

# **SO\_GERICHTE VSBES.2014.234 vom 7. August 2014**

SO Obergericht, 2014-08-07, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so\\_gerichte\\_VSBES.2014.234](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2014.234)

FR: SO\_GERICHTE VSBES.2014.234 du 7 août 2014

IT: SO\_GERICHTE VSBES.2014.234 del 7 agosto 2014

## **Erwägungen**

### **E. 1**

1.1 A.\_\_\_\_ (nachfolgend: Beschwerdeführer), geboren 1964, meldete sich am 13. Juni 2000 erstmals wegen eines «Rückenleidens» und einer «Nervenstörung, Depression» bei der IV-Stelle des Kantons Solothurn (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) zum Leistungsbezug an (IV-Stelle Beleg Nr. [nachfolgend: IV-Nr.] 2). Er war zuletzt bei der B.\_\_\_\_ angestellt gewesen, wobei aus wirtschaftlichen Gründen per 31. Juli 2000 die Kündigung erfolgte; der Beschwerdeführer war zu diesem Zeitpunkt krankgeschrieben (IV-Nr. 5). 1.2 Die Beschwerdegegnerin tätigte diverse Abklärungen, unter anderem erfolgte am 12. April 2001 ein Abklärungsbericht durch die Berufliche Abklärungsstelle BEFAS [...] (IV-Nr. 22). Mit Verfügung vom 19. Juli 2001 wurde das Leistungsbegehren abgewiesen (IV-Nr. 25). Eine dagegen beim Versicherungsgericht des Kantons Solothurn (nachfolgend: Versicherungsgericht) erhobene Beschwerde hiess dieses am 30. Juni 2003 (IV-Nr. 40) insofern gut, als dass die Verfügung aufgehoben und die Beschwerdegegnerin angewiesen wurde, ergänzende Abklärungen vorzunehmen (Einholung eines Gutachtens zwecks Abklärung einer somatoformen Störung). Gegen dieses Urteil wurde durch die Beschwerdegegnerin eine Beschwerde an das eidgenössische Versicherungsgericht erhoben, welche dieses mit Urteil vom 22. Januar 2004 mit der Begründung guthiess, es habe zum Verfügungszeitpunkt keine Anhaltspunkte für ein invalidisierendes psychisches Leiden gegeben (IV-Nr. 44).

### **E. 2**

2.1 Mit Bericht vom 27. März 2004 machte der Hausarzt des Beschwerdeführers, Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Medizin, eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes seit 2002 geltend (IV-Nr. 46). Die Beschwerdegegnerin leitete daraufhin eine psychiatrische Begutachtung in die Wege, die am 7. Juni 2004 durch Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, erfolgte (IV-Nr. 53.1). 2.2 Mit Verfügung vom 24. Juni 2005 wies die Beschwerdegegnerin das Leistungsbegehren wiederum ab (IV-Nr. 65). Eine dagegen vom Beschwerdeführer erhobene Einsprache wurde am 19. Oktober 2005 abgewiesen (IV-Nr. 75), und auch das Versicherungsgericht sowie das Bundesgericht fällten am 14. März 2007 (IV-Nr. 86) und 6. Juli 2007 (IV-Nr. 90) abschlägige Urteile.

### **E. 3**

3.1 Am 28. Dezember 2007 meldete sich der Beschwerdeführer erneut bei der Beschwerdegegnerin zum Leistungsbezug an (IV-Nr. 91). Er bemerkte dabei, sein Gesundheitszustand habe sich verschlechtert. Entsprechende Arztberichte werde er bis Ende Januar einreichen. 3.2 Die Beschwerdegegnerin liess den Beschwerdeführer durch die Begutachtungsstelle F.\_\_\_\_ orthopädisch, psychiatrisch und internistisch begutachten.

Das Gutachten wurde am 8. September 2008 erstattet (IV-Nrn. 113.1, 113.2 und 113.3). In der Folge wurde dem Beschwerdeführer die Auflage erteilt, sich einer stationären Rehabilitation zu unterziehen (IV-Nr. 117). Nachdem die Krankenkasse des Beschwerdeführers die entsprechenden Kosten nicht hatte übernehmen wollen, wurde die Auflage insofern abgeändert, als dass der Beschwerdeführer angehalten wurde, eine intensive ambulante Rehabilitation zu machen (IV-Nr. 123). 3.3 Mit Verfügung vom 9. September 2009 wurde das Leistungsbegehren des Beschwerdeführers wiederum abgewiesen (IV-Nr. 147). Dagegen liess dieser beim Versicherungsgericht Beschwerde erheben, wobei dieses die Beschwerde mit Urteil vom 1. September 2010 (IV-Nr. 163) guthiess und die Beschwerdegegnerin anwies, den somatischen Zustand genügend abzuklären.

#### **E. 4**

4.1 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 132 V 93 E. 4 S. 99, 125 V 256 E. 4 S. 261). Demgegenüber fällt es nicht in den Aufgabenbereich des Arztes oder der Ärztin, sich zur Höhe einer allfälligen Rente zu äussern, da der Begriff der rentenanspruchs begründenden Invalidität nicht nur von medizinischen, sondern auch von erwerblichen Faktoren bestimmt wird (vgl. Art. 16 ATSG). 4.2 Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (AHI 2001 S. 113 E. 3a). Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352; AHI 2001 S. 113 f. E. 3a; RKUV 2003 U 487 S. 345 E. 5.1). 4.3 Ist das Gutachten einer versicherungsinternen oder -externen Stelle nicht schlüssig und kann die offene Tatfrage nicht anhand anderer Beweismittel geklärt werden, so stellt sich das Problem, inwieweit die mit der Streitsache befasste Beschwerdeinstanz die Wahl haben soll zwischen einer Rückweisung der Sache an die Verwaltung, damit diese eine neue oder ergänzende Expertise veranlasse, und der Einholung eines Gerichtsgutachtens. Die den kantonalen Gerichten zufallende Kompetenz zur vollen Tatsachenprüfung (Art. 61 lit. c ATSG) ist nötigenfalls durch Einholung gerichtlicher Expertisen auszuschöpfen. Dies schliesst ein, dass die erstinstanzlichen Gerichte diese Befugnis nicht ohne Not durch Rückweisung an die Verwaltung delegieren

dürfen. Es drängt sich auf, dass die Beschwerdeinstanz im Regelfall ein Gerichtsgutachten einholt, wenn eine Administrativexpertise in einem rechtserheblichen Punkt nicht beweiskräftig ist (BGE 137 V 210 E. 4.2 S. 259 f. und E. 4.4.1 S. 263 ff., mit Hinweisen).

5. Mit dem Urteil BGE 141 V 281 vom 3. Juni 2015 hat das Bundesgericht seine Praxis zur anhaltenden somatoformen Schmerzstörung und den vergleichbaren unklaren Beschwerdebildern (Fibromyalgie, Schleudertrauma, chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren, etc.) geändert. Diese neue Rechtsprechung ist auch auf alle hängigen Fälle anwendbar. Gemäss diesem Urteil soll der Gutachter einerseits stärker darauf achten, die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung etc. so zu begründen, dass die Rechtsanwender nachvollziehen können, ob die klassifikatorischen Vorgaben nach ICD-10 tatsächlich eingehalten sind (Urteil E. 2.1); das Augenmerk ist namentlich auch auf Ausschlussgründe wie Aggravation zu richten (E. 2.2). Andererseits besteht keine Vermutung mehr, dass eine somatoforme Schmerzstörung mit einer Willensanstrengung überwunden werden kann, wovon nur abgewichen werden darf, wenn die sog. Förster-Kriterien erfüllt sind. Neu wird ein strukturierter, normativer Prüfungsraster angewandt (E. 3.6). Anhand eines Kataloges von Indikatoren erfolgt eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens (E. 4.1.3): 1) Kategorie «funktioneller Schweregrad» (E. 4.3) a) Komplex «Gesundheitsschädigung» (E. 4.3.1) - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde (E. 4.3.1.1) - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz (E. 4.3.1.2) - Komorbiditäten (E. 4.3.1.3) b) Komplex «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen; E. 4.3.2) c) Komplex «Sozialer Kontext» (E. 4.3.3) 2) Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens; E. 4.4) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2)

## **E. 6**

6.1 Der von der Beschwerdegegnerin ab dem 1. Februar 2009 verneinte Leistungsanspruch wird durch Vergleich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der letztmaligen materiellen Rentenprüfung – Verfügung vom 24. Juni 2005 (IV-Nr. 65) – und demjenigen, wie er zur Zeit der streitigen Verfügung vom 7. August 2014 (A.S. 1 ff.) bestanden hat, beurteilt (BGE 130 V 73 E. 3.1 mit Hinweisen, AHI 1999 S. 84 E. 1b). 6.2 Im Zeitpunkt der letztmaligen Rentenbeurteilung mit Verfügung vom 24. Juni 2005 bzw. Einspracheentscheid vom 19. Oktober 2005 ging die Beschwerdegegnerin davon aus, der Beschwerdeführer sei in seiner angestammten Tätigkeit als Betriebsmitarbeiter zwar eingeschränkt, eine leichte, angepasste, rückschonende Tätigkeit sei ihm hingegen ganztags zumutbar. Wie sich die medizinische Aktenlage zum damaligen Zeitpunkt präsentierte, lässt sich den Erwägungen des Versicherungsgerichts in seinem Urteil vom 14. März 2007 (IV-Nr. 86) entnehmen: 6.2.1 Gemäss psychiatrischem Gutachten von Dr. med. E.\_\_\_\_ vom 7. Juni 2004 bestanden folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit: anhaltende somatoforme Schmerzstörung (F45.4) seit 2000 - mit leichter depressiver Verstimmung - mit kombinierten (dependent, selbstunsicher, zwanghaft) akzentuierten Persönlichkeitszügen (Z73.1) - bei einer Diskushernie L5/S1 rechts - mit degenerativer Foraminalstenose L5/S1 beidseits und vorwiegend sensibler Kompressionsradikulopathie L5/S1 rechts - mit St.n. Diskektomie 11/1991. Als Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit nannte Dr. med. E.\_\_\_\_ einen Status nach

Ulcus duodeni 1987 und chronisch rezidivierende Magenschmerzen. In Bezug auf die Arbeitsfähigkeit ging der Gutachter davon aus, dass dem Versicherten die bisherige Tätigkeit nicht mehr zumutbar sei. Andere Tätigkeiten seien zumutbar, doch sollte die Führungsperson über die Art der Störung informiert und im Umgang mit dem Versicherten beraten und dabei unterstützt werden. Vor allem zu Beginn sollte der Arbeitsplatz ausreichend Toleranz bezüglich Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers aufbringen. Eine solche Tätigkeit sei ganztags zumutbar, doch es bestehe eine verminderte Leistungsfähigkeit von 50 %.

6.2.2 Laut Bericht der Poliklinik für Wirbelsäulenchirurgie des Spitals N. \_\_\_ vom 28. Mai 2004 (IV-St. B 55) waren folgende Diagnosen zu nennen: - unklare Rückenschmerz-Problematik mit, bei - symptomatischer Spondylolyse / Listhese L5/S1 rechts - St.n. Mikrodisektomie L5/S1 1991 - St.n. Infiltration Spondylolyse L5 rechts vom 14. April 2000. Die Ärzte erwähnten, dass vom Röntgenbefund her keine Anhaltspunkte für degenerative Veränderungen bestünden. Die vorliegende Situation erscheine verfahren. Die vom Patienten monierten Beschwerden könnten nicht mit der Spondylolisthesis allein erklärt werden. Radiologisch lasse sich eine stationäre Situation erkennen. Es bestünden keine neurologischen Defizite, insbesondere auch keine Parese des rechten Beines. Zusammenfassend lasse sich sagen, dass eine operative Intervention zwar möglich sei, aber keinen Erfolg bringen werde.

6.2.3 Nach den Erwägungen des Versicherungsgerichts durfte in somatischer Hinsicht auf eine weitere Begutachtung verzichtet werden, da die Poliklinik für Wirbelsäulenchirurgie des Spitals N. \_\_\_ in ihrem Bericht vom 28. Mai 2004 darauf hinweise, dass vom Röntgenbefund her keine Anhaltspunkte für degenerative Veränderungen hätten gefunden werden können. Ebenso wenig bestünden neurologische Defizite, insbesondere auch keine Parese des rechten Beines. Aufgrund dieses Berichtes sei folglich nach wie vor davon auszugehen, dass die vom Beschwerdeführer geklagten Rückenschmerzen nicht ursächlich für eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit seien (hinsichtlich körperlich leichter Tätigkeiten), sondern dass die Leistungsverminderung (auch bezüglich körperlich leichter Arbeiten) auf die somatoforme Schmerzstörung zurückzuführen sei, wobei unbestritten sei, dass der Beschwerdeführer in Bezug auf seine bisherige Tätigkeit als Betriebsmitarbeiter, mit auch körperlich schweren Arbeiten, arbeitsunfähig sei. Der Bericht der Poliklinik des Spitals N. \_\_\_ vom 28. Mai 2004 habe angesichts der Aktenlage auch für den massgebenden Zeitpunkt des Einspracheentscheides seine Gültigkeit, denn es lägen keine Anhaltspunkte dafür vor, dass sich der Gesundheitszustand des Versicherten in somatischer Hinsicht seit Mai 2004 verschlechtert hätte. In psychiatrischer Hinsicht konnte auf das Gutachten von Dr. med. E. \_\_\_ abgestellt werden, welches sich ebenfalls als schlüssig erwies. Als Diagnose war folglich von einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (mit leichter depressiver Verstimmung, mit kombinierten akzentuierten Persönlichkeitszügen, bei einer Diskushernie mit degenerativer Foraminalstenose und vorwiegend sensibler Kompressionsradikulopathie) auszugehen. Die diagnostizierte somatoforme Schmerzstörung wurde indessen als nicht invalidisierend qualifiziert: Der Beschwerdeführer erfülle die Mehrheit der hierfür notwendigen Kriterien nicht. So sei keine psychische Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer festzustellen, denn Dr. med. E. \_\_\_ attestiere nur eine leichte depressive Verstimmung und erachte die Kriterien einer Persönlichkeitsstörung als nicht erfüllt. Gemäss Aktenlage bestünden auch keine Hinweise auf einen sozialen Rückzug in allen Belangen des Lebens und es liege keine chronische körperliche Begleiterkrankung vor. Der Beschwerdeführer mache zwar chronische Rückenschmerzen geltend, doch führten diese, jedenfalls für

körperlich leichte Tätigkeiten, nicht zu einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, da sie im Rahmen der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung aufgetreten seien. Ferner bestehe kein primärer Krankheitsgewinn und es könne nicht von einem Scheitern einer konsequent durchgeführten ambulanten oder stationären Behandlung gesprochen werden, auch wenn sich die bisherigen Therapieversuche als wenig erfolgversprechend erwiesen hätten. Der Beschwerdeführer erfülle somit nur das Kriterium des mehrjährigen, chronifizierten Krankheitsverlaufs, was nicht genüge, um von einem Ausnahmefall im oben erwähnten Sinne sprechen zu können. Zusammenfassend könne kein somatischer Befund erhoben werden, der einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit in Bezug auf körperlich leichte Tätigkeiten hätte. Körperlich leichte Tätigkeiten seien dem Versicherten somit uneingeschränkt zumutbar.

6.3 Folgender medizinischer Sachverhalt zeigte sich im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 7. August 2014:

6.3.1 Im ersten, am 8. September 2008 von der Begutachtungsstelle F.\_\_\_\_ erstellten Gutachten (IV-Nrn. 113.1, 113.2 und 113.3), wurde beim Beschwerdeführer als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein anhaltendes lumbovertebrales und lumbospondylogenes Schmerzsyndrom bei - Status nach Mikrodiskektomie L5/S1 1991 mit unbefriedigendem Verlauf, - Status nach dekompressiver Laminektomie, Adhäsionolyse, Mikrodiskektomie mit intervertebraler Fusion und transpedikulärer Spondylodese L5/S1 am 28. April 2008, radiologisch günstiges Ergebnis, - anhaltender Dekonditionierung des Rumpfmuskelkorsettes bei langem Krankheitsverlauf (seit ca. 1990), gestellt. Weiter wurden eine anhaltend somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4), eine Dysthymie (ICD-10 F34.1), eine chronische Gastritis (laut Aktenlage Zustand nach Ulcus duodeni 1987) und ein Fumatorium, alles ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit, diagnostiziert. Aus psychiatrischer Sicht wurden daher weder eine Verschlechterung des gesundheitlichen Zustandes noch eine anspruchrelevante Arbeitsunfähigkeit gesehen. In rheumatologischer Hinsicht wurde davon ausgegangen, dass die bisherige Tätigkeit aktuell nicht mehr zumutbar sei, da eine deutlich eingeschränkte statisch-funktionelle Belastbarkeit der Wirbelsäule und des Rumpfes bestehe. Beim Beschwerdeführer seien Rehabilitationsmassnahmen notwendig. Nach einer erfolgreich abgeschlossenen, sechs- bis zwölfwöchigen Rehabilitation sei prognostisch von der Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit für leichte und gelegentlich mittelschwere Arbeiten, ohne Bewegungsanforderungen an den Rumpf, ohne Zwangshaltungen, permanentes Sitzen und Stehen sowie Heben und Tragen von Lasten von mehr als 15 kg, zu rechnen. Dabei werde es bei einer Minderung der Leistungsfähigkeit um 20 % bleiben. Dieses Gutachten hat das Versicherungsgericht in seinem Urteil vom 1. September 2010 (IV-Nr. 163) in psychiatrischer Hinsicht als beweismäßig angesehen, nicht aber in somatischer. Auf die darin gezogenen Schlussfolgerungen bezüglich Arbeitsfähigkeit nach erfolgter Rehabilitation kann daher nicht abgestellt werden.

6.3.2 Im zweiten Gutachten der Begutachtungsstelle F.\_\_\_\_ vom 16. März 2011 (IV-Nrn. 172.1 - 172.4) wurden folgende Diagnosen gestellt: mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: lumbovertebrales und lumbospondylogenes Schmerzsyndrom mit / bei - Status nach Mikrodiskektomie L5/S1, - Status nach dekompressiver Laminektomie, Adhäsionolyse, Mikrodiskektomie und intervertebraler Fusion sowie transpedikulärer Spondylodese L5/S1 am 28. April 2008, Ende Dezember 2009 bestätigtes günstiges Ergebnis, stabile Spondylodese und insbesondere keine Hypermobilität im proximalen Anschlusssegment L4/5, neurologisch keine Hinweise für eine Radiculopathie. ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: - anamnestisch längere depressive Reaktion auf körperliche Erkrankung (ICD-10 F43.21), -

Nikotinabusus. Die bisherige Tätigkeit des Beschwerdeführers überschreite das verbliebene körperliche Restleistungsvermögen, diese sei nicht mehr zumutbar. Seit 1999 hätten nachvollziehbare interkurrente Arbeitsunfähigkeiten von 20 % und darüber hinausgehend bei Rückenleiden und mehrfachen operativen Eingriffen bestanden. In einer angepassten Tätigkeit bestehe indessen spätestens nach Abschluss der im Spital I.\_\_\_\_ durchgeführten Rehabilitationsmassnahmen am 12. November 2010 eine 100%ige Arbeitsfähigkeit. Vorher habe, gemäss dem Gutachten der Begutachtungsstelle F.\_\_\_\_ vom 8. September 2008, spätestens ab Ende Oktober 2008 eine Arbeitsfähigkeit von 80 % in einer angepassten Tätigkeit bestanden. Insofern werden in diesem Gutachten die vom Versicherungsgericht mit Urteil vom 1. September 2010 als nicht beweiswertig deklarierten Ausführungen bestätigt. Eine krankheitswertige psychische Störung liege nicht vor. Im psychiatrischen Gutachten wurde insbesondere eine somatoforme Schmerzstörung verneint, weil die Phänomenologie nicht mehr erfüllt sei und entsprechende psychodynamisch relevante Faktoren fehlten (IV-Nr. 172.4 S. 5).

6.3.3 Der behandelnde Psychotherapeut, Dr. med. O.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, berichtete am 2. und 6. Mai 2011 (IV-Nr. 179 S. 3 f. sowie 180) über eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, mit somatischem Syndrom (ICD-10 F33.11) und ging von einer Arbeitsunfähigkeit von 70 - 100 % aus.

6.3.4 Dr. med. P.\_\_\_\_, Facharzt für Neurochirurgie, diagnostizierte in seinem Bericht vom 5. Mai 2011 (IV-Nr. 181 S. 3 f.) ein Failed-back-surgery-Syndrom (mit / bei Status nach Mikrodiskektomie L5/S1 1991, Status nach Dekompression, intervertebraler Cage-Fusion und transpedikulärer Spondylodese L5/S1 beidseits im April 2008) sowie eine mobile Diskusprotrusion L4/L5 im Rahmen eines Syndroms des proximalen Anschlusssegments. Bezüglich Arbeitsfähigkeit sei aufgrund der objektiven Befunde mit einer mindestens 50%igen Erwerbsfähigkeit in einer leichten, dem Leiden angepassten Tätigkeit zu rechnen, seines Erachtens könne jedoch niemals eine 100%ige Erwerbsfähigkeit erreicht werden.

6.3.5 Vom 15. Juni bis 4. Juli 2012 war der Beschwerdeführer schliesslich in der psychiatrischen Klinik der Q.\_\_\_\_ hospitalisiert. Gemäss Austrittsbericht vom 3. August 2012 (IV-Nr. 205 S. 2 ff.) lägen eine schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F32.2) und eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.5) vor. Der Beschwerdeführer sei auf seinen eigenen Wunsch aus der stationären Behandlung entlassen worden, obwohl eine Remission der depressiven Symptomatik noch nicht erreicht werden können.

6.3.6 In ihrer Stellungnahme vom 27. Mai 2013 (IV-Nr. 220) erwogen die Gutachter der Begutachtungsstelle F.\_\_\_\_, es lägen aus psychiatrischer Sicht keine neuen Gesichtspunkte vor. Die anlässlich der Hospitalisation beschriebene Diagnose einer schweren depressiven Episode lasse sich auf der Basis der beschriebenen Befunde und der dokumentierten Beobachtungen nicht eindeutig bestätigen. Vielmehr deute sich aus dem Austrittsbericht der psychiatrischen Klinik an, dass vor dem Hintergrund der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung und damit eng verknüpfter Schamgefühle bei psychosozialen Schwierigkeiten, Langzeitarbeitslosigkeit, Migrationsproblematik und Potenzstörungen, eine sekundäre depressiv getönte Symptomatik eingetreten sei. Diese gehe aber in einem eigendynamischen Verlauf einer Dysthymia, also einer lang hingezogenen Depression von zumeist leichtem, allenfalls gelegentlich mittelschwerem Ausprägungsgrad, auf.

Zusammenfassend sehe man nach wie vor eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung in enger Verknüpfung mit zahlreichen psychosozialen Belastungsfaktoren. Auch in orthopädischer Hinsicht ergäben die sich aus den beigelegten Berichten ergebenden Befunde keine andere Beurteilung. Insgesamt hätten sich der Funktionsbefund der

Wirbelsäule und des Rumpfes seit der erfolgreich im Jahr 2008 durchgeführten operativen Rückenbehandlung gebessert. Für die Diskrepanz zwischen dem Ausmass der Beschwerden und den tatsächlich zu objektivierenden klinischen und radiologischen Befunden ergebe sich keine adäquate Erklärung. 7. Im vorliegenden Beschwerdeverfahren wurde bei der Begutachtungsstelle G.\_\_\_\_ ein polydisziplinäres Gerichtsgutachten eingeholt, welches am 17. August 2016 von Dr. med. R.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, Dr. med. L.\_\_\_\_, Facharzt für Rheumatologie, und Dr. med. H.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, erstattet wurde (A.S. 73 ff.). Zusätzlich erstellte Dr. med. H.\_\_\_\_ am 7. Februar 2018 ein psychiatrisches Aktengutachten (A.S. 231 ff.). 7.1 Zur Schilderung des Tagesablaufes wird im Gutachten festgehalten, der Beschwerdeführer habe seinen Schlaf trotz Schlafmitteln als sehr schlecht angegeben. In der Nacht wache er oft auf und gehe schmerzbedingt umher. Am Morgen sei er wie gerädert. Er stehe zwischen 09.00 und 10.00 Uhr auf und bereite sich ein einfaches Frühstück vor, das er mit seiner Frau einnehme. Küchen- und Haushaltsarbeiten seien praktisch nicht durchführbar. Er sei morgens steif wie ein Holzbrett. Die Morgentoilette gelinge nur sehr mühsam. Nach dem Frühstück gehe er etwas in den Garten und mache Lockerungsübungen, die er in der Physiotherapie gelernt habe. Dann gehe er etwas Spazieren. Er sehne sich nach Gartenarbeit. Dies habe er früher gerne getan. Zusammen mit der Ehefrau und allenfalls in Begleitung von Kindern kaufe er das Nötigste ein. Ein Mittagessen nehme er nicht zu sich. Da die Kinder über Mittag nicht im Haus seien, werde nichts zubereitet. Die Haushaltsführung sei Sache der beiden Töchter. Er müsse sich zwischendurch sehr viel hinlegen und etwas erholen. Zur Ablenkung sehe er fern, lese Zeitungen und Bücher. Er gehe auch ins Internet. Gegen den späteren Nachmittag gehe er gelegentlich in die Moschee zum Gebet und zum Kaffee trinken. Er werde von [...] Landsleuten abgeholt. Dies sei für ihn die einzige Abwechslung am Tag, so könne er für kurze Zeit seine Leiden vergessen. Das Abendessen würden Frau und Töchter zubereiten. Abends gehe er dann meistens um 22.00 Uhr zu Bett. Zu seinen Beschwerden befragt habe der Beschwerdeführer erklärt, eine ursprüngliche Tätigkeit als Plattenleger oder Hilfsarbeiter in der Fabrik könne er sich nicht mehr vorstellen. Dafür sei er zu krank. Er habe überall Schmerzen, Gefühlsstörungen und Konzentrationsstörungen. Eine alternative Tätigkeit sehe er im Moment auch nicht. Er könne maximal eine bis zwei Stunden am Stück arbeiten, benötige immer wieder Pausen, müsse die Lage wechseln. Auf somatischer Seite leide er vor allem an seinen chronischen Schmerzen mit Bewegungseinschränkungen. Er könne weder lange sitzen, noch liegen, gehen oder stehen. Kniearbeiten und Überkopfarbeiten seien gar nicht mehr möglich. Die Kopfschmerzen würden permanent bestehen. Sie würden vom Nacken in den rechten Arm ausstrahlen, einhergehend mit Kribbel- und Taubheitsgefühl. Gelegentlich habe er Schwindel bei Kopfdrehungen. Daneben plagten ihn seit vielen Jahren auch lumbosakrale Schmerzen ausgehend von der Operationsnarbe ins rechte Bein. Wenn er laufe, spüre er permanent Schläge im Rücken. All seine Nerven seien eingeklemmt. Dazu kämen Kopf- und Knieschmerzen. Auf einer visuellen Analogskala seien die Schmerzen bei 8 bis 10 von 10. Linderung erreiche er durch warmes Wasser sowie langsame Bewegungs- und Lockerungsübungen. Früher habe er viele Schmerztabletten eingenommen, die aber nichts gebracht hätten. Er habe nur Nebenwirkungen gehabt. Die gesamte Geschichte mit dem Stellenverlust habe ihm dann auf die Psyche geschlagen. Er habe ein Durcheinander im Kopf. Die Kinder würden nicht verstehen, weshalb er nicht arbeite. Er schäme sich. Er verdamme sich selber, fühle sich depressiv, verbittert und traurig. Dazu komme die chronische Erschöpfung, die Müdigkeit und Antriebslosigkeit. Er sei auch vergesslich geworden. Eine Arbeit an der Maschine traue

er sich nicht mehr zu. Die Antidepressiva hätten auch nur vorübergehend geholfen. Er möchte keine Medikamente mehr nehmen. Er habe Angst vor dem sozialen Abstieg und möchte nicht in der Sozialhilfe landen. Autofahren könne er noch, jedoch nur sehr langsam und kurze Strecken. Sein Durst sei normal, der Appetit vermindert. Der Gewichtsverlauf der letzten Jahre sei normal. Er sei stark müde, schwitze auch oft. Er könne nachts nicht durchschlafen und müsse aufgrund der Schmerzen aufstehen. Soziale Kontakte habe er weitestgehend abgebrochen. Früher habe er sehr viele Kollegen gehabt. Nun habe er nur noch wenige, mit denen er sich in der Moschee treffe. Seine Medikamente nehme er nur sehr unregelmässig ein. Er habe gespürt, dass sein Gesundheitszustand mit oder ohne Tabletten identisch sei. Die Tabletten würden nur Nebenwirkungen haben. Er gehe regelmässig in die aktive und passive Physiotherapie. Auch das Wasserbad helfe. Da die Krankenkasse nicht bezahle, sei die Physiotherapie momentan pausiert. Er mache aber regelmässig ein Heim-Übungsprogramm. Mitunter trage er auch eine stabilisierende Bauchbandage. Früher habe er viele Hobbies gehabt. Er habe gerne Fussball gespielt, sei Velo gefahren, habe gegärtnert und sei Berg- und Naturwanderungen durchführen gegangen.

7.2 Im rheumatologischen Teilgutachten (A.S. 127 ff.) werden folgende Befunde erhoben: Der Beschwerdeführer falle in der Untersuchung durch ein ausgeprägtes Schmerzverhalten auf. Fünf Waddell-Tests als Ausdruck eines erheblich gesteigerten Krankheitsgebarens seien positiv. Es bestünden ein diskreter Schultertiefstand rechts, ein Beckengeradstand und eine lumbal weitgezogene, sehr diskrete, linkskonvexe Skoliose. Es sei keine relevante Haltungsinsuffizienz erkennbar. Optisch zeige sich eine reizlose Operationsnarbe. Es bestehe eine ausgeprägte Druckempfindlichkeit im Sinne einer Druck-, Rüttel- und Klopfdolenz über den Dornfortsätzen L2 bis L5 mit paralumbal erhöhtem Muskeltonus beidseits. Im Stehen und Sitzen bestehe eine deutliche paralumbale Muskelverhärtung beidseits. Palpatorisch bestünden ausgeprägte Druckdolenz über den Gelenkfortsätzen C5 bis C7 rechts. Ein erhöhter Muskeltonus im Bereich der Schulterpartie sei nicht palpabel. Es bestehe ein leicht erhöhter Tonus des M. semispinalis capitis ausschliesslich rechts. Weiter bestehe ein positiver axialer Stauchungsschmerz mit Schmerzangabe zervikal rechts und diffus lumbal geprüft mit sanftem Druck auf den Schädel im Stehen und Sitzen sowie mit Fersenfalltest. Bei Rumpfrotationen im Stehen würden heftige lumbale Schmerzen angegeben. Bei der passiven Beweglichkeitsprüfung der Halswirbelsäule bestünden heftige Schmerzangaben in allen geprüften Bewegungsrichtungen unter Angabe einer Schmerzausstrahlung in den rechten Arm. Die Brustwirbelsäule sei in sämtlichen Bewegungsrichtungen aktiv zur Hälfte eingeschränkt mit schmerzbedingtem Gegenspannen und Selbstlimitierung beim Versuch der passiven Beweglichkeitsprüfung. Die Lendenwirbelsäule sei in sämtlichen Bewegungsrichtungen aktiv zu 2/3 eingeschränkt unter Angabe heftigster Endphasenschmerzen beim Versuch der passiven Beweglichkeitsprüfung verbunden mit Stöhnen und Grimassieren. Die oberen und unteren Extremitäten seien inspektorisch unauffällig. Im Neurostatus würden bei der Prüfung des Lasègue-Manövers heftige Schmerzen im unteren Lendenwirbelsäulenbereich angegeben mit Ausstrahlung in das rechte Gesäss, ebenso bei der Prüfung des Langsitzes. Symmetrische Muskeleigenreflexe seien an den oberen Extremitäten nur schwach auslösbar. Auf der Innenseite des rechten Ober- und Unterarms und der ganzen Hand volar und dorsal sowie am ganzen rechten Bein bestünden Oberflächenhypästhesien. Im Bereich der rechten Ferse werde eine Anästhesie angegeben. Die aktuellen Röntgenaufnahmen vom 11. Mai 2016 zeigten folgende Befunde: - Im Bereich der Halswirbelsäule eine leichte Arthrose im Atlantoaxialgelenk, Steilstellung der unteren Halswirbelsäule, minime

Unkovertebralspondylosen C3 rechts, C4 links und C5 rechts. - Im Bereich der Lendenwirbelsäule eine solide Spondylodese L5/S1 mit Anthelstesis L5 Grad 1, leichte ventrale Spondylose und rechts latero bei L4/5 spangenförmige Spondylose. - MRT der LWS: leichte Chondrose L3/4 und L4/5 mit dorsaler Bandscheibenprotrusion L4/5 und geringer Spinalkanaleinengung. Korrekte Lage der interkorporellen Cages L5/S1. Keine radikuläre Kompression - Beide Knie: leichte Verschmälerung des medialen femorotibialen Kompartiments bei insgesamt aber altersentsprechenden Befunden. 7.3 7.3.1 Die rheumatologische Beurteilung von Dr. med. L.\_\_\_\_ erfüllt die Beweisanforderungen an ein Gerichtsgutachten: So ist der beurteilende Gutachter Facharzt auf seinem Gebiet und er hat seine Erkenntnisse nach umfassender Aktenwürdigung und Untersuchung (unter Einbezug aktueller bildgebender Untersuchungen) gewonnen. Er kommt dabei in nachvollziehbarer Weise zum Schluss, dass beim Beschwerdeführer phänomenologisch ein chronifiziertes, therapiefraktäres, vertebrales und spondylogenes Zervikal- und vor allem Lumbalsyndrom bestehe, ohne sichere klinische oder bildgebende Hinweise für eine radikuläre, sensomotorische Ausfallsymptomatik, ohne Anhalt für eine Segmentinstabilität und mit radiologisch nur leichtgradigen Segmentdegenerationen C3/C4 und C4/C5 sowie L3/4 und L4/5. Ein Anschlussyndrom sei nicht zu objektivieren. Die Spondylodese erscheine stabil durchgebaut und das Schrauben- und Plattenmaterial sei in korrekter Stellung als intakt zu bezeichnen. Die Schmerzursache bleibt für den Gutachter klinisch und bildgebend unklar. In dieser Situation geht er, in Übereinstimmung mit dem behandelnden Arzt Dr. med. P.\_\_\_\_ (vgl. E. II. 6.3.4), von einem Failed back-surgery-Syndrom aus. In der Begegnung mit dem Beschwerdeführer sei ein deutlicher Leidensdruck aufgefallen, im Verlauf der Untersuchung habe dieser aber zunehmend ein dysfunktionales Schmerzverhalten mit positiver Waddel-Testung als Ausdruck eines erheblich gesteigerten Krankheitsgehaltens entwickelt. Das in der Untersuchungssituation auffällig gezeigte, ausgeprägte Schmerzverhalten mit Durchführung sämtlicher Bewegungen des Rumpfes und des rechten Beines im Hüftgelenk in Zeitlupe begleitet von averbalen Schmerzáusserungen könne mit den objektivierbaren Befunden nicht in Einklang gebracht werden. Es finde sich diesbezüglich kein organisches Korrelat am Bewegungsapparat. Auch die angegebene, weitflächige Oberflächensensibilität des rechten Armes finde keine Erklärung, einschliesslich der gesamten Hand sowie des ganzen rechten Beines. Der Beschwerdeführer habe keine wesentlichen Zeichen hinsichtlich einer muskulären Dysbalance oder Dekonditionierung präsentiert und der Habitus habe kräftig und muskulös gewirkt. Diese Einschätzung ist einleuchtend. Aufgrund der aktuellen klinischen und bildgebenden Abklärungsergebnisse kann Dr. med. L.\_\_\_\_ gegenüber dem Gutachten der Begutachtungsstelle F.\_\_\_\_ vom 16. März 2011 seitens der Lenden- und Halswirbelsäule keine relevante Verschlechterung des Gesundheitszustandes feststellen. Neu diagnostiziert er indessen eine leichte mediale Gonarthrose beidseits, dies bei allerdings bandstabilen, ergussfreien und vollständig frei beweglichen, indolenten Kniegelenken im aktuellen klinischen Untersuch. Das Ausmass dieser medialen Gonarthrose stuft er demgemäss als geringfügig ein. Dr. med. O.\_\_\_\_ erachtet mit Blick auf seine in der Untersuchung erhobenen Befunde und die gestellten Diagnosen körperlich schwere und ausschliesslich mittelschwere Arbeiten sowie Tätigkeiten in rückenbelastenden Arbeitspositionen mit vorgeneigtem oder abgedrehtem Oberkörper, langanhaltende Zwangshaltungen im Stehen und Sitzen sowie Tätigkeiten auf vibrierenden Maschinen und Arbeiten auf Dächern oder Gerüsten als unzumutbar. Nicht geeignet sei der Beschwerdeführer im Weiteren für Arbeiten mit Kälte- und Witterungsexposition. Diesbezüglich wie auch hinsichtlich der

letzten Tätigkeit bei der Firma B.\_\_\_\_ bestche übereinstimmend mit den Vorbeurteilungen aus rheumatologischer Sicht eine anhaltende und auch künftige Arbeitsunfähigkeit. Jedoch seien – und auch hier besteht weder zur 2001 erfolgten beruflichen Abklärung der BEFAS [...] noch zu den Gutachten der Begutachtungsstelle F.\_\_\_\_ vom September 2008 und März 2011 ein Widerspruch – dem Beschwerdeführer jegliche körperlich leichten, gelegentlich mittelschweren Arbeiten in vorzugsweise wechselnder Körperposition und unter Beachtung der erwähnten Einschränkungen ganztags und ohne Leistungseinbusse zumutbar. Diese Beurteilung erscheint aufgrund der Untersuchungsergebnisse und der vorhandenen Akten ebenfalls schlüssig.

7.3.2 Nicht gefolgt werden kann hingegen den Einwänden des Beschwerdeführers (vgl. E. II. 2.4 hievor): Entgegen seinen Vorbringen hatte der rheumatologische Gutachter nicht nur Kenntnis der neurologischen Vorberichte der Dres. med. J.\_\_\_\_ vom 28. Oktober 2014 (Urkunde 4) und K.\_\_\_\_ vom 11. November 2014 (Urkunde 3) und der darin festgehaltenen Wurzelschädigung L5/S1 (vgl. A.S. 93, 127), sondern er setzte sich damit im Rahmen seiner ausführlichen fachärztlichen Beurteilung (A.S. 140 ff.) auch hinreichend auseinander (vgl. A.S. 155 ff.). Dabei gelangte Dr. med. L.\_\_\_\_ gestützt auf eigene umfangreiche klinische Untersuchungen und eine aktuelle Bildgebung (inklusive MRT der LWS; A.S. 138 f.) zum nachvollziehbaren Ergebnis, dass die Lage des interkorporellen Cages auf Niveau L5/S1 als korrekt zu bezeichnen seien und sich insgesamt keine Neurokompression im Bereich der kernspintomographisch abgebildeten Lendenwirbelsäule finde (vgl. A.S. 156 f.; siehe auch E. II. 7.2 in fine). Mit Blick auf die umfassende fachärztliche Untersuchung der Rückenproblematik des Beschwerdeführers durch den rheumatologischen Gutachter ist nicht ersichtlich, weshalb es weitere Abklärungen (wie ein EMG) gebraucht hätte und/oder eine zusätzliche neurologische bzw. neurologisch-orthopädische Begutachtung hätte stattfinden sollen. Diesbezüglich ist festzuhalten, dass es im Ermessen der Begutachtungsstelle liegt, zu beurteilen, ob zusätzliche Disziplinen notwendig sind (BGE 139 V 349 E. 3.3 S. 352 f.).

Aufgrund der Aktenlage erachtete das Gericht eine Begutachtung im Fachgebiet der Psychiatrie als notwendig und überliess es der Begutachtungsstelle, in welchen zusätzlichen Disziplinen («orthopädisch und/oder rheumatologisch und/oder internistisch») eine Begutachtung erfolgen solle (vgl. A.S. 46, 51, 53). Wenn die Begutachtungsstelle G.\_\_\_\_ in Kenntnis und unter Berücksichtigung der Vorakten alsdann zum Ergebnis gelangte, eine rheumatologische sowie eine internistische seien zusätzlich zur psychiatrischen Exploration erforderlich (A.S. 56), eine orthopädische Untersuchung jedoch für entbehrlich hielt, so lässt sich dies nicht beanstanden. Dasselbe gilt für die Fachdisziplin «Neurologie», deren Beizug auch der Beschwerdeführer selbst in seiner Stellungnahme vom 4. Februar 2016 (A.S. 68 f.) nicht verlangt hatte. Soweit sich dem mit Eingabe vom 26. September 2018 eingereichten Austrittsbericht des Spitals I.\_\_\_\_ vom 3. September 2018 (Urkunde 5) sowie den anlässlich der Verhandlung eingereichten Arztberichten (Urkunden 6 ff.) in somatischer Hinsicht gemäss MRT der LWS vom 4. September 2019 (recte: 2018) eine neu aufgetretene «Deckplattenimpressionsfraktur von LWK4 links mit noch diskretem (residuellem) Knochenmarksödem und erhaltener Hinterkante» sowie eine «stationäre spondylodiskogene Einengung der Recessi L4/5 mit Tangierung der traversierenden Nervenwurzel L5 beidseits» entnehmen lassen, handelt es sich um zeitlich nach dem (hier massgebenden [vgl. E. II. 6.1]) Verfügungszeitpunkt vom 7. August 2014 eingetretene Sachverhalte, zumal sich anlässlich der im Gerichtsgutachten herangezogenen Bildgebung vom 11. Mai 2016 (inklusive MRT der LWS) – wie vorstehend ausgeführt – keine solchen Befunde feststellen liessen. Es bleibt dem Beschwerdeführer indes unbenommen, sich gestützt auf die

erwähnten Berichte bei der Beschwerdegegnerin neu anzumelden. Schliesslich ist auch die von Dr. med. S.\_\_\_\_ mit Bericht vom 31. Oktober 2018 (Urkunde 6) angeführte (volle) Arbeitsunfähigkeit nicht geeignet, den Beweiswert des polydisziplinären Gerichtsgutachtens zu mindern, gilt es bezüglich der Einschätzung der Hausärztin des Beschwerdeführers der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, wonach Hausärzte mitunter wegen ihrer auftragsrechtlichen Vertrauensstellung im Zweifel eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.5 S. 470, 135 V 351 E. 3a/cc S. 353; Urteile des Bundesgerichts 8C\_180/2017 vom 21. Juni 2017 E. 4.4.2 m.w.H., 8C\_603/2017 vom 20. März 2018 E. 3.3.2). In den weiteren nachgereichten (somatischen) Arztberichten (Urkunden 5, 7 und 8) werden keine Arbeitsunfähigkeiten attestiert. Nach dem Gesagten erweist sich das rheumatologische Teilgutachten von Dr. med. L.\_\_\_\_ als voll beweismässig und es kann ohne Zweifel darauf abgestellt werden.

7.4 Im psychiatrischen Teilgutachten (A.S. 164 ff.) werden folgende Befunde erhoben: Anders als in der Anamnese fänden sich im Status keine Hinweise auf klinisch relevante Aufmerksamkeits-, Konzentrations- oder Gedächtnisstörungen. Der Beschwerdeführer könne auch einer längeren Diskussion folgen. Antworten kämen rasch und präzise. Das formale Denken sei unauffällig. Hinweise auf übermässige Befürchtungen oder Zwänge gebe es nicht. Inhaltlich sei das Denken auf die Schmerzen, depressive Themen wie Versagensgefühle oder Todeswünsche und die schwierige Situation eingeengt, der Beschwerdeführer könne sich aber auch auf andere Themen einlassen. Wahnideen liessen sich nicht eruieren. Die Schilderung der Schmerzen sei eher emotional als sachlich, aber doch relativ präzise und differenziert. Der Beschwerdeführer habe wenig Introspektionsfähigkeit und Zugang zu seinen Gefühlen. Im Gespräch über die frühere Arbeit werde er auf Nachfrage, wie er diese erlebt habe, lebhafter und es werde ein gewisser Stolz erkennbar, aber auch Trauer und Scham. Beim Thema Schmerzen spreche er schneller und drängender, entspanne sich aber, wenn er anhand von Rückmeldungen merke, dass die Schmerzen nicht in Frage gestellt würden. Für klinisch relevante Ich-Störungen gebe es keine Hinweise. Affektiv sei der Beschwerdeführer erreichbar, moduliert. Die Stimmung sei bedrückt, resigniert, aber nicht eigentlich depressiv. Zum Teil werde er traurig, sei aber teilweise auch gelöst bis heiter, im Hintergrund würden Enttäuschung, Frustration, Wut und Hoffnungslosigkeit spürbar. Der Beschwerdeführer lächle, sobald er Vertrauen gefasst habe. Vereinzelt mache er sogar humorvolle Bemerkungen, er weine nicht.

7.5 7.5.1 Auch die von Dr. med. H.\_\_\_\_ in seiner Beurteilung gemäss Gutachten vom 17. August 2016 (A.S. 164 ff.) und Aktengutachten vom 7. Februar 2018 (A.S. 231 ff.) vorgenommenen Schlussfolgerungen erweisen sich als nachvollziehbar. Insbesondere erscheinen sie auch beweismässig unter dem Lichte der gemäss BGE 141 V 281 neu geltenden Rechtsprechung zur anhaltenden somatoformen Schmerzstörung und den vergleichbaren unklaren Beschwerdebildern. Der psychiatrische Gutachter weist zunächst darauf hin, dass der Beschwerdeführer in der [...] zwar eine weiterführende Schule und Berufsausbildung erfolgreich abgeschlossen habe. Nach der Migration in die Schweiz habe er aber wegen der fehlenden Anerkennung seiner Ausbildung Hilfsarbeiten verrichten müssen, was neben der Entwurzelung in einem ihm fremden Kultur- und Sprachraum auch noch einen sozialen Abstieg bedeutet habe. Seine gesundheitlichen Probleme hätten mit der Einreise in die Schweiz begonnen. 1987 habe er eine Gastritis gehabt und 1991 habe er eine Diskushernie operieren müssen. Neben der subjektiven Einschätzung spreche auch der zeitliche Verlauf für einen Einfluss der Migration. Der Beschwerdeführer habe keinen Kontakt mehr zu seinen Geschwistern und würde in der [...] wahrscheinlich kaum eine Arbeit oder ein soziales Netz finden. Dies sei

ein letztlich unlösbarer Konflikt, der ihn wahrscheinlich sehr belaste. Es sei allerdings nicht offensichtlich, dass eine Krankheit eine Entlastung in diesem Konflikt bringen könnte bzw. ein Krankheitsgewinn vorliege. Der Beschwerdeführer lebe auch immer noch in den Traditionen seiner Heimat. Seine Familie schildere er als zwar arm, aber stolz und von allen respektiert. In der Schweiz sei er Hilfsarbeiter und jetzt auch noch krank, habe gemessen an seinen Erwartungen und als Entgelt für seine langjährige, harte Arbeit nur sehr wenig Geld zur Verfügung. Wenn dann noch Probleme mit Behörden oder Versicherungen hinzukämen und er sich nicht respektiert fühle, könne dies eskalieren. Auch hier sei kein Krankheitsgewinn offensichtlich, aber eine anhaltende Belastung. Als weitere Belastung komme die chronische Krankheit seiner Frau hinzu. Diese erhöhe das Risiko, an einer Schmerzstörung zu erkranken. Dem Beschwerdeführer seien Arbeit und Familie sehr wichtig. Durch grosse Leistungen und harte Arbeit habe er sich Anerkennung holen können, die er sonst kaum gefunden habe. Von seiner Leistungsfähigkeit sei aber auch all die Jahre sein Selbstwertgefühl abgehängt. Durch die Krankheit mit ihren Folgen wie Schmerzen, Operationen und Stellenverlust sei das in Frage gestellt worden. Er sei sehr leistungsorientiert. Harmonie, Respekt und Würde seien ihm wichtig und er habe nie gelernt, Signale seines Körpers zu beachten und auf seine Grenzen Rücksicht zu nehmen. Diese Konstellation erhöhe das Risiko für eine Somatisierungsstörung. Allerdings habe es der Beschwerdeführer geschafft, neben seiner Arbeit auch ausgleichende Ressourcen wie seinen Garten und einen Kollegenkreis aufzubauen, was wichtige Ressourcen sein könnten. Durch seine Erkrankung habe er aber die Fähigkeit, uneingeschränkt im Garten zu arbeiten und auch weitgehend sein soziales Netz verloren, da er sich schäme und sich für wertlos halte. Von seiner Familie werde er getragen und er genieße Verständnis. Dies könne eine wertvolle Ressource sein, aber auch als Schonung wirken, welche ihn in seiner subjektiven Überzeugung bestärke, nicht mehr arbeiten zu können. Er habe einen tiefen Glauben, in welchem er Halt und Hoffnung finde. Sonst liessen sich in der Vorgeschichte keine persönlichen oder familiären Risikofaktoren für ein psychisches Leiden eruieren, aber auch kaum noch aktuelle Ressourcen. Da die Schmerzen objektiv im Vordergrund stünden, auch wenn sie sich nur wenig ausgeweitet hätten, sondern gemäss Angaben des Beschwerdeführers noch immer ungefähr dort seien, wo er operiert worden sei, sei differentialdiagnostisch eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung zu diskutieren. Aufgrund der Akten könnten die Beschwerden zumindest zu Beginn der Schmerzen zu einem wesentlichen Teil auf körperliche Veränderungen (Operationen) zurückgeführt werden. In diesem Fall sei die Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung nicht zulässig. Aufgrund der Akten lasse sich auch nicht eruieren, weshalb diese Diagnose trotz klarem Ausschlusskriterium wiederholt gestellt worden sei, obwohl es mit der Diagnose von psychologischen Faktoren oder Verhaltensfaktoren bei andernorts klassifizierten Erkrankungen bereits vor 2008 eine Alternative gegeben habe und seit 2009 spezifisch gebe. In der revidierten deutschen Version des ICD-10 sei 2009 eine Unterkategorie geschaffen worden, nämlich die chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren. Die Schmerzen gingen der Depression zeitlich voran und seien unabhängig vom zeitlichen Verlauf der affektiven Symptomatik, so dass diese Diagnose zulässig wäre. Es bestünden neben den Operationen und ihren Folgen Risikofaktoren und emotionale Konflikte und psychosoziale Belastungen, wie sie für eine solche Diagnose verlangt würden. Im Verlauf kämen Belastungen hinzu wie Verluste, insbesondere der Arbeit, des Einkommens und der Anerkennung sowie die Erkrankung der Ehefrau. Diese Faktoren seien sekundär, dürften aber den Verlauf beeinflusst haben. Dazu komme noch die

Unmöglichkeit, die gewohnte Rolle als Familienoberhaupt und Ernährer weiter wahrzunehmen. Der Beschwerdeführer habe wenig Introspektionsfähigkeit und Zugang zu seinen Gefühlen, so dass von einer Alexithymie gesprochen werden könne, die für Somatisierungsstörungen typisch sei. Da die Coping-Möglichkeiten des Beschwerdeführers begrenzt und die Belastungen im Verlauf gross seien, sei ein Ausdruck der psychischen und finanziellen Probleme durch eine Körpersymptomatik durchaus plausibel. Die Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren wird von Dr. med. H.\_\_\_\_ eingehend und schlüssig hergeleitet, es kann darauf abgestellt werden. Nach Würdigung der verschiedenen Berichte des Orthopäden Dr. med. P.\_\_\_\_ von Februar bis Juni 2008 (im April 2008 erfolge eine Rückenoperation durch diesen) hält Dr. med. H.\_\_\_\_ fest, der Beschwerdeführer habe sich von der Operation offensichtlich eine Besserung seiner subjektiv verzweifelten Situation erhofft und sich deshalb für den Eingriff entschieden. Unmittelbar postoperativ habe sich sein Gesundheitszustand soweit verbessert gezeigt, dass er Hoffnung geschöpft habe. Dies wirke sich naturgemäss auch positiv auf die Schmerzwahrnehmung aus. Irgendwann zwischen der ersten und zweiten Nachuntersuchung müsse aber etwas geschehen sein, das die Schmerzen wieder deutlich verstärkt und die Hoffnung des Beschwerdeführers zerstreut habe. Aus psychosomatischer Sicht sei diese Umfokussierung der Aufmerksamkeit von grosser Hoffnung auf chronische Schmerzen und Verzweiflung wahrscheinlich der entscheidende Verstärker der Chronifizierung der Schmerzen und der weiteren Verfestigung der Schmerzstörung gewesen. Rückblickend könne damit gesagt werden, dass ab dem Operationszeitpunkt am 27. April 2008 resp. spätestens ab Juni 2008 überwiegend wahrscheinlich eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren in etwa dem gleichen Schweregrad wie 2016 vorgelegen habe. Zum Schweregrad dieser Diagnose stellt der Gutachter fest, die psychischen Faktoren und Belastungen hätten wahrscheinlich das Auftreten und den Verlauf der Beschwerden im Sinne einer psychischen Komponente beeinflusst. Wenn man die funktionellen Auswirkungen berücksichtige, die sich im Haushalt und Tagesablauf zeigten, sei von einer mittelgradigen bis schweren Schmerzstörung auszugehen. Die subjektive Einschätzung des Beschwerdeführers entspreche hingegen einer schweren Schmerzstörung. Sodann wird differentialdiagnostisch eine Somatisierungsstörung erwogen, wobei erklärt wird, dass bei einer solchen auch die Magensymptome des Beschwerdeführers integriert würden. Weil zum Begutachtungszeitpunkt das Bild aber zumindest subjektiv durch die anhaltenden Schmerzen geprägt sei, lässt sich die Differentialdiagnose zwischen einer Schmerzstörung oder einer Somatisierungsstörung nach gutachterlicher Einschätzung nicht eindeutig entscheiden. Der Beschwerdeführer habe durch die Erkrankung und die Operationen wie ihre Folgen viel verloren, so seine seelische Beschwerdefreiheit, Arbeit, Verdienst, Anerkennung und soziale Integration. Aus diesem durch die Verluste bedingten Trauerprozess, der dadurch blockiert werden könne, dass die Umgebung wenig Verständnis zeige und keine Modelle dafür vorhanden seien, leitet der Gutachter im vorliegenden Fall auf schlüssige Weise die Entwicklung einer chronischen Depression ab. Er hält fest, dass 2001 eine Anpassungsstörung diagnostiziert worden sei, und verneint diese heute, weil eine solche definitionsgemäss zeitlich begrenzt ist und gemäss ICD-10 höchstens sechs Monate anhalten darf. Wenn die Symptome noch danach vorhanden sind, ist in Übereinstimmung mit den gutachterlichen Ausführungen vielmehr eine Depression und / oder eine Angststörung zu diagnostizieren. Weiter legt der Gutachter einleuchtend dar, dass chronische Beschwerden, Schlafstörungen oder Einbussen in der Leistungsfähigkeit vor

allem bei leistungsorientierten Menschen oft zu einer depressiven Reaktion führten, die ihrerseits wieder die Beschwerden verstärkte. Die Werte in den Fremdbeurteilungsskalen betreffend Depressionsbeurteilung entsprächen vorliegend einer leichten Depression. Gewisse Symptome wie Reizbarkeit und Schlafstörungen könnten sowohl bei einer Depression wie bei chronischen Schmerzen auftreten, und es lasse sich nicht entscheiden, zu welchem Syndrom sie gehörten. Für die Diagnose sei indessen die klinische Beurteilung entscheidend. Gemäss ICD-Kriterien entspreche dies gegenwärtig einer mittelgradigen Depression. Die Vorgabe des ICD-10, die Anzahl erfüllter Kriterien zu zählen, erachtet Dr. med. H. \_\_\_ als nicht sehr praktikabel und wenig aussagekräftig über die Auswirkungen der Depression. In einer rein klinischen Einschätzung geht er von einer leichten bis höchstens mittelgradigen Depression aus, was angesichts der erhobenen Befunde gut nachvollziehbar ist. Damit wird auch der Schweregrad der diagnostizierten chronischen Depression klar definiert. Der Gutachter äussert sich in der Folge zur im Jahr 2008 diagnostizierten Dysthymie und widerlegt diese gestützt auf die Aktenlage schlüssig: Nachdem in den Akten mehrfach eine depressive Episode diagnostiziert worden sei und in der Stellungnahme der Begutachtungsstelle F. \_\_\_ aus dem Jahr 2013 von einer dysthymen Störung, welche allenfalls kurzzeitig ein mittelschweres Ausmass erreicht habe, gesprochen werde, sei eine solche definitionsgemäss gar nicht zulässig. Gemäss ICD-10 hätte eine subsyndromale oder leichte Depression diagnostiziert werden müssen. Gemäss Dr. med. H. \_\_\_ hätten auch die Befunde und die anamnestischen Angaben dafür gesprochen, dass die Kriterien für eine leichte Depression erfüllt gewesen wären. Nachdem in den Akten keine vollständige oder auch nur wesentliche Remission der Depression dokumentiert worden sei, sei davon auszugehen, dass es sich immer noch um die erste, chronisch gewordene depressive Episode handle und nicht um eine rezidivierende depressive Störung. Eine chronische Depression zeige typischerweise gewisse Schwankungen im Schweregrad. Auch in diesem Fall seien zwar ausgeprägte Schwankungen dokumentiert, aber es bestünden fast durchgängig Zweifel an der korrekten Einschätzung des Schweregrades, so dass keine verlässlichen Angaben über den Verlauf und die Veränderung des Gesundheitszustandes möglich seien. Es liege die Annahme nahe, dass die Depression zwar Schwankungen aufgewiesen, aber im Bereich einer leichten bis mittelgradigen Depression gelegen habe. Verglichen mit dem Gutachten von Dr. med. E. \_\_\_ aus dem Jahr 2004 geht der Gerichtsgutachter demnach von einem leicht verschlechterten affektiven Gesundheitszustand aus. Gleichzeitig hält er fest, dass für die Beurteilung der anhaltenden Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit nicht nur vom momentanen Schweregrad auszugehen sei, sondern von einem durchschnittlichen, d.h. in diesem Fall von einer leichten bis mittelgradigen Depression. Die Prognose erachtet er im Moment als schwierig zu stellen. Es liessen sich mit den Beschwerden und den Verlusten wesentliche reaktive Komponenten der Depression eruieren, was für eine eher günstige Prognose sprechen würde, aber sie habe sich trotz der Behandlung chronifiziert und verselbständigt, was für eine eher ungünstige Prognose spreche. Zu den Berichten des behandelnden Psychotherapeuten Dr. med. O. \_\_\_ hält der Gutachter schlüssig fest, dass in dessen Berichten kaum Veränderungen in der Symptomatik, den Diagnosen und insbesondere im Schweregrad der Depression berichtet würden. Ebenso fehle es an Aussagen über Prozesse und Schritte in der laufenden Therapie. Dies erlaube keine Schlussfolgerungen über den mutmasslichen Verlauf und wecke Zweifel an der Diagnostik. Mit überwiegender Wahrscheinlichkeit habe der affektive Zustand des Beschwerdeführers seit mindestens März 2005 bis Mai 2016 zwar etwas geschwankt, aber immer demjenigen von Mai 2016 entsprochen, also auch im Referenzzeitraum. Schliesslich

verneint der Gutachter das Vorliegen einer Angststörung, obwohl in den Jahren 2008, 2009 und 2011 in den Akten davon gesprochen worden sei. Nachdem der Beschwerdeführer übermässige Befürchtungen und Zwänge im Rahmen der gerichtlichen Begutachtung klar verneint hat, ist dieser Einschätzung zu folgen. Ebenso schlüssig wird die 2008 diagnostizierte Benzodiazepinabhängigkeit negiert, nachdem der Beschwerdeführer inzwischen keine Benzodiazepine mehr zu sich nimmt. Das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung wird vom Gutachter nach Untersuchung und Analyse der Aktenlage verneint. Es seien Daten über eine längere Beobachtungszeit vorhanden, so dass zumindest eine Verdachtsdiagnose gestellt werden könne. Die Kriterien für eine der im ICD-10 definierten Persönlichkeitsstörungen oder für akzentuierte Persönlichkeitszüge seien jedoch im vorliegenden Fall nicht erfüllt, was einleuchtet. Zur Konsistenz führt Dr. med. H.\_\_\_\_ aus, in Bezug auf die Schmerzen lasse sich eine Tendenz zur Verdeutlichung feststellen. Eine Simulation lasse sich zwar nicht ganz sicher ausschliessen, das bewusste und vor allem ausschliessliche Vortäuschen einer krankhaften Störung dürfte aber trotz der Intelligenz des Beschwerdeführers dessen kognitive Fähigkeiten übersteigen. Eine Verdeutlichung trete gelegentlich auf und spreche nicht per se für eine wesentliche Inkonsistenz. In diesem Fall sei ein spezifischer, wenn auch nicht sehr grosser Einfluss von psychischen Belastungsfaktoren wesentlich wahrscheinlicher als eine nicht krankheitswertige Symptomausweitung. In Bezug auf die im Vordergrund stehende Symptomatik sei die Schilderung der Beschwerden, des Tagesablaufes, der Aktivitäten und der sozialen Kontakte konsistent mit den Befunden und den Akten. Sie sei auch kongruent mit den gestellten Diagnosen. Es bestehe ein ausgewiesener Leidensdruck. Dafür spreche auch, dass der Beschwerdeführer in regelmässiger psychotherapeutischer Behandlung sei. Er habe zwar die Medikamente abgesetzt, dies aber aus nachvollziehbaren Gründen (subjektiv fehlende positive Wirkung, aber ausgeprägte Nebenwirkungen). Dies spreche nicht gegen einen gewissen Leidensdruck aufgrund der psychischen Symptomatik. Auch die Ausführungen zur Konsistenz erscheinen vorliegend nachvollziehbar und es ist darauf abzustellen. Auch zur Komorbidität äussert sich der psychiatrische Gutachter auf schlüssige Art und Weise, indem er das Vorliegen einer solchen mit den chronischen Schmerzen und der Depression bejaht. Diese sei im Sinne der bundesgerichtlichen Rechtsprechung von erheblicher Dauer, nicht jedoch von erheblicher Schwere, Intensität und Ausprägung. Zusammengefasst kommt der Gutachter zur Einschätzung, dass aufgrund der vorliegenden Diagnosen aus psychiatrischer Sicht für die bisherige oder eine an die Schmerzen angepasste Tätigkeit von einer Arbeitsunfähigkeit von etwa 25 % auszugehen sei. Dies gelte auch für eine Verweistätigkeit. Die Arbeitsunfähigkeit im Haushalt betrage etwa 10 %. Diese Beurteilung wird nachvollziehbar begründet: Eine Depression habe zwar immer Auswirkungen auf den Gesundheitszustand, nicht aber unbedingt auf die Arbeitsfähigkeit. Die vom Beschwerdeführer bis anhin ausgeübte Tätigkeit stelle keine erhöhten Anforderungen an die Kreativität oder Flexibilität. Würden keine sonstigen Beschwerden bestehen, müsste man aus therapeutischer Sicht auf die rasche Wiederaufnahme der Arbeit drängen. Hinzu kämen aber nun noch die Auswirkungen der Schmerzen. Aufgrund der psychischen Störungen seien Antrieb, Ausdauer, die kognitiven Fähigkeiten wie Konzentrationsfähigkeit und Gedächtnisfunktionen, Selbstvertrauen, Arbeitstempo, Kontakt- und Verkehrsfähigkeit sowie der Antrieb eingeschränkt. Der Beschwerdeführer schlafe schlecht, was seine Regeneration erschwere und zu vermehrter Tagesmüdigkeit führe. Er könne daher zeitlich nur eingeschränkt arbeiten. Eine Präsenzzeit von 100 % sei möglich, wobei die effektiv nutzbare Zeit durch die vermehrt notwendigen

kurzen Pausen auf etwa 95 % eingeschränkt sei. Die Leistungen seien aktuell im Ausmass von ca. 20 % eingeschränkt. Zusammengefasst sei aus psychiatrischer Sicht damit von einer Arbeitsunfähigkeit von ca. 25 % auszugehen. Dies gilt nach gutachterlicher Einschätzung sowohl für den Zeitraum ab Ende Januar 2009 (gemäss dem Gutachten vom 17. August 2016) als auch für den Zeitraum von Dezember 2007 bis Ende Januar 2009 (gemäss Aktengutachten vom 7. Februar 2018).

7.5.2 Der Beschwerdeführer akzeptiert die von Dr. med. M.\_\_\_\_ gestellten Diagnosen ausdrücklich (vgl. A.S. 271 und E. II. 2.4 hievor). Hingegen beanstandet er die gutachterliche Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit («nur» 25 %) in Anbetracht der festgestellten mittelschweren Beeinträchtigungen als unverständlich. Dabei verkennt der Beschwerdeführer, dass die mittels «Mini-ICF-Rating für psychische Störungen» erhobenen Einschränkungen zunächst lediglich eine Aussage darüber ermöglichen sollen, welche Fähigkeiten wie stark eingeschränkt sind. Der Grad der Arbeits(un)fähigkeit im konkreten Einzelfall ergibt sich danach – in einem zweiten Schritt – erst durch einen Abgleich mit dem Anforderungsprofil des bisherigen Arbeitsplatzes bzw. möglicher Verweistätigkeiten. Die diesbezüglichen Ausführungen von Dr. med. H.\_\_\_\_ sind – wie bereits aufgezeigt (vgl. E. II. 7.5.1 in fine) – nachvollziehbar und schlüssig. Entgegen den Vorbringen des Beschwerdeführers setzt sich der psychiatrische Gutachter umfassend mit den Auswirkungen der von ihm erhobenen (und vom Beschwerdeführer anerkannten) Diagnosen auf die einzelnen Fähigkeiten und Kompetenzen auseinander, gleicht diese mit den Anforderungen in der bisherigen sowie einer leidensangepassten Tätigkeit ab (sagt also auch nicht – wie vom Beschwerdeführer impliziert –, es bestünden keine Anforderungen) und gelangt so schliesslich zu einer nachvollziehbaren und differenzierten Einschätzung des (quantitativ und qualitativ noch vorhandenen) funktionellen Leistungsvermögens (vgl. A.S. 177 ff.). In diesem Zusammenhang lassen sich auch die Ausführungen von Dr. med. M.\_\_\_\_ zu den Auswirkungen des Depressionsleidens nicht beanstanden. Im Gegenteil leuchtet es ein, dass das Tätigkeitsfeld des Beschwerdeführers (wie die bisherige Arbeit in der Produktion bzw. als Fabrikarbeiter) keine erhöhten Anforderungen an die psychische Belastbarkeit stellt und auch keine besonderen psychischen Fähigkeiten verlangt (A.S. 179) und sich daher eine leichte bis mittelgradige Depression auch weniger stark auf die Arbeitsfähigkeit auswirkt als dies beispielsweise in Berufen mit Führungs- und Leitungsfunktionen der Fall wäre (vgl. A.S. 178). Hierzu bedarf es entgegen den Vorbringen des Beschwerdeführers auch keiner weiteren (berufsberaterischen) Abklärungen, sondern es kann ohne Zweifel auf die in einer umfassenden Gesamtbetrachtung von Dr. med. M.\_\_\_\_ erhobene, schlüssig begründete 25%ige Arbeitsunfähigkeit abgestellt werden. Der Vollständigkeit halber sei zudem darauf hingewiesen, dass das von Dr. med. M.\_\_\_\_ durchgeführte «Mini-ICF-Rating» mittelschwere Einschränkungen in acht Bereichen und leichte Einschränkungen in vier Bereichen ergeben hatte, in einem Bereich waren keine Einschränkungen auszumachen; gleichzeitig waren keine Bereiche schwer oder vollständig eingeschränkt (vgl. A.S. 179). Sodann vermag auch der kurz gehaltene Bericht des behandelnden Psychiaters, Dr. med. O.\_\_\_\_, vom 8. Oktober 2018 (Urkunde 9) und die darin attestierte Arbeitsunfähigkeit von 70 - 100 % keine Zweifel am Beweiswert des psychiatrischen Teilgutachtens zu erwecken (zur Auseinandersetzung mit dessen Befunden durch Dr. med. H.\_\_\_\_ siehe E. II. 7.5.1 hievor). Dies gilt umso mehr, als der Beschwerdeführer die von Dr. med. M.\_\_\_\_ erhobenen Diagnosen ausdrücklich anerkennt (vgl. A.S. 271) und auch selber von einer tieferen psychisch bedingten Arbeitsunfähigkeit zwischen 25 und 50 % (vgl. A.S. 272) bzw. insgesamt (psychisch und somatisch) von einer 50%igen Einschränkung (vgl. A.S. 273)

ausgeht (siehe auch E. II. 2.4 hievor). Zudem gilt es, wie bereits vorstehend ausgeführt (vgl. E. II. 7.3.2), bezüglich der Einschätzung von Dr. med. O. \_\_\_ der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Ärzte im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen mitunter eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b/cc S. 353). Soweit der Beschwerdeführer schliesslich rügt, aufgrund fehlender Indikatorenprüfung durch die IV-Stelle erst in einem allfälligen Verfahren vor Bundesgericht Stellung zu der von einer rechtsanwendenden Stelle beurteilten Indikatorenprüfung nehmen zu können (siehe vorliegend E. II. 7.5.1 mit der versicherungsgerichtlichen Würdigung der gutachterlich lege artis durchgeführten Indikatorenprüfung nach BGE 141 V 281 [vgl. auch A.S. 183 ff.]), stellt dies keinen Rückweisungsgrund dar. Im Übrigen wäre es dem Beschwerdeführer unbenommen gewesen, sich zu der im G. \_\_\_-Gutachten enthaltenen Indikatorenprüfung im kantonalen Beschwerdeverfahren zu äussern (was er jedoch sowohl in seiner Stellungnahme vom 19. Oktober 2016 [A.S. 198 f.] als auch anlässlich der öffentlichen Verhandlung vom 7. November 2018 [vgl. A.S. 269 ff.] unterlassen hat).

7.6 In der Gesamtschau erweist sich das polydisziplinäre Gutachten der Begutachtungsstelle G. \_\_\_ inkl. das Aktengutachten von Dr. med. H. \_\_\_ vom 7. Februar 2018 als beweiskräftig, womit auf die darin getroffenen Schlussfolgerungen abgestellt werden kann. Demnach bestehen beim Beschwerdeführer folgende Diagnosen: mit wesentlicher Einschränkung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit:

- chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren, ICD-10 F45.41, - chronische, gegenwärtig leichte bis höchstens mittelgradige depressive Episode ohne somatisches Syndrom, ICD-10 F32.0 mit / bei: komplizierter protrahierter Trauerreaktion, ICD-10 F38.8 - Failed back surgery syndrome FBSS mit / bei Status nach Mikrodiskektomie L5/S1 rechts 1991, Status nach Dekompression Spondylodese L5/S1 2008, Status nach Facettengelenksinfiltrationen, zuletzt am 15. Juni 2010, leichter Chondrose L3/L4 und L4/L5 mit dorsaler Bandscheibenprotrusion L4/L5 und geringer Spinalkanaleinengung - chronisches, zerviko-vertebragenes und zerviko-spondylogenes Syndrom rechts mit / bei: leichter Segmentdegeneration C3/C4 und C4/C5, kleiner, nicht-neurokompressiver Diskushernie C3/C4, leichter Atlantoaxialgelenksarthrose - leichte mediale Gonarthrose beidseits. ohne wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit: - Nikotinabhängigkeit, gegenwärtiger Substanzgebrauch, ICD-10 F17.25, - Pes planus beidseits, - Hyperlipidämie, kontrollbedürftig, - Status nach Septumplastik bei Septumdeviation 2006, - Status nach Leukoplakie buccal links, - chronische Gastritis mit Status nach Ulcus duodeni 1987. Nebenbefunde: - Nikotinabusus, - Leukozytose, DD: nikotinbedingt, kontrollbedürftig

Die zusammenfassende Beurteilung ergibt aus psychiatrischer Sicht eine Arbeitsunfähigkeit von etwa 25 % für die bisherige oder eine an die Schmerzen angepasste Tätigkeit. Dem Beschwerdeführer können rheumatologisch gesehen keine körperlich schweren und ausschliesslich mittelschweren Arbeiten zugemutet werden, wie im Weiteren auch keine Arbeiten in rückenbelastenden Arbeitspositionen wie z.B. häufige Tätigkeiten mit vorgeneigtem oder abgedrehtem Oberkörper, langanhaltende Zwangshaltungen im Stehen und Sitzen oder Tätigkeiten auf vibrierenden Maschinen, Arbeiten auf Dächern oder Gerüsten. Nicht geeignet ist der Beschwerdeführer im Weiteren für Arbeiten mit Kälte und Witterungsexposition. Diesbezüglich wie auch hinsichtlich der letzten Tätigkeit besteht aus rheumatologischer Sicht eine anhaltende und auch zukünftige Unzumutbarkeit. Aus allgemeininternistischer Sicht besteht indessen keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in angestammter Tätigkeit. Die Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit von 25 % aus

psychiatrischer Sicht gilt auch für eine allfällige Verweistätigkeit. Jegliche körperlich leichten, gelegentlich mittelschweren Arbeiten in vorzugsweise wechselnden Körperpositionen und unter Beachtung der erwähnten Einschränkungen sind aus rheumatologischer Sicht ganztags und ohne Leistungseinbusse zumutbar. Es besteht nach dem Gesagten eine zumut- und verwertbare Restarbeitsfähigkeit von 75 % für leichte und gelegentlich mittelschwere Arbeiten in wechselnder Körperposition und unter Berücksichtigung eines positiven Fähigkeitsprofils sowie der erwähnten Einschränkungen. Eine wesentliche, sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirkende Verschlechterung des Gesundheitszustandes seitens des Bewegungsapparates ist aus rheumatologischer Sicht seit Januar 2009 nicht zu objektivieren. Retrospektiv werden folgende Arbeitsunfähigkeiten festgelegt: Aus rheumatologischer Sicht besteht hinsichtlich der angestammten Tätigkeit eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit seit 1. Oktober 1999 und hinsichtlich leidensadaptierter Tätigkeit eine volle Arbeitsfähigkeit von 2001 bis zirka 2008 mit nachfolgend wiederum 100%iger Arbeitsunfähigkeit in der Rehabilitationsphase nach der Dekompression und Spondylodese im Februar 2008. Ab dem 8. September 2008 (Gutachten F.\_\_\_\_) hat leidensangepasst eine 80%ige Arbeitsfähigkeit und ab dem 16. März 2011 eine 100%ige Arbeitsfähigkeit bestanden. Aus psychiatrischer Sicht ist aufgrund der Anamnese, der Befunde und der gestellten Diagnosen verglichen mit dem Gutachten von 2008 von einem leicht verschlechterten Gesundheitszustand auszugehen, so hat sich die Depression leicht verschlechtert, während die Schmerzstörung in etwa unverändert geblieben ist. Mit überwiegender Wahrscheinlichkeit hat sich der Gesundheitszustand seit dem Referenzzeitpunkt 31. Januar 2009 zwar eventuell leicht verschlechtert und etwas geschwankt, die Arbeitsunfähigkeit lag in dieser Zeit aber immer in einem Bereich zwischen 20 und 30 %. Für die Zeit zwischen Dezember 2007 bis Ende Januar 2009 lässt sich zwar in Bezug auf die Depression keine sichere Aussage über eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes machen, es kann aber von einer leichten Verschlechterung in Bezug auf die Schmerzstörung ausgegangen werden. Die Veränderungen sind indessen gering. Die im Gutachten von 2016 gestellten Diagnosen sind auch im Zeitraum Dezember 2007 bis Ende Januar 2009 zu stellen. Das Gleiche gilt für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit. 7.7 Aufgrund der gegebenen Beweiskraft des Gerichtsgutachtens erweisen sich die vom Beschwerdeführer vorgebrachten Rügen hinsichtlich der Beweiskraft des Gutachtens der Begutachtungsstelle F.\_\_\_\_ sowie der Modalitäten bezüglich der Mitwirkungs- und Verfahrensrechte als obsolet.

## **E. 8**

September 2008 bis 15. März 2011: 25 % (25 % aus psychiatrischer Sicht, 20 % somatisch gesehen, wobei die Arbeitsunfähigkeiten ineinander aufgehen) ab 16. März 2011: 25 % (aus psychiatrischer Sicht) Dementsprechend hat die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer zu Unrecht eine von 1. Dezember 2006 bis 31. Januar 2009 befristete Rente zugesprochen. Zwar wäre vorliegend mit Blick auf aArt. 48 Abs. 2 Satz 1 IVG (in der bis zum 31. Dezember 2007 gültig gewesenen Fassung; aufgehoben mit der 5. IVG-Revision) grundsätzlich eine Anspruchswahrung bis zu zwölf Monaten vor der Anmeldung (hier: Neuanmeldung vom 28. Dezember 2007; Eingang: 31. Dezember 2007) – also rückwirkend bis 1. Dezember 2006 – möglich. Wie unter nachstehender E. II. 8.3 aufgezeigt wird, ergibt sich für die Zeit bis zum 31. Januar 2008 jedoch bei einer Arbeitsunfähigkeit von 25 % kein rentenberechtigender Invaliditätsgrad, was auch für die Zeit ab dem 8. September 2008 mit einer wiederum 25%igen Arbeitsunfähigkeit gilt. Vom 1. Februar bis 7. September 2008 bestand hingegen eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % für

jegliche Tätigkeiten, weshalb sich ein Einkommensvergleich erübrigt und für diese Zeit ein Invaliditätsgrad von 100 % resultiert. Eine Verbesserung der Erwerbsfähigkeit ist sodann in jedem Fall zu berücksichtigen, nachdem sie ohne Unterbrechung drei Monate gedauert hat und voraussichtlich weiterhin andauern wird (Art. 88a Abs. 1 IVV). Somit ist im vorliegenden Fall von Februar bis Dezember 2008 eine befristete ganze Rente zuzusprechen. 8.3 Für die Zeit bis zum 31. Januar 2008 sowie ab 8. September 2008 bzw. ab Januar 2009 ist ein Rentenanspruch indessen zu verneinen. Die von der Beschwerdegegnerin vorgenommene Invaliditätsbemessung (vgl. Vorbescheid, IV-Nr. 227) ist nicht zu beanstanden: So ist die Vorinstanz aufgrund der Tatsache, dass dem Beschwerdeführer im Jahr 1999 aus wirtschaftlichen Gründen die Stelle gekündigt worden war und nicht davon auszugehen ist, dass er heute noch beim gleichen Arbeitgeber tätig wäre, für das Valideneinkommen – entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers (vgl. E. II. 2.4 hievor) – zu Recht von einem Tabellenlohn der vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) ausgegangen. Weil der Beschwerdeführer bis anhin keine zumutbare Verweistätigkeit aufgenommen hat, ist auch für das Invalideneinkommen ein Tabellenlohn heranzuziehen. Das Valideneinkommen beträgt für die fragliche Zeit gemäss der Tabelle TA1 2008, Total Männer, Niveau 4 (dieses Kompetenzniveau entspricht der vom Beschwerdeführer vor Eintritt des Gesundheitsschadens ausgeübten Tätigkeit) unter Aufrechnung der Wochenstunden (: 40 x 41.6) CHF 59'979.00. Das Invalideneinkommen berechnet sich gleich, denn mit Blick auf das dem Beschwerdeführer zumutbare Tätigkeitsprofil sind eben solche Tätigkeiten aus dem entsprechenden Kompetenzniveau möglich. Somit ergibt sich rein rechnerisch bei einer Arbeitsunfähigkeit von 25 % auch ein Invaliditätsgrad von 25 %. Es besteht damit kein Rentenanspruch. Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert (Tabellenlohn) allenfalls zu kürzen (sog. leidensbedingter Abzug). Im vorliegenden Fall erscheint es gestützt auf das massgebliche Kompetenzniveau fraglich, ob ein solcher Abzug aufgrund des zumutbaren Tätigkeitsprofils zu tätigen ist. Für einen Abzug aufgrund der Merkmale wie Alter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie, mangelnde berufliche Ausbildung und Schwierigkeiten bei der Arbeitssuche besteht auch kein Raum, weil sich diese im konkreten Fall nicht lohnmindernd auswirken (vgl. hierzu Urteil des Bundesgerichts 9C\_380/2015 vom 17. November 2015 E. 3.2.4 mit Hinweis zur grundsätzlichen Nachfrage nach Hilfsarbeiten gemäss dem hier relevanten Kompetenzniveau auf dem massgebenden hypothetischen ausgeglichenen Arbeitsmarkt, wobei sich das Alter im auch hier relevanten Anforderungsniveau 4 sogar lohnerhöhend auswirkt; siehe auch Meyer/Reichmuth, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG], 3. Auflage 2014, Art. 28a IVG N 111 mit weiteren Hinweisen). Entgegen den Ausführungen des Beschwerdeführers (vgl. E. II. 2.4 hievor) werden auch sprachliche Schwierigkeiten und eine lange Absenz vom Arbeitsmarkt bei zumutbarer Erwerbstätigkeit im Anforderungsniveau 4 nicht als lohnmindernd angesehen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_594/2011 vom 20. Oktober 2011 E. 5); ebenso wenig stellt vorliegend das Erfordernis der Wechselbelastung ein lohnmindernder Faktor dar (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_187/2011 vom 30. Mai 2011 E. 4.2.3). Die Frage des Tabellenlohns kann letztlich jedoch insofern offen bleiben, als noch bei einem Abzug von 15 % kein rentenbegründender Invaliditätsgrad resultieren würde. 8.4 Schliesslich ist festzuhalten, dass – entgegen der Behauptung des Beschwerdeführers (vgl. A.S. 273) – nicht ersichtlich ist, weshalb der Beschwerdeführer, der im Begutachtungszeitpunkt (BGE 138 V 457 E. 3.3 S. 462; Urteile

des Bundesgerichts 9C\_505/2016 vom 6. Juli 2017 E. 4.1, 9C\_456/2014 vom 19. Dezember 2014 E. 3.1.2) 52 Jahre alt war, eine vergleichsweise hohe Restarbeitsfähigkeit von 75 % für leichte, gelegentlich mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeiten des Kompetenzniveaus 4 auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nicht sollte verwerten können. Auch dem MEDAS-Gutachten lassen sich keine Anhaltspunkte entnehmen, wonach die attestierte Arbeits- und Leistungsfähigkeit erst zu einem späteren Zeitpunkt, nach Durchführung allfälliger Massnahmen, umsetzbar wäre. Wenn der psychiatrische Gutachter berufliche Massnahmen als «sehr sinnvoll» erachtet (vgl. A.S. 179), heisst dies entgegen der beschwerdeführerischen Auffassung (vgl. A.S. 273) nicht, dass der Gutachter solche Massnahmen als zwingende Voraussetzung für die Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit einstuft. 9. Der Beschwerdeführer lässt ausserdem berufliche Eingliederungsmassnahmen beantragen, insbesondere ein Belastbarkeits- und Aufbautraining oder eine berufliche Abklärung (BEFAS). Nach einer Leidensgeschichte von fast einem Vierteljahrhundert und einer 15-jährigen vollständigen Absenz vom Arbeitsmarkt stehe ein Belastbarkeits- und Aufbautraining im Vordergrund. Tatsächlich ist der Beschwerdeführer zum Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung während 15 Jahren keiner Erwerbstätigkeit mehr nachgegangen. Er hat in dieser Zeit jedoch keine Anstalten gemacht, die vorhandene Restarbeitsfähigkeit zu verwerten und dies, obwohl er auch selber von einer Restarbeitsfähigkeit von 50 % ausgeht (vgl. A.S. 273). Die im Rahmen der letzten Begutachtung von ihm gemachten Angaben zu seinen Beschwerden (Schmerzen von 8 bis 10 auf einer Skala bis 10) und das auffallende gesteigerte Krankheitsgebaren lassen nicht darauf schliessen, dass berufliche Massnahmen im vorliegenden Fall sinnvoll oder zweckmässig sein könnten. Vielmehr steht dem Beschwerdeführer seine subjektive Krankheitsüberzeugung hier im Wege. Dementsprechend hat die Beschwerdegegnerin zu Recht keine solchen Anstrengungen unternommen. Selbst ein Anspruch auf Arbeitsvermittlung erscheint unter diesen Voraussetzungen fraglich. Sollte der Beschwerdeführer indessen die zumutbare Restarbeitsfähigkeit verwerten wollen, kann er bei der Beschwerdegegnerin entsprechende Massnahmen beantragen. 10. Nach dem Gesagten ist die Beschwerde abzuweisen. Die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 7. August 2014 ist dahingehend abzuändern, dass der Beschwerdeführer lediglich von Februar bis Dezember 2008, also während elf Monaten, einen Anspruch auf eine volle Rente hat. Die Sache ist daher an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit sie eine neue Rentenberechnung im Sinne der Erwägungen und unter Einbezug der Prüfung eines allfälligen Anspruches auf Verzugszinsen auf der Rentennachzahlung vornehme und hierauf neu verfüge.

## **E. 11**

11.1 Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung.

11.2 Aufgrund von Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 - 1'000.00 festgelegt. Nach dem Ausgang des vorliegenden Verfahrens hat der Beschwerdeführer die Verfahrenskosten von CHF 1'000.00 zu bezahlen. Diese sind mit dem von ihm geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe zu verrechnen. 11.3 Die Beschwerdegegnerin hat im Rahmen der Verfahrenskosten zudem, unabhängig vom Ausgang des Verfahrens, die im Zusammenhang mit dem Gerichtsgutachten entstandenen Kosten von total CHF 14'600.50 zu übernehmen (vgl. BGE 137 V 210 E. 4.4.2). In diesem Zusammenhang ist darauf

hinzuweisen, dass die Einholung des Gerichtsgutachtens nicht nur – was entscheidend ist – aus damaliger Sicht, sondern auch rückblickend gesehen notwendig war. Dies gilt indessen nicht für das Aktengutachten von Dr. med. H.\_\_\_\_ vom 7. Februar 2018. Die in Zusammenhang mit dieser Expertise aufgeworfenen Fragen hätten bereits im Rahmen des Gerichtsgutachtens gestellt werden können. Die Kosten für dieses Gutachten von CHF 1'950.00 sind daher auf die Staatskasse zu nehmen.

#### **E. 40**

% arbeitsunfähig (Art. 6 Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG, SR 830.1]) gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. b und c). Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente.

3.3 Wurde eine Rente wegen eines fehlenden oder zu geringen Invaliditätsgrades bereits einmal verweigert, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die versicherte Person glaubhaft macht, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (Art. 87 Abs. 2 und 3 Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV, SR 831.201]). Mit dieser Bestimmung soll verhindert werden, dass sich die Verwaltung nach vorausgegangener rechtskräftiger Rentenverweigerung immer wieder mit gleichlautenden und nicht näher begründeten, d.h. keine Veränderung des Sachverhalts darlegenden Rentengesuchen befassen muss (BGE 130 V 68 E. 5.2.3, 125 V 412 E. 2b, 117 V 200 E. 4b).

3.4 Tritt die Verwaltung ■ wie im vorliegenden Fall ■ auf eine Neuanmeldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 ATSG vorzugehen (AHI 1999 S. 84 E. 1b mit Hinweisen, bezogen auf Art. 41 a.F. IVG). Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zusätzlich noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine rentenbegründende Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 133 V 108, 117 V 198 E. 3a, 109 V 115 E. 2b).

Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neuanmeldungsverfahren ■ analog zur Rentenrevision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG (vgl. BGE 105 V 30) ■ durch Vergleich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der ersten Ablehnungsverfügung bestanden hat, mit demjenigen zur Zeit der streitigen neuen Verfügung. Dies gilt jedoch nur in Fällen, in denen seit der ersten Verfügung keine materielle Prüfung des Rentenanspruchs mehr stattgefunden hat, sondern einzig Nichteintretensverfügungen. Wenn die Verwaltung nach Erlass einer rentenverweigernden Verfügung auf eines oder mehrere erneute Rentengesuche eingetreten ist und rechtskräftig über deren materielle Begründetheit entschieden hat, bildet der Sachverhalt im Zeitpunkt der letzten rechtskräftigen Abweisung des Rentengesuchs einerseits und jener zur Zeit des Erlasses der strittigen Verfügung andererseits die

massgebende Vergleichsbasis (BGE 130 V 73 E. 3.1 mit Hinweisen, AHI 1999 S. 84 E. 1b).

4.

4.1 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 132 V 93 E. 4 S. 99, 125 V 256 E. 4 S. 261).

Demgegenüber fällt es nicht in den Aufgabenbereich des Arztes oder der Ärztin, sich zur Höhe einer allfälligen Rente zu äussern, da der Begriff der rentenanspruchsbegründenden Invalidität nicht nur von medizinischen, sondern auch von erwerblichen Faktoren bestimmt wird (vgl. Art. 16 ATSG).

4.2 Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (AHI 2001 S. 113 E. 3a).

Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352; AHI 2001 S. 113 f. E. 3a; RKUV 2003 U 487 S. 345 E. 5.1).

4.3 Ist das Gutachten einer versicherungsinternen oder -externen Stelle nicht schlüssig und kann die offene Tatfrage nicht anhand anderer Beweismittel geklärt werden, so stellt sich das Problem, inwieweit die mit der Streitsache befasste Beschwerdeinstanz die Wahl haben soll zwischen einer Rückweisung der Sache an die Verwaltung, damit diese eine neue oder ergänzende Expertise veranlasse, und der Einholung eines Gerichtsgutachtens. Die den kantonalen Gerichten zufallende Kompetenz zur vollen Tatsachenprüfung (Art. 61 lit. c ATSG) ist nötigenfalls durch Einholung gerichtlicher Expertisen auszuschöpfen. Dies schliesst ein, dass die erstinstanzlichen Gerichte diese Befugnis nicht ohne Not durch Rückweisung an die Verwaltung delegieren dürfen. Es drängt sich auf, dass die Beschwerdeinstanz im Regelfall ein Gerichtsgutachten einholt, wenn eine Administrativexpertise in einem rechtserheblichen Punkt nicht beweiskräftig ist (BGE 137 V 210 E. 4.2 S. 259 f. und E. 4.4.1 S. 263 ff., mit Hinweisen).

5. Mit dem Urteil BGE 141 V 281 vom 3. Juni 2015 hat das Bundesgericht seine Praxis zur anhaltenden somatoformen Schmerzstörung und den vergleichbaren unklaren Beschwerdebildern (Fibromyalgie, Schleudertrauma, chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren, etc.) geändert. Diese neue Rechtsprechung ist auch auf alle hängigen Fälle anwendbar. Gemäss diesem Urteil soll der Gutachter einerseits stärker darauf achten, die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung etc. so zu begründen, dass die Rechtsanwender nachvollziehen können, ob die klassifikatorischen Vorgaben nach ICD-10 tatsächlich eingehalten sind (Urteil E. 2.1); das Augenmerk ist namentlich auch auf Ausschlussgründe wie Aggravation zu richten (E. 2.2). Andererseits besteht keine Vermutung mehr, dass eine somatoforme Schmerzstörung mit einer Willensanstrengung überwunden werden kann, wovon nur abgewichen werden darf, wenn die sog. Förster-Kriterien erfüllt sind. Neu wird ein strukturierter, normativer Prüfungsraster angewandt (E. 3.6). Anhand eines Kataloges von Indikatoren erfolgt eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des ■ unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits ■ tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens (E. 4.1.3):

6.

6.1 Der von der Beschwerdegegnerin ab dem 1. Februar 2009 verneinte Leistungsanspruch wird durch Vergleich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der letztmaligen materiellen Rentenprüfung ■ Verfügung vom 24. Juni 2005 (IV-Nr. 65) ■ und demjenigen, wie er zur Zeit der streitigen Verfügung vom 7. August 2014 (A.S. 1 ff.) bestanden hat, beurteilt (BGE 130 V 73 E. 3.1 mit Hinweisen, AHI 1999 S. 84 E. 1b).

6.2 Im Zeitpunkt der letztmaligen Rentenbeurteilung mit Verfügung vom 24. Juni 2005 bzw. Einspracheentscheid vom 19. Oktober 2005 ging die Beschwerdegegnerin davon aus, der Beschwerdeführer sei in seiner angestammten Tätigkeit als Betriebsmitarbeiter zwar eingeschränkt, eine leichte, angepasste, rückschonende Tätigkeit sei ihm hingegen ganztags zumutbar. Wie sich die medizinische Aktenlage zum damaligen Zeitpunkt präsentierte, lässt sich den Erwägungen des Versicherungsgerichts in seinem Urteil vom 14. März 2007 (IV-Nr. 86) entnehmen:

6.2.1 Gemäss psychiatrischem Gutachten von Dr. med. E.\_\_\_\_ vom 7. Juni 2004 bestanden folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit:

anhaltende somatoforme Schmerzstörung (F45.4) seit 2000

-mit leichter depressiver Verstimmung

-mit kombinierten (dependent, selbstunsicher, zwanghaft) akzentuierten Persönlichkeitszügen (Z73.1)

-bei einer Diskushernie L5/S1 rechts

-mit degenerativer Foraminalstenose L5/S1 beidseits und vorwiegend sensibler Kompressionsradikulopathie L5/S1 rechts

-mit St.n. Diskektomie 11/1991.

Als Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit nannte Dr. med. E.\_\_\_\_ einen Status nach Ulcus duodeni 1987 und chronisch rezidivierende Magenschmerzen.

In Bezug auf die Arbeitsfähigkeit ging der Gutachter davon aus, dass dem Versicherten die bisherige Tätigkeit nicht mehr zumutbar sei. Andere Tätigkeiten seien zumutbar, doch sollte die Führungsperson über die Art der Störung informiert und im Umgang mit dem Versicherten beraten und dabei unterstützt werden. Vor allem zu Beginn sollte der Arbeitsplatz ausreichend Toleranz bezüglich Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers aufbringen. Eine solche Tätigkeit sei ganztags zumutbar, doch es bestehe eine verminderte Leistungsfähigkeit von 50 %.

6.2.2 Laut Bericht der Poliklinik für Wirbelsäulen Chirurgie des Spitals N.\_\_\_\_ vom 28. Mai 2004 (IV-St. B 55) waren folgende Diagnosen zu nennen:

- unklare Rückenschmerz-Problematik mit, bei
- symptomatischer Spondylolyse / Listhese L5/S1 rechts
- St.n. Mikrodiskektomie L5/S1 1991
- St.n. Infiltration Spondylolyse L5 rechts vom 14. April 2000.

Die Ärzte erwähnten, dass vom Röntgenbefund her keine Anhaltspunkte für degenerative Veränderungen bestünden. Die vorliegende Situation erscheine verfahren. Die vom Patienten monierten Beschwerden könnten nicht mit der Spondylolisthese allein erklärt werden. Radiologisch lasse sich eine stationäre Situation erkennen. Es bestünden keine neurologischen Defizite, insbesondere auch keine Parese des rechten Beines. Zusammenfassend lasse sich sagen, dass eine operative Intervention zwar möglich sei, aber keinen Erfolg bringen werde.

6.2.3 Nach den Erwägungen des Versicherungsgerichts durfte in somatischer Hinsicht auf eine weitere Begutachtung verzichtet werden, da die Poliklinik für Wirbelsäulen Chirurgie des Spitals N.\_\_\_\_ in ihrem Bericht vom 28. Mai 2004 darauf hinweise, dass vom Röntgenbefund her keine Anhaltspunkte für degenerative Veränderungen hätten gefunden werden können. Ebenso wenig bestünden neurologische Defizite, insbesondere auch keine Parese des rechten Beines. Aufgrund dieses Berichtes sei folglich nach wie vor davon auszugehen, dass die vom Beschwerdeführer geklagten Rückenschmerzen nicht ursächlich für eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit seien (hinsichtlich körperlich leichter Tätigkeiten), sondern dass die Leistungsverminderung (auch bezüglich körperlich leichter Arbeiten) auf die somatoforme Schmerzstörung zurückzuführen sei, wobei unbestritten sei, dass der Beschwerdeführer in Bezug auf seine bisherige Tätigkeit als Betriebsmitarbeiter, mit auch körperlich schweren Arbeiten, arbeitsunfähig sei. Der Bericht der Poliklinik des Spitals N.\_\_\_\_ vom 28. Mai 2004 habe angesichts der Aktenlage auch für den massgebenden Zeitpunkt des Einspracheentscheides seine Gültigkeit, denn es lägen keine Anhaltspunkte dafür vor, dass sich der Gesundheitszustand des Versicherten in somatischer Hinsicht seit Mai 2004 verschlechtert hätte.

In psychiatrischer Hinsicht konnte auf das Gutachten von Dr. med. E.\_\_\_\_ abgestellt werden, welches sich ebenfalls als schlüssig erwies. Als Diagnose war folglich von einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (mit leichter depressiver Verstimmung, mit kombinierten akzentuierten Persönlichkeitszügen, bei einer Diskushernie mit degenerativer Foraminalstenose und vorwiegend sensibler Kompressionsradikulopathie) auszugehen. Die diagnostizierte somatoforme Schmerzstörung wurde indessen als nicht invalidisierend qualifiziert: Der Beschwerdeführer erfülle die Mehrheit der hierfür notwendigen Kriterien nicht. So sei keine psychische Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und

Dauer festzustellen, denn Dr. med. E. \_\_\_ attestiere nur eine leichte depressive Verstimmung und erachte die Kriterien einer Persönlichkeitsstörung als nicht erfüllt. Gemäss Aktenlage bestünden auch keine Hinweise auf einen sozialen Rückzug in allen Belangen des Lebens und es liege keine chronische körperliche Begleiterkrankung vor. Der Beschwerdeführer mache zwar chronische Rückenschmerzen geltend, doch führten diese, jedenfalls für körperlich leichte Tätigkeiten, nicht zu einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, da sie im Rahmen der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung aufgetreten seien. Ferner bestehe kein primärer Krankheitsgewinn und es könne nicht von einem Scheitern einer konsequent durchgeführten ambulanten oder stationären Behandlung gesprochen werden, auch wenn sich die bisherigen Therapieversuche als wenig erfolgversprechend erwiesen hätten. Der Beschwerdeführer erfülle somit nur das Kriterium des mehrjährigen, chronifizierten Krankheitsverlaufs, was nicht genüge, um von einem Ausnahmefall im oben erwähnten Sinne sprechen zu können.

6.3 Folgender medizinischer Sachverhalt zeigte sich im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 7. August 2014:

6.3.1 Im ersten, am 8. September 2008 von der Begutachtungsstelle F. \_\_\_ erstellten Gutachten (IV-Nrn. 113.1, 113.2 und 113.3), wurde beim Beschwerdeführer als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein

anhaltendes lumbovertebrales und lumbospondylogenes Schmerzsyndrom bei

-Status nach Mikrodisektomie L5/S1 1991 mit unbefriedigendem Verlauf,

-Status nach dekompressiver Laminektomie, Adhäsiolyse, Mikrodisektomie mit intervertebraler Fusion und transpedikulärer Spondylodese L5/S1 am 28. April 2008, radiologisch günstiges Ergebnis,

-anhaltender Dekonditionierung des Rumpfmuskelkorsettes bei langem Krankheitsverlauf (seit ca. 1990),

gestellt. Weiter wurden eine anhaltend somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4), eine Dysthymie (ICD-10 F34.1), eine chronische Gastritis (laut Aktenlage Zustand nach Ulcus duodendi 1987) und ein Fumatorium, alles ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit, diagnostiziert. Aus psychiatrischer Sicht wurden daher weder eine Verschlechterung des gesundheitlichen Zustandes noch eine anspruchsrelevante Arbeitsunfähigkeit gesehen. In rheumatologischer Hinsicht wurde davon ausgegangen, dass die bisherige Tätigkeit aktuell nicht mehr zumutbar sei, da eine deutlich eingeschränkte statisch-funktionelle Belastbarkeit der Wirbelsäule und des Rumpfes bestehe. Beim Beschwerdeführer seien Rehabilitationsmassnahmen notwendig. Nach einer erfolgreich abgeschlossenen, sechs- bis zwölfwöchigen Rehabilitation sei prognostisch von der Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit für leichte und gelegentlich mittelschwere Arbeiten, ohne Bewegungsanforderungen an den Rumpf, ohne Zwangshaltungen, permanentes Sitzen und Stehen sowie Heben und Tragen von Lasten von mehr als 15 kg, zu rechnen. Dabei werde es bei einer Minderung der Leistungsfähigkeit um 20 % bleiben. Dieses Gutachten hat das Versicherungsgericht in seinem Urteil vom 1. September 2010 (IV-Nr. 163) in psychiatrischer Hinsicht als beweiswertig angesehen, nicht aber in somatischer. Auf die darin gezogenen Schlussfolgerungen bezüglich Arbeitsfähigkeit nach erfolgter Rehabilitation kann daher nicht abgestellt werden.

6.3.2 Im zweiten Gutachten der Begutachtungsstelle F.\_\_\_\_ vom 16. März 2011 (IV-Nrn. 172.1 - 172.4) wurden folgende Diagnosen gestellt:

mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

lumbovertebrales und lumbospondylogenes Schmerzsyndrom mit / bei

-Status nach Mikrodiskektomie L5/S1,

-Status nach dekompressiver Laminektomie, Adhäsiolyse, Mikrodiskektomie und intervertebraler Fusion sowie transpedikulärer Spondylodese L5/S1 am 28. April 2008, Ende Dezember 2009 bestätigtes günstiges Ergebnis, stabile Spondylodese und insbesondere keine Hypermobilität im proximalen Anschlusssegment L4/5, neurologisch keine Hinweise für eine Radiculopathie.

ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

-anamnestisch längere depressive Reaktion auf körperliche Erkrankung (ICD-10 F43.21),

-Nikotinabusus.

Die bisherige Tätigkeit des Beschwerdeführers überschreite das verbliebene körperliche Restleistungsvermögen, diese sei nicht mehr zumutbar. Seit 1999 hätten nachvollziehbare interkurrente Arbeitsunfähigkeiten von 20 % und darüber hinausgehend bei Rückenleiden und mehrfachen operativen Eingriffen bestanden. In einer angepassten Tätigkeit bestehe indessen spätestens nach Abschluss der im Spital I.\_\_\_\_ durchgeführten Rehabilitationsmassnahmen am 12. November 2010 eine 100%ige Arbeitsfähigkeit. Vorher habe, gemäss dem Gutachten der Begutachtungsstelle F.\_\_\_\_ vom 8. September 2008, spätestens ab Ende Oktober 2008 eine Arbeitsfähigkeit von 80 % in einer angepassten Tätigkeit bestanden. Insofern werden in diesem Gutachten die vom Versicherungsgericht mit Urteil vom 1. September 2010 als nicht beweiswertig deklarierten Ausführungen bestätigt. Eine krankheitswertige psychische Störung liege nicht vor. Im psychiatrischen Gutachten wurde insbesondere eine somatoforme Schmerzstörung verneint, weil die Phänomenologie nicht mehr erfüllt sei und entsprechende psychodynamisch relevante Faktoren fehlten (IV-Nr. 172.4 S. 5).

6.3.3 Der behandelnde Psychotherapeut, Dr. med. O.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, berichtete am 2. und 6. Mai 2011 (IV-Nr. 179 S. 3 f. sowie 180) über eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, mit somatischem Syndrom (ICD-10 F33.11) und ging von einer Arbeitsunfähigkeit von 70 - 100 % aus.

6.3.4 Dr. med. P.\_\_\_\_, Facharzt für Neurochirurgie, diagnostizierte in seinem Bericht vom 5. Mai 2011 (IV-Nr. 181 S. 3 f.) ein Failed-back-surgery-Syndrom (mit / bei Status nach Mikrodiskektomie L5/S1 1991, Status nach Dekompression, intervertebraler Cage-Fusion und transpedikulärer Spondylodese L5/S1 beidseits im April 2008) sowie eine mobile Diskusprotrusion L4/L5 im Rahmen eines Syndroms des proximalen Anschlusssegmentes. Bezüglich Arbeitsfähigkeit sei aufgrund der objektiven Befunde mit einer mindestens 50%igen Erwerbsfähigkeit in einer leichten, dem Leiden angepassten Tätigkeit zu rechnen, seines Erachtens könne jedoch niemals eine 100%ige Erwerbsfähigkeit erreicht werden.

6.3.5 Vom 15. Juni bis 4. Juli 2012 war der Beschwerdeführer schliesslich in der psychiatrischen Klinik der Q.\_\_\_\_ hospitalisiert. Gemäss Austrittsbericht vom 3. August 2012 (IV-Nr. 205 S. 2 ff.) lägen eine schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F32.2) und eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10

F45.5) vor. Der Beschwerdeführer sei auf seinen eigenen Wunsch aus der stationären Behandlung entlassen worden, obwohl eine Remission der depressiven Symptomatik noch nicht habe erreicht werden können.

6.3.6 In ihrer Stellungnahme vom 27. Mai 2013 (IV-Nr. 220) erwogen die Gutachter der Begutachtungsstelle F.\_\_\_\_, es lägen aus psychiatrischer Sicht keine neuen Gesichtspunkte vor. Die anlässlich der Hospitalisation beschriebene Diagnose einer schweren depressiven Episode lasse sich auf der Basis der beschriebenen Befunde und der dokumentierten Beobachtungen nicht eindeutig bestätigen. Vielmehr deute sich aus dem Austrittsbericht der psychiatrischen Klinik an, dass vor dem Hintergrund der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung und damit eng verknüpfter Schamgefühle bei psychosozialen Schwierigkeiten, Langzeitarbeitslosigkeit, Migrationsproblematik und Potenzstörungen, eine sekundäre depressiv getönte Symptomatik eingetreten sei. Diese gehe aber in einem eigendynamischen Verlauf einer Dysthymia, also einer lang hingezogenen Depression von zumeist leichtem, allenfalls gelegentlich mittelschweren Ausprägungsgrad, auf. Zusammenfassend sehe man nach wie vor eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung in enger Verknüpfung mit zahlreichen psychosozialen Belastungsfaktoren. Auch in orthopädischer Hinsicht ergäben die sich aus den beigelegten Berichten ergebenden Befunde keine andere Beurteilung. Insgesamt hätten sich der Funktionsbefund der Wirbelsäule und des Rumpfes seit der erfolgreich im Jahr 2008 durchgeführten operativen Rückenbehandlung gebessert. Für die Diskrepanz zwischen dem Ausmass der Beschwerden und den tatsächlich zu objektivierenden klinischen und radiologischen Befunden ergebe sich keine adäquate Erklärung.

7. Im vorliegenden Beschwerdeverfahren wurde bei der Begutachtungsstelle G.\_\_\_\_ ein polydisziplinäres Gerichtsgutachten eingeholt, welches am 17. August 2016 von Dr. med. R.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, Dr. med. L.\_\_\_\_, Facharzt für Rheumatologie, und Dr. med. H.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, erstattet wurde (A.S. 73 ff.). Zusätzlich erstellte Dr. med. H.\_\_\_\_ am 7. Februar 2018 ein psychiatrisches Aktengutachten (A.S. 231 ff.).

7.1 Zur Schilderung des Tagesablaufes wird im Gutachten festgehalten, der Beschwerdeführer habe seinen Schlaf trotz Schlafmitteln als sehr schlecht angegeben. In der Nacht wache er oft auf und gehe schmerzbedingt umher. Am Morgen sei er wie gerädert. Er stehe zwischen 09.00 und 10.00 Uhr auf und bereite sich ein einfaches Frühstück vor, das er mit seiner Frau einnehme. Küchen- und Haushaltsarbeiten seien praktisch nicht durchführbar. Er sei morgens steif wie ein Holzbrett. Die Morgentoilette gelinge nur sehr mühsam. Nach dem Frühstück gehe er etwas in den Garten und mache Lockerungsübungen, die er in der Physiotherapie gelernt habe. Dann gehe er etwas spazieren. Er sehne sich nach Gartenarbeit. Dies habe er früher gerne getan. Zusammen mit der Ehefrau und allenfalls in Begleitung von Kindern kaufe er das Nötigste ein. Ein Mittagessen nehme er nicht zu sich. Da die Kinder über Mittag nicht im Haus seien, werde nichts zubereitet. Die Haushaltsführung sei Sache der beiden Töchter. Er müsse sich zwischendurch sehr viel hinlegen und etwas erholen. Zur Ablenkung sehe er fern, lese Zeitungen und Bücher. Er gehe auch ins Internet. Gegen den späteren Nachmittag gehe er gelegentlich in die Moschee zum Gebet und zum Kaffee trinken. Er werde von [ ] Landsleuten abgeholt. Dies sei für ihn die einzige Abwechslung am Tag, so könne er für kurze Zeit seine Leiden vergessen. Das Abendessen würden Frau und Töchter zubereiten. Abends gehe er dann meistens um 22.00 Uhr zu Bett.

Zu seinen Beschwerden befragt habe der Beschwerdeführer erklärt, eine ursprüngliche Tätigkeit als Plattenleger oder Hilfsarbeiter in der Fabrik könne er sich nicht mehr vorstellen. Dafür sei er zu krank. Er habe überall Schmerzen, Gefühlsstörungen und Konzentrationsstörungen. Eine alternative Tätigkeit sehe er im Moment auch nicht. Er könne maximal eine bis zwei Stunden am Stück arbeiten, benötige immer wieder Pausen, müsse die Lage wechseln. Auf somatischer Seite leide er vor allem an seinen chronischen Schmerzen mit Bewegungseinschränkungen. Er könne weder lange sitzen, noch liegen, gehen oder stehen. Kniarbeiten und Überkopfarbeiten seien gar nicht mehr möglich. Die Kopfschmerzen würden permanent bestehen. Sie würden vom Nacken in den rechten Arm ausstrahlen, einhergehend mit Kribbel- und Taubheitsgefühl. Gelegentlich habe er Schwindel bei Kopfdrehungen. Daneben plagten ihn seit vielen Jahren auch lumbosakrale Schmerzen ausgehend von der Operationsnarbe ins rechte Bein. Wenn er laufe, spüre er permanent Schläge im Rücken. All seine Nerven seien eingeklemmt. Dazu kämen Kopf- und Knieschmerzen. Auf einer visuellen Analogskala seien die Schmerzen bei 8 bis 10 von 10. Linderung erreiche er durch warmes Wasser sowie langsame Bewegungs- und Lockerungsübungen. Früher habe er viele Schmerztabletten eingenommen, die aber nichts gebracht hätten. Er habe nur Nebenwirkungen gehabt. Die gesamte Geschichte mit dem Stellenverlust habe ihm dann auf die Psyche geschlagen. Er habe ein Durcheinander im Kopf. Die Kinder würden nicht verstehen, weshalb er nicht arbeite. Er schäme sich. Er verdamme sich selber, fühle sich depressiv, verbittert und traurig. Dazu komme die chronische Erschöpfung, die Müdigkeit und Antriebslosigkeit. Er sei auch vergesslich geworden. Eine Arbeit an der Maschine traue er sich nicht mehr zu. Die Antidepressiva hätten auch nur vorübergehend geholfen. Er möchte keine Medikamente mehr nehmen. Er habe Angst vor dem sozialen Abstieg und möchte nicht in der Sozialhilfe landen. Autofahren könne er noch, jedoch nur sehr langsam und kurze Strecken. Sein Durst sei normal, der Appetit vermindert. Der Gewichtsverlauf der letzten Jahre sei normal. Er sei stark müde, schwitze auch oft. Er könne nachts nicht durchschlafen und müsse aufgrund der Schmerzen aufstehen. Soziale Kontakte habe er weitestgehend abgebrochen. Früher habe er sehr viele Kollegen gehabt. Nun habe er nur noch wenige, mit denen er sich in der Moschee treffe. Seine Medikamente nehme er nur sehr unregelmässig ein. Er habe gespürt, dass sein Gesundheitszustand mit oder ohne Tabletten identisch sei. Die Tabletten würden nur Nebenwirkungen haben. Er gehe regelmässig in die aktive und passive Physiotherapie. Auch das Wasserbad helfe. Da die Krankenkasse nicht bezahle, sei die Physiotherapie momentan pausiert. Er mache aber regelmässig ein Heim-Übungsprogramm. Mitunter trage er auch eine stabilisierende Bauchbandage. Früher habe er viele Hobbies gehabt. Er habe gerne Fussball gespielt, sei Velo gefahren, habe gegärtet und sei Berg- und Naturwanderungen durchführen gegangen.

7.2 Im rheumatologischen Teilgutachten (A.S. 127 ff.) werden folgende Befunde erhoben: Der Beschwerdeführer falle in der Untersuchung durch ein ausgeprägtes Schmerzverhalten auf. Fünf Waddell-Tests als Ausdruck eines erheblich gesteigerten Krankheitsgebarens seien positiv. Es bestünden ein diskreter Schultertiefstand rechts, ein Beckengeradstand und eine lumbal weitgezogene, sehr diskrete, linkskonvexe Skoliose. Es sei keine relevante Haltungsinsuffizienz erkennbar. Optisch zeige sich eine reizlose Operationsnarbe. Es bestehe eine ausgeprägte Druckempfindlichkeit im Sinne einer Druck-, Rüttel- und Klopfdolenz über den Dornfortsätzen L2 bis L5 mit paralumbal erhöhtem Muskeltonus beidseits. Im Stehen und Sitzen bestehe eine deutliche paralumbale Muskelverhärtung beidseits. Palpatorisch bestünden ausgeprägte Druckdolenzen über den

Gelenkfortsätzen C5 bis C7 rechts. Ein erhöhter Muskeltonus im Bereich der Schulterpartie sei nicht palpabel. Es bestehe ein leicht erhöhter Tonus des M. semispinalis capitis ausschliesslich rechts. Weiter bestehe ein positiver axialer Stauchungsschmerz mit Schmerzangabe zervikal rechts und diffus lumbal geprüft mit sanftem Druck auf den Schädel im Stehen und Sitzen sowie mit Fersenfalltest. Bei Rumpfrotationen im Stehen würden heftige lumbale Schmerzen angegeben. Bei der passiven Beweglichkeitsprüfung der Halswirbelsäule bestünden heftige Schmerzangaben in allen geprüften Bewegungsrichtungen unter Angabe einer Schmerzausstrahlung in den rechten Arm. Die Brustwirbelsäule sei in sämtlichen Bewegungsrichtungen aktiv zur Hälfte eingeschränkt mit schmerzbedingtem Gegenspannen und Selbstlimitierung beim Versuch der passiven Beweglichkeitsprüfung. Die Lendenwirbelsäule sei in sämtlichen Bewegungsrichtungen aktiv zu 2/3 eingeschränkt unter Angabe heftigster Endphasenschmerzen beim Versuch der passiven Beweglichkeitsprüfung verbunden mit Stöhnen und Grimassieren. Die oberen und unteren Extremitäten seien inspektorisch unauffällig. Im Neurostatus würden bei der Prüfung des Lasègue-Manövers heftige Schmerzen im unteren Lendenwirbelsäulenbereich angegeben mit Ausstrahlung in das rechte Gesäss, ebenso bei der Prüfung des Langsitzes. Symmetrische Muskeleigenreflexe seien an den oberen Extremitäten nur schwach auslösbar. Auf der Innenseite des rechten Ober- und Unterarms und der ganzen Hand volar und dorsal sowie am ganzen rechten Bein bestünden Oberflächenhypästhesien. Im Bereich der rechten Ferse werde eine Anästhesie angegeben.

Die aktuellen Röntgenaufnahmen vom 11. Mai 2016 zeigten folgende Befunde:

-Im Bereich der Halswirbelsäule eine leichte Arthrose im Atlantoaxialgelenk, Steilstellung der unteren Halswirbelsäule, minime Unkovertebralspondylosen C3 rechts, C4 links und C5 rechts.

-Im Bereich der Lendenwirbelsäule eine solide Spondylodese L5/S1 mit Anhelstesis L5 Grad 1, leichte ventrale Spondylose und rechts latero bei L4/5 spangenförmige Spondylose.

-MRT der LWS: leichte Chondrose L3/4 und L4/5 mit dorsaler Bandscheibenprotrusion L4/5 und geringer Spinalkanaleinengung. Korrekte Lage der interkorporellen Cages L5/S1. Keine radikuläre Kompression

-Beide Knie: leichte Verschmälerung des medialen femorotibialen Kompartiments bei insgesamt aber altersentsprechenden Befunden.

### 7.3

7.3.1 Die rheumatologische Beurteilung von Dr. med. L.\_\_\_\_ erfüllt die Beweisanforderungen an ein Gerichtsgutachten: So ist der beurteilende Gutachter Facharzt auf seinem Gebiet und er hat seine Erkenntnisse nach umfassender Aktenwürdigung und Untersuchung (unter Einbezug aktueller bildgebender Untersuchungen) gewonnen. Er kommt dabei in nachvollziehbarer Weise zum Schluss, dass beim Beschwerdeführer phänomenologisch ein chronifiziertes, therapiefraktäres, vertebrales und spondylogenes Zervikal- und vor allem Lumbalsyndrom bestehe, ohne sichere klinische oder bildgebende Hinweise für eine radikuläre, sensomotorische Ausfallsymptomatik, ohne Anhalt für eine Segmentinstabilität und mit radiologisch nur leichtgradigen Segmentdegenerationen C3/C4 und C4/C5 sowie L3/4 und L4/5. Ein Anschlussyndrom sei nicht zu objektivieren. Die Spondylodese erscheine stabil durchgebaut und das Schrauben- und Plattenmaterial sei in korrekter Stellung als intakt zu bezeichnen. Die Schmerzursache bleibt für den Gutachter

klinisch und bildgebend unklar. In dieser Situation geht er, in Übereinstimmung mit dem behandelnden Arzt Dr. med. P.\_\_\_\_ (vgl. E. II. 6.3.4), von einem Failed back-surgery-Syndrom aus. In der Begegnung mit dem Beschwerdeführer sei ein deutlicher Leidensdruck aufgefallen, im Verlauf der Untersuchung habe dieser aber zunehmend ein dysfunktionales Schmerzverhalten mit positiver Waddel-Testung als Ausdruck eines erheblich gesteigerten Krankheitsgehaltens entwickelt. Das in der Untersuchungssituation auffällig gezeigte, ausgeprägte Schmerzverhalten mit Durchführung sämtlicher Bewegungen des Rumpfes und des rechten Beines im Hüftgelenk in Zeitlupe begleitet von averbalen Schmerzäusserungen könne mit den objektivierbaren Befunden nicht in Einklang gebracht werden. Es finde sich diesbezüglich kein organisches Korrelat am Bewegungsapparat. Auch die angegebene, weitflächige Oberflächensensibilität des rechten Armes finde keine Erklärung, einschliesslich der gesamten Hand sowie des ganzen rechten Beines. Der Beschwerdeführer habe keine wesentlichen Zeichen hinsichtlich einer muskulären Dysbalance oder Dekonditionierung präsentiert und der Habitus habe kräftig und muskulös gewirkt. Diese Einschätzung ist einleuchtend.

Aufgrund der aktuellen klinischen und bildgebenden Abklärungsergebnisse kann Dr. med. L.\_\_\_\_ gegenüber dem Gutachten der Begutachtungsstelle F.\_\_\_\_ vom 16. März 2011 seitens der Lenden- und Halswirbelsäule keine relevante Verschlechterung des Gesundheitszustandes feststellen. Neu diagnostiziert er indessen eine leichte mediale Gonarthrose beidseits, dies bei allerdings bandstabilen, ergussfreien und vollständig frei beweglichen, indolenten Kniegelenken im aktuellen klinischen Untersuch. Das Ausmass dieser medialen Gonarthrose stuft er demgemäss als geringfügig ein.

Dr. med. O.\_\_\_\_ erachtet mit Blick auf seine in der Untersuchung erhobenen Befunde und die gestellten Diagnosen körperlich schwere und ausschliesslich mittelschwere Arbeiten sowie Tätigkeiten in rückenbelastenden Arbeitspositionen mit vorgeneigtem oder abgedrehtem Oberkörper, langanhaltende Zwangshaltungen im Stehen und Sitzen sowie Tätigkeiten auf vibrierenden Maschinen und Arbeiten auf Dächern oder Gerüsten als unzumutbar. Nicht geeignet sei der Beschwerdeführer im Weiteren für Arbeiten mit Kälte- und Witterungsexposition. Diesbezüglich wie auch hinsichtlich der letzten Tätigkeit bei der Firma B.\_\_\_\_ bestehe übereinstimmend mit den Vorbeurteilungen aus rheumatologischer Sicht eine anhaltende und auch künftige Arbeitsunfähigkeit. Jedoch seien ■ und auch hier besteht weder zur 2001 erfolgten beruflichen Abklärung der BEFAS [ ] noch zu den Gutachten der Begutachtungsstelle F.\_\_\_\_ vom September 2008 und März 2011 ein Widerspruch ■ dem Beschwerdeführer jegliche körperlich leichten, gelegentlich mittelschweren Arbeiten in vorzugsweise wechselnder Körperposition und unter Beachtung der erwähnten Einschränkungen ganztags und ohne Leistungseinbusse zumutbar. Diese Beurteilung erscheint aufgrund der Untersuchungsergebnisse und der vorhandenen Akten ebenfalls schlüssig.

7.3.2 Nicht gefolgt werden kann hingegen den Einwänden des Beschwerdeführers (vgl. E. II. 2.4 hier vor): Entgegen seinen Vorbringen hatte der rheumatologische Gutachter nicht nur Kenntnis der neurologischen Vorberichte der Dres. med. J.\_\_\_\_ vom 28. Oktober 2014 (Urkunde 4) und K.\_\_\_\_ vom 11. November 2014 (Urkunde 3) und der darin festgehaltenen Wurzelschädigung L5/S1 (vgl. A.S. 93, 127), sondern er setzte sich damit im Rahmen seiner ausführlichen fachärztlichen Beurteilung (A.S. 140 ff.) auch hinreichend auseinander (vgl. A.S. 155 ff.). Dabei gelangte Dr. med. L.\_\_\_\_ gestützt auf eigene umfangreiche klinische Untersuchungen und eine aktuelle Bildgebung (inklusive MRT der LWS;

A.S. 138 f.) zum nachvollziehbaren Ergebnis, dass die Lage des interkorporellen Cages auf Niveau L5/S1 als korrekt zu bezeichnen seien und sich insgesamt keine Neurokompression im Bereich der kernspintomographisch abgebildeten Lendenwirbelsäule finde (vgl. A.S. 156 f.; siehe auch E. II. 7.2 in fine). Mit Blick auf die umfassende fachärztliche Untersuchung der Rückenproblematik des Beschwerdeführers durch den rheumatologischen Gutachter ist nicht ersichtlich, weshalb es weitere Abklärungen (wie ein EMG) gebraucht hätte und/oder eine zusätzliche neurologische bzw. neurologisch-orthopädische Begutachtung hätte stattfinden sollen. Diesbezüglich ist festzuhalten, dass es im Ermessen der Begutachtungsstelle liegt, zu beurteilen, ob zusätzliche Disziplinen notwendig sind (BGE 139 V 349 E. 3.3 S. 352 f.). Aufgrund der Aktenlage erachtete das Gericht eine Begutachtung im Fachgebiet der Psychiatrie als notwendig und überliess es der Begutachtungsstelle, in welchen zusätzlichen Disziplinen («orthopädisch und/oder rheumatologisch und/oder internistisch») eine Begutachtung erfolgen solle (vgl. A.S. 46, 51, 53). Wenn die Begutachtungsstelle G.\_\_\_\_ in Kenntnis und unter Berücksichtigung der Vorakten alsdann zum Ergebnis gelangte, eine rheumatologische sowie eine internistische seien zusätzlich zur psychiatrischen Exploration erforderlich (A.S. 56), eine orthopädische Untersuchung jedoch für entbehrlich hielt, so lässt sich dies nicht beanstanden. Dasselbe gilt für die Fachdisziplin «Neurologie», deren Beizug auch der Beschwerdeführer selbst in seiner Stellungnahme vom 4. Februar 2016 (A.S. 68 f.) nicht verlangt hatte.

Soweit sich dem mit Eingabe vom 26. September 2018 eingereichten Austrittsbericht des Spitals I.\_\_\_\_ vom 3. September 2018 (Urkunde 5) sowie den anlässlich der Verhandlung eingereichten Arztberichten (Urkunden 6 ff.) in somatischer Hinsicht gemäss MRT der LWS vom 4. September 2019 (recte: 2018) eine neu aufgetretene «Deckplattenimpressionsfraktur von LWK4 links mit noch diskretem (residuellem) Knochenmarksödem und erhaltener Hinterkante» sowie eine «stationäre spondylodiskogene Einengung der Recessi L4/5 mit Tangierung der traversierenden Nervenwurzel L5 beidseits» entnehmen lassen, handelt es sich um zeitlich nach dem (hier massgebenden [vgl. E. II. 6.1]) Verfügungszeitpunkt vom 7. August 2014 eingetretene Sachverhalte, zumal sich anlässlich der im Gerichtsgutachten herangezogenen Bildgebung vom 11. Mai 2016 (inklusive MRT der LWS) ■ wie vorstehend ausgeführt ■ keine solchen Befunde feststellen liessen. Es bleibt dem Beschwerdeführer indes unbenommen, sich gestützt auf die erwähnten Berichte bei der Beschwerdegegnerin neu anzumelden.

Schliesslich ist auch die von Dr. med. S.\_\_\_\_ mit Bericht vom 31. Oktober 2018 (Urkunde 6) angeführte (volle) Arbeitsunfähigkeit nicht geeignet, den Beweiswert des polydisziplinären Gerichtsgutachtens zu mindern, gilt es bezüglich der Einschätzung der Hausärztin des Beschwerdeführers der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, wonach Hausärzte mitunter wegen ihrer auftragsrechtlichen Vertrauensstellung im Zweifel eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.5 S. 470, 135 V 351 E. 3a/cc S. 353; Urteile des Bundesgerichts 8C\_180/2017 vom 21. Juni 2017 E. 4.4.2 m.w.H., 8C\_603/2017 vom 20. März 2018 E. 3.3.2). In den weiteren nachgereichten (somatischen) Arztberichten (Urkunden 5, 7 und 8) werden keine Arbeitsunfähigkeiten attestiert.

Nach dem Gesagten erweist sich das rheumatologische Teilgutachten von Dr. med. L.\_\_\_\_ als voll beweiswertig und es kann ohne Zweifel darauf abgestellt werden.

7.4 Im psychiatrischen Teilgutachten (A.S. 164 ff.) werden folgende Befunde erhoben: Anders als in der Anamnese fänden sich im Status keine Hinweise auf klinisch relevante

Aufmerksamkeits-, Konzentrations- oder Gedächtnisstörungen. Der Beschwerdeführer könne auch einer längeren Diskussion folgen. Antworten kämen rasch und präzise. Das formale Denken sei unauffällig. Hinweise auf übermässige Befürchtungen oder Zwänge gebe es nicht. Inhaltlich sei das Denken auf die Schmerzen, depressive Themen wie Versagensgefühle oder Todeswünsche und die schwierige Situation eingeengt, der Beschwerdeführer könne sich aber auch auf andere Themen einlassen. Wahnideen liessen sich nicht eruieren. Die Schilderung der Schmerzen sei eher emotional als sachlich, aber doch relativ präzise und differenziert. Der Beschwerdeführer habe wenig Introspektionsfähigkeit und Zugang zu seinen Gefühlen. Im Gespräch über die frühere Arbeit werde er auf Nachfrage, wie er diese erlebt habe, lebhafter und es werde ein gewisser Stolz erkennbar, aber auch Trauer und Scham. Beim Thema Schmerzen spreche er schneller und drängender, entspanne sich aber, wenn er anhand von Rückmeldungen merke, dass die Schmerzen nicht in Frage gestellt würden. Für klinisch relevante Ich-Störungen gebe es keine Hinweise. Affektiv sei der Beschwerdeführer erreichbar, moduliert. Die Stimmung sei bedrückt, resigniert, aber nicht eigentlich depressiv. Zum Teil werde er traurig, sei aber teilweise auch gelöst bis heiter, im Hintergrund würden Enttäuschung, Frustration, Wut und Hoffnungslosigkeit spürbar. Der Beschwerdeführer lächle, sobald er Vertrauen gefasst habe. Vereinzelt mache er sogar humorvolle Bemerkungen, er weine nicht.

## 7.5

7.5.1 Auch die von Dr. med. H.\_\_\_\_ in seiner Beurteilung gemäss Gutachten vom 17. August 2016 (A.S. 164 ff.) und Aktengutachten vom 7. Februar 2018 (A.S. 231 ff.) vorgenommenen Schlussfolgerungen erweisen sich als nachvollziehbar. Insbesondere erscheinen sie auch beweismässig unter dem Lichte der gemäss BGE 141 V 281 neu geltenden Rechtsprechung zur anhaltenden somatoformen Schmerzstörung und den vergleichbaren unklaren Beschwerdebildern.

Der psychiatrische Gutachter weist zunächst darauf hin, dass der Beschwerdeführer in der [ ] zwar eine weiterführende Schule und Berufsausbildung erfolgreich abgeschlossen habe. Nach der Migration in die Schweiz habe er aber wegen der fehlenden Anerkennung seiner Ausbildung Hilfsarbeiten verrichten müssen, was neben der Entwurzelung in einem ihm fremden Kultur- und Sprachraum auch noch einen sozialen Abstieg bedeutet habe. Seine gesundheitlichen Probleme hätten mit der Einreise in die Schweiz begonnen. 1987 habe er eine Gastritis gehabt und 1991 habe er eine Diskushernie operieren müssen. Neben der subjektiven Einschätzung spreche auch der zeitliche Verlauf für einen Einfluss der Migration. Der Beschwerdeführer habe keinen Kontakt mehr zu seinen Geschwistern und würde in der [ ] wahrscheinlich kaum eine Arbeit oder ein soziales Netz finden. Dies sei ein letztlich unlösbarer Konflikt, der ihn wahrscheinlich sehr belaste. Es sei allerdings nicht offensichtlich, dass eine Krankheit eine Entlastung in diesem Konflikt bringen könnte bzw. ein Krankheitsgewinn vorliege. Der Beschwerdeführer lebe auch immer noch in den Traditionen seiner Heimat. Seine Familie schildere er als zwar arm, aber stolz und von allen respektiert. In der Schweiz sei er Hilfsarbeiter und jetzt auch noch krank, habe gemessen an seinen Erwartungen und als Entgelt für seine langjährige, harte Arbeit nur sehr wenig Geld zur Verfügung. Wenn dann noch Probleme mit Behörden oder Versicherungen hinzukämen und er sich nicht respektiert fühle, könne dies eskalieren. Auch hier sei kein Krankheitsgewinn offensichtlich, aber eine anhaltende Belastung. Als weitere Belastung komme die chronische Krankheit seiner Frau hinzu. Diese erhöhe das Risiko, an einer Schmerzstörung zu erkranken. Dem Beschwerdeführer seien Arbeit und Familie sehr

wichtig. Durch grosse Leistungen und harte Arbeit habe er sich Anerkennung holen können, die er sonst kaum gefunden habe. Von seiner Leistungsfähigkeit sei aber auch all die Jahre sein Selbstwertgefühl abgehangen. Durch die Krankheit mit ihren Folgen wie Schmerzen, Operationen und Stellenverlust sei das in Frage gestellt worden. Er sei sehr leistungsorientiert. Harmonie, Respekt und Würde seien ihm wichtig und er habe nie gelernt, Signale seines Körpers zu beachten und auf seine Grenzen Rücksicht zu nehmen. Diese Konstellation erhöhe das Risiko für eine Somatisierungsstörung. Allerdings habe es der Beschwerdeführer geschafft, neben seiner Arbeit auch ausgleichende Ressourcen wie seinen Garten und einen Kollegenkreis aufzubauen, was wichtige Ressourcen sein könnten. Durch seine Erkrankung habe er aber die Fähigkeit, uneingeschränkt im Garten zu arbeiten und auch weitgehend sein soziales Netz verloren, da er sich schäme und sich für wertlos halte. Von seiner Familie werde er getragen und er geniesse Verständnis. Dies könne eine wertvolle Ressource sein, aber auch als Schonung wirken, welche ihn in seiner subjektiven Überzeugung bestärke, nicht mehr arbeiten zu können. Er habe einen tiefen Glauben, in welchem er Halt und Hoffnung finde. Sonst liessen sich in der Vorgeschichte keine persönlichen oder familiären Risikofaktoren für ein psychisches Leiden eruieren, aber auch kaum noch aktuelle Ressourcen. Da die Schmerzen objektiv im Vordergrund stünden, auch wenn sie sich nur wenig ausgeweitet hätten, sondern gemäss Angaben des Beschwerdeführers noch immer ungefähr dort seien, wo er operiert worden sei, sei differentialdiagnostisch eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung zu diskutieren. Aufgrund der Akten könnten die Beschwerden zumindest zu Beginn der Schmerzen zu einem wesentlichen Teil auf körperliche Veränderungen (Operationen) zurückgeführt werden. In diesem Fall sei die Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung nicht zulässig. Aufgrund der Akten lasse sich auch nicht eruieren, weshalb diese Diagnose trotz klarem Ausschlusskriterium wiederholt gestellt worden sei, obwohl es mit der Diagnose von psychologischen Faktoren oder Verhaltensfaktoren bei andernorts klassifizierten Erkrankungen bereits vor 2008 eine Alternative gegeben habe und seit 2009 spezifisch gebe. In der revidierten deutschen Version des ICD-10 sei 2009 eine Unterkategorie geschaffen worden, nämlich die chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren. Die Schmerzen gingen der Depression zeitlich voran und seien unabhängig vom zeitlichen Verlauf der affektiven Symptomatik, so dass diese Diagnose zulässig wäre. Es bestünden neben den Operationen und ihren Folgen Risikofaktoren und emotionale Konflikte und psychosoziale Belastungen, wie sie für eine solche Diagnose verlangt würden. Im Verlauf kämen Belastungen hinzu wie Verluste, insbesondere der Arbeit, des Einkommens und der Anerkennung sowie die Erkrankung der Ehefrau. Diese Faktoren seien sekundär, dürften aber den Verlauf beeinflusst haben. Dazu komme noch die Unmöglichkeit, die gewohnte Rolle als Familienoberhaupt und Ernährer weiter wahrzunehmen. Der Beschwerdeführer habe wenig Introspektionsfähigkeit und Zugang zu seinen Gefühlen, so dass von einer Alexithymie gesprochen werden könne, die für Somatisierungsstörungen typisch sei. Da die Coping-Möglichkeiten des Beschwerdeführers begrenzt und die Belastungen im Verlauf gross seien, sei ein Ausdruck der psychischen und finanziellen Probleme durch eine Körpersymptomatik durchaus plausibel. Die Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren wird von Dr. med. H. \_\_\_ eingehend und schlüssig hergeleitet, es kann darauf abgestellt werden. Nach Würdigung der verschiedenen Berichte des Orthopäden Dr. med. P. \_\_\_ von Februar bis Juni 2008 (im April 2008 erfolge eine Rückenoperation durch diesen) hält Dr. med. H. \_\_\_ fest, der Beschwerdeführer habe sich von der Operation offensichtlich eine

Besserung seiner subjektiv verzweifelten Situation erhofft und sich deshalb für den Eingriff entschieden. Unmittelbar postoperativ habe sich sein Gesundheitszustand soweit verbessert gezeigt, dass er Hoffnung geschöpft habe. Dies wirke sich naturgemäss auch positiv auf die Schmerzwahrnehmung aus. Irgendwann zwischen der ersten und zweiten

Nachuntersuchung müsse aber etwas geschehen sein, das die Schmerzen wieder deutlich verstärkt und die Hoffnung des Beschwerdeführers zerstreut habe. Aus psychosomatischer Sicht sei diese Umfokussierung der Aufmerksamkeit von grosser Hoffnung auf chronische Schmerzen und Verzweiflung wahrscheinlich der entscheidende Verstärker der Chronifizierung der Schmerzen und der weiteren Verfestigung der Schmerzstörung gewesen. Rückblickend könne damit gesagt werden, dass ab dem Operationszeitpunkt am 27. April 2008 resp. spätestens ab Juni 2008 überwiegend wahrscheinlich eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren in etwa dem gleichen Schweregrad wie 2016 vorgelegen habe.

Zum Schweregrad dieser Diagnose stellt der Gutachter fest, die psychischen Faktoren und Belastungen hätten wahrscheinlich das Auftreten und den Verlauf der Beschwerden im Sinne einer psychischen Komponente beeinflusst. Wenn man die funktionellen Auswirkungen berücksichtige, die sich im Haushalt und Tagesablauf zeigten, sei von einer mittelgradigen bis schweren Schmerzstörung auszugehen. Die subjektive Einschätzung des Beschwerdeführers entspreche hingegen einer schweren Schmerzstörung.

Sodann wird differentialdiagnostisch eine Somatisierungsstörung erwogen, wobei erklärt wird, dass bei einer solchen auch die Magensymptome des Beschwerdeführers integriert würden. Weil zum Begutachtungszeitpunkt das Bild aber zumindest subjektiv durch die anhaltenden Schmerzen geprägt sei, lässt sich die Differentialdiagnose zwischen einer Schmerzstörung oder einer Somatisierungsstörung nach gutachterlicher Einschätzung nicht eindeutig entscheiden. Der Beschwerdeführer habe durch die Erkrankung und die Operationen wie ihre Folgen viel verloren, so seine seelische Beschwerdefreiheit, Arbeit, Verdienst, Anerkennung und soziale Integration. Aus diesem durch die Verluste bedingten Trauerprozess, der dadurch blockiert werden könne, dass die Umgebung wenig Verständnis zeige und keine Modelle dafür vorhanden seien, leitet der Gutachter im vorliegenden Fall auf schlüssige Weise die Entwicklung einer chronischen Depression ab. Er hält fest, dass 2001 eine Anpassungsstörung diagnostiziert worden sei, und verneint diese heute, weil eine solche definitionsgemäss zeitlich begrenzt ist und gemäss ICD-10 höchstens sechs Monate anhalten darf. Wenn die Symptome noch danach vorhanden sind, ist in Übereinstimmung mit den gutachterlichen Ausführungen vielmehr eine Depression und / oder eine Angststörung zu diagnostizieren. Weiter legt der Gutachter einleuchtend dar, dass chronische Beschwerden, Schlafstörungen oder Einbussen in der Leistungsfähigkeit vor allem bei leistungsorientierten Menschen oft zu einer depressiven Reaktion führten, die ihrerseits wieder die Beschwerden verstärke. Die Werte in den Fremdbeurteilungsskalen betreffend Depressionsbeurteilung entsprächen vorliegend einer leichten Depression. Gewisse Symptome wie Reizbarkeit und Schlafstörungen könnten sowohl bei einer Depression wie bei chronischen Schmerzen auftreten, und es lasse sich nicht entscheiden, zu welchem Syndrom sie gehörten. Für die Diagnose sei indessen die klinische Beurteilung entscheidend. Gemäss ICD-Kriterien entspreche dies gegenwärtig einer mittelgradigen Depression. Die Vorgabe des ICD-10, die Anzahl erfüllter Kriterien zu zählen, erachtet Dr. med. H. \_\_\_ als nicht sehr praktikabel und wenig aussagekräftig über die Auswirkungen der Depression. In einer rein klinischen Einschätzung geht er von einer leichten bis

höchstens mittelgradigen Depression aus, was angesichts der erhobenen Befunde gut nachvollziehbar ist. Damit wird auch der Schweregrad der diagnostizierten chronischen Depression klar definiert.

Der Gutachter äussert sich in der Folge zur im Jahr 2008 diagnostizierten Dysthymie und widerlegt diese gestützt auf die Aktenlage schlüssig: Nachdem in den Akten mehrfach eine depressive Episode diagnostiziert worden sei und in der Stellungnahme der Begutachtungsstelle F.\_\_\_\_ aus dem Jahr 2013 von einer dysthymen Störung, welche allenfalls kurzzeitig ein mittelschweres Ausmass erreicht habe, gesprochen werde, sei eine solche definitionsgemäss gar nicht zulässig. Gemäss ICD-10 hätte eine subsyndromale oder leichte Depression diagnostiziert werden müssen. Gemäss Dr. med. H.\_\_\_\_ hätten auch die Befunde und die anamnestischen Angaben dafür gesprochen, dass die Kriterien für eine leichte Depression erfüllt gewesen wären. Nachdem in den Akten keine vollständige oder auch nur wesentliche Remission der Depression dokumentiert worden sei, sei davon auszugehen, dass es sich immer noch um die erste, chronisch gewordene depressive Episode handle und nicht um eine rezidivierende depressive Störung. Eine chronische Depression zeige typischerweise gewisse Schwankungen im Schweregrad. Auch in diesem Fall seien zwar ausgeprägte Schwankungen dokumentiert, aber es bestünden fast durchgängig Zweifel an der korrekten Einschätzung des Schweregrades, so dass keine verlässlichen Angaben über den Verlauf und die Veränderung des Gesundheitszustandes möglich seien. Es liege die Annahme nahe, dass die Depression zwar Schwankungen aufgewiesen, aber im Bereich einer leichten bis mittelgradigen Depression gelegen habe. Verglichen mit dem Gutachten von Dr. med. E.\_\_\_\_ aus dem Jahr 2004 geht der Gerichtsgutachter demnach von einem leicht verschlechterten affektiven Gesundheitszustand aus. Gleichzeitig hält er fest, dass für die Beurteilung der anhaltenden Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit nicht nur vom momentanen Schweregrad auszugehen sei, sondern von einem durchschnittlichen, d.h. in diesem Fall von einer leichten bis mittelgradigen Depression. Die Prognose erachtet er im Moment als schwierig zu stellen. Es liessen sich mit den Beschwerden und den Verlusten wesentliche reaktive Komponenten der Depression eruieren, was für eine eher günstige Prognose sprechen würde, aber sie habe sich trotz der Behandlung chronifiziert und verselbständigt, was für eine eher ungünstige Prognose spreche. Zu den Berichten des behandelnden Psychotherapeuten Dr. med. O.\_\_\_\_ hält der Gutachter schlüssig fest, dass in dessen Berichten kaum Veränderungen in der Symptomatik, den Diagnosen und insbesondere im Schweregrad der Depression berichtet würden. Ebenso fehle es an Aussagen über Prozesse und Schritte in der laufenden Therapie. Dies erlaube keine Schlussfolgerungen über den mutmasslichen Verlauf und wecke Zweifel an der Diagnostik. Mit überwiegender Wahrscheinlichkeit habe der affektive Zustand des Beschwerdeführers seit mindestens März 2005 bis Mai 2016 zwar etwas geschwankt, aber immer demjenigen von Mai 2016 entsprochen, also auch im Referenzzeitraum.

Schliesslich verneint der Gutachter das Vorliegen einer Angststörung, obwohl in den Jahren 2008, 2009 und 2011 in den Akten davon gesprochen worden sei. Nachdem der Beschwerdeführer übermässige Befürchtungen und Zwänge im Rahmen der gerichtlichen Begutachtung klar verneint hat, ist dieser Einschätzung zu folgen. Ebenso schlüssig wird die 2008 diagnostizierte Benzodiazepinabhängigkeit negiert, nachdem der Beschwerdeführer inzwischen keine Benzodiazepine mehr zu sich nimmt.

Das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung wird vom Gutachter nach Untersuchung und Analyse der Aktenlage verneint. Es seien Daten über eine längere Beobachtungszeit

vorhanden, so dass zumindest eine Verdachtsdiagnose gestellt werden könne. Die Kriterien für eine der im ICD-10 definierten Persönlichkeitsstörungen oder für akzentuierte Persönlichkeitszüge seien jedoch im vorliegenden Fall nicht erfüllt, was einleuchtet.

Zur Konsistenz führt Dr. med. H. \_\_\_ aus, in Bezug auf die Schmerzen lasse sich eine Tendenz zur Verdeutlichung feststellen. Eine Simulation lasse sich zwar nicht ganz sicher ausschliessen, das bewusste und vor allem ausschliessliche Vortäuschen einer krankhaften Störung dürfe aber trotz der Intelligenz des Beschwerdeführers dessen kognitive Fähigkeiten übersteigen. Eine Verdeutlichung trete gelegentlich auf und spreche nicht per se für eine wesentliche Inkonsistenz. In diesem Fall sei ein spezifischer, wenn auch nicht sehr grosser Einfluss von psychischen Belastungsfaktoren wesentlich wahrscheinlicher als eine nicht krankheitswertige Symptomausweitung. In Bezug auf die im Vordergrund stehende Symptomatik sei die Schilderung der Beschwerden, des Tagesablaufes, der Aktivitäten und der sozialen Kontakte konsistent mit den Befunden und den Akten. Sie sei auch kongruent mit den gestellten Diagnosen. Es bestehe ein ausgewiesener Leidensdruck. Dafür spreche auch, dass der Beschwerdeführer in regelmässiger psychotherapeutischer Behandlung sei. Er habe zwar die Medikamente abgesetzt, dies aber aus nachvollziehbaren Gründen (subjektiv fehlende positive Wirkung, aber ausgeprägte Nebenwirkungen). Dies spreche nicht gegen einen gewissen Leidensdruck aufgrund der psychischen Symptomatik. Auch die Ausführungen zur Konsistenz erscheinen vorliegend nachvollziehbar und es ist darauf abzustellen.

Auch zur Komorbidität äussert sich der psychiatrische Gutachter auf schlüssige Art und Weise, indem er das Vorliegen einer solchen mit den chronischen Schmerzen und der Depression bejaht. Diese sei im Sinne der bundesgerichtlichen Rechtsprechung von erheblicher Dauer, nicht jedoch von erheblicher Schwere, Intensität und Ausprägung.

Zusammengefasst kommt der Gutachter zur Einschätzung, dass aufgrund der vorliegenden Diagnosen aus psychiatrischer Sicht für die bisherige oder eine an die Schmerzen angepasste Tätigkeit von einer Arbeitsunfähigkeit von etwa 25 % auszugehen sei. Dies gelte auch für eine Verweistätigkeit. Die Arbeitsunfähigkeit im Haushalt betrage etwa 10 %. Diese Beurteilung wird nachvollziehbar begründet: Eine Depression habe zwar immer Auswirkungen auf den Gesundheitszustand, nicht aber unbedingt auf die Arbeitsfähigkeit. Die vom Beschwerdeführer bis anhin ausgeübte Tätigkeit stelle keine erhöhten Anforderungen an die Kreativität oder Flexibilität. Würden keine sonstigen Beschwerden bestehen, müsste man aus therapeutischer Sicht auf die rasche Wiederaufnahme der Arbeit drängen. Hinzu kämen aber nun noch die Auswirkungen der Schmerzen. Aufgrund der psychischen Störungen seien Antrieb, Ausdauer, die kognitiven Fähigkeiten wie Konzentrationsfähigkeit und Gedächtnisfunktionen, Selbstvertrauen, Arbeitstempo, Kontakt- und Verkehrsfähigkeit sowie der Antrieb eingeschränkt. Der Beschwerdeführer schlafe schlecht, was seine Regeneration erschwere und zu vermehrter Tagesmüdigkeit führe. Er könne daher zeitlich nur eingeschränkt arbeiten. Eine Präsenzzeit von 100 % sei möglich, wobei die effektiv nutzbare Zeit durch die vermehrt notwendigen kurzen Pausen auf etwa 95 % eingeschränkt sei. Die Leistungen seien aktuell im Ausmass von ca. 20 % eingeschränkt. Zusammengefasst sei aus psychiatrischer Sicht damit von einer Arbeitsunfähigkeit von ca. 25 % auszugehen. Dies gilt nach gutachterlicher Einschätzung sowohl für den Zeitraum ab Ende Januar 2009 (gemäss dem Gutachten vom 17. August 2016) als auch für den Zeitraum von Dezember 2007 bis Ende Januar 2009 (gemäss Aktengutachten vom 7. Februar 2018).

7.5.2 Der Beschwerdeführer akzeptiert die von Dr. med. M.\_\_\_\_ gestellten Diagnosen ausdrücklich (vgl. A.S. 271 und E. II. 2.4 hievor). Hingegen beanstandet er die gutachterliche Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit («nur» 25 %) in Anbetracht der festgestellten mittelschweren Beeinträchtigungen als unverständlich. Dabei verkennt der Beschwerdeführer, dass die mittels «Mini-ICF-Rating für psychische Störungen» erhobenen Einschränkungen zunächst lediglich eine Aussage darüber ermöglichen sollen, welche Fähigkeiten wie stark eingeschränkt sind. Der Grad der Arbeits(un)fähigkeit im konkreten Einzelfall ergibt sich danach ■ in einem zweiten Schritt ■ erst durch einen Abgleich mit dem Anforderungsprofil des bisherigen Arbeitsplatzes bzw. möglicher Verweistätigkeiten. Die diesbezüglichen Ausführungen von Dr. med. H.\_\_\_\_ sind ■ wie bereits aufgezeigt (vgl. E. II. 7.5.1 in fine) ■ nachvollziehbar und schlüssig. Entgegen den Vorbringen des Beschwerdeführers setzt sich der psychiatrische Gutachter umfassend mit den Auswirkungen der von ihm erhobenen (und vom Beschwerdeführer anerkannten) Diagnosen auf die einzelnen Fähigkeiten und Kompetenzen auseinander, gleicht diese mit den Anforderungen in der bisherigen sowie einer leidensangepassten Tätigkeit ab (sagt also auch nicht ■ wie vom Beschwerdeführer impliziert ■, es bestünden keine Anforderungen) und gelangt so schliesslich zu einer nachvollziehbaren und differenzierten Einschätzung des (quantitativ und qualitativ noch vorhandenen) funktionellen Leistungsvermögens (vgl. A.S. 177 ff.). In diesem Zusammenhang lassen sich auch die Ausführungen von Dr. med. M.\_\_\_\_ zu den Auswirkungen des Depressionsleidens nicht beanstanden. Im Gegenteil leuchtet es ein, dass das Tätigkeitsfeld des Beschwerdeführers (wie die bisherige Arbeit in der Produktion bzw. als Fabrikarbeiter) keineerhöhtenAnforderungen an die psychische Belastbarkeit stellt und auch keinebesonderenpsychischen Fähigkeiten verlangt (A.S. 179) und sich daher eine leichte bis mittelgradige Depression auch weniger stark auf die Arbeitsfähigkeit auswirkt als dies beispielsweise in Berufen mit Führungs- und Leitungsfunktionen der Fall wäre (vgl. A.S. 178). Hierzu bedarf es entgegen den Vorbringen des Beschwerdeführers auch keiner weiteren (berufsberaterischen) Abklärungen, sondern es kann ohne Zweifel auf die in einer umfassenden Gesamtbetrachtung von Dr. med. M.\_\_\_\_ erhobene, schlüssig begründete 25%ige Arbeitsunfähigkeit abgestellt werden.

Der Vollständigkeit halber sei zudem darauf hingewiesen, dass das von Dr. med. M.\_\_\_\_ durchgeführte «Mini-ICF-Rating» mittelschwere Einschränkungen in acht Bereichen und leichte Einschränkungen in vier Bereichen ergeben hatte, in einem Bereich waren keine Einschränkungen auszumachen; gleichzeitig waren keine Bereiche schwer oder vollständig eingeschränkt (vgl. A.S. 179).

Sodann vermag auch der kurz gehaltene Bericht des behandelnden Psychiaters, Dr. med. O.\_\_\_\_, vom 8. Oktober 2018 (Urkunde 9) und die darin attestierte Arbeitsunfähigkeit von 70 - 100 % keine Zweifel am Beweiswert des psychiatrischen Teilgutachtens zu erwecken (zur Auseinandersetzung mit dessen Befunden durch Dr. med. H.\_\_\_\_ siehe E. II. 7.5.1 hievor). Dies gilt umso mehr, als der Beschwerdeführer die von Dr. med. M.\_\_\_\_ erhobenen Diagnosen ausdrücklich anerkennt (vgl. A.S. 271) und auch selber von einer tieferen psychisch bedingten Arbeitsunfähigkeit zwischen 25 und 50 % (vgl. A.S. 272) bzw. insgesamt (psychisch und somatisch) von einer 50%igen Einschränkung (vgl. A.S. 273) ausgeht (siehe auch E. II. 2.4 hievor). Zudem gilt es, wie bereits vorstehend ausgeführt (vgl. E. II. 7.3.2), bezüglich der Einschätzung von Dr. med. O.\_\_\_\_ der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Ärzte im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche

Vertrauensstellung in Zweifelsfällen mitunter eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b/cc S. 353).

Soweit der Beschwerdeführer schliesslich rügt, aufgrund fehlender Indikatorenprüfung durch die IV-Stelle erst in einem allfälligen Verfahren vor Bundesgericht Stellung zu der von einer rechtsanwendenden Stelle beurteilten Indikatorenprüfung nehmen zu können (siehe vorliegend E. II. 7.5.1 mit der versicherungsgerichtlichen Würdigung der gutachterlich lege artis durchgeführten Indikatorenprüfung nach BGE 141 V 281 [vgl. auch A.S. 183 ff.]), stellt dies keinen Rückweisungsgrund dar. Im Übrigen wäre es dem Beschwerdeführer unbenommen gewesen, sich zu der im G. \_\_\_-Gutachten enthaltenen Indikatorenprüfung im kantonalen Beschwerdeverfahren zu äussern (was er jedoch sowohl in seiner Stellungnahme vom 19. Oktober 2016 [A.S. 198 f.] als auch anlässlich der öffentlichen Verhandlung vom 7. November 2018 [vgl. A.S. 269 ff.] unterlassen hat).

7.6 In der Gesamtschau erweist sich das polydisziplinäre Gutachten der Begutachtungsstelle G. \_\_\_ inkl. das Aktengutachten von Dr. med. H. \_\_\_ vom 7. Februar 2018 als beweiskräftig, womit auf die darin getroffenen Schlussfolgerungen abgestellt werden kann. Demnach bestehen beim Beschwerdeführer folgende Diagnosen:

mit wesentlicher Einschränkung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit:

- chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren, ICD-10 F45.41,
- chronische, gegenwärtig leichte bis höchstens mittelgradige depressive Episode ohne somatisches Syndrom, ICD-10 F32.0 mit / bei:

komplizierter protrahierter Trauerreaktion, ICD-10 F38.8

- Failed back surgery syndrome FBSS mit / bei

Status nach Mikrodiskektomie L5/S1 rechts 1991,

Status nach Dekompression Spondylodese L5/S1 2008,

Status nach Facettengelenksinfiltrationen, zuletzt am 15. Juni 2010,

leichter Chondrose L3/L4 und L4/L5 mit dorsaler Bandscheibenprotrusion L4/L5 und geringer Spinalkanaleinengung

- chronisches, zerviko-vertebragenes und zerviko-spondylogenes Syndrom rechts mit / bei:

leichter Segmentdegeneration C3/C4 und C4/C5,

kleiner, nicht-neurokompressiver Diskushernie C3/C4,

leichter Atlantoaxialgelenksarthrose

- leichte mediale Gonarthrose beidseits.

ohne wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit:

- Nikotinabhängigkeit, gegenwärtiger Substanzgebrauch, ICD-10 F17.25,
- Pes planus beidseits,
- Hyperlipidämie, kontrollbedürftig,
- Status nach Septumplastik bei Septumdeviation 2006,

- Status nach Leukoplakie buccal links,
- chronische Gastritis mit Status nach Ulcus duodeni 1987.

Nebenbefunde:

- Nikotinabusus,
- Leukozytose, DD: nikotinbedingt, kontrollbedürftig

Die zusammenfassende Beurteilung ergibt aus psychiatrischer Sicht eine Arbeitsunfähigkeit von etwa 25 % für die bisherige oder eine an die Schmerzen angepasste Tätigkeit. Dem Beschwerdeführer können rheumatologisch gesehen keine körperlich schweren und ausschliesslich mittelschweren Arbeiten zugemutet werden, wie im Weiteren auch keine Arbeiten in rückenbelastenden Arbeitspositionen wie z.B. häufige Tätigkeiten mit vorgeneigtem oder abgedrehtem Oberkörper, langanhaltende Zwangshaltungen im Stehen und Sitzen oder Tätigkeiten auf vibrierenden Maschinen, Arbeiten auf Dächern oder Gerüsten. Nicht geeignet ist der Beschwerdeführer im Weiteren für Arbeiten mit Kälte und Witterungsexposition. Diesbezüglich wie auch hinsichtlich der letzten Tätigkeit besteht aus rheumatologischer Sicht eine anhaltende und auch zukünftige Unzumutbarkeit. Aus allgemeininternistischer Sicht besteht indessen keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in angestammter Tätigkeit. Die Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit von 25 % aus psychiatrischer Sicht gilt auch für eine allfällige Verweistätigkeit. Jegliche körperlich leichten, gelegentlich mittelschweren Arbeiten in vorzugsweise wechselnden Körperpositionen und unter Beachtung der erwähnten Einschränkungen sind aus rheumatologischer Sicht ganztags und ohne Leistungseinbusse zumutbar. Es besteht nach dem Gesagten eine zumut- und verwertbare Restarbeitsfähigkeit von 75 % für leichte und gelegentlich mittelschwere Arbeiten in wechselnder Körperposition und unter Berücksichtigung eines positiven Fähigkeitsprofils sowie der erwähnten Einschränkungen. Eine wesentliche, sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirkende Verschlechterung des Gesundheitszustandes seitens des Bewegungsapparates ist aus rheumatologischer Sicht seit Januar 2009 nicht zu objektivieren.

Retrospektiv werden folgende Arbeitsunfähigkeiten festgelegt: Aus rheumatologischer Sicht besteht hinsichtlich der angestammten Tätigkeit eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit seit 1. Oktober 1999 und hinsichtlich leidensadaptierter Tätigkeit eine volle Arbeitsfähigkeit von 2001 bis zirka 2008 mit nachfolgend wiederum 100%iger Arbeitsunfähigkeit in der Rehabilitationsphase nach der Dekompression und Spondylodese im Februar 2008. Ab dem 8. September 2008 (Gutachten F.\_\_\_\_) hat leidensangepasst eine 80%ige Arbeitsfähigkeit und ab dem 16. März 2011 eine 100%ige Arbeitsfähigkeit bestanden.

Aus psychiatrischer Sicht ist aufgrund der Anamnese, der Befunde und der gestellten Diagnosen verglichen mit dem Gutachten von 2008 von einem leicht verschlechterten Gesundheitszustand auszugehen, so hat sich die Depression leicht verschlechtert, während die Schmerzstörung in etwa unverändert geblieben ist. Mit überwiegender Wahrscheinlichkeit hat sich der Gesundheitszustand seit dem Referenzzeitpunkt 31. Januar 2009 zwar eventuell leicht verschlechtert und etwas geschwankt, die Arbeitsunfähigkeit lag in dieser Zeit aber immer in einem Bereich zwischen 20 und 30 %. Für die Zeit zwischen Dezember 2007 bis Ende Januar 2009 lässt sich zwar in Bezug auf die Depression keine sichere Aussage über eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes machen, es kann aber von einer leichten Verschlechterung in Bezug auf die Schmerzstörung ausgegangen

werden. Die Veränderungen sind indessen gering. Die im Gutachten von 2016 gestellten Diagnosen sind auch im Zeitraum Dezember 2007 bis Ende Januar 2009 zu stellen. Das Gleiche gilt für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit.

7.7 Aufgrund der gegebenen Beweiskraft des Gerichtsgutachtens erweisen sich die vom Beschwerdeführer vorgebrachten Rügen hinsichtlich der Beweiskraft des Gutachtens der Begutachtungsstelle F.\_\_\_\_ sowie der Modalitäten bezüglich der Mitwirkungs- und Verfahrensrechte als obsolet.

8.

8.1 Zusammengefasst zeigt sich damit, dass der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers im Vergleich zum Zeitpunkt der letztmaligen Rentenbeurteilung mit Verfügung vom 24. Juni 2005, welcher zugrunde lag, dass die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Betriebsmitarbeiter zwar eingeschränkt, eine leichte, angepasste, rückschonende Tätigkeit hingegen ganztags zumutbar sei, sich verschlechtert hat. Die angestammte Tätigkeit ist nach wie vor nicht zumutbar und in einer Verweistätigkeit besteht eine 25%ige Arbeitsunfähigkeit.

8.2 Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer für die Zeit vom 1. Dezember 2006 bis zum 31. Januar 2009 eine befristete ganze Invalidenrente zugesprochen. Retrospektiv werden nun folgende Arbeitsunfähigkeiten verbindlich festgelegt: Aus rheumatologischer Sicht besteht hinsichtlich der angestammten Tätigkeit eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit seit 1. Oktober 1999 und hinsichtlich leidensadaptierter Tätigkeit eine volle Arbeitsfähigkeit von 2001 bis zirka 2008 mit nachfolgend wiederum 100%iger Arbeitsunfähigkeit in der Rehabilitationsphase nach der Dekompression und Spondylodese im Februar 2008. Ab dem 8. September 2008 hat leidensangepasst eine 80%ige Arbeitsfähigkeit und ab dem 16. März 2011 eine 100%ige Arbeitsfähigkeit bestanden. Aus psychiatrischer Sicht betrug die Arbeitsunfähigkeit bis zu den Begutachtungszeitpunkten 25 %.

Es ergeben sich in Bezug auf Verweistätigkeiten somit folgende Arbeitsunfähigkeiten:

bis 31. Januar 2008: 25 % (aus psychiatrischer Sicht)

1. Februar bis 7. September 2008: 100 % (somatisch gesehen)

8. September 2008 bis 15. März 2011: 25 % (25 % aus psychiatrischer Sicht, 20 % somatisch gesehen, wobei die Arbeitsunfähigkeiten ineinander aufgehen)

ab 16. März 2011: 25 % (aus psychiatrischer Sicht)

Dementsprechend hat die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer zu Unrecht eine von 1. Dezember 2006 bis 31. Januar 2009 befristete Rente zugesprochen. Zwar wäre vorliegend mit Blick auf aArt. 48 Abs. 2 Satz 1 IVG (in der bis zum 31. Dezember 2007 gültig gewesenen Fassung; aufgehoben mit der 5. IVG-Revision) grundsätzlich eine Anspruchswahrung bis zu zwölf Monaten vor der Anmeldung (hier: Neuanschuldung vom 28. Dezember 2007; Eingang: 31. Dezember 2007) ■ also rückwirkend bis 1. Dezember 2006 ■ möglich. Wie unter nachstehender E. II. 8.3 aufgezeigt wird, ergibt sich für die Zeit bis zum 31. Januar 2008 jedoch bei einer Arbeitsunfähigkeit von 25 % kein rentenberechtigender Invaliditätsgrad, was auch für die Zeit ab dem 8. September 2008 mit einer wiederum 25%igen Arbeitsunfähigkeit gilt. Vom 1. Februar bis 7. September 2008 bestand hingegen eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % für jegliche Tätigkeiten, weshalb sich

ein Einkommensvergleich erübrigt und für diese Zeit ein Invaliditätsgrad von 100 % resultiert. Eine Verbesserung der Erwerbsfähigkeit ist sodann in jedem Fall zu berücksichtigen, nachdem sie ohne Unterbrechung drei Monate gedauert hat und voraussichtlich weiterhin andauern wird (Art. 88a Abs. 1 IVV). Somit ist im vorliegenden Fall von Februar bis Dezember 2008 eine befristete ganze Rente zuzusprechen.

8.3 Für die Zeit bis zum 31. Januar 2008 sowie ab 8. September 2008 bzw. ab Januar 2009 ist ein Rentenanspruch indessen zu verneinen. Die von der Beschwerdegegnerin vorgenommene Invaliditätsbemessung (vgl. Vorbescheid, IV-Nr. 227) ist nicht zu beanstanden: So ist die Vorinstanz aufgrund der Tatsache, dass dem Beschwerdeführer im Jahr 1999 aus wirtschaftlichen Gründen die Stelle gekündigt worden war und nicht davon auszugehen ist, dass er heute noch beim gleichen Arbeitgeber tätig wäre, für das Valideneinkommen ■ entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers (vgl. E. II. 2.4 hievore) ■ zu Recht von einem Tabellenlohn der vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) ausgegangen. Weil der Beschwerdeführer bis anhin keine zumutbare Verweistätigkeit aufgenommen hat, ist auch für das Invalideneinkommen ein Tabellenlohn heranzuziehen. Das Valideneinkommen beträgt für die fragliche Zeit gemäss der Tabelle TA1 2008, Total Männer, Niveau 4 (dieses Kompetenzniveau entspricht der vom Beschwerdeführer vor Eintritt des Gesundheitsschadens ausgeübten Tätigkeit) unter Aufrechnung der Wochenstunden (: 40 x 41.6) CHF 59'979.00. Das Invalideneinkommen berechnet sich gleich, denn mit Blick auf das dem Beschwerdeführer zumutbare Tätigkeitsprofil sind eben solche Tätigkeiten aus dem entsprechenden Kompetenzniveau möglich. Somit ergibt sich rein rechnerisch bei einer Arbeitsunfähigkeit von 25 % auch ein Invaliditätsgrad von 25 %. Es besteht damit kein Rentenanspruch.

Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert (Tabellenlohn) allenfalls zu kürzen (sog. leidensbedingter Abzug). Im vorliegenden Fall erscheint es gestützt auf das massgebliche Kompetenzniveau fraglich, ob ein solcher Abzug aufgrund des zumutbaren Tätigkeitsprofils zu tätigen ist. Für einen Abzug aufgrund der Merkmale wie Alter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie, mangelnde berufliche Ausbildung und Schwierigkeiten bei der Arbeitssuche besteht auch kein Raum, weil sich diese im konkreten Fall nicht lohnmindernd auswirken (vgl. hierzu Urteil des Bundesgerichts 9C\_380/2015 vom 17. November 2015 E. 3.2.4 mit Hinweis zur grundsätzlichen Nachfrage nach Hilfsarbeiten gemäss dem hier relevanten Kompetenzniveau auf dem massgebenden hypothetischen ausgeglichenen Arbeitsmarkt, wobei sich das Alter im auch hier relevanten Anforderungsniveau 4 sogar lohn erhöhend auswirkt; siehe auch Meyer/Reichmuth, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG], 3. Auflage 2014, Art. 28a IVG N 111 mit weiteren Hinweisen). Entgegen den Ausführungen des Beschwerdeführers (vgl. E. II. 2.4 hievore) werden auch sprachliche Schwierigkeiten und eine lange Absenz vom Arbeitsmarkt bei zumutbarer Erwerbstätigkeit im Anforderungsniveau 4 nicht als lohnmindernd angesehen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_594/2011 vom 20. Oktober 2011 E. 5); ebenso wenig stellt vorliegend das Erfordernis der Wechselbelastung ein lohnmindernder Faktor dar (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_187/2011 vom 30. Mai 2011 E. 4.2.3). Die Frage des Tabellenlohns kann letztlich jedoch insofern offen bleiben, als noch bei einem Abzug von 15 % kein rentenbegründender Invaliditätsgrad resultieren würde.

8.4 Schliesslich ist festzuhalten, dass ■ entgegen der Behauptung des Beschwerdeführers (vgl. A.S. 273) ■ nicht ersichtlich ist, weshalb der Beschwerdeführer, der im Begutachtungszeitpunkt (BGE 138 V 457 E. 3.3 S. 462; Urteile des Bundesgerichts 9C\_505/2016 vom 6. Juli 2017 E. 4.1, 9C\_456/2014 vom 19. Dezember 2014 E. 3.1.2) 52 Jahre alt war, eine vergleichsweise hohe Restarbeitsfähigkeit von 75 % für leichte, gelegentlich mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeiten des Kompetenzniveaus 4 auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nicht sollte verwerten können. Auch dem MEDAS-Gutachten lassen sich keine Anhaltspunkte entnehmen, wonach die attestierte Arbeits- und Leistungsfähigkeit erst zu einem späteren Zeitpunkt, nach Durchführung allfälliger Massnahmen, umsetzbar wäre. Wenn der psychiatrische Gutachter berufliche Massnahmen als «sehr sinnvoll» erachtet (vgl. A.S. 179), heisst dies entgegen der beschwerdeführerischen Auffassung (vgl. A.S. 273) nicht, dass der Gutachter solche Massnahmen als zwingende Voraussetzung für die Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit einstuft.

9. Der Beschwerdeführer lässt ausserdem berufliche Eingliederungsmassnahmen beantragen, insbesondere ein Belastbarkeits- und Aufbautraining oder eine berufliche Abklärung (BEFAS). Nach einer Leidensgeschichte von fast einem Vierteljahrhundert und einer 15-jährigen vollständigen Absenz vom Arbeitsmarkt stehe ein Belastbarkeits- und Aufbautraining im Vordergrund. Tatsächlich ist der Beschwerdeführer zum Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung während 15 Jahren keiner Erwerbstätigkeit mehr nachgegangen. Er hat in dieser Zeit jedoch keine Anstalten gemacht, die vorhandene Restarbeitsfähigkeit zu verwerten und dies, obwohl er auch selber von einer Restarbeitsfähigkeit von 50 % ausgeht (vgl. A.S. 273). Die im Rahmen der letzten Begutachtung von ihm gemachten Angaben zu seinen Beschwerden (Schmerzen von 8 bis 10 auf einer Skala bis 10) und das auffallende gesteigerte Krankheitsgebaren lassen nicht darauf schliessen, dass berufliche Massnahmen im vorliegenden Fall sinnvoll oder zweckmässig sein könnten. Vielmehr steht dem Beschwerdeführer seine subjektive Krankheitsüberzeugung hier im Wege. Dementsprechend hat die Beschwerdegegnerin zu Recht keine solchen Anstrengungen unternommen. Selbst ein Anspruch auf Arbeitsvermittlung erscheint unter diesen Voraussetzungen fraglich. Sollte der Beschwerdeführer indessen die zumutbare Restarbeitsfähigkeit verwerten wollen, kann er bei der Beschwerdegegnerin entsprechende Massnahmen beantragen.

10. Nach dem Gesagten ist die Beschwerde abzuweisen. Die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 7. August 2014 ist dahingehend abzuändern, dass der Beschwerdeführer lediglich von Februar bis Dezember 2008, also während elf Monaten, einen Anspruch auf eine volle Rente hat. Die Sache ist daher an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit sie eine neue Rentenberechnung im Sinne der Erwägungen und unter Einbezug der Prüfung eines allfälligen Anspruches auf Verzugszinsen auf der Rentennachzahlung vornehme und hierauf neu verfüge.

11.

11.1 Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung.

11.2 Aufgrund von Art. 69 Abs. 1bisIVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 - 1'000.00 festgelegt. Nach

dem Ausgang des vorliegenden Verfahrens hat der Beschwerdeführer die Verfahrenskosten von CHF 1'000.00 zu bezahlen. Diese sind mit dem von ihm geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe zu verrechnen.

11.3 Die Beschwerdegegnerin hat im Rahmen der Verfahrenskosten zudem, unabhängig vom Ausgang des Verfahrens, die im Zusammenhang mit dem Gerichtsgutachten entstandenen Kosten von total CHF 14'600.50 zu übernehmen (vgl. BGE 137 V 210 E. 4.4.2). In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass die Einholung des Gerichtsgutachtens nicht nur ■ was entscheidend ist ■ aus damaliger Sicht, sondern auch rückblickend gesehen notwendig war. Dies gilt indessen nicht für das Aktengutachten von Dr. med. H. \_\_\_ vom 7. Februar 2018. Die in Zusammenhang mit dieser Expertise aufgeworfenen Fragen hätten bereits im Rahmen des Gerichtsgutachtens gestellt werden können. Die Kosten für dieses Gutachten von CHF 1'950.00 sind daher auf die Staatskasse zu nehmen.

Demnach wird beschlossen und erkannt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Die Verfügung der IV-Stelle Solothurn vom 7. August 2014 wird dahingehend abgeändert, dass ein Anspruch des Beschwerdeführers auf eine befristete ganze Invalidenrente für die Zeit vom 1. Februar 2008 bis 31. Dezember 2008 besteht.

3. Die Sache wird an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen, damit diese im Sinne der Erwägungen verfare und hierauf neu verfüge.

4. Der Beschwerdeführer hat die Verfahrenskosten von CHF 1'000.00 zu bezahlen. Diese werden mit dem von ihm geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe verrechnet.

5. Die IV-Stelle Solothurn hat die Kosten des Gerichtsgutachtens vom 17. August 2016 von CHF 14'600.50 zu bezahlen.

6. Die Kosten für das Aktengutachten vom 7. Februar 2018 von CHF 1'950.00 gehen zu Lasten des Staates.

7. Eine Kopie des Protokolls der öffentlichen Verhandlung vom 7. November 2018 geht zur Kenntnisnahme an die Parteien.

8. Je eine Kopie der an der öffentlichen Verhandlung vom 7. November 2018 eingereichten Urkunden 6 - 9 gehen zur Kenntnisnahme an die Beschwerdegegnerin.

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

Die Gerichtsschreiberin

Weber-Probst

Wittwer

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