



Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 22. Februar 2018 (720 17 309 / 55)

Invalidenversicherung

Beweiswürdigung eines externen psychiatrischen Verwaltungsgutachtens.

Besetzung Präsidentin Eva Meuli, Kantonsrichter Christof Enderle, Kantonsrichter Jgnaz Jermann, Gerichtsschreiber Stephan Paukner

Parteien **A.**____, Beschwerdeführer, vertreten durch Dr. Axel Delvoigt, Advokat, St. Johannis-Vorstadt 23, Postfach 1328, 4001 Basel

gegen

IV-Stelle Basel-Landschaft, Hauptstrasse 109, 4102 Binningen,
Beschwerdegegnerin

Betreff IV-Rente

A. Der 1966 geborene A.____ meldete sich erstmals Mitte Januar 2012 unter Hinweis auf einen im November 2011 erlittenen Hirnschlag bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an. Nach Abklärung der gesundheitlichen und erwerblichen Verhältnisse lehnte die IV-Stelle Basel-Landschaft (IV-Stelle) mit Verfügung vom 20. Januar 2014 den Rentenanspruch des Versicherten mangels Erfüllung des Wartejahres ab. Diese Verfügung erwuchs in Rechtskraft. Mit einer weiteren Verfügung vom 12. Juni 2014 wies sie den Anspruch

auf Arbeitsvermittlung des Versicherten mit der Begründung ab, dass ihm jegliche Hilfsarbeiten ohne besonderen Zeitdruck und ohne ausgesprochene Stressbelastung seit dem 20. April 2012 vollumfänglich zumutbar seien. Eine hiergegen erhobene Beschwerde wies das Kantonsgericht des Kantons Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht), mit Urteil vom 20. November 2014 im Wesentlichen mit der Begründung ab, dass die psychischen Gesundheitsbeeinträchtigungen des Versicherten gemäss dem überzeugenden Gutachten der Medizinischen Abklärungsstelle Ostschweiz (Medas) vom 30. Oktober 2013 keinen invalidisierenden Gesundheitsschaden bewirken würden. Dieses Urteil erwuchs in Rechtskraft.

B. Am 18. Juni 2015 meldete sich der Versicherte unter Hinweis auf seit seinem Schlaganfall bestehende neurologische Einschränkungen und Kopfschmerzen sowie chronische psychische Störungen erneut bei der IV zum Leistungsbezug an. Nach Abklärung der gesundheitlichen und erwerblichen Verhältnisse, namentlich nach Einholung eines psychiatrischen Gutachtens bei Dr. med. B.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, vom 17. September 2016, wies die IV-Stelle das Leistungsgesuch des Versicherten mit Verfügung vom 18. August 2017 ab.

C. Hiergegen erhob der Versicherte am 11. September 2017 Beschwerde beim Kantonsgericht. In seiner Beschwerdebegründung vom 13. Oktober 2017 beantragte er, mittlerweile vertreten durch Advokat Dr. Axel Delvoigt, dass die angefochtene Verfügung der IV-Stelle aufzuheben und ihm ab Dezember 2016 mindestens eine Viertelsrente der IV zuzusprechen sei. Eventualiter sei die Angelegenheit zur weiteren Abklärung an die IV-Stelle zurückzuweisen, unter o/e-Kostenfolge. Zusammenfassend liess er geltend machen, dass auf das Gutachten von Dr. B.____ nicht abgestellt werden könne, da dieser voreingenommen gewesen sei.

D. Die IV-Stelle schloss mit Vernehmlassung vom 15. Dezember 2017 auf Abweisung der Beschwerde.

Die Einzelheiten der Parteistandpunkte ergeben sich – soweit sie für den Entscheid von Bedeutung sind – aus den nachfolgenden Erwägungen.

Das Kantonsgericht zieht **in Erwägung** :

1. Gemäss Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) vom 19. Juni 1959 kann gegen Verfügungen der kantonalen IV-Stellen bei dem vom Kanton bezeichneten Versicherungsgericht am Ort der IV-Stelle innerhalb von 30 Tagen Beschwerde erhoben werden. Das Kantonsgericht ist deshalb gemäss § 54 Abs. 1 lit. d des Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 örtlich und sachlich zuständig. Auf die im Übrigen frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde ist demnach einzutreten.

2.1 Anspruch auf eine Rente haben nach Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) vom 19. Juni 1959 Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder ihre Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmass-

nahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40% arbeitsunfähig gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40% invalid sind (lit. c).

2.2 Nach Art. 6 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000 ist die Arbeitsunfähigkeit die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten (Satz 1). Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem andern Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Satz 2). Als Invalidität gilt nach Art. 8 ATSG die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Sie kann im IV-Bereich Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Unter 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 allgemeinen Arbeitsmarkt zu verstehen (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind nach Art. 7 Abs. 2 ATSG ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen (Satz 1). Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Satz 2).

3.1 Nach Art. 28 Abs. 2 hat die versicherte Person Anspruch auf eine ganze Rente, wenn sie zu mindestens 70%, auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie zu mindestens 60%, auf eine halbe Rente, wenn sie zu mindestens 50% und auf eine Viertelsrente, wenn sie zu mindestens 40% invalid ist.

3.2 Für die Bemessung der Invalidität von erwerbstätigen Versicherten ist Art. 16 ATSG anwendbar (Art. 28a Abs. 1 IVG). Danach ist der IV-Grad aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu 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 (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden. Aus der Einkommensdifferenz lässt sich der IV-Grad bestimmen (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 128 V 30 E. 1).

3.3 Bei der Feststellung des Gesundheitszustandes und insbesondere auch bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einer versicherten Person ist die rechtsanwendende Behörde - die Verwaltung und im Streitfall das Gericht - auf Unterlagen angewiesen, die vorab von Ärztinnen und Ärzten zur Verfügung zu stellen sind. Deren Aufgabe ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 115 V 134 E. 2, 114 V 314 E. 3c, 105 V 158 E. 1 in fine). Darüber hinaus bilden die ärztlichen Stellungnahmen eine wichtige Grundlage für

die Beurteilung der Zumutbarkeit, also der Frage, welche anderen Erwerbstätigkeiten als die zuletzt ausgeübte Berufstätigkeit von der versicherten Person auf dem allgemeinen, ausgeglichenen und nach ihren persönlichen Verhältnissen in Frage kommenden Arbeitsmarkt zumutbarerweise noch verrichtet werden können (ULRICH MEYER-BLASER, Zur Prozentgenauigkeit in der Invaliditätsschätzung, in: Schaffhauser/Schlauri [Hrsg.], Rechtsfragen der Invalidität in der Sozialversicherung, St. Gallen 1999, S. 20 f. mit Hinweisen).

3.4 Das Gericht hat die medizinischen Unterlagen nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (vgl. Art. 61 lit. c ATSG) - wie alle anderen Beweismittel - frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs 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. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist also entscheidend, 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 der Expertin oder des Experten 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 (BGE 125 V 352 E. 3a, 122 V 160 E. 1c).

3.5 Dennoch erachtet es die bundesgerichtliche Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (vgl. die ausführliche Zusammenstellung dieser Richtlinien in BGE 125 V 352 E. 3b mit zahlreichen Hinweisen; vgl. dazu auch BGE 135 V 469 f. E. 4.4 und 4.5). So ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärztinnen und -ärzte, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 353 E. 3b/bb mit weiteren Hinweisen). Berichten versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen und (Akten-)Berichten von Sachverständigen, die nicht im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholt werden, erkennt die Rechtsprechung ebenfalls Beweiswert zu. Es ist allerdings zu betonen, dass ihnen praxisgemäss nicht dieselbe Beweiskraft wie einem gerichtlichen oder einem im Verfahren nach Art. 44 ATSG vom Versicherungsträger in Auftrag gegebenen Gutachten zukommt (BGE 135 V 469 ff. mit Hinweis).

3.6 Die Verwaltung als verfügende Instanz und im Beschwerdefall das Gericht dürfen eine Tatsache nur dann als bewiesen annehmen, wenn sie von ihrem Bestehen überzeugt sind. Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Ab-

weichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blossе Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisanforderungen nicht (BGE 115 V 142 E. 8b mit zahlreichen weiteren Hinweisen; THOMAS LOCHER, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 3. Auflage, Bern 2003, S. 451 Rz 43 ff.).

4.1 Streitig und zu prüfen ist, ob der Beschwerdeführer Anspruch auf eine IV-Rente hat und in diesem Zusammenhang, wie hoch seine Restarbeitsfähigkeit ausfällt. Im Zentrum der medizinischen Beurteilung der gesundheitlichen Verhältnisse des Beschwerdeführers und dessen Arbeitsfähigkeit steht das von der IV-Stelle in Auftrag gegebene Verwaltungsgutachten vom 17. September 2016. Darin erhebt Dr. B._____ keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bestünde eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren. Den anamnestischen Angaben zufolge leide der Explorand an Kopfschmerzen im Bereich der linken Kopfhälfte. Die Schmerzen seien dauernd vorhanden, beim Gehen und Spazieren würden sie sich etwas verbessern. Seit Ende August 2016 nehme der Explorand abends 15 Tropfen Surmontil ein. Er könne damit aber nicht besser einschlafen. Bereits früher sei er mit Remeron und Saroten behandelt worden; auch diese Behandlung habe nicht zur Verbesserung der Schlafstörungen geführt. Der Psychiater gebe ihm Medikamente. Diese Behandlung habe seine Beschwerden bis jetzt nicht verändert. Mit seiner Frau verstehe er sich gut. Seit er nicht mehr arbeite und mehr zu Hause sei sowie vermehrt unter Kopfschmerzen leide, sei er etwas nervös. Es komme gelegentlich zu Streitigkeiten. Die im Jahr 2000 geborene Tochter leide seit 2003 unter einer Epilepsie und habe Mühe beim Sprechen. Die Beziehung mit den Kindern sei gut. Er gehe meistens gegen Mitternacht ins Bett, sei oft schon gegen 4 Uhr morgens wach. Wenn er wach sei, sei er unzufrieden, hadere mit dem Schicksal. Es belaste ihn, dass er keine Arbeit habe. Vormittags und nachmittags mache er mindestens einen einstündigen Spaziergang. Dabei suche er oft Cafés und Restaurants auf, wo er sich mit Kollegen treffe. Regelmässig treffe er sich auch mit einem Freund. Man besuche sich gegenseitig. Es sei ihm langweilig. Er habe nichts zu tun, dies belaste ihn. Seine Ehefrau führe den Haushalt. Er mache wenig zu Hause, gehe aber gelegentlich einkaufen, um die Zeit tot zu schlagen. Sein Sohn spiele Fussball, er begleite ihn zum Training und sehe sich seine Fussballspiele an. An den Wochenenden sei er mit der Familie zusammen. Das Leben sei nicht gut. Er habe wenig Hoffnung auf Besserung seiner Beschwerden. Er habe keine Perspektive, was ihn belaste. Würde es ihm gesundheitlich besser gehen, könnte er sich vorstellen zu arbeiten. In seinem jetzigen Zustand sei dies nicht möglich. Er habe Schmerzen und Angst, seine Beschwerden könnten sich verschlimmern, wenn er arbeiten würde. Sein Psychiater habe ihn jetzt in der Klinik D._____ angemeldet, er stehe auf der Warteliste.

Der Befunderhebung von Dr. B._____ zufolge habe der Explorand einen gepflegten Eindruck hinterlassen. Er habe sich leicht verlangsamt bewegt, die Stimmung sei herabgesetzt gewesen, gelegentlich auch etwas depressiv. Als der Explorand über seine behinderte Tochter gesprochen habe, habe er geweint. Das Denken sei von seinen körperlichen Beschwerden und seiner schwierigen sozialen Situation, seiner Langeweile und seinen fehlenden beruflichen Perspektiven geprägt gewesen. Auf Anfrage hin habe er geäussert, Angst zu haben, dass sich seine Kopfschmerzen verschlimmern würden, wenn er sich zu sehr anstrenge. Ansonsten habe er auf Nachfrage keine Ängste angegeben, die ihn im Alltag beeinträchtigen würden. Er habe einen

wachen Eindruck hinterlassen und sei bewusstseinsklar gewesen. Die Beobachtungen und Feststellungen hätten auf durchschnittliche Intelligenzleistungen hingewiesen. Während der ganzen Untersuchung habe er keine Zeichen von Konzentrationsschwäche gezeigt. Er habe keine Phobien erwähnt. Aus seinen Schilderungen hätten sich keine Hinweise auf Veränderungen der Stimmung bzw. des Antriebs im Verlaufe des Tages ergeben. Über einen Lebensverleider, Suizidgedanken oder Suizidphantasien habe er nicht berichtet.

Der psychiatrischen Beurteilung von Dr. B._____ vom 17. September 2016 ist zu entnehmen, dass das Ausmass der geklagten Schmerzen und die subjektive Überzeugung, aufgrund der Schmerzen nicht mehr arbeiten zu können, nicht hinreichend objektiviert werden könne. Es müsse eine psychische Überlagerung angenommen werden. Ausser der seit Jahren bestehenden Arbeitslosigkeit hätten im Vorfeld der Schmerzüberlagerung keine wesentlichen psychosozialen Belastungen bestanden. Der Explorand klagte zwar über starke Kopfschmerzen, gestalte den Tag aber dennoch aktiv, unternahme Spaziergänge, halte sich täglich in verschiedenen Cafés und Restaurants auf, fahre Fahrrad und Auto. Die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung könne somit nicht gestellt werden. Es handle sich um eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren. Der Explorand langweile sich, die wirtschaftliche Familiensituation sei angespannt. Er leide auch unter der Behinderung seiner Tochter und habe keine beruflichen Perspektiven. All dies habe dazu beigetragen, dass er leichtgradig depressiv sei. Es handle sich um leichte depressive Verstimmungen, die im Rahmen der Schmerzstörung eingeordnet werden könnten. Die depressive Verstimmung sei durch die psychosozialen Belastungen ausgelöst worden. Hinweise auf eine eigenständige, depressive Erkrankung würden sich keine finden lassen. Der Explorand habe eine sehr gute Beziehung zu seiner Ehefrau und seinen Kindern. Er unternahme täglich Spaziergänge, treffe sich mit einem Kollegen und habe seit Jahren eine stabile Beziehung mit einem guten Freund. Auch sei er mit dem Fahrrad und mit dem Auto unterwegs. Es liessen sich somit keine Hinweise für mittelgradige oder schwere depressive Verstimmungen finden. Ausser einer gewissen Besorgnis, dass eine schwere Arbeit die Kopfschmerzen verschlimmern oder allenfalls einen erneuten Hirnschlag auslösen könnte, habe der Explorand keine Ängste angegeben, die ihn im Alltag einschränken würden. Eine Angststörung könne daher nicht diagnostiziert werden.

4.2 An weiteren medizinischen Akten sind sodann – in chronologischer Reihenfolge – folgende weitere Unterlagen beachtlich:

4.2.1 Dem polydisziplinären Gutachten der Medas vom 30. Oktober 2013 kann entnommen werden, dass keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit erhoben werden könnten. Es seien keine neurologischen Fähigkeitsstörungen nachweisbar. Trotz eines Status nach rechtsseitigem Thalamusinfarkt fänden sich keine neurologischen Ausfälle. Die beklagte Sensibilitätsstörung imponiere weniger somatisch, sondern mehr als Symptom einer psychischen Störung im Sinne einer algogenen Hypästhesie und –algesie. Nebst einer leichten depressiven Episode sowie der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung gebe es keine Hinweise auf psychiatrische Diagnosen. In neuropsychologischer Hinsicht könnten insgesamt leichte bis vereinzelt mittelschwere kognitive Minderleistungen vorwiegend im Bereich der Aufmerksamkeit und des Gedächtnisses festgestellt werden. Vordergründig bestünden eine Schmerzsymptoma-

tik sowie eine psychische Befindlichkeit bei allenfalls verminderter Anstrengungsbereitschaft. Der Explorand schein sich selbst kaum mehr arbeitsfähig zu sehen. Internistisch, rheumatologisch und neurologisch fänden sich keine Schädigungen oder Fähigkeitsstörungen mit Auswirkungen auf das langfristige berufliche Leistungsvermögen. Auch psychiatrisch könne keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit erkannt werden. Theoretisch seien aus neuropsychologischer Sicht ebenfalls Hilfsarbeitertätigkeiten denkbar. Aus polydisziplinärer Gesamtsicht resultiere, dass die Arbeitsfähigkeit in den zuletzt ausgeübten Tätigkeiten nicht eingeschränkt sei. Eine Arbeitsunfähigkeit habe für höchstens wenige Monate nach dem kleinen ischämischen Insult der rechten Thalamusregion bestanden. Für adaptierte Tätigkeiten bestehe somatisch, psychiatrisch und neuropsychologisch ebenfalls keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Als adaptiert seien einfache, angelernte Tätigkeiten wie zuvor ohne besonderen Zeitdruck oder ausgesprochene Stressbelastung zu bezeichnen. Die Arbeitsprognose werde allerdings durch viele soziale, IV-fremde Faktoren wie eine Migrationsproblematik, bescheidene Schul- und Deutschkenntnisse, eine vieljährige Erwerbsabstinenz, eine Selbstlimitierung sowie eine subjektive Krankheitsüberzeugung getrübt.

4.2.2 Gemäss Bericht des behandelnden Psychiaters Dr. C.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, vom 6. Dezember 2015 befinde sich der Versicherte seit Ende Oktober 2014 regelmässig in ambulanter Behandlung. Ausschlaggebend sei eine Zuweisung durch den Hausarzt gewesen, da es im sozialen Umfeld des Patienten zu Schwierigkeiten gekommen sei. Das Zusammenleben mit dem Versicherten sei für seine Umgebung zur Belastung geworden, weshalb der Hausarzt eine ambulante Behandlung für angebracht gehalten habe. Zu diagnostizieren sei eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom, eine generalisierte Angststörung sowie eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung mit chronischen, frontalbetonten Kopfschmerzen. Seit 2011 bestünden permanente Kopfschmerzen. Im Verlauf der Behandlung habe sich gezeigt, dass die Aussage, wonach keine Ursache für den ischämischen Insult im November 2011 habe gefunden werden können, den Patienten stark verunsichere und verängstige. Im Hintergrund stehe die Befürchtung, dass er sich möglicherweise überlaste und dies zu einem erneuten Auftreten eines vergleichbaren Ereignisses führen könne. Die Ungewissheit, welcher Art das damalige Ereignis gewesen sei und durch welche Umstände es zu einem möglicherweise erneuten Auftreten kommen könne, belaste den Patienten nachhaltig. Er zeige sich durchaus motiviert für eine Arbeitstätigkeit. Gleichzeitig verunsichere es ihn, dass eine Arbeitstätigkeit zum Wiederauftreten eines Insults beitragen könnte. Es sei für den Patienten schwierig, aus dieser „Double-Blind-Situation“ herauszukommen. Die vielseitigen, bisher erfolglosen Bemühungen um eine neue Arbeitsstelle würden ihn zusätzlich belasten. Im Laufe der Zeit sei er zur Überzeugung gelangt, dass er am Arbeitsmarkt keine Chance mehr habe. Dies gebe ihm das Gefühl, nutzlos, überflüssig, nicht mehr brauchbar und somit ein nutzloses Mitglied der Gesellschaft zu sein. Die Zukunftsperspektive, dauerhaft von der Sozialhilfe abhängig zu sein, wirke sich zusätzlich demotivierend auf seine Psyche aus. Von einer antidepressiven Medikation habe er nicht überzeugend profitieren können, weshalb diese zwischenzeitlich wieder gestoppt worden sei. Im gegenwärtigen Zustand sei der Patient vollständig arbeitsunfähig und am real existierenden Arbeitsmarkt nicht vermittelbar.

4.2.3 Gemäss Bericht über das Vorgespräch der Klinik D.____ vom 6. September 2016 sei eine rezidivierende depressive Störung gegenwärtig mittelgradige Episode zu diagnostizieren. Der Patient berichte, unter der Symptomatik einer mittelgradigen depressiven Episode zu leiden. Diese sei deutlich erschöpfungsbetonter und agitierter Art. Er erwähne, im Jahr 2011 einen Hirnschlag erlitten zu haben und seither unter wiederkehrenden linksseitigen Kopfschmerzen sowie unter einer unruhe- und spannungsvollen depressiven Symptomatik mit erheblichen Selbstzweifeln, existentieller Perspektivenlosigkeit und negativem Denken bis hin zu parasuizidalen Phantasieren zu leiden. Da trotz medikamentöser Behandlung keine entscheidende Besserung der agitierten depressiven Symptomatik habe erzielt werden können und die Alltagsbewältigung zunehmenden Einschränkungen unterliege, habe ihm nun sein Psychiater wegen anhaltender depressiver Symptomatik bei psychosozialer Überlastung dringlich zu einer stationären Behandlung in der Klinik geraten. In der klinischen Untersuchung habe der Patient deutlich unruhig, bedrückt und verunsichert gewirkt und geringfügige Konzentrationsstörungen aufgewiesen. Im formalen Denken sei er leicht verlangsamt und deutlich eingeengt gewesen. Hinsichtlich der Affektivität sei eine mittelgradige Affektarmut festzustellen gewesen. Er sei mittelgradig deprimiert und würde häufig eine Hoffnungslosigkeit beklagen. Er sei immer wieder ängstlich und von schwerer innerlicher Unruhe belastet. Es bestünden mittelgradig ausgeprägte Insuffizienzgefühle. Der Patient sei mittelgradig affektlabil und mittelgradig antriebsarm. Er zeige ein deutliches soziales Rückzugsverhalten und Suizidgedanken ohne Ausführungsabsichten. Die Behandlung der Depression sowie der mit der sozialen Rückzugsproblematik verknüpften psychodynamischen Hintergründe sei im Hinblick auf die Wiederherstellung und Gewährleistung der Alltagsbewältigung in einem geschützten stationären Setting dringend indiziert. Die Behandlung werde voraussichtlich vier bis sechs Wochen dauern.

4.2.4 Der Austrittsmeldung der Klinik D.____ vom 21. Oktober 2016 zufolge sei in erster Linie eine rezidivierende depressive Störung gegenwärtig mittelgradige Episode zu diagnostizieren. Der Patient sei vom 11. bis 21. Oktober 2016 stationär behandelt worden. Er trete auf eigenen Wunsch wegen verschlimmerten Kopfbeschwerden sowie wegen massiver Schlafstörungen aus der Klinik aus. Die weitere Behandlung erfolge durch Dr. C.____.

4.2.5 Gemäss Austrittsbericht der Klinik D.____ vom 15. Dezember 2016 sei hauptsächlich eine rezidivierende depressive Störung gegenwärtig mittelgradige Episode zu diagnostizieren. Darüber hinaus seien als Nebendiagnosen nebst einem Status nach cerebrovaskulärem Insult im November 2011, einem chronifizierten Schmerzsyndrom wegen Spannungskopfschmerzen und Lumbalgien sowie einer essentiellen arteriellen Hypertonie auch Belastungen in Verbindung mit der beruflichen Situation infolge krankheitsbedingter Stellenlosigkeit zu erheben. Für den Patienten sei es immer schwieriger geworden, seinen Alltag zu bewältigen. Da trotz medikamentöser Behandlung keine Besserung der agitierten depressiven Symptomatik habe erzielt werden können, sei durch den behandelnden Psychiater die Zuweisung zur stationären Behandlung erfolgt. Beim Eintritt habe eine deutlich depressive Symptomatik bestanden. Die Grundstimmung sei mittelgradig deprimiert gewesen. Als Belastungsfaktoren habe der Patient seine andauernde Schmerzsymptomatik und die daraus resultierende Arbeitslosigkeit genannt. Familiäre Belastungen würden diese Faktoren ergänzen. Beim Eintritt habe der Patient das Ziel formuliert, wieder gesund zu werden und arbeiten zu können. Während den Nächten sei er

ständig unruhig gewesen und habe oft nur bis zwei Stunden schlafen können. Dies habe ihn stark belastet. Für ein Paargespräch sei er nicht zu gewinnen gewesen. Generell habe er sich eher zurückgezogen und sei auf der Abteilung oft nicht präsent gewesen. Das sprachliche Verständnis sei während den therapeutischen Gesprächen deutlich eingeschränkt gewesen. Nach lediglich zehn Tagen habe er die Klinik nach einem Standortgespräch überstürzt verlassen, da seine Kopfschmerzen durch den Schlafmangel verstärkt worden seien und er nicht von einem Aufenthalt habe profitieren können. Beim Eintritt habe keine antidepressive Pharmakotherapie bestanden. In der Vergangenheit seien diverse Substanzen eingesetzt worden, die gemäss den Angaben des Patienten alle ohne Wirkung geblieben seien. Aufgrund der früheren, negativen Erfahrungen und der Ambivalenz gegenüber der aktuellen stationären Behandlung sowie deren kurzen Dauer sei kein erneuter pharmakologischer Behandlungsversuch erfolgt.

4.2.6 Im Zusammenhang mit den Berichten der Klinik D.____ (oben, Erwägungen 4.2.3. ff.) kann der im Rahmen des Vorbescheidverfahrens durch die IV-Stelle eingeholten Stellungnahme von Dr. B.____ vom 14. Juli 2017 entnommen werden, dass der Explorand beim Eintritt berichtet habe, vor allem unter psychosozialen Belastungen zu leiden. Während des Klinikaufenthalts sei die Compliance kaum vorhanden gewesen. Er habe auch kaum an den Therapien teilgenommen. Es bestehe der Verdacht, dass er in die Klinik eingetreten sei, um seine subjektive Krankheitsüberzeugung zu demonstrieren. Dem Austrittsbericht sei zu entnehmen, dass keine Bereitschaft bestanden habe, an seinen Problemen zu arbeiten. Wie bereits im Gutachten ausführlich dargelegt, habe der Explorand im Zeitpunkt der Begutachtung nicht unter depressiven Symptomen gelitten. Er gestaltete den Alltag aktiv, pflegte rege soziale Kontakte. Es bestünden bei ihm keinerlei Hinweise auf das Vorliegen einer länger dauernden depressiven Störung. Zusammenfassend sei trotz der in der Zwischenzeit eingegangenen Akten an den Schlussfolgerungen im Gutachten vom 17. September 2016 festzuhalten. Aus psychiatrischer Sicht bestehe keine Arbeitsunfähigkeit.

5. Vorab ist festzuhalten, dass der somatische Gesundheitszustand des Versicherten zwischen den Parteien zu Recht unbestritten geblieben ist (oben, Erwägung 4.2.1). Der Streit konzentriert sich auf die Frage, ob sich eine Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit in psychiatrischer Hinsicht begründen lässt. Die IV-Stelle hat in diesem Zusammenhang gestützt auf das Gutachten von Dr. B.____ (oben, Erwägung 4.1) auf eine vollständige Restarbeitsfähigkeit geschlossen.

5.1 Das Gutachten von Dr. B.____ ergibt ein insgesamt schlüssiges und kongruentes Bild betreffend die gesundheitliche Verfassung des Beschwerdeführers. Es erfüllt alle rechtsprechungsgemässen Voraussetzungen an ein beweiskräftiges Verwaltungsgutachten. Wie bereits ausgeführt (Erwägung 3.4 f. hiervor), ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärztinnen und -ärzte, die aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen. Solche Indizien liegen hier keine vor. Das fragliche Gutachten von Dr. B.____ ist – wie dies vom Bundesgericht verlangt wird – für die streitigen Belange umfassend. Es beruht auf

allseitigen Untersuchungen, berücksichtigt alle geklagten Beschwerden und ist in Kenntnis aller relevanten Vorakten abgegeben worden. Ebenso leuchtet es in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge bzw. der Beurteilung der medizinischen Situation ein, setzt sich mit den im Zeitpunkt seiner Erstellung vorhandenen, übrigen ärztlichen Einschätzungen auseinander und ist letztlich auch in seinen Schlussfolgerungen überzeugend ausgefallen. Insbesondere nimmt der psychiatrische Gutachter eine nachvollziehbare Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der Versicherten vor und kommt dabei zum Schluss, dass der Versicherte aus psychiatrischer Sicht sowohl in seiner vormals bis Juni 2010 ausgeübten, angestammten Tätigkeit als auch in jeglicher sonstigen Verweistätigkeit im Umfang von 100% arbeitsfähig ist.

5.2 Der Beschwerdeführer verweist zunächst auf die Berichte der Klinik D.____ und auf den Bericht von Dr. C.____ sowie auf die dort jeweils erhobene Hauptdiagnose einer rezidivierenden depressiven Störung gegenwärtig mittelgradige Episode. Aus dieser abweichenden Diagnosestellung alleine lässt sich allerdings nichts zu seinen Gunsten ableiten. Es ist darauf hinzuweisen, dass es wegen der unterschiedlichen Natur von Behandlungsauftrag der behandelnden Ärzte und dem Begutachtungsauftrag des von der IV-Stelle bestellten medizinischen Experten vorliegend nicht geboten ist, das Administrativgutachten von Dr. B.____ alleine deshalb in Frage zu stellen, weil die behandelnden Ärzte zu einer anderslautenden Einschätzung gelangt sind (BGE 124 I 170 E. 4 S. 175; Urteil des EVG I 506/00 vom 13. Juni 2001, E. 2b). Es liegt jedenfalls keine Ausnahme vor, wonach sich eine abweichende Beurteilung aufdrängen würde, weil entweder die Ärzte der Klinik D.____ oder der behandelnde Psychiater Dr. C.____ wichtige – insbesondere nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende – Aspekte benennen würden, die im Rahmen der Begutachtung durch Dr. B.____ unerkannt oder ungewürdigt geblieben wären (Urteil des Bundesgerichts I 514/06 vom 25. Mai 2007, E. 2.2.1, mit Hinweisen). Was den Bericht von Dr. C.____ vom 6. September 2016 betrifft, enthält dieser ausserdem keine psychopathologischen Befunde, sondern stützt sich ausschliesslich auf die subjektiv geklagten Beschwerden des Versicherten. Dr. C.____ schliesst mithin alleine aufgrund der Schilderungen des Beschwerdeführers auf eine vollständige Arbeitsunfähigkeit, was weder schlüssig noch nachvollziehbar ist. Wie Dr. B.____ verweist auch Dr. C.____ einzig auf die Angst des Versicherten vor einem erneuten ischiämischen Insult. Entgegen den zutreffenden Schlussfolgerungen von Dr. B.____, dass der Versicherte keine weiteren Ängste angegeben habe, die ihn in seinem Alltag einschränken würden, und deshalb auch keine Angststörung diagnostiziert werden könne, begründet der behandelnde Psychiater seine abweichende Diagnose einer Angststörung nicht. Gleiches gilt für die von Dr. C.____ erhobene Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung. Diese wird ebenfalls nicht begründet. Mit Blick auf die für eine somatoforme Schmerzstörung erforderliche Intensität der geklagten Beschwerden erweist es sich demgegenüber als nachvollziehbar, wenn Dr. B.____ in seinem Gutachten zum Schluss gelangt, dass diese Diagnose nicht gestellt werden könne, weil der Explorand zwar über starke Kopfschmerzen klagt, seinen Alltag aber dennoch aktiv zu gestalten in der Lage sei. Schliesslich wird die von Dr. C.____ erwähnte Belastung durch die bisher erfolglose Stellensuche ebenfalls durch Dr. B.____ aufgenommen und demnach auch mit berücksichtigt. Die Berichterstattung von Dr. C.____ vermag mit Blick auf das im Zentrum stehende Gutachten von Dr. B.____ deshalb keine abweichende Beurteilung der psychiatrischen Verhältnisse zu rechtfertigen.

5.3 Nicht anders ist in Bezug auf die Berichte der Klinik D.____ zu entscheiden. Diese attestieren dem Versicherten zwar eine depressive Störung mittelgradige Episode, schliessen aber wie Dr. B.____ ebenfalls auf ein chronisches Schmerzsyndrom. Jedenfalls ist ihnen – entgegen der Beurteilung von Dr. C.____ – weder die Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung noch jene einer eigenständigen Angststörung zu entnehmen. Insofern liegt keine Diskrepanz zur Einschätzung von Dr. B.____ vor. Die Einschätzungen des Gutachters und der Klinik D.____ unterscheiden sich einzig in Bezug auf die Ausprägung der depressiven Symptomatik. Diesbezüglich ist allerdings festzuhalten, dass die Ärzteschaft der Klinik D.____ – abweichend zu Dr. B.____ – die dem Versicherten verbleibenden Ressourcen weder erwähnt noch näher im Rahmen der rechtsprechungsgemäss massgebenden Standardindikatoren diskutiert hat (BGE 141 V 281 E. 6). Es tritt hinzu, dass aus dem Austrittsbericht der Klinik D.____ ein lege artis erhobener Psychostatus einzig in Bezug auf den Eintrittszeitpunkt hervor geht und sich für die Zeit nach dem Austritt ausserdem keine Angaben zur Arbeitsfähigkeit des Versicherten entnehmen lassen. Zumal anlässlich des stationären Aufenthalts eine sprachliche Verständigung offensichtlich schwierig war und somit auch keine Therapie stattfinden konnte, ist die Berichterstattung der Klinik D.____ unter diesen Umständen nicht geeignet, die gutachterliche Einschätzung von Dr. B.____ in Zweifel zu ziehen.

5.4 Der Beschwerdeführer lässt vorbringen, das Gutachten von Dr. B.____ sei in Zweifel zu ziehen, weil er allenfalls lediglich einmal pro Woche einen Kollegen treffe, ansonsten ausserhalb der Familie jedoch keine sozialen Kontakte pflege. Die im Gutachten aufgestellte Behauptung reger sozialer Kontakte sei deshalb unsorgfältig. Nachträgliche Äusserungen des Versicherten können indes nicht dazu führen, dass das Gutachten von Dr. B.____ in Zweifel gezogen werden muss, zumal auch keine Indizien bestehen, dass die detailliert geschilderten Alltagsaktivitäten in der gegenüber dem Gutachter berichteten Form nicht zutreffen würden. Dies gilt umso mehr, weil anlässlich der gutachterlichen Exploration eine Dolmetscherin zugegen war. Wenn der Versicherte berichtet hat, vormittags und nachmittags mindestens einen einstündigen Spaziergang zu machen und dabei oft Cafés und Restaurants aufzusuchen, wo er sich mit Kollegen treffe, darüber hinaus sich regelmässig auch mit einem Freund treffe und man sich gegenseitig besuche, kann jedenfalls nicht gesagt werden, die Schlussfolgerung von Dr. B.____ reger sozialer Kontakte sei unsorgfältig oder gar unzutreffend ausgefallen. Wenn der Gutachter in Übereinstimmung mit den Berichten sowohl der Klinik D.____ als auch von Dr. C.____ ausserdem festhält, dass die depressive Verstimmung des Versicherten nebst der Schmerzsituation auch durch die psychosozialen Belastungen ausgelöst worden ist, hat er entgegen der in der Beschwerde begründeten Auffassung durchaus den Umstand berücksichtigt, dass psychosoziale Aspekte ein krankheitsbedingtes Leiden verursachen oder verschlimmern können. Daraus alleine vermag der Beschwerdeführer jedenfalls nicht abzuleiten, dass die depressiven Verstimmungen einem eigenständigen Krankheitsbild entsprechen würden. Diese sind vielmehr im Rahmen der diagnostizierten chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren einzuordnen (oben, Erwägung 5.2 a.E.). Dass dabei lediglich eine depressive Episode leichter Ausprägung vorliegt, erweist sich angesichts der gegenüber dem Gutachter geschilderten Alltagsaktivitäten des Versicherten – an welchen dem Gesagten zufolge nicht zu zweifeln ist – als absolut nachvollziehbar. Daran vermögen auch die

in der Beschwerde im Übrigen vorgetragene Einwände im Zusammenhang mit dem Aufenthalt in der Klinik D._____ nichts zu ändern.

5.5 Der Beschwerdeführer macht weiter geltend, dass Dr. B._____ die erforderliche Objektivität habe vermissen lassen. Er bringt unter diesem Titel diverse Einwände vor, wonach eine Befangenheit und Voreingenommenheit des von der IV-Stelle bestellten Gutachters angenommen werden müsse. Entgegen dieser Auffassung erweist es sich in diesem Zusammenhang jedoch nicht als falsch, wenn Dr. B._____ in seiner Stellungnahme vom 14. Juli 2017 (oben, Erwägung 4.2.6) festhält, dass der Versicherte nicht zur Medikamenteneinnahme bereit gewesen sei. Aus dem Austrittsbericht der Klinik D._____ geht jedenfalls hervor, dass eine medikamentöse Behandlung deshalb nicht erfolgt sei, weil der Beschwerdeführer zu Beginn seines Aufenthalts darauf hingewiesen habe, dass die bisher eingenommenen Medikamente in der Vergangenheit keine Wirkung gezeigt hätten. Auf eine Voreingenommenheit des Gutachters kann daraus nicht geschlossen werden. Gleiches gilt in Bezug auf die von Dr. B._____ in dessen Stellungnahme vom 14. Juli 2017 getätigte Aussage einer mangelnden Compliance des Versicherten, da der Versicherte dem stationären Aufenthalt offenbar ambivalent gegenüber gestanden ist (oben, Erwägung 4.2.5). Als nicht stichhaltig erweist sich sodann das Argument, der Gutachter habe seinen Auftrag nur sehr einseitig wahrgenommen, weil er dem Umstand nicht weiter nachgegangen sei, dass der Versicherte während der Begutachtung beim Erwähnen seiner Tochter habe weinen müssen. Dass dieser Umstand den Versicherten belastet, geht aus den übrigen Berichten der behandelnden Ärzte nicht hervor. Mithin kann deshalb auch nicht davon gesprochen werden, der Gutachter hätte in Missachtung der gebotenen Objektivität hierzu keine weiteren Auskünfte eingeholt. Entgegen der in der Beschwerde vertretenen Auffassung bestehen letztlich auch keine Anhaltspunkte, dass der Gutachter zwecks Einholung sonstiger, fremdanamnestischer Angaben zwingend Rücksprache mit den behandelnden Ärzten hätte nehmen müssen. Die Angaben des Versicherten gaben hierzu jedenfalls keinen Anlass. Da in Bezug auf den vorzeitigen Klinikaustritt auch kein Austrittsgespräch stattgefunden hat, wären in dieser Hinsicht ohnehin keine ergänzenden Erkenntnisse über die im Austrittsbericht erwähnten Aussagen hinaus oder sonstige erweiterte Auskünfte über die Persönlichkeit oder die Compliance des Versicherten zu erwarten gewesen. Zumal vorliegend keine Rede von einer deutlich anderslautenden Beurteilung sein kann, vermag der Verzicht auf die Einholung fremdanamnestische Auskünfte das strittige Gutachten von Dr. B._____ im hier vorliegenden Fall daher nicht in Frage zu stellen (Urteil des Bundesgerichts vom 19. Oktober 2010, 9C_762/2010, E. 3.1).

5.6 Der Gutachter hat sich schliesslich auch eingehend mit den Standardindikatoren auseinandergesetzt (BGE 141 V 281 E. 6). Seine Schlussfolgerungen einer dem Beschwerdeführer weiterhin verbleibenden vollen Arbeitsfähigkeit sind umfassend und nachvollziehbar hergeleitet. Sie weisen in Gegenüberstellung mit den medizinischen Akten der behandelnden Ärzte keine Widersprüchliche oder fehlende Aspekte auf. Bei diesem Ergebnis kann aber keine invalidisierende Wirkung in Bezug auf die chronische Schmerzstörung des Beschwerdeführers begründet werden. Da eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit auch in somatischer Hinsicht verneint werden muss (oben, Erwägung 5), ist der vorinstanzliche Entscheid der IV-Stelle nicht zu beanstanden und es erübrigt sich eine Auseinandersetzung mit den weiteren, für einen Rentenanspruch erforderlichen Voraussetzungen. Die Beschwerde ist bei diesem Ergebnis abzuweisen.

6. Gemäss Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG sind Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Verfahrenskosten werden gestützt auf § 20 Abs. 3 VPO in der Regel in angemessenem Ausmass der unterliegenden Partei auferlegt. Vorliegend ist der Beschwerdeführer unterliegende Partei, weshalb die Verfahrenskosten, die praxisgemäss auf Fr. 800.— festgesetzt werden, ihm aufzuerlegen und mit dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe zu verrechnen sind. Die ausserordentlichen Kosten sind entsprechend dem Ausgang des Verfahrens wettzuschlagen.

Demgemäss wird **e r k a n n t** :

- ://:
1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
 2. Die Verfahrenskosten in der Höhe von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt und mit dem geleisteten Kostenvorschuss in Höhe von Fr. 800.-- verrechnet.
 3. Die ausserordentlichen Kosten werden wettgeschlagen.