

# SO\_GERICHTE VSBES.2015.285 vom 29. September 2003

SO Obergericht, 2003-09-29, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so\\_gerichte\\_VSBES.2015.285](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2015.285)

FR: SO\_GERICHTE VSBES.2015.285 du 29 septembre 2003

IT: SO\_GERICHTE VSBES.2015.285 del 29 settembre 2003

## Erwägungen

### E. 1

1.1 Die IV-Stelle des Kantons Solothurn sprach dem Versicherten A. \_\_\_\_, geb. 1967 (fortan: Beschwerdeführer), mit Verfügung vom 29. September 2003 von November 1997 bis August 2001 eine halbe Rente sowie ab 1. September 2001 eine ganze Rente zu, wobei sie von einem Invaliditätsgrad von 50 resp. 100 % ausging (IV-Stelle Beleg Nr. 85). Die IV-Stelle bestätigte diese ganze Rente in den Mitteilungen vom 12. Juni 2006 (IV-Nr. 94) und 9. Januar 2012 (IV-Nr. 135).

Die Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (Suva) richtete dem Beschwerdeführer per 1. September 2002 eine Rente von 100 % aus (IV-Nr. 72.6 S. 1 f.).

1.2 Mit Verfügung vom 13. Oktober 2015 setzte die IV-Stelle die ganze Rente rückwirkend per Ende November 2012 auf eine Viertelsrente herab, da der Invaliditätsgrad nur noch 45 % betrage, verneinte einen Anspruch auf berufliche Massnahmen und entzog einer dagegen gerichteten Beschwerde die aufschiebende Wirkung (Aktenseite / A.S. 1 ff.).

In der Verfügung vom 19. Oktober 2015 legte die IV-Stelle den Rentenbetrag ab Dezember 2012 fest und bemass die Rückforderung für die Zeit bis Juli 2013 auf CHF 18'700.00 (A.S. 9 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 Aufhebung der Rente per Ende November 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 aus objektiver Sicht nicht überwindbaren Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen; (Art. 7 Abs. 2 ATSG, in Kraft seit 1. Januar 2008).

Bei einem Invaliditätsgrad ab 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, ab 50 % auf eine halbe Rente, ab 60 % auf eine Dreiviertelsrente und ab 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG, in der seit 1. Januar 2008 geltenden Fassung).

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 den 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).

2.4 Der Versicherungsträger kann auf formell rechtskräftige Verfügungen oder Einsprache-Entscheide zurückkommen, wenn diese zweifellos unrichtig sind und ihre Berichtigung von erheblicher Bedeutung ist (Art. 53 Abs. 2 ATSG). Die Wiedererwägung dient mit anderen Worten der nachträglichen Korrektur einer ursprünglich unrichtigen Rechtsanwendung oder Sachverhaltsfeststellung durch die Verwaltung (BGE 117 V 8 E. 2c S. 17, 115 V 308 E. 4a/cc S. 314). Sie wirkt sich indes in der Regel nicht rückwirkend, sondern nur ex nunc aus (s. Art. 88bis Abs. 2 lit. a Verordnung über die Invalidenversicherung / IVV, SR 831.201).

Die Wiedererwägung rechtskräftiger Verfügungen kommt nur in Betracht, wenn es sich um die Korrektur grober Fehler der Verwaltung handelt. Eine gesetzwidrige Leistungszusprechung gilt jedoch regelmässig als zweifellos unrichtig. Es darf kein vernünftiger Zweifel an der Unrichtigkeit der Verfügung bestehen. Dieses Erfordernis ist in der Regel erfüllt, wenn eine Leistungszusprache auf Grund falscher Rechtsregeln erfolgt ist oder wenn massgebliche Bestimmungen nicht oder unrichtig angewandt wurden (BGE 126 V 399 E. 2b/bb S. 401). Erscheint indessen die Beurteilung einzelner ermessensgeprägter Schritte der Anspruchsprüfung als vertretbar, scheidet die Annahme zweifelloser Unrichtigkeit aus. Ansonsten würde die Wiedererwägung zum Instrument einer voraussetzungslosen Neuprüfung, was sich nicht mit dem Wesen der Rechtsbeständigkeit formell zugesprochener Dauerleistungen verträglich (Urteile des Bundesgerichts 9C\_551/2012 vom 18. Februar 2013 E. 4 sowie 9C\_418/2010 vom 29. August 2011 E. 3.2).

Bei der Beurteilung, ob eine zweifellose Unrichtigkeit vorliegt, muss von der Sach- und Rechtslage ausgegangen werden, wie sie im Zeitpunkt des Verfügungs-erlasses bestanden hat, wozu auch die seinerzeitige Rechtspraxis gehört; eine Praxisänderung vermag aber kaum je die frühere Praxis als zweifellos unrichtig erscheinen zu lassen (BGE 125 V 383 E. 3 S. 389 f., 117 V 8 E. 2c S. 17; vgl. auch BGE 119 V 475 E. 1b/cc S. 479).

Die erhebliche Bedeutung der Korrektur ist bei periodischen Leistungen in jedem Fall zu bejahen (BGE 119 V 475 E. 1c S. 480, 117 V 8 E. 2c/bb S. 20).

2.5 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 (BGE 125V 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 betrachteten 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 sie sich 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).

2.6 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**

Eventualiter sei eine Rentenreduktion ab 7. Januar 2015 vorzunehmen.

#### **E. 3.1**

3.1.1 Beruht die Bestätigung einer laufenden Rente auf einer rechtskonformen Sachverhaltsabklärung und Beweismässigkeit, so tritt diese Bestätigung an die Stelle der ursprünglichen Rentenzusprache (s. BGE 140 V 514 E. 5.2 S. 520). Dabei spielt es keine Rolle, ob die Bestätigung mittels Verfügung oder formloser Mitteilung (s. dazu Art. 74terlit. f IVV) erfolgt (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_3/2012 vom 25. April 2012 E. 2).

Die letzte Bestätigung der ganzen Rente des Beschwerdeführers am 9. Januar 2012 (IV-Nr. 135) stützte sich auf eine umfassende polydisziplinäre Begutachtung (s. E. II. 3.1.2

hiernach). Somit ist der 9. Januar 2012 der massgebliche Vergleichszeitpunkt für die revisionsrechtliche Frage, ob sich der Sachverhalt verändert hat. Ausserdem markiert dieses Datum bei einer Wiedererwägung den Stichtag, der für die Beurteilung der offenkundigen Unrichtigkeit der Rentenzusprache gilt (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_288/2016 vom 14. November 2016 E. 4).

3.1.2 Das Gutachten der Gutachterstelle B.\_\_\_\_ vom 26. Januar 2010 (IV-Nr. 113 S. 2ff.), auf der die Rentenbestätigung vom 9. Januar 2012 beruhte, enthielt folgende Diagnosen (S. 15):

A)Mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit

- 1)Status nach traumatischer Teilamputation der Finger III ■ V im Jahr 1996 (S68.2)
- 2)Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode (F33.0)

B)Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit

- 1)Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (F45.4)
- 2)Übergewicht mit BMI 26 (E66.9)
- 3)Subklinische Hypothyreose (E03.9)
- 4)Rezidivierende Refluxösophagitis, anamnestisch (K21.9)

Der neurologische Experte hielt fest, der Beschwerdeführer habe am 13. Juni 1996 einen Arbeitsunfall erlitten. Dabei es an der rechten Hand zur teilweisen Amputation des Endgliedes Dig. III, weitgehender Amputation des Endgliedes Dig. IV sowie Teilverlust des Kleinfingers auf der Höhe PIP gekommen sei. Der Beschwerdeführer klage seither über ein chronisches Schmerzsyndrom an den Fingern III ■ V mit Ausbreitung in den ganzen rechten Arm. Bei der Untersuchung fänden sich keine trophischen Störungen an der rechten Hand. Die Hautbeschwellung sei normal ausgebildet. Die Muskulatur an der ganzen rechten Hand und am rechten Arm zeige eine bei Rechtsdominanz zu erwartende Seitendifferenz zu Gunsten der rechten Seite. Bei der Kraftprüfung falle eine globale Minderinnervation am rechten Arm auf. Weiter komme es zu einem demonstrativen Verhalten beim Positionsversuch mit den Armen, indem der rechte Arm plötzlich fallengelassen werde, ohne dabei über Schmerzen zu klagen. Der Beschwerdeführer gebe eine deutliche Sensibilitätsminderung an den Stumpfen der drei Finger an, doch lasse sich nur an Dig. III in einem ganz kleinen Bereich ein leichtes neuropathisches Schmerzsyndrom feststellen. Es bestehe eine deutliche Diskrepanz zwischen der Angabe von sofort auftretenden heftigsten Schmerzen bei jeglicher Betätigung der rechten Hand und dem problemlosen Ankleiden, wo auch feinmotorisch anspruchsvolle Aufgaben, z.B. das Verschliessen der Hemdknöpfe, problemlos gemeistert würden. Zusammengefasst bestehe, bei Status nach Teilamputation der Finger III ■ V, an der dominanten rechten Hand im Bereich der Stumpfbildung eine leichte Sensibilitätsstörung, während Anhaltspunkte für ein relevantes neuropathisches Schmerzsyndrom oder einen Phantomschmerz fehlten. Die geklagten hochgradigen Einschränkungen auch für leichte Belastungen seien nicht vollständig nachvollziehbar. Aus neurologischer Sicht sei der Beschwerdeführer in der angestammten Tätigkeit als [...] nicht mehr einsetzbar; in einer angepassten Arbeit hingegen, bei der er die rechte Hand nur als Hilfshand einsetzen müsse bzw. der Pinzettengriff genüge, sei er vollzeitig arbeitsfähig (S. 14). Der Hauptteil der Beschwerden sei nicht somatischer Natur (S. 14 f.).

In der psychiatrischen Untersuchung gab der Beschwerdeführer an, er könne schlecht mit den Schmerzen im rechten Arm umgehen, unter denen er seit dem Unfall leide (S. 8). Schmerzbedingt sei er gereizt, was vermehrt zu Auseinandersetzungen führe. Er gehe um 1 Uhr ins Bett, könne aber schlecht durchschlafen. Um 8 Uhr nehme er die Tabletten ein, lege sich wieder hin und schlafe bis 12 oder 13 Uhr. Auch tagsüber lege er sich hin. Nachmittags unternahme er kurze Spaziergänge mit seiner Ehefrau und dem Hund. An den Wochenenden erledige er mit seiner Frau die Einkäufe. Sie hätten kaum Kontakte mit Bekannten. Er habe wenig Hoffnung auf Besserung. Das Leben sei ihm verleidet. Vor ein paar Wochen habe er sechs Tabletten Anafranil eingenommen, aber dann sei seine Frau eingeschritten. Einen Suizid könne er sich aus Rücksicht auf seine Kinder nicht vorstellen. Solange er unter diesen Schmerzen leide, könne er nicht arbeiten. Was die psychopathologischen Befunde angehe, so sei die Stimmung leicht depressiv (S. 9). Der Beschwerdeführer zeige eine ausgeprägte subjektive Krankheitsüberzeugung. Auffassungsgabe und Konzentrationsfähigkeit seien nicht eingeschränkt. Hinweise für Merkfähigkeits- und Gedächtnisstörungen fehlten. Das Denken sei formal unauffällig, inhaltlich stünden eher depressive Gedanken im Vordergrund. Die Psychomotorik sei leichtgradig vermindert. Der Beschwerdeführer nehme einen guten affektiven Kontakt zum Gutachter auf. Hinweise auf eine mangelnde Affektsteuerung und eine fehlende Impulskontrolle seien nicht ersichtlich. Die Selbstwertregulation sei vermindert. Zeichen für eine gestörte Intentionalität fänden sich nicht. Der Beschwerdeführer sei mit seiner Arbeit als [...] zufrieden gewesen. Seine Freizeit habe er meist mit seiner Familie verbracht. Das Ausmass der geklagten körperlichen Beschwerden könne durch die somatischen Befunde nicht objektiviert werden, sodass eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung zu diagnostizieren sei. Zudem leide der Beschwerdeführer unter einer leichten depressiven Störung. Er könne sich nicht mehr richtig freuen. Die Beziehung zu den Kindern sei belastet, zur Ehefrau hingegen gut, aber getrübt durch sexuelle Schwierigkeiten. Der Beschwerdeführer beklage auch einen gewissen Lebensverleider (S. 10), aber ohne eigentliche Suizidalität. Die Schlafstörungen hingen wesentlich damit zusammen, dass ein geregelter Tag-Nacht-Rhythmus fehle. Der Beschwerdeführer lebe zurückgezogen, habe aber schon vor dem Unfall wenig soziale Kontakte gepflegt. Er unternahme Spaziergänge, sehe fern und lese gelegentlich. Dabei klage er über Konzentrationsstörungen, welche sich allerdings in der Untersuchung nicht objektivieren liessen. Hinweise für eine mittelgradige oder schwere depressive Störung fehlten. Ein ausgeprägter sozialer Rückzug lasse sich nicht feststellen. Die therapeutischen Bemühungen seien wegen der subjektiven Krankheitsüberzeugung gescheitert. Aus psychiatrischer Sicht sei es dem Beschwerdeführer zumutbar, die nötige Willensanstrengung aufzubringen, um zu 80 % einer beruflichen Tätigkeit nachzugehen. Im Alltag sei er durch psychopathologische Symptome nur geringgradig eingeschränkt. Seit 2006 befinde sich der Beschwerdeführer in ambulanter psychiatrischer Behandlung, mit einem Termin alle drei Wochen. Entgegen Dr. med. C.\_\_\_\_ liege keine posttraumatische Belastungsstörung vor. Der Beschwerdeführer habe keinen schweren Unfall erlebt, erinnere sich nur selten daran, träume auch nicht davon und könne während der Untersuchung ohne Schwierigkeiten detailliert vom Unfallgeschehen berichten (S. 11). Der psychiatrische Zustand habe sich seit 2001, als eine leichte depressive Störung diagnostiziert worden sei, nicht wesentlich verändert. Die ausgeprägte Krankheitsüberzeugung habe keinen Krankheitswert (S. 12).

In der multidisziplinären Gesamtbeurteilung gelangten die Gutachter zum Schluss, angepasste Tätigkeiten mit Einsatz der rechten Hand lediglich als Hilfshand seien mit einer

Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 80 % zumutbar. Das Pensum könnte vollschichtig umgesetzt werden mit leicht reduziertem Rendement (S. 16). Es gebe keine klaren Hinweise, dass die Arbeitsfähigkeit seit vielen Jahren höher eingeschränkt gewesen sei, als man aktuell festgestellt habe. Mit Sicherheit gelte die Einschätzung ab der Untersuchung im Dezember 2009. Falls der Zustand im Jahr 2001 tatsächlich so schlecht gewesen sei, dass er zu einer vollen Berentung durch die IV (und die Suva) geführt habe, habe sich der Zustand seither deutlich verbessert. Es sei jedoch davon auszugehen, dass die IV-Verfügung vom 29. September 2003 eindeutig falsch gewesen sei (S. 17).

### **E. 3.2**

3.2.1 Nachdem der Beschwerdeführer in suizidaler Absicht Stilnox und Efexor eingenommen hatte, war er vom 12. bis 16. Oktober 2012 bei den D.\_\_\_\_ hospitalisiert. Gemäss Austrittsbericht vom 19. Oktober 2012 (IV-Nr. 138 S. 6 ff.) lag bei der Einweisung eine rezidivierende depressive Störung mit schwerer Episode ohne psychotische Symptome vor. Während des Aufenthalts habe sich der Beschwerdeführer von akuter Suizidalität distanziert, und er sei in gebessertem Zustand nach Hause entlassen worden.

3.2.2 Die Beschwerdegegnerin liess den Beschwerdeführer vom 10. Oktober 2012 bis 12. Januar 2013 observieren. Der Ermittlungsbericht vom 25. Januar 2013(IV-Nr. 143.5) hielt fest, man habe den Beschwerdeführer erstmals am 14. November 2012 zu Gesicht gekommen. Es habe sich keine klare Tagesstruktur abgezeichnet, doch habe der Beschwerdeführer zu unterschiedlichen Tages- und Abendzeiten Aktivitäten privater Natur gezeigt, z.B. das Chauffieren der Lebenspartnerin und von Bekannten, Einkäufe und Besorgungen sowie Aufsuchen von bekannten und unbekanntem Liegenschaften. Der Beschwerdeführer habe sich in der Öffentlichkeit jederzeit natürlich und absolut unauffällig verhalten. Eine Verminderung der Sozialkontakte sei nicht offenkundig festzustellen gewesen; der Beschwerdeführer habe ausserhalb der familiären Umgebung immer wieder Interesse an Kontakten mit diversen Personen gezeigt, wobei er gesprächig und freundlich gewesen sei. Abgesehen von der Teilamputation des Kleinfingers an der rechten Hand seien keine körperlichen Behinderungen festgestellt worden. Man habe den Beschwerdeführer als vital, mobil und agil wahrgenommen. Es seien keinerlei Körperbewegungen mit offensichtlicher Zurückhaltung ausgeführt worden. Der Beschwerdeführer habe die rechte Hand augenscheinlich gleichermassen und instinktiv eingesetzt wie die linke. Der Funktionsumfang der rechten Hand resp. der Kraft- wie auch der Präzisionsgriff hätten sich optisch weitgehend ungestört und ohne schwerwiegende Defizite präsentiert. Anzeichen für eine Depression wie Antriebslosigkeit seien zu keinem Zeitpunkt erkennbar gewesen.

### **E. 3.3**

3.3.1 Das Gutachten der Gutachterstelle E.\_\_\_\_ vom 27. April 2014 (IV-Nr. 178) enthielt folgende Diagnosen (S. 56 f.):

A)Mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit:

1)Residuelle Handfunktionsstörung rechts mit / bei:

-Status nach Arbeitsunfall am 13. Juni 1996 mit subtotaler Amputation Digitus III, IV und V durch Quetschtrauma

-Status nach Débridement, partieller Endphalanxresektion sowie Wundadaptation am 13. Juni 1996

-Status nach Nachamputation Digitus V am PIP-Niveau sowie erneutem Débridement Digitus III und IV am 2. Juli 1996

-Verdacht auf neuropathische Schmerzanteile (differentialdiagnostisch: Phantomschmerz)  
-sekundärer Symptomausweitung

2) Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode ohne somatisches Syndrom (F33.00) mit / bei:

-Status nach medikamentöser Mischintoxikation in parasuizidaler Absicht am 10. Oktober 2012 (X64).

B) Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit:

-inkompletter Rechtsschenkelblock

3.3.2 Der Gutachter Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin FMH, nahm am 6. Dezember 2013 eine allgemein-internistische Untersuchung vor. Der Beschwerdeführer erklärte, seit seinem Arbeitsunfall gehe es ihm körperlich und psychisch sehr schlecht (S. 38). Die Schmerzen hätten sich immer mehr verschlimmert, weshalb er zunehmend depressiv geworden sei. Im letzten Jahr, als er von der Rentenaufhebung erfahren habe, habe er 40 bis 50 Tabletten eingenommen. Seither lehnten seine Söhne den Kontakt mit ihm ab (S. 40). Er habe keine Motivation und keinen Antrieb mehr, etwas zu unternehmen. Seine Frau müsse ihn zum Duschen und Rasieren zwingen. Er verbringe jetzt den ganzen Tag auf der Polstergruppe oder im Bett und trage tagelang die gleichen Kleider. Durch die finanziellen Schwierigkeiten habe sich die Situation noch zugespitzt. Da er seine Schulden nicht zurückzahlen könne, hätten sich Kollegen und Verwandte von ihm abgewandt. Wegen der Dauerschmerzen in der rechten Hand, welche bis in die Schulter ausstrahlten, sei er nicht in der Lage zu arbeiten. Er könne seine rechte Hand kaum mehr gebrauchen, sonst bekomme er noch stärkere Schmerzen, die völlig unerträglich seien. Er vermöge keine schweren Gegenstände mehr zu tragen und müsse alles mit der linken Hand erledigen. Nur mit dem Daumen und Zeigefinger der rechten Hand könne er etwas machen. Sein Leben sei völlig wertlos (S. 41).

Der Gutachter stellte fest, der Beschwerdeführer sei stark auf seine Beschwerden fokussiert. Er versuche, das Bild eines stark leidenden Menschen zu vermitteln, und betone wiederholt den Wunsch, zu sterben bzw. nicht mehr so leben zu müssen (S. 42). Die rechte Hand werde inkonstant geschont, beim Aus- und Ankleiden aber normal eingesetzt. Die Amputationsstümpfe seien reizlos, aber überempfindlich. Verglichen mit der linken Hand sei die Greifbeweglichkeit rechts leicht eingeschränkt und der Faustschluss leicht schwächer, bei allerdings erhaltenem Pinzettengriff. Im Mittelfingerendgelenk bestehe ein leichtes Beugedefizit (S. 43).

3.3.3 Anlässlich der neurologischen Untersuchung durch Dr. med. G.\_\_\_\_, Fachärztin für Neurologie FMH, vom 6. Dezember 2013 beschrieb der Beschwerdeführer weiterhin konstante Schmerzen, die ihn an den Alltagstätigkeiten hinderten, sowie eine depressive Symptomatik, die ihn schlecht schlafen lasse und zu einem Rückzugsverhalten mit einem sehr eingeschränkten Leben führe. Die Schmerzen würden an den drei amputierten Fingern, in der rechten Hand selbst und am gesamten Arm bis zur Schulter auftreten. Dieser Zustand bestehe seit 1996 (S. 46).

Die Gutachterin hielt fest, es liege ein chronisches Schmerzsyndrom mit Symptomausweitung vor. An der rechten Hand fänden sich keine trophischen Störungen. Die Handbeschwellung bzw. Muskulatur von Hand und Arm seien normal und seitengleich ausgebildet. Ausser einer Sensibilitätsminderung an den Stumpfenden der amputierten Finger liessen sich keine neurologischen Ausfälle objektivieren. Das Schmerzsyndrom sei wahrscheinlich eine Kombination eines Phantomschmerzes und eines neuropathischen Schmerzes. Kennzeichnend für das neuropathische Schmerzsyndrom seien vor allem der brennende Schmerzcharakter und das Auftreten der Schmerzen nach dem Unfall (S. 47 f.). Für einen Phantomschmerz spreche die Lokalisation in den amputierten Gliedern. Beide Schmerzsyndrome könnten sich über den ursprünglichen Ort des Schmerzes ausweiten. Die Symptomatik werde durch die depressive Symptomatik erschwert und aufrechterhalten.

Aus neurologischer Sicht sei der Beschwerdeführer für handwerkliche Tätigkeiten, welche einen kräftigen Einsatz der rechten dominanten Hand erforderten, sowie für feinmanuelle Präzisionsarbeiten, welche eine intakte Funktion aller Finger voraussetzten, nicht mehr einsetzbar. Für der Behinderung angepasste Arbeiten, bei denen die rechte Hand nur als Hilfs hand eingesetzt werden müsse, sei der Beschwerdeführer aber uneingeschränkt, d.h. zu 100 % arbeitsfähig (S. 48).

3.3.4 Bei der psychiatrischen Untersuchung durch Dr. med. H.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, am 11. Dezember 2013 gab der Beschwerdeführer an, er wohne zusammen mit seiner Frau, die ebenfalls arbeitsunfähig sei, und werde vom Sozialamt unterstützt (S. 48). Die Schmerzen seien immer vorhanden, alle Therapien hätten nichts gebracht. Schmerzmittel nehme er nur, wenn er es nicht mehr aushalte. Die Schmerzen würden bei Belastung zunehmen. Deshalb könne er nicht mehr arbeiten. Er vermöge seine Hand im Alltag kaum noch einzusetzen, mache auch im Haushalt nichts. Weiter bestünden psychische Probleme, er gehe seit Jahren in eine ambulante Therapie zu Dr. med. C.\_\_\_\_ und nehme Antidepressiva. Er habe einen Selbstmordversuch mit Tabletten hinter sich, so schlecht gehe es ihm. Die Suizidgedanken seien jetzt nicht mehr da, er könne dies seiner Familie nicht antun. Er schlafe schlecht und wache nachts häufig auf, teils wegen der Schmerzen, teils einfach so, er mache sich dann Gedanken über seine finanzielle Situation und seine Zukunft. Er könne sich über nichts mehr freuen und habe keine Interessen. Er besitze zwei Hunde, diese würden ihm Spass machen (S. 49). Auf die Observation angesprochen, meine der Beschwerdeführer, man sehe im Video, dass es ihm schlecht gehe. Er habe keine sozialen Kontakte mehr, keine Freunde oder Kollegen; die Leute, die er im Video treffe, seien Verwandte. Hin und wieder habe er auch einen besseren Tag, an dem die Schmerzen weniger stark seien, bezüglich der Depression sei es ihm damals aber nicht besser gegangen. Er fühle sich seit dem Unfall deprimiert. Was Ferien angehe, so sei er letztes Jahr in die Türkei geflogen und sechs oder sieben Wochen geblieben, da es dem Vater schlecht gegangen sei. Mit dem Auto fahre er vor allem kurze Strecken, zum Einkaufen oder um Verwandte zu besuchen. Seit dem Unfall leide er unter schweren Konzentrationsstörungen, er könne sich nichts mehr merken; beim Autofahren seien die Störungen nicht so stark ausgeprägt. Er liege oft bis 11 Uhr im Bett. Auf Grund seiner Schmerzen und seiner psychischen Probleme glaube er nicht mehr, wieder arbeiten zu können. Typischerweise sei er viel zuhause, aber er gehe regelmässig mit den Hunden hinaus, ca. 15 bis 20 Minuten. Danach müsse er sich hinlegen, er fühle sich kraftlos. Beim Liegen schaue er fern. Wenn es ihm besser gehe, sei er häufiger draussen. Am Nachmittag und gegen Abend gehe er nochmal mit den Hunden raus, ansonsten spiele er auch in der

Wohnung mit ihnen. Am Abend mache er nichts Grosses, gegen 1 Uhr gehe er dann zu Bett, schlafe aber wegen der Schmerzen nur mit Mühe ein (S. 50; s.a. S. 37 f.).

Der Gutachter stellte fest, die Schmerzen stünden während des Gesprächs nicht im Hauptfokus der Aufmerksamkeit. In der Hamilton-Depressionsskala erreiche der Beschwerdeführer 16 Punkte, was einer leichten depressiven Störung entspreche. Der formale Denkablauf präsentiere sich unauffällig. Es lägen keine inhaltlichen Denkstörungen vor, insbesondere sei das Denken nicht auf die Schmerzproblematik bzw. die depressive Symptomatik eingeengt. Für kognitive oder mnestiche Defizite gebe es im Gespräch keine Hinweise; der Beschwerdeführer könne Daten und seine persönliche Anamnese strukturiert und lückenlos wiedergeben. Die Aufmerksamkeit lasse während der ganzen 50-minütigen Untersuchung nicht nach, obwohl das Gespräch ohne Dolmetscher geführt werde. Die affektive Schwingungsfähigkeit sei leicht eingeschränkt. Der Beschwerdeführer sei affektiv leicht deprimiert und in seinen Vitalgefühlen herabgesetzt. Er Sorge sich um die Zukunft und die finanzielle Situation, pathologische Ängste und Zwänge lägen nicht vor. Es bestehe kein frühmorgendliches Erwachen und kein Morgentief mit Antriebsverminderung. Es liege ein leichter Freudverlust vor, aber kein Interesseverlust und kein sozialer Rückzug (S. 51). Antrieb und Psychomotorik zeigten sich unauffällig. Für eine akute Suizidalität gebe es keine Hinweise (S. 52).

Nach Rücksprache mit dem Hauptgutachter seien die Schmerzen in ihrer Ausprägung somatisch nicht vollumfänglich erklärbar (S. 52). Eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung liege jedoch nicht vor: Das inhaltliche Denken sei nicht auf die Schmerzen eingeengt. Während des Gesprächs komme es zu keinen spontanen Schmerzäusserungen oder Positionsveränderungen. In den letzten Jahren sei keine Schmerzausweitung eingetreten. Der Beschwerdeführer hinterlasse bezüglich der Schmerzen keinen gequälten Eindruck, ein Leidensdruck sei nicht spürbar. Trotz der starken Schmerzen, die er angebe, nehme er nicht regelmässig Schmerzmittel ein. Auch der behandelnde Psychiater diagnostiziere keine somatoforme Schmerzstörung. Während des Gesprächs seien einige Widersprüche feststellbar. Der Beschwerdeführer wirke in seiner Beschwerdeschilderung nicht konsistent, bei kritischer Nachfrage relativiere er teilweise seine Äusserungen. Seine Aussagen müssten auch vor dem Hintergrund der Observation sehr kritisch bewertet werden, da sich in den Aufnahmen keine gravierenden körperlichen Einschränkungen zeigten und keine schwere depressive Symptomatik zu erkennen sei. Widersprüche ergäben sich zudem hinsichtlich der geschilderten massiven Konzentrationsstörungen bei gleichzeitigem Autofahren; die beschriebenen Unterschiede in der Konzentrationsfähigkeit in verschiedenen Situationen seien nicht nachvollziehbar (S. 53 f.). Weiter berichte der Beschwerdeführer, keine Freude mehr zu empfinden und keine Interessen mehr zu haben, gebe dann aber an, er könne sich über seine Hunde freuen, um die er sich kümmere, indem er mit ihnen nach draussen gehe und in der Wohnung mit ihnen spiele. Auf Grund des Untersuchungsgesprächs sei keine schwere bzw. mittelschwere depressive Symptomatik festzustellen, trotz der Widersprüche aber eine leichtgradige depressive Störung. Dieser klinische Eindruck decke sich mit der Hamilton-Depressionsskala. Da der Beschwerdeführer nach Aktenlage bereits mehrmals unter depressiven Phasen gelitten habe, sei eine rezidivierende depressive Störung ohne somatisches Syndrom, gegenwärtig leichte Episode, zu diagnostizieren. Die Arbeitsfähigkeit liege aus versicherungspsychiatrischer Sicht bei 80 % (S. 54). Die Einschränkung resultiere aus einer verminderten Belastbarkeit. Die medikamentöse Therapie könne indes noch optimiert

werden, zumal bisher trotz ungenügender Wirkung kein Wechsel auf ein anderes Antidepressivum versucht worden sei. Weiter sei es mit einem «Mood Stabilizer» wie Lithium überwiegend wahrscheinlich, dass die depressiven Phasen in den Hintergrund träten. Überdies könnte die Gesprächstherapie engmaschiger, mit wöchentlichen Gesprächsterminen, durchgeführt werden. Unter solchen adäquaten Therapiemassnahmen sei davon auszugehen, dass innerhalb von zwölf Monaten eine Arbeitsfähigkeit von 100 % erreicht werden könne (S. 55).

Die Berichte in den Akten seien wie folgt zu würdigen: Die im B.\_\_\_\_ -Gutachten vom 26. Januar 2010 postulierte Arbeitsunfähigkeit von 20 % sei nachvollziehbar. Der Bericht der D.\_\_\_\_ vom 19. Oktober 2012 beschreibe beim Austritt keine schwere depressive Symptomatik mehr. Die im Bericht des Therapeuten Dr. med. C.\_\_\_\_ vom 14. Oktober 2010 erwähnte posttraumatische Stressstörung / F41.1 gebe es so unter dieser Diagnose nicht. Eine generalisierte Angststörung wiederum liege auf keinen Fall vor. Die attestierte vollständige Arbeitsunfähigkeit sei nicht nachvollziehbar. Der von Dr. med. C.\_\_\_\_ am 6. März 2013 beschriebene mittelgradige depressive Zustand werde nicht diagnostisch eingeordnet. Gemäss Untersuchungsgespräch und Aktenlage leide der Beschwerdeführer seit dem B.\_\_\_\_ -Gutachten unter leicht- bis mittelgradigen depressiven Episoden, einmal auch an einer schweren depressiven Episode mit Suizidversuch. Letztlich sei im Längsschnitt seit 2010 eine Arbeitsunfähigkeit von 20 % zu attestieren (S. 55 f.).

3.3.5 Gemäss Gesamtbeurteilung der Gutachter war der allgemein-internistische Status unauffällig. Auch in den Laboruntersuchungen seien keine pathologischen Befunde objektivierbar. Aus rein internistischer Sicht lasse sich daher keine Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit stellen. Die Faustschlusskraft der dominanten rechten Hand sei durch den Verlust von zwei Gliedern am Kleinfinger und einem Glied am Ringfinger sowie durch ein Beugedefizit im Mittelfingerendgelenk leicht beeinträchtigt; ansonsten seien keinerlei pathologische Befunde am Bewegungsapparat objektivierbar (S. 63). Eine gewisse neuropathische Schmerzkomponente bzw. ein Phantomschmerz seien nicht auszuschliessen. Die Arbeitsfähigkeit werde höchstens qualitativ eingeschränkt. Tätigkeiten handwerklicher Art mit beidhändigem Heben von Gewichten über 5 kg sowie rechtshändigem Gebrauch von Werkzeugen mit kraftvollem Einsatz seien auf Dauer nicht zumutbar. Auch feinmanuelle Präzisionsarbeiten, welche eine intakte Funktion aller Finger voraussetzten, kämen nicht in Frage. Ansonsten sei der Beschwerdeführer für alle angepassten Arbeiten, bei denen er die rechte Hand nur als Hilfshand einsetzen müsse, mit einer Einschränkung von max. 20 % arbeitsfähig (S. 65 f.). Dies gelte seit dem B.\_\_\_\_ -Gutachten vom 26. Januar 2010. In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit bestehe seit 1996 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit (S. 68). Der Gesundheitszustand habe sich seit der ersten Rentenzusprache im Jahr 2003 vor allem aus psychiatrischer Sicht deutlich gebessert, so dass seit 2010 im Längsschnitt nur noch eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit um 20 % bescheinigt werden könne (S. 69).

Seitens der rechten Hand sei von einem Endzustand auszugehen (S. 68). Die Erfolgsaussichten von Eingliederungsmassnahmen wären angesichts der invaliditätsfremden Faktoren wie subjektive Krankheitsüberzeugung sehr gering (S. 69).

3.3.6 Mit Stellungnahme vom 12. Juli 2014 (IV-Nr. 182) hielt die Gutachterstelle E.\_\_\_\_ an ihrem Gutachten fest und brachte im Wesentlichen folgende Bemerkungen an: Die Einschätzung der Restarbeitsfähigkeit beruhe ausschliesslich auf den gutachterlichen Feststellungen und auf den Beobachtungen anhand des Videomaterials. Die Schmerzen

würden für sich allein genommen keine vollständige Arbeitsunfähigkeit begründen; das Videomaterial zeige, dass sie zu keinen Beeinträchtigungen im Alltag und zu keinem übermässigen Schonverhalten führten. Der Status stimme mit demjenigen der SUVA-Ärzte von 2002 überein, weil sich der Gesundheitsschaden der rechten Hand seither nicht verändert habe. Die psychiatrische Beurteilung könne nicht alleine auf die Behauptungen des Beschwerdeführers abstellen, sondern müsse auch die Verhaltensbeobachtung und die Ergebnisse der Observation berücksichtigen. Diese ergebe nur wenige Wochen nach dem Selbstmordversuch im Oktober 2012 keine Hinweise mehr auf eine schwere depressive Störung. Da der Beschwerdeführer soziale Aktivitäten entwickle, indem er mit dem Hund aus dem Haus gehe oder Angehörige treffe, liege kein sozialer Rückzug vor.

### **E. 3.4**

3.4.1 Das Gutachten der Gutachterstelle I.\_\_\_\_ vom 7. Januar 2015 (IV-Nr. 197.1) diagnostizierte folgende Leiden (S. 40 f.)

A)Mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit

1)Rezidivierende depressive Störung, leichte depressive Episode (F33.0) mit Anteilen von Verbitterung und Dysphorie.

2)Status nach Walzenverletzung der rechten Hand am 13. Juni 1996 mit konsekutiver Amputation des 5. Fingers im PIP und Teilresektion der Endphalanx von Finger 3 und 4.

3)Nozizeptiv-neuropathisches Schmerzsyndrom nach partiellem Verlust der Finger III - V rechts.

B)Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit

1)Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (F45.4) mit sekundärer Symptomausweitung und Selbstlimitierung.

2)Leichte, isolierte Erhöhung des Leberenzym ALAT (GPT).

3.4.2 Anlässlich der psychiatrischen Untersuchung durch den Gutachter Dr. med. J.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie, vom 10. Dezember 2014 (IV-Nr. 197.2) erklärte der Beschwerdeführer, seit dem Unfall leide er unter Schmerzen in der rechten Hand, welche sich ständig verschlimmert hätten und inzwischen den gesamten rechten Arm betreffen. Er könne die rechte Hand nicht richtig bewegen, bereits bei kleinster Belastung komme es zu einer weiteren Schmerzzunahme (S. 2). Es falle ihm schwer, mit den Dauerschmerzen zu leben. Die Stimmung sei schlecht. Er habe zwei Suizidversuche unternommen. Auf Grund der Schmerzen komme es zu psychischen Problemen, er habe die Lebensfreude verloren und sehe keine Zukunft mehr. Er hege immer noch passive Todeswünsche und manchmal sogar Suizidgedanken, aber die Sorge um seine Familie halte ihn davon ab. Die Leistungseinstellung führe zu massiven finanziellen Problemen. Ferner gebe es familiäre Schwierigkeiten, die Ehefrau habe Trennungsabsichten geäussert, und die beiden Söhne hätten sich nach dem Suizidversuch im Jahr 2012 von ihm distanziert (S. 3). Das Gedächtnis sei unbeeinträchtigt, er könne sich auch einigermaßen gut konzentrieren, allerdings habe er oft keine Ausdauer. Insgesamt sei er mit seinem Leben unzufrieden und hadere oft mit dem Schicksal. Soziale Kontakte pflege er innerhalb der Familie. Er telefoniere mit seinen Söhnen, im Schnitt sehe er sie einmal in der Woche, ab und zu auch das Enkelkind. Zudem bestünden Kontakte zur Familie der Ehefrau. Mit seinen sieben Geschwistern telefoniere er. Zuletzt sei er im Juni 2014 in die Türkei geflogen, um dort

seine Angehörigen zu treffen. Ausserhalb der Familie besitze er keinen engeren Freundeskreis. Wenn er mit dem Hund spazieren gehe, gebe es nur gelegentlich oberflächliche Kontakte zu ein paar Bekannten, die ebenfalls ihre Hunde ausführen. Gewöhnlich nehme er gegen 8 Uhr seine Medikamente mit einem kleinen Frühstück ein. Meist fühle er sich nach gestörtem Nachtschlaf müde und antriebslos, weshalb er nicht selten bis zum Mittag im Bett liege und manchmal wieder einschlafe. Es gebe natürlich auch Tage, an denen es ihm ein wenig besser gehe, dann stehe er am Vormittag auf. Er gehe mit dem Hund spazieren, manchmal auch gemeinsam mit der Ehefrau. Er erledige kleine Einkäufe und Besorgungen, teils mit seiner Frau, teils alleine. Die Haushaltsführung obliege meist der Ehefrau. Er könne bloss bei Kleinigkeiten helfen, dürfe aber nur die linke Hand einsetzen. Auch am Nachmittag verbringe er die Zeit wenig aktiv. Je nach Beschwerdeintensität gehe er spazieren, führe den Hund aus oder sitze daheim auf der Polstergruppe, hänge seinen Gedanken nach oder schaue einfach nur fern. Abends nehme er das Nachtessen mit der Ehefrau ein. Danach gehe er nochmals mit ihr spazieren, führe den Hund aus und schaue ein wenig fern (S. 4). Unternehmungen wie Veranstaltungsbesuche seien finanziell nicht möglich. Nachtruhe sei gegen Mitternacht. Er leide unter schmerzassozierten Einschlafstörungen. Wenn er nicht in den Schlaf finde, schossen ihm verschiedenste Gedanken durch den Kopf. Er befinde sich seit vielen Jahren in psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung bei Dr. med. C. \_\_\_\_, er konsultiere diesen alle zwei Wochen. Eine regelmässige Analgetika-Einnahme erfolge nicht mehr, nachdem die Schmerzmittel jahrelang nutzlos geblieben seien (S. 5). Er sei nicht mehr wie früher in der Lage, seine Familie zu ernähren, erlebe sich deshalb als wertlos. Eine Tätigkeit sei zurzeit für ihn auf keinen Fall vorstellbar (S. 7). Er könne nicht verstehen, dass die Gutachter seine Depression trotz der Suizidversuche nicht als schwerwiegend einstufen. Er habe das Gefühl, man nehme ihn nicht ernst. Ferner zeige der Beschwerdeführer zeitweilig Wut und Verbitterung über den Unfall, es komme zu Schuldzuweisungen gegenüber dem Arbeitgeber, der es versäumt habe, ein Schutzgitter an der Maschine anzubringen (S. 10).

Der Gutachter hielt fest, im Kontakt sei der Beschwerdeführer zunächst sehr zurückhaltend (S. 7), berichte dann aber im Lauf der Exploration lebhaft über die Vorgeschichte sowie die Kränkung durch Gutachter und Verwaltung. Die gestellten Fragen würden vielfach sehr defizitorientiert beantwortet. Auch gegen Ende der Exploration von einer Stunde und 35 Minuten liessen Aufmerksamkeit und Konzentrationsvermögen nicht nach. Die Sprachbarriere sei mit Hilfe des Übersetzers gut zu überbrücken. Der formale Gedankengang sei geordnet und kohärent, keineswegs depressiv gehemmt oder gesperrt. Im inhaltlichen Denken zeige sich eine vermehrte Beschäftigung mit negativen Kognitionen. Eine Einengung auf depressive Gedankeninhalte oder ein gedankliches Gefangensein im Schmerzerleben liege allerdings nicht vor. Merkfähigkeit, Kurzzeit- und Langzeitgedächtnis seien klinisch nicht beeinträchtigt. Es fänden sich keinerlei Hinweise auf kognitiv-mnestische Defizite (S. 8). Die anamnestisch geschilderte Antriebsverminderung spiegle sich auf der Befundebene keineswegs wider. Insgesamt sei die Antriebslage angemessen. Der Beschwerdeführer sei psychomotorisch lebhaft. In der emotional-affektiven Schwingungsfähigkeit verfüge er über das gesamte Ausdruckspektrum, wobei jedoch Emotionen und Affektlage überwiegend gedrückt erschienen, teilweise leicht depressiv, vielfach aber auch mit Verbitterung und Dysphorie verknüpft. Die Fähigkeit, Freude zu empfinden, sei reduziert, aber nicht im Sinne der Anhedonie aufgehoben. Ein ausgewiesener sozialer Rückzug aus allen Lebensbereichen liege nicht vor. Der Beschwerdeführer berichte über passive Todeswünsche und

gelegentliche Suizidgedanken, sei aber von Suizidalität zuverlässig distanziert. Insgesamt wirke die Affektlage dysphorisch, vielfach leicht depressiv. Das Selbstwertgefühl sei reduziert, das psychoenergetische Potential aber ausreichend erhalten. Pathologische Angsteffekte fehlten. Die Merkmale einer Persönlichkeitsstörung oder einer anhaltenden Persönlichkeitsänderung seien nicht erfüllt. Der Beschwerdeführer sei in seiner Reaktion und Einstellung auf das Gegenüber und die jeweilige Situation ausreichend flexibel. Für eine Rückkehr in eine regelmässige Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt bestehe keine Motivation. Der Beschwerdeführer erlebe sich subjektiv invalidisiert. Es fehle an zuverlässigen Hinweisen auf eine depressionstypische Dysomnie oder zirkadiane Stimmungsschwankungen (S. 9).

Nach den Laborwerten sei das eingenommene Neuroleptikum unterdosiert, das Antidepressivum hingegen überdosiert, während das Analgetikum nicht nachweisbar sei. Die verordnungsgemässe Medikationseinnahme sei zweifelhaft (S. 10).

Die Konfrontation des Beschwerdeführers mit früheren Gutachten sowie den Ergebnissen der Observation löse Wut und Reizbarkeit aus. Die diagnostischen Algorithmen einer mittelschweren oder gar schweren Depression seien nicht erfüllt. Es mangle an einem vollständigen Interesseverlust. Die Fähigkeit, Freude zu empfinden, sei zwar reduziert, aber nicht aufgehoben. Das psychoenergetische Potential sei auch gegen Ende der Exploration keineswegs erschöpft gewesen. Die emotional-affektive Grundstimmung sei nicht durchgehend von hemmenden depressiven Phänomenen geprägt. Es fielen Diskrepanzen und Inkonsistenzen zwischen der geschilderten schweren Schmerzintensität, der Psychomotorik und dem Verhalten auf. Eine durchgehende Schmerzschonhaltung und eine von Schmerz geplagte Körpersprache seien nie erkennbar. Die depressive Episode, welche zu einem Suizidversuch im Jahr 2012 geführt habe und seinerzeit als schwer klassifiziert worden sei, sei inzwischen weitgehend remittiert. Wie bereits in den Vorgutachten beschrieben, seien nur die Kriterien einer leichten depressiven Episode bei rezidivierender depressiver Störung erfüllt. Die geklagte Schmerzproblematik lasse sich nicht hinlänglich durch somatische Befunde erklären, so dass die Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung gestellt werden könne; das chronische Schmerzsyndrom habe sich in engem Zusammenhang mit dem konflikthaft erlebten Rollenverlust entwickelt und zu einer Symptomausweitung mit Selbstlimitierung geführt. Eine Relevanz für die Arbeitsfähigkeit resultiere daraus aber nicht, da die sog. Foerster-Kriterien nicht hinlänglich erfüllt seien (S. 11). Es bestehe keine schwerwiegende somatische oder psychiatrische Komorbidität, welche eine Überwindung des Schmerzsyndroms verhindere. Ein ausgewiesener sozialer Rückzug aus allen Lebensbereichen liege nicht vor, wie die anamnestischen Angaben und das Interaktionsverhalten zeigten. Weiter bestehe kein therapeutisch unzugänglicher primärer Krankheitsgewinn, sondern nur ein sekundärer, mit dem Entpflichtungswunsch des Beschwerdeführers und seinem unterbewussten Verlangen nach Entschädigung für das erlittene Leid. Wie bereits im Vorgutachten dargestellt, gäbe es auch noch therapeutische Optionen.

Die von Dr. med. C.\_\_\_\_ geschilderte schwere Depression lasse sich angesichts der hier erhobenen Befunde nicht bestätigen. Auch eine volle Arbeitsunfähigkeit sei nicht nachvollziehbar. Die zur Hospitalisation führende schwere depressive Episode sei abgeklungen. Aktuell fehle es an einer Suizidalität. Die Ergebnisse der Observation nährten Zweifel an einem schweren depressiven Syndrom. Die diagnostischen Algorithmen einer posttraumatischen Belastungsstörung seien nicht erfüllt. (S. 12). Gegenüber den

Vorgutachten habe sich das psychopathologische Bild nicht wesentlich verändert.

Der Beschwerdeführer sei in der Lage, Tätigkeiten einfacher geistiger Art mit geringer Verantwortung, ohne besonderen Zeitdruck, ohne besondere Anforderungen an die Team- und Konfliktfähigkeit sowie ohne Nacharbeit zu verrichten. Aus rein psychiatrischer Optik kämen sowohl die bisherige Tätigkeit, sofern somatisch zumutbar, als auch Verweistätigkeiten im beschriebenen Belastbarkeitsprofil 8,5 Stunden täglich in Frage. Die Leistungsfähigkeit sei dabei um 20 % vermindert, da eine vermehrt nach innen gerichtete Selbstwahrnehmung, eine dysfunktionale Beschwerdeempfindung und eine Affektregulationsstörung vorlägen. Es sei davon auszugehen, dass diese Arbeitsfähigkeit bereits seit 2003 gelte (S. 13).

3.4.3 Gegenüber dem Gutachter Dr. med. K.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, klagte der Beschwerdeführer am 26. November 2014 über Schmerzen in den Fingern und der Handfläche mit Ausstrahlung in den rechten Arm, die trotz vielfältiger Behandlungsversuche unverändert fortbeständen und eine Arbeit verhinderten.

Der Gutachter stellte fest, die Untersuchung habe keine neurogenen motorischen Beeinträchtigungen ergeben, wenngleich die Kraftentfaltung ■ schmerzbedingt oder algophob ■ vermindert gewesen sei. Es fehle auch an indirekten Zeichen einer Parese, indem z.B. Muskelvolumen oder Trophik unauffällig seien. Hand und Arm befänden sich zunächst in Schonhaltung, würden aber im Explorationsverlauf spontan auch gestisch eingesetzt sowie als Haltefunktion beim Aus- und Anziehen verwendet (IV-Nr. 197.1 S. 38). Die Symptomatik entspreche einem Schmerzsyndrom, das sowohl nozizeptive als auch neuropathische Anteile enthalte, dies auf Grund der Schädigung von Hautnerven sowie der angegebenen Schmerzcharakteristika. Allerdings sei die Intensität der Schmerzen (u.a. keine Schmerzprojektion in fehlende Gliedmassen) sowie die daraus folgende Funktionseinschränkung nicht aussergewöhnlich etwa im Sinne eines komplexen regionalen Schmerzsyndroms (CRPS) Typ II oder eines Phantomschmerzes. Denkbar sei ein initiales CRPS Typ I mit geringeren Schmerzen. Auch das beobachtete Spontanverhalten entspreche eher einem ■ in der Dauer unüblichen ■ Schmerz nach erlittener Gewebeschädigung.

Aus neurologischer Sicht könne der Beschwerdeführer die zuletzt verrichtete Arbeit mit intensivem Einsatz der rechten Hand nicht mehr ausüben. In jeder anderen, dem dargelegten Belastungsprofil sowie seinem Kenntnis- und Ausbildungsstand entsprechenden Tätigkeit sei die Arbeitsfähigkeit wegen der Schmerzen um 20 % reduziert (S. 39).

#### **E. 3.4.4**

Der internistische Gutachter Dr. med. L.\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin und Kardiologie FMH, stellte am 2. Dezember 2014 fest, im Vordergrund für die Arbeitsfähigkeit stehe das posttraumatische Schmerzsyndrom in der rechten Hand. Der Faustschluss mit den verbleibenden Fingern sei möglich, wirke aber kraftlos. Die Verhältnisse an der rechten Hand seien äusserlich schön abgeheilt und wenig auffällig. Ansonsten gebe es internistisch nicht viel zu berichten. Es sei keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ersichtlich (S. 39).

3.4.5 In der Gesamtbeurteilung gelangten die Gutachter zum Ergebnis, die angestammte Tätigkeit als [...] komme nicht mehr in Frage, doch seien angepasste Arbeiten ganztägig mit einer Leistung von 80 % möglich. Zumutbar seien einerseits Tätigkeiten einfacher geistiger Art mit geringer Verantwortung, ohne besonderen Zeitdruck, spezielle psychische

Belastungsfaktoren wie Nacharbeit sowie besondere Anforderung an Team- und Konfliktfähigkeit. Andererseits könne der Beschwerdeführer nur leichte körperliche Arbeiten, die überwiegend mit der linken Hand verrichtet würden, ausüben. Eine volle Funktionsunfähigkeit der rechten Hand liege jedoch nicht vor, diese könne als Beihand eingesetzt werden (S. 41). Ausgeschlossen seien der uneingeschränkte Einsatz der rechten Hand mit guter Kraftentfaltung und feinmotorische Verrichtungen (S. 42).

Retrospektiv sei seit 2003 keine dauerhafte wesentliche Veränderung des Gesundheitszustands eingetreten, die Arbeitsfähigkeit liege seit der damaligen Rentenzusprache bei 80 %. Die Vorgutachten würden dies bestätigen (S. 42 + 43).

Die Prognose sei zweifelhaft, da es an Veränderungsmotivation mangle. Die psychiatrischen Behandlungsmöglichkeiten seien allerdings noch nicht ausgeschöpft, z.B. durch Veränderung der antidepressiven Medikation (S. 44).

3.4.6 Mit Stellungnahme vom 12. März 2015 (IV-Nr. 205) hielt die Gutachterstelle I.\_\_\_\_ an ihrem Gutachten fest und bemerkte im Wesentlichen, die ausdrucksreiche Psychomotorik spreche gegen eine Schonhaltung während der Untersuchung. Trotz Regressionstendenzen liege kein vollständiger sozialer Rückzug vor. Es gehe nicht an, allein auf die subjektiven Angaben des Beschwerdeführers abzustellen. Eine Invalidisierung liege nicht vor. Die Beeinträchtigung der rechten Hand sei berücksichtigt worden. Zwischen dem 12. Juni 1997 und dem 1. Juli 2002 sei eine gesundheitliche Verbesserung eingetreten.

### **E. 3.5**

3.5.1 Die umfassenden polydisziplinären Gutachten der Gutachterstellen E.\_\_\_\_ und I.\_\_\_\_ geniessen vollen Beweiswert. Sie stammen von unabhängigen, im dafür vorgesehenen Verfahren bestimmten Fachärzten, welche den Beschwerdeführer gründlich untersucht, die Vorakten berücksichtigt und ihre Schlussfolgerungen nachvollziehbar begründet haben. Die beiden Gutachten gehen übereinstimmend davon aus, dass seit 2010 und damit auch seit dem massgeblichen Vergleichszeitpunkt vom 9. Januar 2012 keine wesentliche gesundheitliche Veränderung mehr eingetreten ist. Dies verdient Zustimmung, nachdem schon damals nur eine leichte depressive Episode diagnostiziert werden konnte; die im Oktober 2012, also nach der Rentenbestätigung vom 9. Januar 2012, aufgetretene und wieder abgeklungene schwere depressive Episode ist hier von vornherein unerheblich. Ob im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügungen eine somatoforme Schmerzstörung vorlag, worin sich die Gutachterstellen E.\_\_\_\_ und I.\_\_\_\_ uneinig sind, kann offen bleiben: Das B.\_\_\_\_ -Gutachten diagnostizierte zwar 2010 eine solche Störung, mass ihr aber ■ wie auch das E.\_\_\_\_ ■ Gutachten ■ keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit bei, weshalb es keine Rolle spielt, ob sich dieses Leiden mittlerweile zurückgebildet oder gar nie bestanden hat.

Weiter ist festzuhalten, dass sich der Psychostatus in den beiden aktuellen Gutachten grundsätzlich mit den objektiven Befunden deckt, welche seinerzeit der B.\_\_\_\_ -Psychiater erhoben hat. Folglich kann nicht gesagt werden, 2010 sei der psychische Gesundheitszustand schlechter gewesen. So sind, um einige Beispiele zu nennen, die geklagten Konzentrationsschwierigkeiten damals wie heute nicht objektivierbar. Der Beschwerdeführer besass schon im Zeitpunkt des B.\_\_\_\_ -Gutachtens einen Hund, um den er sich kümmerte, was bedeutet, dass bereits damals kein vollständiger Verlust von Freude und Interesse vorlag. Ausserdem hielt der B.\_\_\_\_ -Psychiater u.a. fest, dass eine ausgeprägte subjektive Krankheitsüberzeugung vorliege, die Schlafstörungen wesentlich auf den unregelmässigen Schlafrhythmus zurückgingen, keine eigentliche Suizidalität bestehe und kein

umfassender sozialer Rückzug erfolgt sei, was den Feststellungen im E.\_\_\_\_ - resp. I.\_\_\_\_ -Gutachten entspricht. Schliesslich zeigen sich auch in der Intensität der Behandlung keine nennenswerten Unterschiede, welche auf eine Besserung hindeuten würden; namentlich war die psychotherapeutische Betreuung früher sogar noch weitmaschiger, d.h. Gesprächstermine erfolgten nur alle drei Wochen statt alle zwei Wochen.

In somatischer Hinsicht wiederum hat sich ebenfalls keine gesundheitliche Verbesserung ergeben, sondern es liegt nach wie vor der Zustand nach Teilamputation dreier Finger der rechten Hand mit Schmerzsyndrom vor. Der Umstand, dass sich die subjektiven Beschwerden nur teilweise nachvollziehen lassen, war bereits im B.\_\_\_\_ -Gutachten vermerkt worden und stellt keine neue Entwicklung dar.

3.5.2 Die Beschwerdegegnerin anerkennt zwar, dass keine gesundheitliche Verbesserung eingetreten ist, macht jedoch geltend, der Beschwerdeführer habe sich mittlerweile besser an seine Behinderung angepasst und sei durch die Schmerzen nicht länger eingeschränkt. Sie stützt sich dabei auf die Beobachtungen im Rahmen der Observation. Diese Betrachtungsweise geht indes fehl. Einerseits sprechen weder das E.\_\_\_\_ - noch das I.\_\_\_\_ -Gutachten davon, dass sich der Beschwerdeführer seit der letzten Rentenbestätigung an seine Leiden angepasst habe und nicht mehr beeinträchtigt sei, dies obwohl beide Gutachten die Observationsergebnisse einbeziehen und würdigen. Andererseits genügt ein Observationsbericht für sich allein nicht als Beweisgrundlage, sondern kann höchstens Anhaltspunkte liefern oder Anlass zu Vermutungen geben. Sichere Kenntnis des Sachverhalts vermag in dieser Hinsicht erst die ärztliche Beurteilung, in welche die Erkenntnisse aus der Observation einfließen, zu liefern. Gerade bei psychischen Leiden muss das Observationsergebnis im psychiatrischen Kontext verstanden werden, was entsprechende Fachkenntnisse voraussetzt (Urteil des Bundesgerichts 9C\_395/2016 vom 25. August 2016 E. 4.2.1). Es geht daher nicht an, dass die Beschwerdegegnerin direkt Schlüsse aus den Videoaufzeichnungen zieht. Im Übrigen ist das dortige Verhalten des Beschwerdeführers ohnehin nicht derart eindeutig, wie das die Beschwerdegegnerin meint; er legte nie ein Aktivitätsniveau an den Tag wie z.B. im Bundesgerichtsurteil 9C\_772/2015 vom 25. Januar 2016, wo der Versicherte bis zu zehn Stunden am Tag unterwegs war, um geschäftliche Verrichtungen vorzunehmen (E. 2.3). Die Observation liefert keine Erkenntnisse, welche nicht bereits in die Gutachten eingeflossen wären. Wenn der Beschwerdeführer gemäss den Videoaufzeichnungen mit seinem Hund nach draussen geht, Einkäufe erledigt und gewisse soziale Kontakte pflegt, so geht dies im Grundsatz nicht über das hinaus, wovon das E.\_\_\_\_ - und I.\_\_\_\_ -Gutachter ausgingen. Oder anders ausgedrückt: Eine leichte Depression wird durch das fragliche Verhalten nicht schlechterdings ausgeschlossen, zumal wenn man berücksichtigt, dass sich der Beschwerdeführer an einzelnen Tagen auch besser gefühlt haben kann als an anderen. Hinzu kommt, dass die Observation nicht zeigt, wie sich der Beschwerdeführer in seiner Wohnung verhielt, z.B. wie lange er sich nach seinen ausserhäuslichen Aktivitäten hinlegte. Schliesslich gibt es keine Aufnahmen von 2010, mit denen man einen Vergleich anstellen könnte.

3.5.3 Auf die vom Beschwerdeführer angerufenen Berichte der behandelnden Ärzte braucht bei dieser Sachlage nicht näher eingegangen zu werden.

3.5.4 Zusammenfassend ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass sich der Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers seit dem 9. Januar 2012 bis zu den angefochtenen Verfügungen nicht verbessert haben. Ein Revisionsgrund entfällt damit. Eine Bestätigung der Rentenreduktion mit der substituierten

Begründung der Wiedererwägung kommt ebenfalls nicht in Frage. Die Rentenbestätigung von 2012 konnte sich nämlich auf die Aussage im B.\_\_\_\_-Gutachten stützen, wonach 2002 der gleiche Gesundheitszustand wie bei der Begutachtung im Jahr 2009 vorgelegen habe, d.h. es war nicht offenkundig falsch, dass die Beschwerdegegnerin damals auf eine Revision verzichtete (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_288/2016 vom 14. November 2016 E. 4.3).

Ziffer 1 der Verfügung vom 13. Oktober 2015 sowie die Verfügung vom 19. Oktober 2015 werden folglich in Gutheissung der Beschwerde aufgehoben. Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer ab 1. Dezember 2012 weiterhin eine ganze Rente auszurichten.

#### **E. 4**

4.1 Bei diesem Verfahrensausgang hat der anwaltlich vertretene Beschwerdeführer gegenüber der Beschwerdegegnerin Anspruch auf eine Parteientschädigung. Diese bemisst sich ohne Rücksicht auf den Streitwert nach dem zu beurteilenden Sachverhalt sowie der Schwierigkeit des Prozesses und ist in einer Pauschalsumme festzusetzen (Art. 61 lit. g ATSG). Der anwaltliche Stundenansatz bewegt sich in einem Rahmen von CHF 230.00 bis 330.00 (§ 161 i.V.m. § 160 Abs. 2 Kantonaler Gebührentarif / GebT, BGS 615.11, in der seit 15. Juli 2016 geltenden Fassung).

4.2 Die von der Vertreterin eingereichte Kostennote (A.S. 84 ff.) weist einen Zeitaufwand von 696 Minuten (= 11,6 Stunden) aus. Davon entfallen insgesamt 272 Minuten (= 4,53 Stunden) auf diverse Besprechungen mit dem Beschwerdeführer. Dies erscheint als zu hoch, einerseits im Hinblick auf vergleichbare Fälle, andererseits, weil diese Besprechungen nicht durchwegs in einen Zusammenhang mit der Vorbereitung von Rechtsschriften, dem Studium von Eingaben der Beschwerdegegnerin oder Verfügungen des Versicherungsgerichts gebracht werden können. Vor diesem Hintergrund erscheint eine Kürzung um 120 Minuten als angemessen. Hinzu kommt, dass die Kostennote einen Aufwand für neun Klientenbriefe («Brief an Herrn A.\_\_\_\_,» je drei Minuten) beinhaltet, bei denen mangels eindeutiger Bezeichnung praxisgemäss von Orientierungskopien u.ä. auszugehen ist. Dabei handelt es sich um reine Kanzleiarbeit, welche im Stundenansatz eines Anwaltes bereits inbegriffen und nicht separat zu vergüten ist. Zieht man also 120 und 27 Minuten ab, so ist ein Aufwand von insgesamt 9,15 Stunden anzurechnen. Da die Kostennote keinen bestimmten Stundenansatz nennt, ist vom gesetzlichen Mindestansatz von CHF 230.00 auszugehen, womit sich eine Entschädigung von CHF 2■104.50 ergibt.

Was die Auslagen über CHF 779.50 betrifft, so beinhalten diese 1■479 Kopien à CHF 0.50 (s. dazu § 161 i.V.m. § 160 Abs. 5 GebT, in der seit 15. Juli 2016 geltenden Fassung). Dazu ist zu bemerken, dass die Vertreterin einen umfangreichen Beilagenordner eingereicht hat, der namentlich Kopien der ergangenen Administrativgutachten und anderer Urkunden aus den IV-Akten enthält. Die Vertreterin musste als erfahrene Anwältin wissen, dass das Gericht die IV-Akten praxisgemäss von Amtes wegen einholt und damit die besagten Unterlagen in das Verfahren bezieht. Zwar ist es einem Rechtsvertreter nicht schlechterdings untersagt, Kopien aus den IV-Akten als Beschwerdebeilage einzureichen. Hier aber wurde das vertretbare Mass weit überschritten. Die Vertreterin kann sich auch nicht darauf berufen, sie habe die IV-Akten für den eigenen Gebrauch im Beschwerdeverfahren kopieren müssen: Sie war bereits am Vorbescheidverfahren beteiligt, und die Beschwerdegegnerin hatte ihr die IV-Akten in diesem Zusammenhang am 26. resp.

27. Mai 2015 zugestellt (IV-Nr. 214 ff.) Die zu vergütenden Kopien werden daher pauschal auf 479 Stück begrenzt, womit sich die Auslagen auf CHF 279.50 reduzieren. Einschliesslich CHF 190.75 Mehrwertsteuer beläuft sich die Parteientschädigung folglich auf total CHF 2■574.75.

5. Das Beschwerdeverfahren ist bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 bis 1'000.00 festgelegt (Art. 69 Abs. 1 bis IVG).

Im vorliegenden Fall hat die unterlegene Beschwerdegegnerin die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen.

Demnach wird erkannt:

1. Ziffer 1 der Verfügung der IV-Stelle des Kantons Solothurn vom 13. Oktober 2015 sowie die Verfügung vom 19. Oktober 2015 werden in Gutheissung der Beschwerde aufgehoben. Die IV-Stelle des Kantons Solothurn hat dem Beschwerdeführer ab 1. Dezember 2012 weiterhin eine ganze Rente auszurichten.

2. Die IV-Stelle des Kantons Solothurn hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von CHF 2■574.75 (inkl. Auslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.

3. Die Beschwerdegegnerin hat die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen.

Rechtsmittel

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

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Der Präsident

Der Gerichtsschreiber

Flückiger

Haldemann

Der vorliegende Entscheid wurde vom Bundesgericht mit Urteil 9C\_101/2017 vom 5. April 2017 bestätigt.

#### **E. 4.2**

Die von der Vertreterin eingereichte Kostennote (A.S. 84 ff.) weist einen Zeitaufwand von 696 Minuten (= 11,6 Stunden) aus. Davon entfallen insgesamt 272 Minuten (= 4,53 Stunden) auf diverse Besprechungen mit dem Beschwerdeführer. Dies erscheint als zu hoch, einerseits im Hinblick auf vergleichbare Fälle, andererseits, weil diese Besprechungen nicht durchwegs in einen Zusammenhang mit der Vorbereitung von Rechtsschriften, dem Studium von Eingaben der Beschwerdegegnerin oder Verfügungen des Versicherungsgerichts gebracht werden können. Vor diesem Hintergrund erscheint eine Kürzung um 120 Minuten als angemessen. Hinzu kommt, dass die Kostennote einen Aufwand für neun Klientenbriefe («Brief an Herrn A.\_\_\_\_,» je drei Minuten) beinhaltet, bei

denen mangels eindeutiger Bezeichnung praxisgemäss von Orientierungskopien u.ä. auszugehen ist. Dabei handelt es sich um reine Kanzleiarbeit, welche im Stundenansatz eines Anwaltes bereits inbegriffen und nicht separat zu vergüten ist. Zieht man also 120 und 27 Minuten ab, so ist ein Aufwand von insgesamt 9,15 Stunden anzurechnen. Da die Kostennote keinen bestimmten Stundenansatz nennt, ist vom gesetzlichen Mindestansatz von CHF 230.00 auszugehen, womit sich eine Entschädigung von CHF 2'104.50 ergibt. Was die Auslagen über CHF 779.50 betrifft, so beinhalten diese 1'479 Kopien à CHF 0.50 (s. dazu § 161 i.V.m. § 160 Abs. 5 GebT, in der seit 15. Juli 2016 geltenden Fassung). Dazu ist zu bemerken, dass die Vertreterin einen umfangreichen Beilagenordner eingereicht hat, der namentlich Kopien der ergangenen Administrativgutachten und anderer Urkunden aus den IV-Akten enthält. Die Vertreterin musste als erfahrene Anwältin wissen, dass das Gericht die IV-Akten praxisgemäss von Amtes wegen einholt und damit die besagten Unterlagen in das Verfahren beizieht. Zwar ist es einem Rechtsvertreter nicht schlechterdings untersagt, Kopien aus den IV-Akten als Beschwerdebeilage einzureichen. Hier aber wurde das vertretbare Mass weit überschritten. Die Vertreterin kann sich auch nicht darauf berufen, sie habe die IV-Akten für den eigenen Gebrauch im Beschwerdeverfahren kopieren müssen: Sie war bereits am Vorbescheidverfahren beteiligt, und die Beschwerdegegnerin hatte ihr die IV-Akten in diesem Zusammenhang am 26. resp. 27. Mai 2015 zugestellt (IV-Nr. 214 ff.) Die zu vergütenden Kopien werden daher pauschal auf 479 Stück begrenzt, womit sich die Auslagen auf CHF 279.50 reduzieren. Einschliesslich CHF 190.75 Mehrwertsteuer beläuft sich die Parteientschädigung folglich auf total CHF 2'574.75. 5. Das Beschwerdeverfahren ist bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 bis 1'000.00 festgelegt (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Im vorliegenden Fall hat die unterlegene Beschwerdegegnerin die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen.

## **E. 5**

Es sei dem Beschwerdeführer die vollumfängliche unentgeltliche Rechtspflege und der unentgeltliche Rechtsbeistand ab Prozessbeginn zu gewähren und die unterzeichnete Anwältin als unentgeltlichen Rechtsbeistand zu bezeichnen. U.K.u.E.F. Die IV-Stelle (fortan: Beschwerdegegnerin) beantragt mit Beschwerdeantwort vom 3. Dezember 2015 die Abweisung der Beschwerde (A.S. 71 f.). Der Präsident des Versicherungsgerichts bewilligt dem Beschwerdeführer mit Verfügung vom 3. Juni 2016 ab Prozessbeginn die unentgeltliche Rechtspflege (A.S. 73 f.). 2.2 Der Beschwerdeführer hält mit Replik vom 23. Juni 2016 an seiner Beschwerde vollumfänglich fest (A.S. 76 ff.), während die Beschwerdegegnerin am 29. Juni 2016 auf eine Duplik verzichtet (A.S. 81). Die Vertreterin des Beschwerdeführers reicht am 13. Juli 2016 eine Kostennote ein (A.S. 83 ff.). Diese geht zur Kenntnisnahme an die Beschwerdegegnerin (A.S. 87), welche sich nicht dazu äussert.

II. 1. Die Sachurteilsvoraussetzungen (zulässiges Anfechtungsobjekt, Einhaltung von Frist und Form, örtliche und sachliche Zuständigkeit des angerufenen Gerichts, Legitimation) sind erfüllt. Auf die Beschwerde ist daher einzutreten. Streitig und zu prüfen ist die Rentenberechtigung ab Dezember 2012. Bei der Beurteilung des Falles ist grundsätzlich auf den Sachverhalt abzustellen, der bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung am 13. Oktober 2015 eingetreten ist (BGE 121 V 362 E. 1b S. 366). 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 Aufhebung der Rente per Ende November 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 aus objektiver Sicht nicht überwindbaren Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen; (Art. 7 Abs. 2 ATSG, in Kraft seit 1. Januar 2008). Bei einem Invaliditätsgrad ab 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, ab 50 % auf eine halbe Rente, ab 60 % auf eine Dreiviertelsrente und ab 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG, in der seit 1. Januar 2008 geltenden Fassung).

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 den 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).

2.4 Der Versicherungsträger kann auf formell rechtskräftige Verfügungen oder Einsprache-Entscheide zurückkommen, wenn diese zweifellos unrichtig sind und ihre Berichtigung von erheblicher Bedeutung ist (Art. 53 Abs. 2 ATSG). Die Wiedererwägung dient mit anderen Worten der nachträglichen Korrektur einer ursprünglich unrichtigen Rechtsanwendung oder Sachverhaltsfeststellung durch die Verwaltung (BGE 117 V 8 E. 2c S. 17, 115 V 308 E. 4a/cc S. 314). Sie wirkt sich indes in der Regel nicht rückwirkend, sondern nur ex nunc aus (s. Art. 88 bis Abs. 2 lit. a Verordnung über die Invalidenversicherung / IVV, SR 831.201). Die Wiedererwägung rechtskräftiger Verfügungen kommt nur in Betracht, wenn es sich um die Korrektur grober Fehler der Verwaltung handelt. Eine gesetzwidrige Leistungszusprechung gilt jedoch regelmässig als zweifellos unrichtig. Es darf kein vernünftiger Zweifel an der Unrichtigkeit der Verfügung bestehen. Dieses Erfordernis ist in der Regel erfüllt, wenn eine Leistungszusprache auf Grund falscher Rechtsregeln erfolgt ist oder wenn massgebliche Bestimmungen nicht oder unrichtig angewandt wurden (BGE 126 V 399 E. 2b/bb S. 401). Erscheint indessen die Beurteilung einzelner ermessensgeprägter Schritte der Anspruchsprüfung als vertretbar, scheidet die Annahme zweifelloser Unrichtigkeit aus. Ansonsten würde die

Wiedererwägung zum Instrument einer voraussetzungslosen Neuprüfung, was sich nicht mit dem Wesen der Rechtsbeständigkeit formell zugesprochener Dauerleistungen vertrüge (Urteile des Bundesgerichts 9C\_551/2012 vom 18. Februar 2013 E. 4 sowie 9C\_418/2010 vom 29. August 2011 E. 3.2). Bei der Beurteilung, ob eine zweifellose Unrichtigkeit vorliegt, muss von der Sach- und Rechtslage ausgegangen werden, wie sie im Zeitpunkt des Verfügungs-erlasses bestanden hat, wozu auch die seinerzeitige Rechtspraxis gehört; eine Praxisänderung vermag aber kaum je die frühere Praxis als zweifellos unrichtig erscheinen zu lassen (BGE 125 V 383 E. 3 S. 389 f., 117 V 8 E. 2c S. 17; vgl. auch BGE 119 V 475 E. 1b/cc S. 479). Die erhebliche Bedeutung der Korrektur ist bei periodischen Leistungen in jedem Fall zu bejahen (BGE 119 V 475 E. 1c S. 480, 117 V 8 E. 2c/bb S. 20).

2.5 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 (BGE 125V 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 sie sich 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).

2.6 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 Beweiswürdigung 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 Beweiswürdigung 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). 3.

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