

SO_GERICHTE VSBES.2015.122 vom 19. Oktober 2016

SO Obergericht, 2016-10-19, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2015.122_d20161019

FR: SO_GERICHTE VSBES.2015.122 du 19 octobre 2016

IT: SO_GERICHTE VSBES.2015.122 del 19 ottobre 2016

Regeste

Invalidenrente

Erwägungen

E. 1

1.1 Der 1963 geborene A.____ war seit 1. September 1989 als Schreiner bei [...], [...], tätig. Ab dem 28. Januar 1998 wurde er krankheitshalber vollumfänglich arbeitsunfähig geschrieben. Im April 1998 musste er sich einer Strumektomie (Teilentfernung der Schilddrüse) unterziehen. Vom 1. bis 22. Februar 1999 war er wegen einer schweren depressiven Episode mit Somatisierungsstörung in der Psychiatrischen Klinik Solothurn hospitalisiert. Am 22. Februar 1999 meldete er sich wegen psychischen Beschwerden sowie Herz- und Schilddrüsenbeschwerden bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an. Die IV-Stelle des Kantons Solothurn sprach dem Versicherten mit Verfügung vom 8. Juni 1999 aufgrund eines Invaliditätsgrades von 100 % eine ganze Invalidenrente mit Wirkung ab 1. Januar 1999 zu (IV-St. Beleg Nr. [IV-Nr.] 5). 1.2 Die im März 2000, September 2002 und Januar 2006 von Amtes wegen eingeleiteten Revisionsverfahren ergaben keine rentenbeeinflussende Änderung (vgl. IV-Nr. 6, 10, 13, 15, 16 und 19). 1.3 Im Februar 2009 veranlasste die IV-Stelle von Amtes wegen ein weiteres Revisionsverfahren. Am 19. September 2009 erlitt der Versicherte einen Herzinfarkt. In der Folge wurde am 22. März 2010 eine psychiatrische Begutachtung bei B.____, Fachärztin FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, [...], durchgeführt (Bericht vom 23. März 2010, IV-Nr. 28.1). Daraufhin reduzierte die IV-Stelle nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren mit Verfügung vom 18. November 2010 die bisher zugesprochene ganze IV-Rente aufgrund eines ermittelten Invaliditätsgrads von nurmehr 45 % auf eine Viertelsrente mit Wirkung ab 1. Januar 2011 (IV-Nr. 44). Die dagegen erhobene Beschwerde wies das Versicherungsgericht des Kantons Solothurn mit Urteil vom 22. November 2011 ab (; IV-Nr. 58 S. 2 ff.). Die daraufhin eingereichte Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten wies das Bundesgericht mit Urteil vom 25. Januar 2012 ebenfalls ab (9C_964/2011; IV-Nr. 61). 1.4 Vom 27. September bis 20. November 2012 hielt sich der Versicherte erneut in der Psychiatrischen Klinik Solothurn auf. Bereits am 30. Oktober 2012 hatte er sich wegen einer Verschlechterung seines Gesundheitszustands bei der IV angemeldet. Mit Vorbescheid vom 9. November 2012 stellte die IV-Stelle in Aussicht, auf das Leistungsbegehren nicht einzutreten (IV-Nr. 66 S. 3 f.). Am 27. Februar 2013 erliess sie eine Verfügung, worin sie auf das Leistungsbegehren doch eintrat und eine Rentenrevision einleitete (IV-Nr. 71). Daraufhin veranlasste die IV-Stelle eine bidisziplinäre (internistische und psychiatrische) Begutachtung im C.____, welche am 10. Juli 2013 durchgeführt wurde. Am 6. Januar 2014 erliess die IV-Stelle einen Vorbescheid, worin sie keine Erhöhung der Invalidenrente in

Aussicht stellte (IV-Nr. 91 S. 2 ff.). Dagegen erhob der Versicherte am 19. Februar 2014 einen Einwand und stellte ein Gegengutachten des D.____ in Aussicht, welches der IV-Stelle am 20. März 2014 zugestellt wurde. Auf Empfehlung des Arztes des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) wurde die Stellungnahme des D.____ vom 18. März 2014 dem C.____ zur Vernehmlassung vorgelegt. Dieses nahm dazu am 14. Juli 2014 Stellung. Daraufhin erliess die IV-Stelle am 19. März 2015 eine Verfügung, worin eine Erhöhung der Invalidenrente abgelehnt wurde. Zur Begründung wurde im Wesentlichen angegeben, dem Versicherten sei weiterhin eine Tätigkeit mit einem Pensum von 60 % zuzumuten. Es werde weiterhin eine Viertelsrente ausgerichtet (IV-Nr. 109).

E. 2

2.1 Als Invalidität im Sinne des Gesetzes gelten gemäss Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1) die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit andauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Sie kann nach Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein.

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. c).

2.3 Für die Bemessung der Invalidität von erwerbstätigen Versicherten ist Art. 16 ATSG anwendbar. Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG; sogenannte allgemeine Methode des Einkommensvergleichs). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (BGE 130 V 343 E. 3.4 S. 348 f.; 128 V 29 E. 1 S. 30; 104 V 135 E. 2a und b S. 136 f.).

3.1 Ändert sich der Invaliditätsgrad eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG).

3.2 Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen (BGE 134 V 131 E. 3 S. 132 mit Hinweisen). Die Invalidenrente ist deshalb nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes revidierbar, sondern auch dann, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben. Ein Revisionsgrund ist ferner unter Umständen auch dann gegeben, wenn eine andere Art der Bemessung der Invalidität zur Anwendung gelangt oder eine Wandlung des Aufgabenbereichs eingetreten ist (BGE

130 V 343 E. 3.5 S. 349 f. mit Hinweisen). Unerheblich unter revisionsrechtlichem Gesichtswinkel ist dagegen nach ständiger Rechtsprechung die unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Sachverhaltes (BGE 112 V 371 E. 2b S. 372; vgl. auch BGE 135 V 201 E. 5.2 S. 205).

3.3 Zeitlicher Referenzpunkt für die Prüfung einer anspruchserheblichen Änderung ist die letzte (der versicherten Person eröffnete) rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs beruht (BGE 133 V 108 E. 5 S. 110 ff., 130 V 71 E. 3 S. 73 ff.).

Im vorliegenden Fall sprach die IV-Stelle dem Beschwerdeführer mit rechtskräftiger Verfügung vom 8. Juni 1999 aufgrund eines Invaliditätsgrades von 100 % eine ganze Invalidenrente rückwirkend ab 1. Januar 1999 zu, welche im Rahmen des im Februar 2009 von Amtes wegen durchgeführten Revisionsverfahrens mit Verfügung vom 18. November 2010 aufgrund eines ermittelten Invaliditätsgrads von nurmehr 45 % auf eine Viertelsrente mit Wirkung ab 1. Januar 2011 herabgesetzt wurde (IV-Nr. 5 und 44). Dabei stützte sich die IV-Stelle im Wesentlichen auf das psychiatrische Fachgutachten von Dr. med. B.____, Fachärztin FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, [...], vom 23. März 2010 (IV-Nr. 28.1). Die Verfügung vom 18. November 2010 wurde vom Versicherungsgericht des Kantons Solothurn mit Urteil vom 22. November 2011 (; IV-Nr. 58 S. 2 ff.) und vom Bundesgericht mit Urteil vom 25. Januar 2012 (9C_964/2011; IV-Nr. 61) bestätigt. Der aktuelle Sachverhalt ist nach dem Gesagten mit demjenigen zu vergleichen, wie er der vorerwähnten rechtskräftigen Verfügung vom 18. November 2010 zu Grunde lag (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_441/2012 vom 25. Juli 2013 E. 3 bis 7 mit Hinweisen und 8C_493/2011 vom 23. November 2011 E. 4.1).

3.4 Gemäss Art. 88a Abs. 2 Satz 1 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV, SR 831.201) ist eine Verschlechterung der Erwerbsfähigkeit oder der Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, zu berücksichtigen, sobald sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate gedauert hat. Die Erhöhung der Renten erfolgt, sofern der Versicherte die Revision verlangt, frühestens von dem Monat an, in dem das Revisionsbegehren gestellt wurde (Art. 88bis Abs. 1 lit. a IVV).

E. 2.2

Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht bei einem Invaliditätsgrad ab 40 % ein Anspruch auf eine Viertelsrente, ab 50 % auf eine halbe Rente, ab 60 % auf eine Dreiviertelsrente und ab 70 % auf eine ganze Rente. 2.3 Für die Bemessung der Invalidität von erwerbstätigen Versicherten ist Art. 16 ATSG anwendbar. Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG; sogenannte allgemeine Methode des Einkommensvergleichs). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (BGE 130 V 343 E. 3.4 S. 348 f.; 128 V 29 E. 1 S. 30; 104 V 135 E. 2a und b S. 136 f.). 3.

E. 3

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

E. 3.1

Ändert sich der Invaliditätsgrad eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). 3.2 Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen (BGE 134 V 131 E. 3 S. 132 mit Hinweisen). Die Invalidenrente ist deshalb nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes revidierbar, sondern auch dann, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben. Ein Revisionsgrund ist ferner unter Umständen auch dann gegeben, wenn eine andere Art der Bemessung der Invalidität zur Anwendung gelangt oder eine Wandlung des Aufgabenbereichs eingetreten ist (BGE 130 V 343 E. 3.5 S. 349 f. mit Hinweisen). Unerheblich unter revisionsrechtlichem Gesichtswinkel ist dagegen nach ständiger Rechtsprechung die unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Sachverhaltes (BGE 112 V 371 E. 2b S. 372; vgl. auch BGE 135 V 201 E. 5.2 S. 205). 3.3 Zeitlicher Referenzpunkt für die Prüfung einer anspruchserheblichen Änderung ist die letzte (der versicherten Person eröffnete) rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs beruht (BGE 133 V 108 E. 5 S. 110 ff., 130 V 71 E. 3 S. 73 ff.). Im vorliegenden Fall sprach die IV-Stelle dem Beschwerdeführer mit rechtskräftiger Verfügung vom 8. Juni 1999 aufgrund eines Invaliditätsgrades von 100 % eine ganze Invalidenrente rückwirkend ab 1. Januar 1999 zu, welche im Rahmen des im Februar 2009 von Amtes wegen durchgeführten Revisionsverfahrens mit Verfügung vom 18. November 2010 aufgrund eines ermittelten Invaliditätsgrades von nurmehr 45 % auf eine Viertelsrente mit Wirkung ab 1. Januar 2011 herabgesetzt wurde (IV-Nr. 5 und 44). Dabei stützte sich die IV-Stelle im Wesentlichen auf das psychiatrische Fachgutachten von Dr. med. B.____, Fachärztin FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, [...], vom 23. März 2010 (IV-Nr. 28.1). Die Verfügung vom 18. November 2010 wurde vom Versicherungsgericht des Kantons Solothurn mit Urteil vom 22. November 2011 (; IV-Nr. 58 S. 2 ff.) und vom Bundesgericht mit Urteil vom 25. Januar 2012 (9C_964/2011; IV-Nr. 61) bestätigt. Der aktuelle Sachverhalt ist nach dem Gesagten mit demjenigen zu vergleichen, wie er der vorerwähnten rechtskräftigen Verfügung vom 18. November 2010 zu Grunde lag (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_441/2012 vom 25. Juli 2013 E. 3 bis 7 mit Hinweisen und 8C_493/2011 vom 23. November 2011 E. 4.1). 3.4 Gemäss Art. 88a Abs. 2 Satz 1 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV, SR 831.201) ist eine Verschlechterung der Erwerbsfähigkeit oder der Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, zu berücksichtigen, sobald sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate gedauert hat. Die Erhöhung der Renten erfolgt, sofern der Versicherte die Revision verlangt, frühestens von dem Monat an, in dem das Revisionsbegehren gestellt wurde (Art. 88 bis Abs. 1 lit. a IVV). 4. 4.1 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung gestellt haben. Aufgabe des Arztes ist es, den Gesundheitszustand

zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren bilden die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 132 V 93 E. 4 S. 99 f. mit Hinweisen).

4.2 Der Versicherungsträger und das Gericht (vgl. Art. 61 lit. c in fine ATSG) haben die Beweise frei, das heisst ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Gericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352; vgl. auch BGE 132 V 393 E. 2.1 S. 396). Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten – d.h. der Anamnese – abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232). Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352; 122 V 157 E. 1c S. 160 f.). Dennoch hat es die Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar erachtet, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (BGE 125 V 351, E. 3b, S. 352). Den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens durch den Sozialversicherer eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 135 V 465, E. 4.4, S. 470 f., 125 V 351 E. 3b/bb, S. 353).

E. 4

Dem Beschwerdeführer sei die volle unentgeltliche Rechtspflege und Rechtsbeistandung unter gleichzeitiger Einsetzung des unterzeichneten Rechtsanwalts als unentgeltlicher Rechtsbeistand zu gewähren.

E. 5

5.1 Der Beschwerdeführer lässt zunächst in formeller Hinsicht geltend machen, die IV-Stelle habe ihm die Stellungnahme des C. ___ vom 14. Juli 2014 vor Verfügungserlass nicht zur Kenntnis und Äusserung gebracht, was eine schwere Verletzung des rechtlichen Gehörs darstelle. Die Sache sei daher zur korrekten Durchführung des rechtlichen Gehörs an die IV-Stelle zurückzuweisen.

5.2 Das Akteneinsichtsrecht bildet Bestandteil des Anspruchs auf rechtliches Gehör (Art. 29 Abs. 2 Bundesverfassung [BV; SR 101]). Damit die von einem Entscheid betroffene Person zu den wesentlichen Punkten Stellung nehmen kann, bevor der Entscheid

gefällt wird, muss sie vorweg auch in die massgebenden Akten Einsicht nehmen können. Das Akteneinsichtsrecht bezieht sich grundsätzlich auf sämtliche verfahrensbezogene Akten. Damit die Beteiligten die Möglichkeit haben, ein Akteneinsichtsgesuch zu stellen, müssen sie über den Beizug neuer entscheidwesentlicher Akten informiert werden. Dies gilt jedenfalls für Akten, welche sie nicht kennen und auch nicht kennen können. Das Akteneinsichtsrecht wird jedoch grundsätzlich nur auf entsprechendes Gesuch hin gewährt (BGE 132 V 387 E. 6.2 S. 391; Urteile des Bundesgerichts 8C_978/2012 vom 20. Juni 2013 E. 3.2, 9C_774/2011 vom 20. April 2012 E. 2.2 und I 193/04 vom 14. Juli 2006 E. 6.2, je mit Hinweisen).

Im vorliegenden Fall stellte die IV-Stelle dem Beschwerdeführer das C.____-Gutachten vom 19. Juli 2013 zur Vernehmlassung zu, worauf er in seiner Stellungnahme vom 13. August 2013 im Wesentlichen geltend machte, die im C.____-Gutachten beschriebene Verbesserung seines Gesundheitszustands ab März 2010 könne nicht belegt und von ihm nicht bestätigt werden; gleichzeitig reichte er der IV-Stelle eine Einschätzung seines behandelnden Psychiaters des D.____ (;) vom 12. August 2013 ein (IV-Nr. 86 und 88). Daraufhin erliess die IV-Stelle am 6. Januar 2014 einen Vorbescheid, worin sie die Ablehnung der Erhöhung der bisher gewährten Viertelsrente in Aussicht stellte (IV-Nr. 91 S. 2 ff.). In der Folge hielt der Beschwerdeführer mit Eingabe vom 19. Februar 2014 fest, er könne sich mit dem Vorbescheid vom 6. Januar 2014 nicht einverstanden erklären; es sei ihm statt einer Viertelsrente eine ganze Rente zuzusprechen. Im Weiteren wies er darauf hin, die detaillierte Begründung der Verschlechterung seines Gesundheitszustands erfolge demnächst in einem Gegengutachten des D.____ (IV-Nr. 97). Mit Eingabe vom 20. März 2014 wurde der IV-Stelle eine Stellungnahme des D.____ vom 18. März 2014 zugestellt (IV-Nr. 102). Der RAD-Arzt E.____, Facharzt Allgemeine Medizin FMH, hielt in seiner Stellungnahme vom 25. Juni 2014 im Wesentlichen fest, insbesondere der letzte Punkt der Suizidalität sei nachfragebedürftig; es empfehle sich, das Schreiben des behandelnden Psychiaters dem C.____ zur Stellungnahme zu unterbreiten (IV-Nr. 104). Daraufhin stellte die Beschwerdegegnerin die Stellungnahme des behandelnden Psychiaters vom 18. März 2014 dem C.____ zu, worauf die C.____-Gutachter Dres. med. [...] und [...] am 14. Juli 2014 Stellungnahmen (IV-Nr. 105 und 106). Diese Vernehmlassung wurde in der Folge dem RAD-Arzt E.____ (vgl. dessen Stellungnahme vom 23. Februar 2015, IV-Nr. 108), jedoch nicht dem Beschwerdeführer vor Erlass der angefochtenen Verfügung zur Stellungnahme zugestellt. Diese Vorgänge ergeben sich aus den ins Recht gelegten Akten und werden von keiner Seite bestritten.

Grundsätzlich sind auch Einschätzungen versicherungsinterner Ärzte und (zusätzliche) Stellungnahmen medizinischer Fachpersonen zu bereits erstellten Berichten oder Gutachten den Parteien zur Stellungnahme zu unterbreiten. Verwaltungsbehörden dürfen sich nicht über den elementaren Grundsatz des rechtlichen Gehörs hinwegsetzen und darauf vertrauen, dass solche Verfahrensmängel in einem vom durch den Verwaltungsakt Betroffenen allfällig angehobenen Gerichtsverfahren behoben werden. Eine Rückweisung zur nachträglichen Einholung einer Stellungnahme ist indessen nur angezeigt, wenn das betreffende Dokument geeignet ist, die Entscheidungsfindung zu beeinflussen (Urteil des Bundesgerichts 8C_210/2007 vom 15. Mai 2008 E. 5.2 mit Hinweisen).

Die IV-Stelle hat dem Beschwerdeführer vor Erlass der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 19. März 2015 nicht mitgeteilt, dass sie aufgrund des Berichts des behandelnden Psychiaters vom 18. März 2014 noch eine Stellungnahme des

begutachtenden C.____ -Psychiaters einholen werde bzw. eingeholt hatte. Er kannte diese Aktenbeurteilung nicht und konnte sie auch nicht kennen. Die Beschwerdegegnerin führte in der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 19. März 2015 u.a. aus, der Bericht des behandelnden Psychiaters vom 18. März 2014 sei dem C.____ vorgelegt worden, welches dazu am 14. Juli 2014 Stellung genommen habe. Diese Stellungnahme bilde integrierenden Bestandteil der vorliegenden Verfügung. Darin habe Dr. med. [...]nochmals die massgebenden Kriterien ausgeführt und sei nach wie vor zum gleichen Ergebnis wie im Gutachten gelangt (IV-Nr. 109 S. 2). Dass die erwähnte Stellungnahme des C.____ vom 14. Juli 2014 eine wesentliche Grundlage der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 19. März 2015 bildet, kann nicht zweifelhaft sein, erklärte die IV-Stelle diese Stellungnahme doch zum Bestandteil der angefochtenen Verfügung. Indem die Beschwerdegegnerin den Beschwerdeführer vor dem Erlass der vorliegend angefochtenen Verfügung weder über den Beizug dieser zusätzlichen Stellungnahme informierte noch ihm Gelegenheit gab, dazu Stellung zu nehmen, verletzte sie seinen Anspruch auf rechtliches Gehör. Die Behörde hat die Pflicht, über neue, dem Dossier beigefügte Beweismittel zu informieren, welche dazu bestimmt sind, einen rechtlich erheblichen Punkt zu beeinflussen. Wie erwähnt, sind auch zusätzliche Stellungnahmen medizinischer Fachpersonen zu bereits erstellten Gutachten den Parteien zur Stellungnahme zu unterbreiten (Müller, Das Verwaltungsverfahren in der Invalidenversicherung, 2010, S. 259 Rz. 1361 mit Hinweisen).

Aus diesem Umstand kann indessen nicht abgeleitet werden, die Nichtzustellung der Stellungnahme des C.____ vom 14. Juli 2014 vor Erlass der angefochtenen Verfügung stelle eine schwere, keiner Heilung zugängliche Verletzung des rechtlichen Gehörs dar. Das C.____ bestätigte darin nämlich lediglich seine dem Vorbescheid vom 6. Januar 2014 zugrunde gelegte psychiatrische Beurteilung. Die Stellungnahme vom 14. Juli 2014 enthält keine neuen medizinischen Gesichtspunkte. Mit Blick auf den Inhalt der Stellungnahme vom 14. Juli 2014 muss die Gehörsverletzung seitens der IV-Stelle als leicht qualifiziert werden. Da das Versicherungsgericht sowohl die Rechtslage als auch den Sachverhalt frei überprüfen kann, ist unter den gegebenen Umständen eine Heilung des Verfahrensmangels zulässig und geboten. Von einer Rückweisung der Sache zur Gewährung des rechtlichen Gehörs ist auch deshalb abzusehen, weil diese zu einem formalistischen Leerlauf und damit zu unnötigen Verzögerungen führen würde, die mit dem (der Anhörung gleichgestellten) Interesse der betroffenen Partei an einer beförderlichen Beurteilung der Sache nicht zu vereinbaren sind (Urteil des Bundesgerichts 8C_210/2007 vom 15. Mai 2008 E. 5.3.2 mit Hinweisen, u.a. auf BGE 132 V 387 E. 5.1 S. 390). Entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers kann nicht gesagt werden, er sei von der Verwaltung «bei den Beweiserhebungen systematisch ausgeschlossen» worden. Von einem unfairen Verfahren kann hier nicht gesprochen werden. Der Antrag, die Beschwerdesache sei zwecks korrekter Durchführung des Vorbescheidverfahrens an die IV-Stelle zurückzuweisen, ist nach dem Gesagten abzuweisen.

Die Zusprache einer Parteientschädigung an den Beschwerdeführer zu Lasten der Beschwerdegegnerin ist unter den gegebenen Umständen nicht gerechtfertigt, kann doch das Rechtsbegehren (Ziff. 2a) des Beschwerdeführers, die Beschwerdesache sei zwecks korrekter Durchführung des Vorbescheidverfahrens an die IV-Stelle zurückzuweisen, nicht gutgeheissen werden. Im Übrigen ging der Beschwerdeführer an der öffentlichen Verhandlung vom 19. Oktober 2016 im Rahmen des Parteivortrags auf dieses Rechtsbegehren nicht mehr ein. Demnach kommt diesem Einwand im vorliegenden

Beschwerdeverfahren eher untergeordnete Bedeutung zu.

6. Im Folgenden ist der medizinische Sachverhalt darzulegen, wie er der Verfügung vom 18. November 2010 (IV-Nr. 44) zugrunde lag:

6.1 Dem psychiatrischen Fachgutachten von Dr. med. B.____, Fachärztin FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, [...], vom 23. März 2010 können folgende psychiatrischen Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit entnommen werden: «Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichtgradige depressive Episode ohne somatisches Syndrom (ICD-10: F33.00), Hypochondrische Störung (ICD-10: F45.2)». Die ebenfalls diagnostizierten akzentuierten narzisstischen Persönlichkeitszüge (ICD-10: Z73.1) hatten keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Im Rahmen der diagnostischen Beurteilung gab die Gutachterin zusammenfassend an, im Jahr 1996 sei beim Exploranden ein Morbus Basedow, eine Schilddrüsenüberfunktion immunogener Genese, diagnostiziert worden. Trotz thyreostatischer Behandlung und operativer Teilentfernung der Schilddrüse seien eine hyperthyreote Stoffwechsellage und eine Tachykardie bestehen geblieben. Im Jahr 2005 sei zudem ein Diabetes mellitus Typ 2 diagnostiziert worden. Im September 2009 habe der Explorand einen Herzinfarkt erlitten. Diagnostisch handle es sich um eine Komorbidität von hypochondrischer Störung und rezidivierender depressiver Störung mit einer gegenwärtig leichtgradigen Episode. Bei der aktuellen Untersuchung schildere der Explorand die für eine hypochondrische Störung typische ängstliche Beobachtung des Körpers mit mindestens dreimal täglichem Puls messen und katastrophisierender Interpretation bei geringsten Veränderungen. Die meisten der vom Exploranden geschilderten Ängste, nämlich seine Angst vor dem Tod, vor der Nacht, vor dem Einschlafen, vor dem Alleinsein, die Angst umzufallen etc. stünden in engem Zusammenhang mit der Angst vor einer schweren Krankheit. Die Tatsache, dass mit dem Herzinfarkt mittlerweile tatsächlich eine ernsthafte und bedrohliche somatische Erkrankung vorliege, widerspreche nicht der Diagnose einer hypochondrischen Störung. Die aktuelle Exploration zeige, dass seine Ängste deutlich situations- und auch motivationsabhängig und somit grösstenteils überwindbar seien. Die Angaben des Exploranden in Bezug auf das Ausmass seiner Ängste und seine angstbedingten Einschränkungen im Alltag seien nicht konsistent, sodass auf diese nicht abgestellt werden könne. An depressiver Symptomatik finde sich gegenwärtig eine leicht- bis mittelgradige depressive Niedergeschlagenheit, eine Freudeminderung, ein leichtgradig verminderter Antrieb, Ein- und Durchschlafstörungen und eine Appetitminderung mit teilweise auch intentionell bedingtem Gewichtsverlust, sodass gegenwärtig die diagnostischen Kriterien einer leichtgradigen Episode erfüllt seien. Ferner bestünden akzentuierte narzisstische Persönlichkeitszüge. Der Explorand schildere, dass er sehr nachtragend und leicht kränkbar sei und alles persönlich nehme. Angesichts der nur spärlichen Informationen bezüglich der zwischenmenschlichen Beziehungsgestaltung sei eine Persönlichkeitsstörung, welche die soziale Funktionsfähigkeit des Exploranden einschränken würde, nicht ganz auszuschliessen, jedoch wenig wahrscheinlich. Der Explorand habe seine Eheproblematik auf die von Beginn an bestehende Abhängigkeit von seiner Ehefrau in Bezug auf die Aufenthaltsbewilligung und auf deren eigene psychische Störung zurückgeführt. Konflikte im Arbeitsbereich seien auf Anfrage verneint worden. Eine neunjährige Anstellung bei demselben Arbeitgeber spreche gegen das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung. Die akzentuierten Persönlichkeitszüge hätten von daher keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Bei der aktuellen Untersuchung seien keinerlei Hinweise auf kognitive Defizite vorhanden. Es habe weder eine gedankliche Verlangsamung noch

eine Umstellungserschwerung beobachtet werden können. Die unterschiedliche klinische Präsentation könne durch die zwischenzeitlich stattgefundene Besserung der depressiven Symptomatik mit gegenwärtig nur noch leichtgradig depressiver Episode erklärt werden.

Im Weiteren führte die Psychiaterin aus, bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit habe man nur die objektivierbare depressive Symptomatik und die nachvollziehbaren Ängste berücksichtigen können. Auf das vom Exploranden beschriebene Ausmass der Ängste und die angegebenen Einschränkungen im Alltags- und Privatleben habe aufgrund der erheblichen Widersprüche nicht abgestellt werden können. Aus rein psychiatrischer Sicht bestehe in der angestammten Tätigkeit als Schreiner eine 60%ige Arbeitsfähigkeit. Die Arbeitsfähigkeit sei durch die depressive Antriebsminderung und die körperbezogenen Ängste, welche einen ständigen, leichtgradig erhöhten innerseelischen Energieaufwand bedingten, um 40 % vermindert. Bei einem auf die Wochentage regelmässig verteilten Arbeitspensum von maximal 6 Stunden pro Tag bestehe eine leichte zusätzliche Leistungsminderung durch Verlangsamung, sodass eine Gesamtarbeitsfähigkeit von 60 % resultiere. Für alle überwiegend manuell-handwerklichen Tätigkeiten ohne erhöhte Anforderungen in Bezug auf eigenständige Entscheidungsfindung, Priorisierung etc. liege die Arbeitsfähigkeit gleich hoch bei 60 % (IV-Nr. 28.1. S. 11 ff.).

6.2 Das Bundesgericht hielt mit Urteil 9C_964/2011 vom 25. Januar 2012 im Wesentlichen Folgendes fest (IV-Nr. 61 S. 5 ff.):

Die Administrativgutachterin umschrieb die Arbeitsfähigkeit wie folgt: «Aus rein psychiatrischer Sicht besteht in der angestammten Tätigkeit als Schreiner eine 60%ige Arbeitsfähigkeit. Die Arbeitsfähigkeit ist durch die depressive Antriebsminderung und die körperbezogenen Ängste, welche einen ständigen, leichtgradig erhöhten innerseelischen Energieaufwand bedingen, um 40 % vermindert. Bei einem auf die Wochentage regelmässig verteilten Arbeitspensum von maximal 6 Stunden pro Tag besteht eine leichte zusätzliche Leistungsminderung durch Verlangsamung, so dass eine Gesamtarbeitsfähigkeit von 60 % resultiert.» Dasselbe gilt für alle überwiegend manuell-handwerklichen Tätigkeiten ohne erhöhte Anforderungen. Diese Einschätzung ist nachvollziehbar und eine Gesamtarbeitsfähigkeit von 60 % leuchtet ein, wie die Vorinstanz festgestellt hat. Der letzte Satz im Besonderen konkretisiert die um 40 % verminderte Arbeitsfähigkeit durch Angabe des zumutbaren Arbeitspensums (täglich sechs Stunden) und der in diesem zeitlichen Rahmen zu erbringenden Leistung (E. 4.2).

Der Beschwerdeführer legt nicht dar, inwiefern die Vorinstanz diese Rechtsprechung bundesrechtswidrig angewendet haben soll (Art. 41 Abs. 2 BGG). Die Tatsache allein, dass die behandelnden Ärzte vom medizinischen Rehabilitationszentrum eine schwere bzw. eine gegenwärtig mittelgradige depressive Episode diagnostizierten (Bericht vom 13. November 2009 und 6. Juli 2010), spricht nicht gegen den Beweiswert des Administrativgutachtens. Dass die Vorinstanz darauf abgestellt hat, stellte keine unhaltbare Beweiswürdigung dar (Urteile 9C_779/2010 vom 30. September 2011 E. 1.1.1 und 9C_735/2010 vom 21. Oktober 2010 E. 3, je mit Hinweisen; E. 5.1.2).

Die Feststellung der Vorinstanz, es liessen sich auch anderen Arztberichten (als der Expertise) keine Anhaltspunkte für neuropsychologische Störungen entnehmen, ist insofern offensichtlich unrichtig, als im Bericht des medizinischen Rehabilitationszentrums vom 13. November 2009 festgehalten wurde, der Versicherte sei kognitiv in Aufmerksamkeit, Konzentration, Merkfähigkeit und Gedächtnis verlangsamt bzw. deutlich eingeschränkt; es

bestehe eine deutliche Vergesslichkeit, das Denken sei formal unbeweglich und inhaltlich problemzentriert. Demgegenüber fand die Administrativgutachterin, unter Bezugnahme auf eben diesen Bericht, bei der Untersuchung keinen Hinweis auf kognitive Defizite; sie erachtete daher eine neuropsychologische Testung nicht als indiziert. Die unterschiedliche klinische Präsentation erklärte sie mit der zwischenzeitlich stattgefundenen Besserung der depressiven Symptomatik mit gegenwärtig nur noch leichtgradig depressiver Episode. Dagegen führt der Beschwerdeführer an, im medizinischen Rehabilitationszentrum habe er mit einem der türkischen Sprache mächtigen Psychiater sprechen können, der einen direkteren und unmittelbaren Zugang zu seinen Äusserungen gehabt habe als die Administrativgutachterin. Bei der Begutachtung seien bei der Übersetzung durch die Dolmetscherin (nur) in der «Originalsprache» erkennbare kognitive Defizite verloren gegangen (E. 5.2.2.1).

Die Unterschiede in Bezug auf das Vorliegen neuropsychologischer Defizite zwischen dem Bericht des medizinischen Rehabilitationszentrums vom 13. November 2009 und dem Gutachten vom 23. März 2010 sind nicht entscheidungswesentlich. Denn die Aufzählung der kognitiven Defizite hat gegenüber der weiterhin attestierten schweren depressiven Episode keine selbstständige Bedeutung, wird doch die Unzumutbarkeit einer Tätigkeit allein mit der schweren Depression begründet. Daran ändert auch nichts, dass die Administrativgutachterin differentialdiagnostisch kognitive Defizite als Folge einer möglichen, beim Myokardinfarkt von September 2009 erlittenen zerebralen Hypoxämie (Sauerstoffmangelversorgung des Gehirns) nicht ausschloss; denn klinisch ergab sich diesbezüglich keinerlei Hinweis. Dabei ist davon auszugehen, dass die Expertin aufgrund des Berichts des medizinischen Rehabilitationszentrums vom 13. November 2009 besonders auf Anzeichen für das Vorliegen neuropsychologisch relevanter Defizite achtete. Insgesamt ist es nach der medizinischen Aktenlage äusserst unwahrscheinlich, dass der Beschwerdeführer wegen kognitiver Defizite über die anerkannte 40%ige Arbeitsunfähigkeit hinaus für überwiegend manuelle Tätigkeiten ohne erhöhte Anforderungen zusätzlich limitiert wäre (E. 5.2.2.2).

Die Kritik am Administrativgutachten vom 23. März 2010 und an den darauf gestützten vorinstanzlichen Feststellungen ist somit nicht stichhaltig. Das Vorliegen eines Revisionsgrundes (Art. 17 Abs. 1 ATSG; Urteil 9C_126/2011 vom 8. Juli 2011 E. 1.1 mit Hinweisen), die im vorangegangenen Verfahren nicht angefochtene Invaliditätsbemessung durch Einkommensvergleich (Art. 16 ATSG) in der Rentenherabsetzungsverfügung und die Verneinung des Anspruchs auf Integrations- oder Eingliederungsmassnahmen beruflicher Art (Art. 14a und Art. 15 ff. IVG) sind nicht bestritten. Es besteht kein Anlass zu einer näheren Prüfung (E. 6.).

E. 7

7.1 Im Rahmen des auf Gesuch des Beschwerdeführers vom 30. Oktober 2012 hin eingeleiteten Revisionsverfahrens (vgl. IV-Nr. 63 und 71) veranlasste die IV-Stelle eine bidisziplinäre (internistische und psychiatrische) Begutachtung im C.____, welche am 10. Juli 2013 durchgeführt wurde (Bericht vom 19. Juli 2013, IV-Nr. 85 S. 2 ff.). Die Fachärzte (Dr. med. [...], FMH Allgemeine Innere Medizin; Dr. med. [...], FMH Psychiatrie und Psychotherapie) stellten folgende interdisziplinäre Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit: «1. Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode (ICD-10 F33.0); 2. Metabolisches Syndrom, Adipositas (BMI 31 kg/m²) (ICD-10 E66.0), Diabetes mellitus Typ 2, ED ca. 2005 (ICD-10 E10.9), behandelt mit Insulin und

medikamentös, ungenügend eingestellt mit HbA1c-Wert von 9.0 % (Norm < 6.3 %), Dyslipidämie, medikamentös behandelt (ICD-10 E78.2), arterielle Hypertonie, medikamentös behandelt (ICD-10 I10); 3. Koronare Herzkrankheit (ICD-10 I25.1), Status nach Myocard-Infarkt 19.09.2009, PTCA und Stent-Einlage 1. Marginalast und RIVA am 19.09.2009, EF 45 %, Status nach zweimaliger Stent-Einlage 19.09.2009, kardiovaskuläre Risikofaktoren, metabolisches Syndrom (verglichen Diagnose 5.1.2), Status nach Nikotinabusus, positive Familienanamnese». Die weiteren Diagnosen (1. Narzisstische Persönlichkeitszüge [ICD-10 Z73.1]; 2. Status nach Strumektomie 1996 bei anamnestisch Morbus Basedow, unter Eltroxin-Substitution euthyreot; 3. Rezidivierende gastritische Beschwerden (ICD-10 K29.7), Dauerbehandlung mit PPI) haben nach den ärztlichen Angaben keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit.

Unter dem Titel «Interdisziplinäre Beurteilung» wurde im Wesentlichen angegeben, beim 1963 in der Türkei geborenen Exploranden, der 1988 in die Schweiz eingereist und von 1989 bis zur Arbeitsunfähigkeitsattestierung ab 28. Januar 1998 beim gleichen Arbeitgeber als Schreiner tätig gewesen sei, seien vor allem psychische Beschwerden und wenige, unspezifische somatische Beschwerden angegeben worden. Aus allgemeininternistischer Sicht stehe das metabolische Syndrom im Vordergrund bei Adipositas und insulinpflichtigem Diabetes mellitus. Bezüglich koronarer Herzkrankheit sei der Explorand subjektiv asymptomatisch, die letzte kardiologische Untersuchung habe eine normale bis leicht eingeschränkte Ejektionsfraktion (EF) ergeben. Aus allgemeininternistischer Sicht bestehe eine Arbeitsunfähigkeit für schwere und anhaltend mittelschwere Tätigkeiten. Für körperlich leichte bis intermittierend mittelschwere Tätigkeiten, ohne Selbst- und Fremdgefährdung bei insulinpflichtigem Diabetes mellitus, bestehe somatisch eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit. Psychiatrisch könne eine gegenwärtig leichte Episode bei einer rezidivierenden depressiven Störung festgestellt werden, was im Längsverlauf eine leicht verminderte Belastbarkeit beim Exploranden zur Folge habe mit einer Einschränkung der Leistungsfähigkeit von 20 %. Die narzisstischen Persönlichkeitszüge beeinflussten die Arbeitsfähigkeit nicht. Die somatische Einschränkung der Arbeitsfähigkeit für leichte bis gelegentlich mittelschwere Tätigkeiten sei ab dem September 2009 anhaltend zu bestätigen. Psychiatrisch habe jahrelang bei hochgradiger Depression eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bestanden, welche sich bei einer Verbesserung der Depression ab März 2010 auf eine 40%ige Arbeitsunfähigkeit reduziert habe. Ab Juli 2013 könne gutachterlich lediglich noch eine 20%ige Einschränkung festgestellt werden. Effektiv habe sich allerdings das psychiatrische Zustandsbild seit 2010 gemäss Dr. med. B. ___ nicht verändert. Bei einer leichten depressiven Episode könne man jedoch keine 40%ige Arbeitsunfähigkeit nachvollziehen. Medizinische Massnahmen aus somatischer Sicht dienen der Erhaltung und Verbesserung des Gesundheitszustands, mit Erhaltung der medizinisch-theoretischen Arbeitsfähigkeit. Massnahmen aus psychiatrischer Sicht könne man nicht empfehlen. Die subjektive Krankheits- und Behinderungsüberzeugung könne nicht durch eine psychiatrische Massnahme beeinflusst werden. Aufgrund dieser Selbstlimitierung könnten auch keine beruflichen Massnahmen vorgeschlagen werden.

Abschliessend wurde festgehalten, über die Zeit gemittelt habe sich seit Januar 2012 keine wesentliche Veränderung des Gesundheitszustands ergeben, auch wenn intermittierend eine psychiatrische Hospitalisation mit Exazerbation der Depression stattgefunden habe. Im Gegenteil sei bei einer nur leichten depressiven Episode keine höhergradige Arbeitsunfähigkeit mehr attestierbar (IV-Nr. 85 S. 18 ff.).

7.2 Das D.____ (, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH;, Klinischer Psychologe und Supervisor), hielt in seiner Stellungnahme vom 12. August 2013 zum C.____ -Gutachten im Wesentlichen fest, A.____ befinde sich seit 14. Mai 2008 im D.____ in Behandlung. Er sei nach wie vor zu 100 % arbeitsunfähig. Bei der Sichtung des C.____ -Gutachtens seien sowohl inhaltliche Diskrepanzen als auch fachliche Zweifel aufgekommen. Es bestehe beim Exploranden eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode (ICD-10 F33.2). Die Testdiagnostik sei eindeutig und bestätige die Diagnose einer schweren depressiven Episode. Die Behauptung, dass bei einer schweren depressiven Episode zwingend Suizidgedanken und Suizidimpulse vorhanden sein müssten, sei falsch. Ausserdem habe der Explorand Todeswünsche geäussert. Dass sich die Depression bei Austritt deutlich aufgehellt habe, sei zu hoffen. Der Patient sei weitgehend auf die Hilfe Dritter angewiesen. Für die tägliche Einnahme von 15 Tabletten komme die Spitex täglich (ausser sonntags) vorbei. Einmal in der Woche putze die Schwester die Wohnung. Der Patient ernähre sich «kalt». Die Einkäufe erledige er dank des Umstands, dass er neben dem Coop wohne, grösstenteils selber (IV-Nr. 88 S. 3 f.).

7.3 In der im Rahmen des Vorbescheidverfahrens abgegebenen Stellungnahme des D.____ vom 18. März 2014 wurde im Wesentlichen ausgeführt, es werde hiermit kein Parteigutachten erstellt, sondern lediglich deutliche Kritik an der Qualität des psychiatrischen Gutachtens von Dr. med. geäussert. Diese Kritik betreffe allein die Nachvollziehbarkeit der Befundaufnahme und den u.a. daraus folgenden Schlussfolgerungen aus fachlich fundierter Sicht. Es gebe offenbar nur gerade zwei wichtige Vordokumente, einerseits das Gutachten von Dr. med. B.____ vom 23. März 2010, andererseits der Bericht der Diabetologie vom 27. Dezember 2012. Dies sei sicher ungenügend. Die Untersuchungen hätten offenbar mit einem kurdischen Übersetzer stattgefunden, die Qualität der Übersetzung könne vom Patienten nicht eingeschätzt werden, allerdings sei wegen politischer Differenzen wohl von einer zweifelhaften Übersetzung auszugehen. Die psychiatrische Untersuchung habe gemäss den Angaben des Exploranden 1 Stunde gedauert. Die Spitex sei durch die Psychiatrischen Dienste Solothurn organisiert worden, seit dem Jahr 2012 täglich zur Medikamentenabgabe und Glucosemessungen, dies wegen Vergesslichkeit des Patienten (Medikamenteneinnahme) sowie Glucoseschwankungen. Es werde suggeriert, dass die Spitex überflüssig sei. Es sei davon auszugehen, dass sich sowohl die Spitex als auch die Psychiatrische Klinik Solothurn zur Einschaltung der Spitex Gedanken gemacht hätten. Der Medikamentenspiegel werde für Doxepin (Sinquan) sowie Flurazepam (Dalamdorm) erhoben, obwohl der Patient diese Medikamente gemäss Medikamentenliste gar nicht einnehme. Duloxetine (Cymbalta) sei gemäss der Liste und im Referenzbereich. Damit sei das Gutachten in einem entscheidenden Punkt widersprüchlich.

Im Weiteren wurde ausgeführt, einmal mehr habe Dr. med. keine psychiatrischen Symptome erhoben. Wenn die Symptome nicht erfragt würden, so ergebe dies falsche Diagnosen. Alleine die «objektive» Beobachtung des Patienten, dass die Stimmung «leicht depressiv» sei, sei nicht einmal genügend für die Diagnosestellung einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig leichte depressive Episode (F32.0). Nach den ICD-10-Kriterien für diese Diagnose suche man in diesem Gutachten vergeblich. Sodann werde behauptet, dass für eine schwere depressive Episode zwingend «ausgeprägte Suizidgedanken oder Suizidimpulse» vorhanden sein müssten. Dies sei fachlich falsch. Das Kriterium der Suizidalität sei eines von

E. 8

8.1 Die IV-Stelle erliess am 19. März 2014 die vorliegend angefochtene Verfügung, worin sie die Erhöhung der bisher gewährten Viertelsrente im Wesentlichen mit der Begründung ablehnte, die gesundheitliche Situation des Beschwerdeführers habe sich nicht verändert; es könne ihm weiterhin eine Tätigkeit in einem 60 %-Pensum zugemutet werden (IV-Nr. 109).

Der Beschwerdeführer lässt demgegenüber geltend machen, das C.____ -Gutachten vom 19. Juli 2013 basiere auf Untersuchungen vom 10. Juli 2013 und sei - bezogen auf den Verfügungszeitpunkt (19. März 2015) ■ bereits 20 Monate alt gewesen. Damit könne sich die Verwaltung nicht auf eine in zeitlicher Hinsicht genügend verlässliche Entscheidungsgrundlage berufen.

Das C.____ -Gutachten vom 19. Juli 2013 wurde aufgrund der internistischen Untersuchung von Dr. med. und der psychiatrischen Untersuchung von Dr. med. vom 10. Juli 2013 erstellt (IV-Nr. 85 S. 9 ff. und 12 ff.). Bis zum Erlass der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 19. März 2015 vergingen unbestrittenermassen rund 20 Monate. Den in der Folge eingereichten Berichten des D.____ vom 12. August 2013 (IV-Nr. 88 S. 3 f.) und 18. März 2014 (IV-Nr. 102 S. 2 ff.) kann ausschliesslich eine Stellungnahme bzw. Kritik zum obgenannten C.____ -Gutachten entnommen werden. Eine seither eingetretene Verschlechterung des Gesundheitszustands wird darin nicht ausgewiesen. Andere Arztberichte, welche eine gesundheitliche Verschlechterung des Beschwerdeführers seit der C.____ -Begutachtung vom 10. Juli 2013 dokumentierten, liegen nicht vor. Gemäss dem Austrittsbericht der Psychiatrischen Klinik Solothurn vom 14. Dezember 2012 (2. Hospitalisation vom 27. September bis 20. November 2012) konnte der Antrieb, die Vigilanz sowie die Motivation durch die Behandlung langsam, aber kontinuierlich verbessert werden; der Patient habe in einer deutlich gebesserten psychischen Verfassung am 20. November 2012 aus der Klinik entlassen werden können (IV-Nr. 77 S. 7 ff.). Sodann hielt der Hausarzt Dr. med. F.____ in seinem Arztbericht zu Handen der IV-Stelle vom 3. Mai 2013 fest, der Gesundheitszustand der versicherten Person sei stationär und er könne keine neuen Befunde erheben (IV-Nr. 77 S. 5 f.). Auch die mit Eingabe vom 26. Mai 2015 dem Gericht nachgereichten Unterlagen (ENG-Bericht von Dr. med. G.____, Spezialarzt FMH für Neurologie, vom 31. März bzw. 8. Mai 2015 [Beschwerdebeilage 3] sowie Labor-Befundbericht der H.____ vom 1. und 21. April 2015 [Beschwerdebeilage 4]) vermögen keine seither eingetretene relevante gesundheitliche Verschlechterung zu dokumentieren. Der RAD (Dr. med. E.____, Facharzt Allgemeinmedizin FMH) hielt in seiner Stellungnahme vom 1. Juni 2015 im Wesentlichen fest, bei den ENG-Befunden handle es sich um reine Messwerte ohne Anhaltspunkte für die Indikation der Untersuchung. Ebenso wenig liege eine eingehende Beurteilung bzw. Interpretation der Messwerte vor. Die ermittelten Werte seien völlig unspezifisch und hätten keine diagnostische Aussagekraft. Man könne nur spekulieren, dass möglicherweise die Frage nach einer diabetischen Polyneuropathie beantwortet werden sollte. Eine solche Diagnose sei jedoch primär klinisch zu stellen, und im Falle des Vorliegens einer leichten Polyneuropathie (was bei langjährigem Diabetes zu erwarten sei) wäre deswegen nicht von einer zusätzlich relevanten Einschränkung auszugehen. Ausserdem bestehe kein Hinweis auf entsprechende subjektive Beschwerden (A.S. 37). Auch vom Beschwerdeführer selber wird weder in seiner Beschwerde vom 4. Mai 2015 noch in seiner Replik vom 7. September 2015 ein Beschwerdebild mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit angegeben bzw.

dokumentiert, welches weitere medizinische Abklärungen erfordern würde.

In Übereinstimmung mit der Auffassung der Beschwerdegegnerin ist damit davon auszugehen, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit der C.____-Begutachtung vom 10. Juli 2013 nicht wesentlich verändert hat. Es ist daher nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung auf das rund 20 Monate alte C.____-Gutachten abgestellt hat. Bei den vom Beschwerdeführer in diesem Zusammenhang erwähnten Bundesgerichtsurteilen handelt es sich im Übrigen um wesentlich ältere Gutachten (rund 30 Monate [vgl. BGE 139 V 547 E. 10.3.1 S. 569] bzw. gut 36 Monate [Urteil des Bundesgerichts I 625/05 vom 6. Februar 2006 E. 4.1]).

8.2 Dem Einwand des Beschwerdeführers, die Beschwerdegegnerin hätte aufgrund der internistischen Bezüge und angesichts der langen Rentenbezugsdauer wegen der entsprechenden eingliederungsbezogenen Abklärungsbedürftigkeit nicht direkt ein bidisziplinäres Gutachten in Auftrag geben, sondern eine polydisziplinäre Expertise einholen müssen, kann nicht gefolgt werden. Es bestehen keine konkreten Hinweise, dass nach der von der IV-Stelle veranlassten internistischen und psychiatrischen Begutachtung der für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit relevante Gesundheitszustand des Beschwerdeführers nicht umfassend genug abgeklärt worden wäre. Im Protokoll über das Revisionsgespräch vom 9. April 2013 wurden ausschliesslich die Diagnosen «Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode», «Diabetes mellitus Typ 2 mit diabetischer Polyneuropathie», «Schlafapnoe-Syndrom» und «Adipositas» angegeben (IV-Nr. 75 S. 1). Nach dem am 19. September 2009 erlittenen Herzinfarkt ist der Beschwerdeführer grundsätzlich beschwerdefrei, wobei seit mehreren Monaten vorwiegend am Morgen Palpitationen (Wahrnehmung des eigenen Herzschlags) von mehreren Minuten auftreten. Kardial ist der Beschwerdeführer kompensiert. Im Belastungstest zeigte er eine leicht eingeschränkte körperliche Leistung ohne subjektive und objektive Hinweise für eine Ischämie. Rhythmusstörungen unter Belastung konnten nicht dokumentiert werden (vgl. Bericht von I.____, Facharzt FMH für Kardiologie, vom 22. Juni 2012 (IV-Nr. 77 S. 16 ff.). Sodann kann dem Bericht des Interdisziplinären Schlafmedizinischen Zentrums der Solothurner Spitäler AG (Dr. med., Leiter Schlaflabor ISZ) vom 17. Dezember 2012 zur Polysomnographie und der Vigilanztests vom 28./29. November 2012 entnommen werden, dass in der Polysomnographie eine Rhonchopathie (Schnarchen) bestätigt werden konnte, wobei die Zahl der Hypopnoen (Verminderung des Atemflusses) und obstruktiven Apnoen (Atemstillstände) ebenso wie der Desaturationsindex noch im Rahmen der Norm liege. Trotz Einnahme von Trittico und Lyrica zeige sich doch eine deutliche Fragmentierung des Nachtschlafes, was ein Teil der Müdigkeit erklären könnte. Die Müdigkeit/Schläfrigkeit dürfte multifaktoriell bedingt sein, einerseits medikamentös, möglicherweise aufgrund einer allzu starken Blutdrucksenkung sowie andererseits natürlich im Rahmen der Depression und Angststörung. Aufgrund der aktigraphischen Befunde zeige sich auch noch eine Verbesserungsoption hinsichtlich der Schlafhygiene (IV-Nr. 77 S. 13). Im Weiteren geht aus dem Bericht des Bürgerspitals Solothurn, Medizinische Klinik, Endokrinologie/Diabetologie, vom 27. Dezember 2012 hervor, auf dem Blutzuckermessgerät zeige sich eine akzeptable mittlere Plasmaglukose. Es sei klar ersichtlich, dass der Patient bei Zurückhaltung von Süssigkeiten sehr gut eingestellt sei (IV-Nr. 77 S. 11). Schliesslich gab der Hausarzt Dr. med. F.____ in seinem Bericht zu Händen der IV vom 3. Mai 2013 an, der Gesundheitszustand des Patienten sei stationär, der Patient sei bei den alltäglichen Lebensverrichtungen nicht auf Dritthilfe angewiesen und

eine ergänzende medizinische Abklärung sei nicht angezeigt. Er habe keine neuen Befunde erheben können (IV-Nr. 77 S. 5 f.).

Angesichts dieser medizinischen Berichte bestand für die IV-Stelle kein Anlass, ein polydisziplinäres Gutachten in Auftrag zu geben. Nach der Rechtsprechung kann von einer polydisziplinären Begutachtung abgesehen und eine mono- oder bidisziplinäre durchgeführt werden, sofern die medizinische Situation offenkundig ausschliesslich ein oder zwei Fachgebiete beschlägt (BGE 139 V 349 E. 3.2 S. 352). Im vorliegenden Fall wurde der Beschwerdeführer im Rahmen der Erstbegutachtung ausschliesslich psychiatrisch begutachtet (vgl. psychiatrisches Fachgutachten von Dr. med. B. ___ vom 23. März 2010 (IV-Nr. 28.1); gestützt darauf wurde die bisher gewährte ganze Invalidenrente auf eine Viertelsrente ab 1. Januar 2011 reduziert (rechtskräftige Verfügung vom 18. November 2010; IV-Nr. 44). Angesichts der im Revisionsverfahren vom Oktober 2012 eingereichten Unterlagen war ausschliesslich eine internistische und vor allem psychiatrische Verlaufsbeurteilung angezeigt, zumal der Beschwerdeführer im Rahmen des Revisionsgesprächs vom 8. April 2013 auf eine Verschlechterung seines psychischen Gesundheitszustands (Aufenthalt in der Psychiatrischen Klinik Solothurn vom 27. September bis 20. November 2012) und eine ungenügende Einstellung seines Diabetes hinwies (vgl. IV-Nr. 75). Ausser den vorerwähnten Befunden sind keine weiteren abklärungsbedürftigen interdisziplinären Bezüge ersichtlich, weshalb für die IV-Stelle kein Anlass bestand, weitere Fachdisziplinen in die Verlaufsbeurteilung miteinzubeziehen. Im Weiteren war auch kein besonderer arbeitsmedizinischer bzw. eingliederungsbezogener Abklärungsbedarf gegeben. Das Bundesgericht hielt bereits in seinem Urteil vom 25. Januar 2012 u.a. fest, die Einschätzung der Administrativgutachterin sei nachvollziehbar und eine Gesamtarbeitsfähigkeit von 60 % sowohl in der angestammten Tätigkeit als Schreiner als auch in überwiegend manuell-handwerklichen Tätigkeiten ohne erhöhte Anforderungen sei nachvollziehbar und leuchte ein (vgl. IV-Nr. 61 S. 5 f. E. 4.2). Angesichts der unveränderten medizinischen Situation war kein weiterer eingliederungsbezogener Abklärungsbedarf ersichtlich.

Sodann teilte das C. ___ dem Beschwerdeführer mit Schreiben vom 24. Mai und 13. Juni 2013 mit, es sei sowohl eine medizinische als auch eine psychiatrische Abklärung im C. ___ erforderlich, das Untersuchungsprogramm bestehe aus einem psychiatrischen Gespräch (Dr. med.) sowie einer allgemeininternistischen Untersuchung (Dr. med.) unter Einbezug eines Dolmetschers (IV-Nr. 80 bis 82). Trotz entsprechendem Hinweis wurden weder gegen die zu beurteilenden Fachdisziplinen noch gegen die Gutachter Dres. med. und Einwendungen vorgebracht. Auch in den nach Zustellung des Gutachtens eingereichten Stellungnahmen vom 13. August 2013 (IV-Nr. 88) und 19. Februar 2014 (IV-Nr. 97) wurde vom Beschwerdeführer nicht geltend gemacht, er hätte noch in weiteren Fachdisziplinen begutachtet werden müssen. Ein solcher Einwand wurde auch nicht vom behandelnden Psychiater erhoben (vgl. Stellungnahmen vom 12. August 2013 [IV-Nr. 88 S. 3 f.] und 18. März 2014; [IV-Nr. 102 S. 2 ff.]). Es erübrigt sich daher, auf diesen erst im vorliegenden Beschwerdeverfahren geltend gemachten Einwand weiter einzugehen.

8.3 Nach der Rechtsprechung haben polydisziplinäre Gutachten, das heisst solche, an denen drei oder mehr Fachdisziplinen beteiligt sind, nach dem Wortlaut von Art. 72bis Abs. 1 IVV (in der seit 1. März 2012 gültigen Fassung) bei einer Gutachterstelle zu erfolgen, mit welcher das BSV eine Vereinbarung getroffen hat. Gemeint sind die medizinischen Abklärungsstellen (MEDAS) im Sinne von Art. 59 Abs. 3 IVG. Die Vergabe

der Aufträge erfolgt nach dem Zufallsprinzip (Art. 72bisAbs. 2 IVV). Zu dessen Umsetzung hat das BSV die webbasierte Vergabeplattform SuisseMED@P eingerichtet, über welche der gesamte Verlauf der Gutachtenseinholung gesteuert und kontrolliert wird. Bei mono- und bidisziplinären Gutachten dagegen werden die Aufträge nicht nach diesem System vergeben. Damit ist der Kreis der in Frage kommenden Sachverständigen hier weitaus grösser (z.B. Universitätskliniken, frei praktizierende Ärzte und Gutachter). Nicht ausgeschlossen ist freilich, dass Begutachtungsinstitute, die für den Bereich der polydisziplinären Expertisen mit dem BSV eine Vereinbarung nach Art. 72bisIVV abgeschlossen haben, auch bidisziplinäre Expertisen erstatten; dies erfolgte allerdings ausserhalb des MEDAS-Statuts. Da solche bidisziplinäre Gutachten keine MEDAS-Gutachten im Rechtssinne sind, rechtsfertigt es sich nicht, die betreffenden Aufträge anders abzuwickeln als diejenigen an andere Sachverständige, die schon faktisch, mangels eines numerus clausus, nicht der Zufallszuweisung unterstellt werden können (BGE 139 V 349 E. 2.2 S. 351). Der Einwand des Beschwerdeführers, auch die Einholung eines bidisziplinären Gutachtens hätte via SuisseMED@P erfolgen müssen, nachdem sich die Beschwerdegegnerin für eine MEDAS entschieden habe, geht nach dem Gesagten fehl. Die C.____-Begutachtung ist in formeller Hinsicht nicht zu beanstanden.

8.4 Der Beschwerdeführer macht im Weiteren geltend, das psychiatrische Teilgutachten des C.____ vermöge inhaltlich nicht zu überzeugen. Die Diagnosestellung müsse zwecks Überprüf- und Nachvollziehbarkeit notwendigerweise kriterienorientiert (hier nach ICD-10) erfolgen. Die symptom- und kriterienorientierte Diagnosestellung erfolge heute in Anlehnung an das AMDP-System. Es falle auf, dass der Befund im Gutachten von Dr. med. nicht dem AMDP-System entspreche.

8.4.1 Der C.____-Gutachter Dr. med. führte im Rahmen der psychiatrischen Befunderhebung aus, der leicht älter aussehende Explorand habe einen gepflegten Eindruck gemacht; er habe aber nur noch wenige Zähne. Er sei freundlich und kooperativ gewesen und sei bereitwillig auf die gestellten Fragen eingegangen. Bezüglich der Ängste vor grösseren Menschenansammlungen seien die Angaben etwas diskrepant gewesen. So habe er berichtet, dass er keinen Zug benütze und öffentliche Veranstaltungen meide. Gleichzeitig habe er aber auch berichtet, dass er einmal im Monat mit dem Zug nach Zürich fahre, um seinen Psychiater zu besuchen. Er sei auch ohne weiteres in der Lage gewesen, zur heutigen Untersuchung alleine mit dem Zug von Solothurn nach Basel zu fahren. Er habe, vor allem kurz nach dem Erwachen, über Ängste geklagt, einen Herzinfarkt zu erleiden. Sodann habe er von einer gewissen Freudlosigkeit berichtet. Explizit habe er sich von einem Lebensverleider oder Suizidgedanken distanziert. Die Stimmung sei herabgesetzt gewesen, leicht depressiv. Die Psychomotorik sei lebhaft gewesen und Antriebsstörungen habe man nicht gefunden. Der Explorand habe einen guten affektiven Kontakt zum Untersucher und zum Dolmetscher aufgenommen. Er habe einen wachen Eindruck gemacht, sei bewusstseinsklar und zeitlich, örtlich, situativ und zur eigenen Person gut orientiert gewesen. Er habe sich differenziert ausgedrückt. Die im Rahmen der Untersuchung gemachten Beobachtungen und Feststellungen hätten auf durchschnittliche Intelligenzleistungen hingewiesen. Während der ganzen Untersuchung habe er nie Zeichen von Konzentrationsschwäche gezeigt. Er habe gut auf die gestellten Fragen eingehen können. Die Merkfähigkeit und die Gedächtnisleistungen seien intakt gewesen. Seine Ausführungen seien anschaulich und das Denken sei nicht eingeengt gewesen. Er habe kein Gedankenabreissen, keine Neologismen und keine Gedankenleere gezeigt. In seinen

Schilderungen seien keine Hinweise auf überwertige Ideen erkennbar gewesen. Wahnhaftes Denken oder Wahnvorstellungen seien nicht vorhanden gewesen. Es habe keine Anhaltspunkte für illusionäre Verkennungen, akustische, optische, olfaktorische oder taktile Halluzinationen gegeben. Der Explorand habe einen klaren und guten Bezug zur Realität und zu seiner Person gehabt. Er habe sich gegenüber der Umgebung klar abgrenzen können. Gedankenausbreiten oder Fremdbeeinflussungserlebnisse seien nicht vorhanden gewesen. Der Explorand habe keine Zwangsgedanken geäußert. Hinweise auf Zwangshandlungen seien nicht vorhanden gewesen. Er habe nicht über Ängste vor einem erneuten Herzinfarkt berichtet. Aus seinen Schilderungen hätten sich keine Hinweise auf Veränderungen der Stimmung und des Antriebes im Laufe des Tages ergeben (IV-Nr. 85 S. 14 f. Ziff. 4.2 «Psychiatrischer Befund»). Der C.____-Gutachter Dr. med. stellte aufgrund dieses erhobenen Befundes die Diagnose (mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit) einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig leichte Episode (ICD-10 F33.0).

Die klinisch-diagnostischen Leitlinien der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10 Kapitel V [F]) sehen für eine «rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode (ICD-10 F33.0)» vor, dass die Kriterien für eine rezidivierende depressive Störung (F33) erfüllt sein müssen und die gegenwärtige Episode den Kriterien für die leichte depressive Episode (F32.0) entspricht. Sodann sollen wenigstens zwei Episoden mindestens 2 Wochen gedauert haben und beide sollen von mehreren Monaten ohne eindeutige affektive Symptomatik getrennt gewesen sein. Bei der rezidivierenden depressiven Störung (F33) handelt es sich um eine Störung, die durch wiederholte depressive Episoden charakterisiert ist, wie sie unter leichter, mittelgradiger oder schwerer depressiver Episode (F32.0 ■ F32.3) beschrieben werden. Typische Symptome einer Depression sind depressive Stimmung (1), Verlust von Interesse oder Freude (2) und Antriebsmangel sowie erhöhte Müdigkeit (3). Für die Diagnose einer leichten depressiven Episode (F32.0) sollen mindestens zwei dieser drei und mindestens zwei der übrigen sieben für die Kategorie F32 genannten Symptome (1. verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit; 2. Vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen; 3. Schuldgefühle und Gefühle von Wertlosigkeit (sogar bei leichten depressiven Episoden); 4. Negative und pessimistische Zukunftsperspektiven; 5. Suizidgedanken, erfolgte Selbstverletzung oder Suizidhandlungen; 6. Schlafstörungen; 7. Verminderter Appetit) vorhanden sein (vgl. Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch-diagnostische Leitlinien, 6., vollständig überarbeitete Aufl., 2008, S. 149 ff.).

Im Rahmen der Befunderhebung stellte der psychiatrische Gutachter eine gewisse Freudlosigkeit (2) sowie eine herabgesetzte, leicht depressive Stimmung (1) fest. Antriebsstörungen und erhöhte Müdigkeit (3) fanden sich dagegen nicht. Vielmehr machte der Explorand einen wachen Eindruck und war bewusstseinsklar. Demnach sah Dr. med. zwei der vorerwähnten drei typischen Symptome als erfüllt an. Bezüglich der übrigen sieben Symptome ist festzuhalten, dass der psychiatrische Gutachter während der ganzen Untersuchung nie Zeichen von Konzentrationsschwäche feststellte. Die Merkfähigkeit und die Gedächtnisleistungen waren intakt und der Explorand konnte gut auf die gestellten Fragen eingehen. Sodann distanzierte er sich von einem Lebensverleider oder Suizidgedanken. Er klagte vor allem kurz nach dem Erwachen über die Angst, (erneut) einen Herzinfarkt zu erleiden. Ausserdem fühlte er sich nicht mehr in der Lage zu arbeiten; als Grund dafür nannte er Ängste, fehlende Belastbarkeit und Herzklopfen. Ausserdem klagte er über Schlafstörungen (vgl. IV-Nr. 85 S. 14 ff. Ziff. 4.2 «Psychiatrischer Befund»

und Ziff. 4.4 «Psychiatrische Beurteilung»). Es kann davon ausgegangen werden, dass der psychiatrische Gutachter aufgrund seiner Befunderhebung zwei der vorerwähnten sieben übrigen Symptome (Vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen [2]; Schlafstörungen [6]) als erfüllt erachtete. Die anderen fünf Symptome (Verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit [1]; Schuldgefühle und Gefühle von Wertlosigkeit [3], Negative und pessimistische Zukunftsperspektiven [4]; Suizidgedanken, erfolgte Selbstverletzung oder Suizidhandlungen [5]; verminderte Appetit [7]) waren dagegen nicht oder nicht in der erforderlichen Ausprägung vorhanden.

Angesichts der vom begutachtenden Psychiater erhobenen Befunde erscheint die von ihm gestellte Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig leichte Episode (ICD-10 F33.0), unter Bezugnahme der klinisch-diagnostischen Leitlinien gemäss ICD-10 als nachvollziehbar. Es bestehen keine konkreten Hinweise für die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig schwere Episode (ICD-10 F33.2), wie sie vom behandelnden Psychiater, D.____ in seinen Stellungnahmen vom 12. August 2013 (IV-Nr. 88 S. 3 f.) und 18. März 2014 (IV-Nr. 102 S. 2 ff.) angegeben wurde. So zeigt der Patient in einer schweren depressiven Episode meist erhebliche Verzweiflung und Agitiertheit. Ein Verlust des Selbstwertgefühls, Gefühle von Nutzlosigkeit oder Schuld sind meist vorherrschend. In besonders schweren Fällen besteht ein hohes Suizidrisiko. Es ist sehr unwahrscheinlich, dass ein Patient während einer schweren depressiven Episode in der Lage ist, soziale, häusliche und berufliche Aktivitäten fortzuführen; allenfalls nur sehr begrenzt (vgl. ICD-10 Kapitel V (F), a.a.O., F33.2 i.V.m. F32.2, S. 153 und 158). Solche Verhältnisse liegen im Fall des Beschwerdeführers nicht vor und wurden auch vom behandelnden Psychiater nicht beschrieben. In seiner Stellungnahme vom 12. August 2013 wies der behandelnde Psychiater im Wesentlichen auf die Ergebnisse der Testdiagnostik und darauf hin, der Patient sei weitgehend auf die Hilfe Dritter angewiesen (IV-Nr. 88 S. 3). In der Stellungnahme vom 18. März 2014 wurde im Wesentlichen die Qualität des C.____-Gutachtens (Nachvollziehbarkeit der Befundaufnahme, Schlussfolgerungen) kritisiert und auf die Vergesslichkeit des Patienten in Bezug auf die Medikamenteneinnahme (inkl. Glucosemessungen) hingewiesen, weshalb die Spitex ihn täglich unterstützen müsse (IV-Nr. 102 S. 3). Die vom behandelnden Psychiater attestierte vollständige Arbeitsunfähigkeit auch für angepassten Tätigkeiten ist nicht nachvollziehbar, nachdem bereits Dr. med. B.____ im Rahmen der Erstbegutachtung lediglich eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichtgradige depressive Episode ohne somatisches Syndrom (ICD-10 F33.00), diagnostiziert und angegeben hatte, der Explorand sei sowohl in der angestammten Tätigkeit als Schreiner als auch in anderen, überwiegend manuell-handwerklichen Tätigkeiten ohne erhöhte Anforderungen zu 60 % arbeitsfähig (psychiatrisches Fachgutachten vom 23. März 2010 [IV-Nr. 28.1 S. 14 f.]). Diese Einschätzung wurde sowohl vom kantonalen Versicherungsgericht als auch vom Bundesgericht bestätigt. Da sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seither nicht relevant verändert hat, kann die Diagnose sowie die attestierte vollständige Arbeitsunfähigkeit des behandelnden Psychiaters nicht nachvollzogen werden, weshalb darauf nicht abzustellen ist. Es gilt im Übrigen darauf hinzuweisen, dass die Beurteilung der behandelnden Ärzte ein (Administrativ- oder Gerichts-)Gutachten grundsätzlich nur dann in Frage zu stellen und zumindest Anlass zu weiteren Abklärungen geben vermag, wenn sie wichtige Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (Urteil des Bundesgerichts 9C_964/2011 vom 25. Januar 2012 E. 5.1.1 mit Hinweisen). Dies ist vorliegend nicht der Fall.

8.4.2 Die Kritik, der psychiatrische Gutachter habe seine Befunde nicht nach den von der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP) im Februar 2012 als Empfehlung veröffentlichten AMDP-Richtlinien erhoben, zielt deshalb ins Leere, weil die Rechtsprechung solchen Testverfahren höchstens ergänzende Funktion zuerkennt, während die klinische Untersuchung mit Anamneseerhebung, Symptomerfassung und Verhaltensbeobachtung entscheidend bleibt (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C_207/2015 vom 5. Juni 2015 E. 4.2 und 8C_266/2012 vom 2. Juli 2012 E. 4.1, je mit Hinweisen). Wohl ergänzen die nach AMDP-Regeln erfassten Psychopathologien die klinische Befundung des Exploranden, ersetzen sie jedoch nicht (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C_252/2012 vom 7. September 2012 E. 8.3 und 9C_305/2009 vom 26. Juni 2009 E. 3.4.1, je mit Hinweisen). Auch der Einwand, eine Auseinandersetzung mit der von der Psychiatrischen Klinik, Solothurn, durchgeführten Testdiagnostik (Hamilton Depressionsskala [HAMD] und Beck Depressionsinventar [BDI]) gemäss Austrittsbericht vom 14. Dezember 2012 (IV-Nr. 77 S. 7 ff.) sei im Gutachten von Dr. med. ebenso unterblieben, verfängt nicht. Letztlich haben die ärztlichen Gutachter die Arbeitsfähigkeit zu bestimmen: Nach der Rechtsprechung ist dem testmässigen Erfassen der Psychopathologie im Rahmen der psychiatrischen Exploration generell nur eine ergänzende Funktion beizumessen. Ausschlaggebend bleibt die klinische Untersuchung mit Anamneseerhebung, Symptomerfassung und Verhaltensbeobachtung (Urteile des Bundesgerichts 9C_344/2013 vom 16. Oktober 2013 E. 3.1.5 und 9C_458/2008 vom 23. September 2008 E. 4.2, je mit Hinweisen).

8.4.3 Dem Einwand des Beschwerdeführers, die Resultate der Expertisen von Dr. med. seien voraussehbar und ergebnisorientiert und der Gutachter erwecke den Anschein mangelnder Unparteilichkeit, kann nicht gefolgt werden. Die medizinischen Abklärungsstellen (MEDAS) der IV gelten grundsätzlich als unabhängig und unparteilich (Kieser, ATSG-Kommentar, 3. Aufl., 2015, S. 603 Rz. 55). Konkrete Hinweise für eine «mangelnde Unparteilichkeit» des psychiatrischen Gutachters sind nicht ersichtlich und werden vom Beschwerdeführer weder substantiiert noch dokumentiert. Der blosser Hinweis auf eine Erwägung aus einem Urteil des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 24. März 2009, wonach es gerichtsnotorisch sei, dass in C.____-Gutachten häufig eine nicht näher begründete Arbeitsunfähigkeit von 20 % attestiert werde, wobei jeweils im Dunkeln bleibe, weshalb die Einschränkung gerade 20 % betragen solle, genügt nicht.

8.4.4 Die anlässlich der öffentlichen Verhandlung vom 19. Oktober 2016 vom Beschwerdeführer nachgereichten Unterlagen (Beschwerdebeilagen Nr. 5 bis 8) lassen keine andere Beurteilung zu. Im Bericht der Betriebsleitung der Spitex Solothurn vom 19. Oktober 2016 wurde im Wesentlichen ausgeführt, der Beschwerdeführer werde seit dem 16. November 2012 von der Spitex betreut, er brauche tägliche Unterstützung bei der Einnahme von Medikamenten inklusive Insulinverabreichung (aktuell werde eine Reduktion auf fünfmal pro Woche versucht), er benötige aufgrund seiner Angstzustände die Sicherheit des Spitex-Besuches und er sei nicht in der Lage, seine Tagesstruktur alleine festzulegen. Anleitung und Kontrolle seien erforderlich. Sodann brauche er bei hauswirtschaftlichen Arbeiten (z.B. Wochenkehr) die Unterstützung seiner Angehörigen, vor allem seiner Schwester. Die Angehörigen seien damit aber zum Teil überfordert. Auch in finanziellen Angelegenheiten sei der Beschwerdeführer überfordert (offene Rechnungen, Verlustschein von CHF 5'847.30). Zeitweise habe die Pro Infirmis Unterstützung in Management und Finanzen angeboten, diese Unterstützung sei aber vor Monaten beendet

worden, da der Beschwerdeführer das Mandat nicht weiterhin erteilt habe (vgl. Beschwerdebeilage 5).

Entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers hatte der psychiatrische Gutachter Dr. med. Kenntnis von der Unterstützung durch die Spitex. So wurde bereits im C.____-Gutachten vom 19. Juli 2013 der Bezug der Spitex bei der Medikamenteneinnahme erwähnt (S. 9 und 11). Im Weiteren wies auch der behandelnde Psychiater in seinen Stellungnahmen vom 12. August 2013 und 18. März 2014 auf die tägliche Unterstützung der Spitex bezüglich Medikamentenabgabe und Glucosemessungen hin. Dennoch hielten die C.____-Gutachter in ihrer Stellungnahme vom 14. Juli 2014 fest, dass D.____ diagnostiziert seit Jahren eine schwere depressive Episode. Es sei mit einer schweren depressiven Episode jedoch nicht vereinbar, dass der Explorand den Haushalt weitgehend selbstständig führe, Spaziergänge unternehme, soziale Kontakte pflege und einen Lebensverleider sowie Suizidgedanken weit von sich weise. Im Bericht des behandelnden Psychiaters vom 18. März 2014 seien auch keinerlei Angaben zum aktuellen psychopathologischen Befund gemacht worden. Die Diagnose einer schweren Episode bei rezidivierender depressiver Störung werde in diesem Bericht auch nicht näher begründet (IV-Nr. 106 S. 2). Dem ist beizupflichten. Die vom behandelnden Psychiater diagnostizierte «Rez. depressive Störung gegenwärtig schwere Episode (ICD-10, F33.2)» wird von ihm schon insofern relativiert, als er darauf hinweist, der Beschwerdeführer erledige die Einkäufe grösstenteils selber (vgl. Einschätzung vom 12. August 2013; IV-Nr. 88 S. 3), und unter dem Titel «Positives Leistungsbild» erwähnt, es bestehe eine Interaktion mit der Familie und eine Mobilität in einem gewissen Ausmass (Autofahren am Stück für ca. 30 Minuten, Gehen während ca. 2 Stunden) sei möglich (vgl. Stellungnahme vom 18. März 2014; IV-Nr. 102 S. 4). Es bleibt daher unklar, weshalb auch für eine körperlich leichte, angepasste Verweistätigkeit nicht zumindest eine Teilarbeitsfähigkeit bestehen soll. Auch aufgrund der übrigen Beschwerdebeilagen kann - in Übereinstimmung mit der Auffassung des RAD-Arzt in seiner Stellungnahme vom 23. Februar 2015 (IV-Nr. 108 S. 2) - nicht von einer seit dem Gutachten von Dr. med. B.____ vom 23. März 2010 eingetretenen relevanten gesundheitlichen Verschlechterung des Beschwerdeführers ausgegangen werden.

8.4.5 Das bidisziplinäre C.____-Gutachten vom 19. Juli 2013 beruht auf den Untersuchungen vom 10. Juli 2013, berücksichtigt die geklagten Beschwerden und wurde in Kenntnis der Anamnese abgegeben. Ausserdem leuchtet es in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation ein und die Schlussfolgerungen der Experten sind begründet, weshalb ihm voller Beweiswert zukommt und darauf abzustellen ist. Es bestehen keine Hinweise, dass die von Dr. med. durchgeführte Befunderhebung in relevanter Weise ungenügend und/oder lückenhaft gewesen wäre, wie dies vom Beschwerdeführer gerügt wird. Konkrete Indizien, welche gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen, liegen nicht vor (vgl. E. 4.2 hiervor). Der gemäss den diagnostischen Leitlinien nach ICD-10 etwas fragwürdige Hinweis von Dr. med., ausgeprägte Suizidgedanken und Suizidimpulse seien für die Diagnose einer schweren depressiven Episode zwingend zu fordern (vgl. IV-Nr. 85 S. 17 Ziff. 4.8), vermag den Beweiswert des bidisziplinären C.____-Gutachtens nicht zu schmälern.

9. Nach dem Gesagten ist seit der vom Versicherungsgericht des Kantons Solothurn und dem Bundesgericht bestätigten Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 18. November 2010, worin im Wesentlichen aufgrund des Gutachtens von Dr. med. B.____ vom 23. März

2010 (Arbeitsfähigkeit von 60 % sowohl in der angestammten Tätigkeit als Schreiner als auch in einer angepassten, überwiegend manuell-handwerklichen Tätigkeit ohne erhöhte Anforderungen) die bisher zugesprochene ganze Invalidenrente auf eine Viertelsrente per 1. Januar 2011 herabgesetzt wurde, keine relevante Verschlechterung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers ausgewiesen. Gemäss dem vorliegend massgeblichen C.____ -Gutachten vom 19. Juli 2013 besteht seit dem Jahr 2010 ein unverändertes psychiatrisches Zustandsbild (vgl. IV-Nr. 85 S. 19). Die vorliegend angefochtene Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 19. März 2015, worin das Rentenerhöhungsgesuch des Beschwerdeführers vom 30. Oktober 2012 abgewiesen wurde, ist somit nicht zu beanstanden. Demnach ist die Beschwerde abzuweisen.

E. 10

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

Der Beschwerdeführer steht ab Prozessbeginn im Genuss der unentgeltlichen Rechtspflege (vgl. A.S. 38 f.).

Die Kostenforderung ist bei Unterliegen der Partei mit unentgeltlichem Rechtsbeistand vom Gericht festzusetzen. Der Kanton entschädigt die unentgeltliche Rechtsbeiständin oder den unentgeltlichen Rechtsbeistand angemessen (Art. 122 Abs. 1 lit. a ZPO). Rechtsanwalt C. Wyssmann hat am 1. Oktober 2015 sowie an der öffentlichen Verhandlung vom 19. Oktober 2016 Kostennoten eingereicht, worin er einen Zeitaufwand von 9.17 Std. und 4.33 Std., somit insgesamt 13.5 Std., zu einem Stundenansatz von CHF 250.00 sowie Auslagen von CHF 54.90 und CHF 48.40, somit insgesamt CHF 103.30, geltend macht.

Der geltend gemachte Zeitaufwand ist übersetzt. Reine Kanzleiarbeit (z.B. die Weiterleitung von Dokumenten an die Klientschaft, das Einfordern von Akten, die Kenntnisnahme von Verfügungen, das Stellen von Fristerstreckungsgesuchen etc.) ist im Stundenansatz eines Anwalts bereits inbegriffen und nicht separat zu vergüten. Demnach ist die Kostennote vom 1. Oktober 2015 um die unter den Daten vom 8. Mai 2015 (Brief an Klient [0.17 Std.]), 26. Mai 2015 (Brief an Versicherungsgericht des Kantons Solothurn [0.33 St.]), 17. Juli 2015 (Brief an Klient [0.17 Std.]) und 1. Oktober 2015 (Brief an Versicherungsgericht des Kantons Solothurn [0.33 Std.]) zu kürzen. Im Weiteren ist der mit Kostennote vom 19. Oktober 2016 geltend gemachte Aufwand vom 29. Juli 2016 (Brief an Klient [0.17 Std.]) nicht zu entschädigen. Demnach ist ein Zeitaufwand von insgesamt 12.33 Std. zu berücksichtigen. Bei einem Stundenansatz von CHF 180.00 (§ 161 i.V.m. § 160 Abs. 3 des Gebührentarifs [GT; BGS 615.11]) ergibt sich ein Honorar von CHF 2■219.40.

Bei den Auslagen ist eine Kopie nur mit 50 Rappen zu veranschlagen (§ 160 Abs. 5 GT), und nicht mit CHF 1.00, wie in den Kostennoten (stets) geltend gemacht wird. Die Auslagen reduzieren sich damit auf CHF 37.40 und CHF 47.40, somit auf insgesamt CHF 84.80. Damit beläuft sich die Kostenforderung in Anbetracht von Aufwand und Schwierigkeit des Prozesses auf CHF 2■488.55 (Honorar von CHF 2■219.40 zuzüglich Auslagen von CHF 84.80 und MwSt von CHF 184.35). Dieser Betrag ist von der Zentralen Gerichtskasse des Kantons Solothurn zu bezahlen. Vorbehalten bleiben der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren sowie der Nachzahlungsanspruch des unentgeltlichen Rechtsvertreters im Umfang von CHF 932.15 (Differenz zu dem mit einem Stundenansatz von CHF 250.00 ermittelten Honorar gemäss

Honorarvereinbarung vom 24. März 2015 [A.S. 50]), wenn der Beschwerdeführer zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

10.2 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 bis 1'000.00 festgelegt. Im vorliegenden Fall hat der Beschwerdeführer die Verfahrenskosten von CHF 1'000.00 zu bezahlen, die jedoch infolge Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege durch den Kanton Solothurn zu übernehmen sind (Art. 122 Abs. 1 lit. b ZPO). Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren, wenn der Beschwerdeführer zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

Demnach wird erkannt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Die Kostenforderung des unentgeltlichen Rechtsbeistands, lic. iur. Claude Wyssmann, Rechtsanwalt, [...], wird auf CHF 2'488.55 (inkl. Auslagen und MwSt) festgesetzt, zahlbar durch die Zentrale Gerichtskasse des Kantons Solothurn. Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während 10 Jahren sowie der Nachzahlungsanspruch des unentgeltlichen Rechtsvertreters im Umfang von CHF 932.15, wenn A.____ zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

3. Der Beschwerdeführer hat die Verfahrenskosten von CHF 1'000.00 zu bezahlen, welche infolge Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege durch den Staat Solothurn zu übernehmen sind. Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während 10 Jahren, wenn A.____ zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

4. Die vom Beschwerdeführer an der öffentlichen Verhandlung vom 19. Oktober 2016 eingereichten Unterlagen Nr. 5 bis 8 werden der Beschwerdegegnerin zur Kenntnisnahme zugestellt.

5. Je ein Exemplar des Protokolls der Verhandlung vom 19. Oktober 2016 geht zur Kenntnisnahme an die Parteien.

Rechtsmittel

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

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Die Vizepräsidentin

Der Gerichtsschreiber

Weber-Probst

Schmidhauser

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