

SO_GERICHTE VSBES.2014.210 vom 17. Juni 2014

SO Obergericht, 2014-06-17, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2014.210

FR: SO_GERICHTE VSBES.2014.210 du 17 juin 2014

IT: SO_GERICHTE VSBES.2014.210 del 17 giugno 2014

Erwägungen

E. 1

1.1 Der 1968 geborene A.____ arbeitete seit 1984 als Mechaniker, Monteur und CNC-Maschinenbediener bei verschiedenen Arbeitgebern, von 1995 bis 2005 als Kommissionierer bei der C.____, und zuletzt seit 2005 als Lagerist bei der D.____. Ab 20. Juli 2006 wurde er vollständig arbeitsunfähig geschrieben. Vom 22. November bis 11. Dezember 2006 wurde er wegen psychischen Beschwerden bei den Psychiatrischen Diensten, Erwachsenenpsychiatrie, Solothurn, hospitalisiert. Sein Hausarzt, E.____, attestierte in der Folge eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bis auf weiteres. Am 8. Mai 2007 löste die Arbeitgeberin das Arbeitsverhältnis aus gesundheitlichen Gründen auf den 31. August 2007 auf. Am 20. Juli 2007 meldete sich A.____ bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an, wobei er eine Invalidenrente beanspruchte. Die IV-Stelle des Kantons Solothurn veranlasste in der Folge eine interdisziplinäre (rheumatologische, neurologische und psychiatrische) versicherungsmedizinische Begutachtung in der F.____, welche im November 2007 durchgeführt wurde. Daraufhin lehnte die IV-Stelle den Anspruch des Versicherten auf berufliche Eingliederungsmassnahmen sowie eine Invalidenrente mit Verfügung vom 20. Oktober 2009 ab. Auf die dagegen erhobene Beschwerde trat das Versicherungsgericht des Kantons Solothurn mit rechtskräftigem Urteil vom 18. Januar 2010 nicht ein (VSBES.2009.295; IV-St. Beleg Nr. [IV-Nr.] 57 S. 2 ff.).

1.2 Am 29. Juli bzw. 17. August 2011 liess der Versicherte erneut ein Gesuch um Bezug von IV-Leistungen stellen. Zur Begründung wurde ausgeführt, sein Gesundheitszustand habe sich seit dem Jahr 2008 erheblich verschlechtert. In der Folge veranlasste die IV-Stelle am 13. Januar 2012 erneut eine interdisziplinäre (rheumatologische, neurologische und psychiatrische) versicherungsmedizinische Begutachtung in der F.____, welche im Oktober/November 2012 erfolgte. Mit Vorbescheid vom 4. April 2013 stellte die IV-Stelle die Abweisung des Antrags auf berufliche Eingliederungsmassnahmen und eine Invalidenrente in Aussicht. Daraufhin liess der Versicherte am 10. Mai 2013 einen Einwand erheben, wobei u.a. eventualiter beantragt wurde, es seien der F.____ verschiedene Ergänzungsfragen zur Beantwortung zu unterbreiten. Sodann liess er der IV-Stelle mit Eingabe vom 8. Juli 2013 einen Bericht von G.____ vom 12. Juni 2013 sowie einen Strafregisterauszug des Versicherten vom 21. Februar 2013 zustellen, welche in der Folge der F.____ zur Vernehmlassung zugestellt wurden. Nach Eingang der Stellungnahme der F.____ vom 4. Februar 2014 und nach Rücksprache mit dem Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) wies die IV-Stelle den Anspruch des Versicherten auf berufliche Eingliederungsmassnahmen sowie eine Invalidenrente im Sinne des Vorbescheids mit Verfügung vom 17. Juni 2014 ab. Dies wurde im Wesentlichen damit begründet, gemäss den Abklärungen liege nach wie vor spätestens seit Ende November 2007 (Zeitpunkt der ersten Begutachtung durch die F.____) keine medizinische Diagnose vor, welche eine länger dauernde Arbeitsunfähigkeit zu

begründen vermöge. Aus polydisziplinärer Sicht sei ihm sowohl die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Logistik-Assistent (Lagermitarbeiter) als auch jede andere Tätigkeit mit einem ähnlichen Anforderungsprofil nach wie vor vollumfänglich und ohne Leistungsminderung zuzumuten. Aus einer solchen Tätigkeit könne er ein Renten ausschliessendes Erwerbseinkommen erzielen (IV-Nr. 128).

E. 2

Aufgrund der Nichteinhaltung der Vorgaben von Art. 72 bis IVV sei die Nichtverwertbarkeit des polydisziplinären Gutachtens der F.____ festzustellen.

E. 2.2

Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht bei einem Invaliditätsgrad ab 40 % ein Anspruch auf eine Viertelsrente, ab 50 % auf eine halbe Rente, ab 60 % auf eine Dreiviertelsrente und ab 70 % auf eine ganze Rente. Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad 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; Art. 28a Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 16 ATSG).

E. 2.3

2.3.1 Gemäss Art. 17 Abs. 1 ATSG (vgl. auch Art. 86 ter -88 bis der Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV] sowie Art. 31 IVG) wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben, wenn sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich ändert. Anlass zur Revision einer Invalidenrente im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen (BGE 134 V 131 E. 3 S. 132 mit Hinweisen). Wird ein Gesuch um Revision eingereicht, ist darin glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität des Versicherten in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (Art. 87 Abs. 2 IVV in der seit 1. Januar 2012 geltenden, vorliegend anwendbaren Fassung). Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die Voraussetzungen nach Absatz 2 erfüllt sind (Art. 87 Abs. 3 IVV in der seit 1. Januar 2012 geltenden, vorliegend anwendbaren Fassung). Tritt der Versicherungsträger auf die Neuanmeldung ein, hat er – analog zu einem Revisionsfall nach Art. 17 ATSG – abzuklären, ob die glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist. Dies beurteilt sich durch Vergleich der Verhältnisse im Zeitpunkt der Neuanmeldung mit denjenigen bei Erlass der letzten, auf einer materiellen Prüfung des Anspruchs beruhenden Verfügung (BGE 130 V 71 E. 3.2.3 S. 75 ff.; vgl. auch BGE 133 V 108). Stellt der Versicherer fest, dass der Invaliditätsgrad keine Veränderung erfahren hat, so weist er das Gesuch ab. Andernfalls prüft er, ob die festgestellte Veränderung genügt, um eine anspruchsbegründende Invalidität zu bejahen, und entscheidet anschliessend über den Anspruch (Urteil des Bundesgerichts 8C_282/2012 vom 11. Mai 2012 E. 2). Analog zur erstmaligen Anspruchsbeurteilung sind zudem allfällige anspruchswirksame Veränderungen bis zum Verfügungserlass zu berücksichtigen (vgl. BGE 129 V 222). 2.3.2

Im vorliegenden Fall meldete sich der Beschwerdeführer am 20. Juli 2007 bei der IV-Stelle zum Leistungsbezug an, worauf diese nach Durchführung medizinischer Abklärungen sowohl dessen Anspruch auf berufliche Eingliederungsmassnahmen als auch denjenigen auf eine Invalidenrente mit Verfügung vom 20. Oktober 2009 abwies (IV-Nr. 54). Auf die dagegen erhobene Beschwerde trat das Versicherungsgericht des Kantons Solothurn mit rechtskräftigem Urteil vom 18. Januar 2010 nicht ein (VSBES.2009.295; IV-Nr. 57 S. 2 ff.). Auf die Neuanschuldung vom 29. Juli bzw. 17. August 2011 trat die Beschwerdegegnerin aufgrund der geltend gemachten Verschlechterung des Gesundheitszustands ein, veranlasste in der Folge eine interdisziplinäre Begutachtung in der F. ___ und lehnte den Anspruch auf berufliche Eingliederungsmassnahmen sowie eine Invalidenrente mit vorliegend angefochtener Verfügung vom 17. Juni 2014 erneut ab (IV-Nr. 128). Es ist daher im Folgenden zu prüfen, ob nach einem Vergleich des medizinischen Sachverhalts im Zeitpunkt der rechtskräftigen Verfügung vom 20. Oktober 2009 mit demjenigen im Zeitpunkt der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 17. Juni 2014 eine anspruchswirksame Veränderung bzw. eine relevante Verschlechterung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers ausgewiesen ist.

2.4 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung gestellt haben. Aufgabe des Arztes ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren bilden die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 132 V 93 E. 4, S. 99 f. mit Hinweisen).

2.5 Der Versicherungsträger und das Gericht (vgl. Art. 61 lit. c in fine ATSG) haben die Beweise frei, das heisst ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Gericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352; vgl. auch BGE 132 V 393, E. 2.1, S. 396). Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten – d.h. der Anamnese – abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232). Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 351, E. 3a, S. 352; 122 V 157, E. 1c, S. 160 f.). Dennoch hat es die Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar erachtet, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (BGE 125 V 351, E. 3b, S. 352). Den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens durch den Sozialversicherer eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht

erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 135 V 465, E. 4.4, S. 470 f., 125 V 351 E. 3b/bb, S. 353).

3. 3.1 Im vorliegenden Fall ordnete die Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 13. Januar 2012 (IV-Nr. 81) ein interdisziplinäres Gutachten bei der Medizinischen Abklärungsstelle F.____ an, wobei diese Abklärungsstelle - nach einer auf Wunsch des Beschwerdeführers angeordneten Sistierung des Gutachtensauftrags bis zum Eintreffen des Fahreignungsgutachtens des Instituts F.____ vom 29. Februar 2012 (vgl. IV-Nr. 83 und 89 S. 5 ff.) – direkt mit der Begutachtung beauftragt wurde (vgl. Stellungnahme des RAD vom 12. Juli 2012 [IV-Nr. 90] und Auftragsbestätigung der F.____ vom 24. August 2012 [IV-Nr. 91]). Der Beschwerdeführer lässt zunächst geltend machen, trotz entsprechendem Antrag sei das Zufallsverfahren nicht durchgeführt worden (Beschwerde, S. 5 und 42). Gemäss Art. 72 bis IVV (in der seit 1. März 2012 geltenden Fassung) haben medizinische Gutachten, an denen drei und mehr Fachdisziplinen beteiligt sind, bei einer Gutachterstelle zu erfolgen, mit welcher das Bundesamt eine Vereinbarung getroffen hat; die Vergabe der Aufträge erfolgt nach dem Zufallsprinzip. Die Beschwerdegegnerin hat die Beauftragung der F.____ mit der Begutachtung des Beschwerdeführers nicht nach dem Zufallsprinzip via SuisseMED@P erfolgen lassen (vgl. IV-Nr. 81). Die F.____ wurde am 13. Januar 2012, somit nach dem Erlass des Grundsatzurteils des Bundesgerichts BGE 137 V 210 vom 28. Juni 2011, direkt als Gutachterstelle eingesetzt. Im Hinblick auf die Verwertbarkeit eines Gutachtens macht es einen wesentlichen Unterschied aus, ob bei der Auftragsvergabe nicht umgesetzte Korrektive nach BGE 137 V 210 zu diesem Zeitpunkt erst Appellcharakter hatten oder ob es sich um durchsetzbare Beteiligungsrechte handelte (z.B. das Recht, sich vorgängig zu den Gutachterfragen äussern zu können [BGE 137 V 210 E. 3.4.2.9 S. 258]). Vor Implementierung von SuisseMED@P stellte die zufallsgeleitete Auftragsvergabe erst einmal eine bundesgerichtliche Appellanforderung dar, deren Umsetzung primär dem Ordnungsgeber und der Aufsichtsbehörde überlassen war (BGE 137 V 210 E. 3.1.2 S. 243 und E. 5 S. 266). Aus dem Umstand, dass das polydisziplinäre Gutachten im vorliegenden Fall am 13. Januar 2012 nicht nach dem Zufallsprinzip vergeben wurde, kann der Beschwerdeführer, welcher zudem durch seine Rechtsvertretung (zunächst) weder gegen die Direktvergabe noch gegen die Auftragserteilung an die F.____ Einwendungen hatte erheben lassen (vgl. Eingaben vom 6. und 24. Februar 2012 [IV-Nr. 82 und 84]), demzufolge nichts zu seinen Gunsten ableiten (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_204/2014 vom 9. September 2014 E. 4.2.1, 9C_547/2014 vom 31. Juli 2014 E. 2.3 und 9C_454/2014 vom 31. Juli 2014 E. 2.3, je mit Hinweisen). Der Beschwerdeführer nahm denn auch zur Kenntnis, dass das Versicherungsgericht des Kantons Solothurn seine Praxis, Fälle mit einem vor dem 1. März 2012 in Auftrag gegebenen polydisziplinären Gutachten an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit diese den Begutachtungsauftrag nach dem Zufallsprinzip vergibt, aufgab (vgl. Replik vom 4. Dezember 2014, S. 2 Ziff. 12 [A.S. 71]). Nach der bundesgerichtlichen Praxis ist allenfalls bei der Beweiswürdigung zu berücksichtigen, dass ein nach altem Standard in Auftrag gegebenes Gutachten die massgebende Entscheidungsgrundlage bildet; ähnlich wie bei versicherungsinternen medizinischen Entscheidungsgrundlagen genügen dann schon relativ geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der (verwaltungsexternen) ärztlichen Feststellungen, um eine neue Begutachtung anzuordnen (Urteil 8C_204/2014 vom 9. September 2014 E. 4.2.2 mit Hinweisen). Darauf wird im Folgenden noch einzugehen sein.

3.2 Der

Beschwerdeführer lässt sodann geltend machen, der psychiatrische Teilgutachter Dr. med. H. ___ sei für die Begutachtung vom 9. November 2012 offenbar aus Deutschland in die Schweiz gereist. Es handle sich um einen «fliegenden» Arzt, der offenbar eigens von der F. ___ zur Begutachtung in die Schweiz eingeladen worden sei. Der Gutachter habe offensichtlich keine weitere Berufstätigkeit in der Schweiz und verfüge wahrscheinlich auch nicht über eine hiesige Berufsausübungsbewilligung sowie entsprechende medizinische Erfahrung. Er sei auch nicht im Ärzteverzeichnis der FMH eingetragen. Allerdings gebe es auf der SIM-Liste einen Dr. J. ___ aus Basel. Die RAD-Ärztin behauptete, dass es sich um diesen Gutachter handeln soll. Dies habe ihre telefonische Nachfrage ergeben. Dies könne allerdings aus mehreren Gründen nicht zutreffen. Der Beschwerdeführer habe nicht wissen können, wer mit Dr. H. ___ gemeint gewesen sei. Er sei mangels Identifikationsmöglichkeit des Arztes gar nicht in der Lage gewesen, Ausstands- oder Ablehnungsgründe nach Art. 44 ATSG geltend zu machen. Damit seien im Zeitpunkt der Begutachtungsanordnung seine Mitwirkungsrechte nach Art. 6 Ziff. 1 EMRK und die Verfahrenskorrektive nach BGE 137 V 210 ff. verletzt worden (Beschwerde, S. 9 ff.). Wie die RAD-Ärztin (Dr. med. K. ___) in ihrer Stellungnahme vom 11. Juni 2013 (IV-Nr. 114 S. 2) zu Recht ausführte, ist die Diskussion des Beschwerdeführers über die Identität und Herkunft des psychiatrischen F. ___-Gutachters Dr. med. J. ___ nicht nachvollziehbar. So teilte die IV-Stelle dem Beschwerdeführer mit Verfügung vom 13. Januar 2012 mit, es sei eine medizinische Begutachtung notwendig, welche von der F. ___ durchgeführt werde. Gleichzeitig wurde dem Beschwerdeführer Gelegenheit gegeben, triftige Einwendungen gegen die Abklärungsstelle zu erheben und sich zum zugestellten Fragekatalog zu äussern. Die am Gutachten beteiligten Fachärzte seien noch nicht bekannt, die Namen würden direkt von der Abklärungsstelle mitgeteilt. Triftige Einwendungen gegen die begutachtenden Personen könnten ab dem Zeitpunkt dieser Information innert 10 Tagen bei der IV-Stelle eingereicht werden (IV-Nr. 81). Nach Erhalt des Fahreignungsgutachtens erachtete die IV-Stelle die Veranlassung einer Begutachtung bei der F. ___ nach wie vor als indiziert (vgl. Stellungnahme des RAD vom 12. Juli 2012, IV-Nr. 90 S. 2), weshalb die Sistierung des Gutachtensauftrags aufgehoben wurde. Dementsprechend bestätigte die F. ___ der IV-Stelle am 24. August 2012, die offenen Untersuchungen könnten bei verschiedenen Psychiatern, u.a. auch bei Dr. med. Dipl.-Psych. J. ___, Eidg. Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Zertifizierter medizinischer Gutachter SIM, durchgeführt werden. Ob auch der Beschwerdeführer von dieser Auftragsbestätigung mit den Namen des psychiatrischen Gutachters Kenntnis erhielt, geht aus den vorliegenden Akten nicht hervor (vgl. IV-Nr. 91 S. 1). Ebenfalls am 24. August 2012 wurde der Beschwerdeführer aufgefordert, sich beim Rheumatologen Dr. med. L. ___ in der F. ___ zur Untersuchung einzufinden (IV-Nr. 91 S. 2 f.). Nachdem der Beschwerdeführer diesen Untersuchungstermin nicht wahrgenommen hatte, liess er in der Folge der IV-Stelle mit Eingabe vom 25. September 2012 mitteilen, er habe sich mit der Gutachterstelle in Verbindung gesetzt, um einen neuen Begutachtungstermin zu vereinbaren und diesen wahrzunehmen (IV-Nr. 99). Mit Schreiben vom 31. Oktober 2012 forderte ihn die F. ___ auf, sich am 9. November 2012 zur psychiatrischen Untersuchung bei Dr. med. Dipl.-Psych. J. ___ und am 15. November 2012 zur rheumatologischen Untersuchung bei Dr. med. L. ___ in der F. ___ einzufinden (IV-Nr. 103 S. 1 f.). Der Termin zur psychiatrischen Untersuchung bei Dr. med. Dipl.-Psych. J. ___ wurde daraufhin vom Beschwerdeführer – ohne vorgängig Einwendungen gegen den psychiatrischen Gutachter erhoben zu haben – wahrgenommen (IV-Nr. 104.2 S. 2 und 33, 104.3 S. 2). Diese Vorgänge

ergeben sich aus den Akten und werden von keiner Seite bestritten. Dem Einwand des Beschwerdeführers, er sei mangels Identifikationsmöglichkeit des psychiatrischen F.____-Gutachters nicht in der Lage gewesen, Ausstands- oder Ablehnungsgründe nach Art. 44 ATSG geltend zu machen, kann nicht gefolgt werden. Eine kurze Abklärung bei der F.____ oder im Internet hätte genügt, um zu erfahren, dass es sich bei Dr. med. Dipl.-Psych. J.____ um einen bei der F.____ festgestellten psychiatrischen Gutachter handelt, der seine Fachausbildung «Psychiatrie und Psychotherapie» im Jahr 1988 in Deutschland erworben hat, welche seit dem 19. Mai 2011 anerkannt ist (siehe Medizinalberuferegister des Bundesamtes für Gesundheit [BAG], www.medregom.admin.ch; siehe auch SuisseMED@P Reporting 2013 des Bundesamtes für Sozialversicherungen [BSV], Ziff. 5 Anhang, F.____, Ziff. 3.3). Demnach hätte der Beschwerdeführer allfällige Ausstands- oder Ablehnungsgründe gegen Dr. med. Dipl.-Psych. J.____ spätestens nach der Einladung zur Untersuchung vom 31. Oktober 2012 rechtzeitig geltend machen können, was er in der Folge jedoch unterliess. Eine Nachfrage zur Identität von Dr. med. Dipl.-Psych. J.____ kann den Akten nicht entnommen werden. Stattdessen nahm er, ohne Einwendungen zur Person des psychiatrischen Gutachters zu erheben, an der Untersuchung vom 9. November 2012 teil. Die vom Beschwerdeführer angestellten Mutmassungen, wonach es sich beim Psychiater um einen aus Deutschland stammenden «fliegenden» Gutachter handle, der zur Begutachtung eingeladen worden sei, keine weitere Berufstätigkeit in der Schweiz habe, wahrscheinlich nicht über die Berufsausübungsbewilligung verfüge und auch nicht über hiesige medizinische Erfahrung verfüge, zielen ins Leere. Massgeblich für die Beurteilung der Frage, ob sich der psychiatrische Gutachter für eine Begutachtung eignet, ist, ob er über eine entsprechende Fachausbildung verfügt (Urteil des Bundesgerichts 9C_28/2015 vom 8. Juni 2015 E. 3.2 mit Hinweis). Dies ist beim psychiatrischen Gutachter Dr. med. Dipl.-Psych. J.____ zweifellos der Fall. Der Beweiswert einer spezialärztlichen Expertise hängt im Übrigen auch nicht davon ab, ob der Gutachter über den FMH-Facharzttitel und/oder die kantonale Berufsausübungsbewilligung verfügt (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C_526/2014 vom 3. Dezember 2014 E. 5.5, 9C_269/2012 vom 6. August 2012 E. 3.2.1, 8C_65/2010 vom 6. September 2010 E. 3.1 und 9C_955/2008 vom 8. Mai 2009 E. 3.2, je mit Hinweisen). Es kann nicht angehen, dass der Beschwerdeführer weder Einwendungen gegen den psychiatrischen Gutachter noch ein formelles Ausstandsbegehren stellt und sich in der Folge von diesem untersuchen lässt, dann aber nach Eingang des Gutachtens mit entsprechenden formellen Einwänden dessen Unverwertbarkeit verlangt (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_660/2013 vom 15. Mai 2014 E. 4.2.1).

3.3 Der Beschwerdeführer lässt sodann geltend machen, die Darstellung der IV-Stelle in der angefochtenen Verfügung, wonach die F.____ zu den im Einwandverfahren vorgebrachten medizinischen Rügepunkten zum polydisziplinären Fachgutachten Stellung genommen habe, treffe mangels Zustellung derselben nicht zu; die F.____ und die involvierten Gutachter (inkl. Dr. med. Dipl.-Psych. J.____) seien gerichtlich zu beauftragen, die Ergänzungsfragen Nr. 1 bis 20 schriftlich zu beantworten und zum Einwand vom 10. Mai 2013 Stellung zu nehmen (vgl. Beschwerde vom 21. August 2014, Rechtsbegehren, S. 2. Ziff. 4 und 5). Es trifft zu, dass die IV-Stelle – auf den Einwand des Beschwerdeführers vom 10. Mai 2013 und dessen Eingabe vom 8. Juli 2013 hin sowie nach Rücksprache mit dem RAD (Stellungnahme vom 3. September 2013) – es als notwendig erachtete, die F.____ bezüglich des erneuten Einwandes des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers vom 8. Juli 2013 sowie der medizinischen Beurteilung des Psychiaters Dr. med. G.____ Stellung nehmen zu lassen (IV-Nr. 117 S. 2 und 118). Der F.____ wurden dementsprechend die

Eingabe des Beschwerdeführers vom 8. Juli 2013 samt Beilagen (Beurteilung von Dr. med. G.____ vom 12. Juni 2013 und Strafregisterauszug vom 21. Februar 2013) zur Stellungnahme zugestellt (IV-Nr. 118). Der Einwand des Beschwerdeführers vom 10. Mai 2013 mit den darin gestellten Ergänzungsfragen (IV-Nr. 111) wurde der F.____ dagegen nicht zur Vernehmlassung übermittelt. Dazu ist festzuhalten, dass den Versicherten vor Anhandnahme der Begutachtung der Fragekatalog zu unterbreiten ist; gleichzeitig ist ihnen das rechtliche Gehör zu gewähren und Gelegenheit zu gewähren, Zusatzfragen zu stellen (Urteil des Bundesgerichts 8C_690/2014 vom 4. Mai 2015 E. 3.2 mit Hinweis). Die versicherte Person hat kein Recht auf das Stellen von Zusatzfragen. Welche Fragen den Experten unterbreitet werden, unterliegt im Rahmen der Abklärung des medizinischen Sachverhalts von Amtes wegen dem Ermessen des Versicherungsträgers. Nach Erstattung des Gutachtens – und noch vor dem Vorbescheid – kann die versicherte Person die Erläuterung und Ergänzung oder eine neue Begutachtung beantragen. Dieses Recht leitet sich direkt aus Art. 29 Abs. 2 der Bundesverfassung (BV) ab. Die IV-Stelle kann aber von der Beantwortung der Ergänzungsfragen durch den Experten oder von einer neuen Begutachtung absehen, wenn davon keine neuen Erkenntnisse zu erwarten sind (antizipierte Beweiswürdigung; Müller, Das Verwaltungsverfahren in der Invalidenversicherung, 2010, S. 261 f. Rz. 1376 f.). Das Vorgehen der Beschwerdegegnerin, den Gutachtern der F.____ ausschliesslich die Eingabe des Beschwerdeführers vom 8. Juli 2013 samt Beilage, jedoch nicht den Einwand des Beschwerdeführers vom 10. Mai 2013 mit den zu stellenden Ergänzungsfragen zur Vernehmlassung zuzustellen, verletzt den Anspruch des Beschwerdeführers auf rechtliches Gehör nicht. Die Beschwerdegegnerin war nicht verpflichtet, die vom Beschwerdeführer erst mit Einwand vom 10. Mai 2013 gestellten weiteren Ergänzungsfragen der F.____ zur Stellungnahme vorzulegen, nachdem sie die vom Beschwerdeführer am 6. Februar 2012 gestellten (und auch von den F.____-Gutachtern beantworteten) Ergänzungsfragen zugelassen hatte (vgl. IV-Nr. 82 S. 2 f. und 104.2 S. 50 ff.). Auch dem mit Eingabe vom 12. September 2012 der IV-Stelle zugestellten Fragenkatalog des Beschwerdeführers kann keine Frage entnommen werden, welche im Gutachten nicht beantwortet worden wäre (vgl. IV-Nr. 94 S. 3 ff. und 104.2 S. 40 ff.). In Übereinstimmung mit der Auffassung der Beschwerdegegnerin konnte der Beschwerdeführer seine Mitwirkungsrechte hinreichend wahrnehmen (vgl. Schreiben der IV-Stelle vom 19. September 2012 [IV-Nr. 97]). Am 15. März 2013 wurde dem Beschwerdeführer das F.____-Gutachten vom 27. Februar 2013 zur Vernehmlassung zugestellt. Die gesetzte vierzehntägige Vernehmlassungsfrist liess er in der Folge ungenutzt verstreichen (IV-Nr. 105). Eine Erläuterung, Ergänzung oder eine neue Begutachtung hätte er noch vor dem Vorbescheid vom 4. April 2013 beantragen müssen. Die IV-Stelle durfte sich im Rahmen des Vorbescheidverfahrens darauf beschränken, lediglich den erneuten Einwand des Beschwerdeführers vom 8. Juli 2012 (IV-Nr. 115 S. 1 f.) samt Beilage (Bericht von Dr. med. G.____ vom 12. Juni 2013 [IV-Nr. 115 S. 3 ff.]) den F.____-Gutachtern zur Stellungnahme zuzustellen, zumal auch darin auf die strafrechtliche Verurteilung betreffend Vergehen gegen das Waffengesetz, die Aberkennung der Fahreignung infolge Benzodiazepin-Abhängigkeit, dagegen die Bejahung der Arbeitsfähigkeit (inkl. Staplerfahren), das Bestehen einer Persönlichkeitsstörung und die widersprüchliche Einschätzung der depressiven Episode hingewiesen wurde. Dazu nahm der Chefarzt der F.____ am 4. Februar 2014 denn auch ausführlich Stellung (IV-Nr. 122). Dieses Vorgehen der Beschwerdegegnerin ist nicht zu beanstanden. Nach dem Gesagten besteht kein Anlass für gerichtliche Feststellungen im Sinne der in der Beschwerde vom 21. August 2014 (S. 3)

gestellten Rechtsbegehren Ziff. 4 und 5. Ebenso wenig sind die involvierten F.____-Gutachter gerichtlich zu beauftragen, die im Einwand vom 10. Mai 2013 wiedergegebenen Ergänzungsfragen Nr. 1 bis 20 zu beantworten. Es gilt überdies zu beachten, dass Feststellungsbegehren sowohl auf Verwaltungsstufe als auch vor Rechtsmittelinstanzen unzulässig sind, wenn - wie hier - ein Antrag auf Leistung gestellt werden kann (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_503/2011 vom 10. November 2011 mit Hinweisen). Demnach kann auf die erwähnten Feststellungsbegehren nicht eingetreten werden.

4. Im Zeitpunkt der rechtskräftigen Verfügung vom 20. Oktober 2009 stützte sich die IV-Stelle im Wesentlichen auf folgende medizinische Angaben ab: Gemäss dem interdisziplinären versicherungsmedizinischen Gutachten der F.____, vom 27. Juni 2008 wurde der Beschwerdeführer im November 2007 rheumatologisch (Dr. med. L.____, FMH Rheumatologie, FMH Physikalische Medizin und Rehabilitation), neurologisch (Prof. Dr. med. M.____) und psychiatrisch (Dr. med. N.____) begutachtet. Die Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit lautete: «St.n. mittelgradiger depressiver Störung, aktuell vollumfänglich remittiert F32.10». Die weiteren Diagnosen (Emotional instabile Persönlichkeitszüge ohne eigenständigen Krankheitswert Z73.1; Diffuses, ätiologisch nicht zuordenbares Schmerzsyndrom; Verdacht auf Migräne ohne Aura G43.0; Anamnestisch arterielle Hypertonie; Anamnestisch Asthma bronchiale; Adipositas) haben nach den gutachterlichen Angaben keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Unter dem Titel «Beurteilung und Prognose» wurde aus interdisziplinärer Sicht festgehalten, der Explorand beklage ein seit ca. zwei Jahren manifestes und subjektiv unerträgliches multilokuläres Schmerzsyndrom, Wetterfühligkeit, Magenbeschwerden, Schwindel-, Schweissausbrüche, Schlafstörungen und Kopfschmerzen. Im Ergebnis bisheriger Abklärungen seien u.a. die Diagnosen Fibromyalgie, mittelgradige depressive Episode, akzentuierte Persönlichkeit im Sinne von emotional-impulsiven Zügen, histrionische Persönlichkeitsstörung und anhaltende somatoforme Schmerzstörung gestellt worden, eine Myopathie bei unauffälligem EMG sei weitgehend ausgeschlossen worden. Anlässlich der Untersuchungen zur Begutachtung seien keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vergeben worden. Es habe weder ein rheumatologisches, noch ein neurologisches, noch ein psychiatrisches Krankheitsbild mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit festgestellt werden können. Es sei davon auszugehen, dass der Explorand, wie im psychiatrischen Gutachten ausgeführt, vorübergehend an einer mittelgradigen depressiven Störung gelitten habe, welche unter adäquater medikamentöser Behandlung vollumfänglich remittiert sei. Aktuell liege eine depressive Störung mit eigenständigem Krankheitswert nicht mehr vor. Eine andere psychiatrische Störung mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit sei ebenfalls nicht festgestellt worden. Demnach bestehe keine Persönlichkeitsstörung mit eigenständigem Krankheitswert. Ebenso wenig lasse sich aus versicherungspsychiatrischer Sicht die Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung stellen. Aus interdisziplinärer Sicht seien dem Exploranden sowohl die bisherige als auch alle altersgemässen anderen leichten bis mittelschweren wechselbelastenden Tätigkeiten in einem zeitlichen Rahmen von 8,5 Std. pro Tag an 5 Tagen pro Woche zumutbar. Auszuschliessen seien körperlich schwere Tätigkeiten mit Belastung der Wirbelsäule und Gelenke. Dabei ergebe sich kein besonderes Tätigkeitsprofil. Es bestehe keine Leistungsminderung (IV-Nr. 30.3 S. 25 ff.).

5. Der medizinische Sachverhalt im Zeitpunkt der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 17. Juni 2014 präsentierte sich demgegenüber wie folgt: 5.1 Laut interdisziplinärem versicherungsmedizinischem Gutachten der F.____ vom 27. Februar 2013 wurde der Beschwerdeführer dort im

Oktober/November 2012 rheumatologisch (Dr. med. L.____), neurologisch (Dr. med. O.____) und psychiatrisch (Dr. med. Dipl.-Psych. J.____) begutachtet. Seitens der am Gutachten beteiligten Fachgebiete konnten keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden. Das multilokuläre Schmerzsyndrom mit vertebraler bis spondylogener Symptomatik zervikothorakal sowie thorakolumbal, beginnende degenerative Skelettveränderungen, periartikuläre Beschwerden, hauptsächlich im Bereich der Kniegelenke, zum Explorationszeitpunkt weniger im Bereich beider Ellbogen, die arterielle Hypertonie sowie die Adipositas haben nach den gutachterlichen Angaben keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Im Rahmen der Beurteilung und Prognose wurde aus psychiatrischer Sicht im Wesentlichen angegeben, der 44-jährige, aus der Türkei stammende Explorand habe keine Berufsausbildung und sei als 12-Jähriger in die Schweiz gekommen. Er habe bis zu seiner Eheschliessung im Jahr 2005 überwiegend als Lagerist, zuletzt über zehn Jahre am gleichen Arbeitsplatz, gearbeitet. In einem ersten interdisziplinären versicherungsmedizinischen Gutachten vom 27. Juni 2008 sei aus psychiatrischer Sicht eine vollständige Remission der mittelgradigen depressiven Störung (F32.10) festgestellt worden. Hinsichtlich der Persönlichkeit seien emotional instabile Persönlichkeitszüge ohne eigenständigen Krankheitswert (Z73.1) attestiert worden. Die Schmerzsymptomatik sei weiterhin als diffus bezeichnet worden und habe ätiologisch nicht zugeordnet werden können. Am 20. April 2009 sei nach über zweijähriger ambulanter Behandlung vom Externen Psychiatrischen Dienst folgende Epikrise gestellt worden: Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (F45.4), autonome somatoforme Funktionsstörung des Gastrointestinaltraktes (F45.3), kombinierte Persönlichkeitsstörung mit histrionischen und abhängigen Zügen (F61.0), rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert (F33.4). Bei einer somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) handle es sich um andauernde, schwere und quälende Schmerzen, die durch einen physiologischen Prozess oder eine körperliche Störung nicht vollständig erklärt werden könnten. Es handle sich um ein chronisches Syndrom mit vielfältigen, rezidivierenden und fluktuierenden körperlichen Beschwerden von mehrjähriger Dauer, die sich nicht mit einer bekannten organischen Erkrankung erklären liessen. Meist bestehe eine komplizierte medizinische Vorgeschichte mit vielen körperlichen Diagnosen und einer Vielzahl von behandelnden Ärzten. Da Schmerzsymptome ganz allgemein und regelmässig durch seelische Einflüsse modifiziert würden, sei die Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung nur dann zu stellen, wenn sie in Verbindung mit gravierenden emotionalen Konflikten oder psychosozialen Problemen auftrete und durch die Schmerzsymptome eine beträchtliche persönliche oder medizinische Betreuung oder Zuwendung erfolge. Bei der somatoformen Schmerzstörung habe die Beschwerdeschilderung meist einen appellativen Charakter, die Lokalisation wechsele weitgehend regellos und es finde sich keine eindeutige Periodik. Zudem müsse der Beginn der Schmerzsymptomatik mit einer emotionalen Konfliktsituation oder einem psychosozialen Problem in engem kausalen Zusammenhang stehen. Es seien auch früher schon demonstrierte Schmerzen und Verdeutlichungstendenzen und eine Simulation beschrieben worden. Ein demonstrierter Schmerz entspreche aber nicht einem emotionalen Konflikt oder einer psychosozialen Belastung, wie sie bei der somatoformen Schmerzstörung als Hauptursache oder als wesentlicher Aspekt bei der Aufrechterhaltung gefordert werde. Es bestehe bei einer solchen Form der Demonstration kein innerpsychischer Konflikt, sondern eine «bewusste Handlungsweise». Die psychodynamischen Anteile, die zum Teil unbewusst seien und die den Patienten mit einer solchen Störung auch sehr stark leiden liessen, seien dann nicht mehr gegeben, wenn die

Symptomatik präsentiert und absichtlich erzeugt werde. Gegen eine somatoforme Schmerzstörung spreche auch, dass parallel zu den Schmerzen jeweils andere psychiatrischen Symptome präsentiert würden, die also als zusätzliche bewusste simulierte Symptome (z.B. Stimmenhören, Vergesslichkeit) einzustufen seien. Andererseits sei festzuhalten, dass die Schmerzstörungen tatsächlich in einer engen zeitlichen Übereinstimmung mit der Eheschliessung aufgetreten seien und wegen der erheblichen ehelichen Probleme, über die der Explorand jetzt auch offen berichte, ein ursächlicher Zusammenhang gegeben wäre. Der Explorand gebe aber auch an, dass er wegen seiner Schmerzsymptome von den Personen seines familiären Umfeldes verlacht werde, vor allem auch von seiner Frau. Insofern bestehe auch ein recht vordergründiger und bewusster Zusammenhang. Um seinen Stolz nicht zu verlieren und das Gesicht wahren zu können, sei deshalb auch eine bewusste Flucht in die Rolle des Schwerkranken nachvollziehbar. Damit könne er seine ehelichen Probleme begründen. Typisch für dieses Verhalten sei auch, dass der Explorand weniger von den Beschwerden selbst spreche, wenn er danach gefragt werde, als davon, was die Ärzte sagten und er verwende diagnostische Begriffe (Fibromyalgie, Panikattacken, Augenarzt-Probleme, Magensäure-Problem, Migräne-Kopfschmerzen usw.), die in seinem Sprachgebrauch fremd seien. Bei Nachfragen, seine erlebten Beschwerden zu beschreiben, habe er Schwierigkeiten. Eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung nach ICD-10-Kriterien (F45.4) könne aus den genannten Gründen nicht diagnostiziert werden. Auf die Diskussion von Ausnahmefällen (sog. Förster-Kriterien) werde deshalb verzichtet. Für die zusätzlich diagnostizierte somatoforme Schmerzstörung, nämlich die autonome somatoforme Funktionsstörung des Gastrointestinaltraktes (F45.3), gelte nichts anderes. Hinzu komme, dass eine solche Vielzahl von betroffenen Organsystemen, wie vom Exploranden angegeben, gemäss ICD-10 gar nicht vorgesehen sei. Dabei werde nicht berücksichtigt, dass manche Beschwerden sich auch noch zusätzlich widersprüchen, so z.B. ein ständiger Appetitverlust mit Erbrechen und Durchfällen bei gleichzeitiger erheblicher Gewichtszunahme in den letzten Jahren von über 10 kg. Relevanter sei es, auf die als wesentlich erachtete kombinierte Persönlichkeitsstörung (F61.0) einzugehen. Um eine spezifische Persönlichkeitsstörung diagnostizieren zu können, müssten gemäss ICD-10 folgende diagnostischen Leitlinien erfüllt sein: 1. Deutliche Unausgeglichenheit in den Einstellungen und im Verhalten mehrerer Funktionsbereiche wie Affektivität, Antrieb, Impulskontrolle, Wahrnehmung und Denken sowie in den Beziehungen zu anderen; 2. Das auffällige Verhaltensmuster sei andauernd, gleichförmig und nicht auf Episoden psychischer Krankheiten begrenzt; 3. Das auffällige Verhaltensmuster sei tief greifend und in vielen persönlichen und sozialen Situationen eindeutig unpassend; 4. Die Störungen würden immer in der Kindheit oder in der Jugend beginnen und manifestierten sich auf Dauer im erwachsenen Alter; 5. Die Störung führe zu deutlichen subjektiven Leiden, manchmal jedoch erst im späteren Verlauf; 6. Die Störung sei meistens mit deutlichen Einschränkungen der beruflichen und sozialen Leistungsfähigkeit verbunden. Für eine kombinierte Persönlichkeitsstörung seien die gleichen Kriterien wie für eine spezifische Persönlichkeitsstörung massgebend mit dem einzigen Unterschied, dass keines der Symptombilder so vorherrschend sei, dass es hervorgehoben werden könne. Diagnostisch sei deshalb vor allen Dingen die Frage zu stellen, inwieweit liege überhaupt eine Persönlichkeitsstörung vor und wo lasse sich diese gegebenenfalls von Normvarianten menschlicher Charakterzüge abgrenzen, die gegebenenfalls bis zu einer akzentuierten Persönlichkeit reichen könnten, die jedoch weder als Charakterzüge noch als akzentuierte Persönlichkeit so tiefgreifend seien, um Krankheitswert zu besitzen. Das Kriterium 1 für

Persönlichkeitsstörungen könne auch in der aktuellen Situation angenommen werden. Auch früher schon habe es erhebliche psychische Auffälligkeiten (1997 Suizidversuch) gegeben und schon damals sei von psychischen Auffälligkeiten berichtet worden. Je nach Kontext könne auch festgestellt werden, dass im Laufe der weiteren psychiatrischen Berichte Kognition im weitesten Sinne, Affektivität und Impulskontrolle sowie Sozialkontakte zeitweise auffällig gewesen seien. Auffälligkeit alleine stelle noch keine Normabweichung dar und auch wenn in einzelnen Bereichen sicherlich normabweichendes Verhalten zu beschreiben sei, so heisse das nicht, dass in allen Teilbereichen dieses normabweichende Verhaltensmuster festzustellen sei. Das zweite Kriterium, das eine andauernde, gleichförmige und nicht auf Episoden begrenzte Veränderung fordere, werde nicht erfüllt. Es seien eben gerade spezifische Stimuli und bestimmte Situationen, die beim Exploranden auffällige Verhaltensmuster hervorriefen. Psychosoziale Belastungen hätten bei ihm zu Auffälligkeiten geführt, zuletzt die sehr einschneidende Veränderung der Eheschliessung. Vor allem sei hervorzuheben, dass er sozial gut angepasst jahrzehntlang habe berufstätig sein können und auch in der Berufstätigkeit über viele Jahre die gleiche Tätigkeit ausgeführt habe, selbst bei wechselndem Arbeitgeber. Insofern finde sich eher eine konstante Verhaltensweise in einer angepassten und kulturell erwarteten Haltung. Es sei auch hervorzuheben, dass er in seinem privaten Umfeld eine ausserordentliche Konstanz habe. Er betone selbst, dass er in seiner Wohnumgebung alle Menschen kenne, da er dort schon seit fast drei Jahrzehnten wohne und dort sehr gut integriert sei. Er fühle sich auch eher als Schweizer in seiner Umgebung denn als Türke und würde sich gerne einbürgern lassen, wenn er dazu die Möglichkeit hätte. Von einer frühen Prägung sei auszugehen, immerhin berichte der Explorand über Kindheitserlebnisse, die bis in das Erwachsenenalter hinein für ihn bezüglich Einstellung und Haltung noch bedeutend seien. Dieses Kriterium gelte aber auch für ganz normale Persönlichkeitszüge. Jeder Mensch sei geprägt durch seine eigene Lebensgeschichte. Es sei auch nicht erkennbar, dass er in seiner Kindheit und Jugend eine psychiatrische Störung gehabt habe, die so gravierend gewesen sei, dass eine Behandlung notwendig gewesen wäre. Vor allem habe es aber auch keinen persönlichen Leidensdruck gegeben, der einen nachhaltigen negativen Einfluss auf ihn gehabt habe. Der bisherige Lebensweg sei bis zu Beginn seiner Schmerzsymptomatik als eher unauffällig zu beschreiben. Erst nach einem äusseren Ereignis, nämlich nach seiner Eheschliessung, erlebe er sich als krank und gravierend eingeschränkt und erst danach habe er seine Arbeit nicht mehr bewältigen können. Zusammenfassend sehe man – ähnlich wie in einigen der vorausgegangenen psychiatrischen Diagnosen und in der Diagnostik der letzten Begutachtung im Jahr 2008 – keinen Hinweis für eine Persönlichkeitsstörung nach den ICD-10-Kriterien. Die behandelnde Psychiaterin, Dr. med. I.____, habe in ihrem Arztbericht vom 21. Oktober 2011 folgende Diagnosen gestellt: Rezidivierende depressive Episode ohne psychotische Symptome, gegenwärtig mittel- bis schwer depressiv (ICD-10 F33.1) seit 2006 zunehmend, ausgeprägte Borderline-Persönlichkeitsstörung vom impulsiven Typ (ICD-10 F60.30) bei zusätzlich histrionischen Anteilen, Schmerzsyndrom im Sinne eines Fibromyalgie-Syndroms (DD: ICD-10 F45.1). Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nenne sie internistische Diagnosen und den Nikotinabusus. Diese Diagnosen seien in einem aktuellen ärztlichen Schreiben vom 23. August 2012 an die neuropsychologische Abteilung des Bürgerspitals Solothurn wiederholt worden. Übereinstimmend finde sich in allen psychiatrischen Stellungnahmen, dass die depressive Symptomatik remittiert sei. Insofern sei auch nicht erkennbar, weshalb seit dem Jahr 2006 eine zunehmende Symptomatik vorliegen sollte, was ebenfalls einer depressiven Episode

widersprechen würde. Neu werde die Diagnose einer Borderline-Persönlichkeitsstörung vom impulsiven Typ (F60.30) gestellt. Für diese spezifische Persönlichkeitsstörung gelte selbstverständlich, dass die allgemeinen Kriterien für eine Persönlichkeitsstörung erfüllt sein müssten. Diese seien bereits ausführlich diskutiert worden. Auch hinsichtlich der somatoformen Störung sei schon ausführlich dargestellt worden, weshalb eine solche Störung nicht in Frage komme. Wesentlich am Bericht der behandelnden Ärztin sei aus aktueller Sicht der mehrfache Hinweis auf mögliche medikamentenbedingte psychopathologische Auffälligkeiten. So sehe Dr. med. Kölzow eine Adynamie, die «wahrscheinlich durch die vielen Medikamente» bedingt sei, halte das therapeutische Ziel einer «Reduzierung der multiplen Medikamente» für nötig und spreche auch von «unkontrollierten Tabletten-Einnahmen», die zu «Misch-Intoxikationen und Dämmerzuständen des Patienten» geführt hätten. Hinsichtlich der Einschätzung der ausserordentlich problematischen Medikation könnten diese Beobachtungen unterstützt werden. Die gleichzeitige Einnahme von Antidepressiva und Benzodiazepinen führe zu einer kumulativen Verstärkung der Wirkung und sei deshalb als Dauermedikation kontraindiziert. Hinzu würden noch verschiedene Analgetika kommen, die ebenfalls wegen ihrer zentralen Angriffspunkte psychotrope Wirkungen hätten. Zusammen mit der Vielzahl von internistischen Medikamenten sei aus ärztlicher Sicht überhaupt nicht mehr erkennbar, wie jemand die einzelnen Substanzen und deren Interaktion untereinander noch beurteilen könne. Eine solche Polypharmazie sei gesundheitsschädlich. Vor allem sei festzustellen, dass der Explorand sich nicht an die Einnahmевorschriften halte, was er mehrfach bestätigt und sogar demonstriert habe. Als weiterer Punkt erscheine wichtig, dass bei ihm anamnestisch bereits Drogenmissbrauch (Ecstasy) und Anabolika-Missbrauch beschrieben worden seien. Die Einnahme von etlichen der von ihm genannten Substanzen sei deshalb kontraindiziert. Aus gutachterlicher Sicht und in völliger Übereinstimmung mit der derzeit behandelnden Psychiaterin könne davon ausgegangen werden, dass bezüglich der psychiatrischen Medikation ein dringender Behandlungsbedarf bestehe, um dem Exploranden keine weiteren zusätzlichen Schäden zuzufügen. In Zusammenfassung des gutachterlichen Ergebnisses könne davon ausgegangen werden, dass beim Exploranden eine depressive Störung bestanden habe, die zum gegenwärtigen Zeitpunkt und gemäss Aktenlage auch schon seit dem 15. Februar 2007 remittiert sei. Somatoforme Störungen und Persönlichkeitsstörungen habe man nicht feststellen können. Aus rheumatologischer Sicht wurde festgehalten, im Vergleich zur früheren Exploration im Jahr 2008 seien keine relevanten Veränderungen zu eruieren. Zusammengefasst liessen sich das Ausmass der geklagten Beschwerden und die demonstrierten Limitierungen somatisch nicht erklären. Für eine vollschichtige wechselbelastende leichte und mittelschwere Tätigkeit bestünden keine Limitierungen seitens des Bewegungsapparates. Im Rahmen der neurologischen Begutachtung wurde zusammengefasst erläutert, eine auf einer differenzierten Anamnese und einer ausführlichen körperlichen Untersuchung beruhende Beurteilung könne wegen des Verhaltens des Exploranden kaum abgegeben werden. Soweit den Angaben des Exploranden entnommen werden könne, die körperliche Untersuchung habe durchgeführt werden können und aus der Beobachtung des Spontanverhaltens lasse sich keine neurologische Erkrankung erkennen. Aktuell könne keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit attestiert werden. Abschliessend wurde aus interdisziplinärer Sicht angegeben, anlässlich der Untersuchungen zur Begutachtung seien seitens der am Gutachten beteiligten Fachgebiete keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vergeben worden. Man habe kein rheumatologisches, neurologisches oder

psychiatrisches Krankheitsbild mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit feststellen können. In den klinischen Untersuchungen habe man keine Hinweise auf gravierende degenerativ oder durch anderweitige somatische Leiden bedingte funktionelle Einschränkungen seitens der Wirbelsäule oder Gelenke, insbesondere keine Hinweise für eine Radikulopathie, und auch keine Hinweise für eine entzündliche Systemerkrankung finden können. Die Diagnose einer Fibromyalgie habe zum Explorationszeitpunkt nicht bestätigt werden können.

Zusammengefasst liessen sich das Ausmass der geklagten Beschwerden und die demonstrierten Limitierungen somatisch, rheumatologisch und neurologisch nicht vollständig erklären. Bezüglich der psychiatrischen Problematik könne davon ausgegangen werden, dass beim Exploranden eine depressive Störung vorgelegen habe, die zum gegenwärtigen Zeitpunkt und gemäss Aktenlage auch schon seit Februar 2007 remittiert sei. Somatoforme Störungen und Persönlichkeitsstörungen habe man nicht feststellen können. Aus interdisziplinärer Sicht sei dem Exploranden die bisherige Tätigkeit in einem zeitlichen Rahmen von 8,5 Stunden pro Tag an 5 Tagen pro Woche ohne Leistungsminderung zumutbar. Zumutbar seien sodann andere wechselbelastende leichte und mittelschwere Tätigkeiten in einem zeitlichen Rahmen von 8,5 Stunden pro Tag an 5 Tagen pro Woche ohne Leistungsminderung. Körperlich schwere Tätigkeiten mit Belastung der Wirbelsäule und Gelenken sowie monotone repetitive Arbeitsabläufe sollten vermieden und repetitive Gewichtsbelastungen mit 20 kg limitiert werden. Aus neurologischer und psychiatrischer Sicht ergäben sich keine speziellen Anforderungen an das Arbeitsplatzprofil. Aus psychiatrischer Sicht bestehe kein Krankheitsbild, das eine andauernde Arbeitsunfähigkeit begründen würde. Dessen ungeachtet sei derzeit eine durch die Medikation bedingte schlechte Verfassung festzustellen, die einer aktuellen Behandlung bedürfe (IV-Nr. 104.2 S. 40 ff.).

5.2 Dr. med. G.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, hielt in seinem Bericht zu Händen des Vertreters des Beschwerdeführers vom 12. Juni 2013 im Wesentlichen fest, gemäss ICD-10 müssten zur Diagnose einer spezifischen Persönlichkeitsstörung verschiedene Kriterien erfüllt sein. Gemäss dem versicherungspsychiatrischen Gutachten der F.____ vom 11. Februar 2013 seien die Kriterien 1 und 4 gegeben. Der Patient berichte, dass er seit Kindheit impulsiv reagiert und deshalb mit seinen Schulkameraden viele Probleme gehabt hat. Auch an seinen Arbeitsstellen habe er impulsiv reagiert, weswegen er bereits Stellen verloren habe. An seiner 9-jährigen Arbeitsstelle als Lagerist sei seine Impulsivität jedoch toleriert worden. Er sei sehr oft angespannt, gerate oft in Streitereien mit anderen Leuten und verliere dabei seine Kontrolle. Darunter leide er sehr. Er sei oft traurig, bedrückt und studiere viel über sein Leben nach. Er habe alles verloren. Zusammenfassend würden die deutliche Tendenz, unerwartet und ohne Berücksichtigung der Konsequenzen zu handeln, die deutliche Tendenz zu Streitereien und Konflikten mit anderen – vor allem dann, wenn impulsive Handlungen unterbunden oder getadelt würden -, die Neigung zu Ausbrüchen von Wut oder Gewalt mit Unfähigkeit zur Kontrolle explosiven Verhaltens, die Schwierigkeiten in der Beibehaltung von Handlungen, die nicht unmittelbar belohnt würden, sowie die unbeständige launische Stimmung auf das Vorliegen einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung vom impulsiven Typ sprechen. Dieses auffällige Verhaltensmuster sei andauernd, gleichförmig und nicht auf Episoden psychischer Krankheiten begrenzt. Diese tiefgreifenden Verhaltensmuster seien in vielen persönlichen und sozialen Situationen eindeutig unangepasst. Die Störung führe zu deutlichem subjektivem Leiden und sei mit deutlichen Einschränkungen der beruflichen und sozialen Leistungsfähigkeit verbunden, womit auch die Kriterien 2, 3, 5 und 6 einer Persönlichkeitsstörung erfüllt seien.

Wie zahlreichen Berichten zu entnehmen sei, liege beim Patienten eine rezidivierende depressive Störung vor, wobei die Ausprägung der aktuellen depressiven Episode uneinheitlich beurteilt werde. Dr. med. I.____ beurteile sie in ihrem Bericht vom 21. Oktober 2011 als mittel bis schwer. Nach dem Gutachten der F.____ vom 11. Februar 2013 liege keine depressive Episode mehr vor. Bei einer solchen Diskrepanz der Befunde sei es unumgänglich, mit der behandelnden Psychiaterin Rücksprache zu nehmen (IV-Nr. 115 S. 3 ff.). 5.3 In der Stellungnahme der F.____ vom 4. Februar 2014 hielt Chefarzt Dr. med. N.____, Eidg. Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Forensische Psychiatrie SGFP, im Wesentlichen fest, im Schreiben des Rechtsvertreters des Exploranden vom 8. Juli 2013 sei festgehalten worden, dass der Explorand wegen des Vergehens gegen das Waffengesetz strafrechtlich verurteilt worden sei. Eine strafrechtliche Verurteilung begründe aber weder die Diagnose einer psychiatrischen Erkrankung noch die Annahme einer Verhaltensauffälligkeit im Sinne einer Impulskontrollstörung, welche als krankheitswertig zu beurteilen sei. Die Beurteilung der Fahreignung sei im Rahmen einer verkehrsmedizinischen Begutachtung in Bezug auf das Führen eines Fahrzeuges im Strassenverkehr durchgeführt worden und nicht bei allfälligen Tätigkeiten in Räumlichkeiten oder auf Plätzen, die nicht zum Strassenverkehr zugelassen seien. Diesbezüglich sei die Annahme des Rechtsvertreters, dass durch die Ablehnung der Fahreignung im Strassenverkehr auch eine Arbeitsunfähigkeit in einer Berufstätigkeit anzunehmen sei, grundsätzlich falsch. Im Weiteren habe der Explorand im Rahmen der Begutachtung auf die konkrete Frage hin mitgeteilt, dass er bei seiner Tätigkeit als Lagerist nie als Staplerfahrer gearbeitet habe. Diese Angaben des Exploranden seien bei der Beurteilung dementsprechend berücksichtigt worden. Die Behauptung, dass im F.____-Gutachten vom 27. Februar 2013 die Eignung explizit für das Führen eines Staplers bejaht worden sei, sei nicht korrekt. Zudem sei die Beurteilung der Fahreignung nicht die Aufgabe eines versicherungsmedizinischen Gutachters. Im Gutachten sei anhand des vom Exploranden mitgeteilten Arbeitsprofils in seiner Tätigkeit als Lagerist von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit ausgegangen worden. Eine Tätigkeit als Lagerist beinhalte auch nicht zwingend das Führen eines Staplers. Die im Rahmen der Begutachtung festgestellte Benzodiazepinabhängigkeit begründe nicht die Annahme eines anhaltenden Gesundheitsschadens aus psychiatrischer Sicht. Eine Benzodiazepinabhängigkeit sei ein behandelbares Zustandsbild. Der Verzicht von Benzodiazepinen sei dem Exploranden zuzumuten. Bezüglich der neuropsychologischen Untersuchung vom 27. (recte: 20.) September 2012 müsse festgehalten werden, dass gemäss den Akten lediglich ein kleiner Teil der geplanten neuropsychologischen Untersuchungen habe durchgeführt werden können, dies aufgrund der Verhaltensweisen des Exploranden. Eine Kooperation sei damals nicht ausreichend vorhanden gewesen. Auf dieser Basis seien die Resultate der neuropsychologischen Untersuchung als nicht valide gewertet worden. Es sei auch festgehalten worden, dass eine umfassende neuropsychologische Untersuchung nicht aussagekräftig wäre. Nun werde aus diesem Bericht lediglich der Satz zitiert, dass alle untersuchten kognitiven Funktionen stark bis sehr stark beeinträchtigt gewesen seien, ohne die gesamte Beurteilung zu berücksichtigen, was medizinisch nicht nachvollziehbar sei. Zudem werde angegeben, dass das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung erfüllt sei. Dafür liege ein Arztbericht von Dr. med. G.____ bei, worin die diagnostischen Kriterien einer Persönlichkeitsstörung gemäss ICD-10 aufgelistet seien und festgehalten werde, dass gemäss F.____-Gutachten die Kriterien 1 und 4 erfüllt seien. Diese Behauptung sei nicht korrekt. Bezüglich des Kriteriums 1 der Persönlichkeitsstörung werde festgehalten, dass es

in der Vergangenheit zu Verhaltensauffälligkeiten gekommen sei. Hingegen sei im Gutachten klar beschrieben worden, dass Verhaltensauffälligkeiten alleine noch keine Normabweichung darstellten und dass beim Exploranden auch in allen Teilbereichen dieses normabweichende Verhaltensmuster nicht festzustellen gewesen sei. Bei der genauen Durchsicht des Gutachtens sollte eigentlich der Unterschied für den Leser verständlich sein. Die Behauptung, dass das Kriterium 4 («dass die Störung in der Kindheit oder in der Jugend beginnt und sich im Erwachsenenalter auf Dauer manifestiert») im Gutachten bestätigt worden sei, sei nicht korrekt. Hier sei eindeutig erwähnt worden, dass in der Kindheit und Jugend keine psychiatrische Störung festgestellt worden sei, die so gravierend gewesen sei, dass eine Behandlung notwendig geworden sei. Anhand der anamnestischen Daten werde ersichtlich, dass seit der Kindheit oder Jugend keine Persönlichkeits- oder Verhaltensauffälligkeiten vorhanden seien, welche für die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung sprechen würden. Aktuell werde im Schreiben von Dr. med. G.____ lediglich anhand der subjektiven Angaben des Exploranden geprüft, ob die Kriterien einer Persönlichkeitsstörung erfüllt seien oder nicht. Bei der genaueren Betrachtung der Lebensgeschichte des Exploranden werde hingegen ersichtlich, dass er in früheren Untersuchungen eine unauffällige Kindheit und Jugendzeit beschrieben habe. Er habe in der Türkei während fünf Jahren die Primarschule besucht und danach während dreieinhalb Jahren die Schule in der Schweiz. Er habe keine Lehre abschliessen können. Danach habe er über Jahre in verschiedenen Stellen gearbeitet, z.B. sei er über 10 Jahre bei der Firma C.____ tätig gewesen. Er habe in der Schweiz eine unauffällige familiäre und soziale Entwicklung und Integration gezeigt. Diese Vorgeschichte sei zu berücksichtigen. Man dürfe nicht anhand einzelner Ereignisse (z.B. impulsives Reagieren in der Schule) von einer Verhaltensauffälligkeit in der Kindheit und Jugend ausgehen. Insbesondere die Behauptung, dass das auffällige Verhaltensmuster andauernd und gleichförmig auszumachen gewesen sei, sei nicht korrekt und gemäss den anamnestischen Daten in keiner Weise zu bestätigen. Zudem müsse berücksichtigt werden, dass der Explorand bis 2005 ein völlig unauffälliges soziales Leistungs- und Integrationsniveau gezeigt habe, was mit den angegebenen deutlichen beruflichen und sozialen Einschränkungen, die seit der Jugend und der Kindheit vorhanden gewesen seien, klar im Widerspruch stehe. Gemäss dem Bericht von Dr. med. G.____ seien die diagnostischen Kriterien 2, 3, 5 und 6 ebenfalls erfüllt, ohne diese genauer zu diskutieren. Alleine die Angabe, dass die diagnostischen Kriterien gemäss ICD-10 erfüllt seien, ohne diese mit psychopathologischen Befunden und durch genauere psychiatrische Abklärungen zu begründen, reiche nicht aus, um die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung zu stellen. Obwohl Dr. med. G.____ festhalte, dass die diagnostischen Kriterien einer Persönlichkeitsstörung erfüllt seien, werde die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung nicht eindeutig gestellt. Es werde lediglich von einer deutlichen Tendenz gesprochen, welche auf das Vorliegen einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung vom impulsiven Typus sprechen würde. Wie im Gutachten ausführlich diskutiert, liege eine Persönlichkeitsstörung gemäss ICD-10 nicht vor. Hingegen seien emotional instabile Persönlichkeitszüge in der Vergangenheit zumindest anhand der anamnestischen Angaben bestätigt worden. Diese Persönlichkeitszüge hätten jedoch keinen eigenständigen Krankheitswert. Zusammenfassend seien die Kriterien einer Persönlichkeitsstörung weder aktuell gegeben noch in der Vergangenheit erfüllt gewesen. Im Weiteren werde festgehalten, dass beim Exploranden eine rezidivierende depressive Störung vorliege. Dass der Explorand in der Vergangenheit an einer depressiven Störung gelitten habe, sei in den gutachterlichen Untersuchungen bestätigt worden. Hingegen werde

gemäss den vorliegenden medizinischen Daten und den Untersuchungsbefunden von einer Remission der depressiven Episode ausgegangen. Die vordergründigen affektiven Auffälligkeiten seien im Rahmen der Suchtproblematik und im Rahmen von bewusstseinsnahen Verhaltensweisen gesehen worden. Eine depressive Störung mit eigenständigem Krankheitswert sei zum Zeitpunkt der Begutachtung nicht vorgelegen. Dr. med. G. ___ habe selbst zur Ausprägung der angegebenen depressiven Störung nicht Stellung genommen und aus dem Schreiben sei auch nicht ersichtlich, ob er eine eigenständig depressive Störung aus medizinischer Sicht bestätige oder nicht. Im Rahmen der gutachterlichen Beurteilung seien die Berichte der behandelnden Ärztin im Gutachten ausführlich diskutiert worden. In einem Schreiben vom 14. Februar 2012 berichte Dr. med. I. ___ nicht mehr von einer depressiven Symptomatologie, sondern von einer psychischen Persönlichkeitsstörung und von Stimmungsschwankungen, wobei auch damals die Einnahme von Medikamenten im Vordergrund gestanden sei, weshalb sie selbst die Überprüfung der Fahrfähigkeit empfohlen habe. Auch zum Zeitpunkt der gutachterlichen Untersuchung seien die Symptome einer Suchterkrankung von Benzodiazepinen im Vordergrund gestanden sowie die willkürliche Einnahme von sonstigen Medikamenten. Deshalb sei aus gutachterlicher Sicht von keinem Widerspruch auszugehen. Zusammenfassend könne aus gutachterlicher Sicht – auch nach Einsicht der aktuellen Daten – festgehalten werden, dass die gutachterlichen Schlussfolgerungen vom 11. Februar 2013 zu bestätigen seien (IV-Nr. 122).

5.4 Dr. med. I. ___, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, hielt in ihrem Verlaufsbericht vom 2. September 2014 fest, der Patient sei bei ihr seit dem 27. Oktober 2010 in ambulanter psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung wegen der Diagnosen «rezidivierende depressive Episode ohne psychotische Symptome, gegenwärtig mittel bis schwer depressiv (ICD-10 F33.1) seit 2006 zunehmend» sowie «ausgeprägte Borderline-Persönlichkeitsstörung vom impulsiven Typ (ICD-10 F60.30) bei zusätzlich histrionischen Anteilen». Als Nebendiagnosen wurden ein Schmerzsyndrom im Sinne eines Fibromyalgie-Syndroms (DD: ICD-10 F45.4), eine arterielle Hypertonie, ein Asthma bronchiale, Nikotin-Abusus sowie eine Adipositas angegeben. Die behandelnde Psychiaterin führte im Weiteren aus, im Verlauf habe sich das Störungsbild des Patienten seit ihrem IV-Bericht vom 21. Oktober 2011 sowie dem Schreiben an den Rechtsvertreter vom 5. April 2013 kaum verändert bis auf einen deutlichen Abbau der Medikamente, insbesondere der Benzodiazepine, welche komplett hätten sistiert werden können. Geblieben seien die erheblichen Stimmungsschwankungen verbunden mit den ausgeprägten Stressreaktionen und impulsiven Wutausbrüchen innerhalb und ausserhalb seiner Familie, ebenso seine ständigen Klagen über diverse Schmerzen (Beschwerdebeilage [BB] 4).

5.5 Der Hausarzt, E. ___, hielt in seinem Bericht vom 5. September 2014 folgende Diagnosen fest: «Chronische unspezifische Schmerzkrankheit ED 2005; leichtgradige Vitamin D-Insuffizienz; Persönlichkeitsstörung; arterielle Hypertonie, ungenügend eingestellt; Adipositas; Asthma bronchiale». Im Weiteren führte der Hausarzt aus, der Patient leide seit dem Jahr 2005 an einer chronisch unspezifischen Schmerzkrankheit mit Tender Points einer Fibromyalgie entsprechend. Weiterhin könne laborchemisch oder radiologisch keine Pathologie nachgewiesen werden, was typisch sei für diese Erkrankung. Auf Wunsch des Patienten sei in der Zwischenzeit ein rheumatologisches Konsil bei Dr. med. Kowalski, Solothurn, erfolgt. Die Behandlung erfolge mit Schmerzmitteln; diese habe aufgrund der ungenügenden Wirkung, der Nebenwirkungen und der starken Schmerzen immer wieder angepasst werden müssen. Ebenfalls bestehe eine arterielle Hypertonie, welche trotz

angeblich regelmässiger Medikamenteneinnahme nicht gut eingestellt sei. Die Prognosen im Hinblick auf die Arbeitsfähigkeit seien nicht gut. Die Schmerzen hätten sich trotz der Medikation chronifiziert und seien eher zunehmend im letzten Jahr. Regelmässige körperliche Aktivitäten, welche eine Linderung bringen könnten, würden vom Patienten aufgrund von Schmerzen nicht durchgeführt. Der Patient verlange wöchentlich eine Injektion eines Analgetikums, welches jeweils ein bis zwei Tage Linderung verschaffe. Auch die arterielle Hypertonie könne nicht zufriedenstellend eingestellt werden. Obwohl der Patient die antihypertensive Medikation regelmässig einnehme, komme es immer wieder zu hypertensiven Entgleisungen mit Blutdruckwerten von 180/110 mmHg (BB 5).

5.6 Dr. med. I. ___ hielt in ihrem Schreiben an den Rechtsvertreter vom 27. Oktober 2014 im Wesentlichen fest, sie sei mit dem Inhalt in der Beschwerde vom 22. (recte: 21.) August 2014 sowie der Eingabe vom 23. September 2014 grundsätzlich einverstanden. Der primäre Krankheitsgewinn des Patienten hinsichtlich seiner oft entgleisten hypertonen Blutdruckwerte (BD-Werte) bestehe grundsätzlich in inneren oder direkten Vorteilen, die der Patient aus seinen Symptomen ziehe, wodurch er als unangenehm empfundenen Situationen oder Konflikten aus dem Weg gehen könne. Das Symptom werde dann zwar als unangenehm erlebt, jedoch erlaube es ihm, keine sofortige, aus dem Konflikt herausführende Entscheidung treffen zu müssen. Eine bewusste Manipulation seiner BD-Werte sei aufgrund der unbewussten Prozesse ausgeschlossen. Beim sekundären Krankheitsgewinn hingegen bestünden äussere Vorteile, die der Patient aus bestehenden Symptomen ziehen könne, wie dem Zugewinn an Aufmerksamkeit und Beachtung durch seine Umwelt. Aber auch hier wäre eine bewusste Manipulation der BD-Werte nicht möglich (BB 14).

6. 6.1 Die Beschwerdeführerin lehnte den Anspruch des Beschwerdeführers auf berufliche Eingliederungsmassnahmen sowie eine Invalidenrente mit vorliegend angefochtener Verfügung vom 17. Juni 2014 im Wesentlichen mit der Begründung ab, gemäss ihren medizinischen Abklärungen liege spätestens seit Ende November 2007 (Zeitpunkt der ersten Begutachtung durch die F. ___) keine medizinische Diagnose vor, welche eine länger dauernde Arbeitsunfähigkeit zu begründen vermöge. Aus polydisziplinärer Sicht sei dem Exploranden sowohl die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Logistik-Assistent (Lagermitarbeiter) als auch jede andere Tätigkeit mit einem ähnlichen Anforderungsprofil nach wie vor vollumfänglich und ohne Leistungsverminderung zuzumuten. Aus einer solchen Tätigkeit könne er ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen erzielen. Seit der letzten rechtskräftigen Verfügung vom 20. Oktober 2009 sei keine wesentliche Verschlechterung der gesundheitlichen Situation eingetreten (IV-Nr. 128). Der Beschwerdeführer lässt demgegenüber geltend machen, das interdisziplinäre Gutachten der F. ___ vom 12. März (recte: 27. Februar) 2013 sei unvollständig, erklärungsbedürftig und auch widersprüchlich, weshalb es nicht überzeuge (vgl. Beschwerde, S. 11 Ziff. 6).

6.2 Zunächst ist festzuhalten, dass das umfassende interdisziplinäre Gutachten der F. ___ vom 27. Februar 2013 auf den fachärztlichen Explorationen des Beschwerdeführers vom 18. Oktober sowie 9. und 15. November 2012 beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten abgegeben wurde und in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sowie der medizinischen Situation einleuchtet, weshalb ihm Beweiswert zukommt (BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352; Urteil des Bundesgerichts 9C_28/2015 E. 3.2 mit Hinweis).

6.3 In der damaligen interdisziplinären Begutachtung in der F. ___ vom November 2007 (Bericht vom 27. Juni 2008) wurde die Diagnose «St.n. mittelgradiger depressiver Störung, aktuell vollumfänglich remittiert F32.10» gestellt und im Rahmen der Beurteilung im

Wesentlichen angegeben, es habe weder ein rheumatologisches, noch ein neurologisches, noch ein psychiatrisches Krankheitsbild mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit festgestellt werden können. Aus interdisziplinärer Sicht seien dem Exploranden sowohl die bisherige als auch alle altersgemässen anderen bis mittelschweren wechselbelastenden Tätigkeiten in einem zeitlichen Rahmen von 8,5 Stunden pro Tag an 5 Tagen pro Woche zumutbar. Auszuschliessen seien körperlich schwere Tätigkeiten mit Belastung der Wirbelsäule und Gelenke. Es ergebe sich kein besonderes Tätigkeitsprofil und es bestehe keine Leistungsminderung (IV-Nr. 30.3 S. 25 und 33 f.). Nach einem Vergleich der beiden interdisziplinären Gutachten der F.____ vom 27. Juni 2008 und 27. Februar 2013 kann demnach von keiner relevanten Verschlechterung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers ausgegangen werden. Daran vermag der Bericht des Hausarztes E.____, vom 13. Oktober 2011, worin ein chronifiziertes generalisiertes Schmerzsyndrom sowie eine Persönlichkeitsstörung diagnostiziert und eine vollständige Arbeitsunfähigkeit seit dem Jahr 2006 in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit sowie eine Erwerbsfähigkeit in einer körperlich leichten Arbeit für wenige Stunden mit erheblich verminderter Leistungsfähigkeit angegeben wurden, nichts zu ändern (IV-Nr. 76 S. 4 ff.). Ebenso wenig der Bericht der behandelnden Psychiaterin Dr. med. I.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, vom 21. Oktober 2011, welche die Diagnosen (mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit) einer rezidivierenden depressiven Episode ohne psychotische Symptome, gegenwärtig mittel- bis schwer depressiv (ICD-10 F33.1) seit dem Jahr 2006 zunehmend, eine ausgeprägte Borderline-Persönlichkeitsstörung vom impulsiven Typ (ICD-10 F60.30) bei zusätzlich histrionischen Anteilen sowie ein Schmerzsyndrom im Sinne eines Fibromyalgie-Syndroms (DD: ICD-10 F45.4) stellte und eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit als Hilfsarbeiter seit dem Jahr 2007 sowie auch eine vollständige Erwerbsunfähigkeit angab (IV-Nr. 74). Unter dem Titel «Beurteilung und Procedere» wurde im F.____-Gutachten vom 27. Februar 2013 aus psychiatrischer Sicht überzeugend dargelegt, weshalb eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung nach den ICD-Kriterien (F45.4) sowie eine autonome somatoforme Funktionsstörung des Gastrointestinaltraktes (F45.3) nicht diagnostiziert werden können. Sodann wurde umfassend und nachvollziehbar erläutert, dass kein Hinweis für eine Persönlichkeitsstörung nach den ICD-Kriterien (F60 bis F69) besteht. Nach den Angaben der Experten kann sämtlichen psychiatrischen Stellungnahmen sodann übereinstimmend entnommen werden, dass die depressive Symptomatik remittiert sei. Insofern sei auch nicht erkennbar, weshalb seit dem Jahr 2006 eine zunehmende Symptomatik vorliegen sollte, was einer depressiven Episode widersprechen würde. Auch die Diagnose einer Borderline-Persönlichkeitsstörung vom impulsiven Typ (F60.30) konnte mangels Erfüllen der allgemeinen Kriterien für eine Persönlichkeitsstörung nicht bestätigt werden. Die Fachärzte hielten vielmehr fest, wesentlich am Bericht der behandelnden Ärztin sei aus aktueller Sicht der mehrfache Hinweis auf mögliche medikamentenbedingte psychopathologische Auffälligkeiten. So sehe Dr. med. I.____ eine Adynamie (allgemeine Erschöpfung bzw. ausgeprägte Kraft- und Antriebslosigkeit), die wahrscheinlich durch die vielen Medikamente bedingt sei, halte das therapeutische Ziel einer Reduzierung der multiplen Medikamente für nötig und spreche auch von unkontrollierten Tabletten-Einnahmen, die zu Misch-Intoxikationen und Dämmerzuständen des Patienten geführt hätten. Hinsichtlich der Einschätzung der ausserordentlich problematischen Medikation könnten diese Beobachtungen aus aktueller Sicht voll unterstützt werden. Bezüglich der psychiatrischen Medikation bestehe dringender Behandlungsbedarf, um dem Exploranden keine weiteren zusätzlichen Schäden zuzufügen.

Im Weiteren konnten die F.____-Gutachter aus rheumatologischer Sicht im Vergleich zur früheren Exploration im Jahr 2008 keine relevanten Veränderungen eruieren. Wegen des unkooperativen Verhaltens des Exploranden waren sie schliesslich aus neurologischer Sicht nicht in der Lage, eine auf einer differenzierten Anamnese und einer ausführlichen körperlichen Untersuchung beruhende Beurteilung abzugeben. Aus interdisziplinärer Sicht wurde ausgeführt, der Explorand könne sowohl die bisherige Tätigkeit als auch eine angepasste (wechselbelastende, körperlich leichte und mittelschwere) Tätigkeit vollumfänglich und ohne Leistungsminderung ausüben (vgl. IV-Nr. 104.2 S. 41 bis 49). Darauf ist abzustellen. Nach der Rechtsprechung ist es wegen der unterschiedlichen Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten medizinischen Experten nicht geboten, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu anderen Einschätzungen gelangen als eine F.____. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine klärende Ergänzung des medizinischen Dossiers oder direkt eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die behandelnde Ärzte wichtige, nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (Urteil des Bundesgerichts 9C_252/2012 vom 7. September 2012 E. 8.4 mit Hinweisen). Eine solche Konstellation liegt hier nicht vor.

6.4 Dem Einwand des Beschwerdeführers, die Bestätigung oder das Ausschliessen einer sogenannten Borderline-Störung nach ICD-10 F60.30 sei gemäss medizinischer Fachliteratur nur durch eine gutachterliche Verlaufsbeurteilung während eines längeren Beobachtungszeitraums möglich und auch die SGPP-Leitlinien verlangten bei erstmaliger Begutachtung und bei Störungsbildern mit fluktuierendem Charakter eine mehrfache Exploration (Beschwerde, S. 11 ff. Ziff. 6), kann nicht gefolgt werden. Die Qualitätsleitlinien für psychiatrische Gutachten in der Eidgenössischen Invalidenversicherung der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP), Ausgabe Februar 2012, sehen im Rahmen von «inhaltlichen Erläuterungen zum Gutachtenprozess» unter dem Titel «Untersuchung/Exploration» (Äusserer Rahmen) vor, für die Exploration werde eine angemessene Dauer empfohlen. Insbesondere bei erstmaliger Begutachtung, Störungsbildern mit fluktuierendem Charakter, Explorationsschwierigkeiten etc. könne es sinnvoll sein, den Exploranden mehrfach zu explorieren (S. 12 Ziff. 3). Im vorliegenden Fall wurde der Beschwerdeführer von der F.____ bereits im November 2007 interdisziplinär (rheumatologisch, neurologisch und psychiatrisch) begutachtet, wobei der Beschwerdeführer damals vom Chefarzt Dr. med. N.____, Eidgenössischer Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Forensische Psychiatrie SGFP, psychiatrisch abgeklärt wurde. Der Facharzt hielt im versicherungspsychiatrischen Gutachten vom 27. Juni 2008 im Wesentlichen fest, beim Exploranden sei im Rahmen der gutachterlichen Untersuchung eine psychiatrische Störung, welche als anhaltender Gesundheitsschaden zu beurteilen sei, nicht mehr festgestellt worden. Die in der Vergangenheit beschriebene mittelgradige depressive Störung scheinere mittiert zu sein. Die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung könne aus gutachterlicher Sicht nicht bestätigt werden. Eine Persönlichkeitsstörung mit eigenständigem Krankheitswert liege ebenfalls nicht vor (IV-Nr. 30.2 S. 21 und 30.3 S. 27 ff.). Entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers kann somit nicht gesagt werden, er sei nur einmal exploriert worden. Die nach der ersten psychiatrischen Begutachtung vom November 2007 erfolgte zweite psychiatrische Begutachtung vom November 2012 deckt einen Zeitraum von 5 Jahren ab und erfolgte somit über einen längeren Zeitraum. Auf den

Bericht der Solothurner Spitäler AG, Externer Psychiatrischer Dienst, Ambulatorium Solothurn (Dr. med. P.____, Oberärztin; lic. phil. Q.____, Fachpsychologin für Psychotherapie FSP), vom 20. April 2009 über die Epikrise der Behandlung vom 15. Februar 2007 bis 14. April 2009 (IV-Nr. 76 S. 11 ff.), worin als Schlussdiagnosen nach ICD-10 die Diagnosen «anhaltende somatoforme Schmerzstörung (F45.4), autonome somatoforme Funktionsstörung des Gastrointestinaltraktes (F45.3), kombinierte Persönlichkeitsstörung mit histrionischen und abhängigen Zügen (F61.0) sowie rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert (F33.4)» angegeben wurden, kann nicht abgestellt werden. Wie im F.____-Gutachten vom 27. Februar 2013 (IV-Nr. 104.2 S. 42 f.) zu Recht darauf hingewiesen wurde, steht dieser Bericht im Widerspruch zum gleichentags, von denselben Fachpersonen verfassten Bericht der Psychiatrischen Dienste zur Psychotherapie im gleichen Zeitraum, worin als aktueller psychischer Gesundheitszustand «lediglich» eine «somatoforme Schmerzstörung bei histrionischer und abhängiger Persönlichkeitsstruktur mit fehlender Veränderungsmotivation» angegeben wurde. Demnach wurde hier - im Gegensatz zur vorerwähnten Epikrise - nicht von einer Persönlichkeitsstörung ausgegangen, wobei in der Begründung zur Arbeitsfähigkeit u.a. angegeben wurde, der Patient habe vielfältige Schmerzen demonstriert (IV-Nr. 52 S. 2 f.). Dementsprechend wies auch die RAD-Ärztin Dr. med. K.____ in ihrer Stellungnahme vom 23. Juli 2009 zu Recht darauf hin, die von den Psychiatrischen Diensten gestellte Diagnose «somatoforme Schmerzstörung» sei nicht nachvollziehbar und der ebenfalls diagnostizierten histrionischen und abhängigen Persönlichkeitsstruktur komme kein eigenständiger Krankheitswert zu. Der Motivationsmangel könne nicht als krankheitsbedingt angesehen werden. Man könne sich weiterhin auf das Zumutbarkeitsprofil des F.____-Gutachtens vom 27. Juni 2008 abstützen (IV-Nr. 53 S. 2). Dass bei der ersten psychiatrischen F.____-Begutachtung vom 21. November 2007 Dr. med. N.____ und bei der zweiten psychiatrischen F.____-Begutachtung vom 9. November 2012 Dr. med. Dipl.-Psych. J.____ die Untersuchungen durchführten, schmälert den Beweiswert der psychiatrischen Begutachtung vom 9. November 2012 nicht, zumal diese von Dr. med. N.____ ebenfalls unterzeichnet wurde, womit er sich mit der Beurteilung und Schlussfolgerung aus formaler Sicht einverstanden erklärte (vgl. IV-Nr. 104.3 S. 46).

6.5 Die Qualitätsleitlinien für psychiatrische Gutachten in der Eidgenössischen Invalidenversicherung der SGPP (Ausgabe Februar 2012) sehen unter dem Titel «Aufbau des psychiatrischen Gutachtens im Abklärungsverfahren des IVG» in Ziff. 4.3.2.2 (Testpsychologische Zusatzuntersuchungen) vor, bei begründeter Indikation, z.B. Verdacht auf neurokognitive Beeinträchtigungen oder auch bei schwer objektivierbaren Beschwerden bzw. geklagten Funktionseinbussen, sei der Einsatz von geeigneten Tests zur Prüfung der Leistungsfähigkeit und auch der Leistungsbereitschaft des Exploranden bzw. der Validität der geklagten Symptome zu prüfen. Diese Verfahren ersetzen nicht die gutachterlichen Bemühungen, sondern stellen einen Zusatzbefund dar, der in die Gesamtbeurteilung einbezogen werde (S. 8). Entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers ist es nicht zu beanstanden, dass der psychiatrische Gutachter Dr. med. J.____ auf psychiatrische Tests, insbesondere auf die Ausfüllung des Fragebogens «ADP-IV», verzichtete (vgl. IV-Nr. 111 S. 56 ff.). Gemäss den erwähnten Leitlinien ersetzen diese Verfahren nicht die gutachterlichen Bemühungen, sondern stellen einen Zusatzbefund dar, der in die Gesamtbeurteilung einbezogen wird. Entscheidend für die Qualität des Gutachtens ist aber in jedem Fall die klinische Untersuchung in Kenntnis der Anamnese. Die klinische Untersuchung bleibt Grundlage dafür, ob die

testpsychologisch gewonnenen Resultate plausibel sind (Leitlinien, S. 15, Ziff. 4.3.2). Somit kann nicht von einem Verstoss des Gutachters gegen den anerkannten Standard ausgegangen werden (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_695/2009 vom 17. Dezember 2009 E. 3.2.2). Im Übrigen ist darauf hinzuweisen, dass es dem psychiatrischen Gutachter obliegt zu entscheiden, ob er zur Befunderhebung testpsychologische Befunde beiziehen will; diesen käme ohnehin nur ergänzende Beweisfunktion zu. Es kann nicht davon ausgegangen werden, dass die Ergebnisse eines psychiatrischen Gutachtens nicht aussagekräftig sind, wenn keine testpsychologischen Untersuchungen durchgeführt werden (Urteil des Bundesgerichts 9C_618/2013 vom 4. Dezember 2013 E. 4.1 mit Hinweisen). Daran ändert der im F.____-Gutachten erwähnte Hinweis betreffend «geschildeter beschämender sozialer Interaktionen» (vgl. IV-Nr. 104.2 S. 37) nichts. 6.6 Der Beschwerdeführer wendet ferner ein, im Gutachten fehlten nähere Ausführungen zu wichtigen Episoden in seinem Leben, wie beispielsweise die Anstellung im Transportbereich der C.____ von 1995 bis 2005 und deren spezifische Hintergründe. Die dortige Anstellung sei durch ständige Reibereien mit Mitarbeitern geprägt gewesen. Er sei nur deshalb mit einem schwierigen Charakter ertragen worden, weil er stets bereit gewesen sei, Überstunden zu absolvieren und auch an Feiertagen einzuspringen. Damit habe er sich für seinen Arbeitgeber und seine Mitarbeiter unentbehrlich gemacht, was jedoch mit der Übernahme des Logistikbereichs durch die R.____ im Jahr 2005 offensichtlich ein abruptes Ende gefunden habe. Insbesondere an Sonn- und Feiertagen und während der Nachtschicht sei es ihm bis 2005 so möglich gewesen, den aus der Sicht seiner Persönlichkeitsstörung unangenehmen Konfrontationen mit den Vorgesetzten und den Mitarbeitern weitgehend aus dem Weg zu gehen. Durch diese kompensatorischen Bemühungen sei er in der Lage gewesen, sein narzisstisches Gleichgewicht über längere Zeit in einer Einzelgängertätigkeit aufrecht zu erhalten. Weshalb der Explorand seine Stelle bei der R.____ per 31. August 2007 schliesslich doch habe aufgeben müssen, gehe aus dem Gutachten ebenfalls nicht hervor. Es müsse eine psychische Auffälligkeit gewesen sein, welche den Arbeitgeber nach derart langer Zeit veranlasst habe, dem Versicherten zu kündigen. Das Gutachten bleibe in Bezug auf diese Zäsur in der Arbeitsanamnese unvollständig (vgl. Beschwerde, S. 14 ff. Ziff. 7). Wie (unter E. 2.5 hiervor) erwähnt, ist für den Beweiswert eines Arztberichtes rechtsprechungsgemäss u.a. entscheidend, ob er in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist (BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232; Urteil des Bundesgerichts 9C_28/2015 vom 8. Juni 2015 E. 3.2). Im vorliegenden Fall konnten sich die Gutachter ein Bild von der beruflichen Anamnese des Beschwerdeführers machen (vgl. «Persönliche Anamnese» sowie «Beurteilung und Prognose», IV-Nr. 104.2 S. 28 ff. und 41 ff.; «Persönliche Anamnese» und «Eigenanamnese», IV-Nr. 104.3 S. 27 ff. und 29). Damit ist den bundesrechtlichen Anforderungen an eine Begutachtung Genüge getan. Unter dem Gesichtswinkel der bundesrechtlichen Anforderungen an die Beweiskraft einer fachärztlichen Expertise kann nicht verlangt werden, dass den begutachtenden Ärzten stets sämtliche bei irgendeiner Versicherung oder bei irgendeiner medizinischen Fachperson allenfalls vorhandenen Akten vorliegen müssen, würde doch sonst die Durchführung einer rechtskonformen Begutachtung massiv erschwert und in vielen Fällen gar verunmöglicht (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_924/2008 vom 8. April 2009 E. 3.3 mit Hinweisen). Im Übrigen ist nicht ersichtlich, weshalb die Ereignisse im Jahr 2005 bei der C.____ und daraufhin bei der D.____ mit anschliessender Kündigung des Anstellungsverhältnisses per 31. August 2007 (vgl. IV-Nr. 18 S. 8) zu einer anderen Beurteilung durch die F.____-Gutachter führen und damit für das vorliegend zu beurteilende Neuanmeldeverfahren relevant sein sollen. Bereits

im Rahmen der interdisziplinären Begutachtung in der F.____ vom 27. Juni 2008 wurde ausschliesslich die Diagnose (mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit) eines «Status nach mittelgradiger depressiver Störung, aktuell vollumfänglich remittiert F32.10» gestellt und aus versicherungspsychiatrischer Sicht festgestellt, beim aktuellen Befundstatus könne eine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit mit einer affektiven Störung nicht mehr begründet werden. Dem Exploranden wäre grundsätzlich jegliche Tätigkeit zuzumuten, auch eine Tätigkeit im Lager, wo er mehr als 10 Jahre tätig gewesen sei. Das Bestehen einer Persönlichkeitsstörung mit eigenständigem Krankheitswert und einer somatoformen Schmerzstörung wurde schon damals verneint. Auch eine andere psychiatrische Störung mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit konnte nicht festgestellt werden (IV-Nr. 30.3 S. 25 ff.). Die berufliche Anamnese war den F.____-Gutachtern schon damals bekannt (siehe «Persönliche Anamnese», IV-Nr. 30.2 S. 11 f. und 30.3 S. 17 f.). Nach dem Gesagten kann die Erhebung der Berufsanamnese durch die F.____ -Gutachter im Rahmen der interdisziplinären Begutachtung vom Oktober/November 2012 nicht als unvollständig und ungenügend qualifiziert werden, wie dies vom Beschwerdeführer gerügt wird. In Bezug auf die berufliche Anamnese bestand kein Anlass, weitergehende Sachverhaltsabklärungen bei Ärzten und/oder Arbeitgeberin vorzunehmen. Nichts anderes gilt für die vom Beschwerdeführer gerügten, von den F.____ -Gutachtern unterlassenen weiteren Abklärungen in kindheits- bzw. familienanamnestischer Hinsicht. Die Fachärzte konnten sich auch ein genügend klares Bild von der Kindheit und Jugend des Beschwerdeführers machen (vgl. Persönliche Anamnese, Eigenanamnese, Beurteilung und Prognose; IV-Nr. 104.2 S. 28 ff. und 41 ff.). Für das Einfordern von Akten beim damaligen Kinderarzt, der Schulbehörde, beim KJPD oder beim SPD Solothurn bestand kein Anlass. Der im Austrittsbericht der Psychiatrischen Klinik Solothurn vom 21. Dezember 2006 unter dem Titel «Aktuelle Situation (Eigenanamnese)» erwähnte Vorgang, mit 16 Jahren habe der Beschwerdeführer einen Lehrer (der Berufswerkkategorie) «mit einem Hammer angreifen wollen», ändert daran nichts, konnte er doch in der Folge die Schule abschliessen und eine Mechanikerlehre beginnen, die er wegen einer Betriebsschliessung abbrechen musste (vgl. IV-Nr. 13 S. 12). Ebenso wenig bestand Anlass für das Einholen vom Fremdauskünften beim Hausarzt und der behandelnden Psychiaterin Dr. med. I.____, liegen doch von diesen Ärzten entsprechende Berichte vor, welche von den F.____ -Gutachtern gewürdigt wurden. Die «frühe Prägung» des Beschwerdeführers erachten die Gutachter nicht als relevant. Diese weisen im Rahmen der Beurteilung nachvollziehbar darauf hin, es seien spezifische Stimuli und bestimmte Situationen, die beim Beschwerdeführer auffällige Verhaltensmuster hervorriefen. Psychosoziale Belastungen hätten bei ihm zu Auffälligkeiten geführt, zuletzt die sehr einschneidende Veränderung der Eheschliessung. Es sei jedoch hervorzuheben, dass er sozial gut angepasst jahrzehntelang berufstätig habe sein können und auch in der Berufstätigkeit während vieler Jahre die gleiche Tätigkeit ausgeübt habe, selbst bei wechselndem Arbeitgeber. Insofern finde sich eher eine konstante Verhaltensweise in einer angepassten und kulturell erwarteten Haltung. Es sei auch hervorzuheben, dass er in seinem privaten Umfeld eine ausserordentliche Konstanz habe. Er betone selbst, dass er in seiner Wohnumgebung alle Menschen kenne, da er dort schon seit fast drei Jahrzehnten wohne und dort sehr gut integriert sei (IV-Nr. 104.2 S. 45). Dieser fachärztlichen Einschätzung ist zu folgen. Schliesslich ist auch der vom Beschwerdeführer erwähnte Umstand, dass seine kleine Schwester wegen einer Schizophrenie seit Jahren eine Invalidenrente beziehe (IV-Nr. 104.2 S. 30 und 104.3 S. 35), für die Beurteilung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers nicht relevant. Die Sachverhaltserhebungen der F.____ -Gutachter

können – entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers – weder als unvollständig noch als ungenügend qualifiziert werden. 6.7 Der Beschwerdeführer lässt sodann geltend machen, die SGPP-Qualitätsleitlinien seien durch Nichteinholen von Drittauskünften verletzt worden. Diese Leitlinien seien gemäss IV-Rundschreiben Nr. 313 vom 6. Juni 2012 seit 1. Juli 2012 in Kraft und hätten von der F.____ zwingend berücksichtigt werden müssen (Beschwerde, S. 21). Abgesehen davon, dass das vom Beschwerdeführer erwähnte IV-Rundschreiben Nr. 313 des Bundesamtes für Sozialversicherungen (BSV) vom 6. Juni 2012 für alle psychiatrischen IV-Gutachten und internen medizinischen Berichte gilt, welche ab 1. Juli 2012 in Auftrag gegeben wurden, somit auf das vorliegend massgebliche, bereits am 13. Januar 2012 angeordnete interdisziplinäre F.____ -Gutachten vom 27. Februar 2013 keine Anwendung findet, gilt es zu beachten, dass Fremdauskünfte ein wichtiger Bestandteil des Gutachtens sein können, nicht aber in jedem Fall zwingend erforderlich sind (vgl. SGPP-Qualitätsleitlinien, S. 9 Ziff. 5). Dass die F.____ -Gutachter im vorliegenden Fall auf Drittauskünfte verzichteten, vermag den Beweiswert des überzeugenden interdisziplinären Gutachtens nicht zu schmälern. 6.8 Der Beschwerdeführer wendet sodann ein, das Gutachten überzeuge auch in der Diagnosestellung nicht. Insbesondere wenn es darum gehe, die von den Vorärzten diagnostizierte Persönlichkeitsstörung zu prüfen, würden die Kriterien gemäss ICD-10 F60 falsch zitiert. Die von den Gutachtern aufgeführten sechs diagnostischen «Leitlinien» (recte: Kriterien) finde man im massgeblichen WHO-Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen nirgendwo. Hier handle es sich offensichtlich um eine Eigenkreation von Dr. med. J.____ (Beschwerde, S. 22). Dieser Einwand ist falsch. Die ICD-10-Leitlinien sehen für Persönlichkeitsstörungen die von Dr. med. Dipl.-Psych. J.____ aufgeführten Kriterien vor (vgl. Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch-diagnostische Leitlinien, 6., vollständig überarbeitete Aufl., 2008, S. 246). Der Beschwerdeführer lässt geltend machen, Dr. med. J.____ habe von den sechs von ihm genannten Kriterien lediglich deren zwei geprüft und das Vorliegen dieser beiden Kriterien bejaht. Die übrigen vier Kriterien seien zwar aufgezählt, aber nicht geprüft worden. Das Gutachten bleibe auch hier unvollständig. Prüfe man die vier weiteren Kriterien, so müssten diese als erfüllt betrachtet werden. Im Gutachten seien zwar die richtigen Symptome genannt, daraus aber nicht die richtigen Schlüsse gezogen worden. Die diagnostischen Kriterien nach ICD-10 F60 seien erfüllt. Was die kombinierte Persönlichkeitsstörung nach F61.0 betreffe, seien mindestens zwei einzelne Störungsbilder erkennbar. Sodann seien mindestens vier der diagnostischen Kriterien für eine histrionische Persönlichkeitsstörung nach F60.4 als erfüllt zu betrachten; die entsprechende Diagnose könne deshalb durchaus gestellt werden. Auch die Kriterien einer Persönlichkeitsstörung vom impulsiven Typ nach F60.30 seien gegeben. Es seien auch mindestens zwei der Diagnosekriterien für den Borderline-Typ nach F60.31 erfüllt (Beschwerde, S. 22 f.). Dem ist entgegenzuhalten, dass der psychiatrische Gutachter Dr. med. Dipl.-Psych. J.____ sich eingehend mit den allgemeinen Leitlinien bzw. Kriterien für Persönlichkeitsstörungen auseinandersetzte und nachvollziehbar zum Schluss kam, zusammenfassend sehe man - ähnlich wie in einigen der vorausgegangenen psychiatrischen Diagnosen und in der Diagnostik der letzten Begutachtung von 2008 - keinen Hinweis für eine Persönlichkeitsstörung nach den ICD-Kriterien (IV-Nr. 104.2 S. 44 f. und 104.3 S. 40 f.). Der Experte führte aus, das Kriterium 1 für Persönlichkeitsstörungen könne «auch in der aktuellen Situation angenommen werden», er äusserte sich jedoch dahingehend, je nach Kontext könne auch festgestellt werden, dass im Laufe der weiteren psychiatrischen Berichte Kognition im

weitesten Sinne, Affektivität und Impulskontrolle sowie Sozialkontakte zeitweise auffällig gewesen seien. Auffälligkeit alleine stelle noch keine Normabweichung dar, und wenn auch in einzelnen Bereichen sicherlich normabweichendes Verhalten zu beschreiben sei, so heisse das nicht, dass in allen Teilbereichen dieses normabweichende Verhaltensmuster festzustellen sei. Das Vorliegen des zweiten und vierten Kriteriums wurden vom psychiatrischen Gutachter verneint (IV-Nr. 104.2 S. 45 und 104.3 S. 40 f.). In diesem Sinne äusserte sich auch Dr. med. N.____ in seiner Stellungnahme vom 4. Februar 2014, wonach die Behauptung, dass im F.____ -Gutachten die Kriterien 1 und 4 per se bestätigt worden seien, nicht korrekt sei. Im Bericht von Dr. med. G.____ werde auch summa summarum angegeben, dass die diagnostischen Kriterien 2, 3, 5 und 6 ebenfalls erfüllt seien, ohne diese genauer zu diskutieren. Alleine die Angabe, dass die diagnostischen Kriterien gemäss ICD-10 erfüllt seien, ohne diese mit psychopathologischen Befunden und durch genauere psychiatrische Abklärungen zu begründen, reiche nicht aus, um die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung zu stellen (IV-Nr. 122 S. 3). Auf diese überzeugenden Ausführungen der F.____ -Gutachter Dr. med. Dipl.-Psych. J.____ und Dr. med. N.____ ist abzustellen. Mangels Vorliegen der allgemeinen diagnostischen Leitlinien für Persönlichkeitsstörungen kann – entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers – nicht davon ausgegangen werden, dass die Kriterien für die Diagnosen einer Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60), einer kombinierten Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F61), einer histrionischen Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.4), einer Persönlichkeitsstörung vom impulsiven Typ (ICD-10 F60.30) oder einer Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ (ICD-10 F60.31) erfüllt sind. 6.9 Der Beschwerdeführer macht schliesslich geltend, die Erhebung einer somatoformen Schmerzstörung durch Dr. med. J.____ sei unvollständig und widersprüchlich erfolgt. So gehe aus den IV-Akten ein chronisches Syndrom mit vielfältigen, rezidivierenden und fluktuierenden körperlichen Beschwerden von mehrjähriger Dauer hervor, die sich nicht mit einer bekannten organischen Erkrankung erklären liessen. Die Gutachter beschrieben Symptome und Auffälligkeiten, unterliessen dann aber eine Zuordnung (Beschwerde, S. 30 f. Ziff. 8). Im F.____ -Gutachten vom 27. Februar 2013 wurde hierzu im Rahmen der Beurteilung aus psychiatrischer Sicht im Wesentlichen nachvollziehbar ausgeführt, ein demonstrierter Schmerz entspreche nicht einem emotionalen Konflikt oder einer psychosozialen Belastung, wie sie bei der somatoformen Schmerzstörung als Hauptursache oder als wesentlicher Aspekt bei der Aufrechterhaltung gefordert werde. Es bestehe bei einer solchen Form der Demonstration kein innerpsychischer Konflikt, sondern eine «bewusste Handlungsweise». Gegen eine somatoforme Schmerzstörung spreche auch, dass parallel zu den Schmerzen jeweils andere psychiatrische Symptome präsentiert würden, die als zusätzliche bewusste simulierte Symptome (z.B. Stimmenhören, Vergesslichkeit) zu sehen seien. Der Explorand spreche weniger von den Beschwerden selbst, wenn er danach gefragt werde, sondern vielmehr davon, was die Ärzte sagten und er benutze diagnostische Begriffe, die in seinem Sprachgebrauch fremd seien. Beim Nachfragen, seine erlebten Beschwerden zu benennen bzw. zu beschreiben, habe er Schwierigkeiten damit. Eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung nach ICD-10 F45.4 könne aus den genannten Gründen nicht diagnostiziert werden (IV-Nr. 104.2 S. 43 f., 104.3 S. 39). Entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers kann das F.____ -Gutachten nicht deswegen als nicht schlüssig, unvollständig und widersprüchlich qualifiziert werden, weil der psychiatrische Gutachter die beschriebenen Auffälligkeiten weder einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung noch einer Persönlichkeitsstörung zuordnen konnte. Diese Diagnosen

wurden nicht übersehen, sondern klar verneint. Die F.____-Gutachter sprachen sich sowohl im Gutachten vom 27. Juni 2008 als auch im Gutachten vom 27. Februar 2013 dafür aus, sowohl die bisherige als auch alle anderen wechselbelastenden, körperlich leichten bis mittelschweren Tätigkeiten seien vollumfänglich und ohne Leistungsminderung zuzumuten. Demnach war – in Ergänzung dieser medizinischen Unterlagen - für die Ermittlung des erwerblich nutzbaren Leistungsvermögens der Beizug von Fachpersonen der beruflichen Integration und Berufsberatung nicht erforderlich (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 9C_850/2013 vom 12. Juni 2014 E. 3.2). 7. Die mit Eingabe vom 23. September 2014 nachgereichten medizinischen Unterlagen vermögen den Beweiswert des F.____-Gutachtens vom 27. Februar 2013 nicht zu schmälern. So hielt die behandelnde Psychiaterin Dr. med. I.____ in ihrem Bericht vom 2. September 2014 fest, es sei ein deutlicher Abbau der Medikamente erfolgt, insbesondere der Benzodiazepine, welche komplett sistiert worden seien. Die noch verbliebenen erheblichen Stimmungsschwankungen verbunden mit ausgeprägten Stressreaktionen und impulsiven Wutausbrüchen sowie seine ständigen Klagen über diverse Schmerzen vermögen die fachärztlichen Beurteilungen der F.____-Gutachter nicht zu relativieren (vgl. Beschwerdebeilage 4). Auch die im Bericht des Hausarztes Dr. med. E.____ vom 5. September 2014 angegebene ungenügend eingestellte arterielle Hypertonie vermag keine längerdauernde Arbeitsunfähigkeit zu begründen, da Bluthochdruck medikamentös behandelt werden kann und - bei regelmässiger Einnahme der Medikamente – die Arbeitsfähigkeit nicht anhaltend einschränkt. Dementsprechend wurde der seit dem Jahr 2006 erhöhte Blutdruck im F.____-Gutachten vom 27. Februar 2013 erwähnt und als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit berücksichtigt (vgl. IV-Nr. 104.2 S. 31, 33 und 41). Von einer «malignen Hypertonie bei Therapieresistenz» spricht auch der Hausarzt nicht (vgl. Beschwerdebeilage 5). Sodann finden sich nach den Angaben des Rheumatologen Dr. med. S.____ vom 17. Juli 2014 keine Hinweise für signifikante degenerative Veränderungen, einen Entzündungszustand oder eine Kristallarthropathie. Der Rheumatologe empfiehlt, Vitamin D zu substituieren. Die leichtgradige Vitamin D-Insuffizienz spiele bezüglich Schmerzhaftigkeit aber sicherlich keine Rolle. Die Schmerzmedikation sei mit der behandelnden Psychiaterin abzusprechen (Beschwerdebeilage 8). Im Weiteren ergaben sich gemäss dem Bericht des Bürgerspitals Solothurn, Medizinische Klinik, Nephrologie, über die nephrologische Sonographie vom 19. Februar 2014 normale duplexsonographische Nierenbefunde mit lediglich einzelnen kleinsten Gefässverkalkungen. Die ungenügend kontrollierten Blutdruckwerte seien am ehesten einerseits durch die bestehenden chronischen Schmerzen und andererseits durch die unregelmässige Einnahme der antihypertensiven Therapie bedingt (vgl. Beschwerdebeilage 9). Eine bewusste Manipulation der Blutdruckwerte ist nach den Angaben der behandelnden Psychiaterin aufgrund der unbewussten Prozesse ausgeschlossen (vgl. Bericht vom 27. Oktober 2014, Beschwerdebeilage 14). Der ausgeprägten Lichtempfindlichkeit des Beschwerdeführers kann durch das Tragen einer Sonnenbrille begegnet werden (vgl. augenärztliche Bescheinigung der Klinik Pallas, Solothurn, vom 19. April 2013 [IV-Nr. 111 S. 76]). Schliesslich vermögen die gemäss dem eingereichten Auszug aus dem Schweizerischen Strafregister vom 21. Februar 2014 (Beschwerdebeilage 11) eingeleiteten Strafuntersuchungen und gefällten Strafurteile am Ergebnis der überzeugenden fachärztlichen Abklärungen nichts zu ändern. In der Stellungnahme der F.____ vom 4. Februar 2014 wurde klar festgehalten, eine strafrechtliche Verurteilung begründe weder die Diagnose einer psychiatrischen Erkrankung noch die Annahme einer

Verhaltensauffälligkeit im Sinne einer Impulskontrollstörung, welche als krankheitswertig zu beurteilen sei. Solange die diagnostischen Kriterien einer psychiatrischen Störung gemäss ICD-10 nicht erfüllt seien, könne die Diagnose einer psychiatrischen Erkrankung nicht gestellt werden (vgl. IV-Nr. 122). Darauf ist abzustellen. 8. Entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers bestehen nach dem Gesagten auch keine geringen Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der fachärztlichen Beurteilungen. Von einer weiteren interdisziplinären Begutachtung ist daher abzusehen. Angesichts der bereits bestehenden umfassenden medizinischen Dokumentation besteht hierfür kein Anlass (antizipierte Beweiswürdigung [vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_576/2015 vom 21. September 2015 E. 3.2 mit Hinweisen]). Ebenso wenig ist es nach dem Gesagten erforderlich, von Amtes wegen beim KJPD und SPD des Kantons Solothurn die Kindheits- und Jugendakten und bei der Staatsanwaltschaft des Kantons Solothurn die Strafakten des Beschwerdeführers, dessen Leumundsbericht sowie die IV-Akten der Schwester des Beschwerdeführers beizuziehen, damit diese der Gutachterstelle zur Exploration und gutachterlichen Abklärung weitergeleitet werden können (vgl. Rechtsbegehren Ziff. 3 und 6a der Beschwerde, S. 2 f. [A.S. 5 f.]). Gestützt auf den Untersuchungsgrundsatz ist der Sachverhalt soweit zu ermitteln, dass über den Leistungsanspruch zumindest mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit entschieden werden kann. Es besteht kein Anspruch darauf, «second opinions» einzuholen (Kieser, ATSG-Kommentar, 3. Aufl., 2015, Art. 43 ATSG, S. 572 ff Rz. 20 und 27). Der vorliegend massgebliche Sachverhalt wurde von der Beschwerdegegnerin mit der Anordnung des interdisziplinären F.____-Gutachtens genügend abgeklärt, um über den Rentenanspruch des Beschwerdeführers mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit entscheiden zu können. 9. Die vorliegend angefochtene Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 17. Juni 2014, worin festgestellt wurde, seit der letzten rechtskräftigen Verfügung vom 20. Oktober 2009 sei keine wesentliche Verschlechterung der gesundheitlichen Situation des Beschwerdeführers eingetreten und es bestehe demnach kein Anspruch auf beruflichen Eingliederungsmassnahmen sowie eine Invalidenrente, ist somit nicht zu beanstanden. Die Beschwerde ist abzuweisen.

E. 3

Zur Beurteilung des Falles seien die Strafverfahrensakten des Versicherten bei der Staatsanwaltschaft des Kantons Solothurn sowie ein entsprechender Leumundsbericht einzuholen. Ebenfalls beizuziehen seien die IV-Akten der Schwester des Versicherten.

E. 4

Es sei gerichtlich festzustellen, dass die IV-Stelle es für notwendig hielt, die Einwendungen des Versicherten zum Vorbescheid vom 4. April 2013 der F.____ zur Stellungnahme zuzustellen, worauf im Überweisungsschreiben vom 4. September 2013 unter Bezugnahme auf den Einwand ausdrücklich hingewiesen wurde, in der Folge jedoch der Gutachterstelle nur die Eingabe des Versicherten vom 8. Juli 2013 zugestellt wurde, worauf der Gutachter auch nur zu dieser Eingabe und nicht zum kompletten Einwand vom 10. Mai 2013 Stellung bezogen hat.

E. 5

Es sei gerichtlich festzustellen, dass die Darstellung der IV-Stelle in der angefochtenen Verfügung vom 17. Juni 2014, wonach die F.____ zu den im Einwandverfahren vorgebrachten medizinischen Rügipunkten zum polydisziplinären Fachgutachten Stellung

genommen habe, mangels Zustellung derselben nicht zutrifft und die F.____ und die im vorliegenden Fall involvierten Gutachter – inkl. Dr. H.____ – seien gerichtlich zu beauftragen, die Ergänzungsfragen Nrn. 1 bis 20 schriftlich zu beantworten und zum Einwand vom 10. Mai 2013 Stellung zu nehmen.

E. 6

6.1 Die Beschwerdegegnerin lehnte den Anspruch des Beschwerdeführers auf berufliche Eingliederungsmassnahmen sowie eine Invalidenrente mit vorliegend angefochtener Verfügung vom 17. Juni 2014 im Wesentlichen mit der Begründung ab, gemäss ihren medizinischen Abklärungen liege spätestens seit Ende November 2007 (Zeitpunkt der ersten Begutachtung durch die F.____) keine medizinische Diagnose vor, welche eine länger dauernde Arbeitsunfähigkeit zu begründen vermöge. Aus polydisziplinärer Sicht sei dem Exploranden sowohl die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Logistik-Assistent (Lagermitarbeiter) als auch jede andere Tätigkeit mit einem ähnlichen Anforderungsprofil nach wie vor vollumfänglich und ohne Leistungsverminderung zuzumuten. Aus einer solchen Tätigkeit könne er ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen erzielen. Seit der letzten rechtskräftigen Verfügung vom 20. Oktober 2009 sei keine wesentliche Verschlechterung der gesundheitlichen Situation eingetreten (IV-Nr. 128).

Der Beschwerdeführer lässt demgegenüber geltend machen, das interdisziplinäre Gutachten der F.____ vom 12. März (recte: 27. Februar) 2013 sei unvollständig, erklärungsbedürftig und auch widersprüchlich, weshalb es nicht überzeuge (vgl. Beschwerde, S. 11 Ziff. 6).

6.2 Zunächst ist festzuhalten, dass das umfassende interdisziplinäre Gutachten der F.____ vom 27. Februar 2013 auf den fachärztlichen Explorationen des Beschwerdeführers vom 18. Oktober sowie 9. und 15. November 2012 beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten abgegeben wurde und in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sowie der medizinischen Situation einleuchtet, weshalb ihm Beweiswert zukommt (BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352; Urteil des Bundesgerichts 9C_28/2015 E. 3.2 mit Hinweis).

6.3 In der damaligen interdisziplinären Begutachtung in der F.____ vom November 2007 (Bericht vom 27. Juni 2008) wurde die Diagnose «St.n. mittelgradiger depressiver Störung, aktuell vollumfänglich remittiert F32.10» gestellt und im Rahmen der Beurteilung im Wesentlichen angegeben, es habe weder ein rheumatologisches, noch ein neurologisches, noch ein psychiatrisches Krankheitsbild mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit festgestellt werden können. Aus interdisziplinärer Sicht seien dem Exploranden sowohl die bisherige als auch alle altersgemässen anderen bis mittelschweren wechselbelastenden Tätigkeiten in einem zeitlichen Rahmen von 8,5 Stunden pro Tag an 5 Tagen pro Woche zumutbar. Auszuschliessen seien körperlich schwere Tätigkeiten mit Belastung der Wirbelsäule und Gelenke. Es ergebe sich kein besonderes Tätigkeitsprofil und es bestehe keine Leistungsminderung (IV-Nr. 30.3 S. 25 und 33 f.). Nach einem Vergleich der beiden interdisziplinären Gutachten der F.____ vom 27. Juni 2008 und 27. Februar 2013 kann demnach von keiner relevanten Verschlechterung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers ausgegangen werden. Daran vermag der Bericht des Hausarztes E.____, vom 13. Oktober 2011, worin ein chronifiziertes generalisiertes Schmerzsyndrom sowie eine Persönlichkeitsstörung diagnostiziert und eine vollständige Arbeitsunfähigkeit seit dem Jahr 2006 in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit sowie eine Erwerbsfähigkeit in einer körperlich leichten Arbeit für wenige Stunden mit erheblich verminderter

Leistungsfähigkeit angegeben wurden, nichts zu ändern (IV-Nr. 76 S. 4 ff.). Ebenso wenig der Bericht der behandelnden Psychiaterin Dr. med. I. ____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, vom 21. Oktober 2011, welche die Diagnosen (mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit) einer rezidivierenden depressiven Episode ohne psychotische Symptome, gegenwärtig mittel- bis schwer depressiv (ICD-10 F33.1) seit dem Jahr 2006 zunehmend, eine ausgeprägte Borderline-Persönlichkeitsstörung vom impulsiven Typ (ICD-10 F60.30) bei zusätzlich histrionischen Anteilen sowie ein Schmerzsyndrom im Sinne eines Fibromyalgie-Syndroms (DD: ICD-10 F45.4) stellte und eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit als Hilfsarbeiter seit dem Jahr 2007 sowie auch eine vollständige Erwerbsunfähigkeit angab (IV-Nr. 74).

Unter dem Titel «Beurteilung und Procedere» wurde im F. ____-Gutachten vom 27. Februar 2013 aus psychiatrischer Sicht überzeugend dargelegt, weshalb eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung nach den ICD-Kriterien (F45.4) sowie eine autonome somatoforme Funktionsstörung des Gastrointestinaltraktes (F45.3) nicht diagnostiziert werden können. Sodann wurde umfassend und nachvollziehbar erläutert, dass kein Hinweis für eine Persönlichkeitsstörung nach den ICD-Kriterien (F60 bis F69) besteht. Nach den Angaben der Experten kann sämtlichen psychiatrischen Stellungnahmen sodann übereinstimmend entnommen werden, dass die depressive Symptomatik remittiert sei. Insofern sei auch nicht erkennbar, weshalb seit dem Jahr 2006 eine zunehmende Symptomatik vorliegen sollte, was einer depressiven Episode widersprechen würde. Auch die Diagnose einer Borderline-Persönlichkeitsstörung vom impulsiven Typ (F60.30) konnte mangels Erfüllen der allgemeinen Kriterien für eine Persönlichkeitsstörung nicht bestätigt werden. Die Fachärzte hielten vielmehr fest, wesentlich am Bericht der behandelnden Ärztin sei aus aktueller Sicht der mehrfache Hinweis auf mögliche medikamentenbedingte psychopathologische Auffälligkeiten. So sehe Dr. med. I. ____ eine Adynamie (allgemeine Erschöpfung bzw. ausgeprägte Kraft- und Antriebslosigkeit), die wahrscheinlich durch die vielen Medikamente bedingt sei, halte das therapeutische Ziel einer Reduzierung der multiplen Medikamente für nötig und spreche auch von unkontrollierten Tabletten-Einnahmen, die zu Misch-Intoxikationen und Dämmerzuständen des Patienten geführt hätten. Hinsichtlich der Einschätzung der ausserordentlich problematischen Medikation könnten diese Beobachtungen aus aktueller Sicht voll unterstützt werden. Bezüglich der psychiatrischen Medikation bestehe dringender Behandlungsbedarf, um dem Exploranden keine weiteren zusätzlichen Schäden zuzufügen. Im Weiteren konnten die F. ____-Gutachter aus rheumatologischer Sicht im Vergleich zur früheren Exploration im Jahr 2008 keine relevanten Veränderungen eruieren. Wegen des unkooperativen Verhaltens des Exploranden waren sie schliesslich aus neurologischer Sicht nicht in der Lage, eine auf einer differenzierten Anamnese und einer ausführlichen körperlichen Untersuchung beruhende Beurteilung abzugeben. Aus interdisziplinärer Sicht wurde ausgeführt, der Explorand könne sowohl die bisherige Tätigkeit als auch eine angepasste (wechselbelastende, körperlich leichte und mittelschwere) Tätigkeit vollumfänglich und ohne Leistungsminderung ausüben (vgl. IV-Nr. 104.2 S. 41 bis 49). Darauf ist abzustellen.

Nach der Rechtsprechung ist es wegen der unterschiedlichen Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten medizinischen Experten nicht geboten, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu anderen Einschätzungen gelangen als eine F. ____ Vorbehalten bleiben Fälle, in

denen sich eine klärende Ergänzung des medizinischen Dossiers oder direkt eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die behandelnde Ärzte wichtige, nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (Urteil des Bundesgerichts 9C_252/2012 vom 7. September 2012 E. 8.4 mit Hinweisen). Eine solche Konstellation liegt hier nicht vor.

6.4 Dem Einwand des Beschwerdeführers, die Bestätigung oder das Ausschliessen einer sogenannten Borderline-Störung nach ICD-10 F60.30 sei gemäss medizinischer Fachliteratur nur durch eine gutachterliche Verlaufsbeurteilung während eines längeren Beobachtungszeitraums möglich und auch die SGPP-Leitlinien verlangten bei erstmaliger Begutachtung und bei Störungsbildern mit fluktuierendem Charakter eine mehrfache Exploration (Beschwerde, S. 11 ff. Ziff. 6), kann nicht gefolgt werden. Die Qualitätsleitlinien für psychiatrische Gutachten in der Eidgenössischen Invalidenversicherung der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP), Ausgabe Februar 2012, sehen im Rahmen von «inhaltlichen Erläuterungen zum Gutachtenprozess» unter dem Titel «Untersuchung/Exploration» (Äusserer Rahmen) vor, für die Exploration werde eine angemessene Dauer empfohlen. Insbesondere bei erstmaliger Begutachtung, Störungsbildern mit fluktuierendem Charakter, Explorationsschwierigkeiten etc. könne es sinnvoll sein, den Exploranden mehrfach zu explorieren (S. 12 Ziff. 3). Im vorliegenden Fall wurde der Beschwerdeführer von der F.____ bereits im November 2007 interdisziplinär (rheumatologisch, neurologisch und psychiatrisch) begutachtet, wobei der Beschwerdeführer damals vom Chefarzt Dr. med. N.____, Eidgenössischer Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Forensische Psychiatrie SGFP, psychiatrisch abgeklärt wurde. Der Facharzt hielt im versicherungspsychiatrischen Gutachten vom 27. Juni 2008 im Wesentlichen fest, beim Exploranden sei im Rahmen der gutachterlichen Untersuchung eine psychiatrische Störung, welche als anhaltender Gesundheitsschaden zu beurteilen sei, nicht mehr festgestellt worden. Die in der Vergangenheit beschriebene mittelgradige depressive Störung scheinere mittiert zu sein. Die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung könne aus gutachterlicher Sicht nicht bestätigt werden. Eine Persönlichkeitsstörung mit eigenständigem Krankheitswert liege ebenfalls nicht vor (IV-Nr. 30.2 S. 21 und 30.3 S. 27 ff.). Entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers kann somit nicht gesagt werden, er sei nur einmal exploriert worden. Die nach der ersten psychiatrischen Begutachtung vom November 2007 erfolgte zweite psychiatrische Begutachtung vom November 2012 deckt einen Zeitraum von 5 Jahren ab und erfolgte somit über einen längeren Zeitraum.

Auf den Bericht der Solothurner Spitäler AG, Externer Psychiatrischer Dienst, Ambulatorium Solothurn (Dr. med. P.____, Oberärztin; lic. phil. Q.____, Fachpsychologin für Psychotherapie FSP), vom 20. April 2009 über die Epikrise der Behandlung vom 15. Februar 2007 bis 14. April 2009 (IV-Nr. 76 S. 11 ff.), worin als Schlussdiagnosen nach ICD-10 die Diagnosen «anhaltende somatoforme Schmerzstörung (F45.4), autonome somatoforme Funktionsstörung des Gastrointestinaltraktes (F45.3), kombinierte Persönlichkeitsstörung mit histrionischen und abhängigen Zügen (F61.0) sowie rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittiert (F33.4)» angegeben wurden, kann nicht abgestellt werden. Wie im F.____-Gutachten vom 27. Februar 2013 (IV-Nr. 104.2 S. 42 f.) zu Recht darauf hingewiesen wurde, steht dieser Bericht im Widerspruch zum gleichentags, von denselben Fachpersonen verfassten Bericht der

Psychiatrischen Dienste zur Psychotherapie im gleichen Zeitraum, worin als aktueller psychischer Gesundheitszustand «lediglich» eine «somatoforme Schmerzstörung bei histrionischer und abhängiger Persönlichkeitsstruktur mit fehlender Veränderungsmotivation» angegeben wurde. Demnach wurde hier - im Gegensatz zur vorerwähnten Epikrise - nicht von einer Persönlichkeitsstörung ausgegangen, wobei in der Begründung zur Arbeitsfähigkeit u.a. angegeben wurde, der Patient habe vielfältige Schmerzen demonstriert (IV-Nr. 52 S. 2 f.). Dementsprechend wies auch die RAD-Ärztin Dr. med. K.____ in ihrer Stellungnahme vom 23. Juli 2009 zu Recht darauf hin, die von den Psychiatrischen Diensten gestellte Diagnose «somatoforme Schmerzstörung» sei nicht nachvollziehbar und der ebenfalls diagnostizierten histrionischen und abhängigen Persönlichkeitsstruktur komme kein eigenständiger Krankheitswert zu. Der Motivationsmangel könne nicht als krankheitsbedingt angesehen werden. Man könne sich weiterhin auf das Zumutbarkeitsprofil des F.____-Gutachtens vom 27. Juni 2008 abstützen (IV-Nr. 53 S. 2).

Dass bei der ersten psychiatrischen F.____-Begutachtung vom 21. November 2007 Dr. med. N.____ und bei der zweiten psychiatrischen F.____-Begutachtung vom 9. November 2012 Dr. med. Dipl.-Psych. J.____ die Untersuchungen durchführten, schmälert den Beweiswert der psychiatrischen Begutachtung vom 9. November 2012 nicht, zumal diese von Dr. med. N.____ ebenfalls unterzeichnet wurde, womit er sich mit der Beurteilung und Schlussfolgerung aus formaler Sicht einverstanden erklärte (vgl. IV-Nr. 104.3 S. 46).

6.5 Die Qualitätsleitlinien für psychiatrische Gutachten in der Eidgenössischen Invalidenversicherung der SGPP (Ausgabe Februar 2012) sehen unter dem Titel «Aufbau des psychiatrischen Gutachtens im Abklärungsverfahren des IVG» in Ziff. 4.3.2.2 (Testpsychologische Zusatzuntersuchungen) vor, bei begründeter Indikation, z.B. Verdacht auf neurokognitive Beeinträchtigungen oder auch bei schwer objektivierbaren Beschwerden bzw. geklagten Funktionseinbussen, sei der Einsatz von geeigneten Tests zur Prüfung der Leistungsfähigkeit und auch der Leistungsbereitschaft des Exploranden bzw. der Validität der geklagten Symptome zu prüfen. Diese Verfahren ersetzen nicht die gutachterlichen Bemühungen, sondern stellen einen Zusatzbefund dar, der in die Gesamtbeurteilung einbezogen werde (S. 8).

Entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers ist es nicht zu beanstanden, dass der psychiatrische Gutachter Dr. med. J.____ auf psychiatrische Tests, insbesondere auf die Ausfüllung des Fragebogens «ADP-IV», verzichtete (vgl. IV-Nr. 111 S. 56 ff.). Gemäss den erwähnten Leitlinien ersetzen diese Verfahren nicht die gutachterlichen Bemühungen, sondern stellen einen Zusatzbefund dar, der in die Gesamtbeurteilung einbezogen wird. Entscheidend für die Qualität des Gutachtens ist aber in jedem Fall die klinische Untersuchung in Kenntnis der Anamnese. Die klinische Untersuchung bleibt Grundlage dafür, ob die testpsychologisch gewonnenen Resultate plausibel sind (Leitlinien, S. 15, Ziff. 4.3.2). Somit kann nicht von einem Verstoß des Gutachters gegen den anerkannten Standard ausgegangen werden (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_695/2009 vom 17. Dezember 2009 E. 3.2.2). Im Übrigen ist darauf hinzuweisen, dass es dem psychiatrischen Gutachter obliegt zu entscheiden, ob er zur Befunderhebung testpsychologische Befunde beiziehen will; diesen käme ohnehin nur ergänzende Beweisfunktion zu. Es kann nicht davon ausgegangen werden, dass die Ergebnisse eines psychiatrischen Gutachtens nicht aussagekräftig sind, wenn keine testpsychologischen

Untersuchungen durchgeführt werden (Urteil des Bundesgerichts 9C_618/2013 vom 4. Dezember 2013 E. 4.1 mit Hinweisen). Daran ändert der im F.____-Gutachten erwähnte Hinweis betreffend «geschildeter beschämender sozialer Interaktionen» (vgl. IV-Nr. 104.2 S. 37) nichts.

6.6 Der Beschwerdeführer wendet ferner ein, im Gutachten fehlten nähere Ausführungen zu wichtigen Episoden in seinem Leben, wie beispielsweise die Anstellung im Transportbereich der C.____ von 1995 bis 2005 und deren spezifische Hintergründe. Die dortige Anstellung sei durch ständige Reibereien mit Mitarbeitern geprägt gewesen. Er sei nur deshalb mit einem schwierigen Charakter ertragen worden, weil er stets bereit gewesen sei, Überstunden zu absolvieren und auch an Feiertagen einzuspringen. Damit habe er sich für seinen Arbeitgeber und seine Mitarbeiter unentbehrlich gemacht, was jedoch mit der Übernahme des Logistikbereichs durch die R.____ im Jahr 2005 offensichtlich ein abruptes Ende gefunden habe. Insbesondere an Sonn- und Feiertagen und während der Nachtschicht sei es ihm bis 2005 so möglich gewesen, den aus der Sicht seiner Persönlichkeitsstörung unangenehmen Konfrontationen mit den Vorgesetzten und den Mitarbeitern weitgehend aus dem Weg zu gehen. Durch diese kompensatorischen Bemühungen sei er in der Lage gewesen, sein narzisstisches Gleichgewicht über längere Zeit in einer Einzelgängertätigkeit aufrecht zu erhalten. Weshalb der Explorand seine Stelle bei der R.____ per 31. August 2007 schliesslich doch habe aufgeben müssen, gehe aus dem Gutachten ebenfalls nicht hervor. Es müsse eine psychische Auffälligkeit gewesen sein, welche den Arbeitgeber nach derart langer Zeit veranlasst habe, dem Versicherten zu kündigen. Das Gutachten bleibe in Bezug auf diese Zäsur in der Arbeitsanamnese unvollständig (vgl. Beschwerde, S. 14 ff. Ziff. 7).

Wie (unter E. 2.5 hiervor) erwähnt, ist für den Beweiswert eines Arztberichtes rechtsprechungsgemäss u.a. entscheidend, ob er in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist (BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232; Urteil des Bundesgerichts 9C_28/2015 vom 8. Juni 2015 E. 3.2). Im vorliegenden Fall konnten sich die Gutachter ein Bild von der beruflichen Anamnese des Beschwerdeführers machen (vgl. «Persönliche Anamnese» sowie «Beurteilung und Prognose», IV-Nr. 104.2 S. 28 ff. und 41 ff.; «Persönliche Anamnese» und «Eigenanamnese», IV-Nr. 104.3 S. 27 ff. und 29). Damit ist den bundesrechtlichen Anforderungen an eine Begutachtung Genüge getan. Unter dem Gesichtswinkel der bundesrechtlichen Anforderungen an die Beweiskraft einer fachärztlichen Expertise kann nicht verlangt werden, dass den begutachtenden Ärzten stets sämtliche bei irgendeiner Versicherung oder bei irgendeiner medizinischen Fachperson allenfalls vorhandenen Akten vorliegen müssen, würde doch sonst die Durchführung einer rechtskonformen Begutachtung massiv erschwert und in vielen Fällen gar verunmöglicht (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_924/2008 vom 8. April 2009 E. 3.3 mit Hinweisen). Im Übrigen ist nicht ersichtlich, weshalb die Ereignisse im Jahr 2005 bei der C.____ und daraufhin bei der D.____ mit anschliessender Kündigung des Anstellungsverhältnisses per 31. August 2007 (vgl. IV-Nr. 18 S. 8) zu einer anderen Beurteilung durch die F.____-Gutachter führen und damit für das vorliegend zu beurteilende Neuanmeldeverfahren relevant sein sollen. Bereits im Rahmen der interdisziplinären Begutachtung in der F.____ vom 27. Juni 2008 wurde ausschliesslich die Diagnose (mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit) eines «Status nach mittelgradiger depressiver Störung, aktuell vollumfänglich remittiert F32.10» gestellt und aus versicherungspsychiatrischer Sicht festgestellt, beim aktuellen Befundstatus könne eine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit mit einer affektiven Störung nicht mehr begründet

werden. Dem Exploranden wäre grundsätzlich jegliche Tätigkeit zuzumuten, auch eine Tätigkeit im Lager, wo er mehr als 10 Jahre tätig gewesen sei. Das Bestehen einer Persönlichkeitsstörung mit eigenständigem Krankheitswert und einer somatoformen Schmerzstörung wurde schon damals verneint. Auch eine andere psychiatrische Störung mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit konnte nicht festgestellt werden (IV-Nr. 30.3 S. 25 ff.). Die berufliche Anamnese war den F.____-Gutachtern schon damals bekannt (siehe «Persönliche Anamnese», IV-Nr. 30.2 S. 11 f. und 30.3 S. 17 f.). Nach dem Gesagten kann die Erhebung der Berufsanamnese durch die F.____ -Gutachter im Rahmen der interdisziplinären Begutachtung vom Oktober/November 2012 nicht als unvollständig und ungenügend qualifiziert werden, wie dies vom Beschwerdeführer gerügt wird. In Bezug auf die berufliche Anamnese bestand kein Anlass, weitergehende Sachverhaltsabklärungen bei Ärzten und/oder Arbeitgeberin vorzunehmen.

Nichts anderes gilt für die vom Beschwerdeführer gerügten, von den F.____ -Gutachtern unterlassenen weiteren Abklärungen in kindheits- bzw. familienanamnestischer Hinsicht. Die Fachärzte konnten sich auch ein genügend klares Bild von der Kindheit und Jugend des Beschwerdeführers machen (vgl. Persönliche Anamnese, Eigenanamnese, Beurteilung und Prognose; IV-Nr. 104.2 S. 28 ff. und 41 ff.). Für das Einfordern von Akten beim damaligen Kinderarzt, der Schulbehörde, beim KJPD oder beim SPD Solothurn bestand kein Anlass. Der im Austrittsbericht der Psychiatrischen Klinik Solothurn vom 21. Dezember 2006 unter dem Titel «Aktuelle Situation (Eigenanamnese)» erwähnte Vorgang, mit 16 Jahren habe der Beschwerdeführer einen Lehrer (der Berufswerkkategorie) «mit einem Hammer angreifen wollen», ändert daran nichts, konnte er doch in der Folge die Schule abschliessen und eine Mechanikerlehre beginnen, die er wegen einer Betriebsschliessung abbrechen musste (vgl. IV-Nr. 13 S. 12). Ebenso wenig bestand Anlass für das Einholen vom Fremdauskünften beim Hausarzt und der behandelnden Psychiaterin Dr. med. I.____, liegen doch von diesen Ärzten entsprechende Berichte vor, welche von den F.____ -Gutachtern gewürdigt wurden. Die «frühe Prägung» des Beschwerdeführers erachten die Gutachter nicht als relevant. Diese weisen im Rahmen der Beurteilung nachvollziehbar darauf hin, es seien spezifische Stimuli und bestimmte Situationen, die beim Beschwerdeführer auffällige Verhaltensmuster hervorriefen. Psychosoziale Belastungen hätten bei ihm zu Auffälligkeiten geführt, zuletzt die sehr einschneidende Veränderung der Eheschliessung. Es sei jedoch hervorzuheben, dass er sozial gut angepasst jahrzehntelang berufstätig habe sein können und auch in der Berufstätigkeit während vieler Jahre die gleiche Tätigkeit ausgeübt habe, selbst bei wechselndem Arbeitgeber. Insofern finde sich eher eine konstante Verhaltensweise in einer angepassten und kulturell erwarteten Haltung. Es sei auch hervorzuheben, dass er in seinem privaten Umfeld eine ausserordentliche Konstanz habe. Er betone selbst, dass er in seiner Wohnumgebung alle Menschen kenne, da er dort schon seit fast drei Jahrzehnten wohne und dort sehr gut integriert sei (IV-Nr. 104.2 S. 45). Dieser fachärztlichen Einschätzung ist zu folgen. Schliesslich ist auch der vom Beschwerdeführer erwähnte Umstand, dass seine kleine Schwester wegen einer Schizophrenie seit Jahren eine Invalidenrente beziehe (IV-Nr. 104.2 S. 30 und 104.3 S. 35), für die Beurteilung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers nicht relevant. Die Sachverhaltserhebungen der F.____ -Gutachter können ■ entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers ■ weder als unvollständig noch als ungenügend qualifiziert werden.

6.7 Der Beschwerdeführer lässt sodann geltend machen, die SGPP-Qualitätsleitlinien seien durch Nichteinholen von Drittauskünften verletzt worden. Diese Leitlinien seien

gemäss IV-Rundschreiben Nr. 313 vom 6. Juni 2012 seit 1. Juli 2012 in Kraft und hätten von der F.____ zwingend berücksichtigt werden müssen (Beschwerde, S. 21). Abgesehen davon, dass das vom Beschwerdeführer erwähnte IV-Rundschreiben Nr. 313 des Bundesamtes für Sozialversicherungen (BSV) vom 6. Juni 2012 für alle psychiatrischen IV-Gutachten und internen medizinischen Berichte gilt, welche ab 1. Juli 2012 in Auftrag gegeben wurden, somit auf das vorliegend massgebliche, bereits am 13. Januar 2012 angeordnete interdisziplinäre F.____ -Gutachten vom 27. Februar 2013 keine Anwendung findet, gilt es zu beachten, dass Fremdauskünfte ein wichtiger Bestandteil des Gutachtens sein können, nicht aber in jedem Fall zwingend erforderlich sind (vgl. SGPP-Qualitätsleitlinien, S. 9 Ziff. 5). Dass die F.____ -Gutachter im vorliegenden Fall auf Drittauskünfte verzichteten, vermag den Beweiswert des überzeugenden interdisziplinären Gutachtens nicht zu schmälern.

6.8 Der Beschwerdeführer wendet sodann ein, das Gutachten überzeuge auch in der Diagnosestellung nicht. Insbesondere wenn es darum gehe, die von den Vorärzten diagnostizierte Persönlichkeitsstörung zu prüfen, würden die Kriterien gemäss ICD-10 F60 falsch zitiert. Die von den Gutachtern aufgeführten sechs diagnostischen «Leitlinien» (recte: Kriterien) finde man im massgeblichen WHO-Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen nirgendwo. Hier handle es sich offensichtlich um eine Eigenkreation von Dr. med. J.____ (Beschwerde, S. 22). Dieser Einwand ist falsch. Die ICD-10-Leitlinien sehen für Persönlichkeitsstörungen die von Dr. med. Dipl.-Psych. J.____ aufgeführten Kriterien vor (vgl. Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch-diagnostische Leitlinien, 6., vollständig überarbeitete Aufl., 2008, S. 246).

Der Beschwerdeführer lässt geltend machen, Dr. med. J.____ habe von den sechs von ihm genannten Kriterien lediglich deren zwei geprüft und das Vorliegen dieser beiden Kriterien bejaht. Die übrigen vier Kriterien seien zwar aufgezählt, aber nicht geprüft worden. Das Gutachten bleibe auch hier unvollständig. Prüfe man die vier weiteren Kriterien, so müssten diese als erfüllt betrachtet werden. Im Gutachten seien zwar die richtigen Symptome genannt, daraus aber nicht die richtigen Schlüsse gezogen worden. Die diagnostischen Kriterien nach ICD-10 F60 seien erfüllt. Was die kombinierte Persönlichkeitsstörung nach F61.0 betreffe, seien mindestens zwei einzelne Störungsbilder erkennbar. Sodann seien mindesten vier der diagnostischen Kriterien für eine histrionische Persönlichkeitsstörung nach F60.4 als erfüllt zu betrachten; die entsprechende Diagnose könne deshalb durchaus gestellt werden. Auch die Kriterien einer Persönlichkeitsstörung vom impulsiven Typ nach F60.30 seien gegeben. Es seien auch mindestens zwei der Diagnosekriterien für den Borderline-Typ nach F60.31 erfüllt (Beschwerde, S. 22 f.).

Dem ist entgegenzuhalten, dass der psychiatrische Gutachter Dr. med. Dipl.-Psych. J.____ sich eingehend mit den allgemeinem Leitlinien bzw. Kriterien für Persönlichkeitsstörungen auseinandersetze und nachvollziehbar zum Schluss kam, zusammenfassend sehe man - ähnlich wie in einigen der vorausgegangenen psychiatrischen Diagnosen und in der Diagnostik der letzten Begutachtung von 2008 - keinen Hinweis für eine Persönlichkeitsstörung nach den ICD-Kriterien (IV-Nr. 104.2 S. 44 f. und 104.3 S. 40 f.). Der Experte führte aus, das Kriterium 1 für Persönlichkeitsstörungen könne «auch in der aktuellen Situation angenommen werden», er äusserte sich jedoch dahingehend, je nach Kontext könne auch festgestellt werden, dass im Laufe der weiteren psychiatrischen Berichte Kognition im weitesten Sinne, Affektivität und Impulskontrolle sowie

Sozialkontakte zeitweise auffällig gewesen seien. Auffälligkeit alleine stelle noch keine Normabweichung dar, und wenn auch in einzelnen Bereichen sicherlich normabweichendes Verhalten zu beschreiben sei, so heisse das nicht, dass in allen Teilbereichen dieses normabweichende Verhaltensmuster festzustellen sei. Das Vorliegen des zweiten und vierten Kriteriums wurden vom psychiatrischen Gutachter verneint (IV-Nr. 104.2 S. 45 und 104.3 S. 40 f.). In diesem Sinne äusserte sich auch Dr. med. N.____ in seiner Stellungnahme vom 4. Februar 2014, wonach die Behauptung, dass im F.____ -Gutachten die Kriterien 1 und 4 per se bestätigt worden seien, nicht korrekt sei. Im Bericht von Dr. med. G.____ werde auch summa summarum angegeben, dass die diagnostischen Kriterien 2, 3, 5 und 6 ebenfalls erfüllt seien, ohne diese genauer zu diskutieren. Alleine die Angabe, dass die diagnostischen Kriterien gemäss ICD-10 erfüllt seien, ohne diese mit psychopathologischen Befunden und durch genauere psychiatrische Abklärungen zu begründen, reiche nicht aus, um die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung zu stellen (IV-Nr. 122 S. 3).

Auf diese überzeugenden Ausführungen der F.____ -Gutachter Dr. med. Dipl.-Psych. J.____ und Dr. med. N.____ ist abzustellen. Mangels Vorliegen der allgemeinen diagnostischen Leitlinien für Persönlichkeitsstörungen kann ■ entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers ■ nicht davon ausgegangen werden, dass die Kriterien für die Diagnosen einer Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60), einer kombinierten Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F61), einer histrionischen Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.4), einer Persönlichkeitsstörung vom impulsiven Typ (ICD-10 F60.30) oder einer Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ (ICD-10 F60.31) erfüllt sind.

6.9 Der Beschwerdeführer macht schliesslich geltend, die Erhebung einer somatoformen Schmerzstörung durch Dr. med. J.____ sei unvollständig und widersprüchlich erfolgt. So gehe aus den IV-Akten ein chronisches Syndrom mit vielfältigen, rezidivierenden und fluktuierenden körperlichen Beschwerden von mehrjähriger Dauer hervor, die sich nicht mit einer bekannten organischen Erkrankung erklären liessen. Die Gutachter beschrieben Symptome und Auffälligkeiten, unterliessen dann aber eine Zuordnung (Beschwerde, S. 30 f. Ziff. 8).

Im F.____-Gutachten vom 27. Februar 2013 wurde hierzu im Rahmen der Beurteilung aus psychiatrischer Sicht im Wesentlichen nachvollziehbar ausgeführt, ein demonstrierter Schmerz entspreche nicht einem emotionalen Konflikt oder einer psychosozialen Belastung, wie sie bei der somatoformen Schmerzstörung als Hauptursache oder als wesentlicher Aspekt bei der Aufrechterhaltung gefordert werde. Es bestehe bei einer solchen Form der Demonstration kein innerpsychischer Konflikt, sondern eine «bewusste Handlungsweise». Gegen eine somatoforme Schmerzstörung spreche auch, dass parallel zu den Schmerzen jeweils andere psychiatrische Symptome präsentiert würden, die als zusätzliche bewusste simulierte Symptome (z.B. Stimmenhören, Vergesslichkeit) zu sehen seien. Der Explorand spreche weniger von den Beschwerden selbst, wenn er danach gefragt werde, sondern vielmehr davon, was die Ärzte sagten und er benutze diagnostische Begriffe, die in seinem Sprachgebrauch fremd seien. Beim Nachfragen, seine erlebten Beschwerden zu benennen bzw. zu beschreiben, habe er Schwierigkeiten damit. Eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung nach ICD-10 F45.4 könne aus den genannten Gründen nicht diagnostiziert werden (IV-Nr. 104.2 S. 43 f., 104.3 S. 39).

Entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers kann das F.____-Gutachten nicht deswegen als nicht schlüssig, unvollständig und widersprüchlich qualifiziert werden, weil der psychiatrische Gutachter die beschriebenen Auffälligkeiten weder einer anhaltenden

somatoformen Schmerzstörung noch einer Persönlichkeitsstörung zuordnen konnte. Diese Diagnosen wurden nicht übersehen, sondern klar verneint. Die F.____-Gutachter sprachen sich sowohl im Gutachten vom 27. Juni 2008 als auch im Gutachten vom 27. Februar 2013 dafür aus, sowohl die bisherige als auch alle anderen wechselbelastenden, körperlich leichten bis mittelschweren Tätigkeiten seien vollumfänglich und ohne Leistungsminderung zuzumuten. Demnach war ■ in Ergänzung dieser medizinischen Unterlagen - für die Ermittlung des erwerblich nutzbaren Leistungsvermögens der Beizug von Fachpersonen der beruflichen Integration und Berufsberatung nicht erforderlich (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 9C_850/2013 vom 12. Juni 2014 E. 3.2).

7. Die mit Eingabe vom 23. September 2014 nachgereichten medizinischen Unterlagen vermögen den Beweiswert des F.____-Gutachtens vom 27. Februar 2013 nicht zu schmälern. So hielt die behandelnde Psychiaterin Dr. med. I.____ in ihrem Bericht vom 2. September 2014 fest, es sei ein deutlicher Abbau der Medikamente erfolgt, insbesondere der Benzodiazepine, welche komplett sistiert worden seien. Die noch verbliebenen erheblichen Stimmungsschwankungen verbunden mit ausgeprägten Stressreaktionen und impulsiven Wutausbrüchen sowie seine ständigen Klagen über diverse Schmerzen vermögen die fachärztlichen Beurteilungen der F.____-Gutachter nicht zu relativieren (vgl. Beschwerdebeilage 4). Auch die im Bericht des Hausarztes Dr. med. E.____ vom 5. September 2014 angegebene ungenügend eingestellte arterielle Hypertonie vermag keine längerdauernde Arbeitsunfähigkeit zu begründen, da Bluthochdruck medikamentös behandelt werden kann und - bei regelmässiger Einnahme der Medikamente ■ die Arbeitsfähigkeit nicht anhaltend einschränkt. Dementsprechend wurde der seit dem Jahr 2006 erhöhte Blutdruck im F.____-Gutachten vom 27. Februar 2013 erwähnt und als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit berücksichtigt (vgl. IV-Nr. 104.2 S. 31, 33 und 41). Von einer «malignen Hypertonie bei Therapieresistenz» spricht auch der Hausarzt nicht (vgl. Beschwerdebeilage 5). Sodann finden sich nach den Angaben des Rheumatologen Dr. med. S.____ vom 17. Juli 2014 keine Hinweise für signifikante degenerative Veränderungen, einen Entzündungszustand oder eine Kristallarthropathie. Der Rheumatologe empfiehlt, Vitamin D zu substituieren. Die leichtgradige Vitamin D-Insuffizienz spiele bezüglich Schmerzhaftigkeit aber sicherlich keine Rolle. Die Schmerzmedikation sei mit der behandelnden Psychiaterin abzusprechen (Beschwerdebeilage 8).

Im Weiteren ergaben sich gemäss dem Bericht des Bürgerspitals Solothurn, Medizinische Klinik, Nephrologie, über die nephrologische Sonographie vom 19. Februar 2014 normale duplexsonographische Nierenbefunde mit lediglich einzelnen kleinsten Gefässverkalkungen. Die ungenügend kontrollierten Blutdruckwerte seien am ehesten einerseits durch die bestehenden chronischen Schmerzen und andererseits durch die unregelmässige Einnahme der antihypertensiven Therapie bedingt (vgl. Beschwerdebeilage 9). Eine bewusste Manipulation der Blutdruckwerte ist nach den Angaben der behandelnden Psychiaterin aufgrund der unbewussten Prozesse ausgeschlossen (vgl. Bericht vom 27. Oktober 2014, Beschwerdebeilage 14). Der ausgeprägten Lichtempfindlichkeit des Beschwerdeführers kann durch das Tragen einer Sonnenbrille begegnet werden (vgl. augenärztliche Bescheinigung der Klinik Pallas, Solothurn, vom 19. April 2013 [IV-Nr. 111 S. 76]).

Schliesslich vermögen die gemäss dem eingereichten Auszug aus dem Schweizerischen Strafregister vom 21. Februar 2014 (Beschwerdebeilage 11) eingeleiteten

Strafuntersuchungen und gefällten Strafurteile am Ergebnis der überzeugenden fachärztlichen Abklärungen nichts zu ändern. In der Stellungnahme der F.____ vom 4. Februar 2014 wurde klar festgehalten, eine strafrechtliche Verurteilung begründe weder die Diagnose einer psychiatrischen Erkrankung noch die Annahme einer Verhaltensauffälligkeit im Sinne einer Impulskontrollstörung, welche als krankheitswertig zu beurteilen sei. Solange die diagnostischen Kriterien einer psychiatrischen Störung gemäss ICD-10 nicht erfüllt seien, könne die Diagnose einer psychiatrischen Erkrankung nicht gestellt werden (vgl. IV-Nr. 122). Darauf ist abzustellen.

8. Entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers bestehen nach dem Gesagten auch keine geringen Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der fachärztlichen Beurteilungen. Von einer weiteren interdisziplinären Begutachtung ist daher abzusehen. Angesichts der bereits bestehenden umfassenden medizinischen Dokumentation besteht hierfür kein Anlass (antizipierte Beweiswürdigung [vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_576/2015 vom 21. September 2015 E. 3.2 mit Hinweisen]). Ebenso wenig ist es nach dem Gesagten erforderlich, von Amtes wegen beim KJPD und SPD des Kantons Solothurn die Kindheits- und Jugendakten und bei der Staatsanwaltschaft des Kantons Solothurn die Strafsakten des Beschwerdeführers, dessen Leumundsbericht sowie die IV-Akten der Schwester des Beschwerdeführers beizuziehen, damit diese der Gutachterstelle zur Exploration und gutachterlichen Abklärung weitergeleitet werden können (vgl. Rechtsbegehren Ziff. 3 und 6a der Beschwerde, S. 2 f. [A.S. 5 f.]). Gestützt auf den Untersuchungsgrundsatz ist der Sachverhalt soweit zu ermitteln, dass über den Leistungsanspruch zumindest mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit entschieden werden kann. Es besteht kein Anspruch darauf, «second opinions» einzuholen (Kieser, ATSG-Kommentar, 3. Aufl., 2015, Art. 43 ATSG, S. 572 ff Rz. 20 und 27). Der vorliegend massgebliche Sachverhalt wurde von der Beschwerdegegnerin mit der Anordnung des interdisziplinären F.____-Gutachtens genügend abgeklärt, um über den Rentenanspruch des Beschwerdeführers mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit entscheiden zu können.

9. Die vorliegend angefochtene Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 17. Juni 2014, worin festgestellt wurde, seit der letzten rechtskräftigen Verfügung vom 20. Oktober 2009 sei keine wesentliche Verschlechterung der gesundheitlichen Situation des Beschwerdeführers eingetreten und es bestehe demnach kein Anspruch auf beruflichen Eingliederungsmassnahmen sowie eine Invalidenrente, ist somit nicht zu beanstanden. Die Beschwerde ist abzuweisen.

E. 7

Es sei eine öffentliche Gerichtsverhandlung nach Art. 6 Ziff. 1 EMRK mit Publikums- und Presseanwesenheit durchzuführen.

E. 8

Vor der Eröffnung des materiellen Endentscheides sei dem unterzeichneten Rechtsanwalt Gelegenheit zur Einreichung einer detaillierten Kostennote zur Geltendmachung einer Parteientschädigung zu geben (vgl. Art. 29 Abs. 2 BV).

E. 9

Alles unter Kosten- und Entschädigungsfolge zu Lasten der Beschwerdegegnerin. 2.2
Mit Eingabe vom 2. September 2014 lässt der Versicherte das Rechtsbegehren Ziff. 6b in

der Beschwerde vom 21. August 2014 insofern korrigieren, als die Angelegenheit zur weiteren Abklärung nicht an die IV-Stelle des Kantons Zürich, sondern an die IV-Stelle des Kantons Solothurn zurückzuweisen sei. Sodann wird ein weiterer Schreibfehler berichtigt (A.S. 50 f.). 2.3 Mit Eingabe vom 23. September 2014 lässt der Beschwerdeführer dem Gericht noch verschiedene Unterlagen zukommen (A.S. 54 ff.). 2.4 In ihrer Beschwerdeantwort vom 21. Oktober 2014 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde (A.S. 61 f.). 2.5 Mit Replik vom 4. Dezember 2014 lässt der Versicherte folgende Anträge stellen (A.S. 70 ff.): 1. Es sei gerichtlich festzustellen, dass zu den detaillierten und substanziellen (und auch fachärztlich belegten) Einwendungen des Versicherten keine Stellungnahme des RAD der IV-Stelle Solothurn erfolgt ist. 2. Es sei durch das angerufene Gericht bei der IV-Stelle Solothurn eine Stellungnahme des RAD (Facharzt für Psychiatrie) zu den medizinischen Einwendungen des Beschwerdeführers einzuholen. 3. Die Stellungnahme von Frau Dr. med. I. ___ vom 27. Oktober 2014 sei als Urkunde 14 zu den Akten zu nehmen und zum Beweis zuzulassen. 4. Über die vom Beschwerdeführer im vorliegenden Beschwerdeverfahren gestellten Beweisanträge sei gerichtlich eine Beweisverfügung nach Art. 154 ZPO zu eröffnen, worin die zugelassenen Beweismittel bezeichnet werden und wo bestimmt wird, welche Partei zu welchen Tatsachen der Haupt- oder Gegenbeweis obliegt. Dabei sei der Praxis des Bundesverwaltungsgerichts Rechnung zu tragen, welche die Anordnung einer solchen Beweisverfügung auch im Bereich des Sozialversicherungsverfahrens ausdrücklich verlangt. 5. Alles unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten der Beschwerdegegnerin. 2.6 Mit Verfügung vom 19. Januar 2015 wird festgestellt, dass die Beschwerdegegnerin auf eine Äusserung zur Replik des Beschwerdeführers vom 4. Dezember 2014 verzichtet hat (A.S. 75). 2.7 Am 2. Februar 2015 reicht der Vertreter des Beschwerdeführers aufforderungsgemäss seine Kostennote ein (A.S. 76 ff.). 2.8 Am 8. September 2016 führt das Versicherungsgericht des Kantons Solothurn eine öffentliche Verhandlung durch (siehe Protokoll der Verhandlung vom 8. September 2016; A.S. 84 ff.).

II. 1. 1.1 Die Sachurteilsvoraussetzungen (Einhaltung von Frist und Form, örtliche und sachliche Zuständigkeit des angerufenen Gerichts) sind erfüllt. Auf die Beschwerde ist einzutreten. 1.2 Streitig ist, ob dem Beschwerdeführer berufliche Eingliederungsmassnahmen sowie eine Rente der Invalidenversicherung zustehen. Bei der Beurteilung des Falles ist grundsätzlich auf den Sachverhalt abzustellen, der bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung am 17. Juni 2014 eingetreten ist (BGE 132 V 215 E. 3.1.1 S. 220 mit Hinweisen). 2. 2.1 Als Invalidität im Sinne des Gesetzes gilt gemäss Art. 8 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1) die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit andauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Sie kann nach Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein. Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. c). Arbeitsunfähigkeit ist nach Art. 6 Abs. 1 ATSG die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Das Wartejahr gilt als eröffnet, sobald eine

solche Arbeitsunfähigkeit von mindestens 20 % eingetreten ist (AHI-Praxis 1998, S. 124). Der Rentenanspruch entsteht indes laut Art. 29 IVG frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs im Sinne von Art. 29 Abs. 1 ATSG. Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG; BGE 130 V 343 E. 3.2 S. 346 f.). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG; vgl. auch BGE 135 V 215 E. 7 S. 228 ff.).

E. 10

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

10.2 Aufgrund von Art. 69 Abs. 1bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200 bis 1'000 festgelegt. Im vorliegenden Fall hat der Beschwerdeführer die Verfahrenskosten von CHF 1'000.00 zu bezahlen. Nach Abzug des bereits geleisteten Kostenvorschusses von CHF 600.00 verbleibt eine Differenz von CHF 400.00, welche der Beschwerdeführer zu übernehmen hat.

Demnach wird erkannt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen, soweit darauf eingetreten wird.
2. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
3. Die Verfahrenskosten von CHF 1'000.00 werden dem Beschwerdeführer auferlegt und mit dem geleisteten Kostenvorschuss verrechnet. Die Differenz von CHF 400.00 hat der Beschwerdeführer zu bezahlen.

Rechtsmittel

Gegen diesen Entscheid kann innerhalb 30 Tagenseit der Mitteilung beim Bundesgericht Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten eingereicht werden (Adresse: Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern). Die Frist beginnt am Tag nach dem Empfang des Urteils zu laufen und wird durch rechtzeitige Aufgabe bei der Post gewahrt. Die Frist ist nicht erstreckbar (vgl. Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgerichtsgesetzes, BGG). Bei Vor- und Zwischenentscheiden (dazu gehört auch die Rückweisung zu weiteren Abklärungen) sind die zusätzlichen Voraussetzungen nach Art. 92 oder 93 BGG zu beachten.

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Die Vizepräsidentin Der Gerichtsschreiber

Weber-Probst Schmidhauser

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