiteren bestehe eine schmerzhaft eingeschränkte Schulterbeweglichkeit, rechts ausgeprägter als links; eine mehrfache Cortisoninjektion habe zu einer kurzzeitigen Besserung geführt. Ausserdem bestünden Allergien auf Rinder- und Katzenhaare sowie Heuschnupfen. Die Prognose zur Arbeitsfähigkeit lautete dahingehend, beim deutlich persönlichkeitsgestörten Patienten sei aus psychiatrischer Sicht eindeutig keine volle Arbeitsfähigkeit mehr gegeben. Die erheblichen biographischen Belastungen führten beim Patienten zu starren Verhaltensmustern und einer abgespalteten Minderwertigkeitsproblematik, die dem Patienten auch aufgrund seiner nur eingeschränkten Differenziertheit im Rahmen intensiver therapeutischer Bemühungen bisher nicht im Sinne einer verbesserten Selbststeuerung zugänglich geworden sei. Die erhebliche psychische Vulnerabilität habe in den letzten Jahren immer wieder zu anhaltenden depressiven Episoden geführt, sodass eine deutliche depressive Symptomatik als chronifiziert zu beurteilen sei. Bezüglich der Arbeitsfähigkeit sei davon auszugehen, dass sich der Patient auch an jedem weiteren neuen Arbeitsplatz in Problematiken verstricken werde, z.B. mit Vorgesetzten in rivalisierende Konflikte geraten werde und sich entweder in erschöpfende oder resignierende Helferpersönlichkeits-Schemata verwickle. Längerfristig sei daher eine maximal 50%ige Arbeitsfähigkeit bei einem sehr sozialen, gut strukturierten und toleranten Arbeitgeber zu prognostizieren. Ein erneutes Training an einem gut ausgewählten und gut angepassten geschützten Arbeitsplatz sei für die Reintegration unerlässlich. Dabei spiele auch die körperliche Situation (Asthma, Hypertonus, Gelenkschmerzen) eine wichtige Rolle. Zur weiteren Behandlung wurde abschliessend vermerkt, nach dem guten Ansprechen auf das multimodale Behandlungssetting in der Klinik empfehle man dem Patienten weiterhin eine regelmässige körperliche Betätigung und auch passive Entspannungsmethoden (z.B. Shiatsu). Deutlich betont worden sei die Empfehlung der Teilnahme an einer Gruppentherapie wie z.B. soziales Kompetenztraining. Auch eine regelmässige hausärztliche Überwachung der inzwischen erheblichen körperlichen

Probleme sei deutlich betont worden. Zu für die Eingliederung hilfreichen Ressourcen wurde angegeben, grundsätzlich bestünden eine gute Arbeitsmotivation, eine freundlich unterwürfige Beziehungnahme und erhebliche praktische Fähigkeiten im Bereich eines Allrounder-Handwerkers. Zudem scheine der Patient mit seinen Kindern eine gute Struktur einhalten und diese trotz der ebenfalls schweren psychischen Problematik gut erziehen zu können. Eine 50 %-Struktur im beschriebenen, am besten geschützten, Arbeitstraining sei denkbar. Aktuell sei die psychosoziale Situation des Patienten äusserst belastet. Eine bessere finanzielle Unterstützung zum Erhalt des Eigenheims und die Versorgung der Kinder würde sich als deutlich stabilisierend auswirken (IV-Nr. 86 S. 2 ff.).

E. 3

Unter o/e-Kostenfolge. 2.2 In ihrer Beschwerdeantwort vom 15. November 2018 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde, wobei sie auf Bemerkungen dazu verzichtet (A.S. 24). 2.3 Am 22. November 2018 reicht der Vertreter des Beschwerdeführers seine Kostennote ein (A.S. 26 ff.) II. 1. 1.1 Die Sachurteilsvoraussetzungen (Einhaltung von Frist und Form, örtliche und sachliche Zuständigkeit des angerufenen Gerichts) sind erfüllt. Auf die Beschwerde ist einzutreten. 1.2 Streitig ist, ob der Beschwerdeführer Anspruch auf eine Invalidenrente und/oder weitere berufliche Eingliederungsmassnahmen hat. Bei der Beurteilung des Falles ist grundsätzlich auf den Sachverhalt abzustellen, der bis zum Erlass der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 10. August 2018 eingetreten ist (BGE 132 V 215 E. 3.1.1 S. 220 mit Hinweisen). 2. 2.1 Als Invalidität im Sinne des Gesetzes gelten gemäss Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1) die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit andauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Sie kann nach Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein. Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. c). Arbeitsunfähigkeit ist nach Art. 6 Satz 1 ATSG die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Das Wartejahr gilt als eröffnet, sobald eine solche Arbeitsunfähigkeit von mindestens 20 % eingetreten ist (AHI-Praxis 1998, S. 124). Der Rentenanspruch entsteht indes laut Art. 29 IVG frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs im Sinne von Art. 29 Abs. 1 ATSG. Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG; BGE 130 V 343 E. 3.2 S. 346 f.). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG; vgl. auch BGE 135 V 215 E. 7 S. 228 ff.).

E. 4.1

4.1.1 Die Beschwerdegegnerin lehnte den Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente sowie berufliche Eingliederungsmassnahmen mit vorliegend angefochtener Verfügung vom 10. August 2018 im Wesentlichen mit der Begründung ab, gemäss ihren Abklärungen liege beim Beschwerdeführer ein psychosozial bedingtes Beschwerdebild vor, welches von der Invalidenversicherung bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nicht mitberücksichtigt werden dürfe. Im psychiatrischen Administrativgutachten sei nämlich davon die Rede, dass grundsätzlich eine 100%ige Arbeitsfähigkeit im erlernten Beruf vorhanden sei, falls es zur Rückbildung der psychosozialen Faktoren käme und der Beschwerdeführer über einen Arbeitsplatz verfügen würde. Demnach liege keine versicherte Gesundheitsbeeinträchtigung vor. Den neuen medizinischen Unterlagen könne weder ein Indiz für eine bisher noch nicht bekannte, möglicherweise aus rechtlicher Sicht die Arbeitsfähigkeit tangierende Gesundheitsbeeinträchtigung entnommen werden, noch könne glaubhaft gemacht werden, dass die bereits bekannten Gesundheitsbeeinträchtigungen noch nicht ausreichend abgeklärt worden seien: Insbesondere der ausführliche Austrittsbericht der E. ___ vom 27. Juni 2018 bestätige, dass «im Hintergrund eine anhaltende schwere psychosoziale Belastungssituation» stehe. Diesem Bericht könne zudem entnommen werden, dass der Beschwerdeführer durch die Distanz zum alltäglichen, vor allem familiären Umfeld deutlich entlastet worden sei. Aus diesem Grund gelte immer noch die Einschätzung, wie sie im psychiatrischen Administrativgutachten festgehalten worden sei: Grundsätzlich bestehe eine 100%ige Arbeitsfähigkeit bei Rückbildung der psychosozialen Faktoren. Zusätzliche beweismässige Vorkehren seien daher nicht angezeigt. Berufliche Eingliederungsmassnahmen seien nicht näher zu prüfen, da sich der Beschwerdeführer gemäss seinen eigenen Angaben nicht arbeitsfähig fühle (IV-Nr. 85; Aktenseiten [A.S.] 1 ff.).

4.1.2 Der Beschwerdeführer lässt demgegenüber geltend machen, es seien ihm weitere berufliche Eingliederungsmassnahmen sowie eine Invalidenrente nach den gesetzlichen Bestimmungen zuzusprechen; eventualiter seien weitere medizinische Abklärungen über seinen Gesundheitszustand und seine Arbeitsfähigkeit durchzuführen. Dies begründet er im Wesentlichen damit, gemäss der Aktenlage bestehe bei ihm seit Jahren eine Arbeitsunfähigkeit von mindestens 50 %. Entgegen der Argumentation der Beschwerdegegnerin habe er klarerweise ein invalidisierendes Leiden, welches zu einem Rentenanspruch führe. Soweit die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung geltend mache, die depressive Gesundheitsstörung sei auf seine schwierige Arbeitsplatzsituation beim letzten Arbeitgeber sowie auf seine familiäre Situation zurückzuführen und deshalb sei eine Invalidität zu verneinen, weiche sie von der einschlägigen Rechtsprechung des Bundesgerichts ab. Die Behauptung, es liege keine versicherte Gesundheitsbeeinträchtigung vor, treffe nicht zu. Sofern nämlich eine lege artis diagnostizierte Gesundheitsstörung mit Krankheitswert vorliege und diese funktionelle Auswirkungen auf die angestammte und/oder angepasste Arbeit habe, sei diese bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit vollständig zu berücksichtigen, gleichgültig, ob sie durch psychosoziale oder soziokulturelle Faktoren verursacht, verstärkt oder aufrechterhalten werde. Sämtliche involvierten Ärzte hätten einhellig im Wesentlichen die gleichen Diagnosen gestellt und der psychischen Erkrankung des Beschwerdeführers ausdrücklich Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit beigemessen. Der Invaliditätsgrad müsse unter Berücksichtigung der ausgewiesenen Arbeitsunfähigkeit festgelegt werden und es sei davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer Anspruch auf mindestens eine Teilrente habe. Allerdings stelle sich die Frage, ob die verbliebene Arbeitsfähigkeit auf dem ersten

Arbeitsmarkt überhaupt noch verwertbar sei. Ansonsten wäre von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit auszugehen. Hinzu komme, dass die Beschwerdegegnerin die somatischen Beeinträchtigungen unberücksichtigt gelassen habe. Diesbezüglich habe sie ihre Abklärungspflicht verletzt. Der Beschwerdeführer habe im Übrigen im November 2016 Antrag auf weitere berufliche Massnahmen gestellt. Darauf hätte die Beschwerdegegnerin eintreten und den Antrag beurteilen müssen. Vor einem neuen Rentenentscheid werde die Beschwerdegegnerin somit zuerst berufliche Massnahmen durchführen müssen (A.S. 6 ff.).

4.2 Nach der Rechtsprechung braucht es zur Annahme einer Invalidität ein medizinisches Substrat, das fachärztlicherseits schlüssig festgestellt wird. Psychosoziale und soziokulturelle Faktoren sind nur mittelbar invaliditätsbegründend, wenn und soweit sie den Wirkungsgrad der unabhängig von den invaliditätsfremden Elementen bestehenden Folgen des Gesundheitsschadens beeinflussen. Wo der Gutachter im Wesentlichen nur Befunde erhebt, die in den psychosozialen und soziokulturellen Umständen ihre hinreichende Erklärung finden, ist kein invalidisierender psychischer Gesundheitsschaden gegeben. Soweit soziale Belastungen direkt negative funktionelle Folgen zeitigen, bleiben sie bei der Beurteilung der Gesundheitsbeeinträchtigung ausgeklammert. Die rechtsanwendenden Behörden haben zu prüfen, ob die ärztliche Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit auch invaliditätsfremde Gesichtspunkte, insbesondere psychosoziale und soziokulturelle Belastungsfaktoren, mitberücksichtigt, die vom invaliditätsrechtlichen Standpunkt aus unbeachtlich sind; gegebenenfalls haben sie der ärztlichen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit keine rechtliche Bedeutung beizumessen (Urteile des Bundesgerichts 8C_717/2018 vom 22. März 2019 E. 3, 9C_543/2018 vom 21. November 2018 E. 2.2 und 9C_32/2018 vom 26. März 2018 E. 2.3, je mit Hinweisen).

Psychosoziale und soziokulturelle Faktoren lassen sich oft nicht klar vom medizinisch objektivierbaren Leiden trennen. Trotzdem können solche äusseren Umstände nicht als gesundheitliche Beeinträchtigungen im Sinne des Gesetzes verstanden werden, weil der gesetzliche Invaliditätsbegriff selber klar zwischen der versicherten Person als Trägerin des (invalidisierenden) Gesundheitsschadens und der durch ihn verursachten Erwerbsunfähigkeit unterscheidet. Infolgedessen können psychische Störungen, welche durch soziale Umstände verursacht werden und bei Wegfall der Belastungsfaktoren wieder verschwinden, nicht zur Invalidenrente berechtigen. Zwar kann einer *lege artis* diagnostizierten psychischen Krankheit der invalidisierende Charakter nicht mit dem blossen Hinweis auf eine bestehende psychosoziale oder soziokulturelle Belastungssituation abgesprochen werden, je stärker aber psychosoziale oder soziokulturelle Faktoren im Einzelfall in den Vordergrund treten und das Beschwerdebild mitbestimmen, desto ausgeprägter muss eine davon zu unterscheidende fachärztlich festgestellte psychische Störung von Krankheitswert vorhanden sein. Nur wenn und soweit psychosoziale und soziokulturelle Faktoren einen derart verselbstständigten Gesundheitsschaden aufrechterhalten oder seine ■ unabhängig von den invaliditätsfremden Faktoren bestehenden ■ Folgen verschlimmern, können sie sich ■ mittelbar ■ invaliditätsbegründend auswirken. In diesem Sinne werden Wechselwirkungen zwischen sich körperlich und psychisch manifestierenden Störungen und der sozialen Umwelt berücksichtigt, wenn auch bedeutend weniger stark als nach dem bio-psycho-sozialen Krankheitsmodell (Urteil des Bundesgerichts 9C_830/2007 vom 29. Juli 2008 E. 4.2 mit Hinweisen).

Im Folgenden ist zu prüfen, ob die ärztliche Einschätzung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers auch invaliditätsfremde Gesichtspunkte, insbesondere psychosoziale Belastungsfaktoren, mitberücksichtigt.

4.3 Die psychiatrische Gutachterin Dr. med. D. ___ stellte in ihrem Gutachten vom 11. September 2017 (Untersuchung vom 28. März 2017) die Diagnosen (mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit) «mittelgradige depressive Episode vor dem Hintergrund beruflicher und familiärer Belastungsfaktoren (ICD-10: F32.1)», «atypische familiären Situation (ICD-10: Z60)» und «akzentuierte Persönlichkeitszüge (narzisstisch, zwanghaft) (ICD-10: Z73)» und umschrieb die aktuelle gesundheitliche Situation des Beschwerdeführers dahingehend, infolge Kündigung der letzten Arbeitsstelle durch die Arbeitgeberin (B. ___) im November 2014 auf Ende Mai 2015 (vgl. IV-Nr. 14 und 47.24 S. 3) habe der Beschwerdeführer ein depressives Zustandsbild entwickelt, das initial als eine Anpassungsstörung beurteilt worden sei. Er befinde sich seit dem Jahr 2012 in regelmässiger ambulanter psychiatrischer Behandlung und werde auch medikamentös antidepressiv behandelt. Die Gutachterin stellte fest, der Beschwerdeführer sei psychosozial sehr schwer belastet, da seine Ehefrau, die er im Jahr 2002 geheiratet habe, psychisch schwer erkrankt sei, wiederholt habe psychiatrisch hospitalisiert werden müssen und mehrfache Suizidversuche unternommen habe. Sie wohne getrennt vom Beschwerdeführer im Rahmen eines betreuten Wohnens. Aus der Ehe entstammten drei Kinder, wobei zwei Kinder durch ein ADHS belastet seien und Verhaltensstörungen aufwiesen. Beide müssten schulpsychologisch betreut werden und besuchten eine spezifische Schule. Der Beschwerdeführer wohne zusammen mit seinen Kindern im eigenen Haus und sei vollumfänglich für deren Unterhalt sowie die Haushaltsführung verantwortlich (IV-Nr. 70 S. 22 Ziff. 6.1). Nach der Einschätzung der Gutachterin ist grundsätzlich davon auszugehen, «dass das Krankheitsbild insgesamt [] durch die psychosozial manifest belastenden Faktoren ausgelöst worden ist und zu deren Aufrechterhaltung beiträgt» (IV-Nr. 70 S. 24 Ziff. 6.2). Eine psychiatrische Behandlung im bisherigen Ausmass sei notwendig, die Problematik des Beschwerdeführers sei jedoch «vor allem psychosozial bedingt» (IV-Nr. 70 S. 24 Ziff. 6.4). Auch im Rahmen der kritischen Würdigung vorhandener Arztberichte stellte die begutachtende Fachärztin fest, es werde durchgehend davon ausgegangen, dass das Störungsbild des Beschwerdeführers vor allem durch die psychosozialen Belastungen ausgelöst worden sei, was auch aufgrund der aktuellen Exploration so bestätigt werden könne. Die von der behandelnden Psychiaterin attestierte Arbeitsfähigkeit von mindestens 50 % wäre grundsätzlich höher einzuschätzen, «wenn die psychosozialen Faktoren wegfallen würden oder wenn der Beschwerdeführer hinsichtlich der psychosozialen Umstände besser entlastet wäre» (IV-Nr. 70 S. 25 Ziff. 6.5.1). Auch in der Stellungnahme zur Selbsteinschätzung der Arbeitsfähigkeit durch den Beschwerdeführer gab die Expertin an, es sei davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer «derzeit mindestens zu 50 % arbeitsfähig ist, längerfristig wäre eine volle Arbeitsfähigkeit in seinem Beruf als Lagermitarbeiter oder Logistiker durchaus gegeben, falls der Versicherte auch über einen entsprechenden Arbeitsplatz verfügen würde» (IV-Nr. 70 S. 25 Ziff. 6.5.2). Nach der Einschätzung von Dr. med. D. ___ ist der Beschwerdeführer «bezüglich des psychosozialen Kontextes manifest und schwerst belastet». Sämtliche psychosozialen Faktoren (psychische Erkrankung der Ehefrau mit mehrfachen Suizidversuchen, ADHS-Problematik der Kinder, Arbeitslosigkeit des Beschwerdeführers, Alleinerziehung der Kinder) «beeinflussen und lösen schlussendlich das psychiatrische Zustandsbild in seiner gegenwärtigen Ausprägung aus» (IV-Nr. 70 S. 25

f. Ziff. 6.5.3). Abschliessend hielt die Gutachterin zur Einschätzung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers fest, «in der zuletzt ausgeübten Erwerbstätigkeit als Lagerist und zuvor als Logistiker ist der Versicherte auf psychiatrischem Fachgebiet aktuell zu 50 % arbeitsfähig. Grundsätzlich bestünde eine 100%ige Arbeitsfähigkeit in seinem erlernten Beruf, falls es zur Rückbildung der psychosozialen Faktoren käme und der Versicherte über einen Arbeitsplatz verfügen würde». In einer Verweistätigkeit attestierte die psychiatrische Gutachterin eine ebenfalls längerfristige vollständige Arbeitsfähigkeit, falls eine klare Strukturierung des Arbeitsplatzes erfolge; «vor allem müsste der Versicherte hinsichtlich der psychosozialen Faktoren entlastet werden (IV-Nr. 70 S. 26 Ziff. 6.5.4 f.; vgl. E. II. 3.12 hiervor).

4.4 Das vorerwähnte psychiatrische Fachgutachten von Dr. med. D.____ vom 11. September 2017 beruht auf den vollständigen Vorakten sowie auf ihrer fachärztlichen Untersuchung vom 28. März 2017 und berücksichtigt die vom Beschwerdeführer angegebenen Beschwerden, welche in die Beurteilung miteinbezogen werden. Die Expertise kann sich somit auf vollständige Grundlagen stützen. Die Gutachterin gibt die soziale und berufliche sowie die fachspezifische Anamnese, die Angaben des Beschwerdeführers und die erhobenen Befunde wieder. Im Weiteren werden die aktuellen Laborbefunde und der Medikamentenspiegel angegeben. Daraus werden die relevanten Diagnosen und die Auswirkungen der Symptomatik auf die Arbeitsfähigkeit hergeleitet, wobei im Rahmen einer umfassenden medizinischen und versicherungsmedizinischen Beurteilung die relevanten Kriterien eingehend diskutiert und dargelegt werden. Das psychiatrische Gutachten wurde gemäss Fragenkatalog abgehandelt und trägt die Unterschrift der Gutachterin. Es kommt zu einem schlüssigen Ergebnis, welches nachvollziehbar und überzeugend hergeleitet wird. Das Gutachten wird damit den durch die Rechtsprechung formulierten Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Stellungnahme grundsätzlich gerecht (vgl. E. II. 2.5 hiervor).

Das psychiatrische Fachgutachten schätzt die Arbeitsfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit des Beschwerdeführers als Lagerist bzw. Logistiker auf aktuell 50 % ein, was von der behandelnden Psychiaterin Dr. med. F.____ in ihren Stellungnahmen vom 2. November 2017 und 28. April 2018 bestätigt wird, wobei diese Ärztin zuletzt von einer Verschlechterung des Gesundheitszustands ausgeht (IV-Nr. 73 S. 5 und 81 S. 3; vgl. E. II. 3.13 und 3.15 hiervor). Auch nach den Angaben der RAD-Ärztin Dr. med. L.____ in ihrer Stellungnahme vom 28. November 2017 weicht die klinische Beurteilung der Gutachterin kaum von der Beurteilung der behandelnden Ärztin ab. In der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit seien sich die Gutachterin und die Behandlerin dahingehend einig, dass aktuell eine Arbeitsfähigkeit von 50 % bestehe (IV-Nr. 75 S. 2; vgl. E. II. 3.14 hiervor). Schliesslich hält auch der behandelnde Chefarzt der E.____, Dr. med. dipl. theol. M.____, dafür, längerfristig sei eine maximal 50%ige Arbeitsfähigkeit bei einem sehr sozialen, gut strukturierten und toleranten Arbeitsgeber zu prognostizieren (IV-Nr. 86 S. 5; vgl. E. II. 3.17 hiervor). Die Berichte der behandelnden Ärzte decken sich somit hinsichtlich der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit grossenteils mit der gutachterlichen Beurteilung. Der hauptsächliche Unterschied besteht darin, dass sich die Gutachterin ■ wie es ihrem Auftrag und ihrer Rolle entspricht ■ zusätzlich zur Frage geäussert hat, wie die Arbeitsfähigkeit unter Ausklammerung bzw. bei Rückbildung der psychosozialen Faktoren zu beurteilen wäre. Konkrete Indizien, die gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen, sind nicht ersichtlich. Demnach ist ■ mit Ausnahme der Festsetzung der Arbeitsfähigkeit (vgl. E.

II. 4.5 hiernach) ■ auf das psychiatrische Gutachten grundsätzlich abzustellen.

4.5 Angesichts der oben (unter E. II. 4.3 hiervoor) wiedergegebenen psychiatrischen Begutachtungsergebnisse ist davon auszugehen, dass die erwähnten psychosozialen Belastungsfaktoren (psychische Erkrankung der Ehefrau mit mehrfachen Suizidversuchen, ADHS-Problematik der Kinder, Arbeitslosigkeit des Beschwerdeführers, Alleinerziehung der Kinder) direkt negative funktionelle Folgen für den Beschwerdeführer haben, weshalb sie bei der Beurteilung der Gesundheitsbeeinträchtigung nicht berücksichtigt werden können (vgl. E. II. 4.2 hiervoor). So ist gemäss der Beurteilung der psychiatrischen Gutachterin davon auszugehen, dass das Krankheitsbild insgesamt durch die psychosozial manifest belastenden Faktoren ausgelöst wurde (IV-Nr. 70 S. 24 Ziff. 6.2). Aufgrund der Einschätzung der Gutachterin, wonach beim Beschwerdeführer grundsätzlich eine 100%ige Arbeitsfähigkeit sowohl in seiner bisherigen Tätigkeit als Lagerist/Logistiker bzw. in einer Verweistätigkeit bestehen würde, falls es zum Wegfall der psychosozialen Belastungsfaktoren käme und der Beschwerdeführer über einen entsprechenden Arbeitsplatz verfügen würde (vgl. IV-Nr. 70 S. 25 f. Ziff. 6.5.1, 6.5.2, 6.5.4 und 6.5.5), ist die diagnostizierte depressive Episode mittelgradiger Ausprägung als reaktives Geschehen auf die belastenden psychosozialen Umstände des Beschwerdeführers anzusehen. Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts können jedoch psychische Störungen, welche durch soziale Umstände verursacht werden und bei Wegfall der Belastungsfaktoren wieder verschwinden, nicht zu einer Invalidenrente berechtigen (Urteil des Bundesgerichts 9C_830/2007 vom 29. Juli 2008 E. 4.2). Auch nach der neueren Rechtsprechung des Bundesgerichts vermag eine Depression, die nach fachärztlicher Angabe zufolge ihres augenfällig reaktiv-soziogenen Charakters verschwindet, sobald eine berufliche Eingliederung gelingt, die Beweisanforderungen nach BGE 141 V 281 zum vornherein nicht zu erfüllen (Urteil des Bundesgerichts 9C_32/2018 vom 26. März 2018 E. 2.3 mit Hinweisen). Somit stellt die vor dem Hintergrund der beruflichen und familiären Belastungsfaktoren gestellte Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode (ICD-10: F32.1) keinen invalidisierenden Gesundheitsschaden dar. Wie erwähnt, hat die rechtsanwendende Behörde zu prüfen, ob die ärztliche Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit auch invaliditätsfremde Gesichtspunkte, insbesondere psychosoziale Belastungsfaktoren, mitberücksichtigt, die vom invaliditätsrechtlichen Standpunkt aus unbeachtlich sind. Ist dies ■ wie hier ■ der Fall, hat die rechtsanwendende Stelle von der ärztlichen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit abzuweichen (vgl. vorerwähntes Urteil des Bundesgerichts 9C_32/2018 vom 26. März 2018 E. 2.3; E. II. 4.2 hiervoor). Demnach kann auf die fachärztlich attestierte Arbeitsfähigkeit von aktuell (mindestens) 50 % in der zuletzt ausgeübten Erwerbstätigkeit als Lagerist/Logistiker nicht abgestellt werden. Die Schlussfolgerung der Beschwerdegegnerin, dass die gegebenen psychosozialen Umstände als alleinige Ursache der geltend gemachten Arbeitsunfähigkeit bei deren normativer Beurteilung ausser Acht bleiben müssen, ist nicht zu beanstanden (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_717/2018 vom 22. März 2019 E. 5).

4.6 Dem Einwand des Beschwerdeführers, eine lege artis diagnostizierte Gesundheitsstörung mit Krankheitswert, welche funktionelle Auswirkungen auf die angestammte und/oder eine angepasste Tätigkeit habe, sei bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit vollständig zu berücksichtigen, ganz gleichgültig, ob sie durch psychosoziale oder soziokulturelle Faktoren verursacht, verstärkt oder aufrechterhalten werde (Beschwerde, S. 7 f. Ziff. 12 und 13), kann nicht gefolgt werden. Zwar kann der hier

diagnostizierten mittelgradigen depressiven Episode der invalidisierende Charakter nicht mit dem blossen Hinweis auf eine bestehende psychosoziale Belastungssituation abgesprochen werden (vgl. E. II. 4.2 hiervor), es gilt jedoch zu beachten, dass diese psychische Störung im vorliegenden Fall keinen verselbstständigten Gesundheitsschaden darstellt, da sie nach der überzeugenden Beurteilung der Gutachterin ausschliesslich durch die gegebenen psychosozialen Belastungsfaktoren ausgelöst wurde und von diesen unterhalten wird. Die Expertin hielt im Zusammenhang mit der kritischen Würdigung vorhandener Arztberichte ausdrücklich fest, das Zustandsbild des Beschwerdeführers werde von der behandelnden Psychiaterin, Dr. med. F. ____, inzwischen als depressiv und nicht mehr als eine Anpassungsstörung beurteilt, was auch ihrer aktuellen Beurteilung entspreche. Durchgehend werde davon ausgegangen, dass das Störungsbild vor allem durch die psychosozialen Belastungen ausgelöst worden sei, was sie anhand der aktuellen Exploration bestätigen könne (IV-Nr. 70 S. 25 Ziff. 6.5.1). Da die diagnostizierte depressive Episode bei einem Wegfall dieser belastenden Faktoren nach den gutachterlichen Angaben keine funktionelle Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers mehr hat, kann hier nicht von einem verselbstständigten Gesundheitsschaden gesprochen werden. Demnach können sich die psychosozialen Belastungsfaktoren nach dem Gesagten nicht mittelbar Invaliditätsbegründend auswirken (vgl. E. II. 4.2 hiervor).

4.7 Zu der von der psychiatrischen Gutachterin ebenfalls unter den Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit aufgeführten «atypischen familiären Situation (ICD-10: Z60)» und den «akzentuierten Persönlichkeitszügen (narzisstisch, zwanghaft; ICD-10: Z73)» ist festzuhalten, dass die sogenannten Z-Kodierungen unter anderem zur Klassifizierung von Umständen vorgesehen sind, die den Gesundheitszustand einer Person beeinflussen, an sich aber keine Krankheit oder Schädigung sind; sie stehen für einen Zusatzfaktor, der berücksichtigt werden muss, wenn die Person wegen eines pathologischen Zustands behandelt wird. Diese Belastungen fallen als solche nicht unter den Begriff des rechtserheblichen Gesundheitsschadens (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C_537/2011 vom 28. Juni 2012 E. 3.3 und I 514/06 vom 25. Mai 2007 E. 2.2.2.2, je mit Hinweisen).

4.8 Der Austrittsbericht der E. ____, vom 27. Juni 2018, worin als Hauptdiagnose eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (F33.1), und als psychiatrische Nebendiagnose eine kombinierte Persönlichkeitsstörung mit selbstunsicheren, anankastischen und narzisstischen Zügen (F61.0) diagnostiziert wurden (IV-Nr. 84 S. 2 ff.), deckt sich weitgehend mit den Begutachtungsergebnissen im psychiatrischen Gutachten von Dr. med. D. ____, vom 11. September 2017 und vermag demnach dessen Beweiswert nicht in Frage zu stellen. So stellten auch die Klinikärzte während des stationären Aufenthalts des Beschwerdeführers vom 7. Mai bis 20. Juni 2018 fest, im Hintergrund stehe eine anhaltende schwere psychosoziale Belastungssituation (IV-Nr. 84 S. 3). Der Beschwerdeführer sei durch die Distanz zum alltäglichen, vor allem familiären Umfeld deutlich entlastet worden. Im Verlauf der Behandlung sei der Aufbau einer vertrauensvollen, stabilen und tragfähigen therapeutischen Beziehung gelungen, er habe eine neue, emotional für ihn nachvollziehbare, alternative Perspektive auf Kindheitserlebnisse entwickeln können, die zunehmend einen distanzierteren und Ich-näheren Standpunkt für ihn ermöglicht habe. Daraus sei neues Selbstvertrauen und die Fähigkeit erwachsen, sich mehr auf die eigenen gegenwärtigen Bedürfnisse und deren Versorgung einzulassen. Eine anfängliche vegetative Labilität mit häufig geäusserten

Schwindelbeschwerden sowie die Müdigkeit habe er im Verlauf immer mehr selbst beherrschen und regulieren können. Er habe eine neue Körperwahrnehmung und eine Selbstwirksamkeit gewonnen. Im weiteren Verlauf sei dann die psychosoziale Situation näher beleuchtet worden (IV-Nr. 84 S. 6.; vgl. E. II. 3.16 hiervor). Daraus ist zu schliessen, dass die gesundheitliche Situation des Beschwerdeführers durch die stationäre psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung verbessert, d.h. zumindest eine relevante Verschlechterung vermieden werden konnte.

Dementsprechend attestierte der behandelnde Chefarzt der erwähnten Klinik in seinem Bericht zu Händen der Beschwerdegegnerin vom 13. August 2018 eine lediglich befristete Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit während des Klinikaufenthalts und bis zum 4. Juli 2018 und hielt zur Frage, welche Faktoren einer Eingliederung im Wege stünden, fest, aktuell sei die psychosoziale Situation des Patienten äusserst belastet. Eine bessere finanzielle Unterstützung zum Erhalt des Eigenheimes und die Versorgung der Kinder würde sich als deutlich stabilisierend auswirken (IV-Nr. 86 S. 2 Ziff. 1.3 und 7 Ziff. 4.4; vgl. E. II. 3.17 hiervor). Auf die darin prognostizierte maximale 50%ige Arbeitsfähigkeit (IV-Nr. 86 S. 5 Ziff. 2.7) kann aus den (unter E. II. 4.5 hiervor) erwähnten Gründen nicht abgestellt werden, zumal die von den Klinikärzten als psychiatrische Nebendiagnose angegebene kombinierte Persönlichkeitsstörung mit selbstunsicheren, anankastischen und narzisstischen Zügen (F61.0) von der begutachtenden Psychiaterin nicht diagnostiziert wurde. Die Gutachterin geht stattdessen ■ in Übereinstimmung mit den früheren Stellungnahmen der behandelnden Psychiaterin (vgl. E. II. 3.4, 3.6 und 3.10) ■ lediglich von akzentuierten Persönlichkeitszügen aus. Der Bericht des Chefarztes der E. ___ vom 13. August 2018 wurde zwar nach Erlass der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 10. August 2018 erstellt, er ist jedoch in die Beurteilung miteinzubeziehen, da er Rückschlüsse auf die im Zeitpunkt des Abschlusses des Verwaltungsverfahrens bestehende Situation erlaubt (vgl. Urteil des Bundesgerichts I 649/06 vom 13. März 2007 E. 3.4 mit Hinweis).

4.9 Auf den von der behandelnden Psychiaterin, Dr. med. F. ___, erhobenen Einwand, insgesamt zeige sich beim Beschwerdeführer aufgrund des beobachteten Behandlungsverlaufs sowie der erhobenen Befunde und diagnostischen Überlegungen ein krankheitswertiges klinisches Erscheinungsbild mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Stellungnahme vom 2. November 2017 [IV-Nr. 73 S. 2 ff.; E. II. 3.13 hiervor]) und der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers habe sich trotz leitliniengerechter ambulanter psychiatrischer Behandlung weiter verschlechtert (Stellungnahme vom 28. April 2018 [IV-Nr. 81; E. II. 3.15 hiervor]) kann nach dem Gesagten nicht abgestellt werden. Es gilt in diesem Zusammenhang zu beachten, dass ein Administrativgutachten nicht in Frage zu stellen und zum Anlass für weitere Abklärungen zu nehmen ist, wenn die behandelnden Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die behandelnden Ärzte wichtige Aspekte benennen, die bei der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (vgl. E. II. 2.6. hiervor). Eine solche Konstellation liegt hier nicht vor. So steht die von Dr. med. F. ___ nunmehr gestellte Diagnose einer Persönlichkeitsstörung in Widerspruch zu ihren früheren Stellungnahmen, welche stets auf akzentuierte Persönlichkeitszüge gelautet und eine (kombinierte) Persönlichkeitsstörung lediglich als Differentialdiagnose erwähnt hatten (vgl. E. II. 3.1, 3.4, 3.6 und 3.10 hiervor). Der hauptsächliche Einwand, die Gutachterin habe zu Unrecht festgehalten, in der Kindheit lägen keine erkennbaren

Konflikte vor, kann ebenfalls nicht als wichtiger Aspekt gelten, welcher der Gutachterin Dr. med. D.____ entgangen wäre. Die im Bericht vom 2. November 2017 erwähnte emotionale Vernachlässigung in der Kindheit und Adoleszenz findet sich weder in den früheren Stellungnahmen von Dr. med. F.____ (E. II. 3.1, 3.4, 3.6 und 3.10) noch in den übrigen Vorakten, einschliesslich des Gutachtens von Dr. med. I.____ vom 10. Dezember 2014 (E. II. 3.3 hiervor), das ausführliche Angaben zur Anamnese enthält. Die Gutachterin erhob ihrerseits die Lebensgeschichte des Beschwerdeführers, ohne dass dieser entsprechende Angaben gemacht hätte. Dr. med. F.____, die den 1963 geborenen Beschwerdeführer nach ihrer Aussage seit 2012 (so Bericht vom 9. März 2015, IV-Nr. 20.9) oder seit 2008 (so Stellungnahme vom 2. November 2017, IV-Nr. 73) behandelt ■ der Beschwerdeführer gab gegenüber der Gutachterin an, er befinde sich seit 2014 in psychiatrischer Behandlung (IV-Nr. 70 S. 15) ■, legt auch nicht dar, warum sie im Bericht vom 2. November 2017 erstmals die Diagnose «negative Kindheitserlebnisse» (ICD-10 Z61.8) als gegeben ansieht. Vor diesem Hintergrund kann nicht von einem wichtigen, nicht bloss subjektiver Interpretation entspringenden Aspekt gesprochen werden, welcher der Gutachterin Dr. med. D.____ entgangen wäre.

5. Die vom Beschwerdeführer erwähnten somatischen Beschwerden (nicht belastbare Schultern, reduzierte Lungenleistung, Kopfschmerzen/Migräne, halbseitig gelähmter Kehlkopf, Drehschwindel; vgl. Beschwerde, S. 8 Ziff. 14) vermögen keine andere Einschätzung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers zu begründen. So gehen aus den vorliegend jüngsten medizinischen Unterlagen der E.____ ■ neben den psychiatrischen Haupt- und Nebendiagnosen ■ als somatische Nebendiagnosen ein vorwiegend allergisches Asthma bronchiale (J45.0), eine benigne essentielle Hypertonie ohne Angabe einer hypertensiven Krise (I10.00), ein chronisches BWS-LWS-Syndrom (M47.25) sowie eine Tendinitis calcarea im Schulterbereich (M75.3) hervor. Zum somatomedizinischen Verlauf wurde bezüglich des allergischen Asthma bronchiale angegeben, die bekannte Medikation sei bei vermehrter Symptomatik intensiviert worden, gegebenenfalls könne sie wieder auf eine Bedarfsmedikation reduziert werden. Zum Bluthochdruck wurde vermerkt, nachdem der Beschwerdeführer die Antihypertensiva selbstständig abgesetzt habe, seien die Blutdruckwerte deutlich oberhalb des Normbereichs mit entsprechender Symptomatik gelegen. Unter Kombinationstherapie mit Candesartan und HCT seien abschliessend zufriedenstellende Werte erreicht worden. Eine ergänzende Bedarfsmedikation mit Amlodipin sei mit dem Patienten besprochen worden. Die muskuloskelettalen Beschwerden im Rücken- und Schulterbereich konnten im Rahmen eines multimodalen Behandlungsprogramms mit Schwerpunkt auf kontrollierte, mobilisierende Massnahmen kurzfristig gebessert werden, wobei auf die Beibehaltung der angeleiteten Therapien und auf das erforderliche regelmässige Eigenübungsprogramm verwiesen wurde. Eine anfängliche vegetative Labilität mit häufig geäusserten Schwindelbeschwerden sowie Müdigkeit konnte der Beschwerdeführer nach den Angaben der Klinikärzte im Verlauf immer mehr selbst beherrschen und regulieren (IV-Nr. 84 S. 6). Hinweise für weitere abklärungsdürftige somatische Leiden (Kopfschmerzen/Migräne, halbseitig gelähmter Kehlkopf), welche nach den Angaben des Beschwerdeführers seine Arbeitsfähigkeit allenfalls einschränken könnten, sind nicht ersichtlich und gehen aus den vorliegenden medizinischen Unterlagen nicht hervor. Die vom Beschwerdeführer erwähnten somatischen Störungen sind, soweit ersichtlich, therapierbar und können nicht als invalidisierend angesehen werden. Es besteht somit kein Anlass für weitergehende Beweiserhebungen (antizipierte Beweiswürdigung, vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_576/2015 vom

21. September 2015 E. 3.2 mit Hinweisen).

E. 6

6.1 Der Beschwerdeführer lässt im Weiteren geltend machen, es seien ihm weitere berufliche Massnahmen zuzusprechen. Zur Begründung bringt er vor, die medizinischen Sachverständigen gingen einhellig davon aus, dass berufliche Massnahmen hilfreich und zumutbar wären. Er habe im November 2016 (IV-Nr. 55) Antrag auf weitere berufliche Massnahmen gestellt, nachdem der erste Eingliederungsversuch in der C.____ vorzeitig habe abgebrochen werden müssen. Er habe die Beschwerdegegnerin um Unterstützung bei der Suche nach einer Stelle mit einem Pensum von 50 % ersucht. Zu diesem Gesuch habe die Beschwerdegegnerin erst in der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 10. August 2018 Stellung genommen. Das Gesuch hätte die Beschwerdegegnerin jedoch vorher beurteilen müssen. Dass sich der Beschwerdeführer selber zu einem späteren Zeitpunkt als nicht arbeitsfähig gesehen habe, ändere nichts daran, denn die gegenüber der Gutachterin getätigte Aussage habe sich nicht auf berufliche Massnahmen bezogen und gutachterlich seien solche auch objektiv möglich (vgl. Beschwerde, S. 8 f., Ziff. 15).

6.2 Nach Art. 8 Abs. 1 IVG haben invalide oder von einer Invalidität bedrohte Versicherte (Art. 8 ATSG) unter anderem Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen, wenn der Eingliederungswille bzw. eine subjektive Eingliederungsfähigkeit gegeben ist. Berufliche Massnahmen können u.a. dazu dienen, subjektive Eingliederungshindernisse im Sinne einer Krankheitsüberzeugung zu beseitigen. Es bedarf indessen auch diesfalls eines Eingliederungswillens bzw. einer entsprechenden Motivation der versicherten Person (Urteil des Bundesgerichts 9C_59/2017 vom 21. Juni 2017 E. 3.1 ff. mit Hinweisen).

6.3 Im vorliegenden Fall meldete sich der Beschwerdeführer am 8. November 2016 bei der Beschwerdegegnerin erneut zum Leistungsbezug an (IV-Nr. 54, nachdem das von ihr für den Zeitraum vom 1. März bis 31. August 2016 bewilligte Arbeitstraining in der C.____ vom Beschwerdeführer vorzeitig am 30. Juni 2016 hatte abgebrochen werden müssen (vgl. IV-Nr. 33, 42, 47.8, 47.10 S. 3, 48 und 50). Am 9. November 2016 stellte er bei der SVA Basel-Landschaft, an welche die Sache zur Durchführung der Eingliederung delegiert worden war, einen Antrag auf «Unterstützung Job-Coaching, Hilfe bei der Stellensuche 50 %» (IV-Nr. 55). In der Folge veranlasste die Beschwerdegegnerin zur Beantwortung der Frage, ob ein versicherungsrechtlich invalidisierender Gesundheitsschaden ausgewiesen sei, die vorerwähnte psychiatrische Begutachtung bei Dr. med. D.____ vom 11. September 2017 (vgl. Stellungnahme der RAD-Ärztin Dr. med. L.____ vom 30. Januar 2017 [IV-Nr. 64 und 65]). Anlässlich dieser psychiatrischen Begutachtung nahm der Beschwerdeführer zur Selbsteinschätzung seiner Arbeitsfähigkeit gegenüber der Gutachterin dahingehend Stellung, er denke, dass er derzeit gar nicht arbeiten könne; nach zwei Tagen würde er ausfallen (IV-Nr. 70 S. 15 Ziff. 3.1.10). Er sehe sich «für eine Tätigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt als eher nicht arbeitsfähig» an (IV-Nr. 70 S. 25 Ziff. 6.5.2). In seinem Einwand vom 15. März 2018 zum Vorbescheid vom 15. Februar 2018 erklärte er, es gehe ihm gesundheitlich immer schlechter und es bereite ihm Mühe, den Alltag zu bewältigen (IV-Nr. 78 S. 2). In ihrer Stellungnahme vom 28. April 2018 bestätigte die behandelnde Psychiaterin eine Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustands des Beschwerdeführers, wobei sie unter Berücksichtigung der geschilderten Gegebenheiten die Beschwerdegegnerin darum ersuchte, den Vorbescheid bezüglich eines Anspruchs auf berufliche Massnahmen (und eine Invalidenrente) nochmals zu prüfen (IV-Nr. 81). Aus den vorliegenden Klinikberichten vom 27. Juni und 13. August 2018 geht nichts hervor, was

darauf hindeuten würde, dass der Beschwerdeführer seine Auffassung, arbeitsunfähig zu sein und damit auch an keinen beruflichen Eingliederungsmassnahmen teilnehmen zu können, geändert hätte. Ein Eingliederungswille des Beschwerdeführers, d.h. dessen Bereitschaft oder Motivation zur Durchführung von beruflichen Eingliederungsmassnahmen, ist somit nicht erkennbar. Demnach kann von der erforderlichen subjektiven Eingliederungsfähigkeit des Beschwerdeführers nicht ausgegangen werden. Entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers war die Beschwerdegegnerin auch nicht gehalten, vor Erlass der hier angefochtenen Verfügung über dessen Anspruch auf berufliche Eingliederungsmassnahmen zu entscheiden, da zuerst die medizinische Situation gutachterlich abgeklärt und danach das Ergebnis des stationären Klinikaufenthalts abgewartet werden musste, bevor über den Anspruch auf berufliche Eingliederungsmassnahmen entschieden werden konnte. Das Vorgehen der Beschwerdegegnerin, beide Ansprüche in der vorliegend angefochtenen Verfügung zu beurteilen, ist somit nicht zu beanstanden.

7. Nach dem Gesagten erweist sich die vorliegend angefochtene Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 10. August 2018, worin der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente sowie derjenige auf berufliche Eingliederungsmassnahmen abgewiesen wurden, als gesetzeskonform. In Übereinstimmung mit der Auffassung der Beschwerdegegnerin liegt angesichts des psychosozial bedingten Beschwerdebildes keine versicherte Gesundheitsbeeinträchtigung des Beschwerdeführers vor. Die Beschwerde ist somit abzuweisen.

E. 8

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

8.2 Aufgrund von Art. 69 Abs. 1bisIVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 bis 1'000.00 festgelegt. Im vorliegenden Fall hat der Beschwerdeführer die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen, welche mit dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe zu verrechnen sind.

Demnach widerkannt:

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

Schmidhauser

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