

# SO\_GERICHTE VSBES.2015.263 vom 10. September 2015

SO Obergericht, 2015-09-10, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so\\_gerichte\\_VSBES.2015.263](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2015.263)

FR: SO\_GERICHTE VSBES.2015.263 du 10 septembre 2015

IT: SO\_GERICHTE VSBES.2015.263 del 10 settembre 2015

## Erwägungen

### E. 1

1.1 Nachdem sich der Versicherte A.\_\_\_\_ (fortan: Beschwerdeführer) am 15. Oktober 2003 bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug angemeldet hatte (IV-St. Beleg Nr. 1), verneinte die IV-Stelle des Kantons Solothurn mit Verfügung vom 1. April 2005 und Einspracheentscheid vom 5. April 2006 einen Anspruch auf eine Rente sowie auf berufliche Massnahmen (IV-Nrn. 41 / 55). Das Versicherungsgericht des Kantons Solothurn (fortan: Versicherungsgericht) schützte dies mit Urteil vom 21. Dezember 2007, wobei es den Invaliditätsgrad auf 35,04 % festsetzte (IV-Nr. 81). Dieser Entscheid erwuchs in Rechtskraft.

Auf die Neuanmeldungen vom 10. November 2008 und 17. April 2009 (IV-Nrn. 82 / 89) trat die IV-Stelle am 12. Januar resp. 26. November 2009 nicht ein (IV-Nrn. 87 / 99), was unangefochten blieb.

1.2 Am 5. November 2012 meldete sich der Beschwerdeführer erneut bei der IV-Stelle an (IV-Nr. 110). Diese führte Abklärungen durch und verneinte mit Verfügung vom 10. September 2015 einen Anspruch auf eine Rente sowie auf berufliche Massnahmen, da weder eine gesundheitliche Verschlechterung noch eine erwerbliche Veränderung vorlägen (Aktenseite / A.S. 1 ff.).

### E. 2

2.1 In zeitlicher Hinsicht sind ■ vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen ■ grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 132 V 215 E. 3.1.1 S. 220, 131 V 107 E. 1 S. 109.). Im vorliegenden Fall steht eine Neuanmeldung im Jahr 2012 zur Debatte. Somit ist die Rechtslage ab 1. Januar 2012, nach der 6. IV-Revision, massgebend.

2.2 Als Invalidität im Sinne des Gesetzes gilt die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit andauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts / ATSG, SR 830.1). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 Bundesgesetz über die Invalidenversicherung / IVG, SR 831.20). Für die Beurteilung der Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen; zudem liegt eine Erwerbsunfähigkeit nur dann vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG, in Kraft seit 1. Januar 2008).

Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG (in der seit 1. Januar 2008 geltenden Fassung) 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.

Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird nach Art. 16 ATSG das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen).

2.3 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).

Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen (BGE 125 V 368 E. 2 S. 369). 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 (BGE 130 V 343 E. 3.5 S. 349 f., 117 V 198 E. 3b S. 199).

Die Frage, ob eine erhebliche, d.h. mit Bezug auf den Invaliditätsgrad rentenwirksame Änderung der tatsächlichen Verhältnisse eingetreten ist, beurteilt sich aufgrund eines Vergleichs des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenverfügung ■ oder einer späteren, auf einer umfassenden Prüfung beruhenden Bestätigung oder Änderung ■ bestanden hat, mit demjenigen im Zeitpunkt der streitigen Revisionsverfügung (BGE 133 V 108 E. 5 S. 110 ff.). Das Heranziehen eines Verwaltungsaktes als Vergleichsbasis setzt voraus, dass er auf denjenigen Abklärungen beruht, welche mit Blick auf die möglicherweise veränderten Tatsachen notwendig erscheinen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_3/2012 vom 25. April 2012 E. 3.3).

Tritt die Verwaltung ■ wie im vorliegenden Fall ■ auf eine Neuanschuldung 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-Praxis 1999 S. 84 E. 1b mit Hinweisen, bezogen auf Art. 41 aIVG). 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, bevor sie über den Anspruch entscheidet. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 117 V 198 E. 3a, 109 V 108 E. 2b S. 115). Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neuanschuldungsverfahren ■ analog zur Rentenrevision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG, s. dazu BGE 105 V 29 E. 1b S. 30 ■ durch Vergleich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der ersten Ablehnungsverfügung bestanden hat, mit demjenigen zur Zeit der streitigen neuen Verfügung (BGE 130 V 71 E. 3.1 S. 73 mit Hinweisen). Dies gilt jedoch nur, wenn seit der ersten Verfügung keine materielle Prüfung des Leistungsanspruchs mehr stattgefunden hat.

2.4 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung auf Unterlagen angewiesen, die Arztpersonen 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 140 V 193 E. 3.2 S. 196, 105 V 156 E. 1 S. 158 f.).

Der im Sozialversicherungsrecht massgebende Beweisgrad ist derjenige der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 117 V 194 f. E. 3.b). Weiter gilt für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsbeschwerdeverfahren der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352). Der Sozialversicherungsrichter hat alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf er bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum er auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht 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 Situation einleuchtet und in seinen Schlussfolgerungen begründet ist. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten resp. in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (a.a.O.; BGE 122 V 157 E. 1c S. 160).

Die Rechtsprechung erachtet es jedoch als mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (BGE 125 V 351 E. 3b S. 352). So ist einem im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten medizinischen Gutachten durch externe Spezialärzte, welches auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten erstellt wurde und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangt, in der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 2.2.2 S. 232, 125 V 351 E. 3b/bb S. 353). Andererseits ist der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Ärzte im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen mitunter eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (125 V 351 E. 3b/cc S. 353).

In Revisionsfällen ist zusätzlich zu beachten, dass sich eine medizinische Beurteilung, welche von einer früheren ärztlichen Einschätzung abweicht, hinreichend darüber aussprechen muss, inwiefern eine effektive Veränderung des Gesundheitszustandes stattgefunden hat. Die Feststellung einer Veränderung erfolgt durch eine Gegenüberstellung eines vergangenen und des aktuellen Zustandes. Der Beweiswert eines zwecks Rentenrevision erstellten Gutachtens hängt also wesentlich davon ab, ob es sich ausreichend auf das Beweisthema der erheblichen Änderung des Sachverhalts bezieht. Einer für sich allein betrachtet vollständigen, nachvollziehbaren und schlüssigen medizinischen Stellungnahme, die im Hinblick auf eine erstmalige Beurteilung der Rentenberechtigung tauglich wäre, mangelt es daher in der Regel am rechtlich erforderlichen Beweiswert, wenn sich die von einer früheren abweichende ärztliche Einschätzung nicht hinreichend darüber ausspricht, inwiefern eine effektive Veränderung des Gesundheitszustandes eingetreten ist. Vorbehalten bleiben Sachlagen, in denen es

evident ist, dass die gesundheitlichen Verhältnisse sich verändert haben (Urteil des Bundesgerichts 8C\_38/2013 vom 2. September 2013 E. 4.4.3). Ist eine anspruchserhebliche Änderung des Sachverhalts nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, bleibt es nach dem Grundsatz der materiellen Beweislast beim bisherigen Rechtszustand (a.a.O. E. 2.4).

2.5 Im Sozialversicherungsverfahren gilt der Untersuchungsgrundsatz, d.h. die Versicherung resp. das Gericht haben von sich aus für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen (Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c ATSG). Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht. Der Grundsatz gilt jedoch nicht uneingeschränkt, sondern wird durch die Mitwirkungspflichten des Versicherten relativiert (BGE 125 V 193 E. 2 S. 195, 122 V 157 E. 1a S. 158). Ein Teilgehalt der Mitwirkungspflicht besteht in der Teilnahme am Beweisverfahren (Ueli Kieser, Kommentar zum ATSG, 3. Aufl., Zürich 2015, Art. 43 N 86).

Führen die von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen die Verwaltung oder das Gericht bei pflichtgemässer Beweismässigkeit zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich zu betrachten und es könnten weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, so ist auf die Abnahme weiterer Beweise zu verzichten. Gleiches gilt, wenn der Sachverhalt, den eine Partei beweisen will, nicht rechtserheblich erscheint (BGE 126 V 353 E. 5b S. 360, 125 V 193 E. 2 S. 195, 122 V 157 E. 1d S. 162). In einer solchen antizipierten Beweismässigkeit liegt kein Verstoß gegen das in Art. 29 Abs. 2 Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft (BV, SR 101) gewährleistete rechtliche Gehör (SVR 2003 AHV Nr. 4 E. 4.2.1, 2001 IV Nr. 10 E. 4b; s.a. die zu Art. 4 aBV ergangene, weiterhin geltende Rechtsprechung: BGE 119 V 335 E. 3c S. 344). Auch das Fairnessgebot von Art. 6 Ziff. 1 Konvention zum Schutze der Menschenrechte und Grundfreiheiten (EMRK, SR 0.101) gewährt in diesem Zusammenhang keinen zusätzlichen Schutz (BGE 124 V 90 E. 4b S. 94). Bleiben jedoch erhebliche Zweifel an der Vollständigkeit und / oder der Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellung bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteile des Bundesgerichts 8C\_909/2010 vom 1. März 2011 E. 4.1 und 8C\_101/2010 vom 3. Mai 2010 E. 4.1).

### **E. 3**

Januar 2013 (IV-Nr. 114 S. 1) dafür, die Situation habe sich durch die stationäre Behandlung etwas beruhigt, doch könne der Beschwerdeführer nach wie vor keiner Arbeit nachgehen.

Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt für Allg. Medizin FMH, vom Regionalen Ärztlichen Dienst der Invalidenversicherung (RAD) erachtete in seiner Stellungnahme vom 7. März 2013 eine gesundheitliche Verschlechterung als glaubhaft (IV-Nr. 115 S. 2 f.), worauf die Beschwerdegegnerin Abklärungen einleitete.

3.2.2 Dr. med. G.\_\_\_\_, Facharzt für Rheumatologie und Innere Medizin FMH, gelangte im Gutachten vom 23. Januar 2014 (IV-Nr. 127), das er im Auftrag der Beschwerdegegnerin erstellte, zu folgenden Diagnosen (S. 11):

A) Rheumatologische Diagnosen

mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit:

1. Chronisches lumbospondylogenes Syndrom links (M54.4) bei / mit

-leichten bis mässigen degenerativen Veränderungen der Lendenwirbelsäule (Spondylarthrosen und mediolaterale Diskushernie L5/S1 rechts ohne sensomotorische Ausfälle)

-Fehlstatik bei Diagnose 2 sowie muskuläre Dysbalancen bei ausgeprägtem Deconditioning und Schmerzmeide- sowie Schonverhalten

-Symptomausweitung bei psychosozialer Problemkonstellation

ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit:

2. Adipositas WHO Klasse II (BMI 39,3)

3. Anamnestisch nächtliche Panikattacken (bei erfolgtem Ausschluss OSAS); gemäss Beschwerdeführer Überdruck-Maskenbeatmung wegen Schlafapnoe.

4. Anamnestisch Status nach Inguinalhernienrezidiv rechts (Operation 2012).

B) Psychiatrische Diagnosen

mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit:

1. Depressive Störung, gegenwärtig ca. mittelgradig ausgeprägt mit somatischem Syndrom (F32.11)

ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit:

2. Chronische Schmerzstörung mit physischen und psychischen Anteilen (F45.41)

Der Beschwerdeführer habe seit 2002 an lumbalen und cervikalen Rückenschmerzen gelitten (S. 6). Aktuell klage er über ein eingeschlafenes Gefühl in beiden Beinen mit Ameisenlaufen sowie Schmerzen in der Bandscheibe am lumbosakralen Übergang. Diese Schmerzen seien tagsüber wie nachts mehr oder weniger gleichbleibend vorhanden. Jede Bewegung oder Belastung führe zur Beschwerdezunahme. Alle aufrechten Körperpositionen seien schwer zu ertragen, insbesondere eine Arbeit mit erhobenen Armen (wobei der Beschwerdeführer während der ganzen Anamneseerhebung mit erhobenen Armen lebhaft gestikuliere). Eine Schmerzausstrahlung bestehe wechselseitig mal ins linke oder ins rechte Bein. Auf einer Skala von null bis zehn liege der aktuelle Schmerzpegel bei acht (was in Anbetracht des Auftretens und der Erscheinung nicht zwingend nachvollziehbar sei). Der Beschwerdeführer wohne mit der Ehefrau und den beiden jüngeren Söhnen im eigenen Einfamilienhaus. Er müsse von der Unterstützung der Söhne leben, zudem arbeite die Ehefrau neben dem Haushalt zwei Stunden pro Tag. Als Hobbies gebe der Beschwerdeführer das Reparieren von Motorsägen an. Früher sei er im Rahmen seiner im Akkord ausgeführten Montagetätigkeit oft und viel unterwegs gewesen (S. 7). Er habe diese Arbeit gern gemacht und regelmässig Überzeit absolviert, aber nun wäre sie zu schwer für seine Rückenbeschwerden. Er sei überzeugt, dass für ihn gar keine Arbeit mehr möglich sei (S. 8).

Die Beschwerdeschilderung bleibe diffus, wobei der Beschwerdeführer teils auf gezielte Fragen nicht näher eingehe (S. 9). Die klinische Untersuchung ergebe zahlreiche nicht organische Zeichen als Ausdruck einer erheblichen Symptomausweitung mit beschwerdeverdeutlichendem Verhalten, z.B. Druckdolenzen in der paravertebralen

Muskulatur des ganzen Achsenorgans ohne korrelierende myofasziale Befunde (S. 9 f.) oder verminderte Berührungsempfindlichkeit ohne Dermatombefund (S. 10). Für eine manifeste Kompression neuromeningealer Strukturen gebe es weiterhin keine Anhaltspunkte. Es bestehe eine deutliche Haltungsinsuffizienz bei muskulärer Dekonditionierung mit erheblicher Fehlstatik, bedingt einerseits durch die zunehmende Adipositas, andererseits durch die Insuffizienz der das Körpergewicht und die Körperhaltung stabilisierenden Rumpfmuskulatur. Radiologisch zeige sich im Verlauf der letzten fünf Jahre keine wesentliche Progression der bereits damals eher mässiggradigen Abnutzungserscheinungen der unteren Lendenwirbelsäule. Das arbeitsmedizinische Problem liege aus rheumatologischer Sicht in einer verminderten Belastbarkeit des Achsenorgans für schweres Heben und Tragen von Lasten sowie für längere wirbelsäulenbelastende Zwangspositionen (ausschliessliches Stehen in vorgeneigten Körperhaltungen oder repetitiv rumpfröhrende Stereotypien). Aus rheumatologischer Sicht seien alle angepassten, körperlich leicht bis mittelschwer belastenden Tätigkeiten medizinisch-theoretisch vollschichtig zumutbar, sofern hinreichend Ausgleichshaltungen und Wechselpositionen möglich seien, z.B. eine leichte Montage- oder Kontrolltätigkeit oder Überwachungsaufgaben mit der Möglichkeit zu regelmässigem Gehen. Primäres Reintegrationshindernis scheine die an den Tag gelegte Invaliditätsüberzeugung, indem sich der Beschwerdeführer entweder wieder in seiner zuletzt ausgeübten, offenbar gut bezahlten Akkordarbeit sehe, oder eben in gar keiner Erwerbstätigkeit mehr. Auf Grund der aktuell am Bewegungsapparat zu erhebenden Befunde sei diese Einstellung nicht organisch begründbar (S. 12).

Eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit als [ ] sei ab etwa 2003 dokumentiert. Diese somatische Einschätzung werde in den Arztberichten jeweils kontinuierlich vertreten und erscheine auch für alle anderen körperlich schwer belastenden Arbeiten nachvollziehbar. Die hier vertretene Einschätzung der Arbeitsfähigkeit in einer den Leiden angepassten Tätigkeit gelte ab den gutachterlichen Untersuchungen vom 19. Juni und 13. August 2013 (S. 1 + 16).

Zum Abbau der bestehenden Dysbalancen und der Fehlstatik empfehle sich eine Gewichtsreduktion sowie ein Aufbau der rumpfstabilisierenden Muskulatur. Um das Gelingen derartiger Bemühungen zu gewährleisten, müssten die ausserhalb des Bewegungsapparates liegenden Reintegrationshindernisse durch psychiatrische Massnahmen gebessert werden (S. 15 + 17).

3.2.3 Das im Auftrag der Beschwerdegegnerin erstellte Gutachten von Dr. med. H. \_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, vom 23. Januar 2014 (IV-Nr. 128.1) enthielt folgende Diagnosen (S. 12):

a) Mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

Depressive Störung, gegenwärtig ca. mittelgradig ausgeprägt mit somatischem Syndrom (F32.11).

b) Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

Chronische Schmerzstörung mit physischen und psychischen Anteilen (F45.41).

Laut Beschwerdeführer hätten sich nach 2004 zunehmend (auf Nachfrage hin nicht näher präzierte) negative Symptome und Gedanken entwickelt. Nachts habe er schon längere Zeit Angst, erwürgt zu werden. Nach eigenem Bekunden habe sich der Beschwerdeführer

sozial zurückzogen, sei aggressiv gewesen und habe unter (auf Nachfrage hin nur diffus geschilderten) Ein- und Durchschlafstörungen gelitten. Stimmungsmässig sei er traurig, wobei insbesondere die letzten zwei Jahre schlimm gewesen seien. Er leide unter mehr Ängsten als früher. Die Konzentrationsfähigkeit sei schlechter geworden, das Auffassungsvermögen sei ebenfalls vermindert, er sei vergesslich, «immer böse und verrückt». Sein Hausarzt habe ihn im September 2012 in die psychiatrische Klinik überwiesen. Damals seien insbesondere die Ängste sowie die nächtlichen Schlafschwierigkeiten stark gewesen; er könne nur mit Licht einschlafen und müsse immer an die Todesfälle seines Vaters vor sechs Jahren und eines Bruders vor acht Jahren denken. Es gebe auch Probleme mit der Ehefrau. Die Schmerzen seien von jeher gleich gewesen. Es tue in den Beinen und Händen weh (S. 8). Ein Arzt könne ihm nicht helfen. Er sei nur bei guter Gesundheit in der Lage, zu arbeiten (S. 9).

Der Beschwerdeführer wirke während der gesamten Untersuchung angespannt, ängstlich und verbittert, gebe jedoch grösstenteils kooperativ Auskunft (S. 10). Er sei klinisch aufmerksam und konzentriert. In der Fremdwahrnehmung sei er unauffällig, die Selbstwahrnehmung sei stark durch das Krankheitsgeschehen geprägt. Kurz- und Langzeitgedächtnis seien klinisch nicht beeinträchtigt. Der formale Denkprozess präsentiere sich leichtgradig umständlich, jedoch jederzeit logisch-kohärent. Inhaltlich stünden das körperliche und psychische Krankheitsgeschehen sowie die familiäre Situation im Vordergrund. Mimik und Gestik seien tendenziell verarmt, die Psychomotorik eher ruhig. Die Stimmungslage sei etwa mittelgradig bedrückt. Die subjektiv erlebte Traurigkeit, der verminderte Antrieb, die Hoffnungslosigkeit bezüglich der beruflichen Zukunft sowie die Angstgefühle hinsichtlich des nächtlichen Einschlafens seien während der Untersuchung spürbar. Die bedrückte Stimmungslage äussere sich auch in der Perspektivlosigkeit sowie in der eher schlechten affektiven Spürbarkeit und Modulationsfähigkeit. Der Beschwerdeführer wirke initiativ- und interesselos. Gemäss Auskunft der behandelnden Psychiaterin finde einmal monatlich ein Therapiegespräch statt. Der Beschwerdeführer weine häufig und sei in seiner Konzentration vermindert. Bisher sei es ihm nicht gelungen, mit der Krankheit adäquat umzugehen (S. 11).

Der Beschwerdeführer leide seit ca. zehn Jahren wegen einer Diskushernie L5/S1 unter Rückenschmerzen. Seither sei die Arbeit in der [ ] nicht mehr möglich (S. 12). Die im Bericht der E. \_\_\_ vom 31. Dezember 2012 genannten Symptome würden differentialdiagnostisch auf eine andauernde Persönlichkeitsveränderung bei chronischen Schmerzen hinweisen. Anlässlich der aktuellen psychiatrischen Untersuchung seien die geklagten Funktionseinbussen wie schlechte Konzentration nicht zu beobachten, was sie aber nicht ausschliesse. Der Beschwerdeführer leide nach wie vor unter Ängsten sowie unter negativ gefärbten Gedanken. Aus rein psychiatrischer Sicht sei auf Grund der bisherigen Krankheitsgeschichte und der aktuellen Untersuchung von einer derzeit etwa mittelgradigen depressiven Episode mit somatischem Syndrom auszugehen, namentlich mit Freud- und Interesseverlust sowie Antriebsmangel. Zudem seien die kognitiven Funktionen subjektiv beeinträchtigt, ebenso das Selbstwertgefühl. Gegenüber der Ehefrau würden Schuldgefühle bestehen. Hinzu kämen Schlafstörungen sowie pessimistische Zukunftsgedanken (S. 13). Wie im psychiatrischen Bericht vom 31. Dezember 2012 diagnostiziert, könne von einer chronischen Schmerzstörung mit physischen und psychischen Anteilen ausgegangen werden. Die diagnostischen Leitlinien dafür lauteten gemäss ICD-10 wie folgt:

1) Mindestens zwei Jahre anhaltende multiple und unterschiedliche körperliche Symptome, für die keine ausreichende somatische Erklärung gefunden wurde.

2) Hartnäckige Weigerung, den Rat oder die Versicherungen mehrerer Ärzte anzunehmen, dass für die Symptome keine körperliche Erklärung zu finden ist.

3) Ein gewisser Grad an Beeinträchtigung sozialer und familiärer Funktionen durch die Art der Symptome und das sich daraus ergebende Verhalten.

Hinsichtlich des ersten Kriteriums sei ein protrahierter Verlauf der Schmerzsymptomatik festzuhalten. Der Beschwerdeführer sei gemäss Akten überzeugt, an einer schweren Herzkrankheit zu leiden. Aus Sicht des Hausarztes handle es sich dabei um psychosomatische Beschwerden mit ausgeprägten vegetativen Symptomen. Dieser Umstand könne auch dem zweiten Kriterium zugeordnet werden. Hinsichtlich des dritten Kriteriums seien soziale und familiäre Funktionsdefizite festzuhalten. Aus psychiatrischer Sicht seien somit eine chronische Schmerzstörung sowie eine derzeit ca. mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom zu diagnostizieren. Die geklagten wie auch die objektivierbaren Symptome seien grösstenteils nachvollziehbar und entsprächen den psychiatrischen Berichten (S. 14). Die Panikstörung sei mit grösster Wahrscheinlichkeit im Rahmen der aktuellen depressiven Episode zu betrachten. Andererseits seien die im Bericht vom 31. Dezember 2012 erwähnten Symptome und Diagnosen kompatibel mit den an der aktuellen Begutachtung festgestellten Befunden; allerdings müsse offen bleiben, ob tatsächlich eine Persönlichkeitsänderung bei chronischem Schmerzsyndrom vorliege, oder ob es sich bei den psychischen Symptomen wie Aggressivität um einen Anteil im Rahmen der chronischen Schmerzstörung handle (S. 15).

Aus rein psychiatrischer Sicht scheine der Beschwerdeführer derzeit im ersten Arbeitsmarkt für einfache Verweistätigkeiten mit eingeschalteten Pausen max. 20 bis 30 % arbeitsfähig zu sein. Er sei dekonditioniert, vermindert belastbar und brauche eine verlängerte Erholungszeit. Man empfehle einen nochmaligen Arbeitsversuch im geschützten Rahmen mit einem Arbeitspensum von ca. 50 % (S. 14 f.). Die Arbeitsfähigkeit in einer dem Leiden angepassten Tätigkeit sei retrospektiv und aus psychiatrischer Sicht nicht zu beurteilen. Die Einschätzung der aktuellen Arbeitsfähigkeit setze sich aus den Informationen in den Akten sowie aus der aktuellen psychiatrischen Untersuchung zusammen (S. 15). Ob die weiterzuführende psychiatrische Behandlung die Arbeitsfähigkeit positiv beeinflussen werde, bleibe aus derzeitiger Sicht unklar (S. 16).

Die RAD-Ärztin Dr. med. N.\_\_\_\_, Fachärztin für Arbeitsmedizin, hielt in ihrer Stellungnahme vom 26. Mai 2014 (IV-Nr. 135 S. 2) dafür, auf das psychiatrische Gutachten von Dr. med. H.\_\_\_\_ könne nicht abgestellt werden.

3.2.4 Dr. med. I.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, erstattete der Beschwerdegegnerin am 18. September 2014 ■ unter Mitwirkung von lic.phil. J.\_\_\_\_, Fachpsychologin für Psychotherapie FSP ■ ein Gutachten mit folgenden Diagnosen (IV-Nr. 142 S. 16 f.):

A) Mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

keine krankheitswertige psychische Störung

B) Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

·hypochochrdrische Störung (F45.2) mit Panikattacken, differentialdiagnostisch Anpassungsstörung mit Angst und depressiver Reaktion, gemischt (F43.22).

·vordiagnostiziert: Depressive Episode (F32), aus versicherungspsychiatrischer Sicht nicht nachvollziehbar, auf jeden Fall aktuell nicht zu diagnostizieren.

·vordiagnostiziert: Chronische Schmerzstörung mit physischen und psychischen Anteilen (F45.41), aus versicherungspsychiatrischer Sicht nicht zu bestätigen.

·vordiagnostiziert: Persönlichkeitsänderung bei chronischem Schmerz-syndrom (F62.80), aus versicherungspsychiatrischer Sicht nicht nachvollziehbar.

·vordiagnostiziert: Panikstörung (F41.0), aus versicherungspsychiatrischer Sicht nicht nachzuvollziehen.

·vordiagnostiziert: Finanzielle Probleme (Z59), Arbeitslosigkeit (Z56), belastete Familienverhältnisse (Z63.8); keine Diagnosen gemäss ICD-10 F.

In der Untersuchung gebe der Beschwerdeführer an, er sei sehr nervös und vergesslich. Er habe grosse Ängste, dass er körperlich schwer erkrankt sei und sterben könnte, vor allem wenn er wegen seiner nächtlichen Blockaden verschwitzt und mit Herzklopfen erwache. Sein Zustand mache ihn sehr wütend und gereizt, er habe deswegen oft Streit mit seiner Frau. Er fühle sich zu keiner Arbeit mehr fähig und glaube nicht, dass ihm jemand helfen könne. Zudem leide er unter seinen Rückenschmerzen. Der Gutachter bemerkt dazu, der Beschwerdeführer sei in seinen ganzen Aussagen sehr auf die psychischen und physischen Beschwerden eingeeengt gewesen sei, in seinen Angaben jedoch oft vage geblieben; teils habe er auch nicht die gestellten Fragen beantwortet, sondern sei wieder auf seine Beschwerden zu sprechen gekommen (S. 11). Zu den Aktivitäten des täglichen Lebens gebe der Beschwerdeführer an, dass er um 08:00 Uhr aufstehe und mit seiner Frau frühstücke. Wenn es ihm gut gehe, kaufe er manchmal im Brockenhaus etwas ein, arbeite kurz mit der Motorsäge, repariere die gekauften Möbel und verkaufe sie weiter. Er könne jedoch nur etwa zehn bis 15 Minuten arbeiten, danach brauche er wieder eine längere Pause. Er habe indes Freude an dieser Arbeit. Wenn die Schmerzen wieder zu stark würden, dann werde er jeweils wütend. Nach dem Mittagessen schaue er fern, z.B. Sendungen über Tiere. Er liege viel. Nach dem Abendessen schaue er fern. Oft gehe er oft erst um 02:00 Uhr zu Bett, aus Angst vor seinen nächtlichen «Blockaden». Manchmal schlafe er gut, manchmal sei das Ein- und Durchschlafen jedoch schwierig, er erwache dann plötzlich (S. 12). Sozial habe er sich zurückgezogen. Früher habe er gute Kollegen gehabt, aktuell schäme er sich vor ihnen, so dass er manche Kontakte nicht mehr gepflegt habe. Der Kontakt zu seinen Grosskindern (zwei Jahre sowie fünf und drei Monate) tue ihm sehr gut, er habe Freude an ihnen. Ungefähr 1993 sei er Zeuge eines tödlichen Arbeitsunfalls eines Kollegen geworden. Danach habe er nachts Atemnot und das Gefühl erlebt, als ob ein schweres Gewicht auf ihm liege. Er sei jeweils mit starker Angst erwacht (S. 13), habe nur noch mit Licht schlafen können und auch nicht mehr alleine. Er habe dann eine Angst vor der Angst entwickelt und damit verbunden eine Angst vor dem Schlafen. Die Beatmungsmaske habe nicht geholfen. Tagsüber habe er keine Angst erlebt, auch nicht bei der Arbeit. Er habe in dieser Zeit immer gearbeitet. 2001 oder 2003 habe er bei der Arbeit eine Blockade im Rücken erlebt und nicht mehr arbeiten können. Nach zwei Jahren sei ihm gekündigt worden, worauf alles noch viel schlimmer geworden sei. Einen zweimonatigen Arbeitseinsatz von der IV aus habe er nach drei Wochen wegen seines sehr hohen Blutdrucks abbrechen müssen. Auch eine vom RAV vermittelte Arbeit für vier Stunden täglich sei nicht gegangen, sein Zustand habe sich

seither noch verschlimmert; auf Nachfrage hin habe der Beschwerdeführer zunächst diffus und ausweichend geantwortet, dann seine Nervosität genannt. Er nehme seine Medikamente ein. Die seit einem Jahr laufende psychiatrische Behandlung führe er einmal monatlich bei einem anderen Arzt weiter; dessen Namen sowie Inhalt und Art der Therapie könnten nicht genannt werden (S. 12 + 14). Vor dem Unfalltod seines Kollegen habe er nie psychische Beschwerden gehabt (S. 14).

Die Untersuchung vom 13. August 2014 habe folgenden Befund ergeben: Der Beschwerdeführer berichte, dass er aktuell wenig soziale Kontakte wahrnehme. Er habe sich vor allem aus Scham vor seinen Kollegen zurückgezogen. Aus den Angaben in der Exploration und dem gezeigten Verhalten liessen sich weder eine spezifische Persönlichkeitsstörung noch akzentuierte Persönlichkeitseigenschaften ableiten. Der Beschwerdeführer sei während der Untersuchung von 10:05 Uhr bis 12:50 Uhr durchgehend aufmerksam und konzentriert. Subjektiv berichte er jedoch über Konzentrations- und Gedächtnisstörungen. Es bestünden objektiv keine Einbussen höherer kognitiver Leistungen wie Gedächtnis oder problemlösendes Denken. Die Intelligenz imponiere als normal. Das formale Denken sei kohärent, jedoch etwas weitschweifig (S. 15). Inhaltlich sei der Beschwerdeführer sehr eingeengt auf seine Beschwerden und seinen Leidensdruck, wovon er sich nur schwer ablenken lasse. Die Darstellung der Lebenssituation ■ unter besonderer Berücksichtigung der Aktivitäten des täglichen Lebens der vergangenen Wochen ■ ergebe keine Anzeichen für ein durchgehendes affektives Syndrom. Der Beschwerdeführer berichte zwar über Traurigkeit, Interessesminderung und wenig Freude im Leben. Die Freudfähigkeit sei jedoch noch erhalten, z.B. beim Zusammensein mit den Grosskindern und kleinen Reparaturarbeiten; es sei vielmehr sichtbar, dass dem Beschwerdeführer positive Aktivitäten fehlten und er wenige Interessen habe. Der affektive Rapport in der Untersuchungssituation habe sich ausreichend herstellen lassen. Die Stimmung sei nur vermindert auslenkbar und schwingungsfähig. Das Selbstwertgefühl präsentiere sich normal. Der Beschwerdeführer gebe keinen Lebensüberdruß an und zeige keine Suizidalität. Der Antrieb in der Untersuchungssituation sei unauffällig, Mimik, Gestik und Psychomotorik verlangsamt. Es ergäben sich keine Hinweise auf Impulshandlungen. Die Willenskräfte seien zielgerichtet. Der Beschwerdeführer könne seine Angelegenheiten selbständig zu regeln. Es bestünden keine Entscheidungsschwierigkeiten (S. 16).

Die psychische Entwicklung sei bis 1993 unauffällig. Die Kindheit sei ohne anhaltende psychosoziale Belastungen und ohne Traumatisierungen verlaufen. Das Bildungsniveau sei tief. Der Beschwerdeführer habe dann in der Schweiz eine sehr gute Zeit erlebt, viel und gerne gearbeitet und so sein Ziel erreicht, viel Geld zu verdienen, was wahrscheinlich für sein Selbstwertgefühl sehr wichtig gewesen sei. Nach dem tödlichen Unfall eines Arbeitskollegen habe er nebst der starken, jedoch psychologisch normalen Trauerreaktion nächtliche Panikattacken mit Herzrasen und Schwitzen entwickelt. Am wahrscheinlichsten sei, dass es sich bei diesen Panikattacken anfänglich um Alpträume im Rahmen einer akuten Belastungsreaktion (F43.0) gehandelt habe (S. 17). Der Beschwerdeführer habe diese Attacken jedoch nicht in Zusammenhang mit dem traumatischen Ereignis gebracht, sondern eine somatische Erklärung gesucht (S. 17 f.). Die Untersuchungen durch verschiedene Ärzte hätten die Angst nur noch verstärkt. Beim Beschwerdeführer habe sich die Überzeugung verfestigt, dass sein Blutkreislauf nachts «pausiert». Daraus habe sich eine Angststörung entwickelt, welche am ehesten der hypochondrischen Störung zuzuordnen

sei, da der Beschwerdeführer später immer weitere Krankheitsängste entwickelt habe. Mangels entsprechender psychiatrischer Behandlung sei es zu einem Teufelskreis mit Panikattacken, Erwartungsangst und Schlafstörungen gekommen. Diese Angststörung habe jedoch über viele Jahre keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gehabt. Der Beschwerdeführer habe ein Jahrzehnt weiter gearbeitet, tagsüber gut funktioniert und sich nicht behandeln lassen. Trotz subjektivem Leidensdruck seien die beruflichen und sozialen Funktionen nicht beeinträchtigt gewesen. Es habe sich auch keine posttraumatische Belastungsstörung entwickelt, habe der Beschwerdeführer doch weder von Intrusionen noch von Vermeidungsverhalten berichtet. Es sei anzunehmen, dass die anfängliche akute Belastungsreaktion abgeklungen wäre, wenn die notwendige Psychoedukation erfolgt wäre (S. 18).

2003 habe der Beschwerdeführer bei der Arbeit akute Rückenschmerzen bekommen und sei länger arbeitsunfähig gewesen. Entscheidend sei die folgende Kündigung der Stelle mit anschließender Arbeitslosigkeit gewesen. Der Beschwerdeführer habe dies als massive Kränkung erlebt: Wenn man davon ausgehe, dass er neben der Arbeit über wenig Fähigkeiten und Interessen verfügt, sein Selbstwertgefühl also fast ausschliesslich auf der Arbeit beruht habe, sei nachvollziehbar, wie schlimm der Verlust dieser Arbeit für ihn gewesen sein müsse. Zur akuten Bedrohung des Selbstwertgefühls seien noch der Verlust von positiven Verstärkern und wohl auch einer Ablenkung von den bereits bestehenden Ängsten gekommen (S. 18). So erstaune nicht, dass sich die Ängste noch verstärkt hätten und der Beschwerdeführer in eine traurige Stimmung mit wenig Hoffnung auf eine berufliche Perspektive verfallen sei. Er verfüge über keine Ausbildung und eher geringe Chancen, auf dem Arbeitsmarkt noch einmal eine gleichwertige Arbeit zu finden. Darauf habe der Beschwerdeführer in der Vergangenheit nachvollziehbar psychisch reagiert, doch aktuell bestehe keine depressive Störung als eigenständiges psychiatrisches Krankheitsbild. Die Freudfähigkeit sei erhalten, z.B. wenn der Beschwerdeführer Reparaturen ausführe oder mit seinen Grosskindern zusammen sei; die geringe Freude im Alltag gehe vielmehr auf den Mangel an positiven Aktivitäten zurück. Es zeige sich auch keine Antriebsverminderung, so gehe der Beschwerdeführer ins Brockenhaus und mache Reparaturen. Was ihn dabei oft hindere, seien die Schmerzen und nicht eine depressionsbedingte Antriebsverminderung. Der soziale Rückzug sei der Scham gegenüber den ehemaligen Kollegen zuzuschreiben. Die subjektiv erlebten Konzentrationsstörungen und die Schlafstörungen seien wiederum Teil der Angststörung und nicht Symptome einer depressiven Störung. Die möglichen depressiven Symptome im Verlauf könnten nicht mehr mit Sicherheit beurteilt werden. Die 2012 gestellte Diagnose einer schweren depressiven Episode lasse sich aus aktueller Sicht nicht verifizieren, auf jeden Fall liege gegenwärtig kein depressives Syndrom von Krankheitswert vor (S. 19).

Dr. med. H.\_\_\_\_ habe in seinem psychiatrischen Gutachten vom 23. Januar 2014 eine mittelgradige depressive Episode mit erheblicher Minderung der Arbeitsfähigkeit diagnostiziert. Wie bereits dargelegt, sei dies nicht nachvollziehbar. Dr. med. H.\_\_\_\_ begründe zudem nicht, weshalb eine behandelbare mittelgradige depressive Symptomatik die berufliche Funktionsfähigkeit andauernd beeinträchtigen und eine Invalidität bewirken sollte (S. 19). Ab 2008 erscheine in den Akten die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung, ohne jedoch darzulegen, welche psychosozialen Belastungsfaktoren, Traumatisierungen oder inneren emotionalen Konflikte ursächlich für die Entstehung oder Aufrechterhaltung der Schmerzen seien (S. 19 f.). Sicher habe der

Beschwerdeführer in den Jahren vor der Entstehung der Schmerzen eine durch die Ängste bedingte psychisch belastete Zeit erlebt. Nach seinen Schilderungen erscheine dieser Faktor jedoch nicht als derart stark, dass er in einem ursächlichen Zusammenhang zur Entstehung der Schmerzen zu sehen sei. Vielmehr deute die Aktenlage darauf hin, dass zu Beginn der Schmerzen ein somatisches Korrelat in Form einer Diskushernie vorgelegen habe. Zwar sei aus den Akten ersichtlich, dass die Schmerzen zunehmend weniger mit den objektiven Befunden erklärbar gewesen seien. Das Fehlen eines somatischen Korrelates reiche jedoch für die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung nicht aus. Vielmehr müssten die psychischen Belastungsfaktoren so erheblich sein, dass sie als Erklärung für das Aufrechterhalten der Schmerzen angesehen werden könnten. Stattdessen stünden die fehlenden Copingmöglichkeiten und die massive Kränkung des Beschwerdeführers im Vordergrund. Dabei handle es sich nicht um Krankheitssymptome sondern um normalpsychologische Faktoren. Eine Arbeitslosigkeit wäre für den Beschwerdeführer eine noch stärkere Bedrohung des Selbstwertgefühls als eine «Erkrankung». Diese motivationalen Faktoren seien eindeutig durch die Kündigung entstanden, was wiederum einen krankheitsfremden Faktor darstelle. Dasselbe gelte für die Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit physischen und psychischen Anteilen, welche im Übrigen auch laut Dr. med. H. \_\_\_ keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hätte. Aufschlussreich sei, dass sich die psychischen Beschwerden gemäss Bericht der E. \_\_\_ bei Einführung einer Tagesstruktur und positiver Aktivitäten besserten (S. 20). Wenn der Beschwerdeführer also nicht direkt mit der Arbeit konfrontiert sei und eine geregelte Struktur habe, könne er sich auf soziale Kontakte einlassen und seine Anspannung abbauen (S. 20). Dies spreche dafür, dass die Konfrontation mit der Arbeit die oben beschriebenen motivationalen Konflikte auslöst, welche wiederum einen Einfluss auf die psychische Funktionsfähigkeit hätten (S. 21).

Zusammenfassend habe die Angststörung aktuell keinen direkten Zusammenhang mehr zum traumatischen Erlebnis von 1993, sie habe sich im Lauf der Jahre verselbstständigt. Verantwortlich für diese Entwicklung sei einerseits, dass der Beschwerdeführer selber die Ängste nicht in Verbindung mit dem erlittenen Trauma gesetzt, sondern als Ausdruck einer bedrohlichen somatischen Erkrankung angesehen habe. So hätten die Ängste bisher nicht adäquat behandelt werden können und seien chronifiziert. Sie entsprächen heute am ehesten einer hypochondrischen Störung, verbunden mit nächtlichen Panikattacken. Diese psychiatrische Erkrankung habe jedoch keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. So wie der Beschwerdeführer von 1993 bis 2003 trotz dieser Ängste seiner Arbeit nachgegangen sei, könne er dies auch aktuell tun. Wenn er sich als arbeitsunfähig erlebe, so habe dies mit der Kränkung durch die Kündigung und motivationalen Faktoren zu tun, nicht mit einer eigenständigen psychischen Erkrankung. Es bestünden keine geistigen oder psychischen Beeinträchtigungen. Der Beschwerdeführer sei also aus psychiatrischer Sicht medizinisch-theoretisch als zu 100 % arbeitsfähig anzusehen (S. 21). Er sei an fünf Tagen pro Woche 8,5 Stunden täglich normal belastbar und nicht in seiner Leistungsfähigkeit vermindert. Dies gelte nicht für nur die bisherige, sondern auch für jede andere Tätigkeit, ohne dass ein solcher Arbeitsplatz besonderen Anforderungen genügen müsste. Eine Arbeitsunfähigkeit von 20 % oder mehr habe zu keinem Zeitpunkt bestanden (S. 22 / 23).

Die Angststörung und die motivationalen Konflikte könnten theoretisch in einer Psychotherapie behandelt werden, wenn sich der Beschwerdeführer darauf einlasse. Bei ausreichender Motivation sollte sich innerhalb von sechs Monaten ein Erfolg erzielen

lassen. Eine Behandlung sei jedoch wegen des somatischen Krankheitskonzepts des Beschwerdeführers wohl wenig Erfolg versprechend (S. 21 /22).

3.2.5 Die RAD-Ärztin Dr. med. N.\_\_\_\_ erklärte in ihrer Stellungnahme vom 30. Oktober 2014, es sei keine wesentliche gesundheitliche Verschlechterung eingetreten (IV-Nr. 147).

Dr. med. C.\_\_\_\_ hielt im Schreiben vom 17. November 2014 (IV-Nr. 149 S. 6) fest, der Beschwerdeführer sei überzeugt, an einer schweren Herzkrankheit sowie einer schweren Rückendegeneration zu leiden und keine Arbeit mehr verrichten zu können. Er klage über eine absolute Belastungsintoleranz. Schon nach zehn Minuten leichter körperlicher oder psychischer Arbeit würden flushartige Beschwerden mit aufsteigendem Hitzegefühl auftreten, worauf sich der Beschwerdeführer setzen oder hinlegen müsse. Er messe dann sehr hohe Blutdruckwerte.

Dr. med. K.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, erklärte im Bericht vom 20. November 2014 (IV-Nr. 149 S. 7 ff.), er behandle den Beschwerdeführer seit dem 3. April 2014. In dieser Zeit habe er ihn sehr ausführlich untersucht und könne den Längsverlauf beurteilen. Daraus resultierten die folgenden Diagnosen:

- chronifizierte mittelgradige depressive Störung (F32.11) mit ausgeprägten hypochondrischen Ängsten.
- anhaltende somatoforme Schmerzstörung (F45.4).

Es liessen sich folgende affektiven Beschwerden objektivieren: Psychomotorische Unruhe, Schlafstörungen, demzufolge rasche Ermüdung mit vermindertem Konzentrationsvermögen und Störungen des Kurzzeitgedächtnisses, Gefühl der inneren Leere mit Zukunftsängsten und Antriebsminderung sowie Motivationsverlust, Vermeidung sozialer Kontakte und Schuldgefühle wegen der finanziellen Unterstützung durch die Kinder. Hinzu kämen die starken Rückenschmerzen. Da er bis dahin sein Leben und die Versorgung der Familie gut bewerkstelligt habe, habe der Beschwerdeführer den Arbeitsunfall als hohe Belastung erlebt. Die angestammte Tätigkeit als [ ] im Akkord komme wegen der Antriebsstörung mit vermindertem Durchhaltevermögen, Konzentrationsstörungen, Energiemangel und Stressintoleranz nicht mehr in Frage. Die Arbeitsunfähigkeit liege bei mindestens 75 %, eine Verweistätigkeit sei nicht ersichtlich. Das psychiatrische Gutachten von Dr. med. I.\_\_\_\_ sei bezüglich der Anamnese, der Untersuchungen und der diagnostischen Überlegungen grösstenteils zu unterstützen. Allerdings hätte der Gutachter den Verlauf der hypochondrischen Angststörung sowie den Umstand, dass solche Ängste zum depressiven Störungsbild gehörten, berücksichtigen sollen. Es sei entweder auf Dr. med. H.\_\_\_\_ abzustellen oder ein neutrales Zweitgutachten zu veranlassen.

Die RAD-Ärztin Dr. med. N.\_\_\_\_ erachtete in ihrer Stellungnahme vom 30. März 2015 (IV-Nr. 154 S. 2) keine weiteren Abklärungen für erforderlich.

3.2.6 Im Beschwerdeverfahren werden zwei weitere Arztberichte eingereicht:

Der Bericht von Dr. phil. L.\_\_\_\_, Neuropsychologe, und Dr. med. M.\_\_\_\_, Leitender Arzt Geriatrie am [...], vom 9. März 2015 (IV-Nr. 157 S. 75 ff.) enthält folgende Diagnosen:

1) Mögliche neurokognitive Funktionsstörung unklaren Ausmasses bei nicht ausreichend validen neuropsychologischen Testergebnissen, am ehesten im Rahmen der Diagnosen 2 bis 4 hiernach.

Nebendiagnosen:

- 2) Depressive Störung.
- 3) Verdacht auf Somatisierungsstörung.
- 4) Chronische generalisierte Schmerzstörung.
- 5) Vitamin D-Mangel

Der Beschwerdeführer klagt vor allem über Schmerzen in Wirbelsäule und Bein, störende Körperempfindungen (z.B. von den Beinen aufsteigendes und durch den ganzen Körper laufendes Gefühl wie von Kohlensäure), Nervosität mit Reizbarkeit, Schlafstörungen, Arbeitsunfähigkeit, finanzielle Sorgen sowie verminderte geistige Leistungsfähigkeit mit vermehrter Vergesslichkeit und sehr schlechter Konzentration. Es gebe nur noch wenig Aktivität, er sei körperlich zunehmend passiv. Herz-Kreislauf und Lunge seien ohne Befund. Die Aufmerksamkeit wirke reduziert, mit ausreichender Belastbarkeit für den dreistündigen Termin. Der Beschwerdeführer schildere immer wieder umfassend seine früheren Leistungen sowie sein körperliches und soziales Leiden seit Beginn der Beschwerden. Das formale Denken zeichne sich durch Einengung, Vorbeireden und Wiederholungen aus. Zu Untersuchungsbeginn wirke der Beschwerdeführer affektarm (im Sinne von teilnahmslos), im Verlauf dann instabil mit Ausschlägen in die negative Richtung im Sinne von Aggressivität und Reizbarkeit sowie Niedergestimmtheit und offener Verzweiflung. Da der Beschwerdeführer [in seiner Heimat] nur eine sehr elementare Schulbildung genossen habe und seine Sprachkenntnisse für eine Untersuchung ohne Dolmetscher nicht ausreichen, sei die Validität der neuropsychologischen Testbefunde von vornherein limitiert, denn die Testverfahren seien für Patienten mit deutscher Muttersprache, die ein mitteleuropäisches Bildungssystem durchlaufen hätten, normiert. Darüber hinaus befinde sich der Beschwerdeführer in psychisch sehr schlechter Verfassung und könne sich nur zum Teil ausreichend auf die Bearbeitung der vorgelegten Tests konzentrieren. Insgesamt würden die vorliegenden Ergebnisse der kognitiven Leistungstests das tatsächliche Leistungsvermögen sehr wahrscheinlich nicht adäquat widerspiegeln; dies bedeute nicht, dass keine kognitiven Einbußen vorlägen, sondern vielmehr, dass darüber keine fundierte Aussage gemacht werden könne. Verwertbar seien nur die anamnestischen und durch Fragebogen erhobenen Angaben der Ehefrau: Diese zeichneten das Bild einer deutlichen Abnahme des geistigen Leistungsvermögens des Beschwerdeführers, mit einem progredienten Verlauf in den letzten Jahren. Die funktionelle Bildgebung spreche gegen eine neurodegenerative Hirnerkrankung. Die Ursache der vom Umfeld beobachteten Abnahme der geistigen Leistungsfähigkeit sei am ehesten in einer Verschlechterung der psychischen Störung zu suchen.

Dr. med. K. \_\_\_ nennt in seinem Bericht vom 15. Oktober 2015 (IV-Nr. 157 S. 80 ff.) folgende Diagnosen:

·chronifizierte mittelschwer ausgeprägte depressive Störung (F32.11) mit Phasen von schweren Episoden (F33.2).

·anhaltende somatoforme Schmerzstörung (F45.41)

Die Untersuchungen seien auf Grund der langen Behandlungsperiode sehr ausführlich, d.h. die Beurteilung stütze sich nicht nur auf Befunde und anamnestische Angaben, sondern auf objektive Beobachtungen im Zeitverlauf. Im Gegensatz dazu umfasse ein Gutachten lediglich einen Querschnittsbefund, während die Erhebung des Längsverlaufs nicht auf klinischer Beobachtung beruhe. Im psychopathologischen Befund zeige sich ein

verzweifelter und depressiv herabgestimmter Mann, der über Bedrücktheit, Anhedonie, deutlichen Antriebsverlust sowie Durchschlafstörungen klagt. Weiter beschreibe er Schuld- und Insuffizienzgefühle, da er auf die Unterstützung seiner Familie angewiesen sei. Gegenüber seinem Umfeld verhalte er sich misstrauisch. Es bestehe eine Affektlabilität mit innerer Unruhe und diffusen Ängsten (ängstlich agitierte Depression). Die Affekte der Depression führten zu einer herabgesetzten Stressresistenz mit affektiven Entladungen und einer verzerrten Bewertung von Ereignissen, wodurch es zu ungewolltem Verhalten und negativen Affekten gegenüber der Familie komme, was sich durch entsprechende Reaktionen des Umfeldes ungünstig auf den psychischen Zustand auswirke. Die Gedanken zur zukünftigen Krankheitsentwicklung seien pessimistisch, mit übersteigerter Angst vor unüberwindbaren Beschwerden und einer dauerhaften Immobilität.

Konzentrationsfähigkeit, Aufmerksamkeit und Auffassungsvermögen seien vermindert. In der Gesamtschau sei die psychische Belastbarkeit deutlich herabgesetzt.

Adaptationsfähigkeit, Stressresistenz und Durchhaltevermögen seien reduziert, es würden mehr Zeit für die Erledigung von Abläufen und mehr Pausen benötigt. Infolge der Lustlosigkeit mangle es an Initiative zur Bewältigung alltäglicher Verpflichtungen.

Insgesamt seien die Kriterien einer mittelschweren depressiven Störung mit Phasen von schweren depressiven Episoden erfüllt. Der Verlauf sei chronifiziert mit Akzentuierung der depressiven Symptomatik und kontinuierlicher Verschlechterung. Es sei davon auszugehen, dass der Arbeitsunfall als hohe Belastung erlebt worden sei. Bis zu diesem Unfall habe der Beschwerdeführer sein Leben und die finanzielle Unterstützung der Familie gut sichergestellt. Das psychische Zustandsbild werde weiter von den chronischen Rückenschmerzen geprägt. Die Körpersymptomatik sei weitgehend nicht durch somatische Faktoren erklärbar, weswegen eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung angenommen werde. Diese Schmerzfehlentwicklung weise einen mehrjährigen Verlauf mit progredienter Symptomatik ohne nachhaltige Rückbildung auf. In Kombination mit der depressiven Störung könne sie durchaus eine Beeinträchtigung begründen. Die Arbeitsunfähigkeit liege in der angestammten Tätigkeit als [ ] bei 100 % und für Verweistätigkeiten mindestens bei 70 %. Bei diesen müsse das Belastungsprofil den noch bestehenden Bewältigungsressourcen unter Beachtung der störungsbedingten Funktionseinschränkungen angepasst werden. Es sollten einfache Arbeiten ohne komplexe Prozessabläufe mit genügend Pausen sein. Angesichts des bisher therapeutisch kaum beeinflussbaren Verlaufs sei längerfristig von einer Persistenz auszugehen.

### **E. 3.3**

3.3.1 Im vorliegenden Fall ist der Einspracheentscheid vom 5. April 2006 als Vergleichszeitpunkt maßgeblich, da er auf einer umfassenden Abklärung beruht und die Beschwerdeführerin auf die beiden folgenden Anmeldungen nicht eingetreten ist.

3.3.2 In somatischer Hinsicht erhebt der Beschwerdeführer zu Recht keine Einwände gegen das umfassende und unabhängige rheumatologische Gutachten von Dr. med. G.\_\_\_\_. Dessen Schlussfolgerung, eine angepasste Tätigkeit sei ganztägig ohne Leistungseinbußen zumutbar, ist angesichts der erhobenen objektiven Befunde nachvollziehbar. Dr. med. G.\_\_\_\_ erläutert schlüssig, warum die Beschwerden nur teilweise organisch hergeleitet werden können, und er trägt den festgestellten degenerativen Veränderungen bei der Umschreibung der zumutbaren adaptierten Tätigkeit Rechnung. In diesem Zusammenhang ist einerseits festzuhalten, dass eine Diskrepanz zwischen den Angaben des Versicherten und dem gezeigten Verhalten ein Indiz gegen eine Beeinträchtigung darstellt (Urteil des

Bundesgerichts 9C\_798/2011 vom 15. Mai 2012 E. 1), hier namentlich die Bewegungen mit erhobenen Armen sowie die geklagte Schmerzintensität, welche mit Erscheinung und Auftreten kontrastiert. Andererseits liegt kein radikuläres Reiz- oder Ausfallsyndrom vor; soweit indes solche organischen Schäden fehlen, darf eine Arbeitsunfähigkeit füglich verneint werden (vgl. dazu etwa Urteile des Bundesgerichts 9C\_990/2012 vom 10. Juni 2013 E. 5.1, 8C\_290/2011 vom 13. September 2011 E. 5.3 sowie 9C\_170/2009 vom 6. Mai 2009 E. 2.2).

Fachärztliche Berichte mit objektiven Gesichtspunkten, welche im Gutachten nicht gewürdigt wurden und andere Schlüsse nahelegen, liegen keine vor (s. dazu Urteile des Bundesgerichts 8C\_767/2013 vom 20. Februar 2014 E. 6.4, 9C\_655/2009 vom 12. November 2009 E. 2.2 sowie 9C\_24/2008 vom 27. Mai 2008 E. 2.3.2). Die Stellungnahme des Hausarztes Dr. med. C. \_\_\_ vom 15. Februar 2012 (IV-Nr. 106), wonach schon aus somatischen Gründen nur ein Teilpensum möglich wäre, ist nicht dazu geeignet, Zweifel am Gutachten zu erwecken. Diese Einschätzung entbehrt jeglicher Begründung und kann daher keinen Beweiswert beanspruchen. Im Übrigen gab Dr. med. C. \_\_\_ in seinem späteren Bericht vom 17. November 2014 (IV-Nr. 149 S. 6) nur noch an, der Beschwerdeführer sei überzeugt, an einer schweren Rückendegeneration zu leiden, ohne sich selber zur Arbeitsunfähigkeit zu äussern.

Aus dem Gutachten ergibt sich, dass gegenüber 2006 keine wesentliche gesundheitliche Verschlechterung eingetreten ist. Die aktuelle Beurteilung der Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit deckt sich mit derjenigen des BEFAS-Arztes aus dem Jahr 2005, auf der die damalige Leistungsverweigerung beruhte. Die Diagnosen sind grundsätzlich die gleichen geblieben und die degenerativen Veränderungen in den letzten Jahren nicht fortgeschritten. Zudem besteht nach wie vor eine Diskrepanz zwischen den angegebenen Beschwerden und den objektivierbaren Befunden, was sowohl der BEFAS-Arzt als auch der Gutachter Dr. med. G. \_\_\_ als entscheidend ansahen.

Relevante somatische Leiden, welche nicht den Bewegungsapparat betreffen, gehen aus den aktuellen Akten keine hervor (vgl. IV-Nr. 157 S. 76); insbesondere werden keine entsprechenden Behandlungen durchgeführt. Die subjektive Überzeugung des Beschwerdeführers, herzkrank zu sein, findet daher keine Stütze.

3.3.3 Was den psychischen Gesundheitszustand anbelangt, so stützt sich die Beschwerdegegnerin zu Recht auf das ausführliche Gutachten von Dr. med. I. \_\_\_. Dieses genießt vollen Beweiswert, stammt es doch von einem unabhängigen Facharzt, welcher den Beschwerdeführer gründlich untersucht, seine Angaben festgehalten sowie die Vorakten berücksichtigt hat. Die Feststellung, dass keine psychische Störung mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit vorliegt, ist vor dem Hintergrund des erhobenen Psychostatus sorgfältig und nachvollziehbar begründet worden.

Der Einwand des Beschwerdeführers, das Gutachten von Dr. med. I. \_\_\_ stelle eine unzulässige second opinion dar, es hätte vielmehr auf das frühere psychiatrische Gutachten von Dr. med. H. \_\_\_ abgestellt werden können und müssen, ist nicht stichhaltig. Zwar darf der Sozialversicherungsträger nicht beliebig ein Zweitgutachten einholen. Wenn indes der massgebliche Sachverhalt durch das erste Gutachten noch nicht hinreichend geklärt ist, so müssen weitere Abklärungen erfolgen, bevor über den Leistungsanspruch entschieden werden kann (vgl. BGE 136 V 156 E. 3.3 S. 158). Die Beurteilung durch Dr. med. H. \_\_\_ vermag nun ■ wie die RAD-Ärztin zutreffend festgestellt hat ■ nicht zu überzeugen, da er

die erhobenen Befunde zu wenig berücksichtigt hat und zu unkritisch dem Empfinden des Beschwerdeführers gefolgt ist. Dies zeigt sich etwa in der Bemerkung, die beklagten Funktionseinbussen wie Vergesslichkeit etc. liessen sich zwar in der Untersuchung nicht beobachten, könnten aber nicht ausgeschlossen werden (IV-Nr. 128.1 S. 13). Es gehört indes zu den Aufgaben eines Gutachters, die Angaben des Versicherten aus medizinischer Sicht zu reflektieren und einzuordnen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_223/2012 vom 14. August 2012 E. 4.1). Weil Dr. med. H.\_\_\_\_ dies versäumte und sein Gutachten damit nicht beweiswertig ist, hat die Beschwerdegegnerin richtigerweise ein weiteres Gutachten eingeholt, um den Sachverhalt zu klären.

Der Beschwerdeführer verweist weiter auf die behandelnden Ärzte, welche eine andere Auffassung vertreten würden. Damit verkennt er aber, dass sich der Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-) Arztes sowie der Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten voneinander unterscheiden (Urteil des Bundesgerichts 9C\_353/2015 vom 24. November 2015 E. 4.1). In diesem Zusammenhang ist auch auf die Erfahrungstatsache hinzuweisen, dass behandelnde Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 135 V 65 E. 4.5. S. 470; Urteil des Bundesgerichts 8C\_847/2013 vom 14. Februar 2014 E. 5.1.2). Andererseits kann eine psychiatrische Exploration von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei erfolgen. Sie eröffnet dem begutachtenden Psychiater praktisch immer einen gewissen Spielraum, innerhalb dessen verschiedene medizinisch-psychiatrische Interpretationen möglich, zulässig und zu respektieren sind, sofern der Experte lege artis vorgegangen ist. Von einer psychiatrischen Administrativ- oder Gerichtsexpertise ist deshalb nur dann abzuweichen, wenn die behandelnden Ärzteobjektiv feststellbare ■ also nicht rein der subjektiven Interpretation entspringende ■ Gesichtspunkte vorbringen, die geeignet sind, zu einer abweichenden Beurteilung zu führen (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C\_353/2015 vom 24. November 2015 E. 4.1, 9C\_190/2016 vom 20. Juni 2016 E. 4 und 9C\_668/2015 vom 17. Februar 2016 E. 3). Dies ist hier nicht der Fall:

Der Hausarzt Dr. med. C.\_\_\_\_ spricht zwar von einer psychisch bedingten Arbeitsunfähigkeit, ohne dies aber näher zu begründen oder auch nur eine Diagnose zu stellen, welche sich auf ein anerkanntes Klassifikationssystem stützt (s. dazu Urteil des Bundesgerichts 8C\_345/2012 vom 17. September 2012 E. 3.5.1). Irgendwelche neuen Erkenntnisse ergeben sich daraus keine.

Die Berichte der E.\_\_\_\_ enthalten zwar andere Diagnosen als das Gutachten. Dr. med. I.\_\_\_\_ hat sich indes mit dieser abweichenden Beurteilung auseinandergesetzt und anhand seiner Untersuchungsergebnisse widerlegt. In diesem Zusammenhang ist auch darauf hinzuweisen, dass die Behandlung bei den E.\_\_\_\_ zwei Jahre vor dem Gutachten erfolgte, eine allfällige schwere Depression sich also in der Zwischenzeit ohne weiteres zurückgebildet haben kann.

Dr. phil. L.\_\_\_\_ und Dr. med. M.\_\_\_\_ erwähnen eine kognitive Störung, aber nicht als gesicherte Diagnose, sondern als reine Möglichkeit. Sie räumen nämlich ein, dass die neuropsychologische Testung nicht aussagekräftig sei, womit sie ihrer Beurteilung selber die Beweiskraft absprechen. Hinzu kommt, dass die Feststellung, der Zustand habe sich gegenüber früher verschlechtert, auf den Angaben des Beschwerdeführers und seiner Ehefrau beruht, also subjektiv geprägt ist. Auf das Gutachten von Dr. med. I.\_\_\_\_, der keine Anhaltspunkte für neuropsychologische Störungen zu erkennen vermochte, gehen die Dres.

L.\_\_\_\_ und M.\_\_\_\_ nicht ein. Soweit sie sich zu psychiatrischen Fragen äussern, ist ihnen zu entgegnen, dass sie keine Fachärzte der Psychiatrie sind und ihre Aussagen daher nicht geeignet sind, ein psychiatrisches Gutachten zu entkräften (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_139/2014 vom 6. Oktober 2014 E. 5.2).

Der behandelnde Psychiater Dr. med. K.\_\_\_\_ äusserte sich zwar relativ ausführlich zum Zustand des Beschwerdeführers. Was er dabei vorbringt, dringt indes nicht durch:

Der Psychiater legt grossen Wert darauf, dass er ■ anders als der Gutachter Dr. med. I.\_\_\_\_ ■ beim Beschwerdeführer in der Lage sei, den Längsverlauf der Erkrankung zu berücksichtigen. Der Umstand, dass die Begutachtung wesensgemäss nicht auf einer Begleitung des Exploranden während eines längeren Zeitraums beruht, spricht jedoch nicht gegen den Beweiswert des Gutachtens (Urteil des Bundesgerichts 9C\_958/2011 vom 3. Februar 2012 E. 4.2); ob eine einmalige Exploration eine zuverlässige Beurteilung zulässt oder ob ergänzende Untersuchungen erforderlich sind, hat allein der Experte zu entscheiden (Urteil des Bundesgerichts 9C\_275/2014 vom 21. August 2014 E. 3).

Der Vorwurf, der Gutachter habe den gesundheitlichen Verlauf zu wenig beachtet, ist unzutreffend, hat er doch sowohl eine Aktenanamnese erhoben (IV-Nr. 142 S. 4 ■ 11) als auch den Beschwerdeführer zu seiner Vorgeschichte befragt (11 ■ 15). Weiter hat der Gutachter überzeugend begründet, warum er von den anderen Ärzten (einschliesslich dem Vorgutachter Dr. med. H.\_\_\_\_) abweicht und die früher gestellten Diagnosen verwirft. Er legt insbesondere dar, warum er diverse Symptome nicht als Ausdruck einer depressiven Störung wertet, dass es bei der Schmerzstörung an der nach ICD-10 erforderlichen Belastungssituation als Auslöser fehle, und welche Bedeutung er invaliditätsfremden Belastungsfaktoren beimisst. Darauf geht der behandelnde Psychiater nicht ein, sondern er beschränkt sich darauf, dem Gutachten seine eigene Auffassung entgegenzusetzen. In diesem Zusammenhang ist auf die mit BGE 141 V 281 begründete neue Praxis zur anhaltenden somatoformen Schmerzstörung und den verwandten psychosomatischen Leiden hinzuweisen. Danach ist vermehrt darauf zu achten, ob der Arzt die Schmerzstörung als Gesundheitsbeeinträchtigung überhaupt sachgerecht festgestellt hat, d.h. unter Bezugnahme auf den diagnoseinhärenten Schweregrad (E. 2.1 S. 285 ff.).

Inhaltlich geht der Psychiater weitgehend von den gleichen Umständen wie das Gutachten aus, gewichtet diese einfach stärker. Es handelt sich mit anderen Worten um eine andere Ausübung des Ermessens, welche nicht geeignet ist, das Gutachten zu widerlegen. Dies muss umso mehr gelten, als der Psychiater die im Gutachten festgehaltenen Untersuchungsergebnisse nicht anzweifelt (IV-Nr. 149 S. 8). Im Übrigen ist dem Psychiater beim Einbezug der Vorgeschichte in seine Beurteilung ein Fehler unterlaufen: Er misst dem Unfall des Kollegen im Jahr 1993 eine wichtige Rolle für die Entstehung der psychischen Erkrankung bei, wobei er festhält, bis zu diesem Zeitpunkt habe der Beschwerdeführer gut für seine Familie sorgen können; er übersieht dabei, dass der Beschwerdeführer in der Folge trotz psychischer Symptome bis 2003 uneingeschränkt arbeiten konnte.

Folgt man somit der Einschätzung des Gutachters Dr. med. I.\_\_\_\_, dann ergibt sich, dass seit 2006 keine psychische Verschlechterung belegt ist. Heute wie damals liegen keine psychiatrischen Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit vor. Weiter ist zu betonen, dass der Gutachter den Mechanismus, der hinter den Beschwerden steckt, gleich beurteilt wie seinerzeit der BEFAS-Arzt. Beide sehen als massgebliche Faktoren, der die Beschwerden aufrechterhält, die Kränkung durch die Entlassung und die unzureichende

Motivation des Beschwerdeführers. Dabei handelt es sich um psychosoziale resp. soziogene, d.h. invaliditätsfremde Umstände, die mangels einer selbständigen psychischen Erkrankung keine Leistungsansprüche begründen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_908/2015 vom 14. April 2016 E. 4.1, betreffend eine als kränkend empfundene Kündigung des langjährigen Arbeitsverhältnisses durch den Arbeitgeber; s.a. 9C\_468/2015 vom 29. Januar 2016 E. 4.2 und 9C\_559/2015 vom 2. Dezember 2015 E. 3.3). Nicht stichhaltig ist der Einwand, der Gutachter habe es versäumt, die Beeinträchtigung des Beschwerdeführers anhand der Indikatoren gemäss BGE 141 V 281 (E. 3.6 S. 294 f. und E. 4.1 S. 296 ff.) zu bestimmen, fehlt es doch laut Gutachten von vornherein an einer Schmerzstörung oder einem vergleichbaren Leiden (s. dazu E. 4.2 S. 298). Wenn sich der Beschwerdeführer schlechter fühlt, so handelt es sich dabei nur um seine subjektive Überzeugung, welche nicht massgebend ist (Urteil des Bundesgerichts 8C\_548/2013 vom 2. Oktober 2013 E. 5.2.1).

3.4 Ist aber seit dem 5. April 2006, der letzten materiellen Prüfung durch die Beschwerdegegnerin, keine gesundheitliche Veränderung nachweisbar, so besteht nach wie vor kein Leistungsanspruch. Die Beschwerde stellt sich damit als unbegründet heraus und ist abzuweisen.

4. Bei diesem Verfahrensausgang steht dem Beschwerdeführer (der im Übrigen nicht unentgeltlich verbeiständet ist) keine Parteientschädigung zu.

Die Beschwerdegegnerin hat als mit öffentlich-rechtlichen Aufgaben betraute Organisation ■ abgesehen von hier nicht interessierenden Ausnahmen ■ keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (vgl. etwa BGE 128 V 133 E. 5b, 126 V 150 E. 4a).

5. Bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen ist das Beschwerdeverfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1bisIVG). 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 unterlegene Beschwerdeführer die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen, die jedoch infolge Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege ab Prozessbeginn durch den Kanton Solothurn zu übernehmen sind (Art. 122 Abs. 1 lit. b Schweizerische Zivilprozessordnung / ZPO, SR 272). Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren, wenn A.\_\_\_\_, zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

Demnach wird erkannt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Es werden keine Parteientschädigungen zugesprochen.

3. Der Beschwerdeführer hat die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen, die 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).

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

Der Präsident

Der Gerichtsschreiber

Flückiger

Haldemann

#### **E. 4**

Anamnestisch Status nach Inguinalhernienrezidiv rechts (Operation 2012). B)

Psychiatrische Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit: 1. Depressive Störung, gegenwärtig ca. mittelgradig ausgeprägt mit somatischem Syndrom (F32.11) ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit; 2. Chronische Schmerzstörung mit physischen und psychischen Anteilen (F45.41) Der Beschwerdeführer habe seit 2002 an lumbalen und cervikalen Rückenschmerzen gelitten (S. 6). Aktuell klage er über ein eingeschlafenes Gefühl in beiden Beinen mit Ameisenlaufen sowie Schmerzen in der Bandscheibe am lumbosakralen Übergang. Diese Schmerzen seien tagsüber wie nachts mehr oder weniger gleichbleibend vorhanden. Jede Bewegung oder Belastung führe zur Beschwerdezunahme. Alle aufrechten Körperpositionen seien schwer zu ertragen, insbesondere eine Arbeit mit erhobenen Armen (wobei der Beschwerdeführer während der ganzen Anamneseerhebung mit erhobenen Armen lebhaft gestikuliere). Eine Schmerzausstrahlung bestehe wechselseitig mal ins linke oder ins rechte Bein. Auf einer Skala von null bis zehn liege der aktuelle Schmerzpegel bei acht (was in Anbetracht des Auftretens und der Erscheinung nicht zwingend nachvollziehbar sei). Der Beschwerdeführer wohne mit der Ehefrau und den beiden jüngeren Söhnen im eigenen Einfamilienhaus. Er müsse von der Unterstützung der Söhne leben, zudem arbeite die Ehefrau neben dem Haushalt zwei Stunden pro Tag. Als Hobbies gebe der Beschwerdeführer das Reparieren von Motorsägen an. Früher sei er im Rahmen seiner im Akkord ausgeführten Montagetätigkeit oft und viel unterwegs gewesen (S. 7). Er habe diese Arbeit gern gemacht und regelmässig Überzeit absolviert, aber nun wäre sie zu schwer für seine Rückenbeschwerden. Er sei überzeugt, dass für ihn gar keine Arbeit mehr möglich sei (S. 8). Die Beschwerdeschilderung bleibe diffus, wobei der Beschwerdeführer teils auf gezielte Fragen nicht näher eingehe (S. 9). Die klinische Untersuchung ergebe zahlreiche nicht organische Zeichen als Ausdruck einer erheblichen Symptomausweitung mit beschwerdeverdeutlichendem Verhalten, z.B. Druckdolenzen in der paravertebralen Muskulatur des ganzen Achsenorgans ohne korrelierende myofasziale Befunde (S. 9 f.) oder verminderte Berührungsempfindlichkeit ohne Dermatombefund (S. 10). Für eine manifeste Kompression neuromeningealer Strukturen gebe es weiterhin keine Anhaltspunkte. Es bestehe eine deutliche Haltungsinsuffizienz bei muskulärer Dekonditionierung mit erheblicher Fehlstatik, bedingt einerseits durch die zunehmende Adipositas, andererseits durch die Insuffizienz der das Körpergewicht und die Körperhaltung stabilisierenden Rumpfmuskulatur. Radiologisch zeige sich im Verlauf der letzten fünf Jahre keine wesentliche Progression der bereits damals eher mässiggradigen Abnutzungserscheinungen der unteren Lendenwirbelsäule. Das arbeitsmedizinische Problem liege aus rheumatologischer Sicht in einer verminderten Belastbarkeit des Achsenorgans für schweres Heben und Tragen von Lasten sowie für längere wirbelsäulenbelastende Zwangspositionen (ausschliessliches Stehen in vorgeneigten

Körperhaltungen oder repetitiv rumpfrozierende Stereotypien). Aus rheumatologischer Sicht seien alle angepassten, körperlich leicht bis mittelschwer belastenden Tätigkeiten medizinisch-theoretisch vollschichtig zumutbar, sofern hinreichend Ausgleichshaltungen und Wechselpositionen möglich seien, z.B. eine leichte Montage- oder Kontrolltätigkeit oder Überwachungsaufgaben mit der Möglichkeit zu regelmäßigem Gehen. Primäres Reintegrationshindernis scheine die an den Tag gelegte Invaliditätsüberzeugung, indem sich der Beschwerdeführer entweder wieder in seiner zuletzt ausgeübten, offenbar gut bezahlten Akkordarbeit sehe, oder eben in gar keiner Erwerbstätigkeit mehr. Auf Grund der aktuell am Bewegungsapparat zu erhebenden Befunde sei diese Einstellung nicht organisch begründbar (S. 12). Eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit als [...] sei ab etwa 2003 dokumentiert. Diese somatische Einschätzung werde in den Arztberichten jeweils kontinuierlich vertreten und erscheine auch für alle anderen körperlich schwer belastenden Arbeiten nachvollziehbar. Die hier vertretene Einschätzung der Arbeitsfähigkeit in einer den Leiden angepassten Tätigkeit gelte ab den gutachterlichen Untersuchungen vom 19. Juni und 13. August 2013 (S. 1 + 16). Zum Abbau der bestehenden Dysbalancen und der Fehlstatik empfehle sich eine Gewichtsreduktion sowie ein Aufbau der rumpfstabilisierenden Muskulatur. Um das Gelingen derartiger Bemühungen zu gewährleisten, müssten die ausserhalb des Bewegungsapparates liegenden Reintegrationshindernisse durch psychiatrische Massnahmen gebessert werden (S. 15 + 17).

3.2.3 Das im Auftrag der Beschwerdegegnerin erstellte Gutachten von Dr. med. H. \_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, vom 23. Januar 2014 (IV-Nr. 128.1) enthielt folgende Diagnosen (S. 12): a) Mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: Depressive Störung, gegenwärtig ca. mittelgradig ausgeprägt mit somatischem Syndrom (F32.11). b) Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: Chronische Schmerzstörung mit physischen und psychischen Anteilen (F45.41). Laut Beschwerdeführer hätten sich nach 2004 zunehmend (auf Nachfrage hin nicht näher präziserte) negative Symptome und Gedanken entwickelt. Nachts habe er schon längere Zeit Angst, erwürgt zu werden. Nach eigenem Bekunden habe sich der Beschwerdeführer sozial zurückgezogen, sei aggressiv gewesen und habe unter (auf Nachfrage hin nur diffus geschilderten) Ein- und Durchschlafstörungen gelitten. Stimmungsmässig sei er traurig, wobei insbesondere die letzten zwei Jahre schlimm gewesen seien. Er leide unter mehr Ängsten als früher. Die Konzentrationsfähigkeit sei schlechter geworden, das Auffassungsvermögen sei ebenfalls vermindert, er sei vergesslich, «immer böse und verrückt». Sein Hausarzt habe ihn im September 2012 in die psychiatrische Klinik überwiesen. Damals seien insbesondere die Ängste sowie die nächtlichen Schlafschwierigkeiten stark gewesen; er könne nur mit Licht einschlafen und müsse immer an die Todesfälle seines Vaters vor sechs Jahren und eines Bruders vor acht Jahren denken. Es gebe auch Probleme mit der Ehefrau. Die Schmerzen seien von jeher gleich gewesen. Es tue in den Beinen und Händen weh (S. 8). Ein Arzt könne ihm nicht helfen. Er sei nur bei guter Gesundheit in der Lage, zu arbeiten (S. 9). Der Beschwerdeführer wirke während der gesamten Untersuchung angespannt, ängstlich und verbittert, gebe jedoch grösstenteils kooperativ Auskunft (S. 10). Er sei klinisch aufmerksam und konzentriert. In der Fremdwahrnehmung sei er unauffällig, die Selbstwahrnehmung sei stark durch das Krankheitsgeschehen geprägt. Kurz- und Langzeitgedächtnis seien klinisch nicht beeinträchtigt. Der formale Denkprozess präsentiere sich leichtgradig umständlich, jedoch jederzeit logisch-kohärent. Inhaltlich stünden das körperliche und psychische Krankheitsgeschehen sowie die familiäre Situation im Vordergrund. Mimik und Gestik seien tendenziell verarmt, die Psychomotorik eher

ruhig. Die Stimmungslage sei etwa mittelgradig bedrückt. Die subjektiv erlebte Traurigkeit, der verminderte Antrieb, die Hoffnungslosigkeit bezüglich der beruflichen Zukunft sowie die Angstgefühle hinsichtlich des nächtlichen Einschlafens seien während der Untersuchung spürbar. Die bedrückte Stimmungslage äussere sich auch in der Perspektivlosigkeit sowie in der eher schlechten affektiven Spürbarkeit und Modulationsfähigkeit. Der Beschwerdeführer wirke initiativ- und interesselos. Gemäss Auskunft der behandelnden Psychiaterin finde einmal monatlich ein Therapiegespräch statt. Der Beschwerdeführer weine häufig und sei in seiner Konzentration vermindert. Bisher sei es ihm nicht gelungen, mit der Krankheit adäquat umzugehen (S. 11). Der Beschwerdeführer leide seit ca. zehn Jahren wegen einer Diskushernie L5/S1 unter Rückenschmerzen. Seither sei die Arbeit in der [...] nicht mehr möglich (S. 12). Die im Bericht der E.\_\_\_\_ vom 31. Dezember 2012 genannten Symptome würden differentialdiagnostisch auf eine andauernde Persönlichkeitsveränderung bei chronischen Schmerzen hinweisen. Anlässlich der aktuellen psychiatrischen Untersuchung seien die geklagten Funktionseinbussen wie schlechte Konzentration nicht zu beobachten, was sie aber nicht ausschliesse. Der Beschwerdeführer leide nach wie vor unter Ängsten sowie unter negativ gefärbten Gedanken. Aus rein psychiatrischer Sicht sei auf Grund der bisherigen Krankheitsgeschichte und der aktuellen Untersuchung von einer derzeit etwa mittelgradigen depressiven Episode mit somatischem Syndrom auszugehen, namentlich mit Freud- und Interesseverlust sowie Antriebsmangel. Zudem seien die kognitiven Funktionen subjektiv beeinträchtigt, ebenso das Selbstwertgefühl. Gegenüber der Ehefrau würden Schuldgefühle bestehen. Hinzu kämen Schlafstörungen sowie pessimistische Zukunftsgedanken (S. 13). Wie im psychiatrischen Bericht vom 31. Dezember 2012 diagnostiziert, könne von einer chronischen Schmerzstörung mit physischen und psychischen Anteilen ausgegangen werden. Die diagnostischen Leitlinien dafür lauteten gemäss ICD-10 wie folgt: 1) Mindestens zwei Jahre anhaltende multiple und unterschiedliche körperliche Symptome, für die keine ausreichende somatische Erklärung gefunden wurde. 2) Hartnäckige Weigerung, den Rat oder die Versicherungen mehrerer Ärzte anzunehmen, dass für die Symptome keine körperliche Erklärung zu finden ist. 3) Ein gewisser Grad an Beeinträchtigung sozialer und familiärer Funktionen durch die Art der Symptome und das sich daraus ergebende Verhalten. Hinsichtlich des ersten Kriteriums sei ein protrahierter Verlauf der Schmerzsymptomatik festzuhalten. Der Beschwerdeführer sei gemäss Akten überzeugt, an einer schweren Herzkrankheit zu leiden. Aus Sicht des Hausarztes handle es sich dabei um psychosomatische Beschwerden mit ausgeprägten vegetativen Symptomen. Dieser Umstand könne auch dem zweiten Kriterium zugeordnet werden. Hinsichtlich des dritten Kriteriums seien soziale und familiäre Funktionsdefizite festzuhalten. Aus psychiatrischer Sicht seien somit eine chronische Schmerzstörung sowie eine derzeit ca. mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom zu diagnostizieren. Die geklagten wie auch die objektivierbaren Symptome seien grösstenteils nachvollziehbar und entsprächen den psychiatrischen Berichten (S. 14). Die Panikstörung sei mit grösster Wahrscheinlichkeit im Rahmen der aktuellen depressiven Episode zu betrachten. Andererseits seien die im Bericht vom 31. Dezember 2012 erwähnten Symptome und Diagnosen kompatibel mit den an der aktuellen Begutachtung festgestellten Befunden; allerdings müsse offen bleiben, ob tatsächlich eine Persönlichkeitsänderung bei chronischem Schmerzsyndrom vorliege, oder ob es sich bei den psychischen Symptomen wie Aggressivität um einen Anteil im Rahmen der chronischen Schmerzstörung handle (S. 15). Aus rein psychiatrischer Sicht scheine der Beschwerdeführer derzeit im ersten

Arbeitsmarkt für einfache Verweistätigkeiten mit eingeschalteten Pausen max. 20 bis 30 % arbeitsfähig zu sein. Er sei dekonditioniert, vermindert belastbar und brauche eine verlängerte Erholungszeit. Man empfehle einen nochmaligen Arbeitsversuch im geschützten Rahmen mit einem Arbeitspensum von ca. 50 % (S. 14 f.). Die Arbeitsfähigkeit in einer dem Leiden angepassten Tätigkeit sei retrospektiv und aus psychiatrischer Sicht nicht zu beurteilen. Die Einschätzung der aktuellen Arbeitsfähigkeit setze sich aus den Informationen in den Akten sowie aus der aktuellen psychiatrischen Untersuchung zusammen (S. 15). Ob die weiterzuführende psychiatrische Behandlung die Arbeitsfähigkeit positiv beeinflussen werde, bleibe aus derzeitiger Sicht unklar (S. 16). Die RAD-Ärztin Dr. med. N.\_\_\_\_, Fachärztin für Arbeitsmedizin, hielt in ihrer Stellungnahme vom 26. Mai 2014 (IV-Nr. 135 S. 2) dafür, auf das psychiatrische Gutachten von Dr. med. H.\_\_\_\_ könne nicht abgestellt werden. 3.2.4 Dr. med. I.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, erstattete der Beschwerdegegnerin am 18. September 2014 – unter Mitwirkung von lic.phil. J.\_\_\_\_, Fachpsychologin für Psychotherapie FSP – ein Gutachten mit folgenden Diagnosen (IV-Nr. 142 S. 16 f.): A) Mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: keine krankheitswertige psychische Störung B) Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: · hypochondrische Störung (F45.2) mit Panikattacken, differentialdiagnostisch Anpassungsstörung mit Angst und depressiver Reaktion, gemischt (F43.22). · vordiagnostiziert: Depressive Episode (F32), aus versicherungspsychiatrischer Sicht nicht nachvollziehbar, auf jeden Fall aktuell nicht zu diagnostizieren. · vordiagnostiziert: Chronische Schmerzstörung mit physischen und psychischen Anteilen (F45.41), aus versicherungspsychiatrischer Sicht nicht zu bestätigen. · vordiagnostiziert: Persönlichkeitsänderung bei chronischem Schmerz-syndrom (F62.80), aus versicherungspsychiatrischer Sicht nicht nachvollziehbar. · vordiagnostiziert: Panikstörung (F41.0), aus versicherungspsychiatrischer Sicht nicht nachzuvollziehen. · vordiagnostiziert: Finanzielle Probleme (Z59), Arbeitslosigkeit (Z56), belastete Familienverhältnisse (Z63.8); keine Diagnosen gemäss ICD-10 F. In der Untersuchung gebe der Beschwerdeführer an, er sei sehr nervös und vergesslich. Er habe grosse Ängste, dass er körperlich schwer erkrankt sei und sterben könnte, vor allem wenn er wegen seiner nächtlichen Blockaden verschwitzt und mit Herzklopfen erwache. Sein Zustand mache ihn sehr wütend und gereizt, er habe deswegen oft Streit mit seiner Frau. Er fühle sich zu keiner Arbeit mehr fähig und glaube nicht, dass ihm jemand helfen könne. Zudem leide er unter seinen Rückenschmerzen. Der Gutachter bemerkt dazu, der Beschwerdeführer sei in seinen ganzen Aussagen sehr auf die psychischen und physischen Beschwerden eingeeengt gewesen sei, in seinen Angaben jedoch oft vage geblieben; teils habe er auch nicht die gestellten Fragen beantwortet, sondern sei wieder auf seine Beschwerden zu sprechen gekommen (S. 11). Zu den Aktivitäten des täglichen Lebens gebe der Beschwerdeführer an, dass er um 08:00 Uhr aufstehe und mit seiner Frau frühstücke. Wenn es ihm gut gehe, kaufe er manchmal im Brockenhaus etwas ein, arbeite kurz mit der Motorsäge, repariere die gekauften Möbel und verkaufe sie weiter. Er könne jedoch nur etwa zehn bis 15 Minuten arbeiten, danach brauche er wieder eine längere Pause. Er habe indes Freude an dieser Arbeit. Wenn die Schmerzen wieder zu stark würden, dann werde er jeweils wütend. Nach dem Mittagessen schaue er fern, z.B. Sendungen über Tiere. Er liege viel. Nach dem Abendessen schaue er fern. Oft gehe er oft erst um 02:00 Uhr zu Bett, aus Angst vor seinen nächtlichen «Blockaden». Manchmal schlafe er gut, manchmal sei das Ein- und Durchschlafen jedoch schwierig, er erwache dann plötzlich (S. 12). Sozial habe er sich zurückgezogen. Früher habe er gute Kollegen gehabt, aktuell schäme er sich vor ihnen, so dass er manche Kontakte nicht mehr

gepflegt habe. Der Kontakt zu seinen Grosskindern (zwei Jahre sowie fünf und drei Monate) tue ihm sehr gut, er habe Freude an ihnen. Ungefähr 1993 sei er Zeuge eines tödlichen Arbeitsunfalls eines Kollegen geworden. Danach habe er nachts Atemnot und das Gefühl erlebt, als ob ein schweres Gewicht auf ihm liege. Er sei jeweils mit starker Angst erwacht (S. 13), habe nur noch mit Licht schlafen können und auch nicht mehr alleine. Er habe dann eine Angst vor der Angst entwickelt und damit verbunden eine Angst vor dem Schlafen. Die Beatmungsmaske habe nicht geholfen. Tagsüber habe er keine Angst erlebt, auch nicht bei der Arbeit. Er habe in dieser Zeit immer gearbeitet. 2001 oder 2003 habe er bei der Arbeit eine Blockade im Rücken erlebt und nicht mehr arbeiten können. Nach zwei Jahren sei ihm gekündigt worden, worauf alles noch viel schlimmer geworden sei. Einen zweimonatigen Arbeitseinsatz von der IV aus habe er nach drei Wochen wegen seines sehr hohen Blutdrucks abrechnen müssen. Auch eine vom RAV vermittelte Arbeit für vier Stunden täglich sei nicht gegangen, sein Zustand habe sich seither noch verschlimmert; auf Nachfrage hin habe der Beschwerdeführer zunächst diffus und ausweichend geantwortet, dann seine Nervosität genannt. Er nehme seine Medikamente ein. Die seit einem Jahr laufende psychiatrische Behandlung führe er einmal monatlich bei einem anderen Arzt weiter; dessen Namen sowie Inhalt und Art der Therapie könnten nicht genannt werden (S. 12 + 14). Vor dem Unfalltod seines Kollegen habe er nie psychische Beschwerden gehabt (S. 14). Die Untersuchung vom 13. August 2014 habe folgenden Befund ergeben: Der Beschwerdeführer berichte, dass er aktuell wenig soziale Kontakte wahrnehme. Er habe sich vor allem aus Scham vor seinen Kollegen zurückgezogen. Aus den Angaben in der Exploration und dem gezeigten Verhalten liessen sich weder eine spezifische Persönlichkeitsstörung noch akzentuierte Persönlichkeitseigenschaften ableiten. Der Beschwerdeführer sei während der Untersuchung von 10:05 Uhr bis 12:50 Uhr durchgehend aufmerksam und konzentriert. Subjektiv berichte er jedoch über Konzentrations- und Gedächtnisstörungen. Es bestünden objektiv keine Einbussen höherer kognitiver Leistungen wie Gedächtnis oder problemlösendes Denken. Die Intelligenz imponiere als normal. Das formale Denken sei kohärent, jedoch etwas weitschweifig (S. 15). Inhaltlich sei der Beschwerdeführer sehr eingeengt auf seine Beschwerden und seinen Leidensdruck, wovon er sich nur schwer ablenken lasse. Die Darstellung der Lebenssituation – unter besonderer Berücksichtigung der Aktivitäten des täglichen Lebens der vergangenen Wochen – ergebe keine Anzeichen für ein durchgehendes affektives Syndrom. Der Beschwerdeführer berichte zwar über Traurigkeit, Interessesminderung und wenig Freude im Leben. Die Freudfähigkeit sei jedoch noch erhalten, z.B. beim Zusammensein mit den Grosskindern und kleinen Reparaturarbeiten; es sei vielmehr sichtbar, dass dem Beschwerdeführer positive Aktivitäten fehlten und er wenige Interessen habe. Der affektive Rapport in der Untersuchungssituation habe sich ausreichend herstellen lassen. Die Stimmung sei nur vermindert auslenkbar und schwingungsfähig. Das Selbstwertgefühl präsentiere sich normal. Der Beschwerdeführer gebe keinen Lebensüberdruß an und zeige keine Suizidalität. Der Antrieb in der Untersuchungssituation sei unauffällig, Mimik, Gestik und Psychomotorik verlangsamt. Es ergäben sich keine Hinweise auf Impulshandlungen. Die Willenskräfte seien zielgerichtet. Der Beschwerdeführer könne seine Angelegenheiten selbständig zu regeln. Es bestünden keine Entscheidungsschwierigkeiten (S. 16). Die psychische Entwicklung sei bis 1993 unauffällig. Die Kindheit sei ohne anhaltende psychosoziale Belastungen und ohne Traumatisierungen verlaufen. Das Bildungsniveau sei tief. Der Beschwerdeführer habe dann in der Schweiz eine sehr gute Zeit erlebt, viel und gerne gearbeitet und so sein Ziel

erreicht, viel Geld zu verdienen, was wahrscheinlich für sein Selbstwertgefühl sehr wichtig gewesen sei. Nach dem tödlichen Unfall eines Arbeitskollegen habe er nebst der starken, jedoch psychologisch normalen Trauerreaktion nächtliche Panikattacken mit Herzrasen und Schwitzen entwickelt. Am wahrscheinlichsten sei, dass es sich bei diesen Panikattacken anfänglich um Alpträume im Rahmen einer akuten Belastungsreaktion (F43.0) gehandelt habe (S. 17). Der Beschwerdeführer habe diese Attacken jedoch nicht in Zusammenhang mit dem traumatischen Ereignis gebracht, sondern eine somatische Erklärung gesucht (S. 17 f.). Die Untersuchungen durch verschiedene Ärzte hätten die Angst nur noch verstärkt. Beim Beschwerdeführer habe sich die Überzeugung verfestigt, dass sein Blutkreislauf nachts «pausiert». Daraus habe sich eine Angststörung entwickelt, welche am ehesten der hypochondrischen Störung zuzuordnen sei, da der Beschwerdeführer später immer weitere Krankheitsängste entwickelt habe. Mangels entsprechender psychiatrischer Behandlung sei es zu einem Teufelskreis mit Panikattacken, Erwartungsangst und Schlafstörungen gekommen. Diese Angststörung habe jedoch über viele Jahre keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gehabt. Der Beschwerdeführer habe ein Jahrzehnt weiter gearbeitet, tagsüber gut funktioniert und sich nicht behandeln lassen. Trotz subjektivem Leidensdruck seien die beruflichen und sozialen Funktionen nicht beeinträchtigt gewesen. Es habe sich auch keine posttraumatische Belastungsstörung entwickelt, habe der Beschwerdeführer doch weder von Intrusionen noch von Vermeidungsverhalten berichtet. Es sei anzunehmen, dass die anfängliche akute Belastungsreaktion abgeklungen wäre, wenn die notwendige Psychoedukation erfolgt wäre (S. 18). 2003 habe der Beschwerdeführer bei der Arbeit akute Rückenschmerzen bekommen und sei länger arbeitsunfähig gewesen. Entscheidend sei die folgende Kündigung der Stelle mit anschliessender Arbeitslosigkeit gewesen. Der Beschwerdeführer habe dies als massive Kränkung erlebt: Wenn man davon ausgehe, dass er neben der Arbeit über wenig Fähigkeiten und Interessen verfügt, sein Selbstwertgefühl also fast ausschliesslich auf der Arbeit beruht habe, sei nachvollziehbar, wie schlimm der Verlust dieser Arbeit für ihn gewesen sein müsse. Zur akuten Bedrohung des Selbstwertgefühls seien noch der Verlust von positiven Verstärkern und wohl auch einer Ablenkung von den bereits bestehenden Ängsten gekommen (S. 18). So erstaune nicht, dass sich die Ängste noch verstärkt hätten und der Beschwerdeführer in eine traurige Stimmung mit wenig Hoffnung auf eine berufliche Perspektive verfallen sei. Er verfüge über keine Ausbildung und eher geringe Chancen, auf dem Arbeitsmarkt noch einmal eine gleichwertige Arbeit zu finden. Darauf habe der Beschwerdeführer in der Vergangenheit nachvollziehbar psychisch reagiert, doch aktuell bestehe keine depressive Störung als eigenständiges psychiatrisches Krankheitsbild. Die Freudfähigkeit sei erhalten, z.B. wenn der Beschwerdeführer Reparaturen ausführe oder mit seinen Grosskindern zusammen sei; die geringe Freude im Alltag gehe vielmehr auf den Mangel an positiven Aktivitäten zurück. Es zeige sich auch keine Antriebsverminderung, so gehe der Beschwerdeführer ins Brockenhaus und mache Reparaturen. Was ihn dabei oft hindere, seien die Schmerzen und nicht eine depressionsbedingte Antriebsverminderung. Der soziale Rückzug sei der Scham gegenüber den ehemaligen Kollegen zuzuschreiben. Die subjektiv erlebten Konzentrationsstörungen und die Schlafstörungen seien wiederum Teil der Angststörung und nicht Symptome einer depressiven Störung. Die möglichen depressiven Symptome im Verlauf könnten nicht mehr mit Sicherheit beurteilt werden. Die 2012 gestellte Diagnose einer schweren depressiven Episode lasse sich aus aktueller Sicht nicht verifizieren, auf jeden Fall liege gegenwärtig kein depressives Syndrom von Krankheitswert vor (S. 19). Dr. med. H. \_\_\_ habe in seinem psychiatrischen Gutachten vom 23. Januar 2014 eine

mittelgradige depressive Episode mit erheblicher Minderung der Arbeitsfähigkeit diagnostiziert. Wie bereits dargelegt, sei dies nicht nachvollziehbar. Dr. med. H.\_\_\_\_ begründe zudem nicht, weshalb eine behandelbare mittelgradige depressive Symptomatik die berufliche Funktionsfähigkeit andauernd beeinträchtigen und eine Invalidität bewirken sollte (S. 19). Ab 2008 erscheine in den Akten die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung, ohne jedoch darzulegen, welche psychosozialen Belastungsfaktoren, Traumatisierungen oder inneren emotionalen Konflikte ursächlich für die Entstehung oder Aufrechterhaltung der Schmerzen seien (S. 19 f.). Sicher habe der Beschwerdeführer in den Jahren vor der Entstehung der Schmerzen eine durch die Ängste bedingte psychisch belastete Zeit erlebt. Nach seinen Schilderungen erscheine dieser Faktor jedoch nicht als derart stark, dass er in einem ursächlichen Zusammenhang zur Entstehung der Schmerzen zu sehen sei. Vielmehr deute die Aktenlage darauf hin, dass zu Beginn der Schmerzen ein somatisches Korrelat in Form einer Diskushernie vorgelegen habe. Zwar sei aus den Akten ersichtlich, dass die Schmerzen zunehmend weniger mit den objektiven Befunden erklärbar gewesen seien. Das Fehlen eines somatischen Korrelates reiche jedoch für die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung nicht aus. Vielmehr müssten die psychischen Belastungsfaktoren so erheblich sein, dass sie als Erklärung für das Aufrechterhalten der Schmerzen angesehen werden könnten. Stattdessen stünden die fehlenden Copingmöglichkeiten und die massive Kränkung des Beschwerdeführers im Vordergrund. Dabei handle es sich nicht um Krankheitssymptome sondern um normalpsychologische Faktoren. Eine Arbeitslosigkeit wäre für den Beschwerdeführer eine noch stärkere Bedrohung des Selbstwertgefühls als eine «Erkrankung». Diese motivationalen Faktoren seien eindeutig durch die Kündigung entstanden, was wiederum einen krankheitsfremden Faktor darstelle. Dasselbe gelte für die Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit physischen und psychischen Anteilen, welche im Übrigen auch laut Dr. med. H.\_\_\_\_ keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hätte. Aufschlussreich sei, dass sich die psychischen Beschwerden gemäss Bericht der E.\_\_\_\_ bei Einführung einer Tagesstruktur und positiver Aktivitäten besserten (S. 20). Wenn der Beschwerdeführer also nicht direkt mit der Arbeit konfrontiert sei und eine geregelte Struktur habe, könne er sich auf soziale Kontakte einlassen und seine Anspannung abbauen (S. 20). Dies spreche dafür, dass die Konfrontation mit der Arbeit die oben beschriebenen motivationalen Konflikte auslöst, welche wiederum einen Einfluss auf die psychische Funktionsfähigkeit hätten (S. 21). Zusammenfassend habe die Angststörung aktuell keinen direkten Zusammenhang mehr zum traumatischen Erlebnis von 1993, sie habe sich im Lauf der Jahre verselbstständigt. Verantwortlich für diese Entwicklung sei einerseits, dass der Beschwerdeführer selber die Ängste nicht in Verbindung mit dem erlittenen Trauma gesetzt, sondern als Ausdruck einer bedrohlichen somatischen Erkrankung angesehen habe. So hätten die Ängste bisher nicht adäquat behandelt werden können und seien chronifiziert. Sie entsprächen heute am ehesten einer hypochondrischen Störung, verbunden mit nächtlichen Panikattacken. Diese psychiatrische Erkrankung habe jedoch keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. So wie der Beschwerdeführer von 1993 bis 2003 trotz dieser Ängste seiner Arbeit nachgegangen sei, könne er dies auch aktuell tun. Wenn er sich als arbeitsunfähig erlebe, so habe dies mit der Kränkung durch die Kündigung und motivationalen Faktoren zu tun, nicht mit einer eigenständigen psychischen Erkrankung. Es bestünden keine geistigen oder psychischen Beeinträchtigungen. Der Beschwerdeführer sei also aus psychiatrischer Sicht medizinisch-theoretisch als zu 100 % arbeitsfähig anzusehen (S. 21). Er sei an fünf Tagen pro Woche 8,5 Stunden täglich normal belastbar und nicht in seiner Leistungsfähigkeit

vermindert. Dies gelte nicht für nur die bisherige, sondern auch für jede andere Tätigkeit, ohne dass ein solcher Arbeitsplatz besonderen Anforderungen genügen müsste. Eine Arbeitsunfähigkeit von 20 % oder mehr habe zu keinem Zeitpunkt bestanden (S. 22 / 23). Die Angststörung und die motivationalen Konflikte könnten theoretisch in einer Psychotherapie behandelt werden, wenn sich der Beschwerdeführer darauf einlasse. Bei ausreichender Motivation sollte sich innerhalb von sechs Monaten ein Erfolg erzielen lassen. Eine Behandlung sei jedoch wegen des somatischen Krankheitskonzepts des Beschwerdeführers wohl wenig Erfolg versprechend (S. 21 /22).

3.2.5 Die RAD-Ärztin Dr. med. N.\_\_\_\_ erklärte in ihrer Stellungnahme vom 30. Oktober 2014, es sei keine wesentliche gesundheitliche Verschlechterung eingetreten (IV-Nr. 147). Dr. med. C.\_\_\_\_ hielt im Schreiben vom 17. November 2014 (IV-Nr. 149 S. 6) fest, der Beschwerdeführer sei überzeugt, an einer schweren Herzkrankheit sowie einer schweren Rückendegeneration zu leiden und keine Arbeit mehr verrichten zu können. Er klage über eine absolute Belastungsintoleranz. Schon nach zehn Minuten leichter körperlicher oder psychischer Arbeit würden flushartige Beschwerden mit aufsteigendem Hitzegefühl auftreten, worauf sich der Beschwerdeführer setzen oder hinlegen müsse. Er messe dann sehr hohe Blutdruckwerte. Dr. med. K.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, erklärte im Bericht vom 20. November 2014 (IV-Nr. 149 S. 7 ff.), er behandle den Beschwerdeführer seit dem 3. April 2014. In dieser Zeit habe er ihn sehr ausführlich untersucht und könne den Längsverlauf beurteilen. Daraus resultierten die folgenden Diagnosen: · chronifizierte mittelgradige depressive Störung (F32.11) mit ausgeprägten hypochondrischen Ängsten. · anhaltende somatoforme Schmerzstörung (F45.4). Es liessen sich folgende affektiven Beschwerden objektivieren: Psychomotorische Unruhe, Schlafstörungen, demzufolge rasche Ermüdung mit vermindertem Konzentrationsvermögen und Störungen des Kurzzeitgedächtnisses, Gefühl der inneren Leere mit Zukunftsängsten und Antriebsminderung sowie Motivationsverlust, Vermeidung sozialer Kontakte und Schuldgefühle wegen der finanziellen Unterstützung durch die Kinder. Hinzu kämen die starken Rückenschmerzen. Da er bis dahin sein Leben und die Versorgung der Familie gut bewerkstelligt habe, habe der Beschwerdeführer den Arbeitsunfall als hohe Belastung erlebt. Die angestammte Tätigkeit als [...] im Akkord komme wegen der Antriebsstörung mit vermindertem Durchhaltevermögen, Konzentrationsstörungen, Energiemangel und Stressintoleranz nicht mehr in Frage. Die Arbeitsunfähigkeit liege bei mindestens 75 %, eine Verweistätigkeit sei nicht ersichtlich. Das psychiatrische Gutachten von Dr. med. I.\_\_\_\_ sei bezüglich der Anamnese, der Untersuchungen und der diagnostischen Überlegungen grösstenteils zu unterstützen. Allerdings hätte der Gutachter den Verlauf der hypochondrischen Angststörung sowie den Umstand, dass solche Ängste zum depressiven Störungsbild gehörten, berücksichtigen sollen. Es sei entweder auf Dr. med. H.\_\_\_\_ abzustellen oder ein neutrales Zweitgutachten zu veranlassen. Die RAD-Ärztin Dr. med. N.\_\_\_\_ erachtete in ihrer Stellungnahme vom 30. März 2015 (IV-Nr. 154 S. 2) keine weiteren Abklärungen für erforderlich.

3.2.6 Im Beschwerdeverfahren werden zwei weitere Arztberichte eingereicht: Der Bericht von Dr. phil. L.\_\_\_\_, Neuropsychologe, und Dr. med. M.\_\_\_\_, Leitender Arzt Geriatrie am [...], vom 9. März 2015 (IV-Nr. 157 S. 75 ff.) enthält folgende Diagnosen: 1) Mögliche neurokognitive Funktionsstörung unklaren Ausmasses bei nicht ausreichend validen neuropsychologischen Testergebnissen, am ehesten im Rahmen der Diagnosen 2 bis 4 hiernach. Nebendiagnosen: 2) Depressive Störung. 3) Verdacht auf Somatisierungsstörung. 4) Chronische generalisierte Schmerzstörung. 5) Vitamin D-Mangel Der Beschwerdeführer klage vor allem über Schmerzen in Wirbelsäule

und Bein, störende Körperempfindungen (z.B. von den Beinen aufsteigendes und durch den ganzen Körper laufendes Gefühl wie von Kohlensäure), Nervosität mit Reizbarkeit, Schlafstörungen, Arbeitsunfähigkeit, finanzielle Sorgen sowie verminderte geistige Leistungsfähigkeit mit vermehrter Vergesslichkeit und sehr schlechter Konzentration. Es gebe nur noch wenig Aktivität, er sei körperlich zunehmend passiv. Herz-Kreislauf und Lunge seien ohne Befund. Die Aufmerksamkeit wirke reduziert, mit ausreichender Belastbarkeit für den dreistündigen Termin. Der Beschwerdeführer schildere immer wieder umfassend seine früheren Leistungen sowie sein körperliches und soziales Leiden seit Beginn der Beschwerden. Das formale Denken zeichne sich durch Einengung, Vorbeireden und Wiederholungen aus. Zu Untersuchungsbeginn wirke der Beschwerdeführer affektarm (im Sinne von teilnahmslos), im Verlauf dann instabil mit Ausschlägen in die negative Richtung im Sinne von Aggressivität und Reizbarkeit sowie Niedergestimmtheit und offener Verzweiflung. Da der Beschwerdeführer [in seiner Heimat] nur eine sehr elementare Schulbildung genossen habe und seine Sprachkenntnisse für eine Untersuchung ohne Dolmetscher nicht ausreichten, sei die Validität der neuropsychologischen Testbefunde von vornherein limitiert, denn die Testverfahren seien für Patienten mit deutscher Muttersprache, die ein mitteleuropäisches Bildungssystem durchlaufen hätten, normiert. Darüber hinaus befinde sich der Beschwerdeführer in psychisch sehr schlechter Verfassung und könne sich nur zum Teil ausreichend auf die Bearbeitung der vorgelegten Tests konzentrieren. Insgesamt würden die vorliegenden Ergebnisse der kognitiven Leistungstests das tatsächliche Leistungsvermögen sehr wahrscheinlich nicht adäquat widerspiegeln; dies bedeute nicht, dass keine kognitiven Einbussen vorlägen, sondern vielmehr, dass darüber keine fundierte Aussage gemacht werden könne. Verwertbar seien nur die anamnestischen und durch Fragebogen erhobenen Angaben der Ehefrau: Diese zeichneten das Bild einer deutlichen Abnahme des geistigen Leistungsvermögens des Beschwerdeführers, mit einem progredienten Verlauf in den letzten Jahren. Die funktionelle Bildgebung spreche gegen eine neurodegenerative Hirnerkrankung. Die Ursache der vom Umfeld beobachteten Abnahme der geistigen Leistungsfähigkeit sei am ehesten in einer Verschlechterung der psychischen Störung zu suchen. Dr. med. K. \_\_\_ nennt in seinem Bericht vom 15. Oktober 2015 (IV-Nr. 157 S. 80 ff.) folgende Diagnosen: · chronifizierte mittelschwer ausgeprägte depressive Störung (F32.11) mit Phasen von schweren Episoden (F33.2). · anhaltende somatoforme Schmerzstörung (F45.41) Die Untersuchungen seien auf Grund der langen Behandlungsperiode sehr ausführlich, d.h. die Beurteilung stütze sich nicht nur auf Befunde und anamnestische Angaben, sondern auf objektive Beobachtungen im Zeitverlauf. Im Gegensatz dazu umfasse ein Gutachten lediglich einen Querschnittsbefund, während die Erhebung des Längsverlaufs nicht auf klinischer Beobachtung beruhe. Im psychopathologischen Befund zeige sich ein verzweifelter und depressiv herabgestimmter Mann, der über Bedrücktheit, Anhedonie, deutlichen Antriebsverlust sowie Durchschlafstörungen klage. Weiter beschreibe er Schuld- und Insuffizienzgefühle, da er auf die Unterstützung seiner Familie angewiesen sei. Gegenüber seinem Umfeld verhalte er sich misstrauisch. Es bestehe eine Affektlabilität mit innerer Unruhe und diffusen Ängste (ängstlich agitierte Depression). Die Affekte der Depression führten zu einer herabgesetzten Stressresistenz mit affektiven Entladungen und einer verzerrten Bewertung von Ereignissen, wodurch es zu ungewolltem Verhalten und negativen Affekten gegenüber der Familie komme, was sich durch entsprechende Reaktionen des Umfeldes ungünstig auf den psychischen Zustand auswirke. Die Gedanken zur zukünftigen Krankheitsentwicklung seien pessimistisch, mit übersteigter Angst vor

unüberwindbaren Beschwerden und einer dauerhaften Immobilität. Konzentrationsfähigkeit, Aufmerksamkeit und Auffassungsvermögen seien vermindert. In der Gesamtschau sei die psychische Belastbarkeit deutlich herabgesetzt. Adaptationsfähigkeit, Stressresistenz und Durchhaltevermögen seien reduziert, es würden mehr Zeit für die Erledigung von Abläufen und mehr Pausen benötigt. Infolge der Lustlosigkeit mangle es an Initiative zur Bewältigung alltäglicher Verpflichtungen. Insgesamt seien die Kriterien einer mittelschweren depressiven Störung mit Phasen von schweren depressiven Episoden erfüllt. Der Verlauf sei chronifiziert mit Akzentuierung der depressiven Symptomatik und kontinuierlicher Verschlechterung. Es sei davon auszugehen, dass der Arbeitsunfall als hohe Belastung erlebt worden sei. Bis zu diesem Unfall habe der Beschwerdeführer sein Leben und die finanzielle Unterstützung der Familie gut sichergestellt. Das psychische Zustandsbild werde weiter von den chronischen Rückenschmerzen geprägt. Die Körpersymptomatik sei weitgehend nicht durch somatische Faktoren erklärbar, weswegen eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung angenommen werde. Diese Schmerzfehlerwicklung weise einen mehrjährigen Verlauf mit progredienter Symptomatik ohne nachhaltige Rückbildung auf. In Kombination mit der depressiven Störung könne sie durchaus eine Beeinträchtigung begründen. Die Arbeitsunfähigkeit liege in der angestammten Tätigkeit als [...] bei 100 % und für Verweistätigkeiten mindestens bei 70 %. Bei diesen müsse das Belastungsprofil den noch bestehenden Bewältigungsressourcen unter Beachtung der störungsbedingten Funktionseinschränkungen angepasst werden. Es sollten einfache Arbeiten ohne komplexe Prozessabläufe mit genügend Pausen sein. Angesichts des bisher therapeutisch kaum beeinflussbaren Verlaufs sei längerfristig von einer Persistenz auszugehen.

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