

200 16 934 IV  
KNB/LUB/LAB

**Verwaltungsgericht des Kantons O. \_\_\_\_\_**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 6. Dezember 2017**

Verwaltungsrichter Knapp, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichter Schwegler, Verwaltungsrichter Loosli  
Gerichtsschreiber Lüthi

**A. \_\_\_\_\_**  
vertreten durch Fürsprecher und Notar B. \_\_\_\_\_  
Beschwerdeführer

gegen

**IV-Stelle O. \_\_\_\_\_**  
Scheibenstrasse 70, Postfach, 3001 O. \_\_\_\_\_  
Beschwerdegegnerin



betreffend Verfügung vom 2. September 2016

## **Sachverhalt:**

### **A.**

Der 1959 geborene A.\_\_\_\_\_ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich im Oktober 2008 unter Hinweis auf seit einem Unfall vom 24. August 2007 bestehende Beschwerden bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der Invalidenversicherung, Antwortbeilage [act. II] 15). Die IV-Stelle O.\_\_\_\_\_ (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) nahm verschiedene Abklärungen in erwerblicher und medizinischer Hinsicht vor, insbesondere zog sie die Akten der C.\_\_\_\_\_ bei (act. II 29) und holte Stellungnahmen des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) ein (act. II 34, 46). Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (act. II 47 – 50) lehnte die IVB mit Verfügung vom 19. Oktober 2010 (act. II 51) den Anspruch auf eine Invalidenrente ab. Auf Beschwerde hin (act. II 53) hob das Verwaltungsgericht des Kantons O.\_\_\_\_\_ diese Verfügung mit Urteil vom 9. August 2012, VGE IV/2010/1203 (act. II 80), auf und wies die Sache zu weiteren Abklärungen und neuem Entscheid an die Verwaltung zurück.

### **B.**

In der Folge holte die IVB weitere Arztberichte ein und liess den Versicherten durch die D.\_\_\_\_\_ (MEDAS) polydisziplinär begutachten (MEDAS-Gutachten vom 25. Juni 2013 [act. II 97.1], inkl. entsprechender Fachgutachten [act. II 97.3 – 6]). Nach Vorliegen des MEDAS-Gutachtens veranlasste die IVB auf Empfehlung des RAD (act. II 102 S. 2 f.) eine stationäre psychiatrische Abklärung des Versicherten durch die psychiatrische Klinik E.\_\_\_\_\_ vom 31. März bis 4. April 2014 (Gutachten vom 23. Dezember 2014 [act. II 122.1]). Mit Vorbescheid vom 25. Januar 2016 (act. II 129) stellte die IVB bei einem ermittelten Invaliditätsgrad (IV-Grad) von 27 % die Abweisung des Rentenbegehrens in Aussicht. Damit zeigte sich der Versicherte mit Einwand vom 18. Februar 2016 nicht einverstanden und stellte zugleich ein Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege (act. II 132), welches die IVB mit Verfügung vom 31. März 2016 (act. II 135) abwies. Am 2. Sep-

tember 2016 verfügte sie, wie mit Vorbescheid vom 25. Januar 2016 (act. II 129) angekündigt, die Abweisung des Rentenanspruchs (act. II 136).

### **C.**

Gegen die Verfügung vom 2. September 2016 (act. II 136) erhob der Versicherte, vertreten durch Fürsprecher und Notar B.\_\_\_\_\_, mit Eingabe vom 3. Oktober 2016 Beschwerde. Er beantragt, die Verfügung vom 2. September 2016 sei aufzuheben und es sei ihm rückwirkend ab November 2008 eine Dreiviertelsrente auszurichten. Eventualiter sei die Angelegenheit an die Beschwerdegegnerin zur erneuten Entscheidung zurückzuweisen. Im Weiteren stellte er ein Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege unter Beiordnung von Fürsprecher und Notar B.\_\_\_\_\_ als amtlicher Anwalt.

Mit Beschwerdeantwort vom 11. November 2016 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

Am 12. Januar 2017 reichte der Beschwerdeführer Schlussbemerkungen ein. Diese gingen am 17. Januar 2017 an die Beschwerdegegnerin.

### **Erwägungen:**

#### **1.**

**1.1** Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes vom 11. Juni 2009 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Entscheide. Der Beschwerdeführer ist im vorinstanzlichen Verfahren mit seinen Anträ-

gen nicht durchgedrungen, durch den angefochtenen Entscheid berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb er zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung [IVG; SR 831.20]). Da auch die Bestimmungen über Frist (Art. 60 ATSG) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 des kantonalen Gesetzes vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

**1.2** Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 2. September 2016 (act. II 136). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf eine Invalidenrente.

Nicht zu überprüfen ist die Verfügung vom 31. März 2016 (act. II 135), mit welcher die Beschwerdegegnerin das Gesuch um unentgeltliche Verbeiständung im Verwaltungsverfahren abgelehnt hat, da diese vom Beschwerdeführer nicht angefochten worden ist.

**1.3** Die Abteilungen urteilen gewöhnlich in einer Kammer bestehend aus drei Richterinnen oder Richtern (Art. 56 Abs. 1 GSOG).

**1.4** Das Gericht überprüft den angefochtenen Entscheid frei und ist an die Begehren der Parteien nicht gebunden (Art. 61 lit. c und d ATSG; Art. 80 lit. c Ziff. 1 und Art. 84 Abs. 3 VRPG).

## **2.**

**2.1** Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 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).

## **2.2**

**2.2.1** Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch solche psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG). Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt (BGE 131 V 49 E. 1.2 S. 50, 130 V 352 E. 2.2.1 S. 353; SVR 2014 IV Nr. 2 S. 5 E. 3.1).

Mit der Diagnose eines Gesundheitsschadens ist noch nicht gesagt, dass dieser auch invalidisierenden Charakter hat. Ob dies zutrifft, beurteilt sich gemäss dem klaren Gesetzeswortlaut nach dem Einfluss, den der Gesundheitsschaden auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit hat. Entscheidend ist, ob der versicherten Person wegen des geklagten Leidens nicht mehr zumutbar ist, ganz oder teilweise zu arbeiten. Deshalb gilt eine objektivierte Zumutbarkeitsprüfung unter ausschliesslicher Berücksichtigung von Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung (BGE 142 V 106 E. 4.4 S. 110).

**2.2.2** Die Sachverständigen sollen die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung bzw. eines vergleichbaren psychosomatischen Leidens so begründen, dass die Rechtsanwender nachvollziehen können, ob die klassifikatorischen Vorgaben tatsächlich eingehalten sind (BGE 142 V 106 E. 3.3 S. 108, 141 V 281 E. 2.1.1 S. 285). Eine invalidenversicherungsrechtlich erhebliche Gesundheitsbeeinträchtigung liegt sodann nur vor, wenn die Diagnose auch unter dem Gesichtspunkt der Ausschlussgründe nach BGE 131 V 49 standhält. Danach liegt regelmässig keine versicherte Gesundheitsschädigung vor, soweit die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung beruht. Hinweise auf solche und andere Äusserungen eines sekundären Krankheitsgewinns ergeben sich namentlich, wenn eine erhebliche Diskrepanz zwischen den geschilderten Schmerzen und dem gezeigten Verhalten oder der Anamnese besteht, intensive Schmerzen angegeben werden, deren Charakterisierung jedoch vage bleibt, keine medizinische Behandlung und Therapie in Anspruch genommen wird, demonstrativ vorgetragene Klagen auf den

Sachverständigen unglaubwürdig wirken oder schwere Einschränkungen im Alltag behauptet werden, das psychosoziale Umfeld jedoch weitgehend intakt ist. Nicht per se auf Aggravation weist blosses verdeutlichendes Verhalten hin. Besteht im Einzelfall Klarheit darüber, dass nach plausibler ärztlicher Beurteilung die Anhaltspunkte auf eine Aggravation eindeutig überwiegen und die Grenzen eines bloss verdeutlichenden Verhaltens klar überschritten sind, ohne dass das aggravatorische Verhalten auf eine verselbständigte, krankheitswertige psychische Störung (vgl. BGE 127 V 294 E. 5a S. 299) zurückzuführen wäre, fällt eine versicherte Gesundheitsschädigung ausser Betracht und ein Rentenanspruch ist ausgeschlossen, selbst wenn die klassifikatorischen Merkmale einer somatoformen Schmerzstörung oder eines vergleichbaren psychosomatischen Leidens gegeben sein sollten (vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG erster Satz).

**2.2.3** Mit BGE 141 V 281 hat das Bundesgericht die Vermutung, wonach eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung oder ein vergleichbarer ätiologisch unklarer syndromaler Zustand mit zumutbarer Willensanstrengung überwindbar ist, aufgegeben (E. 3.5). Unverändert ist jedoch auch in Zukunft dem klaren Willen des Gesetzgebers gemäss Art. 7 Abs. 2 ATSG Rechnung zu tragen, wonach im Zuge einer objektivierten Betrachtungsweise von der grundsätzlichen „Validität“ der versicherten Person auszugehen ist (E. 3.7.2) und die materielle Beweislast für Invalidität bei ihr liegt (BGE 142 V 106 E. 4.4 S. 110). Das bisherige Regel/Ausnahme-Modell wird durch einen strukturierten, normativen Prüfungsraster ersetzt. Anhand eines Kataloges von Indikatoren erfolgt eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens (BGE 141 V 281 E. 3.6 S. 294). Es gilt neu im Regelfall nach gemeinsamen Eigenschaften systematisierte Standardindikatoren zu beachten (E. 4.1.3), welche sich in die Kategorien „funktioneller Schweregrad“ (E. 4.3) und „Konsistenz“ einteilen lassen (E. 4.4). Der Prüfungsraster ist rechtlicher Natur (E. 5). Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender

Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es daran, hat die Folgen der Beweislosigkeit nach wie vor die materiell beweisbelastete versicherte Person zu tragen (E. 6).

**2.3** Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente.

**2.4** Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 195, 132 V 93 E. 4 S. 99).

### **3.**

**3.1** In medizinischer Hinsicht lassen sich den seit VGE IV/2010/1203 (act. II 80) erstellten Akten im Wesentlichen die folgenden Angaben entnehmen:

**3.1.1** Im Verlaufsbericht vom 3. September 2012 (act. II 83) vermerkte med. pract. F.\_\_\_\_\_, der Gesundheitszustand habe sich verschlechtert. Hinsichtlich der Diagnosestellung habe sich keine Änderung ergeben. Er diagnostizierte mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eine schwere psychische Störung ev. Depression, einen Tremor und einen Tinnitus. In diesem Zustand bleibe der Patient bis auf Weiteres 100 % arbeitsunfähig.

**3.1.2** Dr. med. G.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, führte im Verlaufsbericht vom 12. September 2012 (act. II 82) aus, der Ge-

sundheitszustand sei auf einem sehr unbefriedigenden invalidisierenden Niveau stationär. Er diagnostizierte persistierende agitiert-depressive Störungen im Rahmen eines chronischen posttraumatischen Belastungssyndroms bei St. n. Sturz auf den Hinterkopf mit Commotio cerebri und HWS-Distorsionstrauma, eine Commotio labyrinthi mit zentralem Schwindel, posttraumatischer gemischter Hypakusis links und Tinnitus links, einen unkontrollierbaren grobschlägigen Tremor vor allem im Kopf- und Händebereich beidseits, eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (Kopf- und Nackenschmerzen mit eingeschränkter HWS-Beweglichkeit [S. 1]) und eine Hyposensibilität der Kopfhaut links parietal kappenförmig sowie der linken Gesichtshälfte. Es bestehe seit dem Unfall vom 2007 eine persistierende multifaktoriell bedingte stark beeinträchtigte Arbeitsunfähigkeit (richtig wohl: Arbeitsfähigkeit) für alle Erwerbstätigkeiten. Gegenwärtig und in absehbarer Zeit seien dem Versicherten gar keine Erwerbstätigkeiten zumutbar (S. 2).

**3.1.3** Am 13. März 2013 diagnostizierten Prof. Dr. med. H.\_\_\_\_\_, Facharzt für Pneumologie und Allgemeine Innere Medizin, und I.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, der interdisziplinären Notfallstation des ..., einen Präkollaps, aktenanamnestisch eine posttraumatische Hypakusis links bei Commotio labyrinthi (2007), eine dissoziative Bewegungsstörung, eine depressive Anpassungsstörung mit Affektlabilität, mangelhafter Impulskontrolle und Aggressionsdurchbrüchen und einen St. n. Commotio cerebri nach Sturz aus 1.5 m Höhe (August 2007 [act. II 117 S. 5]).

**3.1.4** Das MEDAS-Gutachten vom 25. Juni 2013 (act. II 97.1) basiert auf Fachgutachten in den Bereichen Psychiatrie (act. II 97.3), Rheumatologie (act. II 97.4), Neurologie (act. II 97.5) und Neurootologie (act. II 97.6) sowie auf einer internistischen Untersuchung (AB 97.1 S. 20). Die Gutachter hielten die folgenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen fest (act. II 97.1 S. 31):

**Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit**

1. Sensorineurale Schwerhörigkeit beidseits, links ausgeprägter als rechts
2. Otolithenfunktionsstörung beidseits nicht sicher auszuschliessen

3. Chronisches zervikozepales Schmerzsyndrom (ICD-10 M53.0), aktuell ohne Anhalt für ein zervikales sensibles oder motorisches radikuläres Reiz- oder Ausfallsyndrom

#### **Diagnosen mit möglichem Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit**

1. Verdacht auf dissoziative Störungen, gemischt (ICD-10 F44.7)
2. Verdacht auf störende Persönlichkeitsänderung (ICD-10 F61.1)
3. Verdacht auf depressive Episode (ICD-10 F32.0)

#### **Weitere Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit**

1. Verdacht auf normokalzämischen Hyperparathyreoidismus bei unzureichendem Vitamin D-Spiegel
2. Postcommotionelles Syndrom (ICD-10 F07.2)
3. St. n. Commotio cerebri am 7. August 2007 (ICD-10 S06.0)

Nach konsensualer Besprechung gelangten die Gutachter in der Gesamtbeurteilung zum Schluss, dem Exploranden seien ... nicht mehr möglich, welche auf Gerüsten oder Leitern stattfänden, also mit Absturzgefahr verbunden seien, wie dies bei seiner letzten Tätigkeit der Fall gewesen sei. Von somatischer Seite her sei der Explorand für leichte bis mittelschwere Tätigkeiten in einem Umfang von 80 % arbeitsfähig. Aufgrund des chronischen zervikozepalen Schmerzsyndroms sollten körperlich schwere Arbeiten (Heben und Tragen von Gewichten mit 25 kg, häufiges Überkopfarbeiten, längerdauernde Arbeiten in Zwangshaltungen) vermieden werden. Von psychiatrischer Seite her könne die Arbeitsfähigkeit nicht bestimmt werden, da davon auszugehen sei, dass der Explorand möglicherweise vorhandene Beschwerden deutlich übertrieben darstelle. Die Einschränkung betreffend Tätigkeiten mit Absturzgefahr gelte ab dem Zeitpunkt des Unfalls im August 2007. Für die aus dem zervikozepalen Schmerzsyndrom resultierende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit sei ebenfalls ab Unfalldatum auszugehen (S. 34). Es wäre möglich, in einer spezialisierten Einrichtung im Rahmen einer stationären Beurteilung näher zwischen Aggravation und tatsächlich vorhandenen Beschwerden zu unterscheiden, um so eine mögliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht festzulegen (S. 35.).

**3.1.5** Im daraufhin in Auftrag gegebenen Gutachten der psychiatrischen Klinik E. \_\_\_\_\_ vom 23. Dezember 2014 (act. II 122.1) über die stationä-

re psychiatrische Begutachtung vom 31. März bis 4. April 2014 hielten die Gutachter als Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eine chronifizierte mittelgradig depressive Episode (ICD-10 F32.1), einen Verdacht auf eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) mit Elementen einer dissoziativen Störung (Konversionsstörung, gemischt [ICD-10 F44.7]), eine Persönlichkeitsakzentuierung (ICD-10 Z73.1; differenzialdiagnostisch unzulängliche soziale Fähigkeiten, andernorts nicht klassifiziert [ICD-10 Z73.4]) und psychosoziale Belastungsfaktoren (Schwierigkeiten bei der kulturellen Eingewöhnung [ICD-10 Z60.3] und geringe Schulbildung [ICD-10 Z55.8]) fest. Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit stellten sie keine (S. 33 f.).

In den psychiatrischen Untersuchungen habe der Versicherte neben multiokulären Schmerzen dysphorisch-depressive, dissoziativ sowie desorganisiert wirkende Symptome präsentiert, die sich auch unter Berücksichtigung der eigenen fremdanamnестischen Angaben nur partiell und nicht vollständig erklärend psychiatrischen Erkrankungen hätten zuordnen lassen. Anhand der vorliegenden Akten, den Angaben des Versicherten und dem beobachteten Verhalten während den Untersuchungen bzw. dem stationären Aufenthalt hätten sich vielfältige Diskrepanzen mit deutlichen Hinweisen für eine einschränkende Beschwerdevalidität mit aggravierenden bis hin zu manipulativen Anteilen ergeben. Gleichzeitig bestehe mit hoher Wahrscheinlichkeit ein „psychiatrischer Kern“ der Beschwerden, der naturgemäss schwer abzugrenzen sei. Bezüglich der Arbeitsfähigkeit sei aus rein psychiatrischer Sicht neben der am ehesten chronifizierten mittelgradig depressiven Episode (ICD-10 F32.1) auch die feste Krankheitsüberzeugung des Versicherten relevant. Dem wenig gebildeten Versicherten gelinge es offensichtlich nicht, mit den als Schicksalsschlägen bzw. so empfundenen Schwierigkeiten im Leben funktional umzugehen. Stattdessen seien verfestigte Erlebnisweisen im Sinne von Verbitterung und Schwarz-Weissdenken sowie Opferkategorien derart dominant geworden, dass ihnen (S. 40) nicht nur kognitive und affektive Aspekte zuzurechnen seien, sondern inzwischen eine persönlichkeitsnahe Verfestigung zu postulieren sei, der Krankheitswert zukomme. Eine Zuordnung gemäss den üblichen Kategorien des ICD-10 bezüglich der Persönlichkeitsebene sei schwierig, da es sich möglicherweise auch um die Wahrnehmung und Ausgestaltung

von Verhaltensweisen im Rahmen des traditionellen Rollenverständnisses im Kontext des kulturellen Hintergrundes des Versicherten handle. In den Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit hätten sie dieses mittels Z-Kategorien abzubilden versucht. In dieser Konstellation sei nach den psychosozialen Belastungsfaktoren (mit ihrer Auswirkung auf die Persönlichkeit) auch ein Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zuzusprechen. Hinweise für eine Persönlichkeitsstörung ergäben sich nicht (S. 41).

Aus rein psychiatrischer Sicht sei der Explorand derzeit aufgrund der klinisch nachvollziehbaren Störungen und bezüglich der hier im Kontext relevanten und erschwerend wirksamen (unter den Z-Kategorien subsummierten) persönlichen Konstellation quantitativ zu etwa 50 % in seiner Arbeitsfähigkeit eingeschränkt (S. 42). Dieses reduzierte Arbeitspensum ergebe sich aus einer durch das neurotisch und depressiv geprägte Erleben deutlich erhöhten Grundanspannung, die eine ganztägige Belastung im Rahmen einer Arbeitstätigkeit leidensbedingt verunmögliche. Insbesondere die gesehene Komorbidität sei hier wirksam auf dem Hintergrund der akzentuierten Persönlichkeitszüge. Für die aktuell gesehene quantitative Arbeitsfähigkeit (50 %) sollte in qualitativer Hinsicht berücksichtigt werden, dass externe Stressoren (Zeit-/Termindruck sowie insbesondere häufiger und anspruchsvoller Kundenkontakt oder unübersichtliche/schwierige Teamsituationen) zu vermeiden seien, da die Selbstbehauptungsfähigkeit, die Kontaktfähigkeit zu Dritten, die Gruppenfähigkeit sowie die Durchhaltefähigkeit aufgrund der reduzierten Stresstoleranz dann zusätzlich eingeschränkt wären. Bezüglich des Grades der Sicherheit, mit dem diese Aussagen zur Arbeitsfähigkeit getroffen werden können, müsse hinzugefügt werden, dass grundsätzlich auch eine über 50 % hinausgehende Arbeitsunfähigkeit nicht auszuschliessen sei. Diese sei befundlich jedoch aufgrund der Aggravation und Inkonsistenzen gutachterlich nicht zu begründen. Dies schliesse ein, dass die Aggravation nicht vollumfänglich den neurotischen Störungen zuzuordnen sei, sondern klar auch bewusste manipulative Anteile habe, die nicht als Krankheitswert einzuschätzen seien (S. 43). Beim Versicherten habe sich während der stationären Begutachtung mehrfach nachweisen lassen, dass er in der Lage sei, sein Verhalten wechselnden Situationen anzupassen. Diese „Flexibilität und Umstellungsfähigkeit“ setze er gegenwärtig jedoch dysfunktional, beispielsweise durch manipulatives

und bedrohliches Verhalten, ein. Solange er dieses Verhalten weiterhin zeige, sei er auch einem therapeutisch geschulten Team etwa im Rahmen einer stationären Behandlung einer spezialisierten psychiatrischen Klinik nicht zumutbar (S. 44).

**3.2** Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht 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; SVR 2015 IV Nr. 28 S. 86 E. 4.1).

Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. 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, sondern dessen Inhalt (BGE 137 V 210 E. 6.2.2 S. 269, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

Den im Verwaltungsverfahren 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 125 V 351 E. 3b bb S. 353; SVR 2016 IV Nr. 2 S. 5 E. 4.1).

**3.3** Die Beschwerdegegnerin hat sich in der hier angefochtenen Verfügung vom 2. September 2016 (act. II 136) massgeblich auf das polydiszi-

plinäre MEDAS-Gutachten vom 25. Juni 2013 (act. II 97.1; inkl. Fachgutachten [act. II 97.3 – 6]) und das psychiatrische Gutachten der psychiatrischen Klinik E. \_\_\_\_\_ vom 23. Dezember 2014 (act. II 122.1) gestützt. Diese Gutachten erfüllen die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert eines medizinischen Berichts gestellten Anforderungen (vgl. E. 3.2 hiervor), weshalb ihnen grundsätzlich volle Beweiskraft zukommt (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b/bb S. 353). Die darin enthaltenen Feststellungen beruhen auf eigenen Abklärungen der Sachverständigen und sind in Kenntnis der Vorakten sowie unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden getroffen worden. Die Ausführungen in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sind einleuchtend und die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand werden nachvollziehbar, umfassend und einlässlich begründet. Schliesslich stehen auch die einzelnen Teilbeurteilungen untereinander in Übereinstimmung. Die Erkenntnisse der einzelnen Gutachter der MEDAS (act. II 97.3 – 6) flossen sodann in deren überzeugende interdisziplinäre Beurteilung ein (act. II 97.1) und wie nachfolgend aufgezeigt wird, bietet ebenfalls das Gutachten der psychiatrischen Klinik E. \_\_\_\_\_ vom 23. Dezember 2014 (act. II 122.1) über die stationäre Begutachtung hinreichend Aufschluss für die Beurteilung nach den Vorgaben gemäss der neuen Rechtsprechung (vgl. E. 2.2.3 hiervor), so dass grundsätzlich auch darauf abgestellt werden kann.

**3.4** In somatischer Hinsicht wurde im neurologischen Teilgutachten vom 13. Februar 2013 (act. II 97.5 bzw. 97.1 S. 27 ff.) schlüssig begründet, dass der Beschwerdeführer vorrangig an einem chronischen zervikozephalen Schmerzsyndrom leidet (S. 27). So führten die beiden Neurologen aus, eine Schnittbildgebung der HWS zeige eine kleine links paramediane, subligamentäre Diskushernie ohne Neurokompression, so dass aktuell von einem chronischen zervikozephalen Schmerzsyndrom ohne radikuläre Reiz- oder Ausfallsyndrome auszugehen sei (S. 28). Aufgrund der chronischen Schmerzen bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 80 % (S. 29). Im rheumatologischen Teilgutachten vom 14. Februar 2013 (act. II 97.4 bzw. 97.1 S. 23 ff.) wurden keine Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit gestellt (S. 23). Dr. med. J. \_\_\_\_\_, Facharzt für Rheumatologie und Allgemeine Innere Medizin, konnte denn auch weder relevante Läsionen am Bewegungsapparat (S. 25) noch klinische Hinweise auf relevante

degenerative Veränderungen bzw. auf posttraumatische Läsionen bei den peripheren Gelenken nach dem erlittenen Sturz am 24. August 2007 feststellen. Vielmehr bemerkte er, dass die subjektiven Beschwerden des Beschwerdeführers am Bewegungsapparat sich durch die objektiven Befunde aus rheumatologischer Sicht kaum erklären liessen und verwies auf das psychiatrische und neurologische Gutachten (S. 26). Im neurootologischen Teilgutachten vom 23. April 2013 (act. II 97.6 bzw. 97.1 S. 29 ff.) konnte Prof. Dr. med. K. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Otorhinolaryngologie und Hals- und Gesichtschirurgie, keine Befunde für eine peripher-vestibuläre Funktionsstörung erheben, was auch im Einklang mit der früheren Beurteilung von Dr. med. L. \_\_\_\_\_, Facharzt für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten steht (act. II 29 S. 54). Hingegen stellte sie anhand eines aktuellen Audiogramms eine deutliche Progredienz der Hörstörung im Vergleich zum Frühjahr 2011 fest (act. II 97.6 S. 4 und 6). Es überzeugt, wenn sie gestützt darauf zum Schluss kommt, dass der Beschwerdeführer in sämtlichen Tätigkeiten – in denen er nicht auf ein Richtungshören angewiesen oder erhöhten auditiven Anforderungen ausgesetzt und nicht sturzgefährdet ist – als 100 % arbeitsfähig einschätzt (act. II 97.6 S. 7).

Zusammenfassend ist damit in somatischer Hinsicht auf die Gesamtbeurteilung der Gutachter der MEDAS abzustellen und von einer Arbeitsfähigkeit im Umfang von 80 % für körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeiten auszugehen, wobei körperlich schwere Arbeiten (Heben und Tragen von Gewichten grösser 25 kg, häufiges Überkopfarbeiten, längerdauernde Arbeiten in Zwangshaltungen) zu vermeiden sind (act. II 97.1 S. 34).

**3.5** Auch wenn das Gutachten der psychiatrischen Klinik E. \_\_\_\_\_ vom 23. Dezember 2014 (act. II 122.1) in diagnostischer Hinsicht bezüglich der psychiatrischen Belange nachvollziehbar ist (vgl. E. 3.3 hiavor), so kann aus rechtlicher Sicht nicht unbesehen auf die darin angegebene Einschätzung der Arbeitsfähigkeit abgestellt werden, wenn die Gutachter Prof. Dr. med. M. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie und Neurologie sowie Dr. med. N. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, ausführen, dass aufgrund einer chronifizierten mittelgradig depressiven Episode (ICD-10 F32.1), eines Verdachts auf eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10

F45.41) mit Elementen einer dissoziativen Störung (Konversionsstörung, gemischt [ICD-10 F44.7]), einer Persönlichkeitsakzentuierung (ICD-10 Z73.1; differenzialdiagnostisch unzulängliche soziale Fähigkeiten, andernorts nicht klassifiziert [ICD-10 Z73.4]) und psychosozialer Belastungsfaktoren (Schwierigkeiten bei der kulturellen Eingewöhnung [ICD-10 Z60.3] und geringe Schulbildung [ICD-10 Z55.8]) der Beschwerdeführer quantitativ zu etwa 50 % in seiner Arbeitsfähigkeit eingeschränkt sei (act. II 122.1 S. 33 f. und 42).

**3.5.1** Bei der Frage, ob im Rahmen der Invaliditätsbemessung auf die von den psychiatrischen Gutachtern attestierte Arbeitsfähigkeit von 50 % abgestellt werden kann, ist zu berücksichtigen, dass es gemäss Rechtsprechung in sämtlichen Fällen gesundheitlicher Beeinträchtigungen – somit auch bei Depressionen – keineswegs allein Sache der mit dem konkreten Einzelfall (gutachtlich) befassten Arztpersonen ist, selber abschliessend und für die rechtsanwendende Stelle (Verwaltung, Gericht) verbindlich zu entscheiden, ob das medizinisch festgestellte Leiden zu einer andauernden oder vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit bestimmter Höhe und Ausprägung führt (BGE 140 V 193 E. 3.1 S. 194). Sache des (begutachtenden) Mediziners ist es erstens, den Gesundheitszustand zu beurteilen und wenn nötig seine Entwicklung im Laufe der Zeit zu beschreiben, d.h. mit den Mitteln fachgerechter ärztlicher Untersuchung unter Berücksichtigung der subjektiven Beschwerden die Befunde zu erheben und gestützt darauf die Diagnose zu stellen. Hiermit erfüllt der Sachverständige seine genuine Aufgabe, wofür Verwaltung und im Streitfall Gericht nicht kompetent sind. Bei der Folgenabschätzung der erhobenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen für die Arbeitsfähigkeit kommt der Arztperson hingegen keine abschliessende Beurteilungskompetenz zu. Vielmehr nimmt die Arztperson zur Arbeitsunfähigkeit Stellung, d.h. sie gibt eine Schätzung ab, welche sie aus ihrer Sicht so substantiell wie möglich begründet. Schliesslich sind die ärztlichen Angaben eine wichtige Grundlage für die juristische Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der Person noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 195; vgl. auch E. 2.4 hiervor). Folglich ist im Rahmen einer rechtlichen Würdigung zu beurteilen, ob die medizinisch festgestellten Leiden zu einer im Sozialversicherungsrecht anerkannten Arbeitsunfähigkeit führen (vgl. E. 2.2.1 hiervor).

**3.5.2** Soweit die psychiatrischen Gutachter Prof. Dr. med. M. \_\_\_\_\_ und Dr. med. N. \_\_\_\_\_ vorab aufgrund der beschriebenen mittelgradig depressiven Symptomatik eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit attestieren (act. II 122.1 S. 33, 42 f.), kann ihnen nicht gefolgt werden. Nachdem es bereits der psychiatrischen Gutachterin der MEDAS nicht möglich war, das Zustandsbild des Beschwerdeführers infolge dessen Verhaltens leitliniengerecht einer oder mehreren psychiatrischen Diagnosen zuzuordnen (act. II 97.1 S. 23) – konnten auch die Gutachter der psychiatrischen Klinik E. \_\_\_\_\_ keine eindeutige Diagnosestellung vornehmen. Auch sie mussten die einerseits umfangreichen, andererseits wenig typischen Symptome einem breiten Strauss an Diagnosen zuordnen. So führen sie aus, der Beschwerdeführer präsentiere Symptome eines komplexen psychiatrischen Störungsbildes mit dissoziativ, depressiv und desorganisiert anmutenden Aspekten, das (auch unter Berücksichtigung der Eigen- und Aktenanamnese) nicht eindeutig zu klassifizieren sei. Die diagnostische Zuordnung bleibe auch nach zwei mehrstündigen klinischen Untersuchungen und Einbezug fremdanamnestischer Angaben des Pflegepersonals im Rahmen des stationären Aufenthaltes zum Zwecke der Begutachtung, mit einer deutlichen Restunsicherheit behaftet. Nicht zuletzt sei dafür die Art und Weise der Beschwerdepräsentation ursächlich, als dass zwischen den massiven, subjektiven Beschwerdeschilderungen und dem Verhalten des Betroffenen in der Untersuchungssituation auffällige und psychiatrisch nicht erklärbare Diskrepanzen bestünden (act. II 122.1 S. 34). Ob angesichts der massiven Inkonsistenzen und Anzeichen auf Simulation überhaupt von einer psychischen Erkrankung ausgegangen werden kann, erscheint fraglich.

**3.5.3** Mit Bezug auf die von den psychiatrischen Gutachtern der psychiatrischen Klinik E. \_\_\_\_\_ genannte chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) mit Elementen einer dissoziativen Störung (Konversionsstörung gemischt [ICD-10 F44.7]) ist festzuhalten, dass es sich hierbei bloss um eine Verdachtsdiagnose handelt (act. II 122.1 S. 33). Auch diesbezüglich gilt, dass eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit immer nur dann anspruchserheblich sein kann, wenn sie Folge einer Gesundheitsbeeinträchtigung ist, die fachärztlich einwand-

frei diagnostiziert worden ist (vgl. BGE 141 V 281 E. 2.1 S. 285). Dies ist hier auch diese Störung betreffend gerade nicht der Fall.

Doch selbst wenn die Diagnosen feststehen würden, wäre diesen – wie nachfolgend dargelegt wird – unter Berücksichtigung der neuen Rechtsprechung nach BGE 141 V 281 (vgl. E. 2.2.2 f. hiervor) ein invalidisierendes Ausmass abzusprechen.

**3.5.3.1** Vorab nachzugehen ist der Frage, ob die diagnostizierte chronische Schmerzstörung unter dem Gesichtspunkt der Ausschlussgründe nach BGE 131 V 49 standhält (vgl. E. 2.2.2 hiervor). Diesbezüglich ist augenfällig, dass sich im Rahmen der stationären Begutachtung deutliche Inkonsistenzen ergeben haben bzw. aggravatorische Verhaltensweisen beobachtet wurden. Die Gutachter der psychiatrischen Klinik E. \_\_\_\_\_ wiesen denn auch ausdrücklich darauf hin, dass sich vielfältige auffällige Diskrepanzen mit deutlichen Hinweisen für eine eingeschränkte Beschwerdevalidität mit aggravierenden bis hin zu manipulativen Anteilen ergeben haben (act. II 122.1 S. 40). Namentlich hielten sie fest, der Beschwerdeführer gebe an, stärkste Schmerzen zu empfinden, wenn er den Kopf zur linken Seite drehe. Auf dem Weg zum Untersuchungszimmer drehe er spontan und augenscheinlich problemlos für einige Zeit den Kopf zur linken Seite (act. II 122.1 S. 34). Eine schmerzbedingte Bewegungseinschränkung oder Schmerzentäusserung zeige sich nicht. Weiter erörterten sie, dass auch im Verlauf der Untersuchung diskrepante Angaben gemacht wurden. Unter anderem erkläre der Beschwerdeführer, er habe keine Interessen mehr irgend etwas zu tun. Später beim Tagesablauf berichte er, er lese immer wieder Teile von ... Büchern und Zeitung, schaue ... Fernsehen, Nachrichten, politische Sendungen. Weiter hielten die Gutachter fest, die subjektiv geschilderte Intensität der Beschwerden stünden in einem Missverhältnis zur Vagheit der Schilderung der einzelnen Symptome. Die Angaben zum Krankheitsverlauf würden u.a. mit Verweis auf eine fluktuierende Merkfähigkeit als nicht präzisierbar angegeben, oder die Beantwortung der Fragen im Fall des beharrlichen Nachfragens mit dysphorisch-gereiztem bis hin zu unterschwellig bedrohlichem Verhalten flankiert und nur ausweichend beantwortet. Dabei habe sich in verschiedenen entsprechenden Situationen klar bemerken lassen, dass der Beschwerdeführer in der Lage

sei, das Verhalten in erheblichem Umfang zu steuern, bzw. zu kontrollieren. Die angegebenen massiven Gedächtnisstörungen könnten in der vorgebrachten Art und Weise mit keiner psychiatrischen Erkrankung erklärt werden und neurologischerseits sei eine neurodegenerative Erkrankung nicht diagnostiziert worden (act. II 122.1 S. 35). Das Ausmass der geschilderten Beschwerden stehe nicht in Übereinstimmung mit der in Anspruch genommenen therapeutischen Hilfe (act. II 122.1 S. 36). Angesichts dieser Ausschlussgründe verbietet sich die Annahme einer Gesundheitsbeeinträchtigung. Schliesslich verbietet auch die Prüfung der Standardindikatoren die Annahme massgeblicher Auswirkungen einer psychischen Störung (vgl. E. 3.5.3.2 ff. hiernach).

**3.5.3.2** Im Rahmen der Kategorie „funktioneller Schweregrad“ (BGE 141 V 281 E. 4.3 S. 298) ist zunächst der Komplex „Gesundheitsschädigung“ zu prüfen (BGE 141 V 281 E. 4.3.1 S. 298): Hier ist festzuhalten, dass die Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.1 S. 298 f.) nicht übermässig ist. Zum Tagesablauf berichtete der Beschwerdeführer, er stehe ca. um 07.00 Uhr auf, um 09.00 Uhr nehme er das Frühstück ein. Etwa einmal im Monat gehe er mit seiner Frau einkaufen. Er verbringe den ganzen Tag liegend oder sitzend, lese Bücher, schaue Kampfkunstfilme sowie ... Fernsehen mit Nachrichten und Politischem (act. II 122.1 S. 25 f.). Anlässlich der MEDAS-Begutachtung gab er zusätzlich an, nach dem Frühstück mit seiner Frau spazieren zu gehen (act. 97.1 S. 18). Gegen 21.00 oder 21.30 Uhr gehe er zu Bett (act. II 122.1 S. 25 f.). Des Weiteren sind hier auch die vorerwähnten (vgl. E. 3.5.3.1 hiervor) deutlichen Inkonsistenzen in Bezug auf die Beschwerdeangaben und die objektiven Befunde zu berücksichtigen. Selbst wenn diese die rechtserhebliche Gesundheitsschädigung nicht a priori ausschliessen würden, stellten sie ein gewichtiges Indiz gegen eine starke Auswirkung der medizinisch festgestellten (Verdachts-)Diagnose dar. Gestützt auf diese Darlegungen kann kaum von einem andauernden, schweren und quälenden Schmerz gesprochen werden, was jedoch diagnosespezifisch sein müsste (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.1 S. 298 i.V.m. E. 2.1.1 S. 286). Betreffend „Behandlungserfolg oder –resistenz“ (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.2 S. 299 f.) ist zu bemerken, dass sich der Beschwerdeführer seit einigen Jahren in einer bei Dr. med. G. \_\_\_\_\_ losen ambulanten psychiatrischen

Behandlung mit einer tiefen Therapiefrequenz (bloss monatliche Sitzungen) befindet (act. II 82 S. 1). Der Beschwerdeführer befand sich letztmals vom 1. September bis 7. November 2008 in stationärer bzw. teilstationärer psychiatrischer Behandlung und es wurde entsprechend dem Bericht der psychiatrischen Dienste P.\_\_\_\_\_ vom 28. November 2008 (act. II 29 S. 6 – 9) eine deutliche Verbesserung der depressiven Symptomatik festgehalten. Nach den Angaben des behandelnden Psychiaters und Psychotherapeuten befindet sich der Beschwerdeführer nunmehr in loser ambulanter psychiatrischer Behandlung (monatliche Sitzungen [act. II 82 S. 1]). Die beiden Gutachter der psychiatrischen Klinik E.\_\_\_\_\_ empfehlen eine Fortsetzung der ambulanten integriert-psychiatrischen Therapie (act. II 122.1 S. 44). Vor diesem Hintergrund ist eine Behandlungsresistenz nicht ausgewiesen. Sodann ist offensichtlich, dass die depressive Störung durch invaliditätsfremde psychosoziale Faktoren wie unzulängliche soziale Fähigkeiten, Schwierigkeiten bei der kulturellen Eingewöhnung und geringe Schulbildung (act. II 122.1 S. 40 f.) getriggert bzw. unterhalten wird (vgl. dazu: BGE 127 V 294 E. 5a S. 299; SVR 2012 IV Nr. 52 S. 189 E. 3.2). Mit der Beschwerdegegnerin ist deshalb davon auszugehen, dass die Diagnose einer chronifizierten mittelgradig depressiven Episode vorliegend aus sozialversicherungsrechtlicher Sicht nicht als invalidisierender Gesundheitsschaden zu berücksichtigen ist. Nicht anders verhält es sich, wenn sie als Komorbidität der Schmerzstörung beurteilt wird (vgl. E. 3.5.3 hiavor). Von einem definitiven Scheitern einer indizierten, lege artis und mit optimaler Kooperation des Beschwerdeführers durchgeführten Therapie kann nicht ausgegangen werden, da auch die Gutachter der psychiatrischen Klinik E.\_\_\_\_\_ eine ambulante integriert-psychiatrische Therapie empfehlen (act. II 122.1 S. 44). Hinsichtlich des Indikators „Komorbiditäten“ hat das Bundesgericht ausgeführt, dass die psychische Komorbidität nicht mehr generell vorrangig, sondern lediglich gemäss ihrer konkreten Bedeutung im Einzelfall beachtlich ist, so namentlich als Gradmesser dafür, ob sie der versicherten Person Ressourcen raubt (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.3 S. 300 ff.). An einer relevanten psychischen Komorbiditäten fehlt es, sind doch die verschiedenen gestellten Diagnosen nicht Zeichen paralleler Erkrankungen, sondern vielmehr der Schwierigkeit aus den präsentierten Beschwerden überhaupt auf eine Diagnose zu schliessen und auch die körperlichen Begleiterkrankungen sind zu gering, um die Ressourcen des Be-

schwerdeführers über das somatisch anerkannte Ausmass von 20 % für körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeiten (vgl. E. 3.4 hiavor, act. II 97.1 S. 34) hinaus zu mindern. Dafür, dass der Komplex „Persönlichkeit“ (BGE 141 V 281 E. 4.3.2 S. 302) einer Erwerbstätigkeit entgegensteht, bestehen sodann keine Anhaltspunkte, denn es fanden sich anlässlich der stationären psychiatrischen Begutachtung keine Ich-Störungen (act. II 122.1 S. 32). Hinweise für eine Persönlichkeitsstörung ergaben sich ebenfalls keine (act. II 122.1 S. 41). Der Komplex „sozialer Kontext“ (BGE 141 V 281 E. 4.3.3 S. 303) zeigt, dass ein Beziehungsnetz besteht. Der Beschwerdeführer ist verheiratet und lebt zusammen mit der Ehefrau und den gemeinsamen zwei Kindern in einer 3-Zimmerwohnung (act. II 122.1 S. 26). Nach seinen Angaben gelingt es ihm, ca. einmal im Monat mit seiner Ehefrau einkaufen zu gehen. Daneben besteht Kontakt zu zwei ... Freunden, die ihn besuchen kommen bzw. die er zusammen mit seiner Ehefrau besucht (act. II 122.1 S. 25). Der Lebenskontext hält dem Beschwerdeführer folglich durchaus mobilisierende Ressourcen bereit, auf welche er zurückgreifen kann. Unter der Kategorie „Konsistenz“ sind verhaltensbezogene Aspekte zu prüfen (BGE 141 V 281 E. 4.4 S. 303 f.). Das Niveau sozialer Aktivität ist nach dem Eintritt des Gesundheitsschadens im Vergleich zu vorher zwar reduziert, gab der Beschwerdeführer doch zumindest an, dass er früher selber Kampfsport betrieben habe (act. II 122.1 S. 25). Es ergeben sich aber nicht in allen vergleichbaren Lebensbereichen gleichmässige Einschränkungen des Aktivitätsniveaus (vgl. BGE 141 V 281 E. 4.4.1 S. 303). Während der Beschwerdeführer immerhin in der Lage ist, Bücher zu lesen, Spazieren zu gehen, Fernsehsendung zu verfolgen und soziale Kontakte zu pflegen, kann er keiner beruflichen Tätigkeit nachgehen und verrichtet zu Hause keine Arbeiten (act. II 122.1 S. 26). Dieses Verhalten lässt mit Blick auf die gesamten Umstände nicht auf einen krankheitsbedingten Rückzug und auf verminderte Ressourcen schliessen. Eine gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen ist damit nicht ausgewiesen. Es hat sich vorliegend ebenfalls gezeigt, dass der Beschwerdeführer mit seinem Verhalten den Verlauf der psychiatrischen Untersuchung bei der psychiatrischen Klinik E.\_\_\_\_\_ bewusst beeinflussen konnte (act. II 122.1 S. 21, 27 f.).

**3.5.4** Was schliesslich die weiteren Diagnosen der Persönlichkeitsakzentuierung (ICD-10 Z73.1; differenzialdiagnostisch unzulängliche soziale Fähigkeiten, andernorts nicht klassifiziert [ICD-10 Z73.4]) und die psychosozialen Belastungsfaktoren, wie Schwierigkeiten bei der kulturellen Eingewöhnung (ICD-10 Z60.3) und die geringe Schulbildung (ICD-10 Z55.8) anbelangen, stellen diese als sogenannte ICD-10-Z-Kodierungen rechtsprechungsgemäss keine invaliditätsrechtlich erheblichen Gesundheitsbeeinträchtigungen dar (vgl. Entscheid des BGer vom 23. Januar 2013, 9C\_605/2012, E. 3.3). Aus rechtlicher Sicht ist damit die gutachterliche Arbeitsunfähigkeitsschätzung invalidenversicherungsrechtlich nicht massgeblich.

**3.6** Nach dem Gesagten ist erstellt, dass der Beschwerdeführer aus sozialversicherungsrechtlicher Sicht im psychischen Bereich nicht in der Arbeitsfähigkeit eingeschränkt ist. Ausgehend von der in somatischer Hinsicht zumutbaren Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 80 % in angepasster Tätigkeit (vgl. E. 3.4 hiervor) ist demnach nachfolgend der IV-Grad zu bestimmen.

Da der medizinische Sachverhalt hinreichend abgeklärt ist, ist im Rahmen der antizipierten Beweismassnahme (BGE 122 V 157 E. 1d S. 162) auf weitere Beweismassnahmen zu verzichten.

#### **4.**

**4.1** 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).

Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus

der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt. Insoweit die fraglichen Erwerbseinkommen ziffernmässig nicht genau ermittelt werden können, sind sie nach Massgabe der im Einzelfall bekannten Umstände zu schätzen und die so gewonnenen Annäherungswerte miteinander zu vergleichen (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 128 V 29 E. 1 S. 30, 104 V 135 E. 2b S. 136).

**4.1.1** Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft (BGE 139 V 28 E. 3.3.2 S. 30, 134 V 322 E. 4.1 S. 325).

**4.1.2** Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht (BGE 139 V 592 E. 2.3 S. 593; SVR 2014 IV Nr. 37 S. 133 E. 7.1). Hat die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen, so können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik (BFS) herausgegebenen Lohnstrukturhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 139 V 592 E. 2.3 S. 593; SVR 2014 IV Nr. 37 S. 133 E. 7.1). Es gilt zu berücksichtigen, dass gesundheitlich beeinträchtigte Personen, die selbst bei leichten Hilfsarbeitertätigkeiten behindert sind, im Vergleich zu voll leistungsfähigen und entsprechend einsetzbaren Arbeitnehmern lohnmässig benachteiligt sind und deshalb in der Regel mit unterdurchschnittlichen Lohnansätzen rechnen müssen. Diesem Umstand ist mit einem Abzug vom Tabellenlohn Rechnung zu tragen (BGE 134 V 322 E. 5.2 S. 327, 129 V 472 E. 4.2.3 S. 481). Die Frage, ob und in welchem Ausmass Tabellenlöhne herabzusetzen sind, hängt von sämtlichen persönlichen und beruflichen Umständen des konkreten Einzelfalles ab (leidensbedingte Einschränkung, Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad). Der Einfluss sämtlicher Merkmale auf das Invalideneinkommen ist nach pflichtgemäsem Ermessen gesamthaft zu schätzen, wobei der Abzug auf

insgesamt höchstens 25 % zu begrenzen ist (BGE 135 V 297 E. 5.2 S. 301, 134 V 322 E. 5.2 S. 327; SVR 2015 IV Nr. 1 S. 1 E. 2.2).

**4.2** Der frühest mögliche Rentenbeginn ist unter Berücksichtigung der attestierten Arbeitsunfähigkeit (von mindestens 40 % ohne wesentlichen Unterbruch) seit August 2007 (act. II 19 S. 1, act. II 40.14) sowie der Anmeldung zum Leistungsbezug vom 10. Oktober 2008 (act. II 15 S. 8) der 1. April 2009 (Art. 29 Abs. 1 IVG in Kraft seit 1. Januar 2008; vgl. BGE 138 V 475, E. 3.4 S. 480). Auf diesen Zeitpunkt hin ist der Einkommensvergleich vorzunehmen.

**4.2.1** Der Beschwerdeführer arbeitete zuletzt (seit 1996) als ... für die Q.\_\_\_\_\_ AG (act. II 15 S. 5, act. II 17, 29 S. 98). Dieses Arbeitsverhältnis wurde aus gesundheitlichen Gründen per September 2009 aufgelöst (act. II 40.5 S. 1). Es ist somit davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer im Gesundheitsfall immer noch in unverändertem Umfang von 100 % (act. II 29 S. 98) für die Q.\_\_\_\_\_ AG tätig wäre, weshalb das Valideneinkommen grundsätzlich aufgrund des zuletzt – ohne Invalidität – erzielten Lohnes festzustellen ist (vgl. E. 4.1.1 hiervor). Gemäss IK-Auszug hat der Beschwerdeführer im Jahr 2006 ein Jahreseinkommen von Fr. 60'083.-- erzielt (act. II 18 S. 2). Dem Fragebogen Arbeitgeber vom 18. November 2008 (act. II 17) ist zu entnehmen, dass dem Beschwerdeführer zu Beginn des Jahres 2007 ein Monatslohn von Fr. 5'080.-- ausgerichtet wurde (act. II 17 S. 2). Zu Gunsten des Beschwerdeführers ist damit ausgehend von diesem Monatslohn von einem jährlichen Einkommen von Fr. 66'040.-- (für das Jahr 2007 [Fr. 5'080.-- x 13 Monate) auszugehen. Aufindexiert auf das Jahr 2009 (Bundesamt für Statistik [BFS], Nominallohnindex Männer 2006 – 2010, Tabelle T1.1.05, Total, Index Jahr 2007: 102.8 Punkte; Index Jahr 2009: 107.2 Punkte) resultiert ein Valideneinkommen von Fr. 68'867.-- (Fr. 66'040.-- / 102.8 x 107.2).

**4.2.2** Da der Beschwerdeführer keiner ihm zumutbaren angepassten Tätigkeit nachgeht, sind für die Berechnung des Invalideneinkommens die Tabellenlöhne heranzuziehen (vgl. E. 4.1.2 hiervor). Abgestellt auf die LSE 2008, Tabelle TA1, Anforderungsniveau 4 (Einfache und repetitive Tätigkeiten), Total, Männer, ist von einem Einkommen von Fr. 4'806.-- pro Monat bzw. Fr. 57'672.-- pro Jahr auszugehen. Umgerechnet auf die betriebsübli-

che Wochenarbeitszeit von 41.6 Stunden (BFS, Betriebsübliche Arbeitszeit [BUA], Total, 2009) und aufindexiert auf das Jahr 2009 (BFS, Nominallohnindex Männer 2006 – 2010, Tabelle T1.1.05, Total, Index Jahr 2008: 105.0 Punkte; Index Jahr 2009: 107.2 Punkte) ergibt dies ein Einkommen von jährlich Fr. 61'236.-- (Fr. 57'672.-- / 40 x 41.6 / 105.0 x 107.2). Unter Berücksichtigung der Arbeitsfähigkeit 80 % (vgl. E. 3.6 hiavor) resultiert ein Invalideneinkommen von Fr. 48'988.--. Da den medizinischen Einschränkungen bereits mit der reduzierten Arbeits- und Leistungsfähigkeit umfassend Rechnung getragen wird, besteht weder für einen behinderungsbedingten Abzug Raum (vgl. u.a. Entscheid des BGer vom 7. März 2014, 9C\_841/2013, E. 4.6) noch liegen andere Gründe (vgl. BGE 135 V 297 E. 5.2 S. 301) vor, welche Anlass zu einem Abzug vom Tabellenlohn geben.

**4.3** Zusammenfassend resultiert bei einem Valideneinkommen von Fr. 68'867.-- und einem Invalideneinkommen von Fr. 48'988.-- eine invaliditätsbedingte Erwerbseinbusse von Fr. 19'879.--, was einem IV-Grad von gerundet (BGE 130 V 121 E. 3.2 und 3.3 S. 125) 29 % entspricht und damit keinen Anspruch auf eine Invalidenrente begründet (vgl. E. 2.3 hiavor).

Nach dem Dargelegten ist die angefochtene Verfügung vom 2. September 2016 (act. II 136) nicht zu beanstanden. Die Beschwerde ist deshalb abzuweisen.

## **5.**

**5.1** Zu prüfen bleibt der Anspruch auf unentgeltliche Rechtspflege.

Auf Gesuch hin befreit die Verwaltungsjustizbehörde eine Partei von den Kosten- und allfälligen Vorschuss- sowie Sicherstellungspflichten, wenn die Partei nicht über die erforderlichen Mittel verfügt und ihr Rechtsbegehren nicht aussichtslos erscheint. Unter den gleichen Voraussetzungen kann überdies einer Partei eine Anwältin oder ein Anwalt beigeordnet werden, wenn die tatsächlichen und rechtlichen Verhältnisse es rechtfertigen (Art. 61 lit. f ATSG sowie Art. 111 Abs. 1 und 2 VRPG; SVR 2011 IV Nr. 22 S. 61 E. 2, 2011 UV Nr. 6 S. 22 E. 6.1).

Die Bedürftigkeit des Beschwerdeführers ist mit dem Sozialhilfebudget (Beschwerdebeilage [BB] 4) ausgewiesen. Des Weiteren kann das Verfahren nicht von vornherein als aussichtslos bezeichnet werden und die Beiordnung eines Anwaltes ist mit Blick auf die Komplexität der sich stellenden Rechtsfragen geboten. Dem Beschwerdeführer ist somit die unentgeltliche Rechtspflege und Beiordnung von Fürsprecher und Notar B. \_\_\_\_\_ als amtlicher Anwalt zu gewähren.

**5.2** Gemäss Art. 69 Abs. 1<sup>bis</sup> IVG ist das Beschwerdeverfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht in Streitigkeiten um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen kostenpflichtig. Die Kosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festzulegen.

Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat der unterliegende Beschwerdeführer die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.--, zu tragen (Art. 108 Abs. 1 VRPG). Aufgrund der gewährten unentgeltlichen Rechtspflege wird der Beschwerdeführer – unter Vorbehalt der Nachzahlungspflicht gemäss Art. 123 der schweizerischen Zivilprozessordnung vom 19. Dezember 2008 (ZPO; SR 272) – jedoch von der Zahlungspflicht befreit (Art. 113 VRPG).

**5.3** Bei vorliegendem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Umkehrschluss aus Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG).

**5.4** Aufgrund der gewährten unentgeltlichen Rechtspflege unter Beiordnung von Fürsprecher und Notar B. \_\_\_\_\_ bleibt dessen amtliches Honorar festzulegen.

Gemäss Art. 42 des kantonalen Anwaltsgesetzes vom 28. März 2006 (KAG; BSG 168.11) bezahlt der Kanton den amtlich bestellten Anwältinnen und Anwälten eine angemessene Entschädigung, die sich nach dem gebotenen Zeitaufwand bemisst und höchstens dem Honorar gemäss der Tarifordnung für den Parteikostenersatz entspricht. Bei der Festsetzung des gebotenen Zeitaufwandes sind die Bedeutung der Streitsache und die Schwierigkeit des Prozesses zu berücksichtigen. Auslagen und Mehrwertsteuer werden zusätzlich entschädigt (Abs. 1). Die Aufwendungen für die

Erlangung des Rechts auf unentgeltliche Rechtspflege sind nach den gleichen Regeln zu entschädigen (Abs. 3). Nach Art. 42 Abs. 4 KAG i.V.m. Art. 1 der Verordnung vom 20. Oktober 2010 über die Entschädigung der amtlichen Anwältinnen und Anwälte (EAV; BSG 168.711) beträgt der Stundenansatz Fr. 200.--.

Die von Fürsprecher und Notar B.\_\_\_\_\_ eingereichte Kostennote vom 12. Januar 2017 bzw. der geltend gemachte zeitliche Aufwand von 15 Std. 55 min. ist nicht zu beanstanden. Gestützt darauf ist der tarifmässige Parteikostenersatz auf total Fr. 4'346.25 festzusetzen (Honorar: Fr. 3'980.--; Auslagen: Fr. 44.30; MWSt.: Fr. 321.95). Davon ist Fürsprecher und Notar B.\_\_\_\_\_ nach Eintritt der Rechtskraft dieses Urteils aus der Gerichtskasse ein amtliches Honorar von Fr. 3'183.-- (15 Std. 55 min. x Fr. 200.--) zuzüglich Auslagen von Fr. 44.30 und MWSt. von Fr. 258.20 (8 % von Fr. 3'227.30), somit eine Entschädigung von total Fr. 3'485.50, auszurichten. Vorbehalten bleibt die Nachzahlungspflicht des Beschwerdeführers gegenüber dem Kanton O.\_\_\_\_\_ entsprechend den Voraussetzungen von Art. 123 ZPO.

#### **Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:**

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege und Beiordnung von Fürsprecher und Notar B.\_\_\_\_\_ als amtlicher Anwalt wird gutgeheissen.
3. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer zur Bezahlung auferlegt. Aufgrund der gewährten unentgeltlichen Rechtspflege wird der Beschwerdeführer – unter Vorbehalt der Nachzahlungspflicht gemäss Art. 123 ZPO – jedoch von der Zahlungspflicht befreit.

4. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
5. Der tarifmässige Parteikostenersatz des amtlichen Anwalts wird in diesem Verfahren auf Fr. 4'346.25 (inkl. Auslagen und MWSt.) festgesetzt. Davon wird Fürsprecher und Notar B. \_\_\_\_\_ nach Eintritt der Rechtskraft dieses Urteils aus der Gerichtskasse eine auf Fr. 3'485.50 festgesetzte Entschädigung (inkl. Auslagen und MWSt.) vergütet. Vorbehalten bleibt die Nachzahlungspflicht nach Art. 123 ZPO.
6. Zu eröffnen (R):
  - Fürsprecher und Notar B. \_\_\_\_\_ z.H. des Beschwerdeführers
  - IV-Stelle O. \_\_\_\_\_
  - Bundesamt für Sozialversicherungen
  - Steuerverwaltung des Kantons O. \_\_\_\_\_, Bereich Inkasso, Postfach 8334,  
3001 O. \_\_\_\_\_

Der Kammerpräsident:

Der Gerichtsschreiber:

#### **Rechtsmittelbelehrung**

Gegen dieses Urteil kann innert 30 Tagen seit Zustellung der schriftlichen Begründung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten gemäss Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesgericht (BGG; SR 173.110) geführt werden.