

# **SO\_GERICHTE VSBES.2019.147 vom 3. Juni 2020**

SO Obergericht, 2020-06-03, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so\\_gerichte\\_VSBES.2019.147\\_d20200603](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2019.147_d20200603)

FR: SO\_GERICHTE VSBES.2019.147 du 3 juin 2020

IT: SO\_GERICHTE VSBES.2019.147 del 3 giugno 2020

## **Regeste**

Invalidenrente

## **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 macht geltend, er leide an invalidisierenden psychischen und somatischen Beschwerden, weshalb er Anspruch auf eine Invalidenrente habe. Eventualiter sei eine neue polydisziplinäre Begutachtung durchzuführen, da der Sachverhalt im Verwaltungsverfahren nur unvollständig abgeklärt worden sei. Im Folgenden ist der medizinische Sachverhalt darzulegen:

### 3.1

3.1.1 Aus dem Bericht der Psychiatrischen Dienste, Kliniken für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, [...], vom 7. April 2014 (1. Hospitalisation) geht hervor, dass der Beschwerdeführer dort vom 23. bis 25. März 2014 hospitalisiert war (Einweisung durch den Hausarzt Dr. med. H.\_\_\_\_). Die Diagnosen lauteten wie folgt: «Anpassungsstörung mit gemischter Störung von Gefühlen und Sozialverhalten (ICD-10 F43.25); Isoliertes Stimmenhören seit 10 Jahren unklarer Ätiologie; Unklare nächtliche Absence-Zustände DD Somnambulismus». Es wurde angegeben, der Patient sei auf die Akutstation der psychiatrischen Dienste zur weiteren Beurteilung und Verlaufsbeobachtung aufgenommen worden. Bereits am Folgetag habe er über eine wesentliche Besserung berichtet. Die Stimmen seien nicht mehr so häufig vorgekommen, ausserdem fühle er sich viel besser. Aufgrund der Symptome mit isoliertem Stimmenhören sei die Diagnose einer schizophrenen Erkrankung nicht erfüllt. Der Patient gebe jedoch an, am Arbeitsplatz viel Stress zu haben, was von seinem Schwager bestätigt worden sei. Die Stimmen seien in stressigen Phasen öfters vorhanden. Eines Nachts sei der Patient aufgestanden und habe wie in einem Trancezustand das Auto beladen und Sachen für den Arbeitstag präpariert. Zum aktuellen Zeitpunkt gehe man am ehesten von einer Anpassungsstörung mit gemischter Störung von Gefühlen und Sozialverhalten aus. Die Kriterien für eine Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis seien nicht erfüllt. Die Stimmen seien ohne medikamentöse Intervention nach zwei Tagen ganz verschwunden. Zum Ausschluss einer somatischen Grunderkrankung seien deshalb Termine für ein EEG sowie ein MRI im F.\_\_\_\_ vereinbart worden. Der Patient habe am 25. März 2014 in deutlich gebessertem Allgemeinzustand nach Hause entlassen werden können (IV-Nr. 23 S. 15 f.).

3.1.2 Das MRI vom 14. April 2014 zeigte normale Verhältnisse (keine zerebrale Atrophie, intrakranielle Raumforderung oder Zeichen einer chronischen Ischämie; IV-Nr. 23 S. 13 f.).

3.2 Die zweite Hospitalisation in den Psychiatrischen Diensten, [...], dauerte vom 26. Oktober bis 2. November 2015. Es wurde folgende Diagnose gestellt: «paranoide Schizophrenie (ICD-10 F20.0), DD akute polymorphe psychotische Störung mit Symptomen einer Schizophrenie (ICD-10 F23.1)». Zur aktuellen Situation wurde dargelegt, der Patient habe berichtet, dass er zurzeit an starken Ängsten leide. Er befürchte, dass ihm ausserhalb seiner Wohnung durch unbekannte Personen Schaden zugefügt werde. Auch habe er den Eindruck, dass er während des Autofahrens von fremden Autos verfolgt werde. Während der letzten drei Wochen sei er vermehrt zu Hause geblieben. Auch dort habe er starke Ängste. Im Weiteren höre er Stimmen seines verstorbenen Onkels sowie Grossonkels, welche ihn vor dubiosen Personen warnten. Das Stimmenhören sei seit mehreren Jahren vorhanden, in letzter Zeit jedoch stark intensiviert. Zudem könne er aufgrund der Ängste nicht mehr schlafen.

Zum Verlauf und zur Beurteilung wurde angegeben, der Patient sei auf einer offen geführten Kriseninterventionsstation aufgenommen worden. Es habe ein psychotisches

Zustandsbild mit Stimmenhören, Beeinträchtigungs- und Verfolgungsideen sowie einer Ich-Störung mit Gedankenausbreitung imponiert. Zudem hätten starke Ängste bestanden. Der Patient sei aufgrund des psychotischen Erlebens deutlich belastet. Er sei in ein multimodales Therapiekonzept bestehend aus psychotherapeutischen Einzelgesprächen, Kunst- sowie Bewegungstherapie einbezogen worden. Ausserhalb des Therapieprogrammes habe er sich mehrheitlich zurückgezogen und sei nur wenig im Kontakt mit Mitpatienten gewesen. Im Weiteren sei eine antipsychotische Behandlung mittels Zyprexa installiert worden. Darunter sei eine Zustandsverbesserung erfolgt. Der Patient habe berichtet, dass die Stimmen und die Ängste nur noch reduziert vorhanden seien. Er habe sich jedoch nicht vollständig von den Beeinträchtigungs- und Verfolgungsideen distanzieren können. Diagnostisch gehe man bei Bestehen von akustischen Halluzinationen und Gedankenausbreitung über einen Zeitraum von etwa vier bis fünf Wochen am ehesten von einer paranoiden Schizophrenie aus. Auf Wunsch des Patienten sei bei fehlender Fremd- und Selbstgefährdung ein rascher Austritt in die vorbestehenden Verhältnisse erfolgt. Die ambulante Nachbehandlung erfolge im Psychiatrischen Ambulatorium [...] (Bericht vom 13. November 2015, IV-Nr. 23 S. 10 ff.).

3.3 Aus dem versicherungspsychiatrischen Gutachten von Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, vom 16. März 2016 (Untersuchung vom 9. März 2016; IV-Nr. 7 S. 2 ff.) geht folgende Diagnose hervor: «2015 diagnostizierte paranoide Schizophrenie ICD-10 F20.0, aus versicherungspsychiatrischer Sicht diskussionsbedürftig». Unter dem Titel «Beurteilung und Prognose» gab der psychiatrische Gutachter im Wesentlichen an, der aktuell 41-jährige Explorand habe nicht von einer psychiatrischen Vorgeschichte berichtet, sondern angegeben, er habe über alle Jahre bis 2015 sein Leben gut führen können. Die ersten 20 Jahre habe er in einem anatolisch-kurdischen Dorf gelebt und nach der obligatorischen fünfjährigen Schule auf dem Land gearbeitet, bis er dann zu einem Bruder in die Schweiz gekommen sei. Hier habe er gearbeitet, geheiratet und eine Familie mit zwei Kindern gegründet. Über all die Jahre habe er keine psychische Krankheit gehabt. Er sei während der vergangenen acht Jahre in [...] gut integriert gewesen. Er habe seine selbstständige Erwerbstätigkeit (Grill/Imbiss) zusammen mit seiner Ehefrau und einem Angestellten (Fahrer) gut ausüben können. Aus den Angaben gingen keine Hinweise auf eine bestehende psychiatrische Erkrankung hervor, die den Exploranden im Sinne einer episodischen, andauernden Schizophrenie oder noch nicht manifestierten schizophrenen Erkrankung in den vergangenen 10 oder 20 Jahren eingeschränkt hätte. Auch wenn tatsächlich psychotische Erkrankungen auch im Sinne einer Spätmanifestation erst mit 40 Jahren auftreten könnten, würde es sich jedoch um einen nicht sehr typischen Verlauf handeln.

Im Weiteren wurde dargelegt, aus gutachterlicher Sicht sei im Hinblick auf die Diagnosestellung auszuführen, dass der Explorand in der aktuellen Untersuchung die einmalige Behandlung im Jahr 2014 (Austrittsbericht vom 7. April 2014; vgl. E. II. 3.1 hiervor) nicht erwähnt habe, die allerdings durch einen Entlassungsbericht dokumentiert sei, als er sich für zwei oder drei Tage in stationärer Behandlung befunden habe; damals habe der Explorand eine Anpassungsstörung gehabt und über das Hören von Stimmen während etwa 10 Jahren berichtet. Nachvollziehbarerweise sei aufgrund dieser Angaben nicht die Diagnose einer Schizophrenie gestellt worden, auch sei der Explorand unter der Einnahme von Baldrian dann innerhalb weniger Tage deutlich gebessert wieder nach Hause entlassen worden. Es müsse also aus gutachterlicher Sicht hinterfragt werden, ob der

Explorand zu diesem Zeitpunkt (März 2014) aus anderen Gründen in die ärztliche Behandlung gelangt sei, die schliesslich zur Überweisung in die psychiatrische Klinik geführt habe.

Aus den ärztlichen Berichten des Jahres 2015 ergebe sich dann, dass der Explorand ab 26. Oktober 2015 für etwa eine Woche stationär behandelt worden sei (vgl. E. II. 3.2 hiervor). Damals sei die Diagnose einer paranoiden Schizophrenie, differentialdiagnostisch diejenige einer akuten polymorphen psychotischen Störung gestellt worden. Aufgrund der Medikation hätten sich die bei Eintritt bestehenden starken Ängste gebessert. Der Explorand habe bis zum Eintrittszeitpunkt befürchtet, ihm werde ausserhalb der Wohnung durch unbekannte Personen Schaden zugefügt, er habe sich während des Autofahrens von fremden Autos verfolgt gefühlt und er habe den Verdacht bereits der Polizei gemeldet; ausserdem habe er Stimmen des verstorbenen Onkels sowie solche des Grossonkels gehört, die ihn vor dubiosen Personen gewarnt hätten. Auch wenn zwar rückblickend aus gutachterlicher Sicht womöglich die Kriterien der akustischen Halluzinationen und inhaltlichen Denkstörungen durch überwertige Ideen, Wahn oder Verfolgungsideen erfüllt seien, so müsse doch hinterfragt werden, ob der zu diesem Zeitpunkt 40-jährige Explorand tatsächlich im Sinne einer Erstmanifestation die Kriterien für eine Schizophrenie als eigenständige Erkrankung (ICD-10 F20) erfüllt habe. Hierzu würden noch andauernde Verhaltensauffälligkeiten, Auffälligkeiten im Affekt, womöglich Ambivalenz und Ambitendenz, sowie formale Denkstörungen gehören, die offensichtlich in den Jahren zuvor, und auch aktuell, nicht vorhanden gewesen seien.

Aus gutachterlicher Sicht dürfe darauf hingewiesen werden, dass bei nicht sehr guter sprachlicher Kommunikation die Angaben von Menschen, wonach sie Stimmen hörten, sich verfolgt fühlten und ängstlich seien, häufig als paranoid-halluzinatorische Symptomatik interpretiert würden, woraus dann eine schizophrene Erkrankung diagnostiziert werde. Aus gutachterlicher Sicht müsse aber immer hinterfragt werden, was ein Betroffener für motivationale Faktoren haben könnte, derartige Angaben mit bewusstem Ausdruckscharakter zu tätigen. Der Explorand habe auf direkte Nachfragen aktuell keine triggernden Faktoren für seine Beschwerden und weder familiäre Probleme noch sonstige Belastungen angegeben, auch keine finanziellen Schwierigkeiten. Beim Exploranden sei zunächst Olanzapin eingesetzt worden, das wohl «gut geholfen habe», dann jedoch wegen unerwünschter Wirkungen abgesetzt worden sei. Bei der zweiten stationären Behandlung sei dann Risperidon eingesetzt worden, das bis zum aktuellen Zeitpunkt geholfen habe. Hierzu habe der Explorand angegeben, unter der Kombination aus Risperidon und Mirtazapin seien die Ängste besser geworden vor Fremden, die ihm Böses antun wollten, und der Schlaf sei besser geworden. Als unerwünschte Wirkung schlafe er nun zu viel, er sei oft müde und könne nicht mehr alleine gerade gehen.

Dr. med. D. \_\_\_ stellte fest, in der aktuellen Untersuchung habe sich der Explorand in einem sehr schlechten Zustand dargestellt. Der Allgemeinzustand sei geprägt von schwitziger Haut, fahlem Gesichtskolorit, einem eher mässig gepflegten Äusseren, der offensichtlichen Körperschwäche, von einem Kollegen gestützt werden zu müssen, einem angedeuteten Parkinsonoid und starken Ausdünstungen nach Kebab-/Döner-Imbiss. Die aktuelle Befunderhebung sei vereinbar mit dem Vorliegen einer manifesten gravierenden psychiatrischen Erkrankung, die aus dem Spektrum schizophrener Erkrankungen allerdings über einige Wochen bis Monate doch gut behandelbar sein sollte. Die Einnahme von 2 x 2 mg Risperidon erscheine aus der gutachterlichen Einschätzung heraus als eher hoch, es

sollten unbedingt nicht vorangekündigte Wirkstoffspiegelentnahmen im Blut erfolgen. Zur psychischen Unterstützung sei zur Aufnahme von Tagesaktivitäten zu raten. Der Explorand sollte nicht zu Hause sitzen oder liegen, sondern unterschiedlichen Aktivitäten nachgehen. Er könne auch in seinen Imbiss gehen. Aufgrund der aktuellen Untersuchung ergäben sich keine beweiskräftigen Hinweise darauf, dass der Explorand nicht an einer primär psychischen Störung leide und intentionale motivationale Faktoren für die Angabe der Beschwerden vorhanden seien. Deshalb werde er aktuell für psychisch krank gehalten und es werde der behandelnde Psychiater gebeten, aufmerksam diese Diskussion des Gutachtens zu berücksichtigen und den Exploranden dann leitliniengerecht zu behandeln. Insofern werde eine aktuelle Arbeitsunfähigkeit für die nächsten drei Monate, also bis Mitte Juni 2016, als nachvollziehbar erachtet. Andererseits bestünden doch einige Hinweise, dass der Explorand eventuell nicht an einer Schizophrenie leiden könnte und hier andere Aspekte im Sinn der intentionalen Faktoren als überwiegend zu betrachten seien. Der behandelnde Psychiater habe bei mangelndem Ansprechen auf die Pharmakotherapie, bei unverändertem Verlauf und fehlender Bereitschaft, eine längere stationäre oder teilstationäre Behandlung aufzunehmen, einen ausführlichen Therapieverlaufsbericht zu erstellen, um nach ca. drei Monaten ab Mitte Juni 2016 eine Re-Evaluation vornehmen zu können, sollte sich nicht bei guter Behandelbarkeit eine deutliche Besserung einstellen und der Explorand (zumindest wieder zu 50 %) seine Tätigkeit aufgenommen haben (IV-Nr. 7 S. 2 ff.).

### 3.4

3.4.1 Die Psychiatrischen Dienste, Ambulatorium [...] (Dr. med. C.\_\_\_\_, Oberarzt), stellte im Bericht zu Händen der Beschwerdegegnerin vom 25. Juli 2016 folgende Diagnose: «Postschizophrene Depression (F20.4) DD schizoaffektive Störung, gegenwärtig schwere depressive Episode». Es wurde eine vollständige Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen selbstständigen Tätigkeit in der Gastronomie im Zeitraum von Februar 2016 bis Ende August 2016 angegeben. Der Gesundheitszustand sei besserungsfähig und die Arbeitsfähigkeit könne durch medizinische Massnahmen verbessert werden. Zur Anamnese wurde angegeben, der Patient sei am 12. November 2015, nach stationärer Behandlung vom 26. Oktober bis 2. November 2015 auf der offen geführten Krisenstation im Hause, bei neu diagnostizierter paranoider Schizophrenie in eine ambulante Behandlung eingetreten. Es hätten regelmässige Konsultationen in einem Zeitintervall von 1 bis 2 Wochen stattgefunden, die der Patient zuverlässig wahrgenommen habe. Es seien psychoedukative und supportive Gespräche erfolgt. Unter der Medikation mit Zyprexa sei es insgesamt zu einer raschen Teilremission der psychosomatischen Symptomatik gekommen. Der Patient habe die Stimmen nur noch undeutlich und im Hintergrund gehört, wahnhaftige Symptome und psychotisch anmutende Ängste sowie Gedankeneingebung seien nicht mehr vorhanden gewesen. Bei ausgeprägter Tagesmüdigkeit und deutlicher Appetitsteigerung unter Zyprexa sei die neuroleptische Medikation am 29. Dezember 2016 auf Risperdal umgestellt und aufdosiert worden. Der Patient habe im Verlauf von einem Gleichbleiben der psychotischen Symptomatik berichtet, aber auch von einer Verschlechterung des affektiven Zustandes. Er habe eine deutlich depressive Symptomatik gezeigt mit gedrückter Stimmung, reduzierter Freude und weniger Interessen, eine stark reduzierte Belastbarkeit und Konzentrationsstörungen. Der Appetit sei deutlich reduziert gewesen. Zudem habe er über ausgeprägte Schlafstörungen geklagt. Es seien zudem starke finanzielle Sorgen und Ängste aufgetreten, ebenso Schuld- und Schamgefühle gegenüber der Ehefrau bei deutlich eingeschränkter Belastbarkeit. Der Patient habe den dringenden Wunsch geäussert, zu

mindestens 40 % zu arbeiten, wobei sich gezeigt habe, dass er dabei deutlich überfordert wäre und vermutlich sehr ineffektiv arbeiten würde. Bei der Arbeit sei dem Patienten eine deutliche Lärmempfindlichkeit aufgefallen, Kundenkontakt sei ihm dabei kaum möglich gewesen. Bei ausgeprägter depressiver Symptomatik habe sich der Patient am 13. Februar 2016 zur stationären Behandlung vorgestellt. Am 2. März 2016 habe ihm aufgrund der starken depressiven Symptomatik eine Arbeitsfähigkeit von 0 % attestiert werden müssen. Seit März 2016 bestehe weiterhin eine schwere depressive Episode mit einer Arbeitsfähigkeit von 0 %. Antidepressive Behandlungsversuche mit Cipralax und Cymbalta mit Spiegel im Referenzbereich seien erfolglos gewesen. Aktuell werde der Patient auf Sertralin eingestellt.

Im Weiteren wurde festgehalten, der Patient gebe eine stark gedrückte Stimmung, reduzierten Antrieb, Morgentief, reduzierte Freude und Interessen, sozialen Rückzug, reduzierte Belastbarkeit, Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörungen, Grübeln, Insuffizienzgefühle und Zukunftsängste an. Zu den therapeutischen Massnahmen bzw. zur Prognose wurde angegeben, es seien regelmässige psychiatrisch-psychotherapeutische Gespräche im Abstand von etwa 1 bis 2 Wochen durchzuführen. Ausserdem habe eine neuroleptische Medikation mit Risperidon zu erfolgen. Insgesamt werde die Prognose als gut eingeschätzt, aktuell deutlich erschwerend seien allerdings die schwere depressive Episode und bisher vergebliche Behandlungsversuche mit Antidepressiva.

Auf dem Beiblatt zum Arztbericht wurde angegeben, wegen reduzierter Belastbarkeit, Konzentrationsstörungen, reduzierter Anpassungsfähigkeit und ausgeprägter depressiver Symptome sei die Ausübung der bisherigen Tätigkeit aktuell nicht möglich. Bei ausgeprägten Einschränkungen betrage die Arbeitsfähigkeit 0 %. Grundsätzlich wäre die bisherige Tätigkeit noch zumutbar, aktuell aber noch nicht. Andere Tätigkeiten seien dem Patienten nicht zuzumuten (IV-Nr. 13 S. 5 ff.).

3.4.2 Aus der Epikrise der ambulanten Behandlung vom 12. November 2015 bis 12. Oktober 2016 gehen folgende Schlussdiagnosen hervor: «Paranoide Schizophrenie (F20.0); Postschizophrene Depression (F20.4), DD schizoaffektive Störung, ggf. schwere depressive Episode; Verdacht auf Schlafapnoesyndrom; Anamnestisch arterielle Hypertonie; Anamnestisch vor 1 Jahr kardiologische Abklärung im [...]». Zum Verlauf wurde festgehalten, nach der zweiten Hospitalisation vom 26. Oktober bis 2. November 2015 sei im Rahmen einer neu diagnostizierten paranoiden Schizophrenie (DD akute polymorphe psychotische Störung mit Symptomen einer Schizophrenie) die Nachbehandlung im Ambulatorium [...] erfolgt. Unter der Medikation mit Risperdal seien die psychotischen Symptome weiterhin deutlich rückläufig gewesen. Erschwerend hätten sich jedoch neu die Symptome einer wahrscheinlich postschizophrenen Depression gezeigt, welche initial mit Remeron und dann wegen ungenügendem Ansprechen mit Sertralin behandelt worden sei. Unter dieser Medikation habe der Patient eine deutliche Verbesserung der depressiven Symptomatik gezeigt (Antriebslosigkeit, Müdigkeit, Konzentrationsstörungen). Anamnestisch und insbesondere auch fremdanamnestisch habe man in einem Familiengespräch jedoch auch ausgeprägte Schlafstörungen im Sinne eines ausgeprägten Schnarchens mit Atempausen feststellen können. Somit bestehe klinischerseits ebenfalls ein Verdacht auf ein Schlafapnoesyndrom.

Zum Procedere wurde festgehalten, der Patient wünsche eine weitere Behandlung durch einen türkisch sprechenden Psychiater. Am 12. Oktober 2016 sei das Abschlussgespräch im Ambulatorium [...] erfolgt. Der Patient habe bereits eine Therapie bei Dr. med. I.\_\_\_\_

begonnen. Eine Anmeldung im Schlaflabor des F.\_\_\_\_ zur Abklärung eines allfälligen Schlafapnoesyndroms sei erfolgt. Die aktuelle Krankschreibung von 100 % sei noch bis und mit 16. Oktober 2016 gültig (IV-Nr. 17).

### 3.5

3.5.1 Aus dem Bericht der Psychiatrischen Dienste, Ambulatorium [...] (Dr. med. C.\_\_\_\_), zu Händen des Krankentaggeldversicherers vom 25. Juli 2016 geht folgende Gesamtbeurteilung hervor: Insgesamt bestehe aktuell eine schwere depressive Episode bei bekannter paranoider Schizophrenie. Der Verlauf sei schwierig, da es unter der antidepressiven Medikation zu keiner Verbesserung der depressiven Symptomatik gekommen sei. Ebenso sei es zu einer Sinustachykardie gekommen, sodass die Einstellung der antidepressiven Therapie erschwert sei. Es sei die Fortführung der psychotherapeutischen Gespräche sowie der Medikation geplant. Bei unzutreffender Wirksamkeit müsse die Medikation erneut angepasst werden. Es könne mit einer namhaften Besserung der Gesundheitsschädigung bzw. einem Sistieren der aktuellen Symptomatik gerechnet werden. Die Arbeitsfähigkeit betrage zum aktuellen Zeitpunkt 0 % bei schwerer depressiver Episode (IV-Nr. 18.7).

3.5.2 Der Stellungnahme von Dr. med. D.\_\_\_\_ vom 30. August 2016 zum vorerwähnten Bericht der Psychiatrischen Dienste vom 25. Juli 2016 kann entnommen werden, die Fragen zur Arbeitsunfähigkeit seien zwar gewissenhaft beantwortet worden, eine freie Diskussion über die inhaltlichen Fragestellungen des Gutachtens sei jedoch nicht erfolgt. Eine inhaltliche Auseinandersetzung mit der kritischen Anmerkung, ob der Explorand wirklich eine Schizophrenie erlitten habe, werde vermisst. Alleine die Würdigung der Angaben des Patienten, nämlich die Beschwerdeschilderung eines depressiven Syndroms, sei in diesem Fall für eine weiterreichende Einschätzung nicht ausreichend. Alleine aufgrund des nun vorliegenden Arztberichtes vom 25. Juli 2016 lasse sich die Grundaussage und die versicherungspsychiatrische Einschätzung des Gutachtens vom 16. März 2016 nicht verändern (IV-Nr. 18.5).

3.6 Im psychiatrischen Gutachten von Dr. med. E.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, vom 5. Dezember 2016 (Untersuchung vom 30. November 2016) wurde dargelegt, die vom Psychiatrischen Dienst [...] gestellte Diagnose einer paranoiden Schizophrenie bleibe auch nach dieser Begutachtung diskussionsbedürftig, dies zum einen wegen des späten Erkrankungsalters bei bisher unauffälliger psychiatrischer Vorgeschichte (ein Erkrankungsbeginn in diesem Alter sei jedoch nicht ganz ausgeschlossen), zum zweiten wegen der jeweils sehr raschen Rückbildung der psychotischen Symptomatik im Rahmen der Hospitalisationen, zum dritten wegen der fraglich erfüllten diagnostischen Kriterien der ICD-10 und zum vierten auch wegen des aktuellen klinischen Eindrucks des Exploranden. Was die anamnestiche Symptomatik betreffe, so bleibe bei retrospektiver Betrachtung fraglich, ob der Explorand die diagnostischen Kriterien der ICD-10 für eine Schizophrenie in der Vergangenheit wirklich ausreichend erfüllt habe. Aktuell bestünden keine Hinweise auf eine floride psychotische Symptomatik und die diagnostischen Kriterien der ICD-10 für eine psychotische Episode im Rahmen einer Schizophrenie seien nicht erfüllt worden. Bestünden keine schizophrener Symptome (mehr), dann sollte gemäss ICD-10 eine depressive Episode und nicht eine postschizophrene Depression diagnostiziert werden. Gegenwärtig seien formaldiagnostisch die Kriterien der ICD-10 für eine leichte bis allenfalls mittelgradige depressive Episode erfüllt. Differentialdiagnostisch müsse im vorliegenden Fall auch ein schizophrenes Residuum diskutiert werden. Zusammenfassend

blieben wesentliche Zweifel am Vorliegen einer schizophrenen Störung, dies einerseits in diagnostischer Hinsicht, andererseits aber auch aufgrund einer Reihe anderer Aspekte. Zum Resultat der Blutuntersuchung mit Bestimmung der Medikamentenspiegel sei anzumerken, dass bei regelmässiger Einnahme des Neuroleptikums auch am Vormittag nach der letzten Einnahme am Vorabend beim aktiven Metaboliten 9-OH-Risperidon ein messbarer Serumspiegel nachweisbar sein müsste, was hier nicht der Fall sei. Dies lege den Schluss nahe, dass der Explorand das Medikament entgegen seiner Angaben in den Tagen vor der Untersuchung nicht eingenommen habe. Dieser Umstand spreche nicht a priori gegen das Vorliegen einer schizophrenen Erkrankung, zumal die Medikamentencompliance bei diesen Störungen häufig problematisch sei. Vorliegend habe der Explorand jedoch betont, dass das von ihm als sehr störend empfundene Stimmenhören durch die Einnahme von Risperidon verschwunden sei; auch im Behandlungsbericht der Psychiatrischen Dienste sei dies so vermerkt worden. Insofern lege die Nichteinnahme dieses Medikaments nahe, dass das Stimmenhören entweder schon seit längerem kein Thema mehr sei oder dass damit kein wesentlicher Leidensdruck verbunden gewesen sei. Im Gegensatz zu Risperidon sei der Serumspiegel für Sertralin im therapeutischen Bereich gewesen, sodass die Compliance für das Antidepressivum offenbar gegeben sei.

Wie schon im psychiatrischen Vorgutachten von Dr. med. D.\_\_\_\_ ausgeführt worden sei, finde man beim Exploranden auch jetzt keine sicheren Hinweise auf einen sekundären Krankheitsgewinn, die ein Festhalten an der Krankheit bzw. an einer «Krankenrolle» nahelegen würden. Finanzielle Belastungen habe der Explorand verneint. Er habe betont, dass sein Imbissbetrieb bis zum Erkrankungsbeginn sehr gut gelaufen und rentabel gewesen sei. Die Gültigkeit dieser Angabe könne im Rahmen einer medizinischen Begutachtung nicht überprüft werden. Es sei auch nicht möglich, die Angaben des Exploranden zu dessen geschilderten passiven Alltagsverhalten zu verifizieren. In diesem Zusammenhang falle allerdings die starke Ausdünstung des Exploranden nach Bratfett auf, was doch einigermassen erstaunt habe, zumal der Explorand seinen Imbissbetrieb vor 6 Monaten verkauft habe und es schwer vorstellbar sei, dass eine derart ausgeprägte Ausdünstung durch den Aufenthalt in der häuslichen Küche resultiere (nach der Darstellung des Exploranden sei ausschliesslich seine Ehefrau für die Zubereitung der Mahlzeiten zuständig). In diesem Zusammenhang wecke auch der Umstand, dass der Explorand weiterhin regelmässig Auto fahre und auch längere Strecken wie von seinem Wohnort in [...] nach [...] zu Stosszeiten nicht scheue und sich dabei offenbar mit Hilfe des Navigationsgeräts gut zurechtfinde, Zweifel an der Schwere der von ihm geltend gemachten kognitiven Probleme und Initiativlosigkeit. Letztlich könne also derzeit klinisch einzig ein «adynames» Syndrom objektiviert werden, welches sich aufgrund formaldiagnostischer Aspekte (subjektive Beschwerdeangaben) einer leicht bis höchstens mittelgradig ausgeprägten depressiven Episode (ICD-10 F32.0/1) zuordnen lasse. Die vorangegangene Diagnose einer paranoiden Schizophrenie lasse sich im Rahmen der aktuellen psychiatrischen Begutachtung weiterhin nicht erhärten; differentialdiagnostisch sei aufgrund des klinischen Aspekts aber derzeit eine «Minussymptomatik» im Rahmen einer schizophrenen Erkrankung nicht ganz auszuschliessen, eine Differentialdiagnose, welche letztlich nur durch eine genaue klinische Beobachtung des weiteren Krankheitsverlaufs beurteilt werden könne.

Was die therapeutischen Bemühungen betreffe, so könne von einer leitlinienorientierten Behandlung derzeit nicht die Rede sei. In der Stabilisierungsphase nach einer psychotischen

Episode sollten nebst der medikamentösen Behandlung und regelmässigen psychotherapeutischen Gesprächen die Förderung der Partizipation und der Compliance, die Behandlung kognitiver und sozialer Defizite und weiterer Negativsymptome, die Stabilisierung und Erweiterung sozialer Kontakte, die Motivation und Selbsthilfe sowie die Vorbereitung und Weiterführung rehabilitativer Massnahmen im Fokus der Therapie stehen. Mit Blick auf die Ergebnisse der aktuellen Untersuchung seien medikamentöse und psychotherapeutische Massnahmen mit relativ niederfrequenten Einzelgesprächen (alle 2 bzw. aktuell nur alle 2 bis 3 Wochen) durchgeführt worden, aber es sei weder gewährleistet worden, dass die Medikamentencompliance ausreichend gegeben sei, noch seien Schritte zur Förderung der Partizipation und Rehabilitation eingeleitet worden. Gerade bei Vorliegen einer depressiven Symptomatik oder «Minussymptomatik» seien diese Massnahmen aber unabdingbarer Bestandteil der Therapie. Sollte sich der Gesundheitszustand im Verlauf wieder verschlechtern und eindeutige schizophrene Symptome auftreten, so wäre eine teilstationäre oder längere stationäre Behandlung angezeigt.

Anlässlich der psychiatrischen Vorbegutachtung im März 2016 habe der Explorand noch einen deutlich «maladen» Eindruck gemacht, was aktuell nicht mehr der Fall sei. Auch die von Seiten der Psychiatrischen Dienste [...] im Juli 2016 beschriebene schwere depressive Episode im Sinne einer postschizophrenen Depression könne aktuell nicht mehr diagnostiziert werden. Wie dies schon in der Epikrise der ambulanten psychiatrischen Behandlung bis zum 12. Oktober 2016 festgehalten worden sei, habe sich die depressive Symptomatik inzwischen deutlich verbessert, auch die damals noch ausgeprägten Schlafstörungen seien vom Exploranden aktuell verneint worden (mit Ausnahme der Nacht vor der psychiatrischen Untersuchung, die der Explorand im Schlaflabor mit schlechtem Schlaf verbracht habe). Insgesamt könne die von Seiten der psychiatrischen Dienste bis zum 16. Oktober 2016 attestierte volle Arbeitsunfähigkeit nicht mehr gestützt werden. Die anamnestischen Angaben und vor allem die beobachtbaren «objektivierbaren» psychischen Befunde seien mit einer gegenwärtig leicht bis höchstens mittelgradig ausgeprägten depressiven Symptomatik vereinbar, was eine Fortsetzung der vollen Arbeitsunfähigkeit nicht mehr zu begründen vermöge. Auch die Diagnose einer paranoiden Schizophrenie, sollte sie denn zutreffen, begründe für sich genommen keine anhaltende Aufhebung der Arbeitsfähigkeit. Aus versicherungspsychiatrischer Sicht lasse sich eine höchstens mässige Beeinträchtigung psychischer Grundfunktionen wie Intentionalität, zeitliches Durchhaltevermögen, Flexibilität, Eigeninitiative, Aufmerksamkeits- und Konzentrationsspanne, Kommunikationsfähigkeit und Stressbelastbarkeit erwarten, sodass eine mässige Einschränkung der beruflichen Leistungsfähigkeit derzeit noch nachvollziehbar sei. Die hauptsächliche Beeinträchtigung im Hinblick auf die Wiederaufnahme einer beruflichen Tätigkeit sei derzeit in der Beeinträchtigung von Intentionalität, Eigeninitiative und Motivation, im sozialen Rückzug und vor allem auch in einer inzwischen anzunehmenden psychophysischen Dekonditionierung zu sehen. Der Explorand benötige einen gezielten Anstoss und eine Aktivierung von aussen, um seine Passivität zu überwinden und sich einer aktiveren, nach aussen gerichteten Tagesstruktur und aktiven Bemühungen um eine Rückkehr ins Berufsleben zuzuwenden. Die Aktivierung sollte der Hauptfokus der ambulanten Psychotherapie bilden, parallel zur Einleitung beruflicher Massnahmen im Sinne aktiver Stellensuche parallel zu einer raschen Integration in ein Beschäftigungsprogramm. Medizinisch-theoretisch könnte der Explorand im Rahmen eines Beschäftigungsprogrammes in einer Tätigkeit mit geringem bis höchstens

durchschnittlichem Anspruch an die geistigen Anforderungen ab sofort ein zeitliches und leistungsmässiges Pensum von 50 % realisieren.

Die Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit lauteten wie folgt: «F32.0/1 formaldiagnostisch ggw. leicht bis höchstens mittelschwer ausgeprägte depressive Episode mit/bei aktenanamnestisch vordiagnostizierter schwerer depressiver Episode im Rahmen einer postschizophrenen Depression, DD schizoaffektiven Störung, fehlenden Hinweisen auf eine prämorbid vulnerabilität, DD Minussymptomatik im Rahmen eines schizophrenen Residuums, DD Einwirken nicht-medizinischer Faktoren im Sinne einer nicht-authentischen Symptompräsentation; F20.0 aktenanamnestische Diagnose einer paranoiden Schizophrenie, diskussionsbedürftig».

Zur Arbeitsfähigkeit wurde im Rahmen der Fragenbeantwortung angegeben, in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Geschäftsführer sei aktuell noch von einer aufgehobenen Arbeitsfähigkeit auszugehen, da diese Tätigkeit erhöhte Anforderungen an die psychische Belastbarkeit, die kognitive Flexibilität, die Eigeninitiative, die soziale Kommunikation und an die kognitiven Funktionen voraussetze. Dagegen könnten Computerarbeiten, Bestellungen aufnehmen, einkassieren und ähnliche Tätigkeiten ab sofort ausgeübt werden, dies aktuell mit einem verminderten zeitlichen und leistungsmässigen Pensum von 50 %, was einerseits der depressiven Symptomatik mit Adynamie und Passivität, andererseits der anzunehmenden psychophysischen Dekonditionierung geschuldet sei. Der Explorand könnte Tätigkeiten mit geringem bis höchstens durchschnittlichem Anspruch an die geistigen Anforderungen ab sofort mit einem zeitlichen und leistungsmässigen Pensum von 50 % ausüben, wobei die rasche Integration in ein Beschäftigungsprogramm zur Aktivierung, Tagesstrukturierung und Rekonditionierung dringend angezeigt erscheine. Eine professionelle Unterstützung bei der Wiedereingliederung sei wegen der Beeinträchtigung von Intentionalität und Motivation, des sozialen Rückzugs und der inzwischen anzunehmenden psychophysischen Dekonditionierung angezeigt. Der Explorand benötige einen gezielten Anstoss und eine Aktivierung von aussen, um seine Passivität zu überwinden und sich einer aktiveren, nach aussen gerichteten Tagesstruktur und aktiven Bemühungen um eine Rückkehr ins Berufsleben zuzuwenden. Bei intensiverer Therapie, weiterer Rückbildung der depressiven Symptome und zu erwartender Rekonditionierung sollte innerhalb der nächsten 3 bis 6 Monate eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit auf mindestens 80 % zu erreichen sein. Aktuell sei die Integration in ein Beschäftigungsprogramm angezeigt, welches dem Exploranden ermögliche, die nötige psychophysische Belastbarkeit und Flexibilität für eine erfolgreiche Ausübung jeglicher seinem Ausbildungsstand, seinen beruflichen Erfahrungen und seiner Konstitution entsprechenden Tätigkeiten auf dem 1. Arbeitsmarkt wieder anzueignen (IV-Nr. 18.4).

3.7 Der Hausarzt, Dr. med. H.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Medizin FMH, hielt in seinem Bericht vom 21. Dezember 2016 folgende Diagnosen fest: «Verdacht auf paranoide Schizophrenie, Burn-out/Depression, Verdacht auf obstruktives Schlafapnoesyndrom, Fatigue-Syndrom wahrscheinlich im Rahmen der Burn-out Situation, Primärer Hypogonadismus (Testosteronmangel seit 2013)». Der Patient werde psychiatrisch von Dr. med. I.\_\_\_\_ betreut. Er habe jahrelang mit seiner Ehefrau zusammen einen gut laufenden Kebab-Imbissstand in [...] geführt. Er habe während sieben Tagen pro Woche gearbeitet und sehr wenig Ferien gehabt. In den letzten Jahren habe beobachtet werden können, dass er mehr und mehr Stresssymptome gezeigt habe. Daneben seien Wahnvorstellungen

aufgetreten mit Schlaflosigkeit. Das habe schliesslich zu mehrmaligen stationären Psychiatrieaufenthalten und schliesslich zur Aufgabe des eigenen Geschäfts anfangs 2016 geführt. Der Patient sei bis auf weiteres vollständig arbeitsunfähig. Langfristig sei eine Besserung des Zustandes denkbar. Wie sich dies auf die Arbeitsfähigkeit auswirke, bleibe offen (IV-Nr. 23 S. 9).

3.8 Der behandelnde Psychiater, Dr. med. I.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, hielt in seinem Bericht zu Handen der Beschwerdegegnerin vom 4. Februar 2017 folgende Diagnosen fest: F25.1: Schizoaffektive Störung vom depressiven Typ und rezidivierende depressive Episode aktuell mittleren Grades mit somatischem Syndrom. Es bestehe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit seit August 2016. Im Weiteren wurde dargelegt, der Gesundheitszustand sei stationär. Der Patient leide an einem depressiven Zustand mittleren bis schweren Grades. Er habe täglich Angstzustände begleitet von schweren Aufmerksamkeitsstörungen. Sowohl die bisherige als auch eine andere Tätigkeit seien nicht zuzumuten. Zurzeit sei keine Verbesserung des psychischen Gesundheitszustands des Patienten festzustellen (IV-Nr. 21 S. 5 ff.).

3.9 Im Bericht des F.\_\_\_\_ vom 15. Februar 2017 wurden folgende Diagnosen angegeben: «Lageabhängiges obstruktives Schlafapnoe-Syndrom, Apnoe-/Hypopnoe-Index 14/h, in Rückenlage 41/h (11/2016), erfolgreiche APAP-Therapie seit 13.01.2017; Insomnie; Paranoide Schizophrenie und Depression; Arterielle Hypertonie; Nikotinabhängigkeit, ca. 25 py, achtmonatige Rauchpause vor zwei Jahren mit Nikotinersatz-Therapie; Adipositas». Sodann wurde dargelegt, der Patient benütze das Gerät äusserst gewissenhaft während weit über zehn Stunden pro Tag ohne Unterbrüche. Der Nachtschlaf sei gemäss seiner Ehefrau viel ruhiger geworden und am Tag sei er etwas weniger müde, wenngleich eine ausgeprägte Müdigkeit mit Energieverlust und Lustlosigkeit persistiere. Insgesamt sei die Ehefrau mit dem Therapieeffekt zufrieden. Der Patient selber empfinde die Energielosigkeit und Lustlosigkeit weiterhin als störend. Objektiv seien die respiratorischen Ereignisse vollständig unterdrückt. Die Restsymptomatik sei also seiner psychiatrischen Grundkrankheit zuzuschreiben. Der Rauchstopp sei aktuell wieder ein Thema. Der Patient habe vor zwei Jahren einmal während acht Monaten nicht geraucht, jedoch trotz Nikotinersatz-Therapie markant an Gewicht zugenommen. Es sei ihm eine professionelle Rauchstopp-Beratung angeboten worden (IV-Nr. 23 S. 4 ff.).

3.10 In seinem Bericht vom 2. März 2017 stellte der Hausarzt Dr. med. H.\_\_\_\_ die Diagnosen eines Fatigue-Syndroms (Beginn 2013), einer paranoiden Schizophrenie (ED 2014 [ICD-10 F20.0] DD: Anpassungsstörung mit gemischter Störung von Gefühlen und Sozialverhalten [ICD-10 F43.25]), eines/einer Burnout/Depression (ED 2016), eines obstruktiven Schlafapnoesyndroms (ED 2016) und eines primären Hypogonadismus/Testosteronmangels (seit 2013) und gab an, für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit bestehe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit seit Januar 2016. Der Gesundheitszustand sei stationär mit Besserungstendenz. In der letzten Untersuchung vom 8. Februar 2017 hätten eine anhaltende Müdigkeit trotz Testosteronsubstitution und Psychotherapie sowie eine erektile Dysfunktion festgestellt werden können. Es sei eine urologische Abklärung bei Mikrohämaturie durchgeführt worden. Auf dem Beiblatt zum Arztbericht wurde erklärt, die genannten Diagnosen verunmöglichten die bisherige Tätigkeit als selbstständiger Restaurantbesitzer. Leichte Arbeiten in der Gastronomie ohne körperliche respektive psychische Stresssituationen seien während wenigen Stunden pro Tag zuzumuten. Es bestünden noch ausgeprägte Burnout-Symptome, tendenziell gehe es

jedoch besser (IV-Nr. 23 S. 1 ff.).

3.11 Der behandelnde Psychiater Dr. med. I.\_\_\_\_ bestätigte am 7. März 2017, dass sich der Beschwerdeführer bei ihm seit dem 26. September 2016 in Behandlung befinde. Er diagnostizierte eine paranoide Schizophrenie (F20.00) sowie eine depressive Episode mittleren Grades mit somatischem Syndrom (F32.11). Im Weiteren legte er dar, beim Patienten sei eine schizoaffektive Störung bemerkt worden. Er leide unter akustischen Halluzinationen mit Wahnvorstellungen. Gleichzeitig befinde er sich in einem ängstlich-depressiven Zustand mittleren bis schweren Grades. Der Patient fühle sich sehr müde, er habe Angstzustände und gleichzeitig Aufmerksamkeitsstörungen. Er fühle sich von Personen verfolgt und habe akustische Halluzinationen. Zum Verlauf wurde vermerkt, es sei eine leichte Verbesserung des psychischen Zustands eingetreten. Dank der Medikamente habe er keine akustischen Halluzinationen. Gleichzeitig leide er unter einem Verfolgungswahn. Ausserdem habe er noch depressive und psychotische Symptome. Aktuell sei er zu 60 % arbeitsunfähig. Der Krankheitsverlauf müsse jedoch abgewartet werden (IV-Nr. 27.4 S. 9 f.).

3.12 RAD-Arzt Dr. med. J.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, hielt in seiner Stellungnahme vom 17. Mai 2017 im Wesentlichen fest, die Einschätzung von Dr. med. E.\_\_\_\_ vom 5. Dezember 2016 könne übernommen werden, wobei allerdings die Faktoren der Dekonditionierung und der ungenügenden Therapie höchstens noch für

## **E. 2.2**

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

S. 396). Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten – d.h. der Anamnese – abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232). Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352, 122 V 157 E. 1c S. 160 f.). Dennoch hat es die Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar erachtet, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (BGE 125 V 351 E. 3b S. 352). Den gerichtlichen oder im Rahmen des Verwaltungsverfahrens durch den Sozialversicherer eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 135 V 465 E. 4.4 S. 470 f., 125 V 351 E. 3b/bb S. 353).

2.6 Die behandelnden Ärztinnen und Ärzte stehen in einem auftragsrechtlichen Verhältnis zur versicherten Person und haben sich in erster Linie auf die Behandlung zu konzentrieren. Die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag der therapeutisch tätigen Fachpersonen einerseits und Begutachtungsauftrag der amtlich oder gerichtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits lässt es nicht zu, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass für weitere Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die behandelnden Ärzte wichtige Aspekte benennen, die bei der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (statt vieler: Urteile des Bundesgerichts 9C\_793/2016 vom 3. März 2017 E. 4.1.2 und 9C\_276/2016 vom 19. August 2016 E. 3.1.1 mit Hinweisen).

3. Der Beschwerdeführer macht geltend, er leide an invalidisierenden psychischen und somatischen Beschwerden, weshalb er Anspruch auf eine Invalidenrente habe. Eventualiter sei eine neue polydisziplinäre Begutachtung durchzuführen, da der Sachverhalt im Verwaltungsverfahren nur unvollständig abgeklärt worden sei. Im Folgenden ist der medizinische Sachverhalt darzulegen:

### **E. 3**

Monate über den Untersuchungszeitpunkt hinaus (versicherungsmedizinisch) berücksichtigt werden könnten. In diesem zeitlichen Rahmen wäre eine relevante Verbesserung zu erreichen. Gestützt auf das Gutachten von Dr. med. E. \_\_\_ sei eine selbstständige Erwerbstätigkeit ab Februar 2016 nicht mehr zumutbar. In einer angepassten Tätigkeit bestehe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit von Februar bis August 2016 und eine solche von 50 % von September 2016 bis Februar 2017; ab März 2017 belaufe sich die Arbeitsunfähigkeit auf unter 20 %. Gestützt auf das Gutachten von Dr. med. E. \_\_\_ sei eine Steigerung der Frequenz der psychotherapeutischen Gespräche angezeigt. Dabei sollte die berufliche Rehabilitation vermehrt in den Fokus gerückt werden. Zudem müsse die Medikamentencompliance überprüft werden. Mit diesen Massnahmen sollte eine weitgehende Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit innert 3 Monaten möglich sein (IV-Nr. 26).

3.13 Aus dem Bericht des F.\_\_\_\_, Medizinische Klinik, vom 14. September 2017 (stationärer Aufenthalt vom 5. bis 8. September 2017) gehen folgende Hauptdiagnosen hervor: 1. Akute Lumbago, keine sensomotorischen Ausfälle; 2. Metabolisches Syndrom, Dyslipidämie, pathologische Glukosetoleranz, arterielle Hypertonie, Adipositas; 3. Depression und paranoide Schizophrenie, unter Fluoxetin; 4. Hypochromes, mikrozytäres Erythrozyten; 5. Lageabhängiges obstruktives Schlafapnoesyndrom; 6. Hämorrhoiden. Als Nebendiagnosen wurden eine Insomnie sowie eine Nikotinabhängigkeit angegeben. Unter «Beurteilung/Verlauf» wurde dargelegt, es sei eine notfallmässige Selbsteinweisung bei aktuell aggravierten beidseitigen Flankenschmerzen seit 14 Tagen erfolgt. Bei Eintritt zeige sich der Patient in reduziertem Allgemeinzustand. Die körperliche Untersuchung sei bis auf einen ausgeprägten foetor ex ore und dezentem Giemen über der Lunge unauffällig gewesen. Die beidseitig brennenden lumbalen Schmerzen erkläre man sich im Rahmen einer akuten Lumbago. Bei metabolischem Syndrom werde der Patient zur ambulanten Ernährungsberatung aufgeboten. Der Patient habe von einer zunehmenden psychischen Zustandsverschlechterung mit vermehrter Unruhe, Angst und Gedankenkreisen bei vorbekannter paranoider Schizophrenie und Depression berichtet. Ein stationärer Psychiatrieaufenthalt werde als indiziert erachtet und sei vom Patienten auch gewünscht worden. Bei klinischer Verbesserung der lumbalen Schmerzen habe der Patient am 8. September 2017 in die Psychiatrie [...] verlegt werden können (IV-Nr. 33 S. 3 ff.).

3.14. Gemäss dem Bericht über die 4. Hospitalisation vom 8. bis 19. September 2017 in den Psychiatrischen Diensten, [...], vom 25. September 2017 lautete die psychiatrische Diagnose auf Schizophrenes Residuum (F20.5). Als andere relevante Diagnosen wurden eine akute Lumbago, ein metabolisches Syndrom, ein lageabhängiges obstruktives Schlaf-Apnoe-Syndrom sowie Hämorrhoiden angegeben. Im Weiteren wurde dargelegt, dem Patienten mangle es aufgrund seiner ausgeprägten Negativsymptomatik an einer gesundheitsfördernden Tagesstruktur. Fremdanamnestisch werde eine ausgeprägte Antriebs- und Lustlosigkeit seit Aufgabe seines Arbeitsplatzes beschrieben. Es werde eine Re-Evaluation der antipsychotisch-antidepressiv wirksamen Medikation empfohlen (IV-Nr. 42).

3.15 In einem Bericht vom 26. Januar 2018 gab Dr. med. I.\_\_\_\_ an, es bestehe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit seit August 2016. Der Gesundheitszustand sei stationär. Sowohl die zuletzt ausgeübte als auch eine angepasste Tätigkeit seien dem Patienten nicht zuzumuten. Leider könne aktuell keine Verbesserung des psychischen Gesundheitszustands festgestellt werden (IV-Nr. 36 S. 5 ff.).

3.16 RAD-Arzt Dr. med. J.\_\_\_\_ hielt in seiner Stellungnahme vom 14. März 2018 fest, die zusätzlich eingegangenen Akten wiesen einerseits auf weitere bzw. neue somatische Probleme hin, andererseits sei die Diagnose der paranoiden Schizophrenie schlecht abgestützt. So stelle auch der Hausarzt die Differentialdiagnose einer Anpassungsstörung (vgl. E. II. 3.10 hiervor). Die Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit könne nicht abschliessend beurteilt werden, zumal die vorhandenen psychiatrischen Gutachten inzwischen deutlich über ein Jahr alt seien und zusätzliche und möglicherweise relevante somatische Probleme bestünden. Angesichts der Mehrfachproblematik sei eine polydisziplinäre Begutachtung zu empfehlen (IV-Nr. 40 S. 2 f.).

3.17 Dr. med. I.\_\_\_\_ führte in seinem Bericht vom 29. August 2018 aus, der psychische Zustand des Patienten verschlechtere sich seit ungefähr neun Monaten. Er befinde sich in

einem ängstlich-depressiven Zustand mittleren bis schweren Grades. Er leide unter Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörungen und habe sich zu Hause zurückgezogen. Er habe kein Selbstwertgefühl und leide unter täglichen Angst- und Panikstörungen. Es bestehe ein sozialer Rückzug. Der Patient sei zu 100 % arbeitsunfähig (IV-Nr. 59.4).

3.18 Dem polydisziplinären (allgemein-internistischen, orthopädischen, neurologischen, neuropsychologischen und psychiatrischen) Gutachten der G.\_\_\_\_ (im Folgenden: G.\_\_\_\_) vom 3. Oktober 2018 (Untersuchungen vom 28. Juni bis 13. September 2018) können keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit entnommen werden. Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurden Anpassungsprobleme (Arbeitsüberlastung, persönliche Gründe; F43.2), inzwischen abgeklungen, Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung (Z73), nicht-authentische kognitive Minderleistungen in den Bereichen Neugedächtnis, Exekutivfunktionen und Sprache (bei schwankender Anstrengungsbereitschaft bzw. Leistungsverzerrung), ein lumbospondylogenes Schmerzsyndrom ohne radikuläre Zeichen, ein medikamentös eingestellter Diabetes mellitus ohne Hinweis auf eine Neuropathie, Bluthochdruck, ein metabolisches Syndrom, Nikotinabusus, Spannungskopfschmerzen sowie ein lageabhängiges Schlafapnoesyndrom angegeben.

Im Rahmen der interdisziplinären Gesamtbeurteilung (Konsensbeurteilung) wurde dargelegt, der Explorand beschreibe psychische Probleme seit dem Jahr 2015, welche mit Stimmenhören, Depressionen, starker Müdigkeit und Abgeschlagenheit sowie Erschöpfung einhergingen. Jedoch bestünden bei ihm auch deutliche kognitive Defizite. Trotz einer regelmässigen, psychiatrischen Behandlung komme es bei ihm zu keiner Verbesserung der Symptomatik. Er traue sich deswegen keine berufliche Tätigkeit mehr zu und habe die zuletzt ausgeübte angestammte Tätigkeit als Gastwirt nach Auftreten der psychischen Symptome aufgegeben; sein Haus und die darin befindliche Gastwirtschaft (Pizzeria) habe er veräussert. Auch beschreibe er Rücken- und Kopfschmerzen.

Zur Herleitung/Begründung der aktuellen Diagnosen wurde angegeben, aus psychiatrischer Sicht sei die vom Exploranden seit dem Jahr 2015 geltend gemachte geschilderte psychische Beschwerdesymptomatik mit akustischen und halluzinatorischen Phänomenen ohne sonstige Hinweise auf eine Schizophrenie nicht haltbar, zumal sich beim Exploranden Inkonsistenzen im Rahmen der psychiatrischen und neuropsychologischen Untersuchung ergeben hätten. Auch seien die sonstigen von ihm berichteten psychischen Symptome im Hinblick auf die Kondition nicht reproduzierbar. Die neuropsychologische Teilbegutachtung vom 30. August 2018 habe zwar defizitäre Leistungen in den Bereichen Aufmerksamkeit, Gedächtnis, Exekutivfunktionen, Sprache und Visuokonstruktion ergeben. Allerdings sei die Validität dieser Defizite eingeschränkt, die Anstrengungsbereitschaft sei nachweislich schwankend gewesen, d.h. die Leistungen entsprächen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht vollumfänglich der tatsächlichen Leistungsfähigkeit.

Im Rahmen der orthopädischen Teilbegutachtung sei der Explorand kooperativ gewesen und habe klare Aussagen zum Beschwerdebild gemacht. In der Untersuchung habe eine ruhige und entspannte Atmosphäre während der Befragung von 2 Stunden geherrscht. Es sei bei ihm zu keinen Positionswechseln und zu keinem Herumlaufen während der Befragung gekommen. Beim Exploranden habe diagnostisch ein lumbospondylogenes Schmerzsyndrom ohne radikuläre Zeichen mit normaler LWS-Beweglichkeit und ohne paravertebralen Hartspann bei kongenital engem Duralschlauch ohne Stenosen,

Spondylarthrosen L3/4 bis L5/S1 ohne Kompression von neurogenen Strukturen nachgewiesen werden können. Es bestehe keine Arbeitsunfähigkeit aus orthopädischer Sicht.

In der allgemein-medizinischen Teilbegutachtung habe der Explorand berichtet, dass er das Gefühl habe, sein Gehirn sei «trüb». Diese Beschwerden bestünden seit ungefähr 3 Jahren. Sie hätten begonnen mit dem Stimmenhören im Rahmen seiner starken beruflichen Überarbeitung durch seine vielfältigen beruflichen Aktivitäten. In der Folge sei es zu schweren Depressionen gekommen, wobei eine medikamentöse Behandlung notwendig geworden sei. Aber auch unter diesen Medikamenten seien die Beschwerden nicht besser geworden. Die Hauptursache der Erkrankung führe auf die schlimme Überarbeitung zurück. Aufgrund seiner ausgeprägten Müdigkeit und Erschöpfung sei es ihm nicht möglich, mit seiner Krankheit fertig zu werden. Er nehme regelmässig seine Tabletten ein, ohne dass er dadurch eine wesentliche Verbesserung seiner Situation erlebt habe. Das einschneidende Erlebnis seines Lebens sei für ihn die Krankheit, weswegen er seinen Beruf und sein Haus habe aufgeben müssen. Es sei der Eindruck entstanden, dass er nicht alle Fragen zu beantworten vermocht habe. Beim Exploranden bestehe ein latenter Diabetes mellitus und ein langjähriger Bluthochdruck, der medikamentös behandelt werde. Bei der aktuellen Untersuchung habe man unauffällige Blutdruckwerte gefunden. Vorbekannt sei beim Exploranden ein lageabhängiges obstruktives Schlafapnoesyndrom. Nach seinen Angaben werde die Maske schlecht vertragen, sodass er die nächtliche Überdruckbeatmung aktuell seit einigen Wochen abgesetzt habe. Es sei daher nicht zu erwarten, dass die subjektiven Beschwerden sich nach Absetzen der Therapie wesentlich besserten. Es bestehe beim Exploranden ein deutlich erhöhtes kardiovaskuläres Risiko bei vorhandenem metabolischem Syndrom. Neben dem bereits besprochenen Bluthochdruck und dem Diabetes mellitus finde sich eine Adipositas Grad I und eine Hyperlipoproteinämie. Ungünstig sei in diesem Zusammenhang natürlich auch der anhaltende Nikotinabusus. Empfehlenswert sei daher eine Kontrolle von Leukozyten und des CRP-Werts. Aus den Ergebnissen der allgemein-internistischen Untersuchung sei keine Arbeitsunfähigkeit abzuleiten.

Aus neurologischer Sicht bestünden Hinweise für Spannungskopfschmerzen, sonst seien keine Auffälligkeiten im Rahmen der neurologischen Untersuchung ersichtlich, insbesondere auch keine Hinweise für eine Neuropathie oder eine Radikulopathie. Auch hinsichtlich des Schlafapnoe-Syndroms seien gemäss den Akten zwar im November 2016 in Rückenlage noch ein Apnoe-Hypopnoe-Index (AHI) von 41/h, gemäss Bericht vom 15. Februar 2017 unter assistierter Beatmungstherapie nur noch von 14/h festgestellt worden, gemäss Bericht vom 10. April 2017 sei jedoch eine subtotale Elimination der respiratorischen Ereignisse und somit ein gut behandeltes Schlafapnoe-Syndrom bestätigt worden, dies bei ausgezeichneter Therapietreue. Es sei kein Grund für eine Arbeitsunfähigkeit gesehen worden. Wenn der Explorand aktuell hingegen angegeben habe, er komme mit assistierter Beatmung nicht hinreichend zurecht und habe diese seit ca. 5 Monaten weggelassen, so sei dies aus der Aktenlage nicht ableit- und auch nicht bestätigbar.

Zu den funktionellen Auswirkungen der Befunde/Diagnosen wurde im Rahmen der Konsensbeurteilung angegeben, aus psychiatrischer Sicht seien keine Auswirkungen nachvollziehbar. Wegen des lumbospondylogenen Schmerzsyndroms sei das Heben und Tragen von schweren Lasten von mehr als 20 kg nicht mehr zumutbar. Andere

Einschränkungen aus internistischer und neurologischer Sicht bestünden nicht. Im Rahmen der Diskussion von Belastungsfaktoren und Ressourcen wurde angegeben, es seien vorrangig auch soziokulturelle Aspekte bei der medizinischen Bewertung der psychischen Störungen zu berücksichtigen. Es bestehe ein guter psychosozialer Support seitens der Familie. Auch die Kinder seien zwischenzeitlich bereits in Ausbildung. Aus dem Verkauf des Geschäfts seien auch finanzielle Ressourcen generiert worden. Zudem müsse aber auch auf offensichtliche Inkonsistenzen hingewiesen werden.

Bei der Konsistenzprüfung wurde dargelegt, im Rahmen der psychiatrischen und neuropsychologischen Untersuchung ergäben sich deutliche Inkonsistenzen. Bei der neuropsychologischen Teilbegutachtung hätten zwar defizitäre Leistungen in den Bereichen Aufmerksamkeit, Gedächtnis, Exekutivfunktionen, Sprache und Visuokonstruktion bestanden, diese seien jedoch nicht valide gewesen. Hinsichtlich der Angaben zum «Stimmenhören» werde auf die Ausführungen im psychiatrischen Gutachten im Detail verwiesen. Eine Störung aus dem psychotischen Formenkreis könne nicht objektiviert werden. Entsprechend sei der Beschwerderapport auch dem neurologischen Gutachter rein anekdotisch erschienen, ohne affektive Beteiligung und ohne Vorliegen begleitender krankheitswertiger Zusatzsymptome. Auffallend sei auch der gemäss Medikamentenspiegelbestimmung fehlende Nachweis des Metaboliten des Neuroleptikums Olanzapin (welches üblicherweise bei psychischen Störungen zur Therapie eingesetzt werde). Eine wirksame und regelmässige Einnahme von Olanzapin könne somit eher nicht angenommen werden, erscheine möglicherweise auch dem Exploranden selbst nicht erforderlich, korrelierend zur klinischen Bewertung, dass eben auch keine krankheitswertige Störung aus dem schizophrenen Formenkreis vorliege. Hinsichtlich der Angaben punkto Schmerzintensität seien diese auf der höheren Seite gelegen verglichen mit der geringen Medikation nur mit Dafalgan. Physiotherapie finde nicht mehr statt. Auch in der Vergangenheit seien die psychiatrisch-stationären Massnahmen auffallend kurz ausgefallen, mit jeweils für eine psychotische Störung sehr ungewöhnlich rascher Besserung. Aus psychiatrischer Sicht bestünden keine krankheitswertigen Gründe, welche dieses inkonsistente Verhalten begründen könnten.

Abschliessend wurde die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit auf 100 % festgesetzt. Es wurde vermerkt, die IV-Anmeldung vom 2. Mai 2016 sei wegen psychischer Probleme erfolgt. Gemäss der aktuellen versicherungsmedizinischen Bewertung sei jedoch auch rückblickend keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründbar, ausgenommen von den kurzen Zeiten der stationären Massnahmen. Aus orthopädischer Sicht könne eine Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit postuliert werden von ca. maximal 6 Wochen ab dem 5. September 2017. Sonst bestehe keine retrospektive Arbeitsunfähigkeit. Die Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Verweistätigkeit wurde ebenfalls auf 100 % festgesetzt. Auch hier bestünden keine längeren Zeiten einer eingeschränkten Arbeitsfähigkeit. Medizinische Massnahmen und Therapien mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit seien nicht notwendig (IV-Nr. 59.1 S. 2 ff.).

3.19 Dr. med. I. \_\_\_ stellte in seinem Bericht vom 3. November 2018 die Diagnosen einer schizo-affektiven Störung vom depressiven Typ (F25.1), eine rezidivierende depressive Störung aktuell mittleren Grades mit somatischem Syndrom (F33.11) und eine generalisierte Angststörung (F41.1). Im Weiteren gab er u.a. an, der Patient sei Alevit und habe als solcher nicht die religiösen Überzeugungen, wie dies im psychiatrischen Teilgutachten beschrieben worden sei. Er leide an Verfolgungswahn und fühle sich von

anderen Personen beobachtet. Er habe Konzentrationsstörungen und werde medikamentös behandelt. Es handle sich um eine seit Jahren bestehende Krankheit ohne Verbesserung und sogar mit einer Verschlechterung der depressiven Symptome. Eine anhaltende Remission sei nicht ersichtlich. Der Patient sei zu 100 % arbeitsunfähig (IV-Nr. 65 S. 2 f.).

3.20 RAD-Arzt Dr. med. J.\_\_\_\_ hielt in seiner Stellungnahme vom 19. Dezember 2018 fest, Hauptgegenstand der medizinischen Diskussion sei die Frage, ob der Versicherte an einer paranoiden Schizophrenie leide oder nicht. Bereits Dr. med. D.\_\_\_\_ habe in seinem psychiatrischen Gutachten vom 16. März 2016 diese Diagnose in Frage gestellt. Er habe sie unter Berücksichtigung von Verlauf und damals aktueller Symptomatik nicht bestätigen können, habe den Versicherten aber hinsichtlich einer Anpassungsstörung für behandlungsbedürftig gehalten. Auch Dr. med. E.\_\_\_\_ habe in ihrem Gutachten vom 5. Dezember 2016 die Kriterien für die Diagnose einer Schizophrenie nicht als erfüllt angesehen. Hingegen liege formaldiagnostisch eine gegenwärtig leichte bis höchstens mittelschwere depressive Episode vor. Auch habe sich ihr der Verdacht auf eine nicht authentische Symptompräsentation ergeben. Bei der laufenden Behandlung habe sie Optimierungspotential durch eine Intensivierung gesehen.

Im Weiteren führte der RAD-Arzt aus, im aktuellen polydisziplinären G.\_\_\_\_-Gutachten vom 3. Oktober 2018 ergebe sich laut der interdisziplinären Konsensbeurteilung keine relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit trotz vorhandener somatischer Probleme. Diese führten zu keinen wesentlichen funktionellen Limitierungen. Der psychiatrische Teilgutachter komme aufgrund seiner umfassenden Untersuchung zum Schluss, dass die Diagnose einer schizophrenen Erkrankung nicht bestätigt werden könne, und verweise zudem auf im Rahmen der neuropsychologischen Testung festgestellte deutliche Inkonsistenzen. Auch aus Sicht des RAD sei die vom Versicherten geschilderte Symptomatik kaum vereinbar mit einer schizophrenen Erkrankung. Das von ihm erwähnte Hören der Stimme des Grossvaters sei sehr untypisch, zudem auffällig regelmässig auftretend am Abend, in einem Zustand zwischen Wachsein und Schlaf. In diesem Übergangszustand auftretende, an einen psychotischen Zustand erinnernde Phänomene seien nicht krankheitswertig und nicht auf eine schizophrene Störung hinweisend. Das polydisziplinäre Gutachten falle überzeugend aus. Es könne darauf abgestellt werden. Die von den behandelnden Ärzten vorgebrachten Einwendungen könnten unter Berücksichtigung der gesamten Aktenlage nicht überzeugen. Demnach bestehe überwiegend wahrscheinlich keine längerdauernde, durchgehende Einschränkung in der bisherigen Tätigkeit. Dies gelte auch für eine Verweistätigkeit. Weitere medizinische Abklärungen seien nicht angezeigt (IV-Nr. 66).

3.21 Vom 31. Dezember 2018 bis 3. Januar 2019 war der Beschwerdeführer zum fünften Mal in den Psychiatrischen Diensten, [...], hospitalisiert. Diagnostiziert wurde ein schizophreses Residuum (F20.5); als andere relevanten Diagnosen wurden eine akute Lumbago, ein metabolisches Syndrom, ein lageabhängiges obstruktives Schlaf-Apnoe-Syndrom sowie Hämorrhoiden angegeben. Im Weiteren wurde dargelegt, der Klinikeintritt sei auf freiwilliger Basis aufgrund einer Zustandsverschlechterung bei einem schizophrenen Residuum erfolgt. Der Patient sei auf die offene Kriseninterventionsstation aufgenommen worden. Die vorbestehende Psychopharmakotherapie sei unverändert weitergeführt worden. Der Patient habe nach kurzer Krisenintervention in stabilisiertem Zustand entlassen werden können. Beim Austritt habe kein Hinweis auf akute Selbst- oder Fremdgefährdung bestanden (Bericht vom 7. Januar 2019; IV-Nr. 71 S. 30 f.).

3.22 In seiner Stellungnahme vom 13. März 2019 hielt Dr. med. J.\_\_\_\_ fest, das überzeugende G.\_\_\_\_-Gutachten werde von der Vertreterin des Beschwerdeführers bezüglich jeder Fachdisziplin durchgehend kritisiert, wobei ihre Ausführungen medizinisch wenig überzeugend seien und Aussagen in den Gutachten teilweise «verdreht» wiedergegeben worden seien. Nachdem schon Dr. med. D.\_\_\_\_ in seinem Gutachten vom 16. März 2016 und Dr. med. E.\_\_\_\_ in ihrem psychiatrischen Zweitgutachten vom 5. Dezember 2016 eine schizophrene Störung als nicht erfüllt erachtet hätten und Dr. med. K.\_\_\_\_ als psychiatrischer G.\_\_\_\_-Gutachter zum gleichen Schluss komme, sei es nicht zielführend, nun nochmals eine Beurteilung einzuholen. Auch die Aussagen in den somatischen Teilgutachten des G.\_\_\_\_ seien aus Sicht des RAD medizinisch nachvollziehbar begründet worden (IV-Nr. 74).

3.23 In seinem Bericht vom 14. Mai 2019 hielt Dr. med. I.\_\_\_\_ fest, der Patient habe einen Verfolgungswahn vor allem nach dem Hinschied seines Vaters. Aktuell leide er unter einer paranoiden Schizophrenie. Er habe manchmal Verfolgungsideen begleitet von mystischen Wahnvorstellungen. Es handle sich dabei um eine seit Jahren bestehende Pathologie ohne Verbesserung und sogar mit einer Verschlimmerung der depressiven Symptome; eine dauerhafte Remission sei nicht gegeben. Es bestehe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit seines Patienten (IV-Nr. 78 S. 338 f.).

3.24 Dr. med. H.\_\_\_\_ teilte der Vertreterin des Beschwerdeführers am 25. September 2019 mit, sein Patient habe ihn gebeten, ihr mitzuteilen, dass er neuerdings an Diabetes mellitus Typ 2 leide (Beschwerdebeilage (BB) 28).

3.25 Der behandelnde Psychiater äusserte sich in seinem Bericht vom 11. Februar 2020 im Wesentlichen dahingehend, es sei eine Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustands seit ungefähr 9 Monaten festzustellen. Er befinde sich in einem ängstlich-depressiven Zustand mittleren bis schweren Grades. Es bestünden Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörungen. Er ziehe sich zu Hause zurück. Es bestehe ein Mangel an Selbstwertgefühl. Er habe täglich Angststörungen und leide unter Panikattacken. Es bestehe ein sozialer Rückzug. Er sei weiterhin zu 100 % arbeitsunfähig (BB 29).

3.26 Der Hausarzt stellte in seinem Bericht vom 25. Februar 2020 zur Arbeitsfähigkeit fest, aufgrund der seit

### **E. 3.1**

3.1.1 Aus dem Bericht der Psychiatrischen Dienste, Kliniken für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, [...], vom 7. April 2014 (1. Hospitalisation) geht hervor, dass der Beschwerdeführer dort vom 23. bis 25. März 2014 hospitalisiert war (Einweisung durch den Hausarzt Dr. med. H.\_\_\_\_). Die Diagnosen lauteten wie folgt: «Anpassungsstörung mit gemischter Störung von Gefühlen und Sozialverhalten (ICD-10 F43.25); Isoliertes Stimmenhören seit 10 Jahren unklarer Ätiologie; Unklare nächtliche Absence-Zustände DD Somnambulismus». Es wurde angegeben, der Patient sei auf die Akutstation der psychiatrischen Dienste zur weiteren Beurteilung und Verlaufsbeobachtung aufgenommen worden. Bereits am Folgetag habe er über eine wesentliche Besserung berichtet. Die Stimmen seien nicht mehr so häufig vorgekommen, ausserdem fühle er sich viel besser. Aufgrund der Symptome mit isoliertem Stimmenhören sei die Diagnose einer schizophrenen Erkrankung nicht erfüllt. Der Patient gebe jedoch an, am Arbeitsplatz viel Stress zu haben, was von seinem Schwager bestätigt worden sei. Die Stimmen seien in

stressigen Phasen öfters vorhanden. Eines Nachts sei der Patient aufgestanden und habe wie in einem Trancezustand das Auto beladen und Sachen für den Arbeitstag präpariert. Zum aktuellen Zeitpunkt gehe man am ehesten von einer Anpassungsstörung mit gemischter Störung von Gefühlen und Sozialverhalten aus. Die Kriterien für eine Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis seien nicht erfüllt. Die Stimmen seien ohne medikamentöse Intervention nach zwei Tagen ganz verschwunden. Zum Ausschluss einer somatischen Grunderkrankung seien deshalb Termine für ein EEG sowie ein MRI im F. \_\_\_ vereinbart worden. Der Patient habe am 25. März 2014 in deutlich gebessertem Allgemeinzustand nach Hause entlassen werden können (IV-Nr. 23 S. 15 f.). 3.1.2 Das MRI vom 14. April 2014 zeigte normale Verhältnisse (keine zerebrale Atrophie, intrakranielle Raumforderung oder Zeichen einer chronischen Ischämie; IV-Nr. 23 S. 13 f.). 3.2 Die zweite Hospitalisation in den Psychiatrischen Diensten, [...], dauerte vom 26. Oktober bis 2. November 2015. Es wurde folgende Diagnose gestellt: «paranoide Schizophrenie (ICD-10 F20.0), DD akute polymorphe psychotische Störung mit Symptomen einer Schizophrenie (ICD-10 F23.1)». Zur aktuellen Situation wurde dargelegt, der Patient habe berichtet, dass er zurzeit an starken Ängsten leide. Er befürchte, dass ihm ausserhalb seiner Wohnung durch unbekannte Personen Schaden zugefügt werde. Auch habe er den Eindruck, dass er während des Autofahrens von fremden Autos verfolgt werde. Während der letzten drei Wochen sei er vermehrt zu Hause geblieben. Auch dort habe er starke Ängste. Im Weiteren höre er Stimmen seines verstorbenen Onkels sowie Grossonkels, welche ihn vor dubiosen Personen warnten. Das Stimmenhören sei seit mehreren Jahren vorhanden, in letzter Zeit jedoch stark intensiviert. Zudem könne er aufgrund der Ängste nicht mehr schlafen. Zum Verlauf und zur Beurteilung wurde angegeben, der Patient sei auf einer offen geführten Kriseninterventionsstation aufgenommen worden. Es habe ein psychotisches Zustandsbild mit Stimmenhören, Beeinträchtigungs- und Verfolgungsideen sowie einer Ich-Störung mit Gedankenausbreitung imponiert. Zudem hätten starke Ängste bestanden. Der Patient sei aufgrund des psychotischen Erlebens deutlich belastet. Er sei in ein multimodales Therapiekonzept bestehend aus psychotherapeutischen Einzelgesprächen, Kunst- sowie Bewegungstherapie einbezogen worden. Ausserhalb des Therapieprogrammes habe er sich mehrheitlich zurückgezogen und sei nur wenig im Kontakt mit Mitpatienten gewesen. Im Weiteren sei eine antipsychotische Behandlung mittels Zyprexa installiert worden. Darunter sei eine Zustandsverbesserung erfolgt. Der Patient habe berichtet, dass die Stimmen und die Ängste nur noch reduziert vorhanden seien. Er habe sich jedoch nicht vollständig von den Beeinträchtigungs- und Verfolgungsideen distanzieren können. Diagnostisch gehe man bei Bestehen von akustischen Halluzinationen und Gedankenausbreitung über einen Zeitraum von etwa vier bis fünf Wochen am ehesten von einer paranoiden Schizophrenie aus. Auf Wunsch des Patienten sei bei fehlender Fremd- und Selbstgefährdung ein rascher Austritt in die vorbestehenden Verhältnisse erfolgt. Die ambulante Nachbehandlung erfolge im Psychiatrischen Ambulatorium [...] (Bericht vom 13. November 2015, IV-Nr. 23 S. 10 ff.). 3.3 Aus dem versicherungspsychiatrischen Gutachten von Dr. med. D. \_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, vom 16. März 2016 (Untersuchung vom 9. März 2016; IV-Nr. 7 S. 2 ff.) geht folgende Diagnose hervor: «2015 diagnostizierte paranoide Schizophrenie ICD-10 F20.0, aus versicherungspsychiatrischer Sicht diskussionsbedürftig». Unter dem Titel «Beurteilung und Prognose» gab der psychiatrische Gutachter im Wesentlichen an, der aktuell 41-jährige Explorand habe nicht von einer psychiatrischen Vorgeschichte berichtet, sondern angegeben, er habe über alle Jahre bis 2015 sein Leben gut führen können. Die ersten 20

Jahre habe er in einem anatolisch-kurdischen Dorf gelebt und nach der obligatorischen fünfjährigen Schule auf dem Land gearbeitet, bis er dann zu einem Bruder in die Schweiz gekommen sei. Hier habe er gearbeitet, geheiratet und eine Familie mit zwei Kindern gegründet. Über all die Jahre habe er keine psychische Krankheit gehabt. Er sei während der vergangenen acht Jahre in [...] gut integriert gewesen. Er habe seine selbstständige Erwerbstätigkeit (Grill/Imbiss) zusammen mit seiner Ehefrau und einem Angestellten (Fahrer) gut ausüben können. Aus den Angaben gingen keine Hinweise auf eine bestehende psychiatrische Erkrankung hervor, die den Exploranden im Sinne einer episodischen, andauernden Schizophrenie oder noch nicht manifestierten schizophrenen Erkrankung in den vergangenen 10 oder 20 Jahren eingeschränkt hätte. Auch wenn tatsächlich psychotische Erkrankungen auch im Sinne einer Spätmanifestation erst mit 40 Jahren auftreten könnten, würde es sich jedoch um einen nicht sehr typischen Verlauf handeln. Im Weiteren wurde dargelegt, aus gutachterlicher Sicht sei im Hinblick auf die Diagnosestellung auszuführen, dass der Explorand in der aktuellen Untersuchung die einmalige Behandlung im Jahr 2014 (Austrittsbericht vom 7. April 2014; vgl. E. II. 3.1 hiervor) nicht erwähnt habe, die allerdings durch einen Entlassungsbericht dokumentiert sei, als er sich für zwei oder drei Tage in stationärer Behandlung befunden habe; damals habe der Explorand eine Anpassungsstörung gehabt und über das Hören von Stimmen während etwa 10 Jahren berichtet. Nachvollziehbarerweise sei aufgrund dieser Angaben nicht die Diagnose einer Schizophrenie gestellt worden, auch sei der Explorand unter der Einnahme von Baldrian dann innerhalb weniger Tage deutlich gebessert wieder nach Hause entlassen worden. Es müsse also aus gutachterlicher Sicht hinterfragt werden, ob der Explorand zu diesem Zeitpunkt (März 2014) aus anderen Gründen in die ärztliche Behandlung gelangt sei, die schliesslich zur Überweisung in die psychiatrische Klinik geführt habe. Aus den ärztlichen Berichten des Jahres 2015 ergebe sich dann, dass der Explorand ab 26. Oktober 2015 für etwa eine Woche stationär behandelt worden sei (vgl. E. II. 3.2 hiervor). Damals sei die Diagnose einer paranoiden Schizophrenie, differentialdiagnostisch diejenige einer akuten polymorphen psychotischen Störung gestellt worden. Aufgrund der Medikation hätten sich die bei Eintritt bestehenden starken Ängste gebessert. Der Explorand habe bis zum Eintrittszeitpunkt befürchtet, ihm werde ausserhalb der Wohnung durch unbekannte Personen Schaden zugefügt, er habe sich während des Autofahrens von fremden Autos verfolgt gefühlt und er habe den Verdacht bereits der Polizei gemeldet; ausserdem habe er Stimmen des verstorbenen Onkels sowie solche des Grossonkels gehört, die ihn vor dubiosen Personen gewarnt hätten. Auch wenn zwar rückblickend aus gutachterlicher Sicht womöglich die Kriterien der akustischen Halluzinationen und inhaltlichen Denkstörungen durch überwertige Ideen, Wahn oder Verfolgungsideen erfüllt seien, so müsse doch hinterfragt werden, ob der zu diesem Zeitpunkt 40-jährige Explorand tatsächlich im Sinne einer Erstmanifestation die Kriterien für eine Schizophrenie als eigenständige Erkrankung (ICD-10 F20) erfüllt habe. Hierzu würden noch andauernde Verhaltensauffälligkeiten, Auffälligkeiten im Affekt, womöglich Ambivalenz und Ambitendenz, sowie formale Denkstörungen gehören, die offensichtlich in den Jahren zuvor, und auch aktuell, nicht vorhanden gewesen seien. Aus gutachterlicher Sicht dürfe darauf hingewiesen werden, dass bei nicht sehr guter sprachlicher Kommunikation die Angaben von Menschen, wonach sie Stimmen hörten, sich verfolgt fühlten und ängstlich seien, häufig als paranoid-halluzinatorische Symptomatik interpretiert würden, woraus dann eine schizophrene Erkrankung diagnostiziert werde. Aus gutachterlicher Sicht müsse aber immer hinterfragt werden, was ein Betroffener für

motivationale Faktoren haben könnte, derartige Angaben mit bewusstem Ausdruckscharakter zu tätigen. Der Explorand habe auf direkte Nachfragen aktuell keine triggernden Faktoren für seine Beschwerden und weder familiäre Probleme noch sonstige Belastungen angegeben, auch keine finanziellen Schwierigkeiten. Beim Exploranden sei zunächst Olanzapin eingesetzt worden, das wohl «gut geholfen habe», dann jedoch wegen unerwünschter Wirkungen abgesetzt worden sei. Bei der zweiten stationären Behandlung sei dann Risperidon eingesetzt worden, das bis zum aktuellen Zeitpunkt geholfen habe. Hierzu habe der Explorand angegeben, unter der Kombination aus Risperidon und Mirtazapin seien die Ängste besser geworden vor Fremden, die ihm Böses antun wollten, und der Schlaf sei besser geworden. Als unerwünschte Wirkung schlafe er nun zu viel, er sei oft müde und könne nicht mehr alleine gerade gehen. Dr. med. D.\_\_\_\_ stellte fest, in der aktuellen Untersuchung habe sich der Explorand in einem sehr schlechten Zustand dargestellt. Der Allgemeinzustand sei geprägt von schwitziger Haut, fahlem Gesichtskolorit, einem eher mässig gepflegten Äusseren, der offensichtlichen Körperschwäche, von einem Kollegen gestützt werden zu müssen, einem angedeuteten Parkinsonoid und starken Ausdünstungen nach Kebab-/Döner-Imbiss. Die aktuelle Befunderhebung sei vereinbar mit dem Vorliegen einer manifesten gravierenden psychiatrischen Erkrankung, die aus dem Spektrum schizophrener Erkrankungen allerdings über einige Wochen bis Monate doch gut behandelbar sein sollte. Die Einnahme von 2 x 2 mg Risperidon erscheine aus der gutachterlichen Einschätzung heraus als eher hoch, es sollten unbedingt nicht vorangekündigte Wirkstoffspiegelentnahmen im Blut erfolgen. Zur psychischen Unterstützung sei zur Aufnahme von Tagesaktivitäten zu raten. Der Explorand sollte nicht zu Hause sitzen oder liegen, sondern unterschiedlichen Aktivitäten nachgehen. Er könne auch in seinen Imbiss gehen. Aufgrund der aktuellen Untersuchung ergäben sich keine beweiskräftigen Hinweise darauf, dass der Explorand nicht an einer primär psychischen Störung leide und intentionale motivationale Faktoren für die Angabe der Beschwerden vorhanden seien. Deshalb werde er aktuell für psychisch krank gehalten und es werde der behandelnde Psychiater gebeten, aufmerksam diese Diskussion des Gutachtens zu berücksichtigen und den Exploranden dann leitliniengerecht zu behandeln. Insofern werde eine aktuelle Arbeitsunfähigkeit für die nächsten drei Monate, also bis Mitte Juni 2016, als nachvollziehbar erachtet. Andererseits bestünden doch einige Hinweise, dass der Explorand eventuell nicht an einer Schizophrenie leiden könnte und hier andere Aspekte im Sinn der intentionalen Faktoren als überwiegend zu betrachten seien. Der behandelnde Psychiater habe bei mangelndem Ansprechen auf die Pharmakotherapie, bei unverändertem Verlauf und fehlender Bereitschaft, eine längere stationäre oder teilstationäre Behandlung aufzunehmen, einen ausführlichen Therapieverlaufsbericht zu erstellen, um nach ca. drei Monaten ab Mitte Juni 2016 eine Re-Evaluation vornehmen zu können, sollte sich nicht bei guter Behandelbarkeit eine deutliche Besserung einstellen und der Explorand (zumindest wieder zu 50 %) seine Tätigkeit aufgenommen haben (IV-Nr. 7 S. 2 ff.).

### **E. 3.4**

3.4.1 Die Psychiatrischen Dienste, Ambulatorium [...] (Dr. med. C.\_\_\_\_, Oberarzt), stellte im Bericht zu Händen der Beschwerdegegnerin vom 25. Juli 2016 folgende Diagnose: «Postschizophrene Depression (F20.4) DD schizoaffektive Störung, gegenwärtig schwere depressive Episode». Es wurde eine vollständige Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen selbstständigen Tätigkeit in der Gastronomie im Zeitraum von Februar 2016 bis Ende August 2016 angegeben. Der Gesundheitszustand sei besserungsfähig und die Arbeitsfähigkeit könne durch medizinische Massnahmen verbessert werden. Zur Anamnese

wurde angegeben, der Patient sei am 12. November 2015, nach stationärer Behandlung vom 26. Oktober bis 2. November 2015 auf der offen geführten Krisenstation im Hause, bei neu diagnostizierter paranoider Schizophrenie in eine ambulante Behandlung eingetreten. Es hätten regelmässige Konsultationen in einem Zeitintervall von 1 bis 2 Wochen stattgefunden, die der Patient zuverlässig wahrgenommen habe. Es seien psychoedukative und supportive Gespräche erfolgt. Unter der Medikation mit Zyprexa sei es insgesamt zu einer raschen Teilremission der psychosomatischen Symptomatik gekommen. Der Patient habe die Stimmen nur noch undeutlich und im Hintergrund gehört, wahnhaftige Symptome und psychotisch anmutende Ängste sowie Gedankeneingebung seien nicht mehr vorhanden gewesen. Bei ausgeprägter Tagesmüdigkeit und deutlicher Appetitsteigerung unter Zyprexa sei die neuroleptische Medikation am 29. Dezember 2016 auf Risperdal umgestellt und aufdosiert worden. Der Patient habe im Verlauf von einem Gleichbleiben der psychotischen Symptomatik berichtet, aber auch von einer Verschlechterung des affektiven Zustandes. Er habe eine deutlich depressive Symptomatik gezeigt mit gedrückter Stimmung, reduzierter Freude und weniger Interessen, eine stark reduzierte Belastbarkeit und Konzentrationsstörungen. Der Appetit sei deutlich reduziert gewesen. Zudem habe er über ausgeprägte Schlafstörungen geklagt. Es seien zudem starke finanzielle Sorgen und Ängste aufgetreten, ebenso Schuld- und Schamgefühle gegenüber der Ehefrau bei deutlich eingeschränkter Belastbarkeit. Der Patient habe den dringenden Wunsch geäussert, zu mindestens 40 % zu arbeiten, wobei sich gezeigt habe, dass er dabei deutlich überfordert wäre und vermutlich sehr ineffektiv arbeiten würde. Bei der Arbeit sei dem Patienten eine deutliche Lärmempfindlichkeit aufgefallen, Kundenkontakt sei ihm dabei kaum möglich gewesen. Bei ausgeprägter depressiver Symptomatik habe sich der Patient am 13. Februar 2016 zur stationären Behandlung vorgestellt. Am 2. März 2016 habe ihm aufgrund der starken depressiven Symptomatik eine Arbeitsfähigkeit von 0 % attestiert werden müssen. Seit März 2016 bestehe weiterhin eine schwere depressive Episode mit einer Arbeitsfähigkeit von 0 %. Antidepressive Behandlungsversuche mit Ciprallex und Cymbalta mit Spiegel im Referenzbereich seien erfolglos gewesen. Aktuell werde der Patient auf Sertralin eingestellt. Im Weiteren wurde festgehalten, der Patient gebe eine stark gedrückte Stimmung, reduzierten Antrieb, Morgentief, reduzierte Freude und Interessen, sozialen Rückzug, reduzierte Belastbarkeit, Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörungen, Grübeln, Insuffizienzgefühle und Zukunftsängste an. Zu den therapeutischen Massnahmen bzw. zur Prognose wurde angegeben, es seien regelmässige psychiatrisch-psychotherapeutische Gespräche im Abstand von etwa 1 bis 2 Wochen durchzuführen. Ausserdem habe eine neuroleptische Medikation mit Risperidon zu erfolgen. Insgesamt werde die Prognose als gut eingeschätzt, aktuell deutlich erschwerend seien allerdings die schwere depressive Episode und bisher vergebliche Behandlungsversuche mit Antidepressiva. Auf dem Beiblatt zum Arztbericht wurde angegeben, wegen reduzierter Belastbarkeit, Konzentrationsstörungen, reduzierter Anpassungsfähigkeit und ausgeprägter depressiver Symptome sei die Ausübung der bisherigen Tätigkeit aktuell nicht möglich. Bei ausgeprägten Einschränkungen betrage die Arbeitsfähigkeit 0 %. Grundsätzlich wäre die bisherige Tätigkeit noch zumutbar, aktuell aber noch nicht. Andere Tätigkeiten seien dem Patienten nicht zuzumuten (IV-Nr. 13 S. 5 ff.).

3.4.2 Aus der Epikrise der ambulanten Behandlung vom 12. November 2015 bis 12. Oktober 2016 gehen folgende Schlussdiagnosen hervor: «Paranoide Schizophrenie (F20.0); Postschizophrene Depression (F20.4), DD schizoaffektive Störung, ggw. schwere depressive Episode; Verdacht auf Schlafapnoesyndrom; Anamnestisch arterielle

Hypertonie; Anamnestisch vor 1 Jahr kardiologische Abklärung im [...]». Zum Verlauf wurde festgehalten, nach der zweiten Hospitalisation vom 26. Oktober bis 2. November 2015 sei im Rahmen einer neu diagnostizierten paranoiden Schizophrenie (DD akute polymorphe psychotische Störung mit Symptomen einer Schizophrenie) die Nachbehandlung im Ambulatorium [...] erfolgt. Unter der Medikation mit Risperdal seien die psychotischen Symptome weiterhin deutlich rückläufig gewesen. Erschwerend hätten sich jedoch neu die Symptome einer wahrscheinlich postschizophrenen Depression gezeigt, welche initial mit Remeron und dann wegen ungenügendem Ansprechen mit Sertralin behandelt worden sei. Unter dieser Medikation habe der Patient eine deutliche Verbesserung der depressiven Symptomatik gezeigt (Antriebslosigkeit, Müdigkeit, Konzentrationsstörungen). Anamnestisch und insbesondere auch fremdanamnestisch habe man in einem Familiengespräch jedoch auch ausgeprägte Schlafstörungen im Sinne eines ausgeprägten Schnarchens mit Atempausen feststellen können. Somit bestehe klinischerseits ebenfalls ein Verdacht auf ein Schlafapnoesyndrom. Zum Procedere wurde festgehalten, der Patient wünsche eine weitere Behandlung durch einen türkisch sprechenden Psychiater. Am 12. Oktober 2016 sei das Abschlussgespräch im Ambulatorium [...] erfolgt. Der Patient habe bereits eine Therapie bei Dr. med. I.\_\_\_\_ begonnen. Eine Anmeldung im Schlaflabor des F.\_\_\_\_ zur Abklärung eines allfälligen Schlafapnoesyndroms sei erfolgt. Die aktuelle Krankschreibung von 100 % sei noch bis und mit 16. Oktober 2016 gültig (IV-Nr. 17).

### **E. 3.5**

3.5.1 Aus dem Bericht der Psychiatrischen Dienste, Ambulatorium [...] (Dr. med. C.\_\_\_\_), zu Händen des Krankentaggeldversicherers vom 25. Juli 2016 geht folgende Gesamtbeurteilung hervor: Insgesamt bestehe aktuell eine schwere depressive Episode bei bekannter paranoider Schizophrenie. Der Verlauf sei schwierig, da es unter der antidepressiven Medikation zu keiner Verbesserung der depressiven Symptomatik gekommen sei. Ebenso sei es zu einer Sinustachykardie gekommen, sodass die Einstellung der antidepressiven Therapie erschwert sei. Es sei die Fortführung der psychotherapeutischen Gespräche sowie der Medikation geplant. Bei unzureichender Wirksamkeit müsse die Medikation erneut angepasst werden. Es könne mit einer namhaften Besserung der Gesundheitsschädigung bzw. einem Sistieren der aktuellen Symptomatik gerechnet werden. Die Arbeitsfähigkeit betrage zum aktuellen Zeitpunkt 0 % bei schwerer depressiver Episode (IV-Nr. 18.7). 3.5.2 Der Stellungnahme von Dr. med. D.\_\_\_\_ vom 30. August 2016 zum vorerwähnten Bericht der Psychiatrischen Dienste vom 25. Juli 2016 kann entnommen werden, die Fragen zur Arbeitsunfähigkeit seien zwar gewissenhaft beantwortet worden, eine freie Diskussion über die inhaltlichen Fragestellungen des Gutachtens sei jedoch nicht erfolgt. Eine inhaltliche Auseinandersetzung mit der kritischen Anmerkung, ob der Explorand wirklich eine Schizophrenie erlitten habe, werde vermisst. Alleine die Würdigung der Angaben des Patienten, nämlich die Beschwerdeschilderung eines depressiven Syndroms, sei in diesem Fall für eine weiterreichende Einschätzung nicht ausreichend. Alleine aufgrund des nun vorliegenden Arztberichtes vom 25. Juli 2016 lasse sich die Grundaussage und die versicherungspsychiatrische Einschätzung des Gutachtens vom 16. März 2016 nicht verändern (IV-Nr. 18.5). 3.6 Im psychiatrischen Gutachten von Dr. med. E.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, vom 5. Dezember 2016 (Untersuchung vom 30. November 2016) wurde dargelegt, die vom Psychiatrischen Dienst [...] gestellte Diagnose einer paranoiden Schizophrenie bleibe auch nach dieser Begutachtung diskussionsbedürftig, dies zum einen wegen des späten Erkrankungsalters bei

bisher unauffälliger psychiatrischer Vorgeschichte (ein Erkrankungsbeginn in diesem Alter sei jedoch nicht ganz ausgeschlossen), zum zweiten wegen der jeweils sehr raschen Rückbildung der psychotischen Symptomatik im Rahmen der Hospitalisationen, zum dritten wegen der fraglich erfüllten diagnostischen Kriterien der ICD-10 und zum vierten auch wegen des aktuellen klinischen Eindrucks des Exploranden. Was die anamnestische Symptomatik betreffe, so bleibe bei retrospektiver Betrachtung fraglich, ob der Explorand die diagnostischen Kriterien der ICD-10 für eine Schizophrenie in der Vergangenheit wirklich ausreichend erfüllt habe. Aktuell bestünden keine Hinweise auf eine floride psychotische Symptomatik und die diagnostischen Kriterien der ICD-10 für eine psychotische Episode im Rahmen einer Schizophrenie seien nicht erfüllt worden. Bestünden keine schizophrener Symptome (mehr), dann sollte gemäss ICD-10 eine depressive Episode und nicht eine postschizophrene Depression diagnostiziert werden. Gegenwärtig seien formaldiagnostisch die Kriterien der ICD-10 für eine leichte bis allenfalls mittelgradige depressive Episode erfüllt. Differentialdiagnostisch müsse im vorliegenden Fall auch ein schizophrener Residuum diskutiert werden. Zusammenfassend blieben wesentliche Zweifel am Vorliegen einer schizophrenen Störung, dies einerseits in diagnostischer Hinsicht, andererseits aber auch aufgrund einer Reihe anderer Aspekte. Zum Resultat der Blutuntersuchung mit Bestimmung der Medikamentenspiegel sei anzumerken, dass bei regelmässiger Einnahme des Neuroleptikums auch am Vormittag nach der letzten Einnahme am Vorabend beim aktiven Metaboliten 9-OH-Risperidon ein messbarer Serumspiegel nachweisbar sein müsste, was hier nicht der Fall sei. Dies lege den Schluss nahe, dass der Explorand das Medikament entgegen seiner Angaben in den Tagen vor der Untersuchung nicht eingenommen habe. Dieser Umstand spreche nicht a priori gegen das Vorliegen einer schizophrenen Erkrankung, zumal die Medikamentencompliance bei diesen Störungen häufig problematisch sei. Vorliegend habe der Explorand jedoch betont, dass das von ihm als sehr störend empfundene Stimmenhören durch die Einnahme von Risperidon verschwunden sei; auch im Behandlungsbericht der Psychiatrischen Dienste sei dies so vermerkt worden. Insofern lege die Nichteinnahme dieses Medikaments nahe, dass das Stimmenhören entweder schon seit längerem kein Thema mehr sei oder dass damit kein wesentlicher Leidensdruck verbunden gewesen sei. Im Gegensatz zu Risperidon sei der Serumspiegel für Sertralin im therapeutischen Bereich gewesen, sodass die Compliance für das Antidepressivum offenbar gegeben sei. Wie schon im psychiatrischen Vorgutachten von Dr. med. D.\_\_\_\_ ausgeführt worden sei, finde man beim Exploranden auch jetzt keine sicheren Hinweise auf einen sekundären Krankheitsgewinn, die ein Festhalten an der Krankheit bzw. an einer «Krankenrolle» nahelegen würden. Finanzielle Belastungen habe der Explorand verneint. Er habe betont, dass sein Imbissbetrieb bis zum Erkrankungsbeginn sehr gut gelaufen und rentabel gewesen sei. Die Gültigkeit dieser Angabe könne im Rahmen einer medizinischen Begutachtung nicht überprüft werden. Es sei auch nicht möglich, die Angaben des Exploranden zu dessen geschilderten passiven Alltagsverhalten zu verifizieren. In diesem Zusammenhang falle allerdings die starke Ausdünstung des Exploranden nach Bratfett auf, was doch einigermaßen erstaunt habe, zumal der Explorand seinen Imbissbetrieb vor 6 Monaten verkauft habe und es schwer vorstellbar sei, dass eine derart ausgeprägte Ausdünstung durch den Aufenthalt in der häuslichen Küche resultiere (nach der Darstellung des Exploranden sei ausschliesslich seine Ehefrau für die Zubereitung der Mahlzeiten zuständig). In diesem Zusammenhang wecke auch der Umstand, dass der Explorand weiterhin regelmässig Auto fahre und auch längere Strecken wie von seinem Wohnort in [...] nach [...] zu Stosszeiten nicht scheue und sich dabei offenbar mit Hilfe des

Navigationsgeräts gut zurechtfinden, Zweifel an der Schwere der von ihm geltend gemachten kognitiven Probleme und Initiativlosigkeit. Letztlich könne also derzeit klinisch einzig ein «adynames» Syndrom objektiviert werden, welches sich aufgrund formaldiagnostischer Aspekte (subjektive Beschwerdeangaben) einer leicht bis höchstens mittelgradig ausgeprägten depressiven Episode (ICD-10 F32.0/1) zuordnen lasse. Die vorangegangene Diagnose einer paranoiden Schizophrenie lasse sich im Rahmen der aktuellen psychiatrischen Begutachtung weiterhin nicht erhärten; differentialdiagnostisch sei aufgrund des klinischen Aspekts aber derzeit eine «Minussymptomatik» im Rahmen einer schizophrenen Erkrankung nicht ganz auszuschliessen, eine Differentialdiagnose, welche letztlich nur durch eine genaue klinische Beobachtung des weiteren Krankheitsverlaufs beurteilt werden könne. Was die therapeutischen Bemühungen betreffe, so könne von einer leitlinienorientierten Behandlung derzeit nicht die Rede sein. In der Stabilisierungsphase nach einer psychotischen Episode sollten nebst der medikamentösen Behandlung und regelmässigen psychotherapeutischen Gesprächen die Förderung der Partizipation und der Compliance, die Behandlung kognitiver und sozialer Defizite und weiterer Negativsymptome, die Stabilisierung und Erweiterung sozialer Kontakte, die Motivation und Selbsthilfe sowie die Vorbereitung und Weiterführung rehabilitativer Massnahmen im Fokus der Therapie stehen. Mit Blick auf die Ergebnisse der aktuellen Untersuchung seien medikamentöse und psychotherapeutische Massnahmen mit relativ niederfrequenten Einzelgesprächen (alle 2 bzw. aktuell nur alle 2 bis 3 Wochen) durchgeführt worden, aber es sei weder gewährleistet worden, dass die Medikamentencompliance ausreichend gegeben sei, noch seien Schritte zur Förderung der Partizipation und Rehabilitation eingeleitet worden. Gerade bei Vorliegen einer depressiven Symptomatik oder «Minussymptomatik» seien diese Massnahmen aber unabdingbarer Bestandteil der Therapie. Sollte sich der Gesundheitszustand im Verlauf wieder verschlechtern und eindeutige schizophrene Symptome auftreten, so wäre eine teilstationäre oder längere stationäre Behandlung angezeigt. Anlässlich der psychiatrischen Vorbegutachtung im März 2016 habe der Explorand noch einen deutlich «maladen» Eindruck gemacht, was aktuell nicht mehr der Fall sei. Auch die von Seiten der Psychiatrischen Dienste [...] im Juli 2016 beschriebene schwere depressive Episode im Sinne einer postschizophrenen Depression könne aktuell nicht mehr diagnostiziert werden. Wie dies schon in der Epikrise der ambulanten psychiatrischen Behandlung bis zum 12. Oktober 2016 festgehalten worden sei, habe sich die depressive Symptomatik inzwischen deutlich verbessert, auch die damals noch ausgeprägten Schlafstörungen seien vom Exploranden aktuell verneint worden (mit Ausnahme der Nacht vor der psychiatrischen Untersuchung, die der Explorand im Schlaflabor mit schlechtem Schlaf verbracht habe). Insgesamt könne die von Seiten der psychiatrischen Dienste bis zum 16. Oktober 2016 attestierte volle Arbeitsunfähigkeit nicht mehr gestützt werden. Die anamnestischen Angaben und vor allem die beobachtbaren «objektivierbaren» psychischen Befunde seien mit einer gegenwärtig leicht bis höchstens mittelgradig ausgeprägten depressiven Symptomatik vereinbar, was eine Fortsetzung der vollen Arbeitsunfähigkeit nicht mehr zu begründen vermöge. Auch die Diagnose einer paranoiden Schizophrenie, sollte sie denn zutreffen, begründe für sich genommen keine anhaltende Aufhebung der Arbeitsfähigkeit. Aus versicherungspsychiatrischer Sicht lasse sich eine höchstens mässige Beeinträchtigung psychischer Grundfunktionen wie Intentionalität, zeitliches Durchhaltevermögen, Flexibilität, Eigeninitiative, Aufmerksamkeits- und Konzentrationsspanne, Kommunikationsfähigkeit und Stressbelastbarkeit erwarten, sodass eine mässige Einschränkung der beruflichen

Leistungsfähigkeit derzeit noch nachvollziehbar sei. Die hauptsächliche Beeinträchtigung im Hinblick auf die Wiederaufnahme einer beruflichen Tätigkeit sei derzeit in der Beeinträchtigung von Intentionalität, Eigeninitiative und Motivation, im sozialen Rückzug und vor allem auch in einer inzwischen anzunehmenden psychophysischen Dekonditionierung zu sehen. Der Explorand benötige einen gezielten Anstoss und eine Aktivierung von aussen, um seine Passivität zu überwinden und sich einer aktiveren, nach aussen gerichteten Tagesstruktur und aktiven Bemühungen um eine Rückkehr ins Berufsleben zuzuwenden. Die Aktivierung sollte der Hauptfokus der ambulanten Psychotherapie bilden, parallel zur Einleitung beruflicher Massnahmen im Sinne aktiver Stellensuche parallel zu einer raschen Integration in ein Beschäftigungsprogramm. Medizinisch-theoretisch könnte der Explorand im Rahmen eines Beschäftigungsprogrammes in einer Tätigkeit mit geringem bis höchstens durchschnittlichem Anspruch an die geistigen Anforderungen ab sofort ein zeitliches und leistungsmässiges Pensum von 50 % realisieren. Die Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit lauteten wie folgt: «F32.0/1 formaldiagnostisch ggw. leicht bis höchstens mittelschwer ausgeprägte depressive Episode mit/bei aktenanamnestisch vordiagnostizierter schwerer depressiver Episode im Rahmen einer postschizophrenen Depression, DD schizoaffektiven Störung, fehlenden Hinweisen auf eine prämorbid Vulnerabilität, DD Minussymptomatik im Rahmen eines schizophrenen Residuums, DD Einwirken nicht-medizinischer Faktoren im Sinne einer nicht-authentischen Symptompräsentation; F20.0 aktenanamnestische Diagnose einer paranoiden Schizophrenie, diskussionsbedürftig». Zur Arbeitsfähigkeit wurde im Rahmen der Fragenbeantwortung angegeben, in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Geschäftsführer sei aktuell noch von einer aufgehobenen Arbeitsfähigkeit auszugehen, da diese Tätigkeit erhöhte Anforderungen an die psychische Belastbarkeit, die kognitive Flexibilität, die Eigeninitiative, die soziale Kommunikation und an die kognitiven Funktionen voraussetze. Dagegen könnten Computerarbeiten, Bestellungen aufnehmen, einkassieren und ähnliche Tätigkeiten ab sofort ausgeübt werden, dies aktuell mit einem verminderten zeitlichen und leistungsmässigen Pensum von 50 %, was einerseits der depressiven Symptomatik mit Adynamie und Passivität, andererseits der anzunehmenden psychophysischen Dekonditionierung geschuldet sei. Der Explorand könnte Tätigkeiten mit geringem bis höchstens durchschnittlichem Anspruch an die geistigen Anforderungen ab sofort mit einem zeitlichen und leistungsmässigen Pensum von 50 % ausüben, wobei die rasche Integration in ein Beschäftigungsprogramm zur Aktivierung, Tagesstrukturierung und Rekonditionierung dringend angezeigt erscheine. Eine professionelle Unterstützung bei der Wiedereingliederung sei wegen der Beeinträchtigung von Intentionalität und Motivation, des sozialen Rückzugs und der inzwischen anzunehmenden psychophysischen Dekonditionierung angezeigt. Der Explorand benötige einen gezielten Anstoss und eine Aktivierung von aussen, um seine Passivität zu überwinden und sich einer aktiveren, nach aussen gerichteten Tagesstruktur und aktiven Bemühungen um eine Rückkehr ins Berufsleben zuzuwenden. Bei intensiverer Therapie, weiterer Rückbildung der depressiven Symptome und zu erwartender Rekonditionierung sollte innerhalb der nächsten 3 bis 6 Monate eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit auf mindestens 80 % zu erreichen sein. Aktuell sei die Integration in ein Beschäftigungsprogramm angezeigt, welches dem Exploranden ermögliche, die nötige psychophysische Belastbarkeit und Flexibilität für eine erfolgreiche Ausübung jeglicher seinem Ausbildungsstand, seinen beruflichen Erfahrungen und seiner Konstitution entsprechenden Tätigkeiten auf dem 1. Arbeitsmarkt wieder

anzueignen (IV-Nr. 18.4). 3.7 Der Hausarzt, Dr. med. H.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Medizin FMH, hielt in seinem Bericht vom 21. Dezember 2016 folgende Diagnosen fest: «Verdacht auf paranoide Schizophrenie, Burn-out/Depression, Verdacht auf obstruktives Schlafapnoesyndrom, Fatigue-Syndrom wahrscheinlich im Rahmen der Burn-out Situation, Primärer Hypogonadismus (Testosteronmangel seit 2013)». Der Patient werde psychiatrisch von Dr. med. I.\_\_\_\_ betreut. Er habe jahrelang mit seiner Ehefrau zusammen einen gut laufenden Kebab-Imbissstand in [...] geführt. Er habe während sieben Tagen pro Woche gearbeitet und sehr wenig Ferien gehabt. In den letzten Jahren habe beobachtet werden können, dass er mehr und mehr Stresssymptome gezeigt habe. Daneben seien Wahnvorstellungen aufgetreten mit Schlaflosigkeit. Das habe schliesslich zu mehrmaligen stationären Psychiatricaufenthalten und schliesslich zur Aufgabe des eigenen Geschäfts anfangs 2016 geführt. Der Patient sei bis auf weiteres vollständig arbeitsunfähig. Langfristig sei eine Besserung des Zustandes denkbar. Wie sich dies auf die Arbeitsfähigkeit auswirke, bleibe offen (IV-Nr. 23 S. 9).

3.8 Der behandelnde Psychiater, Dr. med. I.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, hielt in seinem Bericht zu Händen der Beschwerdegegnerin vom 4. Februar 2017 folgende Diagnosen fest: F25.1: Schizoaffektive Störung vom depressiven Typ und rezidivierende depressive Episode aktuell mittleren Grades mit somatischem Syndrom. Es bestehe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit seit August 2016. Im Weiteren wurde dargelegt, der Gesundheitszustand sei stationär. Der Patient leide an einem depressiven Zustand mittleren bis schweren Grades. Er habe täglich Angstzustände begleitet von schweren Aufmerksamkeitsstörungen. Sowohl die bisherige als auch eine andere Tätigkeit seien nicht zuzumuten. Zurzeit sei keine Verbesserung des psychischen Gesundheitszustands des Patienten festzustellen (IV-Nr. 21 S. 5 ff.).

3.9 Im Bericht des F.\_\_\_\_ vom 15. Februar 2017 wurden folgende Diagnosen angegeben: «Lageabhängiges obstruktives Schlafapnoe-Syndrom, Apnoe-/Hypopnoe-Index 14/h, in Rückenlage 41/h (11/2016), erfolgreiche APAP-Therapie seit 13.01.2017; Insomnie; Paranoide Schizophrenie und Depression; Arterielle Hypertonie; Nikotinabhängigkeit, ca. 25 py, achtmonatige Rauchpause vor zwei Jahren mit Nikotinersatz-Therapie; Adipositas». Sodann wurde dargelegt, der Patient benütze das Gerät äusserst gewissenhaft während weit über zehn Stunden pro Tag ohne Unterbrüche. Der Nachtschlaf sei gemäss seiner Ehefrau viel ruhiger geworden und am Tag sei er etwas weniger müde, wenngleich eine ausgeprägte Müdigkeit mit Energieverlust und Lustlosigkeit persistiere. Insgesamt sei die Ehefrau mit dem Therapieeffekt zufrieden. Der Patient selber empfinde die Energielosigkeit und Lustlosigkeit weiterhin als störend. Objektiv seien die respiratorischen Ereignisse vollständig unterdrückt. Die Restsymptomatik sei also seiner psychiatrischen Grundkrankheit zuzuschreiben. Der Rauchstopp sei aktuell wieder ein Thema. Der Patient habe vor zwei Jahren einmal während acht Monaten nicht geraucht, jedoch trotz Nikotinersatz-Therapie markant an Gewicht zugenommen. Es sei ihm eine professionelle Rauchstopp-Beratung angeboten worden (IV-Nr. 23 S. 4 ff.).

3.10 In seinem Bericht vom 2. März 2017 stellte der Hausarzt Dr. med. H.\_\_\_\_ die Diagnosen eines Fatigue-Syndroms (Beginn 2013), einer paranoiden Schizophrenie (ED 2014 [ICD-10 F20.0] DD: Anpassungsstörung mit gemischter Störung von Gefühlen und Sozialverhalten [ICD-10 F43.25]), eines/einer Burnout/Depression (ED 2016), eines obstruktiven Schlafapnoesyndroms (ED 2016) und eines primären Hypogonadismus/Testosteronmangels (seit 2013) und gab an, für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit bestehe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit seit Januar 2016. Der Gesundheitszustand sei stationär mit Besserungstendenz. In der letzten Untersuchung vom

8. Februar 2017 hätten eine anhaltende Müdigkeit trotz Testosteronsubstitution und Psychotherapie sowie eine erektile Dysfunktion festgestellt werden können. Es sei eine urologische Abklärung bei Mikrohämaturie durchgeführt worden. Auf dem Beiblatt zum Arztbericht wurde erklärt, die genannten Diagnosen verunmöglichten die bisherige Tätigkeit als selbstständiger Restaurantbesitzer. Leichte Arbeiten in der Gastronomie ohne körperliche respektive psychische Stresssituationen seien während wenigen Stunden pro Tag zuzumuten. Es bestünden noch ausgeprägte Burnout-Symptome, tendenziell gehe es jedoch besser (IV-Nr. 23 S. 1 ff.). 3.11 Der behandelnde Psychiater Dr. med. I.\_\_\_\_ bestätigte am 7. März 2017, dass sich der Beschwerdeführer bei ihm seit dem 26. September 2016 in Behandlung befinde. Er diagnostizierte eine paranoide Schizophrenie (F20.00) sowie eine depressive Episode mittleren Grades mit somatischem Syndrom (F32.11). Im Weiteren legte er dar, beim Patienten sei eine schizoaffektive Störung bemerkt worden. Er leide unter akustischen Halluzinationen mit Wahnvorstellungen. Gleichzeitig befinde er sich in einem ängstlich-depressiven Zustand mittleren bis schweren Grades. Der Patient fühle sich sehr müde, er habe Angstzustände und gleichzeitig Aufmerksamkeitsstörungen. Er fühle sich von Personen verfolgt und habe akustische Halluzinationen. Zum Verlauf wurde vermerkt, es sei eine leichte Verbesserung des psychischen Zustands eingetreten. Dank der Medikamente habe er keine akustischen Halluzinationen. Gleichzeitig leide er unter einem Verfolgungswahn. Ausserdem habe er noch depressive und psychotische Symptome. Aktuell sei er zu 60 % arbeitsunfähig. Der Krankheitsverlauf müsse jedoch abgewartet werden (IV-Nr. 27.4 S. 9 f.). 3.12 RAD-Arzt Dr. med. J.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, hielt in seiner Stellungnahme vom 17. Mai 2017 im Wesentlichen fest, die Einschätzung von Dr. med. E.\_\_\_\_ vom 5. Dezember 2016 könne übernommen werden, wobei allerdings die Faktoren der Dekonditionierung und der ungenügenden Therapie höchstens noch für 3 Monate über den Untersuchungszeitpunkt hinaus (versicherungsmmedizinisch) berücksichtigt werden könnten. In diesem zeitlichen Rahmen wäre eine relevante Verbesserung zu erreichen. Gestützt auf das Gutachten von Dr. med. E.\_\_\_\_ sei eine selbstständige Erwerbstätigkeit ab Februar 2016 nicht mehr zumutbar. In einer angepassten Tätigkeit bestehe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit von Februar bis August 2016 und eine solche von 50 % von September 2016 bis Februar 2017; ab März 2017 belaufe sich die Arbeitsunfähigkeit auf unter 20 %. Gestützt auf das Gutachten von Dr. med. E.\_\_\_\_ sei eine Steigerung der Frequenz der psychotherapeutischen Gespräche angezeigt. Dabei sollte die berufliche Rehabilitation vermehrt in den Fokus gerückt werden. Zudem müsse die Medikamentencompliance überprüft werden. Mit diesen Massnahmen sollte eine weitgehende Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit innert 3 Monaten möglich sein (IV-Nr. 26). 3.13 Aus dem Bericht des F.\_\_\_\_, Medizinische Klinik, vom 14. September 2017 (stationärer Aufenthalt vom 5. bis 8. September 2017) gehen folgende Hauptdiagnosen hervor: 1. Akute Lumbago, keine sensomotorischen Ausfälle; 2. Metabolisches Syndrom, Dyslipidämie, pathologische Glukosetoleranz, arterielle Hypertonie, Adipositas; 3. Depression und paranoide Schizophrenie, unter Fluoxetin; 4. Hypochromes, mikrozytäres Erythrozyten; 5. Lageabhängiges obstruktives Schlafapnoesyndrom; 6. Hämorrhoiden. Als Nebendiagnosen wurden eine Insomnie sowie eine Nikotinabhängigkeit angegeben. Unter «Beurteilung/Verlauf» wurde dargelegt, es sei eine notfallmässige Selbsteinweisung bei aktuell aggravierten beidseitigen Flankenschmerzen seit 14 Tagen erfolgt. Bei Eintritt zeige sich der Patient in reduziertem Allgemeinzustand. Die körperliche Untersuchung sei bis auf einen ausgeprägten foetor ex ore und dezentem Giemen über der Lunge unauffällig

gewesen. Die beidseitig brennenden lumbalen Schmerzen erkläre man sich im Rahmen einer akuten Lumbago. Bei metabolischem Syndrom werde der Patient zur ambulanten Ernährungsberatung aufgeboten. Der Patient habe von einer zunehmenden psychischen Zustandsverschlechterung mit vermehrter Unruhe, Angst und Gedankenkreisen bei vorbekannter paranoider Schizophrenie und Depression berichtet. Ein stationärer Psychiatrieaufenthalt werde als indiziert erachtet und sei vom Patienten auch gewünscht worden. Bei klinischer Verbesserung der lumbalen Schmerzen habe der Patient am 8. September 2017 in die Psychiatrie [...] verlegt werden können (IV-Nr. 33 S. 3 ff.). 3.14. Gemäss dem Bericht über die 4. Hospitalisation vom 8. bis 19. September 2017 in den Psychiatrischen Diensten, [...], vom 25. September 2017 lautete die psychiatrische Diagnose auf Schizophrenes Residuum (F20.5). Als andere relevante Diagnosen wurden eine akute Lumbago, ein metabolisches Syndrom, ein lageabhängiges obstruktives Schlaf-Apnoe-Syndrom sowie Hämorrhoiden angegeben. Im Weiteren wurde dargelegt, dem Patienten mangle es aufgrund seiner ausgeprägten Negativsymptomatik an einer gesundheitsfördernden Tagesstruktur. Fremdanamnestisch werde eine ausgeprägte Antriebs- und Lustlosigkeit seit Aufgabe seines Arbeitsplatzes beschrieben. Es werde eine Re-Evaluation der antipsychotisch-antidepressiv wirksamen Medikation empfohlen (IV-Nr. 42). 3.15 In einem Bericht vom 26. Januar 2018 gab Dr. med. I.\_\_\_\_ an, es bestehe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit seit August 2016. Der Gesundheitszustand sei stationär. Sowohl die zuletzt ausgeübte als auch eine angepasste Tätigkeit seien dem Patienten nicht zuzumuten. Leider könne aktuell keine Verbesserung des psychischen Gesundheitszustands festgestellt werden (IV-Nr. 36 S. 5 ff.). 3.16 RAD-Arzt Dr. med. J.\_\_\_\_ hielt in seiner Stellungnahme vom 14. März 2018 fest, die zusätzlich eingegangenen Akten wiesen einerseits auf weitere bzw. neue somatische Probleme hin, andererseits sei die Diagnose der paranoiden Schizophrenie schlecht abgestützt. So stelle auch der Hausarzt die Differentialdiagnose einer Anpassungsstörung (vgl. E. II. 3.10 hiervor). Die Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit könne nicht abschliessend beurteilt werden, zumal die vorhandenen psychiatrischen Gutachten inzwischen deutlich über ein Jahr alt seien und zusätzliche und möglicherweise relevante somatische Probleme bestünden. Angesichts der Mehrfachproblematik sei eine polydisziplinäre Begutachtung zu empfehlen (IV-Nr. 40 S. 2 f.). 3.17 Dr. med. I.\_\_\_\_ führte in seinem Bericht vom 29. August 2018 aus, der psychische Zustand des Patienten verschlechtere sich seit ungefähr neun Monaten. Er befinde sich in einem ängstlich-depressiven Zustand mittleren bis schweren Grades. Er leide unter Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörungen und habe sich zu Hause zurückgezogen. Er habe kein Selbstwertgefühl und leide unter täglichen Angst- und Panikstörungen. Es bestehe ein sozialer Rückzug. Der Patient sei zu 100 % arbeitsunfähig (IV-Nr. 59.4). 3.18 Dem polydisziplinären (allgemein-internistischen, orthopädischen, neurologischen, neuropsychologischen und psychiatrischen) Gutachten der G.\_\_\_\_ (im Folgenden: G.\_\_\_\_) vom 3. Oktober 2018 (Untersuchungen vom 28. Juni bis 13. September 2018) können keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit entnommen werden. Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurden Anpassungsprobleme (Arbeitsüberlastung, persönliche Gründe; F43.2), inzwischen abgeklungen, Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung (Z73), nicht-authentische kognitive Minderleistungen in den Bereichen Neugedächtnis, Exekutivfunktionen und Sprache (bei schwankender Anstrengungsbereitschaft bzw. Leistungsverzerrung), ein lumbospondylogenes Schmerzsyndrom ohne radikuläre Zeichen, ein medikamentös eingestellter Diabetes mellitus ohne Hinweis auf eine Neuropathie,

Bluthochdruck, ein metabolisches Syndrom, Nikotinabusus, Spannungskopfschmerzen sowie ein lageabhängiges Schlafapnoesyndrom angegeben. Im Rahmen der interdisziplinären Gesamtbeurteilung (Konsensbeurteilung) wurde dargelegt, der Explorand beschreibe psychische Probleme seit dem Jahr 2015, welche mit Stimmenhören, Depressionen, starker Müdigkeit und Abgeschlagenheit sowie Erschöpfung einhergingen. Jedoch bestünden bei ihm auch deutliche kognitive Defizite. Trotz einer regelmässigen, psychiatrischen Behandlung komme es bei ihm zu keiner Verbesserung der Symptomatik. Er traue sich deswegen keine berufliche Tätigkeit mehr zu und habe die zuletzt ausgeübte angestammte Tätigkeit als Gastwirt nach Auftreten der psychischen Symptome aufgegeben; sein Haus und die darin befindliche Gastwirtschaft (Pizzeria) habe er veräussert. Auch beschreibe er Rücken- und Kopfschmerzen. Zur Herleitung/Begründung der aktuellen Diagnosen wurde angegeben, aus psychiatrischer Sicht sei die vom Exploranden seit dem Jahr 2015 geltend gemachte geschilderte psychische Beschwerdesymptomatik mit akustischen und halluzinatorischen Phänomenen ohne sonstige Hinweise auf eine Schizophrenie nicht haltbar, zumal sich beim Exploranden Inkonsistenzen im Rahmen der psychiatrischen und neuropsychologischen Untersuchung ergeben hätten. Auch seien die sonstigen von ihm berichteten psychischen Symptome im Hinblick auf die Kondition nicht reproduzierbar. Die neuropsychologische Teilbegutachtung vom 30. August 2018 habe zwar defizitäre Leistungen in den Bereichen Aufmerksamkeit, Gedächtnis, Exekutivfunktionen, Sprache und Visuokonstruktion ergeben. Allerdings sei die Validität dieser Defizite eingeschränkt, die Anstrengungsbereitschaft sei nachweislich schwankend gewesen, d.h. die Leistungen entsprächen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht vollumfänglich der tatsächlichen Leistungsfähigkeit. Im Rahmen der orthopädischen Teilbegutachtung sei der Explorand kooperativ gewesen und habe klare Aussagen zum Beschwerdebild gemacht. In der Untersuchung habe eine ruhige und entspannte Atmosphäre während der Befragung von 2 Stunden geherrscht. Es sei bei ihm zu keinen Positionswechseln und zu keinem Herumlaufen während der Befragung gekommen. Beim Exploranden habe diagnostisch ein lumbospondylogenes Schmerzsyndrom ohne radikuläre Zeichen mit normaler LWS-Beweglichkeit und ohne paravertebralen Hartspann bei kongenital engem Duralschlauch ohne Stenosen, Spondylarthrosen L3/4 bis L5/S1 ohne Kompression von neurogenen Strukturen nachgewiesen werden können. Es bestehe keine Arbeitsunfähigkeit aus orthopädischer Sicht. In der allgemein-medizinischen Teilbegutachtung habe der Explorand berichtet, dass er das Gefühl habe, sein Gehirn sei «trüb». Diese Beschwerden bestünden seit ungefähr 3 Jahren. Sie hätten begonnen mit dem Stimmenhören im Rahmen seiner starken beruflichen Überarbeitung durch seine vielfältigen beruflichen Aktivitäten. In der Folge sei es zu schweren Depressionen gekommen, wobei eine medikamentöse Behandlung notwendig geworden sei. Aber auch unter diesen Medikamenten seien die Beschwerden nicht besser geworden. Die Hauptursache der Erkrankung führe auf die schlimme Überarbeitung zurück. Aufgrund seiner ausgeprägten Müdigkeit und Erschöpfung sei es ihm nicht möglich, mit seiner Krankheit fertig zu werden. Er nehme regelmässig seine Tabletten ein, ohne dass er dadurch eine wesentliche Verbesserung seiner Situation erlebt habe. Das einschneidende Erlebnis seines Lebens sei für ihn die Krankheit, weswegen er seinen Beruf und sein Haus aufgeben müssen. Es sei der Eindruck entstanden, dass er nicht alle Fragen zu beantworten vermocht habe. Beim Exploranden bestehe ein latenter Diabetes mellitus und ein langjähriger Bluthochdruck, der medikamentös behandelt werde. Bei der aktuellen Untersuchung habe man unauffällige Blutdruckwerte gefunden. Vorbekannt sei beim

Exploranden ein lageabhängiges obstruktives Schlafapnoesyndrom. Nach seinen Angaben werde die Maske schlecht vertragen, sodass er die nächtliche Überdruckbeatmung aktuell seit einigen Wochen abgesetzt habe. Es sei daher nicht zu erwarten, dass die subjektiven Beschwerden sich nach Absetzen der Therapie wesentlich besserten. Es bestehe beim Exploranden ein deutlich erhöhtes kardiovaskuläres Risiko bei vorhandenem metabolischem Syndrom. Neben dem bereits besprochenen Bluthochdruck und dem Diabetes mellitus finde sich eine Adipositas Grad I und eine Hyperlipoproteinämie. Ungünstig sei in diesem Zusammenhang natürlich auch der anhaltende Nikotinabusus. Empfehlenswert sei daher eine Kontrolle von Leukozyten und des CRP-Werts. Aus den Ergebnissen der allgemein-internistischen Untersuchung sei keine Arbeitsunfähigkeit abzuleiten. Aus neurologischer Sicht bestünden Hinweise für Spannungskopfschmerzen, sonst seien keine Auffälligkeiten im Rahmen der neurologischen Untersuchung ersichtlich, insbesondere auch keine Hinweise für eine Neuropathie oder eine Radikulopathie. Auch hinsichtlich des Schlafapnoe-Syndroms seien gemäss den Akten zwar im November 2016 in Rückenlage noch ein Apnoe-Hypopnoe-Index (AHI) von 41/h, gemäss Bericht vom 15. Februar 2017 unter assistierter Beatmungstherapie nur noch von 14/h festgestellt worden, gemäss Bericht vom 10. April 2017 sei jedoch eine subtotale Elimination der respiratorischen Ereignisse und somit ein gut behandeltes Schlafapnoe-Syndrom bestätigt worden, dies bei ausgezeichneter Therapietreue. Es sei kein Grund für eine Arbeitsunfähigkeit gesehen worden. Wenn der Explorand aktuell hingegen angegeben habe, er komme mit assistierter Beatmung nicht hinreichend zurecht und habe diese seit ca. 5 Monaten weggelassen, so sei dies aus der Aktenlage nicht ableit- und auch nicht bestätigbar. Zu den funktionellen Auswirkungen der Befunde/Diagnosen wurde im Rahmen der Konsensbeurteilung angegeben, aus psychiatrischer Sicht seien keine Auswirkungen nachvollziehbar. Wegen des lumbospondylogenen Schmerzsyndroms sei das Heben und Tragen von schweren Lasten von mehr als 20 kg nicht mehr zumutbar. Andere Einschränkungen aus internistischer und neurologischer Sicht bestünden nicht. Im Rahmen der Diskussion von Belastungsfaktoren und Ressourcen wurde angegeben, es seien vorrangig auch soziokulturelle Aspekte bei der medizinischen Bewertung der psychischen Störungen zu berücksichtigen. Es bestehe ein guter psychosozialer Support seitens der Familie. Auch die Kinder seien zwischenzeitlich bereits in Ausbildung. Aus dem Verkauf des Geschäfts seien auch finanzielle Ressourcen generiert worden. Zudem müsse aber auch auf offensichtliche Inkonsistenzen hingewiesen werden. Bei der Konsistenzprüfung wurde dargelegt, im Rahmen der psychiatrischen und neuropsychologischen Untersuchung ergäben sich deutliche Inkonsistenzen. Bei der neuropsychologischen Teilbegutachtung hätten zwar defizitäre Leistungen in den Bereichen Aufmerksamkeit, Gedächtnis, Exekutivfunktionen, Sprache und Visuokonstruktion bestanden, diese seien jedoch nicht valide gewesen. Hinsichtlich der Angaben zum «Stimmenhören» werde auf die Ausführungen im psychiatrischen Gutachten im Detail verwiesen. Eine Störung aus dem psychotischen Formenkreis könne nicht objektiviert werden. Entsprechend sei der Beschwerderapport auch dem neurologischen Gutachter rein anekdotisch erschienen, ohne affektive Beteiligung und ohne Vorliegen begleitender krankheitswertiger Zusatzsymptome. Auffallend sei auch der gemäss Medikamentenspiegelbestimmung fehlende Nachweis des Metaboliten des Neuroleptikums Olanzapin (welches üblicherweise bei psychischen Störungen zur Therapie eingesetzt werde). Eine wirksame und regelmässige Einnahme von Olanzapin könne somit eher nicht angenommen werden, erscheine möglicherweise auch dem Exploranden selbst nicht erforderlich, korrelierend zur

klinischen Bewertung, dass eben auch keine krankheitswertige Störung aus dem schizophrenen Formenkreis vorliege. Hinsichtlich der Angaben punkto Schmerzintensität seien diese auf der höheren Seite gelegen verglichen mit der geringen Medikation nur mit Dafalgan. Physiotherapie finde nicht mehr statt. Auch in der Vergangenheit seien die psychiatrisch-stationären Massnahmen auffallend kurz ausgefallen, mit jeweils für eine psychotische Störung sehr ungewöhnlich rascher Besserung. Aus psychiatrischer Sicht bestünden keine krankheitswertigen Gründe, welche dieses inkonsistente Verhalten begründen könnten. Abschliessend wurde die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit auf 100 % festgesetzt. Es wurde vermerkt, die IV-Anmeldung vom 2. Mai 2016 sei wegen psychischer Probleme erfolgt. Gemäss der aktuellen versicherungsmedizinischen Bewertung sei jedoch auch rückblickend keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründbar, ausgenommen von den kurzen Zeiten der stationären Massnahmen. Aus orthopädischer Sicht könne eine Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit postuliert werden von ca. maximal 6 Wochen ab dem 5. September 2017. Sonst bestehe keine retrospektive Arbeitsunfähigkeit. Die Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Verweistätigkeit wurde ebenfalls auf 100 % festgesetzt. Auch hier bestünden keine längeren Zeiten einer eingeschränkten Arbeitsfähigkeit. Medizinische Massnahmen und Therapien mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit seien nicht notwendig (IV-Nr. 59.1 S. 2 ff.).

3.19 Dr. med. I. \_\_\_ stellte in seinem Bericht vom 3. November 2018 die Diagnosen einer schizo-affektiven Störung vom depressiven Typ (F25.1), eine rezidivierende depressive Störung aktuell mittleren Grades mit somatischem Syndrom (F33.11) und eine generalisierte Angststörung (F41.1). Im Weiteren gab er u.a. an, der Patient sei Alevit und habe als solcher nicht die religiösen Überzeugungen, wie dies im psychiatrischen Teilgutachten beschrieben worden sei. Er leide an Verfolgungswahn und fühle sich von anderen Personen beobachtet. Er habe Konzentrationsstörungen und werde medikamentös behandelt. Es handle sich um eine seit Jahren bestehende Krankheit ohne Verbesserung und sogar mit einer Verschlechterung der depressiven Symptome. Eine anhaltende Remission sei nicht ersichtlich. Der Patient sei zu 100 % arbeitsunfähig (IV-Nr. 65 S. 2 f.).

3.20 RAD-Arzt Dr. med. J. \_\_\_ hielt in seiner Stellungnahme vom 19. Dezember 2018 fest, Hauptgegenstand der medizinischen Diskussion sei die Frage, ob der Versicherte an einer paranoiden Schizophrenie leide oder nicht. Bereits Dr. med. D. \_\_\_ habe in seinem psychiatrischen Gutachten vom 16. März 2016 diese Diagnose in Frage gestellt. Er habe sie unter Berücksichtigung von Verlauf und damals aktueller Symptomatik nicht bestätigen können, habe den Versicherten aber hinsichtlich einer Anpassungsstörung für behandlungsbedürftig gehalten. Auch Dr. med. E. \_\_\_ habe in ihrem Gutachten vom 5. Dezember 2016 die Kriterien für die Diagnose einer Schizophrenie nicht als erfüllt angesehen. Hingegen liege formaldiagnostisch eine gegenwärtig leichte bis höchstens mittelschwere depressive Episode vor. Auch habe sich ihr der Verdacht auf eine nicht authentische Symptompräsentation ergeben. Bei der laufenden Behandlung habe sie Optimierungspotential durch eine Intensivierung gesehen. Im Weiteren führte der RAD-Arzt aus, im aktuellen polydisziplinären G. \_\_\_-Gutachten vom 3. Oktober 2018 ergebe sich laut der interdisziplinären Konsensbeurteilung keine relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit trotz vorhandener somatischer Probleme. Diese führten zu keinen wesentlichen funktionellen Limitierungen. Der psychiatrische Teilgutachter komme aufgrund seiner umfassenden Untersuchung zum Schluss, dass die Diagnose einer schizophrenen Erkrankung nicht bestätigt werden könne, und verweise zudem auf im Rahmen der neuropsychologischen Testung festgestellte deutliche Inkonsistenzen. Auch

aus Sicht des RAD sei die vom Versicherten geschilderte Symptomatik kaum vereinbar mit einer schizophrenen Erkrankung. Das von ihm erwähnte Hören der Stimme des Grossvaters sei sehr untypisch, zudem auffällig regelmässig auftretend am Abend, in einem Zustand zwischen Wachsein und Schlaf. In diesem Übergangszustand auftretende, an einen psychotischen Zustand erinnernde Phänomene seien nicht krankheitswertig und nicht auf eine schizophrene Störung hinweisend. Das polydisziplinäre Gutachten falle überzeugend aus. Es könne darauf abgestellt werden. Die von den behandelnden Ärzten vorgebrachten Einwendungen könnten unter Berücksichtigung der gesamten Aktenlage nicht überzeugen. Demnach bestehe überwiegend wahrscheinlich keine längerdauernde, durchgehende Einschränkung in der bisherigen Tätigkeit. Dies gelte auch für eine Verweistätigkeit. Weitere medizinische Abklärungen seien nicht angezeigt (IV-Nr. 66).

3.21 Vom 31. Dezember 2018 bis 3. Januar 2019 war der Beschwerdeführer zum fünften Mal in den Psychiatrischen Diensten, [...], hospitalisiert. Diagnostiziert wurde ein schizophreses Residuum (F20.5); als andere relevanten Diagnosen wurden eine akute Lumbago, ein metabolisches Syndrom, ein lageabhängiges obstruktives Schlaf-Apnoe-Syndrom sowie Hämorrhoiden angegeben. Im Weiteren wurde dargelegt, der Klinikeintritt sei auf freiwilliger Basis aufgrund einer Zustandsverschlechterung bei einem schizophrenen Residuum erfolgt. Der Patient sei auf die offene Kriseninterventionsstation aufgenommen worden. Die vorbestehende Psychopharmakotherapie sei unverändert weitergeführt worden. Der Patient habe nach kurzer Krisenintervention in stabilisiertem Zustand entlassen werden können. Beim Austritt habe kein Hinweis auf akute Selbst- oder Fremdgefährdung bestanden (Bericht vom 7. Januar 2019; IV-Nr. 71 S. 30 f.).

3.22 In seiner Stellungnahme vom 13. März 2019 hielt Dr. med. J. \_\_\_ fest, das überzeugende G. \_\_\_-Gutachten werde von der Vertreterin des Beschwerdeführers bezüglich jeder Fachdisziplin durchgehend kritisiert, wobei ihre Ausführungen medizinisch wenig überzeugend seien und Aussagen in den Gutachten teilweise «verdreht» wiedergegeben worden seien. Nachdem schon Dr. med. D. \_\_\_ in seinem Gutachten vom 16. März 2016 und Dr. med. E. \_\_\_ in ihrem psychiatrischen Zweitgutachten vom 5. Dezember 2016 eine schizophrene Störung als nicht erfüllt erachtet hätten und Dr. med. K. \_\_\_ als psychiatrischer G. \_\_\_-Gutachter zum gleichen Schluss komme, sei es nicht zielführend, nun nochmals eine Beurteilung einzuholen. Auch die Aussagen in den somatischen Teilgutachten des G. \_\_\_ seien aus Sicht des RAD medizinisch nachvollziehbar begründet worden (IV-Nr. 74).

3.23 In seinem Bericht vom 14. Mai 2019 hielt Dr. med. I. \_\_\_ fest, der Patient habe einen Verfolgungswahn vor allem nach dem Hinschied seines Vaters. Aktuell leide er unter einer paranoiden Schizophrenie. Er habe manchmal Verfolgungsideen begleitet von mystischen Wahnvorstellungen. Es handle sich dabei um eine seit Jahren bestehende Pathologie ohne Verbesserung und sogar mit einer Verschlimmerung der depressiven Symptome; eine dauerhafte Remission sei nicht gegeben. Es bestehe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit seines Patienten (IV-Nr. 78 S. 338 f.).

3.24 Dr. med. H. \_\_\_ teilte der Vertreterin des Beschwerdeführers am 25. September 2019 mit, sein Patient habe ihn gebeten, ihr mitzuteilen, dass er neuerdings an Diabetes mellitus Typ 2 leide (Beschwerdebeilage (BB) 28).

3.25 Der behandelnde Psychiater äusserte sich in seinem Bericht vom 11. Februar 2020 im Wesentlichen dahingehend, es sei eine Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustands seit ungefähr

#### **E. 4**

Die IV-Stelle habe die Verfahrenskosten zu tragen und dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung auszurichten. 2.2 In ihrer Beschwerdeantwort vom 4. September

2019 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde, wobei sie auf die IV-Akten und die Begründung in der angefochtenen Verfügung verweist und auf eine Stellungnahme verzichtet (A.S. 67).

2.3 Mit Eingabe vom 19. September 2019 reicht die Vertreterin des Beschwerdeführers ihre Kostennote ein (A.S. 69 ff.).

2.4 Am 1. Oktober 2019 lässt der Beschwerdeführer dem Gericht einen Arztbericht des Hausarztes Dr. med. H.\_\_\_\_, Allgemeine Medizin FMH (Praxisgemeinschaft [...]), vom 25. September 2019 als Urkunde Nr. 28 zugehen (A.S. 76).

2.5 Mit Eingabe vom 18. Februar 2020 wird dem Gericht der Arztbericht des behandelnden Psychiaters Dr. med. I.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 11. Februar 2020 als Urkunde Nr. 29 eingereicht (A.S. 78).

2.6 Im Weiteren lässt der Beschwerdeführer dem Gericht am 27. Februar 2020 den Arztbericht des Hausarztes vom 25. Februar 2020 als Urkunde Nr. 30 zustellen (A.S. 80).

2.7 Am 11. März 2020 reicht die Vertreterin des Beschwerdeführers ihre Kostennote, ergänzt mit ihren Bemühungen ab 19. September 2019 ein (A.S. 82 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 hat. In der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 30. April 2019 wies die Beschwerdegegnerin nicht nur den Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente, sondern auch denjenigen auf berufliche Eingliederungsmassnahmen ab (vgl. A.S. 1 ff.). In der vorliegend zu beurteilenden Beschwerde vom 21. Mai 2019 wird ausschliesslich die Zusprache einer Invalidenrente, eventualiter die Durchführung einer neuen polydisziplinären Begutachtung verlangt. Die Gewährung von beruflichen Eingliederungsmassnahmen wird weder beantragt noch werden hierzu in der umfassenden Beschwerdebegründung Ausführungen gemacht. Demnach ist die vorliegend angefochtene Verfügung, soweit sie den Anspruch auf berufliche Massnahmen betrifft, unangefochten in Rechtskraft erwachsen.

1.3 Bei der Beurteilung des Falles ist grundsätzlich auf den Sachverhalt abzustellen, der bis zum Erlass der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 30. April 2019 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 mit Verfügung vom 30. April 2019 im Wesentlichen mit der Begründung ab, aus dem polydisziplinären G.\_\_\_\_-Gutachten vom 3. Oktober 2018 ergebe sich laut der interdisziplinären Konsensbeurteilung keine relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit trotz vorhandener somatischer Probleme, welche aber nicht zu wesentlichen funktionellen Limitierungen führten. Der psychiatrische G.\_\_\_\_-Teilgutachter komme aufgrund seiner umfassenden Untersuchung zum Schluss, dass die Diagnose einer schizophrenen Erkrankung nicht bestätigt werden könne und verweise zudem auf im Rahmen der neuropsychologischen Testung festgestellte deutliche Inkonsistenzen. Die vom Beschwerdeführer geschilderte Symptomatik sei nicht vereinbar mit einer schizophrenen Erkrankung. Das psychiatrische Teilgutachten erfülle die Vorgaben des strukturierten Beweisverfahrens. Es bestehe keine Invalidität im Sinne des Gesetzes und demnach auch kein Leistungsanspruch (IV-Nr. 75; A.S. 1 ff.).

4.1.2 Der Beschwerdeführer lässt demgegenüber beantragen, es sei ihm eine Invalidenrente zuzusprechen, allenfalls sei eine neue polydisziplinäre Begutachtung durchzuführen. Dies begründet er im Wesentlichen damit, er habe während der letzten 6 Jahre, bevor er krank geworden sei, einen Pizzaservice und einen grösseren Markt in [...] betrieben. Er habe täglich 14 bis 15 Stunden gearbeitet, weshalb im Laufe des Jahres 2015 Erschöpfungszustände aufgetreten seien. Er habe in der Folge seine Arbeitstätigkeit in seinem Geschäft nicht mehr weiterführen können wie vorher, sodass er das Geschäft im Jahr 2016 verkauft habe. Seither habe er keine Arbeitstätigkeit mehr aufnehmen können. Mit der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit im G.\_\_\_\_-Gutachten vom 3. Oktober 2018 sei er nicht einverstanden. Die Ausführungen des psychiatrischen Teilgutachters zum kulturellen Hintergrund seien falsch. Auch im Rahmen der psychiatrischen Hospitalisationen sei eine paranoide Schizophrenie diagnostiziert worden. Vom psychiatrischen Gutachter Dr. med. D.\_\_\_\_ sei er als psychisch krank eingestuft worden. Auch die psychiatrische Gutachterin Dr. med. E.\_\_\_\_ schliesse sich dem psychiatrischen Vorgutachten an. Für die behandelnden Ärzte und die beiden Gutachter Dres. med. D.\_\_\_\_ und E.\_\_\_\_ seien die medizinischen Symptome einer Schizophrenie bzw. Depression erfüllt. Alle 4 Fachärzte bestätigten eine 100%ige bzw. 50%ige Arbeitsunfähigkeit. Der psychiatrische G.\_\_\_\_-Teilgutachter, Dr. med. K.\_\_\_\_, attestiere – im krassen Gegensatz zu seinen Vorgutachtern – eine 100%ige Arbeitsfähigkeit. Das psychiatrische Teilgutachten sei unvollständig und der psychiatrische Teilgutachter voreingenommen. Dessen Schlussfolgerung bezüglich der 100%igen Arbeitsfähigkeit könne nicht nachvollzogen werden. Die Behauptung, es liege mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine Aggravation vor und die Symptome liessen die Diagnosestellung einer psychischen Störung nicht zu, überzeuge nicht. Auch den Schlussfolgerungen der testpsychologischen Untersuchung könne nicht zugestimmt werden. Im Weiteren sei nicht nachvollziehbar, wie der neuropsychologische Gutachter behaupten könne, der Explorand habe bei den Tests bewusst oder unbewusst Minderleistungen gezeigt. Auch das orthopädische Teilgutachten lasse viele Fragen offen. Im allgemein-medizinischen

Teilgutachten zeige bereits die Umschreibung einer angepassten Tätigkeit, dass der Beschwerdeführer bei der Suche eines angepassten Arbeitsplatzes massiv eingeschränkt wäre. Zusammen mit den Einschränkungen aus orthopädischer und psychiatrischer Sicht sei eine Arbeitsfähigkeit von mehr als 30 % ausgeschlossen. Die Schlussfolgerung der interdisziplinären Gesamtbeurteilung, wonach von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit sowohl in der bisherigen Tätigkeit als auch in einer angepassten Verweistätigkeit auszugehen sei, lasse sich nicht begründen.

4.2 Es gilt festzuhalten, dass das oben (unter E. II. 3.18 hiervor) wiedergegebene polydisziplinäre H.\_\_\_\_-Gutachten vom 3. Oktober 2018 auf den vollständigen Vorakten sowie den spezialärztlichen Untersuchungen in den Disziplinen «Allgemeine innere Medizin», «Orthopädie», «Neurologie», «Neuropsychologie» und «Psychiatrie» vom 28. Juni, 10. Juli, 30. August und 13. September 2018 sowie der Konsensbeurteilung vom 1. Oktober 2018 beruht. Die vom Beschwerdeführer angegebenen Beschwerden wurden durch die Gutachter berücksichtigt und in ihre Beurteilung einbezogen. Die Expertise kann sich somit auf vollständige Grundlagen stützen. Die einzelnen Teilgutachter geben jeweils die fachspezifische Anamnese, die Angaben des Beschwerdeführers und die erhobenen Befunde wieder. Daraus werden die relevanten Diagnosen und die Auswirkungen der Symptomatik auf die Arbeitsfähigkeit hergeleitet. Schliesslich wird eine Gesamtbeurteilung unter Berücksichtigung aller involvierten Disziplinen vorgenommen. Das Gesamtgutachten trägt die Unterschriften aller beteiligten Teilgutachter. Inhaltlich gelangen die einzelnen Teilgutachten und das Gesamtgutachten zu schlüssigen Ergebnissen, welche nachvollziehbar hergeleitet werden. Zu früheren ärztlichen Einschätzungen in den medizinischen Vorakten wurde – soweit vorhanden – Stellung genommen. Das Gutachten wird damit den durch die Rechtsprechung formulierten Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Stellungnahme (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352) gerecht.

5. 5.1 Der Beschwerdeführer wendet bezüglich des psychiatrischen G.\_\_\_\_-Teilgutachtens von Dr. med. K.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, vom 28. September 2018 (Untersuchung vom 10. Juli 2018) ein, er sei damit nicht einverstanden. Zur Begründung bringt er vor, er habe im Oktober 2015 in die Klinik für Psychiatrie, [...], eingewiesen werden müssen, wo er während mehr als zwei Wochen hospitalisiert gewesen sei. Er habe die Stimme des Grossvaters und zusätzlich zwei andere Stimmen gehört. Er könne manchmal auch Gedanken anderer Menschen lesen und auf das Wetter Einfluss nehmen. Dies sei aber mit Angst verbunden. Er sei unzufrieden, antriebs- und kraftlos. Es interessierte ihn praktisch nichts. Der psychiatrische Teilgutachter habe erwähnt, es komme bei Personen aus dem türkischen Kulturkreis häufig vor, dass sie mit Geistern konfrontiert würden, selbst in banalen Überforderungssituationen. Der Gutachter schliesse daraus, dass die Stimmen, die er höre, und die Aufträge, die er bekomme, aus dem türkischen Kulturkreis stammten und nichts mit einer psychischen Erkrankung zu tun hätten. Der behandelnde Psychiater, Dr. med. I.\_\_\_\_, habe jedoch erklärt, dass der Beschwerdeführer alevitischen Glaubens sei und deshalb nichts mit Geistervorstellungen des türkischen Kulturkreises zu tun habe. Der behandelnde Psychiater habe bei ihm eine paranoide Schizophrenie festgestellt. Die Beurteilung des psychiatrischen Teilgutachters stehe auch im Gegensatz zur Diagnosestellung anlässlich der psychiatrischen Hospitalisationen. Das bereits seit 10 Jahren bestehende Stimmenhören sei ein Hinweis auf eine psychotische oder schizophrene Erkrankung. Der psychiatrische G.\_\_\_\_-Teilgutachter habe die Hypothese des psychiatrischen Vorgutachters Dr. med. D.\_\_\_\_, wonach das Stimmenhören auch eine andere Ursache als eine psychische Krankheit haben könne, einfach übernommen. Dr. med. D.\_\_\_\_ habe aber trotz seiner Hypothesen über die Ursache

der Symptome den Beschwerdeführer aufgrund seiner Untersuchung zu 100 % arbeitsunfähig als Folge einer paranoiden Schizophrenie (ICD-10 F.20) eingestuft. Auch die psychiatrische Gutachterin Dr. med. E. \_\_\_ habe aufgrund ihrer Untersuchung eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert. Dr. med. I. \_\_\_ habe ebenfalls eine volle Arbeitsunfähigkeit festgestellt. Somit werde von 4 Fachärzten eine 100%ige bzw. 50%ige Arbeitsunfähigkeit bestätigt. Dr. med. K. \_\_\_ hingegen schliesse im krassen Gegensatz dazu auf eine vollständige Arbeitsfähigkeit. Er lasse bei seiner Beurteilung die Beschreibung des Gesundheitszustands durch den Beschwerdeführer selbst unberücksichtigt. Auch die Auseinandersetzung mit den Vorgutachtern und den Berichten der behandelnden Ärzte sei unvollständig. Der Sachverhalt sei nicht richtig und nicht umfassend festgestellt worden. Ausserdem sei der psychiatrische G. \_\_\_-Teilgutachter voreingenommen gewesen. Seine Schlussfolgerung, der Beschwerdeführer sei zu 100 % arbeitsfähig, sei nicht nachvollziehbar. Das psychiatrische Teilgutachten sei widersprüchlich und lasse viele Fragen offen. Aus den Laborergebnissen könne nichts Nachteiliges abgeleitet werden. Eventualiter sei eine neue psychiatrische Expertise erstellen zu lassen (vgl. Beschwerde, S. 12 bis 33, Ziff. 18 bis 33). 5.2 Im psychiatrischen Teilgutachten von Dr. med. K. \_\_\_ vom 28. September 2018 (Untersuchung vom 10. Juli 2018) wurde zunächst die Ausgangslage erklärt, dann ein fachspezifischer Aktenauszug wiedergegeben, danach wurden die spontanen Angaben des Beschwerdeführers im Rahmen eines offenen Interviews und einer vertiefenden Befragung zu den aktuellen Beschwerden aufgeführt und es wurde eine systematische, soziale und berufliche Anamnese wiedergegeben; anschliessend wurde der Beschwerdeführer zum Tagesablauf befragt. Im Weiteren erhob der psychiatrische Teilgutachter die Untersuchungsbefunde, machte zu der im Rahmen der Begutachtung veranlassten Labordiagnostik verschiedene Angaben und legte die testpsychologischen Zusatzuntersuchungen (neuropsychologisches Teilgutachten vom 30. August 2018; Rey-Memory-Test) dar. Auf eine Fremdanamnese wurde verzichtet. Danach erfolgte die Auflistung und Herleitung der Diagnosen, wobei auf die psychiatrischen Vorgutachten sowie die übrigen vorliegenden psychiatrischen Berichte eingegangen wurde. Der psychiatrische Teilgutachter hielt fest, aktuell könne die Diagnose einer schizophrenen Psychose nicht gestellt werden. Es werde beim Beschwerdeführer von langjährigen beruflichen Belastungen ausgegangen, verbunden mit einem Mangel an Entspannung und Freizeit, möglicherweise auch einem sozialen Rollenkonflikt im familiären und religiösen Bereich mit besonderen soziokulturellen Umständen, die passager auch zu kurzanhaltenden Anpassungsproblemen und damit verbundenen Beeinträchtigungen geführt haben könnten. Gemäss den diagnostischen Kriterien F43.2 sei gegenwärtig allenfalls von Problemen mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung (Z73) auszugehen. Demnach stellte Dr. med. K. \_\_\_ die Diagnosen «Anpassungsprobleme (Arbeitsüberlastung, persönliche Gründe) F43.2, inzwischen abgeklungen» sowie «Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung Z73 (Zustand nach Erschöpfung, Mangel an Entspannung und Freizeit, Stress, sozialer Rollenkonflikt?)» und führte aus, beide psychiatrischen Diagnosen hätten keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (vgl. IV-Nr. 59.7 S. 1 bis 16). Im Rahmen der medizinischen und versicherungsmedizinischen Beurteilung führte der psychiatrische Teilgutachter im Wesentlichen aus, Halluzinationen und Wahn seien nicht schizophreniespezifisch. Diese Phänomene seien auch bei anderen psychischen Störungen vorhanden. Bei der Diagnosestellung einer Schizophrenie müssten die international gültigen Diagnosekriterien im Zeitverlauf beachtet werden, vor allem das psychosoziale Funktionsniveau und die

Negativsymptomatik. Glaube und wahnhaftige Symptomatik liessen sich leicht miteinander verwechseln, dies gelte auch für Überzeugungen einer Familie einer besonderen kulturellen Identität bzw. von kulturellen psychosozialen Gegebenheiten. Paranoide Gedanken müssten in jedem Fall auf ihren realen Hintergrund untersucht werden. Auch sollten magische Vorstellungen über das Entstehen und die Bedeutung von Symptomatik einbezogen werden, um kulturgebundene Syndrome nicht zu übersehen. Diese Faktoren seien im Rahmen der früheren psychiatrischen Diagnostik und Therapie beim Beschwerdeführer offensichtlich nicht hinreichend berücksichtigt und diskutiert worden, auch wenn diesbezüglich mehrfach Zweifel an der Verlässlichkeit der gestellten Diagnosen geäußert worden seien. Auch sei es offensichtlich unterlassen worden, hierzu weitere Recherchen anzustellen, gegebenenfalls auch Validierungsverfahren zum Einsatz zu bringen, insbesondere aber auch die sinnvollen differentialdiagnostischen Überlegungen zu Ende zu denken (IV-Nr. 59.7 S. 16 f.).

Dr. med. K. \_\_\_ hielt sodann fest, bei Personen aus dem türkischen Kulturkreis komme die Konfrontation mit Geistern selbst in banalen Überforderungssituationen häufiger vor, was zum Teil als Warnung an die Umgebung verstanden werden könne, auch als Wunsch nach Ruhe und als Hilferuf zur Entlastung. Bei diagnostischen und differentialdiagnostischen Überlegungen müssten deshalb zwingend auch andere Hinweise und eindeutige Symptome für eine psychotische Symptomatik bestehen. Auch könnten sich Betroffene zeitweilig als Opfer eines Zaubers (ähnlich der Form eines Voodoo) fühlen und dies auch verschlüsselt nach aussen kundtun. Bei betroffenen Personen könnten neben den kulturgebundenen Syndromen auch sprachliche Besonderheiten einer bildhaften, metaphorischen Sprachwelt als psychotisch missverstanden werden. Ein anderes und für die alevitische Lehre wichtiges Beispiel sei die Verwendung des Begriffes «Reinkarnation» bzw. einer Seelenwanderung. Der Begriff «insan olma» beschreibe den Prozess der seelischen Reifung und Reinigung durch den alevitischen Weg (IV-Nr. 59.7 S. 18). Ferner gab der psychiatrische Teilgutachter an, eine schizophrene Psychose gründe sich auf psychopathologischen Symptomen wie äusseres Erscheinungsbild, Verhalten und Ausdruck (Psychomotorik, Mimik, sprachlicher Ausdruck, eventuell Ausdrucksverzerrungen), Bewusstsein (z.B. mangelhafte Orientierung bei fehlendem Interesse für die Vorgänge in der Umwelt), jedoch auch Verstimmungen, Affekt- und Kontaktstörungen, Störungen von Antrieb und Psychomotorik (Energieniveau), aber auch Denkstörungen (Denkzerfahrenheit) und Störung des subjektiven Erlebens des eigenen Ichs, die als Grundsymptom der Schizophrenie gelte. Bei der Affektivität sei auf Einzelercheinungen wie zum Beispiel Reizbarkeit, Parathymie, Paramimie, Ambivalenz, Ambitendenz bzw. autistische Züge zu achten, es könne auch ein sog. «Verlust der Einheitlichkeit der Affektäusserungen» bestehen. Störungen des formalen Denkablaufs kämen bei der Schizophrenie vor allem in Form von Sperrung, Denkzerfahrenheit (Denkdissoziation) oder Denkhemmung vor, manchmal auch als Ideenflucht, Umständlichkeit, wobei leichtere Grade der formalen Denkstörungen auch bei anderen nicht psychotischen Zustandsbildern vorkämen. Das Phänomen des Gedankenentzuges gelte als Symptom des ersten Ranges (schizophrene Ich-Störung), jedoch auch die Meinhaftigkeit des Erlebens (die eigenen seelischen Vorgänge seien von aussen und von anderen gesteuert). Depersonalisation und Derealisation kämen auch bei Schizophrenie meist prodromal vor, jedoch beachte man sie oft bei neurotischen oder depressiven Störungen bzw. bei Persönlichkeitsstörungen. Inhaltliche Denkstörungen, speziell Wahn, als inhaltlich falsche Überzeugungen, die nicht aus anderen Erlebnissen ableitbar seien, hätten für die Patienten im akuten Zustand einen unbeeinträchtigen und unkorrigierbaren Charakter. Ferner sei auf Störungen der selektiven

Aufmerksamkeit, des kognitiven Gleitens sowie der rezeptiven und expressiven Sprache zu achten. Schizophrenien, ohne zumindest vorübergehendes Auftreten von Wahn, kämen praktisch nicht vor. Die Mehrzahl durchlaufe initial ein paranoid halluzinatorisches Stadium. Halluzinationen seien Wahrnehmungen ohne entsprechende Sinnesreize von aussen. Nicht alle, sondern nur bestimmte Arten akustischer Halluzinationen gälten als Symptome erstes Ranges. Dies gelte für dialogische Stimmen, kommentierende Stimmen oder das sogenannte Gedankenlautwerden, ebenso für imperative Stimmen. Symptome zweiten Ranges seien sonstige, nicht als Symptome ersten Ranges geltende akustische Halluzinationen, ferner optische, olfaktorische halluzinatorische Erlebnisse. Träten optische Halluzinationen oder Pseudohalluzinationen in Verbindung mit religiös-ekstatischen Zuständen auf, spreche man auch von Visionen. Auffälligkeiten der Persönlichkeitsstruktur liessen sich oft lange Zeit, jedoch nicht dauerhaft, nicht von protrahierten Syndromen und initialen Stadien einer Schizophrenie unterscheiden. Auch abnorme Erlebnisreaktionen könnten an eine schizophrene Phase erinnern, dies gelte beispielsweise für Menschen, die sich in Lebensschwierigkeiten befänden; jedoch kämen diese auch bei Anhängern bestimmter religiöser Gruppierungen, bei induzierten Reaktionen und gemeinschaftlichen Wahnbildungen mit einer psychisch-reaktiven Auslösung vor (IV-Nr. 59.7 S. 18). Bezogen auf den konkreten Fall legte Dr. med. K. \_\_\_ dar, beim Beschwerdeführer ergäben sich aktuell und auch retrospektiv aus der Aktenlage bis auf die von ihm angegebenen, seltenen halluzinatorischen Phänomene insbesondere keine Hinweise auf formale Denkstörungen, beispielsweise im Sinne einer Inkohärenz, auch seien die Schwingungsfähigkeit und der Affekt nicht verändert. Das Bekunden, Stimmen zu hören, unter Halluzinationen zu leiden, sei schwer zu objektivieren. Bei Schizophrenie kämen derartige Symptome jedoch sehr selten isoliert vor. Gravierende Symptome einer Schizophrenie seien verhaltensrelevant. Symptome, die sich im Alltagsleben und in Beziehungen kaum manifestierten, begründeten Zweifel. Auch sei es schwer, bestimmte Symptome wie Affektstörungen, Dissoziation von Affekt und Denkinhalt nachzuahmen; dies gelte auch für die Gesetzmässigkeiten der Entwicklung psychotischer Symptome, insbesondere jedoch schizophrene Denkstörungen und autistische Verhaltenszüge, die bei vorgetäuschten Symptomen einer Psychose nur selten vorkämen. Auch der Umstand, dass der Beschwerdeführer von der bisherigen Therapie nicht über einen längeren Zeitraum habe profitieren können, erscheine nicht schlüssig und nachvollziehbar. Auch seien die stationären Aufenthalte zum Teil sehr kurz, was eher gegen das Vorhandensein einer relevanten Schizophrenie mit akuten und dringend akut behandlungsbedürftigen Symptomen spreche. Es sei auch unwahrscheinlich, dass sich Symptome, die zu einer stationären Akutaufnahme führten, innerhalb weniger Tage zurückbildeten. Die Einnahme eines Antipsychotikums und eine längere psychiatrische Behandlung belegten per se das Vorliegen einer Schizophrenie nicht, zumal auch die behandelnden Ärzte zeitweilig Zweifel angemeldet und den Zustand des Beschwerdeführers nach seinen eigenen Angaben beschrieben hätten, dabei jedoch auch diagnostische Unsicherheiten bekundet oder sich diagnostisch zum Teil gar nicht festgelegt hätten; manchmal seien auch frühere Diagnosen übernommen worden, ohne dies erneut zu diskutieren. Dabei seien die damals schon zum Teil bekannten psychosozialen Aspekte nicht gebührend berücksichtigt und in differentialdiagnostische Überlegungen einbezogen worden. Es sei auch zu erwähnen, dass zu der aktuell angegebenen Einnahme von Olanzapin dessen Metabolit nicht nachweisbar gewesen sei, was auch gegen eine konstante Einnahme spreche. Selbst wenn eine blande psychotische Störung beim Beschwerdeführer vorhanden wäre, würde sie sich auf die Arbeitsfähigkeit längerfristig erst dann auswirken,

wenn alle Therapiemöglichkeiten ausgeschöpft wären. Auch müssten beim Beschwerdeführer Negativsymptome, Antriebsdefizite und ein mangelndes Durchhaltevermögen zu massiver Beeinträchtigung der beruflichen Leistungsfähigkeit führen, bevor eine dauerhafte Arbeitsunfähigkeit angenommen werden könnte. Bei einem akuten Zustandsbild mit passagerem Wahn, Stimmenhören und affektiven Symptomen würde man jedoch von einer nur vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit ausgehen. Beim Beschwerdeführer sei gegenwärtig weder eine floride psychotische Symptomatik noch eine depressive Nachschwankung oder ein relevanter Residualzustand nachzuweisen (IV-Nr. 59.7 S. 18 f.). Der psychiatrische Teilgutachter stellte sodann fest, über die Berufstätigkeit des Beschwerdeführers sei lediglich bekannt, dass er früher in selbstständiger und selbstverantwortlicher Weise viel und ausdauernd gearbeitet habe, in seinem Beruf auch wirtschaftlich erfolgreich gewesen sei. Dies spreche auch für eine sehr gute Belastbarkeit und eher gegen eine höhere Vulnerabilität, die das Auftreten einer Psychose begünstigen könnte. Auch seine Aussage, er könne keinerlei Beschäftigung mehr in der Zukunft nachgehen, was er selbst in der häuslichen Umgebung praktiziere, erscheine nicht medizinisch begründet. Anlässlich der aktuellen psychiatrischen Untersuchung sei dagegen das Durchhaltevermögen des Beschwerdeführers unauffällig gewesen, es sei weder Müdigkeit aufgetreten noch hätten sich andere psychische Auffälligkeiten gezeigt, die bei einem chronischen psychotischen Zustandsbild in einer belastenden Untersuchungssituation dringend zu erwarten wären. Die Motivation des Beschwerdeführers und seine diesbezüglichen Phantasien, keiner Arbeit mehr nachgehen zu wollen, seien psychiatrisch nicht zu ergründen, bis auf die Aussage, er sei in Wirklichkeit mehrere Jahre älter als in seinem Ausweis angegeben, welche durchaus den Wunsch nach Ruhe und Ruhestand nach der jahrelangen Mühsal der anstrengenden Tätigkeit implizieren könnte. Dem Beschwerdeführer sei das magische Denken nicht ganz fremd und es dürfte ein wichtiger Bestandteil seiner religiösen Überzeugung darstellen, was durchaus verbunden mit den anderen Intentionen den Glauben an eine relevante psychische Störung bestärken könnte. Der sonstige Eindruck in der klinisch psychiatrischen Untersuchung, das Ergebnis der neuropsychologischen Abklärung mit neuropsychologisch nicht plausiblen Störungsprofil, u.a. auch das Ergebnis des Rey-Memory-Tests im Rahmen der psychiatrischen Begutachtung, wie auch die Auffälligkeit im Labor mit fehlendem Metaboliten-Nachweis des anamnestisch als regelmässig eingenommenen Antipsychotikums Olanzapin sprächen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit für eine Aggravation und liessen die Diagnosestellung einer psychotischen Störung nicht zu (IV-Nr. 59.7 S. 19). Ferner nahm Dr. med. K. \_\_\_ Stellung zum bisherigen Verlauf von Behandlungen, Rehabilitationen und Eingliederungsmassnahmen etc., wobei er festhielt, Kooperationsprobleme seien aus psychiatrischer Sicht nicht als krankheits- oder ressourcenbedingt anzusehen. Aufgrund der aktuellen psychiatrischen Untersuchung sei nicht von einer psychotischen Störung auszugehen, somit stelle sich nicht die Frage nach der Ausschöpfung der Therapie. Zur Konsistenz und Plausibilität hielt der psychiatrische Teilgutachter fest, im Hinblick auf Befundkonsistenz ergäben sich keine überzeugenden Argumente für die Richtigkeit der Angaben des Beschwerdeführers, dies sowohl anamnestisch als auch aus den vorgelegten ärztlichen Berichten, auch wenn soziokulturelle und religiöse Aspekte bestünden, welche durchaus ein magisches Denken, aber keine behandlungsbedürftige psychotische Störung begründeten. Die Würdigung von Fähigkeiten, Ressourcen und Belastungen lautete wie folgt: Aufgrund der langjährigen beruflichen Tätigkeit des Beschwerdeführers lasse sich keine Störung der Fähigkeit zur Anpassung von Regeln und Routinen ableiten. Der

Beschwerdeführer sei im Stande zu planen und zu strukturieren. Auch bestünden keine Belege dafür, dass er nicht ausreichend flexibel und umstellungsfähig wäre. Die Kompetenz- und die Wissensanwendung dürfte alleine schon aufgrund der langjährigen beruflichen Erfahrung ungestört sein, auch wenn gegenwärtig keine Überprüfung dieser Fähigkeit möglich sei. Im Rahmen der psychiatrischen Untersuchung sei der Beschwerdeführer durchhaltefähig gewesen, habe sich behaupten, Kontakt aufnehmen und eine adäquate Konversation mit seinem Gegenüber führen können. Es bestünden keine Anhaltspunkte dafür, dass er in einer Gruppe nicht zu Recht kommen würde. Die Fähigkeit zu engen dyadischen Beziehungen sei soweit beurteilbar ungestört. Auch die Fähigkeit zu Selbstpflege und zur Selbstversorgung sei gegeben, dies gelte auch für die Mobilität und die Verkehrsfähigkeit (IV-Nr. 59.7 S. 19 f.). Im Rahmen der Beantwortung der gestellten Fragen hielt der psychiatrische Teilgutachter abschliessend zur Arbeitsfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit fest, der Beschwerdeführer könnte 8,5 Stunden pro Tag anwesend sein bzw. ein Pensum von 100 % ausüben, wobei keine verminderte Leistungsfähigkeit bestehe. Abgesehen von den stationären Klinikaufenthalten bestehe kein Anhalt für längere Arbeitsunfähigkeiten. Zur Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit wurde vermerkt, eine vorübergehender Verzicht auf Zeitdruck wäre sinnvoll. Eine Präsenz von 8,5 Stunden pro Tag (100 %) sei jedoch auch hier möglich. Dabei bestehe keine verminderte Leistungsfähigkeit (IV-Nr. 59.7 S. 20 f.).

5.3 Nach dem Gesagten legt der Dr. med. K.\_\_\_\_ umfassend, sehr detailliert, nachvollziehbar und überzeugend dar, weshalb er beim Beschwerdeführer die Diagnose einer paranoiden Schizophrenie nicht stellen konnte und weshalb er den diagnostizierten, inzwischen abgeklungenen Anpassungsproblemen (F43.2) sowie den Problemen bei der Lebensbewältigung (Z73) keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit beimass. Der in diesem Zusammenhang erhobene Einwand des Beschwerdeführers, die Ausführungen des Gutachters zum kulturellen Hintergrund seien nach den Angaben des behandelnden Psychiaters falsch, da er alevitischen Glaubens sei und deshalb nichts mit Geistervorstellungen des türkischen Kulturkreises zu tun habe (Beschwerde, S. 15 f. Ziff. 21 f.; vgl. IV-Nr. 65 S. 2 f. [E. II. 3.19 hiervor] hiervor), ist nicht stichhaltig. Der psychiatrische Teilgutachter hielt fest, der Beschwerdeführer habe im Rahmen der aktuellen psychiatrischen Untersuchung berichtet, in einem kurdischen Gebiet als Kurde geboren und im alevitischen Glauben bzw. in der alevitischen Tradition aufgewachsen zu sein (IV-Nr. 59.7 S. 17 oben). Dementsprechend ist davon auszugehen, dass der kulturelle Hintergrund des Beschwerdeführers, d.h. insbesondere sein alevitisches Glaubensbekenntnis, seine entsprechende religiöse Erziehung und die Bewahrung alevitischer Traditionen, im Rahmen der psychiatrischen Beurteilung sachgerecht gewürdigt und mitberücksichtigt wurde. Dass Dr. med. K.\_\_\_\_ dann ausführte, bei Personen aus dem «türkischen Kulturkreis» komme die Konfrontation mit Geistern selbst in banalen Überforderungssituationen häufiger vor (vgl. IV-Nr. 59.7 S. 18 oben), vermag die Beurteilung des psychiatrischen Gutachters nicht als falsch erscheinen zu lassen. Der Experte nahm Bezug auf den alevitischen Glauben bzw. den alevitischen Hintergrund des Beschwerdeführers, welcher im Rahmen einer psychiatrischen Begutachtung durchaus als dem türkischen Kulturkreis zugehörig bezeichnet werden kann; es gilt dabei zu beachten, dass es sich bei Aleviten um Mitglieder einer vorwiegend in der Türkei beheimateten Glaubensrichtung handelt (<https://de.wikipedia.org/wiki/Aleviten>). Ausserdem machte der psychiatrische Teilgutachter nicht die Schlussfolgerung, alleine deswegen liege beim Beschwerdeführer keine psychische Erkrankung vor. Vielmehr legte er überzeugend dar, dass paranoide Gedanken in jedem Fall auf ihren realen Hintergrund zu

untersuchen seien. Magische Vorstellungen über das Entstehen und die Bedeutung von Symptomatik sollten einbezogen werden, um kulturgebundene Syndrome nicht zu übersehen (IV-Nr. 59.7 S. 17 unten). Dass der Facharzt schliesslich keine paranoide Schizophrenie diagnostizieren konnte, stützte sich auf verschiedene Untersuchungsbefunde und Erkenntnisse aus der psychiatrischen Begutachtung des Beschwerdeführers, nicht nur auf dessen kulturellen Hintergrund. Sein diesbezüglicher Einwand vermag den Beweiswert des psychiatrischen Teilgutachtens somit nicht zu schmälern.

5.4 Entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers übernahm Dr. med. K.\_\_\_\_ nicht einfach die Hypothese des früheren psychiatrischen Gutachters Dr. med. D.\_\_\_\_, wonach das Stimmenhören auch eine andere Ursache als eine psychische Krankheit haben könne (vgl. Beschwerde, S. 18 Ziff. 23), sondern er führte im Rahmen der Herleitung der Diagnosen vielmehr aus, Dr. med. D.\_\_\_\_ habe die im Jahr 2015 diagnostizierte paranoide Schizophrenie aus versicherungspsychiatrischer Sicht als diskussionsbedürftig angesehen und sich dahingehend geäussert, aus gutachterlicher Sicht müsse immer hinterfragt werden, ob motivationale Faktoren vorliegen könnten, derartige Angaben mit bewusstem Ausdruckscharakter zu tätigen. Er erachtete die von Dr. med. D.\_\_\_\_ attestierte Arbeitsunfähigkeit von 100 % für die nächsten drei Monate (also bis Mitte Juni 2016) zwar als nachvollziehbar (vgl. IV-Nr. 7 S. 15; vgl. E. II. 3.3 hiervor), bemerkte jedoch, es fehle eine wichtige Auseinandersetzung mit soziokulturellen Faktoren und auch verschiedenen Einzelheiten bezüglich der geschilderten und als psychotisch eingeschätzten Phänomene, welche der Beschwerdeführer auch anlässlich der aktuellen psychischen Untersuchung hier geschildert habe; diese hätten jedoch eine Rücksprache und eine differentialdiagnostische Diskussion mit den behandelnden Ärzten erwarten lassen (IV-Nr. 59.7 S. 15). Auch die weiteren Berichte der Klinik für Psychiatrie, [...], der zweiten psychiatrischen Gutachterin Dr. med. E.\_\_\_\_, des behandelnden Psychiaters Dr. med. I.\_\_\_\_, des Bürgerspitals [...] und des RAD- und Facharztes Dr. med. J.\_\_\_\_ wurden gewürdigt und in die Beurteilung miteinbezogen. Im Weiteren erfolgte eine aktuelle umfassende gutachterliche Bewertung des psychiatrischen Sachverhalts (IV-Nr. 59.7 S. 14 ff.; vgl. E. II. 5.2 hiervor). Demnach setzte sich Dr. med. K.\_\_\_\_ mit der bestehenden Aktenlage eingehend auseinander und kam zum Schluss, aufgrund der aktuellen psychiatrischen Untersuchung sei nicht von einer psychotischen Störung auszugehen, die Frage nach der Ausschöpfung einer Therapie stelle sich nicht und berufliche Massnahmen seien möglichst bald anzustreben (IV-Nr. 59.7 S. 20). Zu einem damit weitgehend übereinstimmenden Ergebnis war auch die psychiatrische Gutachterin Dr. med. E.\_\_\_\_ in ihrem Gutachten vom 5. Dezember 2016 gekommen, wonach wesentliche Zweifel am Vorliegen einer schizophrenen Störung bestünden, dies einerseits in diagnostischer Hinsicht, andererseits aber auch aufgrund einer Reihe anderer Aspekte (atypisches Erkrankungsalter, keine psychiatrische Vorgeschichte bis zum Jahr 2014, gute familiäre und gesellschaftliche Integration an seinem Wohnort und gutes Funktionsniveau bis 2014, sehr rasche Rückbildung der «psychotischen» Symptomatik während der Hospitalisation innerhalb weniger Tage, Medikamentenspiegel mit nicht nachweisbarem Serumspiegel für das Neuroleptikum Risperidon [Risperdal]). Die psychiatrische Gutachterin konnte klinisch einzig ein «adynames» Syndrom objektivieren, welches sich aufgrund formaldiagnostischer Aspekte einer leicht bis höchstens mittelgradig ausgeprägten depressiven Episode (ICD-10 F 32.0/1) zuordnen lasse; die Diagnose einer paranoiden Schizophrenie konnte sie ebenfalls nicht bestätigen. Im Weiteren kam Dr. med. E.\_\_\_\_ zum Schluss, bei adäquater Therapie könnte mit einer namhaften Besserung der Gesundheitsschädigung gerechnet werden. Nicht zumutbar seien derzeit Tätigkeiten, die

hohe Anforderungen an die psychische Belastbarkeit, die kognitive Flexibilität, die Eigeninitiative, die soziale Kommunikation und an die kognitiven Funktionen stellten; dagegen könnten Computerarbeiten, das Aufnehmen von Bestellungen, Einkassieren und ähnliche Tätigkeiten ab sofort mit einem verminderten zeitlichen und leistungsmässigen Pensum von 50 % ausgeübt werden, wobei die rasche Integration in ein Beschäftigungsprogramm zur Aktivierung, Tagesstrukturierung und Rekonditionierung dringend angezeigt erscheine. Bei intensivierter Therapie, weiterer Rückbildung der depressiven Symptome und zu erwartender Rekonditionierung sollte innerhalb der nächsten 3 bis 6 Monate eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit auf mindestens 80 % zu erreichen sein (IV-Nr. 18.4 S. 15 ff.; vgl. E. II. 3.6 hiervor). Demnach wird von sämtlichen involvierten psychiatrischen Gutachtern übereinstimmend das Vorliegen einer schizophrenen Störung verneint oder zumindest deutlich in Frage gestellt und die Aufnahme einer Arbeitstätigkeit durch den Beschwerdeführer als grundsätzlich möglich und zumutbar erachtet. 5.5 Der Beschwerdeführer lässt einwenden, der psychiatrische Teilgutachter Dr. med. K. \_\_\_ nehme im Gutachten an keiner Stelle Bezug auf die Beschreibung seines psychischen und affektiven Zustandes; der Gutachter ignoriere seine Beschwerden (Beschwerde, S. 24; A.S. 29). Dazu ist festzuhalten, dass der Beschwerdeführer sowohl im Rahmen eines offenen Interviews als auch bei einer vertiefenden Befragung vom psychiatrischen Teilgutachter zu seinen aktuellen Beschwerden befragt wurde (IV-Nr. 59.7 S. 5 ff. Ziff. 3). Bei der gutachterlichen Bewertung des psychiatrischen Sachverhalts legte Dr. med. K. \_\_\_ dar, anlässlich der aktuellen psychiatrischen Untersuchung sei das Durchhaltevermögen des Beschwerdeführers unauffällig gewesen, es sei weder Müdigkeit aufgetreten, noch hätten sich andere psychische Auffälligkeiten gezeigt, die bei einem chronischen psychotischen Zustandsbild in einer belastenden Untersuchungssituation dringend zu erwarten wären. Aufgrund des sonstigen Eindrucks in der klinisch psychiatrischen Untersuchung, des Ergebnisses der neuropsychologischen Abklärung mit neuropsychologisch nicht plausiblen Störungsprofil, des Rey-Memory-Tests im Rahmen der psychiatrischen Untersuchung und auch der Auffälligkeit im Labor mit fehlendem Metabolitennachweis des anamnestisch als regelmässig eingenommenen Antipsychotikums Olanzapin sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit von einer Aggravation auszugehen; aufgrund der Untersuchungsergebnisse könne die Diagnose einer psychotischen Störung nicht gestellt werden (IV-Nr. 59.7 S. 19). Angesichts dieser Untersuchungsergebnisse besteht kein Grund für die Behauptung, der psychiatrische Teilgutachter nehme keinen Bezug auf die Beschreibung des psychischen und affektiven Zustandes durch den Beschwerdeführer selbst. Dass sich der Beschwerdeführer als unzufrieden, freud- und lustlos bezeichnete und angab, er habe keine Kraft, wenig Freude am Leben und sein Körper fühle sich wie leer an, wurde im Rahmen der vertiefenden Befragung aufgenommen und anschliessend gewürdigt. Auch die Schilderungen des Beschwerdeführers hinsichtlich des geltend gemachten Stimmenhörens wurden mitberücksichtigt und differenziert beurteilt (IV-Nr. 59.7 S. 5 ff. und 14 ff.). Eine Unvollständigkeit des Gutachtens bezüglich der geltend gemachten Beschwerden ist somit nicht erkennbar. 5.6 Ebenso wenig kann der psychiatrische Teilgutachter als voreingenommen angesehen werden (vgl. Beschwerde, S. 25 f. Ziff. 28; A.S. 30 f.). Indem Dr. med. K. \_\_\_ seine Beobachtungen zum Verhalten des Beschwerdeführers und dessen äussere Erscheinung im Rahmen der Befunderhebung wiedergab (der Explorand sei unrasiert, wirke insgesamt etwas ungepflegt, gebe stellenweise Vorbeiantworten auf klare Fragen, gelegentlich grimassiere er auffällig und gebe sich etwas verlangsamt; es sei keine Müdigkeit erkennbar, auch wenn der Explorand

versuche, mit Gewalt zu gähnen; vgl. IV-Nr. 59.7 S. 11 Ziff. 4.1), liegen damit noch keine Umstände vor, die im Sinne der Rechtsprechung den Anschein von Befangenheit bzw. Voreingenommenheit des Gutachters objektiv zu erwecken vermögen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_469/2016 vom 22. Dezember 2016 E. 5.1 mit Hinweisen). Dem Gutachter muss zur korrekten Beurteilung des Exploranden zugestanden werden, seine Feststellungen zum gesundheitlichen Zustand, zum Verhalten und zur äusseren Erscheinung im Rahmen der psychiatrischen Befunderhebung detailliert wiederzugeben und zu würdigen, ohne sich deswegen gleich dem Vorwurf der Voreingenommenheit aussetzen zu müssen. Auch die Feststellung des Gutachters im Rahmen der psychiatrischen Befunderhebung, der Explorand «wirke während der Untersuchung stellenweise etwas unruhig», sonst bestünden keine Auffälligkeiten der Psychomotorik und die Mimik und Gestik seien spärlich bis mässig ausgeprägt (IV-Nr. 59.7 S. 11 unten), kann nicht als Hinweis für eine Voreingenommenheit des Gutachters interpretiert werden. Ebenso wenig die Erkenntnis, die Willenskräfte des Beschwerdeführers seien nicht nennenswert reduziert und der Antrieb sei nicht vermindert (IV-Nr. 59.7 S. 12). Ohne weitere Anhaltspunkte kann nicht gesagt werden, der psychiatrische Teilgutachter bemühe sich, den Beschwerdeführer als unglaubwürdig darzustellen. Dass der Beschwerdeführer mit der gutachterlichen Beurteilung nicht übereinstimmende Aussagen macht, ändert daran nichts. 5.7 Entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers sind die Angaben des Experten im Rahmen der Befunderhebung nachvollziehbar. Unsicherheiten oder Unklarheiten sind nicht ersichtlich. Zur Affektivität hielt Dr. med. K.\_\_\_\_ sodann fest, der Beschwerdeführer sei affektiv wenig auslenkbar und schwingungsfähig; es bestünden keine Hinweise für eine Affektlabilität. Im Kontakt wirke er freundlich und zugewandt. Stellenweise grimassiere er leicht, was einem «Tick» entspreche und weniger einer psychomotorischen psychotischen Ausdrucksform (IV-Nr. 59.7 S. 12 oben). Wenn der Gutachter bei diesem Befund nicht von einer erheblichen Affektstörung ausgeht, ist dieser fachärztlichen Einschätzung zu folgen. Entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers sind auch bezüglich seiner «innerpsychischen Situation» keine offenen Fragen ersichtlich. Ebenso wenig bestehen Anhaltspunkte, die Beurteilung des Gutachters, wonach anlässlich der psychiatrischen Untersuchung das Durchhaltevermögen des Beschwerdeführers unauffällig gewesen sei, es sei weder Müdigkeit aufgetreten noch hätten sich andere psychische Auffälligkeiten gezeigt, die bei einem chronischen psychotischen Zustandsbild in einer belastenden Untersuchungssituation dringend zu erwarten wären (IV-Nr. 59.7 S. 19), in Frage zu stellen. Dass der Beschwerdeführer gemäss seinen Angaben zu diesem Untersuchungsgespräch «erscheinen musste», ändert daran nichts. 5.8 Nach den gutachterlichen Angaben konnten die Medikamente «Fluoxetin», «Trazodon» und im niedrigen Bereich auch «Olanzapin» im Serum nachgewiesen werden, es falle jedoch auf, dass der Metabolit zu Olanzapin nicht nachweisbar sei. Bei einer regelmässigen Einnahme wäre ein Steady-state auch der Metabolite zu erwarten, was aber nicht vorliege. Eine regelmässige Einnahme des für eine Psychosebehandlung erforderlichen Neuroleptikums könne somit nicht angenommen werden (IV-Nr. 59.7 S. 13). Dagegen lässt der Beschwerdeführer einwenden, er habe dem Gutachter mitgeteilt, dass er zuerst Risperidon erhalten habe und dann auf Olanzapin habe wechseln müssen. Das Risperidon habe er abgesetzt. Das Olanzapin nehme er noch nicht lange, sodass sein Körper noch keinen Metaboliten herstellen könne. Aus den Laborergebnissen könne demnach nichts Nachteiliges abgeleitet werden (Beschwerde, S. 32 Ziff. 33). Angesichts des Umstands, dass der psychiatrische Teilgutachter über die aktuelle Medikation und den erwähnten Medikamentenwechsel im

Bild war (vgl. IV-Nr. 59.7 S. 10 unten) und gestützt auf die aktuelle Labordiagnostik (vgl. IV-Nr. 59.7 S. 12 f.) darauf hinwies, angesichts des nicht nachweisbaren Metaboliten zu Olanzapin könne nicht eine regelmässige Einnahme des für die Psychosebehandlung erforderlichen Neuroleptikums angenommen werden, besteht kein Anlass, an der fachärztlichen Beurteilung zu zweifeln. 5.9 Nach dem Gesagten ist das psychiatrische Teilgutachten von Dr. med. K.\_\_\_\_ im Rahmen der polydisziplinären G.\_\_\_\_-Begutachtung nicht zu beanstanden, wobei es auch den Anforderungen an ein polydisziplinäres Gutachten im Sinne von BGE 141 V 281 gerecht wird. Ein Hinweis, dass keine gesetzeskonforme Prüfung der Standardindikatoren durch den psychiatrischen Gutachter vorgenommen worden sein könnte, ist nicht ersichtlich. Die Antworten auf die zu prüfenden Kriterien können der umfassenden psychiatrischen Beurteilung ohne weiteres entnommen werden (vgl. IV-Nr. 59.7 S. 16 ff. Ziff. 7). Dieser Einwand wird vom Beschwerdeführer denn auch nur ungenügend begründet (vgl. Beschwerde, S. 42 Ziff. 38). Von einer relevanten somatischen Komorbidität (Rückenbeschwerden), welche nach der Auffassung des Beschwerdeführers im psychiatrischen Teilgutachten ebenfalls hätte berücksichtigt und dazu Stellung genommen werden müssen, kann aufgrund der vorliegenden Untersuchungsergebnisse in den anderen Teilgutachten nicht ausgegangen werden (vgl. E. II. 7 ff. hiernach). Sodann sind auch die Ergebnisse der testpsychologischen Zusatzuntersuchungen (neuropsychologisches Teilgutachten vom 30. August 2018, REY-Memory-Test) zu berücksichtigen, wie im Folgenden noch darzulegen sein wird (vgl. E. II. 6 hiernach). Demnach ist dem umfassenden, nachvollziehbaren und überzeugenden psychiatrischen Teilgutachten von Dr. med. K.\_\_\_\_ zu folgen, zumal es bezüglich der Beurteilung der psychischen Situation des Beschwerdeführers mit den psychiatrischen Vorgutachten von Dr. med. D.\_\_\_\_ vom 16. März 2016 (vgl. E. II. 3.3 und 3.5.2 hiervor) und Dr. med. E.\_\_\_\_ vom 5. Dezember 2016 (E. II. 3.6 hiervor) weitgehend in Einklang steht. Daran vermögen die abweichenden Diagnosen und Beurteilungen der behandelnden Ärzte der Klinik für Psychiatrie, [...] (vgl. E. II. 3.1, 3.2, 3.4, 3.5.1, 3.14 und 3.21 hiervor), des behandelnden Psychiaters Dr. med. I.\_\_\_\_ (vgl. E. II. 3.8, 3.11, 3.15, 3.17, 3.19, 3.23 und 3.25 hiervor) und des Hausarztes Dr. med. H.\_\_\_\_ (vgl. E. II. 3.7, 3.10, 3.24 und 3.26 hiervor) nichts zu ändern, werden von ihnen doch keine wichtigen Aspekte genannt, die im Rahmen der psychiatrischen G.\_\_\_\_-Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben wären (vgl. E. II. 2.6 hiervor). Diese Auffassung vertritt auch der RAD- und Facharzt Dr. med. J.\_\_\_\_ in seinen Stellungnahmen vom 19. Dezember 2018 (vgl. E. II. 3.20 hiervor) und 13. März 2019 (vgl. E. II. 3.22 hiervor). Der Umstand, dass sich der Beschwerdeführer zuletzt vom 31. Dezember 2018 bis 3. Januar 2019 bereits zum fünften Mal in der Klinik für Psychiatrie in stationärem Rahmen behandeln liess, vermag die Beurteilung des psychiatrischen G.\_\_\_\_-Gutachters nicht in Frage zu stellen, waren die stationären Aufenthalte doch nur von kurzer Dauer und der Beschwerdeführer konnte seinen psychischem Gesundheitszustand nach erfolgter Behandlung jeweils rasch stabilisieren und nach Hause entlassen werden (vgl. IV-Nr. 7 S. 5; E. II. 3.1, 3.2, 3.4.1, 3.14 und 3.21). 6. Der Beschwerdeführer wendet bezüglich des neuropsychologischen Teilgutachtens ein, es sei nicht nachvollziehbar, wie der Gutachter behaupten könne, er habe bei den Tests bewusst oder unbewusst Minderleistungen gezeigt. Weshalb er in den Tests dermassen schlecht abgeschnitten habe, müsse offenbleiben (Beschwerde, S. 33 ff. Ziff. 34 f.). Dazu ist Folgendes festzustellen: 6.1 Der neuropsychologische Teilgutachter, lic. phil. L.\_\_\_\_, Fachpsychologe für Neuropsychologie FSP, hielt in seinem Teilgutachten vom 31. August 2018 fest, die Untersuchung sei am 30. August 2018 in Anwesenheit einer Dolmetscherin in

türkischer Sprache durchgeführt worden. Der Beschwerdeführer sei pünktlich alleine zur Untersuchung erschienen (Anreise mit dem Auto, sein Sohn habe ihn gefahren). Sein Erscheinungsbild sei etwas ungepflegt (Schweissgeruch) und beleibt gewesen. Sein Zustand wurde wie folgt beschrieben: Er sei zeitlich, persönlich, situativ und örtlich sicher orientiert. Die Kontaktaufnahme sei unauffällig. Er sei stets freundlich zugewandt und gebe offen Auskunft. Die Anstrengungsbereitschaft sei hingegen auffällig. Der Beschwerdeführer habe keine offensichtlichen Probleme beim autobiographischen Gedächtnisabruf. Die Aufmerksamkeit in der 1-zu-1-Situation sei stabil. Der Beschwerdeführer wirke fokussiert und wach. Innerhalb der Untersuchungsdauer seien weder Ermüdungszeichen wie Gähnen, kleine Augen noch sichtbarer Leistungsabfall beobachtbar. Das Arbeitstempo bei einfachen Aufgaben ohne Stoppuhr sei unauffällig, bei komplexen Aufgaben oder Aufgaben mit Stoppuhr reduziert. Sein Vorgehen sei strukturiert. Er wirke nachdenklich, die affektive Schwingungsfähigkeit sei aber erhalten. Er wirke bei der Ankunft ruhig und zeige keine Stresszeichen. Am Ende der Untersuchung habe er feuchte Hände. Es bestünden keine Hinweise auf ausgeprägte Schmerzen, Hyperaktivität oder Impulsivität. Er atme recht schwer (IV-Nr. 59.11 S. 5). Gestützt auf die Untersuchungsbefunde in den standardisierten Testverfahren gab der Neuropsychologe im Rahmen der Diagnosestellung an, die neuropsychologische Teilbegutachtung habe zwar defizitäre Leistungen in den Bereichen «Aufmerksamkeit», «Gedächtnis», «Exekutivfunktionen», «Sprache» und «Visuokonstruktion» ergeben, allerdings sei die Validität dieser Defizite eingeschränkt. Die Anstrengungsbereitschaft des Beschwerdeführers sei nachweislich schwankend gewesen, d.h. die gezeigten Leistungen hätten mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht vollumfänglich der tatsächlichen Leistungsfähigkeit entsprochen. Zur klinischen Beobachtung wurde erwähnt, das Arbeitstempo bei komplexeren Aufgaben oder Aufgaben mit der Stoppuhr sei reduziert. Die Initiierung von Handlungen sei etwas passiv und es bestehe keine spontane Fehlerkontrolle. Der Beschwerdeführer habe berichtet, seit November 2015 psychisch krank zu sein. Explizit nach der kognitiven Situation befragt, habe er angegeben, sein Gedächtnis sei schlechter geworden: Er könne sich Neues nicht mehr gut merken und vergesse mehr. Seine Konzentrationsfähigkeit sei schlecht. Wenn er sich auf etwas konzentriere, habe er zwar keine anderen (störenden) Gedanken im Kopf, aber er höre ab und zu Stimmen (nicht seine eigene), die ihm z.B. sagten, wohin er gehen solle. Es seien aber keine «schlechten Ideen» mehr (früher schon: z.B. Aufforderung zum Suizid). Er sei mental langsamer geworden, könne aber noch denken. Er könne nicht mehr so fließend reden (kurdisch und türkisch). Er verstehe recht gut Deutsch, aber spreche es nicht besonders gut. Zur Ätiologie wurde dargelegt, negative Antwort- und Leistungsverzerrungen seien belegbar, sodass man kein gültiges Testprofil habe erhalten können. Das tatsächliche Leistungsniveau und -profil blieben unklar. Grundsätzlich seien kognitive Defizite im Rahmen einer psychischen Problematik aufgrund von Schmerzen und Schlafapnoe aufgetreten. Deren eventuelle Art und Ausmass bleiben jedoch unklar (IV-Nr. 59.11 S. 7). Die neuropsychologischen Diagnosen lauteten wie folgt: «Nicht-authentische kognitive Minderleistungen in den Bereichen Neugedächtnis, Exekutivfunktionen und Sprache mit/bei schwankender Anstrengungsbereitschaft resp. Leistungsverzerrung». Zur medizinischen und versicherungsmedizinischen Beurteilung wurde angegeben, das aktuell präsentierte Leistungsprofil sei verzerrt und widerspiegeln nicht das tatsächliche Leistungsprofil des Beschwerdeführers. Ein sicherer Verlauf könne daher nicht beschrieben werden. Bisher habe zudem keine neuropsychologische Abklärung stattgefunden. Der behandelnde Psychiater beschreibe aktuell Konzentrationsprobleme, die

man in der Untersuchung aber nicht habe beobachten können. Die Beurteilung der Konsistenz und Plausibilität lautete wie folgt: der Beschwerdeführer habe bei einfachen Aufgaben ohne Stoppuhr in einem adäquaten Tempo gearbeitet. Sobald aber die Zeit gemessen worden sei, habe er deutlich verlangsamt gearbeitet. Die Leistungen seien aber in fast allen Tests defizitär gewesen, es könnten sich deshalb keine weiteren Diskrepanzen zeigen. Klinisch ergäben sich keine erhöhte Ablenkbarkeit, keine Probleme mit dem freien Gedächtnislauf, keine Mühe, auf zuvor gemachte eigene Aussagen Bezug zu nehmen, und kein Fadenverlieren. Testdiagnostisch seien jedoch Einschränkungen in relevanten Bereichen festzustellen (Aufmerksamkeit, Gedächtnis, Exekutivfunktionen). Psychische Probleme könnten zwar zu kognitiven Einschränkungen führen, ebenso Schmerzen oder die berichtete Schlafapnoe: Solche könnten aber die aufgezeigten Inkonsistenzen und Auffälligkeiten in der Performanzvalidierung nicht erklären. Ebenso könne man die Auffälligkeiten nicht durch die Fremdsprachigkeit erklären, die Untersuchung habe im Beisein einer Dolmetscherin in seiner Muttersprache stattgefunden. Ebenso sei nicht die geringe Schulbildung ursächlich für die Ergebnisse (die einzelnen Tests berücksichtigten die geringe Schulbildung). Das Ausmass der Einschränkungen bleibe somit unklar. Eine Leistungsverzerrung sei nachgewiesen. Ob diese bewusstseinsnah oder -fern sei, oder eine Mischung aus beidem, sei psychiatrischerseits zu beurteilen. In Anlehnung an den Entscheidungsalgorithmus von Slick, Sherman und Iverson (1999) werde auf eine Aggravation (bewusste Verzerrung) oder Verdeutlichung (unbewusste Verzerrung) geschlossen. Dafür werde auf das psychiatrische Teilgutachten und den gutachterlichen Konsens verwiesen (IV-Nr. 59.11 S. 8 f.). Unter dem Titel «Würdigung von Fähigkeiten, Ressourcen und Belastungen» wurde Folgendes angegeben: Wären die Befunde valide, hätte der Beschwerdeführer ausgeprägte Mühe, Neues zu lernen, wäre deutlich vergesslich, könnte über seine Situation nur lückenhaft Auskunft geben und würde im Gespräch oder bei der Aufgabebearbeitung öfters den Faden verlieren. Bei Schwierigkeiten hätte er Mühe, eine alternative Lösung zu finden, es würde ihm oftmals an Ideen mangeln. Zudem wäre er stark ablenkbar, verlangsamt und hätte deutlich Mühe, von einer sehr einfachen und klar definierten Aufgabe zur nächsten zu wechseln. Er hätte Mühe, übliche visuell-koordinative Aufgaben (z.B. «Millimeterarbeiten»), etwas nach einem Plan zusammenbauen) auszuführen. Aufgrund der invaliden Ergebnisse werde ein positives Funktionsprofil erstellt, welches aufzeige, welche Leistungen mindestens möglich sein sollten: Der Beschwerdeführer könne in seiner Muttersprache einem Gespräch folgen, adäquat Antwort geben, sich mündlich klar und verständlich ausdrücken und differenziert seine Situation beschreiben. Er verstehe einfache mündliche Anweisungen auf Anhieb und könne diese umsetzen. Er bearbeite einfachste Aufgaben mehrheitlich in einem normalen Tempo. Er könne sich in seiner Muttersprache schriftlich verständlich ausdrücken. Er sei fähig, innerhalb von 3 Stunden und 5 Minuten Bezug auf zuvor gegebene Informationen zu nehmen. Für dieselbe Dauer sei er ausreichend gut belastbar, d.h. seine Leistungen brächen weder ein noch wirke er am Ende ermüdet oder abwesend. Eine differenzierte Einschätzung der Leistungsfähigkeit sei aufgrund der invaliden Ergebnisse leider nicht möglich (IV-Nr. 59.11 S. 9).

6.2 Gestützt auf die oben dargelegten neuropsychologischen Untersuchungsergebnisse, welche eine Leistungsverzerrung, d.h. eine Aggravation oder zumindest eine Verdeutlichung, bestätigte, kann nicht gesagt werden, der Beschwerdeführer habe eine volle Kooperationsbereitschaft gezeigt. Die Gründe für dieses Verhalten können nach den Angaben des Psychologen weder mit der Fremdsprachigkeit noch mit der geringen Schulbildung des Beschwerdeführers erklärt werden, fand die Untersuchung doch

im Beisein der Dolmetscherin in seiner Muttersprache statt (wobei die Dolmetscherin gebeten wurde, sich ungefragt einzuschalten, wenn sie Verständigungsschwierigkeiten erkenne) und die geringe Schulbildung wurde bei den einzelnen Tests miteinbezogen (IV-Nr. 59.11 S. 5 und 8). Dass der Beschwerdeführer in der persönlichen Befragung und Untersuchung nach den gutachterlichen Angaben freundlich zugewandt war und offen Auskunft gab, was gegen eine Verdeutlichung bzw. Aggravation spreche, vermag die neuropsychologische Befunderhebung (inkl. Testung) und Beurteilung nicht in Frage zu stellen. Auch die übrigen Einwände des Beschwerdeführers (Untersuchungssituation mit der Stoppuhr, die ihn an seine beruflichen Stresssituationen erinnerten; Konzentration, Stresstauglichkeit, Durchhaltevermögen und Affektivität seien massiv beeinträchtigt; Beschwerde, S. 34 Ziff. 34; A.S. 39) vermögen den Beweiswert der neuropsychologischen Begutachtung nicht zu relativieren. Hinweise, dass die Aufgabenstellung in den Tests nicht korrekt übersetzt worden sein könnte oder dass die Übersetzerin mit den Tests nicht vertraut gewesen wäre, wie dies vom Beschwerdeführer angedeutet wird (vgl. Beschwerde, S. 37 Ziff. 35), sind nicht ersichtlich. Entgegen seiner Argumentation ist aufgrund der Untersuchungsergebnisse in den psychiatrischen und neuropsychologischen Teilbegutachtungen, der Auswertung des REY-Memory-Tests (vgl. IV-Nr. 59.7 S. 14) und der Auffälligkeit im Labor mit fehlendem Metabolitennachweis des angeblich regelmässig eingenommenen Antipsychotikums Olanzapin (IV-Nr. 59.7 S. 12 f.) mit überwiegender Wahrscheinlichkeit von einer Aggravation auszugehen, was nach den gutachterlichen Angaben die Diagnose einer psychotischen Störung nicht zulässt (IV-Nr. 59.7 S. 19 und 59.11 S. 8 f.). Es besteht kein Anlass, von den nachvollziehbaren und schlüssigen Abklärungsergebnissen der Experten abzuweichen.

7. 7.1 In Bezug auf das orthopädische Teilgutachten macht der Beschwerdeführer geltend, die gutachterliche Beurteilung, wonach er zu 100 % arbeitsfähig sei, könne nicht nachvollzogen werden. Es müsse auch geprüft werden, welchen Einfluss seine psychische Erkrankung auf die Fähigkeit zur Überwindung der Schmerzen habe. Es fehle z.B. der Hinweis, dass er auch an massiven Rückenschmerzen leide. Die Aussage der orthopädischen Teilgutachterin, dass es sich um eine geringe orthopädische Problematik handle, überzeuge vor dem Hintergrund des MRI vom 5. Juli 2018 nicht. Die attestierte volle Arbeitsfähigkeit sowohl in der bisherigen als auch in einer angepassten Tätigkeit ohne Einschränkung der Leistungsfähigkeit sei nicht nachvollziehbar; es verblieben Unsicherheiten und Unklarheiten (Beschwerde, S. 41 ff. Ziff. 38 ff.). Die orthopädische Gutachterin, Dr. med. M. \_\_\_\_, Fachärztin für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, hielt in ihrem Teilgutachten vom 12. Juli 2018 (Untersuchung vom 28. Juni 2018) im Wesentlichen fest, der Beschwerdeführer habe angegeben, die angestammten Tätigkeit im Imbissstand sei stehend auszuüben gewesen mit Heben und Tragen von schweren Lasten von ca. 20 kg. Die Ehefrau habe auch noch geholfen. Er könne die bisherige Tätigkeit aus psychischen Gründen nicht mehr ausüben, nicht wegen des Rückens. Das einschneidende Ereignis sei die psychische Erkrankung mit einem Verfolgungswahn gewesen. Die durchgeführte Zusatzdiagnostik (MRT der LWS und ISG durch [...] vom 5. Juli 2018, IV-Nr. 59.6) wurde dahingehend kommentiert, beim Beschwerdeführer seien neben einem kongenital engen Duralschlauch ohne Stenosen Spondylarthrosen L3/4 bis L5/S1 vorhanden; es bestehe keine Kompression von neurogenen Strukturen. Zur Herleitung der Diagnose wurde angegeben, der 48-jährige (auf dem Papier 43-jährige) Beschwerdeführer habe primär psychische Probleme. Aus den Akten und der gutachterlichen Befragung finde sich orthopädisch einzig ein akutes lumbovertebrales Schmerzsyndrom, welches erstmalig aufgetreten sei und zu einer

Hospitalisation vom 5. bis 8. September 2017 geführt habe (vgl. E. II. 3.13 hiervor). In der gutachterlichen Untersuchung hätten sich ausser lokalen Druckdolenzen in der LWS keine auffälligen Befunde finden lassen, insbesondere keine radikulären Zeichen oder ein paravertebraler Hartspann. Die Beweglichkeit der LWS sei ordentlich gewesen. Es wurde folgende Diagnose gestellt: Lumbospondylogenes Schmerzsyndrom ohne radikuläre Zeichen bei/mit normaler LWS-Beweglichkeit und ohne paravertebralen Hartspann sowie einem kongenitalen engen Duralschlauch ohne Stenosen und Spondylarthrosen L3/4 bis L5/S1 ohne Kompression von neurogenen Strukturen (IV-Nr. 59.5 S. 5 ff.). Die medizinische und versicherungsmedizinische Beurteilung lautete wie folgt: Die IV-Anmeldung vom 2. Mai 2016 sei wegen psychischer Probleme erfolgt. Orthopädisch sei der Beschwerdeführer wegen einer akuten Lumbago (Hexenschuss) vom 5. bis 8. September 2017 hospitalisiert gewesen. Er habe früher nie Rückenprobleme gehabt. Während der gutachterlichen Befragung habe er erklärt, dass er seine angestammte Tätigkeit weiter ausüben könnte wegen der Rückenprobleme. Einzig wegen der psychischen Problematik gehe es nicht. Zusammengefasst sei die orthopädische Behandlung lege artis erfolgt. Der Beschwerdeführer sei weiterhin in regelmässiger Behandlung beim Hausarzt. Eine Physiotherapiebehandlung finde nicht mehr statt. Die Schmerzmedikation erfolge mit 1 Tablette Dafalgan pro Tag, was als sehr minimal zu bezeichnen sei. Die orthopädische Problematik sei als gering einzustufen, was auch der Explorand selbst so sehe. Zur Konsistenz und Plausibilität wurde angegeben, es bestünden keine Diskrepanzen zwischen den Akten und den Angaben des Exploranden. Seine Beschwerdeangaben seien allgemein in Bezug auf die Schmerzintensität – verglichen mit der geringen Medikation mit Dafalgan – auf der höheren Seite. Zu den Fähigkeiten, Ressourcen und Belastungen wurde vermerkt, im Vordergrund stünden psychische Probleme. Hinsichtlich der Rückenproblematik seien altersentsprechende Befunde sowohl klinisch als auch radiologisch ohne radikuläre Zeichen festzustellen. Der Beschwerdeführer habe seit Herbst 2017 Rückenbeschwerden. Früher habe er nie solche Beschwerden gehabt und er sei nur einmal vom 5. bis 8. September 2017 wegen einer akuten Lumbago hospitalisiert gewesen. Aufgrund der gutachterlichen Untersuchung bestünden keine Einschränkungen in der angestammten Tätigkeit als selbstständiger Imbissstandbesitzer. Aktuell bestehe aus orthopädischer Sicht folgendes Zumutbarkeitsprofil: Das Heben und Tragen von schweren Lasten von mehr als 20 kg sei nicht mehr zumutbar. Sowohl in der bisherigen Tätigkeit als auch in einer angepassten Tätigkeit bestehe eine vollumfängliche Arbeitsfähigkeit (8,5 Std. pro Tag; Pensum von 100 %) ohne verminderte Leistungsfähigkeit. Rückblickend könne in der angestammten Tätigkeit eine Arbeitsunfähigkeit während ca. maximal 6 Wochen ab 5. September 2017 postuliert werden. Sonst sei keine retrospektive Arbeitsfähigkeit ersichtlich (IV-Nr. 59.5 S. 9 ff.; MRT der LWS und ISG vom 5. Juli 2018, IV-Nr. 59.6). 7.2 Gestützt auf die oben dargelegten Untersuchungsergebnisse im orthopädischen Teilgutachten kann – entgegen dem Einwand des Beschwerdeführers – nicht gesagt werden, er leide an massiven Rückenschmerzen, gab er doch gegenüber der orthopädischen Gutachterin selber an, er könne die angestammte Tätigkeit aus psychischen Gründen – und nicht wegen des Rückens – nicht mehr ausüben (IV-Nr. 59.5 S. 5 und 9). Dementsprechend erfolgte seine IV-Anmeldung vom 27. April 2016 ausschliesslich wegen «Depressionen» (vgl. IV-Nr. 2 S. 6 Ziff. 6.1). Nach den fachärztlichen Angaben ist die orthopädische Problematik als gering einzustufen. So stellte die orthopädische Gutachterin fest, während der Befragung habe weder ein Positionswechsel noch ein Herumlaufen festgestellt werden können. Das

Ausziehen sei flüssig im Stehen und Sitzen erfolgt. Die Untersuchungsbefunde an der Wirbelsäule und Halswirbelsäule, den Schultern, Ellbogen, Händen, Hüften und Knien, am oberen Sprunggelenk sowie an den Füßen waren – bis auf zirkuläre Hypästhesien (herabgesetzte Empfindlichkeit) in allen Langfingern und im Daumenbereich – unauffällig. Im Rahmen der Beurteilung wies Dr. med. M.\_\_\_\_ darauf hin, in der gutachterlichen Untersuchung habe sie, ausser lokalen Druckdolenzen in der Lendenwirbelsäule (LWS), keine auffälligen Befunde, insbesondere keine radikulären Zeichen oder einen paravertebralen Hartspann, feststellen können. Die Beweglichkeit der LWS sei ordentlich. Im neu durchgeführten MRI der LWS vom 5. Juli 2018 hätten sich ein kongenital enger Duralschlauch ohne Stenosen und Spondylarthrosen L3/4 bis L5/S1 ohne Kompression von neurogenen Strukturen gezeigt (IV-Nr. 59.5 S. 6 ff.). Demnach geht die orthopädische Teilgutachterin von weitgehend normalen, altersentsprechenden orthopädischen Befunden aus (vgl. IV-Nr. 59.5 S. 10 Ziff. 7.4). Damit übereinstimmend gab der Beschwerdeführer selber an, die bisherige Tätigkeit könne er ausschliesslich wegen seines psychischen Leidens nicht mehr ausüben. Dementsprechend findet auch keine Physiotherapie mehr statt und es besteht lediglich eine minimale Schmerzmedikation. Gemäss den nachvollziehbaren fachärztlichen Angaben sind demnach aus orthopädischer Sicht keine funktionellen Einschränkungen, weder in der angestammten noch einer anderen angepassten Tätigkeit, ersichtlich. Zu beachten ist lediglich das angegebene Zumutbarkeitsprofil, wonach das Heben und Tragen von schweren Lasten von mehr als 20 kg nicht mehr zumutbar sei. Angesichts der dargelegten Untersuchungsergebnisse waren – entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers – weder eine weitere Auseinandersetzung mit den MRT-Befunden vom 5. Juli 2018 noch andere orthopädische Abklärungsmassnahmen angezeigt. Auszuräumende Unsicherheiten oder Unklarheiten sind nicht ersichtlich. Dem Einwand des Beschwerdeführers, die orthopädische Teilgutachterin habe den Gesprächsverlauf nicht sachgerecht wiedergegeben, da er sich freud- und kraftlos fühle und am ganzen Körper, insbesondere auch im Rücken, Schmerzen habe, kann nach dem Gesagten nicht gefolgt werden. Es liegt nach den fachärztlichen Angaben aus orthopädischer Sicht keine Störung vor, welcher ressourcenhemmende Wirkung beizumessen wäre. Demnach konnte die Prüfung des Einflusses einer somatischen Komorbidität auf die Arbeitsfähigkeit im Rahmen der psychiatrischen Teilbegutachtung unterbleiben (BGE 143 V 418 E. 8.1 S. 430). 8. 8.1 Bezüglich des allgemein medizinisch-internistischen Teilgutachtens macht der Beschwerdeführer schliesslich geltend, er sei angesichts der Umschreibung einer angepassten Tätigkeit bei der Suche eines Arbeitsplatzes massiv eingeschränkt. Zusammen mit den Einschränkungen aus orthopädischer und psychiatrischer Sicht sei eine Arbeitsfähigkeit von mehr als 30 % ausgeschlossen. Er könne nur noch körperlich leichte Arbeit ausüben. Eine körperlich schwere Arbeit – wie das Führen eines Take-Aways – sei nicht mehr möglich. Zudem dürfe es sich nicht um komplexe Arbeitsvorgänge handeln, es sollte keine Akkordarbeit sein und keine Arbeit mit überdurchschnittlichem Zeitdruck und Lärm. Auch Arbeiten mit visueller Kontrolltätigkeit seien nicht möglich. Es sei bisher nicht abgeklärt worden, welche Tätigkeiten er mit seinen Einschränkungen im psychischem und physischen Bereich ausüben könnte (Beschwerde, S. 47 ff. Ziff. 41; A.S. 52 ff.). Im allgemein medizinisch-internistischen Teilgutachten vom 7. August 2018 (Untersuchung vom 10. Juli 2018) diagnostizierte Dr. med. N.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, einen medikamentös eingestellten Diabetes mellitus, Bluthochdruck, ein metabolisches Syndrom mit erhöhtem kardiovaskulärem Risikoprofil (Diabetes, Bluthochdruck, Hyperlipoproteinämie, Adipositas I), ein lageabhängiges

Schlafapnoesyndrom (aktuell ohne nächtliche Überdruckbeatmung) und ein Nikotinabusus, wobei im Wesentlichen dargelegt wurde, die aktuelle Behandlung des Bluthochdrucks und des Diabetes mellitus erscheine angemessen, die Massnahmen hinsichtlich des Schlafapnoesyndroms, der Adipositas und des Nikotinabusus seien dagegen unzureichend. Die Beurteilung von Konsistenz und Plausibilität lautete dahingehend, die ausgeprägte Inaktivität des Beschwerdeführers hindere ihn jedoch nicht daran, beim Hausarzt regelmässig eine Skat-Therapie zur Behandlung seiner erektilen Dysfunktion zu machen. Trotz seiner angegebenen ausgeprägten Inaktivität mache er wohl doch Bank- und Amtsgeschäfte gemeinsam mit seiner Ehefrau. Von der körperlichen Seite bestehe eine ausgeprägte Inaktivität, die aus internistischer Sicht nicht erklärt werden könne. Insbesondere führe er keine regelmässigen gymnastischen Übungen durch und er mache auch keine Physiotherapie. Auch eine Teilnahme an einer psychologischen Gruppentherapie habe er abgelehnt. Abgesetzt sei von ihm auch die nächtliche Überdruckbeatmung; es sei daher nicht verwunderlich, dass er weiterhin über Müdigkeit und Abgeschlagenheit klage. Die in der Türkei durchgeführte Operation im Rachenraum sei keine etablierte Behandlung eines obstruktiven Schlafapnoesyndroms. Verstärkt werde die morgendliche Müdigkeit und Abgeschlagenheit wahrscheinlich noch durch das abendlich verordnete Präparat «Zoldorm». Aus internistischer Sicht sei keine Erkrankung zu finden, die eine wesentliche Einschränkung der Leistungsfähigkeit begründen würde. Es bestünden keine Vorbehalte gegenüber einer leichten körperlichen Tätigkeit mit ausreichender Wechselbelastung. Ungünstig wäre dagegen wegen des Diabetes mellitus eine rein sitzende Tätigkeit. Hinsichtlich des Bluthochdrucks sollten taktgebundene Tätigkeiten, Akkordarbeiten, Arbeiten unter überdurchschnittlichem Zeitdruck und mit verstärktem Arbeitsstress vermieden werden. Ebenso ungünstig seien Tätigkeiten bei langanhaltendem starken Lärm. Internistischerseits seien 8,5 Stunden pro Tag in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit möglich. Dabei bestehe eine um 10 % verminderte Leistungsfähigkeit. Hinzuweisen sei allerdings darauf, dass die Leistungseinschränkung überwiegend durch ein nicht optimal behandeltes Schlafapnoesyndrom erklärbar sei. Durch eine konsequente Behandlung von Bluthochdruck, Diabetes mellitus und Schlafapnoesyndrom sowie Nikotinverzicht könnte eine weitgehende Beseitigung von leistungsmindernden Faktoren erreicht werden. Damit wäre eine Leistungsfähigkeit von 100 % erzielbar. Eine optimal angepasste Tätigkeit müsste folgende Merkmale aufweisen: Leichte körperliche Tätigkeit mit Wechselbelastung Sitzen, Gehen und Stehen, keine visuellen Kontrolltätigkeiten, keine Überwachung und/oder Steuerung komplexer Arbeitsvorgänge, keine taktgebundene Arbeit oder Akkordarbeit, keine Tätigkeiten mit überdurchschnittlichem Zeitdruck und Arbeitsstress sowie keine Tätigkeiten unter verstärktem Lärm. Eine solche Tätigkeit wäre während 8,5 Stunden pro Tag (100%-Pensum) ohne Leistungseinschränkung zuzumuten (IV-Nr. 59.9 S. 14 ff.). 8.2 Angesichts der oben dargelegten Abklärungsergebnisse im allgemein medizinisch-internistischen Teilgutachten kann dem Einwand des Beschwerdeführers, er sei bei der Suche nach einer angepassten Verweistätigkeit massiv eingeschränkt und es sei zu bezweifeln, dass er überhaupt eine Arbeitsstelle auf dem freien Arbeitsmarkt finde, nicht gefolgt werden. Abgesehen davon, dass ihm nach den fachärztlichen Angaben die bisherige Tätigkeit bereits im Zeitpunkt der Begutachtung aus internistischer Sicht zu 90 % und nach adäquater, konsequenter zumutbarer Behandlung zu 100 % ohne Leistungseinschränkung zuzumuten wäre, ist davon auszugehen, dass er auch eine den erwähnten Einschränkungen optimal angepasste Arbeitsstelle auf dem hier massgebenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt finden würde. So umfasst der ausgeglichene

Arbeitsmarkt verschiedenste Tätigkeiten, was die beruflichen und intellektuellen Voraussetzungen wie auch den körperlichen Einsatz angeht. An die Konkretisierung von Arbeitsgelegenheiten und Verdienstaussichten sind keine übermäßigen Anforderungen zu stellen. Der ausgeglichene Arbeitsmarkt umfasst auch sogenannte Nischenarbeitsplätze, also Stellen- und Arbeitsangebote, bei welchen Behinderte mit einem sozialen Entgegenkommen des Arbeitgebers rechnen können (Urteil des Bundesgericht 8C\_30/2020 vom 6. Mai 2020 E. 5.3 mit Hinweisen). Demnach ist davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer seine fachärztlich attestierte Arbeitsfähigkeit trotz der erwähnten Einschränkungen auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt verwerten könnte. Für die Behauptung, zusammen mit den Einschränkungen aus orthopädischer und psychiatrischer Sicht sei eine Arbeitsfähigkeit von mehr als 30 % ausgeschlossen, besteht aufgrund der polydisziplinären G. \_\_\_ kein Raum. Der Beschwerdeführer wurde im Rahmen der Gesamtbeurteilung (Konsensbeurteilung) ohne nennenswerte Einschränkungen sowohl in der bisherigen Tätigkeit als auch in einer Verweistätigkeit zu 100 % arbeitsfähig eingestuft, wobei lediglich aus orthopädischer Sicht eine funktionelle Einschränkung angegeben wurde. So ist nach den gutachterlichen Angaben wegen des lumbospondylogenen Schmerzsyndroms das Heben und Tragen von schweren Lasten von mehr als 20 kg nicht mehr zumutbar. Andere arbeitsrelevante Einschränkungen aus orthopädischer, psychiatrischer, allgemein medizinisch-internistischer oder neurologischer Sicht bestehen nach den gutachterlichen Angaben nicht (IV-Nr. 59.1 S. 4 ff. Ziff. 4). 9. Nach dem Gesagten ist die vorliegend angefochtene Verfügung vom 30. April 2019, worin auch der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente abgewiesen wurde, nicht zu beanstanden. Angesichts des in allen Belangen überzeugenden interdisziplinären G. \_\_\_-Gutachtens, welchem volle Beweiskraft beizumessen ist, besteht kein Anlass, weitere medizinische Abklärungsmassnahmen zu veranlassen. Auf die davon abweichenden, oben (unter E. II. 3 hiervor) wiedergegebenen Berichte der behandelnden Ärzte kann nach dem Gesagten nicht abgestellt werden. Bei dieser Ausgangslage ist von der Berechnung des Invaliditätsgrades des Beschwerdeführers abzusehen; der Mindestinvaliditätsgrad von 40 % würde auch unter Berücksichtigung eines (hier nicht gerechtfertigten) leidensbedingten Maximalabzugs beim Invalideneinkommen von 25 % klar nicht erreicht. Die Beschwerde ist somit abzuweisen.

## **E. 5**

5.1 Der Beschwerdeführer wendet bezüglich des psychiatrischen G. \_\_\_-Teilgutachtens von Dr. med. K. \_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, vom 28. September 2018 (Untersuchung vom 10. Juli 2018) ein, er sei damit nicht einverstanden. Zur Begründung bringt er vor, er habe im Oktober 2015 in die Klinik für Psychiatrie, [...], eingewiesen werden müssen, wo er während mehr als zwei Wochen hospitalisiert gewesen sei. Er habe die Stimme des Grossvaters und zusätzlich zwei andere Stimmen gehört. Er könne manchmal auch Gedanken anderer Menschen lesen und auf das Wetter Einfluss nehmen. Dies sei aber mit Angst verbunden. Er sei unzufrieden, antriebs- und kraftlos. Es interessierte ihn praktisch nichts. Der psychiatrische Teilgutachter habe erwähnt, es komme bei Personen aus dem türkischen Kulturkreis häufig vor, dass sie mit Geistern konfrontiert würden, selbst in banalen Überforderungssituationen. Der Gutachter schliesse daraus, dass die Stimmen, die er höre, und die Aufträge, die er bekomme, aus dem türkischen Kulturkreis stammten und nichts mit einer psychischen Erkrankung zu tun hätten. Der behandelnde Psychiater, Dr. med. I. \_\_\_, habe jedoch erklärt, dass der Beschwerdeführer alevitischen Glaubens sei und deshalb nichts mit Geistervorstellungen des türkischen

Kulturkreises zu tun habe. Der behandelnde Psychiater habe bei ihm eine paranoide Schizophrenie festgestellt. Die Beurteilung des psychiatrischen Teilgutachters stehe auch im Gegensatz zur Diagnosestellung anlässlich der psychiatrischen Hospitalisationen. Das bereits seit 10 Jahren bestehende Stimmenhören sei ein Hinweis auf eine psychotische oder schizophrene Erkrankung. Der psychiatrische G.\_\_\_\_-Teilgutachter habe die Hypothese des psychiatrischen Vorgutachters Dr. med. D.\_\_\_\_, wonach das Stimmenhören auch eine andere Ursache als eine psychische Krankheit haben könne, einfach übernommen. Dr. med. D.\_\_\_\_ habe aber trotz seiner Hypothesen über die Ursache der Symptome den Beschwerdeführer aufgrund seiner Untersuchung zu 100 % arbeitsunfähig als Folge einer paranoiden Schizophrenie (ICD-10 F.20) eingestuft. Auch die psychiatrische Gutachterin Dr. med. E.\_\_\_\_ habe aufgrund ihrer Untersuchung eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert. Dr. med. I.\_\_\_\_ habe ebenfalls eine volle Arbeitsunfähigkeit festgestellt. Somit werde von 4 Fachärzten eine 100%ige bzw. 50%ige Arbeitsunfähigkeit bestätigt. Dr. med. K.\_\_\_\_ hingegen schliesse im krassen Gegensatz dazu auf eine vollständige Arbeitsfähigkeit. Er lasse bei seiner Beurteilung die Beschreibung des Gesundheitszustands durch den Beschwerdeführer selbst unberücksichtigt. Auch die Auseinandersetzung mit den Vorgutachtern und den Berichten der behandelnden Ärzte sei unvollständig. Der Sachverhalt sei nicht richtig und nicht umfassend festgestellt worden. Ausserdem sei der psychiatrische G.\_\_\_\_-Teilgutachter voreingenommen gewesen. Seine Schlussfolgerung, der Beschwerdeführer sei zu 100 % arbeitsfähig, sei nicht nachvollziehbar. Das psychiatrische Teilgutachten sei widersprüchlich und lasse viele Fragen offen. Aus den Laborergebnissen könne nichts Nachteiliges abgeleitet werden. Eventualiter sei eine neue psychiatrische Expertise erstellen zu lassen (vgl. Beschwerde, S. 12 bis 33, Ziff. 18 bis 33).

5.2 Im psychiatrischen Teilgutachten von Dr. med. K.\_\_\_\_ vom 28. September 2018 (Untersuchung vom 10. Juli 2018) wurde zunächst die Ausgangslage erklärt, dann ein fachspezifischer Aktenauszug wiedergegeben, danach wurden die spontanen Angaben des Beschwerdeführers im Rahmen eines offenen Interviews und einer vertiefenden Befragung zu den aktuellen Beschwerden aufgeführt und es wurde eine systematische, soziale und berufliche Anamnese wiedergegeben; anschliessend wurde der Beschwerdeführer zum Tagesablauf befragt. Im Weiteren erhob der psychiatrische Teilgutachter die Untersuchungsbefunde, machte zu der im Rahmen der Begutachtung veranlassten Labordiagnostik verschiedene Angaben und legte die testpsychologischen Zusatzuntersuchungen (neuropsychologisches Teilgutachten vom 30. August 2018; Rey-Memory-Test) dar. Auf eine Fremdanamnese wurde verzichtet. Danach erfolgte die Auflistung und Herleitung der Diagnosen, wobei auf die psychiatrischen Vorgutachten sowie die übrigen vorliegenden psychiatrischen Berichte eingegangen wurde. Der psychiatrische Teilgutachter hielt fest, aktuell könne die Diagnose einer schizophrenen Psychose nicht gestellt werden. Es werde beim Beschwerdeführer von langjährigen beruflichen Belastungen ausgegangen, verbunden mit einem Mangel an Entspannung und Freizeit, möglicherweise auch einem sozialen Rollenkonflikt im familiären und religiösen Bereich mit besonderen soziokulturellen Umständen, die passager auch zu kurzanhaltenden Anpassungsproblemen und damit verbundenen Beeinträchtigungen geführt haben könnten. Gemäss den diagnostischen Kriterien F43.2 sei gegenwärtig allenfalls von Problemen mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung (Z73) auszugehen. Demnach stellte Dr. med. K.\_\_\_\_ die Diagnosen «Anpassungsprobleme (Arbeitsüberlastung, persönliche Gründe) F43.2, inzwischen abgeklungen» sowie «Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung Z73 (Zustand nach Erschöpfung, Mangel an Entspannung und

Freizeit, Stress, sozialer Rollenkonflikt?)» und führte aus, beide psychiatrischen Diagnosen hätten keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (vgl. IV-Nr. 59.7 S. 1 bis 16).

Im Rahmen der medizinischen und versicherungsmedizinischen Beurteilung führte der psychiatrische Teilgutachter im Wesentlichen aus, Halluzinationen und Wahn seien nicht schizophreniespezifisch. Diese Phänomene seien auch bei anderen psychischen Störungen vorhanden. Bei der Diagnosestellung einer Schizophrenie müssten die international gültigen Diagnosekriterien im Zeitverlauf beachtet werden, vor allem das psychosoziale Funktionsniveau und die Negativsymptomatik. Glaube und wahnhaftige Symptomatik liessen sich leicht miteinander verwechseln, dies gelte auch für Überzeugungen einer Familie einer besonderen kulturellen Identität bzw. von kulturellen psychosozialen Gegebenheiten. Paranoide Gedanken müssten in jedem Fall auf ihren realen Hintergrund untersucht werden. Auch sollten magische Vorstellungen über das Entstehen und die Bedeutung von Symptomatik einbezogen werden, um kulturgebundene Syndrome nicht zu übersehen. Diese Faktoren seien im Rahmen der früheren psychiatrischen Diagnostik und Therapie beim Beschwerdeführer offensichtlich nicht hinreichend berücksichtigt und diskutiert worden, auch wenn diesbezüglich mehrfach Zweifel an der Verlässlichkeit der gestellten Diagnosen geäußert worden seien. Auch sei es offensichtlich unterlassen worden, hierzu weitere Recherchen anzustellen, gegebenenfalls auch Validierungsverfahren zum Einsatz zu bringen, insbesondere aber auch die sinnvollen differentialdiagnostischen Überlegungen zu Ende zu denken (IV-Nr. 59.7 S. 16 f.).

Dr. med. K.\_\_\_\_ hielt sodann fest, bei Personen aus dem türkischen Kulturkreis komme die Konfrontation mit Geistern selbst in banalen Überforderungssituationen häufiger vor, was zum Teil als Warnung an die Umgebung verstanden werden könne, auch als Wunsch nach Ruhe und als Hilferuf zur Entlastung. Bei diagnostischen und differentialdiagnostischen Überlegungen müssten deshalb zwingend auch andere Hinweise und eindeutige Symptome für eine psychotische Symptomatik bestehen. Auch könnten sich Betroffene zeitweilig als Opfer eines Zaubers (ähnlich der Form eines Voodoo) fühlen und dies auch verschlüsselt nach aussen kundtun. Bei betroffenen Personen könnten neben den kulturgebundenen Syndromen auch sprachliche Besonderheiten einer bildhaften, metaphorischen Sprachwelt als psychotisch missverstanden werden. Ein anderes und für die alevitische Lehre wichtiges Beispiel sei die Verwendung des Begriffes «Reinkarnation» bzw. einer Seelenwanderung. Der Begriff «insan olma» beschreibe den Prozess der seelischen Reifung und Reinigung durch den alevitischen Weg (IV-Nr. 59.7 S. 18).

Ferner gab der psychiatrische Teilgutachter an, eine schizophrene Psychose gründe sich auf psychopathologischen Symptomen wie äusseres Erscheinungsbild, Verhalten und Ausdruck (Psychomotorik, Mimik, sprachlicher Ausdruck, eventuell Ausdrucksverzerrungen), Bewusstsein (z.B. mangelhafte Orientierung bei fehlendem Interesse für die Vorgänge in der Umwelt), jedoch auch Verstimmungen, Affekt- und Kontaktstörungen, Störungen von Antrieb und Psychomotorik (Energieniveau), aber auch Denkstörungen (Denkzerfahrenheit) und Störung des subjektiven Erlebens des eigenen Ichs, die als Grundsymptom der Schizophrenie gelte. Bei der Affektivität sei auf Einzelerscheinungen wie zum Beispiel Reizbarkeit, Parathymie, Paramimie, Ambivalenz, Ambitendenz bzw. autistische Züge zu achten, es könne auch ein sog. «Verlust der Einheitlichkeit der Affektäusserungen» bestehen. Störungen des formalen Denkablaufs kämen bei der Schizophrenie vor allem in Form von Sperrung, Denkzerfahrenheit (Denkdissoziation) oder Denkhemmung vor, manchmal auch als Ideenflucht, Umständlichkeit, wobei leichtere Grade der formalen

Denkstörungen auch bei anderen nicht psychotischen Zustandsbildern vorkämen. Das Phänomen des Gedankenentzuges gelte als Symptom des ersten Ranges (schizophrene Ich-Störung), jedoch auch die Meinhaftigkeit des Erlebens (die eigenen seelischen Vorgänge seien von aussen und von anderen gesteuert). Depersonalisation und Derealisation kämen auch bei Schizophrenie meist prodromal vor, jedoch beachte man sie oft bei neurotischen oder depressiven Störungen bzw. bei Persönlichkeitsstörungen. Inhaltliche Denkstörungen, speziell Wahn, als inhaltlich falsche Überzeugungen, die nicht aus anderen Erlebnissen ableitbar seien, hätten für die Patienten im akuten Zustand einen unbeirrbar und unkorrigierbaren Charakter. Ferner sei auf Störungen der selektiven Aufmerksamkeit, des kognitiven Gleitens sowie der rezeptiven und expressiven Sprache zu achten. Schizophrenien, ohne zumindest vorübergehendes Auftreten von Wahn, kämen praktisch nicht vor. Die Mehrzahl durchlaufe initial ein paranoid halluzinatorisches Stadium. Halluzinationen seien Wahrnehmungen ohne entsprechende Sinnesreize von aussen. Nicht alle, sondern nur bestimmte Arten akustischer Halluzinationen gälten als Symptome erstes Ranges. Dies gelte für dialogische Stimmen, kommentierende Stimmen oder das sogenannte Gedankenlautwerden, ebenso für imperative Stimmen. Symptome zweiten Ranges seien sonstige, nicht als Symptome ersten Ranges geltende akustische Halluzinationen, ferner optische, olfaktorische halluzinatorische Erlebnisse. Träten optische Halluzinationen oder Pseudohalluzinationen in Verbindung mit religiös-ekstatischen Zuständen auf, spreche man auch von Visionen. Auffälligkeiten der Persönlichkeitsstruktur liessen sich oft lange Zeit, jedoch nicht dauerhaft, nicht von protrahierten Syndromen und initialen Stadien einer Schizophrenie unterscheiden. Auch abnorme Erlebnisreaktionen könnten an eine schizophrene Phase erinnern, dies gelte beispielsweise für Menschen, die sich in Lebensschwierigkeiten befänden; jedoch kämen diese auch bei Anhängern bestimmter religiöser Gruppierungen, bei induzierten Reaktionen und gemeinschaftlichen Wahnbildungen mit einer psychisch-reaktiven Auslösung vor (IV-Nr. 59.7 S. 18).

Bezogen auf den konkreten Fall legte Dr. med. K. \_\_\_ dar, beim Beschwerdeführer ergäben sich aktuell und auch retrospektiv aus der Aktenlage bis auf die von ihm angegebenen, seltenen halluzinatorischen Phänomene insbesondere keine Hinweise auf formale Denkstörungen, beispielsweise im Sinne einer Inkohärenz, auch seien die Schwingungsfähigkeit und der Affekt nicht verändert. Das Bekunden, Stimmen zu hören, unter Halluzinationen zu leiden, sei schwer zu objektivieren. Bei Schizophrenie kämen derartige Symptome jedoch sehr selten isoliert vor. Gravierende Symptome einer Schizophrenie seien verhaltensrelevant. Symptome, die sich im Alltagsleben und in Beziehungen kaum manifestierten, begründeten Zweifel. Auch sei es schwer, bestimmte Symptome wie Affektstörungen, Dissoziation von Affekt und Denkinhalt nachzuahmen; dies gelte auch für die Gesetzmässigkeiten der Entwicklung psychotischer Symptome, insbesondere jedoch schizophrene Denkstörungen und autistische Verhaltenszüge, die bei vorgetäuschten Symptomen einer Psychose nur selten vorkämen. Auch der Umstand, dass der Beschwerdeführer von der bisherigen Therapie nicht über einen längeren Zeitraum habe profitieren können, erscheine nicht schlüssig und nachvollziehbar. Auch seien die stationären Aufenthalte zum Teil sehr kurz, was eher gegen das Vorhandensein einer relevanten Schizophrenie mit akuten und dringend akut behandlungsbedürftigen Symptomen spreche. Es sei auch unwahrscheinlich, dass sich Symptome, die zu einer stationären Akutaufnahme führten, innerhalb weniger Tage zurückbildeten. Die Einnahme eines Antipsychotikums und eine längere psychiatrische Behandlung belegten per se das Vorliegen einer Schizophrenie nicht, zumal auch die behandelnden Ärzte zeitweilig Zweifel

angemeldet und den Zustand des Beschwerdeführers nach seinen eigenen Angaben beschrieben hätten, dabei jedoch auch diagnostische Unsicherheiten bekundet oder sich diagnostisch zum Teil gar nicht festgelegt hätten; manchmal seien auch frühere Diagnosen übernommen worden, ohne dies erneut zu diskutieren. Dabei seien die damals schon zum Teil bekannten psychosozialen Aspekte nicht gebührend berücksichtigt und in differentialdiagnostische Überlegungen einbezogen worden. Es sei auch zu erwähnen, dass zu der aktuell angegebenen Einnahme von Olanzapin dessen Metabolit nicht nachweisbar gewesen sei, was auch gegen eine konstante Einnahme spreche. Selbst wenn eine blande psychotische Störung beim Beschwerdeführer vorhanden wäre, würde sie sich auf die Arbeitsfähigkeit längerfristig erst dann auswirken, wenn alle Therapiemöglichkeiten ausgeschöpft wären. Auch müssten beim Beschwerdeführer Negativsymptome, Antriebsdefizite und ein mangelndes Durchhaltevermögen zu massiver Beeinträchtigung der beruflichen Leistungsfähigkeit führen, bevor eine dauerhafte Arbeitsunfähigkeit angenommen werden könnte. Bei einem akuten Zustandsbild mit passagerem Wahn, Stimmenhören und affektiven Symptomen würde man jedoch von einer nur vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit ausgehen. Beim Beschwerdeführer sei gegenwärtig weder eine floride psychotische Symptomatik noch eine depressive Nachschwankung oder ein relevanter Residualzustand nachzuweisen (IV-Nr. 59.7 S. 18 f.).

Der psychiatrische Teilgutachter stellte sodann fest, über die Berufstätigkeit des Beschwerdeführers sei lediglich bekannt, dass er früher in selbstständiger und selbstverantwortlicher Weise viel und ausdauernd gearbeitet habe, in seinem Beruf auch wirtschaftlich erfolgreich gewesen sei. Dies spreche auch für eine sehr gute Belastbarkeit und eher gegen eine höhere Vulnerabilität, die das Auftreten einer Psychose begünstigen könnte. Auch seine Aussage, er könne keinerlei Beschäftigung mehr in der Zukunft nachgehen, was er selbst in der häuslichen Umgebung praktiziere, erscheine nicht medizinisch begründet. Anlässlich der aktuellen psychiatrischen Untersuchung sei dagegen das Durchhaltevermögen des Beschwerdeführers unauffällig gewesen, es sei weder Müdigkeit aufgetreten noch hätten sich andere psychische Auffälligkeiten gezeigt, die bei einem chronischen psychotischen Zustandsbild in einer belastenden Untersuchungssituation dringend zu erwarten wären. Die Motivation des Beschwerdeführers und seine diesbezüglichen Phantasien, keiner Arbeit mehr nachgehen zu wollen, seien psychiatrisch nicht zu ergründen, bis auf die Aussage, er sei in Wirklichkeit mehrere Jahre älter als in seinem Ausweis angegeben, welche durchaus den Wunsch nach Ruhe und Ruhestand nach der jahrelangen Mühsal der anstrengenden Tätigkeit implizieren könnte. Dem Beschwerdeführer sei das magische Denken nicht ganz fremd und es dürfte ein wichtiger Bestandteil seiner religiösen Überzeugung darstellen, was durchaus verbunden mit den anderen Intentionen den Glauben an eine relevante psychische Störung bestärken könnte. Der sonstige Eindruck in der klinisch psychiatrischen Untersuchung, das Ergebnis der neuropsychologischen Abklärung mit neuropsychologisch nicht plausiblen Störungsprofil, u.a. auch das Ergebnis des Rey-Memory-Tests im Rahmen der psychiatrischen Begutachtung, wie auch die Auffälligkeit im Labor mit fehlendem Metaboliten-Nachweis des anamnestic als regelmässig eingenommenen Antipsychotikums Olanzapin sprächen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit für eine Aggravation und liessen die Diagnosestellung einer psychotischen Störung nicht zu (IV-Nr. 59.7 S. 19).

Ferner nahm Dr. med. K. \_\_\_ Stellung zum bisherigen Verlauf von Behandlungen, Rehabilitationen und Eingliederungsmassnahmen etc., wobei er festhielt,

Kooperationsprobleme seien aus psychiatrischer Sicht nicht als krankheits- oder ressourcenbedingt anzusehen. Aufgrund der aktuellen psychiatrischen Untersuchung sei nicht von einer psychotischen Störung auszugehen, somit stelle sich nicht die Frage nach der Ausschöpfung der Therapie. Zur Konsistenz und Plausibilität hielt der psychiatrische Teilgutachter fest, im Hinblick auf Befundkonsistenz ergäben sich keine überzeugenden Argumente für die Richtigkeit der Angaben des Beschwerdeführers, dies sowohl anamnestisch als auch aus den vorgelegten ärztlichen Berichten, auch wenn soziokulturelle und religiöse Aspekte bestünden, welche durchaus ein magisches Denken, aber keine behandlungsbedürftige psychotische Störung begründeten. Die Würdigung von Fähigkeiten, Ressourcen und Belastungen lautete wie folgt: Aufgrund der langjährigen beruflichen Tätigkeit des Beschwerdeführers lasse sich keine Störung der Fähigkeit zur Anpassung von Regeln und Routinen ableiten. Der Beschwerdeführer sei im Stande zu planen und zu strukturieren. Auch bestünden keine Belege dafür, dass er nicht ausreichend flexibel und umstellungsfähig wäre. Die Kompetenz- und die Wissensanwendung dürfte alleine schon aufgrund der langjährigen beruflichen Erfahrung ungestört sein, auch wenn gegenwärtig keine Überprüfung dieser Fähigkeit möglich sei. Im Rahmen der psychiatrischen Untersuchung sei der Beschwerdeführer durchhaltefähig gewesen, habe sich behaupten, Kontakt aufnehmen und eine adäquate Konversation mit seinem Gegenüber führen können. Es bestünden keine Anhaltspunkte dafür, dass er in einer Gruppe nicht zu Recht kommen würde. Die Fähigkeit zu engen dyadischen Beziehungen sei soweit beurteilbar ungestört. Auch die Fähigkeit zu Selbstpflege und zur Selbstversorgung sei gegeben, dies gelte auch für die Mobilität und die Verkehrsfähigkeit (IV-Nr. 59.7 S. 19 f.).

Im Rahmen der Beantwortung der gestellten Fragen hielt der psychiatrische Teilgutachter abschliessend zur Arbeitsfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit fest, der Beschwerdeführer könnte 8,5 Stunden pro Tag anwesend sein bzw. ein Pensum von 100 % ausüben, wobei keine verminderte Leistungsfähigkeit bestehe. Abgesehen von den stationären Klinikaufenthalten bestehe kein Anhalt für längere Arbeitsunfähigkeiten. Zur Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit wurde vermerkt, eine vorübergehender Verzicht auf Zeitdruck wäre sinnvoll. Eine Präsenz von 8,5 Stunden pro Tag (100 %) sei jedoch auch hier möglich. Dabei bestehe keine verminderte Leistungsfähigkeit (IV-Nr. 59.7 S. 20 f.).

5.3 Nach dem Gesagten legt der Dr. med. K.\_\_\_\_ umfassend, sehr detailliert, nachvollziehbar und überzeugend dar, weshalb er beim Beschwerdeführer die Diagnose einer paranoiden Schizophrenie nicht stellen konnte und weshalb er den diagnostizierten, inzwischen abgeklungenen Anpassungsproblemen (F43.2) sowie den Problemen bei der Lebensbewältigung (Z73) keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit beimass. Der in diesem Zusammenhang erhobene Einwand des Beschwerdeführers, die Ausführungen des Gutachters zum kulturellen Hintergrund seien nach den Angaben des behandelnden Psychiaters falsch, da er alevitischen Glaubens sei und deshalb nichts mit Geistesvorstellungen des türkischen Kulturkreises zu tun habe (Beschwerde, S. 15 f. Ziff. 21 f.; vgl. IV-Nr. 65 S. 2 f. [E. II. 3.19 hiervoor] hiervoor), ist nicht stichhaltig. Der psychiatrische Teilgutachter hielt fest, der Beschwerdeführer habe im Rahmen der aktuellen psychiatrischen Untersuchung berichtet, in einem kurdischen Gebiet als Kurde geboren und im alevitischen Glauben bzw. in der alevitischen Tradition aufgewachsen zu sein (IV-Nr. 59.7 S. 17 oben). Dementsprechend ist davon auszugehen, dass der kulturelle Hintergrund des Beschwerdeführers, d.h. insbesondere sein alevitisches Glaubensbekenntnis, seine entsprechende religiöse Erziehung und die Bewahrung

alevitischer Traditionen, im Rahmen der psychiatrischen Beurteilung sachgerecht gewürdigt und mitberücksichtigt wurde. Dass Dr. med. K.\_\_\_\_ dann ausführte, bei Personen aus dem «türkischen Kulturkreis» komme die Konfrontation mit Geistern selbst in banalen Überforderungssituationen häufiger vor (vgl. IV-Nr. 59.7 S. 18 oben), vermag die Beurteilung des psychiatrischen Gutachters nicht als falsch erscheinen zu lassen. Der Experte nahm Bezug auf den alevitischen Glauben bzw. den alevitischen Hintergrund des Beschwerdeführers, welcher im Rahmen einer psychiatrischen Begutachtung durchaus als dem türkischen Kulturkreis zugehörig bezeichnet werden kann; es gilt dabei zu beachten, dass es sich bei Aleviten um Mitglieder einer vorwiegend in der Türkei beheimateten Glaubensrichtung handelt (<https://de.wikipedia.org/wiki/Aleviten>). Ausserdem machte der psychiatrische Teilgutachter nicht die Schlussfolgerung, alleine deswegen liege beim Beschwerdeführer keine psychische Erkrankung vor. Vielmehr legte er überzeugend dar, dass paranoide Gedanken in jedem Fall auf ihren realen Hintergrund zu untersuchen seien. Magische Vorstellungen über das Entstehen und die Bedeutung von Symptomatik sollten einbezogen werden, um kulturgebundene Syndrome nicht zu übersehen (IV-Nr. 59.7 S. 17 unten). Dass der Facharzt schliesslich keine paranoide Schizophrenie diagnostizieren konnte, stützte sich auf verschiedene Untersuchungsbefunde und Erkenntnisse aus der psychiatrischen Begutachtung des Beschwerdeführers, nicht nur auf dessen kulturellen Hintergrund. Sein diesbezüglicher Einwand vermag den Beweiswert des psychiatrischen Teilgutachtens somit nicht zu schmälern.

5.4 Entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers übernahm Dr. med. K.\_\_\_\_ nicht einfach die Hypothese des früheren psychiatrischen Gutachters Dr. med. D.\_\_\_\_, wonach das Stimmenhören auch eine andere Ursache als eine psychische Krankheit haben könne (vgl. Beschwerde, S. 18 Ziff. 23), sondern er führte im Rahmen der Herleitung der Diagnosen vielmehr aus, Dr. med. D.\_\_\_\_ habe die im Jahr 2015 diagnostizierte paranoide Schizophrenie aus versicherungspsychiatrischer Sicht als diskussionsbedürftig angesehen und sich dahingehend geäussert, aus gutachterlicher Sicht müsse immer hinterfragt werden, ob motivationale Faktoren vorliegen könnten, derartige Angaben mit bewusstem Ausdruckscharakter zu tätigen. Er erachtete die von Dr. med. D.\_\_\_\_ attestierte Arbeitsunfähigkeit von 100 % für die nächsten drei Monate (also bis Mitte Juni 2016) zwar als nachvollziehbar (vgl. IV-Nr. 7 S. 15; vgl. E. II. 3.3 hiervor), bemerkte jedoch, es fehle eine wichtige Auseinandersetzung mit soziokulturellen Faktoren und auch verschiedenen Einzelheiten bezüglich der geschilderten und als psychotisch eingeschätzten Phänomene, welche der Beschwerdeführer auch anlässlich der aktuellen psychischen Untersuchung hier geschildert habe; diese hätten jedoch eine Rücksprache und eine differentialdiagnostische Diskussion mit den behandelnden Ärzten erwarten lassen (IV-Nr. 59.7 S. 15). Auch die weiteren Berichte der Klinik für Psychiatrie, [...], der zweiten psychiatrischen Gutachterin Dr. med. E.\_\_\_\_, des behandelnden Psychiaters Dr. med. I.\_\_\_\_, des Bürgerspitals [...] und des RAD- und Facharztes Dr. med. J.\_\_\_\_ wurden gewürdigt und in die Beurteilung miteinbezogen. Im Weiteren erfolgte eine aktuelle umfassende gutachterliche Bewertung des psychiatrischen Sachverhalts (IV-Nr. 59.7 S. 14 ff.; vgl. E. II. 5.2 hiervor). Demnach setzte sich Dr. med. K.\_\_\_\_ mit der bestehenden Aktenlage eingehend auseinander und kam zum Schluss, aufgrund der aktuellen psychiatrischen Untersuchung sei nicht von einer psychotischen Störung auszugehen, die Frage nach der Ausschöpfung einer Therapie stelle sich nicht und berufliche Massnahmen seien möglichst bald anzustreben (IV-Nr. 59.7 S. 20).

Zu einem damit weitgehend übereinstimmenden Ergebnis war auch die psychiatrische Gutachterin Dr. med. E. \_\_\_ in ihrem Gutachten vom 5. Dezember 2016 gekommen, wonach wesentliche Zweifel am Vorliegen einer schizophrenen Störung bestünden, dies einerseits in diagnostischer Hinsicht, andererseits aber auch aufgrund einer Reihe anderer Aspekte (atypisches Erkrankungsalter, keine psychiatrische Vorgeschichte bis zum Jahr 2014, gute familiäre und gesellschaftliche Integration an seinem Wohnort und gutes Funktionsniveau bis 2014, sehr rasche Rückbildung der «psychotischen» Symptomatik während der Hospitalisation innerhalb weniger Tage, Medikamentenspiegel mit nicht nachweisbarem Serumspiegel für das Neuroleptikum Risperidon [Risperdal]). Die psychiatrische Gutachterin konnte klinisch einzig ein «adynames» Syndrom objektivieren, welches sich aufgrund formaldiagnostischer Aspekte einer leicht bis höchstens mittelgradig ausgeprägten depressiven Episode (ICD-10 F 32.0/1) zuordnen lasse; die Diagnose einer paranoiden Schizophrenie konnte sie ebenfalls nicht bestätigen. Im Weiteren kam Dr. med. E. \_\_\_ zum Schluss, bei adäquater Therapie könnte mit einer namhaften Besserung der Gesundheitsschädigung gerechnet werden. Nicht zumutbar seien derzeit Tätigkeiten, die hohe Anforderungen an die psychische Belastbarkeit, die kognitive Flexibilität, die Eigeninitiative, die soziale Kommunikation und an die kognitiven Funktionen stellten; dagegen könnten Computerarbeiten, das Aufnehmen von Bestellungen, Einkassieren und ähnliche Tätigkeiten ab sofort mit einem verminderten zeitlichen und leistungsmässigen Pensum von 50 % ausgeübt werden, wobei die rasche Integration in ein Beschäftigungsprogramm zur Aktivierung, Tagesstrukturierung und Rekonditionierung dringend angezeigt erscheine. Bei intensivierter Therapie, weiterer Rückbildung der depressiven Symptome und zu erwartender Rekonditionierung sollte innerhalb der nächsten 3 bis 6 Monate eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit auf mindestens 80 % zu erreichen sein (IV-Nr. 18.4 S. 15 ff.; vgl. E. II. 3.6 hiervor). Demnach wird von sämtlichen involvierten psychiatrischen Gutachtern übereinstimmend das Vorliegen einer schizophrenen Störung verneint oder zumindest deutlich in Frage gestellt und die Aufnahme einer Arbeitstätigkeit durch den Beschwerdeführer als grundsätzlich möglich und zumutbar erachtet.

5.5 Der Beschwerdeführer lässt einwenden, der psychiatrische Teilgutachter Dr. med. K. \_\_\_ nehme im Gutachten an keiner Stelle Bezug auf die Beschreibung seines psychischen und affektiven Zustandes; der Gutachter ignoriere seine Beschwerden (Beschwerde, S. 24; A.S. 29). Dazu ist festzuhalten, dass der Beschwerdeführer sowohl im Rahmen eines offenen Interviews als auch bei einer vertiefenden Befragung vom psychiatrischen Teilgutachter zu seinen aktuellen Beschwerden befragt wurde (IV-Nr. 59.7 S. 5 ff. Ziff. 3). Bei der gutachterlichen Bewertung des psychiatrischen Sachverhalts legte Dr. med. K. \_\_\_ dar, anlässlich der aktuellen psychiatrischen Untersuchung sei das Durchhaltevermögen des Beschwerdeführers unauffällig gewesen, es sei weder Müdigkeit aufgetreten, noch hätten sich andere psychische Auffälligkeiten gezeigt, die bei einem chronischen psychotischen Zustandsbild in einer belastenden Untersuchungssituation dringend zu erwarten wären. Aufgrund des sonstigen Eindrucks in der klinisch psychiatrischen Untersuchung, des Ergebnisses der neuropsychologischen Abklärung mit neuropsychologisch nicht plausiblen Störungsprofil, des Rey-Memory-Tests im Rahmen der psychiatrischen Untersuchung und auch der Auffälligkeit im Labor mit fehlendem Metabolitennachweis des anamnestisch als regelmässig eingenommenen Antipsychotikums Olanzapin sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit von einer Aggravation auszugehen; aufgrund der Untersuchungsergebnisse könne die Diagnose einer psychotischen Störung nicht gestellt werden (IV-Nr. 59.7 S. 19). Angesichts dieser Untersuchungsergebnisse besteht kein Grund

für die Behauptung, der psychiatrische Teilgutachter nehme keinen Bezug auf die Beschreibung des psychischen und affektiven Zustandes durch den Beschwerdeführer selbst. Dass sich der Beschwerdeführer als unzufrieden, freud- und lustlos bezeichnete und angab, er habe keine Kraft, wenig Freude am Leben und sein Körper fühle sich wie leer an, wurde im Rahmen der vertiefenden Befragung aufgenommen und anschliessend gewürdigt. Auch die Schilderungen des Beschwerdeführers hinsichtlich des geltend gemachten Stimmhörens wurden mitberücksichtigt und differenziert beurteilt (IV-Nr. 59.7 S. 5 ff. und 14 ff.). Eine Unvollständigkeit des Gutachtens bezüglich der geltend gemachten Beschwerden ist somit nicht erkennbar.

5.6 Ebenso wenig kann der psychiatrische Teilgutachter als voreingenommen angesehen werden (vgl. Beschwerde, S. 25 f. Ziff. 28; A.S. 30 f.). Indem Dr. med. K.\_\_\_\_ seine Beobachtungen zum Verhalten des Beschwerdeführers und dessen äussere Erscheinung im Rahmen der Befunderhebung wiedergab (der Explorand sei unrasiert, wirke insgesamt etwas ungepflegt, gebe stellenweise Vorbeiantworten auf klare Fragen, gelegentlich grimassiere er auffällig und gebe sich etwas verlangsamt; es sei keine Müdigkeit erkennbar, auch wenn der Explorand versuche, mit Gewalt zu gähnen; vgl. IV-Nr. 59.7 S. 11 Ziff. 4.1), liegen damit noch keine Umstände vor, die im Sinne der Rechtsprechung den Anschein von Befangenheit bzw. Voreingenommenheit des Gutachters objektiv zu erwecken vermögen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_469/2016 vom 22. Dezember 2016 E. 5.1 mit Hinweisen). Dem Gutachter muss zur korrekten Beurteilung des Exploranden zugestanden werden, seine Feststellungen zum gesundheitlichen Zustand, zum Verhalten und zur äusseren Erscheinung im Rahmen der psychiatrischen Befunderhebung detailliert wiederzugeben und zu würdigen, ohne sich deswegen gleich dem Vorwurf der Voreingenommenheit aussetzen zu müssen. Auch die Feststellung des Gutachters im Rahmen der psychiatrischen Befunderhebung, der Explorand «wirke während der Untersuchung stellenweise etwas unruhig», sonst bestünden keine Auffälligkeiten der Psychomotorik und die Mimik und Gestik seien spärlich bis mässig ausgeprägt (IV-Nr. 59.7 S. 11 unten), kann nicht als Hinweis für eine Voreingenommenheit des Gutachters interpretiert werden. Ebenso wenig die Erkenntnis, die Willenskräfte des Beschwerdeführers seien nicht nennenswert reduziert und der Antrieb sei nicht vermindert (IV-Nr. 59.7 S. 12). Ohne weitere Anhaltspunkte kann nicht gesagt werden, der psychiatrische Teilgutachter bemühe sich, den Beschwerdeführer als unglaubwürdig darzustellen. Dass der Beschwerdeführer mit der gutachterlichen Beurteilung nicht übereinstimmende Aussagen macht, ändert daran nichts.

5.7 Entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers sind die Angaben des Experten im Rahmen der Befunderhebung nachvollziehbar. Unsicherheiten oder Unklarheiten sind nicht ersichtlich. Zur Affektivität hielt Dr. med. K.\_\_\_\_ sodann fest, der Beschwerdeführer sei affektiv wenig auslenkbar und schwingungsfähig; es bestünden keine Hinweise für eine Affektlabilität. Im Kontakt wirke er freundlich und zugewandt. Stellenweise grimassiere er leicht, was einem «Tick» entspreche und weniger einer psychomotorischen psychotischen Ausdrucksform (IV-Nr. 59.7 S. 12 oben). Wenn der Gutachter bei diesem Befund nicht von einer erheblichen Affektstörung ausgeht, ist dieser fachärztlichen Einschätzung zu folgen. Entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers sind auch bezüglich seiner «innerpsychischen Situation» keine offenen Fragen ersichtlich. Ebenso wenig bestehen Anhaltspunkte, die Beurteilung des Gutachters, wonach anlässlich der psychiatrischen Untersuchung das Durchhaltevermögen des Beschwerdeführers unauffällig gewesen sei, es

sei weder Müdigkeit aufgetreten noch hätten sich andere psychische Auffälligkeiten gezeigt, die bei einem chronischen psychotischen Zustandsbild in einer belastenden Untersuchungssituation dringend zu erwarten wären (IV-Nr. 59.7 S. 19), in Frage zu stellen. Dass der Beschwerdeführer gemäss seinen Angaben zu diesem Untersuchungsgespräch «erscheinen musste», ändert daran nichts.

5.8 Nach den gutachterlichen Angaben konnten die Medikamente «Fluoxetin», «Trazodon» und im niedrigen Bereich auch «Olanzapin» im Serum nachgewiesen werden, es falle jedoch auf, dass der Metabolit zu Olanzapin nicht nachweisbar sei. Bei einer regelmässigen Einnahme wäre ein Steady-state auch der Metabolite zu erwarten, was aber nicht vorliege. Eine regelmässige Einnahme des für eine Psychosebehandlung erforderlichen Neuroleptikums könne somit nicht angenommen werden (IV-Nr. 59.7 S. 13). Dagegen lässt der Beschwerdeführer einwenden, er habe dem Gutachter mitgeteilt, dass er zuerst Risperidon erhalten habe und dann auf Olanzapin habe wechseln müssen. Das Risperidon habe er abgesetzt. Das Olanzapin nehme er noch nicht lange, sodass sein Körper noch keinen Metaboliten herstellen könne. Aus den Laborergebnissen könne demnach nichts Nachteiliges abgeleitet werden (Beschwerde, S. 32 Ziff. 33). Angesichts des Umstands, dass der psychiatrische Teilgutachter über die aktuelle Medikation und den erwähnten Medikamentenwechsel im Bild war (vgl. IV-Nr. 59.7 S. 10 unten) und gestützt auf die aktuelle Labordiagnostik (vgl. IV-Nr. 59.7 S. 12 f.) darauf hinwies, angesichts des nicht nachweisbaren Metaboliten zu Olanzapin könne nicht eine regelmässige Einnahme des für die Psychosebehandlung erforderlichen Neuroleptikums angenommen werden, besteht kein Anlass, an der fachärztlichen Beurteilung zu zweifeln.

5.9 Nach dem Gesagten ist das psychiatrische Teilgutachten von Dr. med. K.\_\_\_\_ im Rahmen der polydisziplinären G.\_\_\_\_-Begutachtung nicht zu beanstanden, wobei es auch den Anforderungen an ein polydisziplinäres Gutachten im Sinne von BGE 141 V 281 gerecht wird. Ein Hinweis, dass keine gesetzeskonforme Prüfung der Standardindikatoren durch den psychiatrischen Gutachter vorgenommen worden sein könnte, ist nicht ersichtlich. Die Antworten auf die zu prüfenden Kriterien können der umfassenden psychiatrischen Beurteilung ohne weiteres entnommen werden (vgl. IV-Nr. 59.7 S. 16 ff. Ziff. 7). Dieser Einwand wird vom Beschwerdeführer denn auch nur ungenügend begründet (vgl. Beschwerde, S. 42 Ziff. 38). Von einer relevanten somatischen Komorbidität (Rückenbeschwerden), welche nach der Auffassung des Beschwerdeführers im psychiatrischen Teilgutachten ebenfalls hätte berücksichtigt und dazu Stellung genommen werden müssen, kann aufgrund der vorliegenden Untersuchungsergebnisse in den anderen Teilgutachten nicht ausgegangen werden (vgl. E. II. 7 ff. hiernach). Sodann sind auch die Ergebnisse der testpsychologischen Zusatzuntersuchungen (neuropsychologisches Teilgutachten vom 30. August 2018, REY-Memory-Test) zu berücksichtigen, wie im Folgenden noch darzulegen sein wird (vgl. E. II. 6 hiernach). Demnach ist dem umfassenden, nachvollziehbaren und überzeugenden psychiatrischen Teilgutachten von Dr. med. K.\_\_\_\_ zu folgen, zumal es bezüglich der Beurteilung der psychischen Situation des Beschwerdeführers mit den psychiatrischen Vorgutachten von Dr. med. D.\_\_\_\_ vom 16. März 2016 (vgl. E. II. 3.3 und 3.5.2 hiervor) und Dr. med. E.\_\_\_\_ vom 5. Dezember 2016 (E. II. 3.6 hiervor) weitgehend in Einklang steht. Daran vermögen die abweichenden Diagnosen und Beurteilungen der behandelnden Ärzte der Klinik für Psychiatrie, [...] (vgl. E. II. 3.1, 3.2, 3.4, 3.5.1, 3.14 und 3.21 hiervor), des behandelnden Psychiaters Dr. med. I.\_\_\_\_ (vgl. E. II. 3.8, 3.11, 3.15, 3.17, 3.19, 3.23 und 3.25 hiervor) und des

Hausarzt Dr. med. H.\_\_\_\_ (vgl. E. II. 3.7, 3.10, 3.24 und 3.26 hiervor) nichts zu ändern, werden von ihnen doch keine wichtigen Aspekte genannt, die im Rahmen der psychiatrischen G.\_\_\_\_-Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben wären (vgl. E. II. 2.6 hiervor). Diese Auffassung vertritt auch der RAD- und Facharzt Dr. med. J. \_\_\_\_ in seinen Stellungnahmen vom 19. Dezember 2018 (vgl. E. II. 3.20 hiervor) und 13. März 2019 (vgl. E. II. 3.22 hiervor). Der Umstand, dass sich der Beschwerdeführer zuletzt vom 31. Dezember 2018 bis 3. Januar 2019 bereits zum fünften Mal in der Klinik für Psychiatrie in stationärem Rahmen behandeln liess, vermag die Beurteilung des psychiatrischen G.\_\_\_\_-Gutachters nicht in Frage zu stellen, waren die stationären Aufenthalte doch nur von kurzer Dauer und der Beschwerdeführer konnte seinen psychischem Gesundheitszustand nach erfolgter Behandlung jeweils rasch stabilisieren und nach Hause entlassen werden (vgl. IV-Nr. 7 S. 5; E. II. 3.1, 3.2, 3.4.1, 3.14 und 3.21).

6. Der Beschwerdeführer wendet bezüglich des neuropsychologischen Teilgutachtens ein, es sei nicht nachvollziehbar, wie der Gutachter behaupten könne, er habe bei den Tests bewusst oder unbewusst Minderleistungen gezeigt. Weshalb er in den Tests dermassen schlecht abgeschnitten habe, müsse offenbleiben (Beschwerde, S. 33 ff. Ziff. 34 f.). Dazu ist Folgendes festzustellen:

6.1 Der neuropsychologische Teilgutachter, lic. phil. L.\_\_\_\_, Fachpsychologe für Neuropsychologie FSP, hielt in seinem Teilgutachten vom 31. August 2018 fest, die Untersuchung sei am 30. August 2018 in Anwesenheit einer Dolmetscherin in türkischer Sprache durchgeführt worden. Der Beschwerdeführer sei pünktlich alleine zur Untersuchung erschienen (Anreise mit dem Auto, sein Sohn habe ihn gefahren). Sein Erscheinungsbild sei etwas ungepflegt (Schweissgeruch) und beleibt gewesen. Sein Zustand wurde wie folgt beschrieben: Er sei zeitlich, persönlich, situativ und örtlich sicher orientiert. Die Kontaktaufnahme sei unauffällig. Er sei stets freundlich zugewandt und gebe offen Auskunft. Die Anstrengungsbereitschaft sei hingegen auffällig. Der Beschwerdeführer habe keine offensichtlichen Probleme beim autobiographischen Gedächtnisabruf. Die Aufmerksamkeit in der 1-zu-1-Situation sei stabil. Der Beschwerdeführer wirke fokussiert und wach. Innerhalb der Untersuchungsdauer seien weder Ermüdungszeichen wie Gähnen, kleine Augen noch sichtbarer Leistungsabfall beobachtbar. Das Arbeitstempo bei einfachen Aufgaben ohne Stoppuhr sei unauffällig, bei komplexen Aufgaben oder Aufgaben mit Stoppuhr reduziert. Sein Vorgehen sei strukturiert. Er wirke nachdenklich, die affektive Schwingungsfähigkeit sei aber erhalten. Er wirke bei der Ankunft ruhig und zeige keine Stresszeichen. Am Ende der Untersuchung habe er feuchte Hände. Es bestünden keine Hinweise auf ausgeprägte Schmerzen, Hyperaktivität oder Impulsivität. Er atme recht schwer (IV-Nr. 59.11 S. 5).

Gestützt auf die Untersuchungsbefunde in den standardisierten Testverfahren gab der Neuropsychologe im Rahmen der Diagnosestellung an, die neuropsychologische Teilbegutachtung habe zwar defizitäre Leistungen in den Bereichen «Aufmerksamkeit», «Gedächtnis», «Exekutivfunktionen», «Sprache» und «Visuokonstruktion» ergeben, allerdings sei die Validität dieser Defizite eingeschränkt. Die Anstrengungsbereitschaft des Beschwerdeführers sei nachweislich schwankend gewesen, d.h. die gezeigten Leistungen hätten mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht vollumfänglich der tatsächlichen Leistungsfähigkeit entsprochen. Zur klinischen Beobachtung wurde erwähnt, das Arbeitstempo bei komplexeren Aufgaben oder Aufgaben mit der Stoppuhr sei reduziert. Die Initiierung von Handlungen sei etwas passiv und es bestehe keine spontane

Fehlerkontrolle. Der Beschwerdeführer habe berichtet, seit November 2015 psychisch krank zu sein. Explizit nach der kognitiven Situation befragt, habe er angegeben, sein Gedächtnis sei schlechter geworden: Er könne sich Neues nicht mehr gut merken und vergesse mehr. Seine Konzentrationsfähigkeit sei schlecht. Wenn er sich auf etwas konzentriere, habe er zwar keine anderen (störenden) Gedanken im Kopf, aber er höre ab und zu Stimmen (nicht seine eigene), die ihm z.B. sagten, wohin er gehen solle. Es seien aber keine «schlechten Ideen» mehr (früher schon: z.B. Aufforderung zum Suizid). Er sei mental langsamer geworden, könne aber noch denken. Er könne nicht mehr so fließend reden (kurdisch und türkisch). Er verstehe recht gut Deutsch, aber spreche es nicht besonders gut. Zur Ätiologie wurde dargelegt, negative Antwort- und Leistungsverzerrungen seien belegbar, sodass man kein gültiges Testprofil habe erhalten können. Das tatsächliche Leistungsniveau und -profil blieben unklar. Grundsätzlich seien kognitive Defizite im Rahmen einer psychischen Problematik aufgrund von Schmerzen und Schlafapnoe aufgetreten. Deren eventuelle Art und Ausmass bleiben jedoch unklar (IV-Nr. 59.11 S. 7).

Die neuropsychologischen Diagnosen lauteten wie folgt: «Nicht-authentische kognitive Minderleistungen in den Bereichen Neugedächtnis, Exekutivfunktionen und Sprache mit/bei schwankender Anstrengungsbereitschaft resp. Leistungsverzerrung». Zur medizinischen und versicherungsmedizinischen Beurteilung wurde angegeben, das aktuell präsentierte Leistungsprofil sei verzerrt und widerspiegeln nicht das tatsächliche Leistungsprofil des Beschwerdeführers. Ein sicherer Verlauf könne daher nicht beschrieben werden. Bisher habe zudem keine neuropsychologische Abklärung stattgefunden. Der behandelnde Psychiater beschreibe aktuell Konzentrationsprobleme, die man in der Untersuchung aber nicht habe beobachten können. Die Beurteilung der Konsistenz und Plausibilität lautete wie folgt: der Beschwerdeführer habe bei einfachen Aufgaben ohne Stoppuhr in einem adäquaten Tempo gearbeitet. Sobald aber die Zeit gemessen worden sei, habe er deutlich verlangsamt gearbeitet. Die Leistungen seien aber in fast allen Tests defizitär gewesen, es könnten sich deshalb keine weiteren Diskrepanzen zeigen. Klinisch ergäben sich keine erhöhte Ablenkbarkeit, keine Probleme mit dem freien Gedächtnislauf, keine Mühe, auf zuvor gemachte eigene Aussagen Bezug zu nehmen, und kein Fadenverlieren. Testdiagnostisch seien jedoch Einschränkungen in relevanten Bereichen festzustellen (Aufmerksamkeit, Gedächtnis, Exekutivfunktionen). Psychische Probleme könnten zwar zu kognitiven Einschränkungen führen, ebenso Schmerzen oder die berichtete Schlafapnoe: Solche könnten aber die aufgezeigten Inkonsistenzen und Auffälligkeiten in der Performanzvalidierung nicht erklären. Ebenso könne man die Auffälligkeiten nicht durch die Fremdsprachigkeit erklären, die Untersuchung habe im Beisein einer Dolmetscherin in seiner Muttersprache stattgefunden. Ebenso sei nicht die geringe Schulbildung ursächlich für die Ergebnisse (die einzelnen Tests berücksichtigten die geringe Schulbildung). Das Ausmass der Einschränkungen bleibe somit unklar. Eine Leistungsverzerrung sei nachgewiesen. Ob diese bewusstseinsnah oder -fern sei, oder eine Mischung aus beidem, sei psychiatrischerseits zu beurteilen. In Anlehnung an den Entscheidungsalgorithmus von Slick, Sherman und Iverson (1999) werde auf eine Aggravation (bewusste Verzerrung) oder Verdeutlichung (unbewusste Verzerrung) geschlossen. Dafür werde auf das psychiatrische Teilgutachten und den gutachterlichen Konsens verwiesen (IV-Nr. 59.11 S. 8 f.).

Unter dem Titel «Würdigung von Fähigkeiten, Ressourcen und Belastungen» wurde Folgendes angegeben: Wären die Befunde valide, hätte der Beschwerdeführer ausgeprägte Mühe, Neues zu lernen, wäre deutlich vergesslich, könnte über seine Situation nur lückenhaft Auskunft geben und würde im Gespräch oder bei der Aufgabenbearbeitung öfters den Faden verlieren. Bei Schwierigkeiten hätte er Mühe, eine alternative Lösung zu finden, es würde ihm oftmals an Ideen mangeln. Zudem wäre er stark ablenkbar, verlangsamt und hätte deutlich Mühe, von einer sehr einfachen und klar definierten Aufgabe zur nächsten zu wechseln. Er hätte Mühe, übliche visuell-koordinative Aufgaben (z.B. «Millimeterarbeiten», etwas nach einem Plan zusammenbauen) auszuführen. Aufgrund der invaliden Ergebnisse werde ein positives Funktionsprofil erstellt, welches aufzeige, welche Leistungen mindestens möglich sein sollten: Der Beschwerdeführer könne in seiner Muttersprache einem Gespräch folgen, adäquat Antwort geben, sich mündlich klar und verständlich ausdrücken und differenziert seine Situation beschreiben. Er verstehe einfache mündliche Anweisungen auf Anhieb und könne diese umsetzen. Er bearbeite einfachste Aufgaben mehrheitlich in einem normalen Tempo. Er könne sich in seiner Muttersprache schriftlich verständlich ausdrücken. Er sei fähig, innerhalb von 3 Stunden und 5 Minuten Bezug auf zuvor gegebene Informationen zu nehmen. Für dieselbe Dauer sei er ausreichend gut belastbar, d.h. seine Leistungen brächen weder ein noch wirke er am Ende ermüdet oder abwesend. Eine differenzierte Einschätzung der Leistungsfähigkeit sei aufgrund der invaliden Ergebnisse leider nicht möglich (IV-Nr. 59.11 S. 9).

6.2 Gestützt auf die oben dargelegten neuropsychologischen Untersuchungsergebnisse, welche eine Leistungsverzerrung, d.h. eine Aggravation oder zumindest eine Verdeutlichung, bestätigte, kann nicht gesagt werden, der Beschwerdeführer habe eine volle Kooperationsbereitschaft gezeigt. Die Gründe für dieses Verhalten können nach den Angaben des Psychologen weder mit der Fremdsprachigkeit noch mit der geringen Schulbildung des Beschwerdeführers erklärt werden, fand die Untersuchung doch im Beisein der Dolmetscherin in seiner Muttersprache statt (wobei die Dolmetscherin gebeten wurde, sich ungefragt einzuschalten, wenn sie Verständigungsschwierigkeiten erkenne) und die geringe Schulbildung wurde bei den einzelnen Tests miteinbezogen (IV-Nr. 59.11 S. 5 und 8). Dass der Beschwerdeführer in der persönlichen Befragung und Untersuchung nach den gutachterlichen Angaben freundlich zugewandt war und offen Auskunft gab, was gegen eine Verdeutlichung bzw. Aggravation spreche, vermag die neuropsychologische Befunderhebung (inkl. Testung) und Beurteilung nicht in Frage zu stellen. Auch die übrigen Einwände des Beschwerdeführers (Untersuchungssituation mit der Stoppuhr, die ihn an seine beruflichen Stresssituationen erinnerten; Konzentration, Stresstauglichkeit, Durchhaltevermögen und Affektivität seien massiv beeinträchtigt; Beschwerde, S. 34 Ziff. 34; A.S. 39) vermögen den Beweiswert der neuropsychologischen Begutachtung nicht zu relativieren. Hinweise, dass die Aufgabenstellung in den Tests nicht korrekt übersetzt worden sein könnte oder dass die Übersetzerin mit den Tests nicht vertraut gewesen wäre, wie dies vom Beschwerdeführer angedeutet wird (vgl. Beschwerde, S. 37 Ziff. 35), sind nicht ersichtlich. Entgegen seiner Argumentation ist aufgrund der Untersuchungsergebnisse in den psychiatrischen und neuropsychologischen Teilbegutachtungen, der Auswertung des REY-Memory-Tests (vgl. IV-Nr. 59.7 S. 14) und der Auffälligkeit im Labor mit fehlendem Metabolitennachweis des angeblich regelmässig eingenommenen Antipsychotikums Olanzapin (IV-Nr. 59.7 S. 12 f.) mit überwiegender Wahrscheinlichkeit von einer Aggravation auszugehen, was nach den gutachterlichen Angaben die Diagnose einer psychotischen Störung nicht zulässt (IV-Nr. 59.7 S. 19 und 59.11 S. 8 f.). Es besteht kein

Anlass, von den nachvollziehbaren und schlüssigen Abklärungsergebnissen der Experten abzuweichen.

## **E. 7**

7.1 In Bezug auf das orthopädische Teilgutachten macht der Beschwerdeführer geltend, die gutachterliche Beurteilung, wonach er zu 100 % arbeitsfähig sei, könne nicht nachvollzogen werden. Es müsse auch geprüft werden, welchen Einfluss seine psychische Erkrankung auf die Fähigkeit zur Überwindung der Schmerzen habe. Es fehle z.B. der Hinweis, dass er auch an massiven Rückenschmerzen leide. Die Aussage der orthopädischen Teilgutachterin, dass es sich um eine geringe orthopädische Problematik handle, überzeuge vor dem Hintergrund des MRI vom 5. Juli 2018 nicht. Die attestierte volle Arbeitsfähigkeit sowohl in der bisherigen als auch in einer angepassten Tätigkeit ohne Einschränkung der Leistungsfähigkeit sei nicht nachvollziehbar; es verblieben Unsicherheiten und Unklarheiten (Beschwerde, S. 41 ff. Ziff. 38 ff.).

Die orthopädische Gutachterin, Dr. med. M.\_\_\_\_, Fachärztin für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, hielt in ihrem Teilgutachten vom 12. Juli 2018 (Untersuchung vom 28. Juni 2018) im Wesentlichen fest, der Beschwerdeführer habe angegeben, die angestammten Tätigkeit im Imbissstand sei stehend auszuüben gewesen mit Heben und Tragen von schweren Lasten von ca. 20 kg. Die Ehefrau habe auch noch geholfen. Er könne die bisherige Tätigkeit aus psychischen Gründen nicht mehr ausüben, nicht wegen des Rückens. Das einschneidende Ereignis sei die psychische Erkrankung mit einem Verfolgungswahn gewesen. Die durchgeführte Zusatzdiagnostik (MRT der LWS und ISG durch [...] vom 5. Juli 2018, IV-Nr. 59.6) wurde dahingehend kommentiert, beim Beschwerdeführer seien neben einem kongenital engen Duralschlauch ohne Stenosen Spondylarthrosen L3/4 bis L5/S1 vorhanden; es bestehe keine Kompression von neurogenen Strukturen. Zur Herleitung der Diagnose wurde angegeben, der 48-jährige (auf dem Papier 43-jährige) Beschwerdeführer habe primär psychische Probleme. Aus den Akten und der gutachterlichen Befragung finde sich orthopädisch einzig ein akutes lumbovertebrales Schmerzsyndrom, welches erstmalig aufgetreten sei und zu einer Hospitalisation vom 5. bis 8. September 2017 geführt habe (vgl. E. II. 3.13 hiervor). In der gutachterlichen Untersuchung hätten sich ausser lokalen Druckdolenzen in der LWS keine auffälligen Befunde finden lassen, insbesondere keine radikulären Zeichen oder ein paravertebraler Hartspann. Die Beweglichkeit der LWS sei ordentlich gewesen. Es wurde folgende Diagnose gestellt: Lumbospondylogenes Schmerzsyndrom ohne radikuläre Zeichen bei/mit normaler LWS-Beweglichkeit und ohne paravertebralen Hartspann sowie einem kongenitalen engen Duralschlauch ohne Stenosen und Spondylarthrosen L3/4 bis L5/S1 ohne Kompression von neurogenen Strukturen (IV-Nr. 59.5 S. 5 ff.).

Die medizinische und versicherungsmedizinische Beurteilung lautete wie folgt: Die IV-Anmeldung vom 2. Mai 2016 sei wegen psychischer Probleme erfolgt. Orthopädisch sei der Beschwerdeführer wegen einer akuten Lumbago (Hexenschuss) vom 5. bis 8. September 2017 hospitalisiert gewesen. Er habe früher nie Rückenprobleme gehabt. Während der gutachterlichen Befragung habe er erklärt, dass er seine angestammte Tätigkeit weiter ausüben könnte wegen der Rückenprobleme. Einzig wegen der psychischen Problematik gehe es nicht. Zusammengefasst sei die orthopädische Behandlung lege artis erfolgt. Der Beschwerdeführer sei weiterhin in regelmässiger Behandlung beim Hausarzt. Eine Physiotherapiebehandlung finde nicht mehr statt. Die Schmerzmedikation erfolge mit 1 Tablette Dafalgan pro Tag, was als sehr minimal zu

bezeichnen sei. Die orthopädische Problematik sei als gering einzustufen, was auch der Explorand selbst so sehe. Zur Konsistenz und Plausibilität wurde angegeben, es bestünden keine Diskrepanzen zwischen den Akten und den Angaben des Exploranden. Seine Beschwerdeangaben seien allgemein in Bezug auf die Schmerzintensität ■ verglichen mit der geringen Medikation mit Dafalgan ■ auf der höheren Seite. Zu den Fähigkeiten, Ressourcen und Belastungen wurde vermerkt, im Vordergrund stünden psychische Probleme. Hinsichtlich der Rückenproblematik seien altersentsprechende Befunde sowohl klinisch als auch radiologisch ohne radikuläre Zeichen festzustellen. Der Beschwerdeführer habe seit Herbst 2017 Rückenbeschwerden. Früher habe er nie solche Beschwerden gehabt und er sei nur einmal vom 5. bis 8. September 2017 wegen einer akuten Lumbago hospitalisiert gewesen. Aufgrund der gutachterlichen Untersuchung bestünden keine Einschränkungen in der angestammten Tätigkeit als selbstständiger Imbissstandbesitzer. Aktuell bestehe aus orthopädischer Sicht folgendes Zumutbarkeitsprofil: Das Heben und Tragen von schweren Lasten von mehr als 20 kg sei nicht mehr zumutbar. Sowohl in der bisherigen Tätigkeit als auch in einer angepassten Tätigkeit bestehe eine vollumfängliche Arbeitsfähigkeit (8,5 Std. pro Tag; Pensum von 100 %) ohne verminderte Leistungsfähigkeit. Rückblickend könne in der angestammten Tätigkeit eine Arbeitsunfähigkeit während ca. maximal 6 Wochen ab 5. September 2017 postuliert werden. Sonst sei keine retrospektive Arbeitsfähigkeit ersichtlich (IV-Nr. 59.5 S. 9 ff.; MRT der LWS und ISG vom 5. Juli 2018, IV-Nr. 59.6).

7.2 Gestützt auf die oben dargelegten Untersuchungsergebnisse im orthopädischen Teilgutachten kann ■ entgegen dem Einwand des Beschwerdeführers ■ nicht gesagt werden, er leide an massiven Rückenschmerzen, gab er doch gegenüber der orthopädischen Gutachterin selber an, er könne die angestammte Tätigkeit aus psychischen Gründen ■ und nicht wegen des Rückens ■ nicht mehr ausüben (IV-Nr. 59.5 S. 5 und 9). Dementsprechend erfolgte seine IV-Anmeldung vom 27. April 2016 ausschliesslich wegen «Depressionen» (vgl. IV-Nr. 2 S. 6 Ziff. 6.1). Nach den fachärztlichen Angaben ist die orthopädische Problematik als gering einzustufen. So stellte die orthopädische Gutachterin fest, während der Befragung habe weder ein Positionswechsel noch ein Herumlaufen festgestellt werden können. Das Ausziehen sei flüssig im Stehen und Sitzen erfolgt. Die Untersuchungsbefunde an der Wirbelsäule und Halswirbelsäule, den Schultern, Ellbogen, Händen, Hüften und Knien, am oberen Sprunggelenk sowie an den Füßen waren ■ bis auf zirkuläre Hypästhesien (herabgesetzte Empfindlichkeit) in allen Langfingern und im Daumenbereich ■ unauffällig. Im Rahmen der Beurteilung wies Dr. med. M.\_\_\_\_ darauf hin, in der gutachterlichen Untersuchung habe sie, ausser lokalen Druckdolenzen in der Lendenwirbelsäule (LWS), keine auffälligen Befunde, insbesondere keine radikulären Zeichen oder einen paravertebralen Hartspann, feststellen können. Die Beweglichkeit der LWS sei ordentlich. Im neu durchgeführten MRI der LWS vom 5. Juli 2018 hätten sich ein kongenital enger Duralschlauch ohne Stenosen und Spondylarthrosen L3/4 bis L5/S1 ohne Kompression von neurogenen Strukturen gezeigt (IV-Nr. 59.5 S. 6 ff.). Demnach geht die orthopädische Teilgutachterin von weitgehend normalen, altersentsprechenden orthopädischen Befunden aus (vgl. IV-Nr. 59.5 S. 10 Ziff. 7.4). Damit übereinstimmend gab der Beschwerdeführer selber an, die bisherige Tätigkeit könne er ausschliesslich wegen seines psychischen Leidens nicht mehr ausüben. Dementsprechend findet auch keine Physiotherapie mehr statt und es besteht lediglich eine minimale Schmerzmedikation. Gemäss den nachvollziehbaren fachärztlichen Angaben sind demnach aus orthopädischer Sicht keine funktionellen Einschränkungen, weder in der angestammten noch einer anderen

angepassten Tätigkeit, ersichtlich. Zu beachten ist lediglich das angegebene Zumutbarkeitsprofil, wonach das Heben und Tragen von schweren Lasten von mehr als 20 kg nicht mehr zumutbar sei. Angesichts der dargelegten Untersuchungsergebnisse waren ■ entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers ■ weder eine weitere Auseinandersetzung mit den MRT-Befunden vom 5. Juli 2018 noch andere orthopädische Abklärungsmassnahmen angezeigt. Auszuräumende Unsicherheiten oder Unklarheiten sind nicht ersichtlich. Dem Einwand des Beschwerdeführers, die orthopädische Teilgutachterin habe den Gesprächsverlauf nicht sachgerecht wiedergegeben, da er sich freud- und kraftlos fühle und am ganzen Körper, insbesondere auch im Rücken, Schmerzen habe, kann nach dem Gesagten nicht gefolgt werden. Es liegt nach den fachärztlichen Angaben aus orthopädischer Sicht keine Störung vor, welcher ressourcenhemmende Wirkung beizumessen wäre. Demnach konnte die Prüfung des Einflusses einer somatischen Komorbidität auf die Arbeitsfähigkeit im Rahmen der psychiatrischen Teilbegutachtung unterbleiben (BGE 143 V 418 E. 8.1 S. 430).

## **E. 8**

8.1 Bezüglich des allgemein medizinisch-internistischen Teilgutachtens macht der Beschwerdeführer schliesslich geltend, er sei angesichts der Umschreibung einer angepassten Tätigkeit bei der Suche eines Arbeitsplatzes massiv eingeschränkt. Zusammen mit den Einschränkungen aus orthopädischer und psychiatrischer Sicht sei eine Arbeitsfähigkeit von mehr als 30 % ausgeschlossen. Er könne nur noch körperlich leichte Arbeit ausüben. Eine körperlich schwere Arbeit ■ wie das Führen eines Take-Aways ■ sei nicht mehr möglich. Zudem dürfe es sich nicht um komplexe Arbeitsvorgänge handeln, es sollte keine Akkordarbeit sein und keine Arbeit mit überdurchschnittlichem Zeitdruck und Lärm. Auch Arbeiten mit visueller Kontrolltätigkeit seien nicht möglich. Es sei bisher nicht abgeklärt worden, welche Tätigkeiten er mit seinen Einschränkungen im psychischen und physischen Bereich ausüben könnte (Beschwerde, S. 47 ff. Ziff. 41; A.S. 52 ff.).

Im allgemein medizinisch-internistischen Teilgutachten vom 7. August 2018 (Untersuchung vom 10. Juli 2018) diagnostizierte Dr. med. N.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, einen medikamentös eingestellten Diabetes mellitus, Bluthochdruck, ein metabolisches Syndrom mit erhöhtem kardiovaskulärem Risikoprofil (Diabetes, Bluthochdruck, Hyperlipoproteinämie, Adipositas I), ein lageabhängiges Schlafapnoesyndrom (aktuell ohne nächtliche Überdruckbeatmung) und ein Nikotinabusus, wobei im Wesentlichen dargelegt wurde, die aktuelle Behandlung des Bluthochdrucks und des Diabetes mellitus erscheine angemessen, die Massnahmen hinsichtlich des Schlafapnoesyndroms, der Adipositas und des Nikotinabusus seien dagegen unzureichend. Die Beurteilung von Konsistenz und Plausibilität lautete dahingehend, die ausgeprägte Inaktivität des Beschwerdeführers hindere ihn jedoch nicht daran, beim Hausarzt regelmässig eine Skat-Therapie zur Behandlung seiner erektilen Dysfunktion zu machen. Trotz seiner angegebenen ausgeprägten Inaktivität mache er wohl doch Bank- und Amtsgeschäfte gemeinsam mit seiner Ehefrau. Von der körperlichen Seite bestehe eine ausgeprägte Inaktivität, die aus internistischer Sicht nicht erklärt werden könne. Insbesondere führe er keine regelmässigen gymnastischen Übungen durch und er mache auch keine Physiotherapie. Auch eine Teilnahme an einer psychologischen Gruppentherapie habe er abgelehnt. Abgesetzt sei von ihm auch die nächtliche Überdruckbeatmung; es sei daher nicht verwunderlich, dass er weiterhin über Müdigkeit und Abgeschlagenheit klage. Die in der Türkei durchgeführte Operation im Rachenraum sei

keine etablierte Behandlung eines obstruktiven Schlafapnoesyndroms. Verstärkt werde die morgendliche Müdigkeit und Abgeschlagenheit wahrscheinlich noch durch das abendlich verordnete Präparat «Zoldorm». Aus internistischer Sicht sei keine Erkrankung zu finden, die eine wesentliche Einschränkung der Leistungsfähigkeit begründen würde. Es bestünden keine Vorbehalte gegenüber einer leichten körperlichen Tätigkeit mit ausreichender Wechselbelastung. Ungünstig wäre dagegen wegen des Diabetes mellitus eine rein sitzende Tätigkeit. Hinsichtlich des Bluthochdrucks sollten taktgebundene Tätigkeiten, Akkordarbeiten, Arbeiten unter überdurchschnittlichem Zeitdruck und mit verstärktem Arbeitsstress vermieden werden. Ebenso ungünstig seien Tätigkeiten bei langanhaltendem starken Lärm. Internistischerseits seien 8,5 Stunden pro Tag in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit möglich. Dabei bestehe eine um 10 % verminderte Leistungsfähigkeit. Hinzuweisen sei allerdings darauf, dass die Leistungseinschränkung überwiegend durch ein nicht optimal behandeltes Schlafapnoesyndrom erklärbar sei. Durch eine konsequente Behandlung von Bluthochdruck, Diabetes mellitus und Schlafapnoesyndrom sowie Nikotinverzicht könnte eine weitgehende Beseitigung von leistungsmindernden Faktoren erreicht werden. Damit wäre eine Leistungsfähigkeit von 100 % erzielbar. Eine optimal angepasste Tätigkeit müsste folgende Merkmale aufweisen: Leichte körperliche Tätigkeit mit Wechselbelastung Sitzen, Gehen und Stehen, keine visuellen Kontrolltätigkeiten, keine Überwachung und/oder Steuerung komplexer Arbeitsvorgänge, keine taktgebundene Arbeit oder Akkordarbeit, keine Tätigkeiten mit überdurchschnittlichem Zeitdruck und Arbeitsstress sowie keine Tätigkeiten unter verstärktem Lärm. Eine solche Tätigkeit wäre während 8,5 Stunden pro Tag (100%-Pensum) ohne Leistungseinschränkung zuzumuten (IV-Nr. 59.9 S. 14 ff.).

8.2 Angesichts der oben dargelegten Abklärungsergebnisse im allgemein medizinisch-internistischen Teilgutachten kann dem Einwand des Beschwerdeführers, er sei bei der Suche nach einer angepassten Verweistätigkeit massiv eingeschränkt und es sei zu bezweifeln, dass er überhaupt eine Arbeitsstelle auf dem freien Arbeitsmarkt finde, nicht gefolgt werden. Abgesehen davon, dass ihm nach den fachärztlichen Angaben die bisherige Tätigkeit bereits im Zeitpunkt der Begutachtung aus internistischer Sicht zu 90 % und nach adäquater, konsequenter zumutbarer Behandlung zu 100 % ohne Leistungseinschränkung zuzumuten wäre, ist davon auszugehen, dass er auch eine den erwähnten Einschränkungen optimal angepasste Arbeitsstelle auf dem hier massgebenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt finden würde. So umfasst der ausgeglichene Arbeitsmarkt verschiedenste Tätigkeiten, was die beruflichen und intellektuellen Voraussetzungen wie auch den körperlichen Einsatz angeht. An die Konkretisierung von Arbeitsgelegenheiten und Verdienstaussichten sind keine übermäßigen Anforderungen zu stellen. Der ausgeglichene Arbeitsmarkt umfasst auch sogenannte Nischenarbeitsplätze, also Stellen- und Arbeitsangebote, bei welchen Behinderte mit einem sozialen Entgegenkommen des Arbeitgebers rechnen können (Urteil des Bundesgericht 8C\_30/2020 vom 6. Mai 2020 E. 5.3 mit Hinweisen). Demnach ist davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer seine fachärztlich attestierte Arbeitsfähigkeit trotz der erwähnten Einschränkungen auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt verwerten könnte. Für die Behauptung, zusammen mit den Einschränkungen aus orthopädischer und psychiatrischer Sicht sei eine Arbeitsfähigkeit von mehr als 30 % ausgeschlossen, besteht aufgrund der polydisziplinären G. \_\_\_ kein Raum. Der Beschwerdeführer wurde im Rahmen der Gesamtbeurteilung (Konsensbeurteilung) ohne nennenswerte Einschränkungen sowohl in der bisherigen Tätigkeit als auch in einer Verweistätigkeit zu 100 % arbeitsfähig eingestuft, wobei lediglich aus orthopädischer Sicht eine funktionelle Einschränkung

angegeben wurde. So ist nach den gutachterlichen Angaben wegen des lumbospondylogenen Schmerzsyndroms das Heben und Tragen von schweren Lasten von mehr als 20 kg nicht mehr zumutbar. Andere arbeitsrelevante Einschränkungen aus orthopädischer, psychiatrischer, allgemein medizinisch-internistischer oder neurologischer Sicht bestehen nach den gutachterlichen Angaben nicht (IV-Nr. 59.1 S. 4 ff. Ziff. 4).

9. Nach dem Gesagten ist die vorliegend angefochtene Verfügung vom 30. April 2019, worin auch der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente abgewiesen wurde, nicht zu beanstanden. Angesichts des in allen Belangen überzeugenden interdisziplinären G. \_\_\_-Gutachtens, welchem volle Beweiskraft beizumessen ist, besteht kein Anlass, weitere medizinische Abklärungsmassnahmen zu veranlassen. Auf die davon abweichenden, oben (unter E. II. 3 hiervor) wiedergegebenen Berichte der behandelnden Ärzte kann nach dem Gesagten nicht abgestellt werden. Bei dieser Ausgangslage ist von der Berechnung des Invaliditätsgrades des Beschwerdeführers abzusehen; der Mindestinvaliditätsgrad von 40 % würde auch unter Berücksichtigung eines (hier nicht gerechtfertigten) leidensbedingten Maximalabzugs beim Invalideneinkommen von 25 % klar nicht erreicht. Die Beschwerde ist somit abzuweisen.

Demnach wird erkannt:

3. Der Beschwerdeführer hat die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen, welche mit dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe verrechnet werden.

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

## **E. 9**

Monaten festzustellen. Er befinde sich in einem ängstlich-depressiven Zustand mittleren bis schweren Grades. Es bestünden Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörungen. Er ziehe sich zu Hause zurück. Es bestehe ein Mangel an Selbstwertgefühl. Er habe täglich Angststörungen und leide unter Panikattacken. Es bestehe ein sozialer Rückzug. Er sei weiterhin zu 100 % arbeitsunfähig (BB 29). 3.26 Der Hausarzt stellte in seinem Bericht vom 25. Februar 2020 zur Arbeitsfähigkeit fest, aufgrund der seit 5 Jahren anhaltenden Burnoutsymptomatik und eindeutig depressiven Stimmungslage mit sozialem Rückzug, Gewichtszunahme, Schlafstörungen, Albträumen, Interesselosigkeit an früheren Freizeitaktivitäten, Selbstvernachlässigung etc. erachte er den Patienten als nicht mehr arbeitsfähig. Bisher habe keine Therapie auf die erwähnten Symptome angesprochen, weshalb nicht von einer Besserung ausgegangen werden könne. Daraus entstehe aus

hausärztlicher Sicht eine 100%ige Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit (BB 30). 4.

#### **E. 10**

10.1 Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Parteienschädigung zu Lasten der Beschwerdegegnerin (Art. 61 lit. g ATSG). 10.2 Aufgrund von Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 – 1'000.00 festgelegt. Im vorliegenden Fall hat der Beschwerdeführer die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen, die mit dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe zu verrechnen sind.

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