

SO_GERICHTE VSBES.2015.3 vom 14. November 2014

SO Obergericht, 2014-11-14, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2015.3

FR: SO_GERICHTE VSBES.2015.3 du 14 novembre 2014

IT: SO_GERICHTE VSBES.2015.3 del 14 novembre 2014

Erwägungen

E. 1

1.1 A.____ (nachfolgend: Beschwerdeführer), geboren 1960, erlitt am 12. Oktober 1990 einen Arbeitsunfall, bei welchem ihm ein 20 Kilogramm schweres Gewicht auf das linke Knie in Varusstellung fiel. Am 8. September 1991 hatte er ein weiteres Knie Trauma links mit Varisierung, und bei einem Unfall am 16. September 1993 schlug ihm ein Wasserrohr seitlich an das linke Knie, wobei es zu einer sofortigen Schwellung kam (IV-St. Beleg Nr. [nachfolgend IV-Nr.] 29). Er wurde in der Folge von seiner damaligen Arbeitgeberin bei der Suva angemeldet. Diese sprach ihm mit Verfügung vom 12. September 2003 eine Invalidenrente sowie eine Integritätsentschädigung zu (IV-Nr. 46). 1.2 Am 12. November 2002 (IV-Nr. 3) hatte sich der Beschwerdeführer – zuletzt als Chauffeur tätig – bei der IV-Stelle des Kantons Solothurn (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) angemeldet. 1.3 Die Suva erliess nach der Tätigung weiterer medizinischer Abklärungen am 14. Mai 2004 eine neue Verfügung (IV-Nr. 55) und sprach dem Beschwerdeführer aufgrund einer Erwerbsunfähigkeit von 18 % ab dem 1. Juni 2004 eine Invalidenrente zu. Die daraufhin vom Beschwerdeführer erhobene Einsprache wies sie mit Einspracheentscheid vom 17. August 2004 (IV-Nr. 62) ab, eine dagegen erhobene Beschwerde wurde vom Versicherungsgericht des Kantons Solothurn (nachfolgend: Versicherungsgericht) ebenfalls abgewiesen (IV-Nr. 70 S. 10 ff.). 1.4 Die Beschwerdegegnerin sprach dem Beschwerdeführer sodann mit Verfügung vom 16. November 2005 (IV-Nr. 71) mit Wirkung ab 1. März 2003 bis zum 31. Mai 2004 eine befristete, ganze Invalidenrente zu. Es wurde erwogen, ab dem 1. Juni 2004 liege der Invaliditätsgrad unter 40 %. Eine körperlich leichte, wechselbelastete Tätigkeit sei dem Beschwerdeführer bei einem vollen Pensum zumutbar. Damit könne er ein rentenausschliessendes Einkommen erzielen.

E. 2

2.1 Die Beschwerdegegnerin legt in der angefochtenen Verfügung (A.S. 1 ff.) dar, der Beschwerdeführer sei am 12. Oktober 1990 und 16. September 1993 verunfallt. Aufgrund der Unfallfolgen seien ihm gemäss kreisärztlicher Einschätzung durch die Suva nach wie vor leichte, vorzugsweise sitzende, wechselbelastende Tätigkeiten, ohne länger andauerndes Gehen und Tragen von schweren Lasten, ganztätig zumutbar. Aus einer solchen Tätigkeit könne er ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen erzielen. Bei der Berechnung des Invalideneinkommens habe man dem Umstand der behinderungsbedingten erschwerten Eingliederung Rechnung getragen und einen Abzug von 10 % vorgenommen. Der Invaliditätsgrad betrage 21 %. Aus dem ärztlichen Zeugnis der Hausärztin, Dr. med. D.____, ergäben sich keine neuen Aspekte, die ab dem 1. April 2013 eine gesundheitliche Verschlechterung glaubhaft machen würden. Was den Anspruch auf weitere berufliche Eingliederungsmassnahmen betreffe, so verlangten diese eine entsprechende Motivation der einzugliedernden Person. Aus den Akten lasse sich schliessen, dass es dem

Beschwerdeführer derzeit an der nötigen Motivation fehle, in den Arbeitsprozess eingegliedert zu werden. Ein entsprechendes, zumutbares Arbeitsangebot habe er aus invaliditätsfremden Gründen nicht angenommen. Die Eingliederungswirksamkeit sei aufgrund der subjektiven Krankheitsüberzeugung nicht gegeben. Die Aufnahme einer angepassten Tätigkeit sei ihm unmittelbar und ohne weitere Gewöhnungsmassnahmen zumutbar. 2.2 Der Beschwerdeführer lässt dem in seiner Beschwerde vom 5. Januar 2015 (A.S. 5 ff.) entgegenhalten, bei ihm bestehe gemäss Austrittsbericht des E.____ vom 7. Juni 2011 eine posttraumatische Valgusgonarthrose links bei Status nach Kniearthroskopie links am 21. Januar 2011. Am 5. Mai 2011 sei eine Varisationsosteotomie durchgeführt worden, wobei dies aber nicht zu einer relevanten Reduktion der Beschwerden geführt habe. Im Rahmen der Früherfassung habe sich gezeigt, dass die Tätigkeit als Lastwagenchauffeur für den Beschwerdeführer nicht angepasst sei, weil er bei handgeschalteten Fahrzeugen Mühe habe, die Kupplung zu betätigen, und andererseits beim Stückguttransport die beförderten Waren ein- und ausladen müsse, was ihm aufgrund der verminderten Belastbarkeit seines linken Knies nicht möglich sei. Gemäss kreisärztlichem Bericht der Suva vom 8. August 2012 habe bei ihm zum Untersuchungszeitpunkt eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestanden, wobei die Indikation für die Implantation einer Totalendprothese am linken Kniegelenk gestellt worden sei. Zu diesem Zeitpunkt habe sich der Beschwerdeführer nicht zu diesem Eingriff entschliessen können, da er angesichts der multiplen vorangegangenen chirurgischen Eingriffe, welche keine Verbesserung der Schmerzen gebracht hätten, gezögert habe. Im Rahmen der Car-Fahrausbildung habe er die theoretische Prüfung aufgrund mangelhafter schriftlicher Deutschkenntnisse mehrfach nicht bestanden. Er habe sich gezwungen gesehen, die Ausbildung abzubrechen. Gemäss Arztbericht von Dr. med. D.____ vom 1. Oktober 2013 habe zu diesem Zeitpunkt zusätzlich zu den Kniebeschwerden auch ein lumbospondylogenes Schmerzsyndrom links L5 / S1 mit ausstrahlenden Schmerzen seit Januar 2013 bestanden. Die Beschwerden würden in Zusammenhang mit der Fehlbelastung aufgrund der Schmerzproblematik am linken Knie gesehen. Der Beschwerdeführer habe in einem ausführlichen Schreiben dargelegt, weshalb die ihm vermittelte Stelle bei der Firma F.____ keineswegs einer angepassten Tätigkeit entsprochen habe, wie dies von den Ärzten der Suva festgelegt worden sei. Es habe sich vor Ort gezeigt, dass die dort freie Stelle jene eines normalen Chauffeurs im Stückguttransport sei, weshalb der potenzielle neue Arbeitgeber bereits erhebliche Zweifel angebracht habe, als er von den Kniebeschwerden des Beschwerdeführers erfahren habe. Daher sei die Anstellung nicht zustande gekommen. Die Beschwerdegegnerin beziehe sich bei der Beurteilung ihrer Leistungspflicht einzig auf die Unfallfolgen am linken Knie. Sie stütze sich allein auf die kreisärztliche Einschätzung durch den Suva-Kreisarzt, gemäss welcher dem Beschwerdeführer nach wie vor leichte, vorzugsweise sitzende, wechselbelastende Tätigkeiten ohne länger dauerndes Gehen und Tragen von schweren Lasten ganztägig zumutbar seien. Die weiteren gesundheitlichen Beeinträchtigungen seien nicht berücksichtigt worden. Die Einnahme von Antidepressiva lasse auf eine zusätzlich bestehende psychische Beeinträchtigung schliessen. Weiter liege neu auch eine lumbospondylogene Schmerzproblematik vor. Der Beschwerdeführer sei im Frühling 2014 wegen der schwierigen psychosozialen Situation stationär in der Klinik G.____ während rund zwei Monaten hospitalisiert gewesen. Gemäss Austrittsbericht der Klinik bestehe bei ihm eine mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom. Das Vorliegen einer somatoformen Schmerzproblematik werde ausdrücklich ausgeschlossen. Die depressive Episode stehe gemäss den Ärzten in Zusammenhang mit der psychosozialen Belastung und

den chronischen Schmerzen, wobei Letztere organischer Natur seien. Die psychiatrische Problematik werde in der angefochtenen Verfügung nicht berücksichtigt, es seien auch keine diesbezüglichen Abklärungen getätigt worden. Korrekterweise müsse von einer Arbeitsunfähigkeit von mindestens 50 % für jegliche Tätigkeiten ausgegangen werden. Bezüglich der beruflichen Eingliederungsmassnahmen stelle die Beschwerdegegnerin die Lage in der angefochtenen Verfügung sehr einseitig dar. Der Beschwerdeführer habe sich aktiv mit seiner Wiedereingliederung befasst und ebenfalls Vorschläge unterbreitet, wie er unter bestmöglichem Einsatz seiner Kenntnisse und Berufserfahrung auf dem Arbeitsmarkt wieder Fuss fassen könnte. Dass er die Car-Fahrausbildung wegen seiner mangelnden schriftlichen Deutschkenntnisse nicht geschafft habe, heisse nicht, dass er sich nicht dafür eingesetzt hätte. Ausserdem treffe es nicht zu, dass er die ihm angebotene Stelle als Lastwagenchauffeur abgelehnt habe. Es habe sich entgegen den Ausführungen der Eingliederungsfachperson um eine nicht zumutbare Tätigkeit gehandelt. Im Gespräch mit dem potenziellen neuen Arbeitgeber habe sich rasch gezeigt, dass beide Parteien von unterschiedlichen Sachverhalten ausgegangen seien. Der Arbeitgeber habe gedacht, dass der Beschwerdeführer nicht unter derart weitreichenden Kniebeschwerden leide, dass er nicht in der Lage sei, die Umschlagsarbeiten selbst auszuführen. Daher sei ihm von Seiten des Arbeitgebers beschieden worden, dass er für diese Stelle nicht in Frage komme. Die Behauptungen der Beschwerdegegnerin, der Beschwerdeführer habe sich nicht angestrengt, seien schlichtweg nicht zutreffend. Der Beschwerdeführer verfüge derzeit über keine Anstellung, wäre aber für angepasste Tätigkeiten zumindest teilweise vermittelbar. Der Anspruch auf Gewährung beruflicher Eingliederungsmassnahmen sei nach wie vor gegeben.

2.3 In ihrer Beschwerdeantwort vom 2. Februar 2015 (A.S. 20 f.) führt die Beschwerdegegnerin aus, der Beschwerdeführer habe der Beschwerdegegnerin im Rahmen der Neuanmeldung zwar mitgeteilt, dass er ein Antidepressivum vom Hausarzt erhalte, nachdem der Hausarztbericht von Dr. med. D.____ vom 1. Oktober 2013 den psychischen Gesundheitszustand aber nicht einmal erwähnt habe, habe sich die vertiefte Prüfung des psychischen Gesundheitszustandes nicht aufgedrängt. Mit der Beschwerde werde nun ein Bericht der H.____ eingereicht, wobei die Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode mit somatischem Syndrom gestellt werde. Dem Bericht sei zu entnehmen, die Stimmung des Beschwerdeführers und die Schmerzsymptomatik hätten sich während des Klinikaufenthalts verbessert. Ihm sei denn auch nur eine befristete Arbeitsunfähigkeit vom 24. März bis 19. Mai 2014 attestiert worden. Hinzu komme, dass dieser in seinem Einwandschreiben mit keinem Wort auf eine relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischen Gründen hingewiesen habe. Dies deute darauf hin, dass bei ihm selbst die physischen Beschwerden im Vordergrund stünden und keine länger andauernde gesundheitliche Einschränkung aus psychiatrischer Sicht vorliege. Selbst wenn sich bei einer ergänzenden Abklärung zeigen würde, dass der Beschwerdeführer weiterhin an einer mittelgradigen depressiven Episode leide, wäre fraglich, ob eine solche überhaupt invalidenversicherungsrechtlich relevant sei. Im Rahmen der vom Bundesgericht entwickelten Schmerzüberwindungspraxis gälten mittelgradige depressive Episoden grundsätzlich als überwindbar. Dies habe erst recht zu gelten, wenn keine Schmerzkrankheit vorliege.

2.4 Der Beschwerdeführer lässt am 24. März 2015 noch einmal Stellung nehmen (A.S. 43 ff.) und dabei geltend machen, die Beschwerdegegnerin übersehe, dass sich die von H.____ attestierte Arbeitsunfähigkeit mit der Dauer des Klinikaufenthalts decke. Die in der Klinik behandelnden Ärzte hätten die Arbeitsunfähigkeit lediglich für den Zeitraum des stationären Aufenthalts bestimmt,

nachdem sich der Beschwerdeführer nach seinem Klinikaustritt in die ambulante psychiatrische Behandlung bei Dr. med. I. ___ begeben habe, welcher für die Attestierung der weitergehenden Arbeitsunfähigkeit zuständig gewesen sei. Da die Hausärztin selbst den Beschwerdeführer in den stationären Aufenthalt eingewiesen habe, könne nicht die Rede davon sein, dass diese keine abklärungsbedürftige Problematik auch aus psychiatrischer Sicht gesehen habe. Dr. med. I. ___ diagnostiziere in seinem Bericht vom 5. Januar 2015 eine chronifizierte, ängstlich agitierte, gegenwärtig mittelschwer ausgeprägte depressive Störung mit somatischem Syndrom, mit intermittierenden Phasen von schwer ausgeprägten Symptomen, im Rahmen einer Persönlichkeitsakzentuierung mit histrionischen misstrauischen und emotional instabilen Zügen. Aufgrund dieser Problematik attestiere er eine Arbeitsunfähigkeit von 100 %. Es könne damit keine Rede davon sein, dass die mittelgradige depressive Episode remittiert sei. Die Beschwerdegegnerin übersehe weiter, dass die Überwindbarkeit erst nach Prüfung der Foerster-Kriterien überhaupt erst beurteilbar sei. Diese Kriterien seien gar nicht geprüft worden. Gleichzeitig falle die mittelschwere depressive Episode aber nicht unter die Schmerzüberwindungspraxis, da es sich um ein eigenständiges Krankheitsgeschehen handle, wie den Arztberichten entnommen werden dürfe. Es bestehe beim Beschwerdeführer ausdrücklich keine somatoforme Schmerzstörung. Die von ihm geklagten Schmerzen besässen ein klar zuordenbares Korrelat in Gestalt der massiven arthrotischen Veränderungen am Knie.

E. 3

3.1 Der massgebende Sachverhalt betrifft die Verneinung des Anspruchs des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente mit Verfügung vom 14. November 2014, weshalb die ab 1. Januar 2012 geltende Rechtslage zu berücksichtigen ist. 3.2 Nach der seit 1. Januar 2012 geltenden Rechtslage (6. IV-Revision) haben nach Art. 28 Abs. 1 Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.2) jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), und die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG, SR 830.1]) gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. b und c). Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente.

3.3 Wurde eine Rente wegen eines fehlenden oder zu geringen Invaliditätsgrades bereits einmal verweigert, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die versicherte Person glaubhaft macht, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (Art. 87 Abs. 2 und 3 Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV, SR 831.201]). Mit dieser Bestimmung soll verhindert werden, dass sich die Verwaltung nach vorausgegangener rechtskräftiger Rentenverweigerung immer wieder mit gleichlautenden und nicht näher begründeten, d.h. keine Veränderung des Sachverhalts darlegenden Rentengesuchen befassen muss (BGE 130 V 68 E. 5.2.3, 125 V 412 E. 2b, 117 V 200 E. 4b). 3.4 Tritt die Verwaltung – wie im vorliegenden Fall – auf eine Neuanmeldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem

Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 ATSG vorzugehen (AHI 1999 S. 84 E. 1b mit Hinweisen, bezogen auf Art. 41 a.F. IVG). Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zusätzlich noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine rentenbegründende Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 133 V 108, 117 V 198 E. 3a, 109 V 115 E. 2b). Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neuanmeldungsverfahren – analog zur Rentenrevision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG (vgl. BGE 105 V 30) – durch Vergleich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der ersten Ablehnungsverfügung bestanden hat, mit demjenigen zur Zeit der streitigen neuen Verfügung (BGE 130 V 73 E. 3.1 mit Hinweisen, AHI 1999 S. 84 E. 1b). Dies gilt jedoch nur in Fällen, in denen seit der ersten Verfügung keine materielle Prüfung des Rentenanspruchs mehr stattgefunden hat, sondern einzig Nichteintretensverfügungen.

E. 4

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

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

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

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

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

E. 6

6.1 Der von der Beschwerdegegnerin verneinte Leistungsanspruch wird durch Vergleich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der erstmaligen Rentenprüfung ■ Verfügung vom 16. November 2005 (IV-Nr. 71) ■ und demjenigen, wie er zur Zeit der streitigen Verfügung vom 14. November 2014 (A.S. 1 ff.) bestanden hat, beurteilt (BGE 130 V 73 E. 3.1 mit Hinweisen, AHI 1999 S. 84 E. 1b).

6.2 Im Zeitpunkt der erstmaligen Rentenbeurteilung mit Verfügung vom 16. November 2005 orientierte sich die Beschwerdegegnerin an der Rentenverfügung der Suva vom 14. Mai 2004 (IV-Nr. 55), welche mit Einspracheentscheid vom 17. August 2004 (IV-Nr. 62) und Urteil des Versicherungsgerichts vom 2. Mai 2005 (IV-Nr. 70 S. 10 ff.) bestätigt wurde. Wie sich die medizinische Aktenlage zum damaligen Zeitpunkt präsentierte, lässt sich unter anderem den Erwägungen des Versicherungsgerichts in seinem Urteil vom 2. Mai 2005 entnehmen:

Gestützt auf den Austrittsbericht der J.____ vom 30. März 2004 über den (zweiten) stationären Aufenthalt des Beschwerdeführers liege bei diesem allenfalls eine beginnende, lateral betonte Gonarthrose des linken Kniegelenks vor. Es bestünden weder Hinweise für eine Verschlechterung seit dem letzten stationären Aufenthalt noch für eine Algodystrophie. Während des jetzigen stationären Aufenthaltes habe sich, insbesondere nach der Untersuchung des Kniegelenkes in Anästhesie, ein unverhältnismässiger Verlauf mit zunehmender Schmerzexazerbation präsentiert. Die Schmerzen seien zwar in ihrer Lokalisation, nicht aber in diesem Ausmass erklärbar. Aufgefallen sei, dass der Beschwerdeführer jeweils sein Kniegelenk mit fleckenförmig ventralen Rötungen mit palpatorischer Überwärmung demonstriert habe. In den anschliessend durchgeführten Umfangmessungen hätten sich allerdings keine Veränderungen vor bzw. nach der Therapie gezeigt. Schliesslich sei im psychosomatischen Konsilium die bereits bekannte gemischte ängstlich-depressive Reaktion (ICD-10 F43.22) bestätigt worden, wobei der Patient bei der jetzigen Untersuchung einen insgesamt psychisch stabileren Zustand aufweise.

Die fachärztliche Diagnose einer gemischten ängstlichen Reaktion (ICD-10 F43.22) beeinflusse die Erwerbsfähigkeit in keiner Weise. Dem Beschwerdeführer seien leichte,

wechselbelastende, ganztägige Arbeiten ohne längere Gehstrecken zuzumuten. Das Ersteigen von Leitern und Gerüsten, Arbeiten in Zwangshaltungen, kniender oder kauender Position sowie das Heben und Tragen von mittelschweren Lasten blieben limitiert.

6.3 Folgender medizinischer Sachverhalt zeigte sich im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 14. November 2014:

6.3.1 Die Hausärztin, Dr. med. D.____, äusserte sich in ihrem im Rahmen der Neuanmeldung eingereichten Bericht vom 11. Januar 2012 (IV-Nr. 76) über eine Zunahme der Schmerzen im linken Knie ab Ende November 2010. Es habe sich eine posttraumatische Gonarthrose links ergeben. Im Januar 2011 sei eine arthroskopische Gelenkstoilette durchgeführt worden, am 5. Mai 2011 eine medial zuklappende supracondyläre Varisationsosteotomie des Femur links. Der weitere Verlauf sei schwierig, es bestünden nach wie vor eine massive Weichteilschwellung und eine schmerzbedingt deutlich eingeschränkte Beweglichkeit.

6.3.2 Gemäss Bericht von Dr. med. K.____, Facharzt für orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, vom 6. März 2012 (IV-Nr. 114.2 S. 169) habe der Beschwerdeführer fast erwartungsgemäss bei der zunehmenden Valgusarthrose weiterhin deutliche Beschwerden und sei auf massive Schmerzmitteleinnahme angewiesen. Er denke, dass man nicht um die Implantation einer Knieprothese herumkomme.

6.3.3 Gemäss Bericht des Suva-Kreisarztes, Dr. med. L.____, vom 8. August 2012 (IV-Nr. 95), könne dem Beschwerdeführer nur noch eine Knie-Totalprothese angeboten werden. Er möchte diese aber vorläufig nicht machen lassen. Die Zumutbarkeit sei nach erfolgter Implantation einer Prothese vorzunehmen. Derzeit sei er weiterhin 100 % arbeitsunfähig.

6.3.4 Der Suva-kreisärztlichen Untersuchung vom 27. Dezember 2012 durch Dr. med. M.____ (IV-Nr. 114.2 S. 99 f.) lässt sich entnehmen, am 3. Februar 2012 sei eine diagnostische Arthroskopie und Metallentfernung am linken Knie erfolgt. Dabei habe sich keine wesentliche Veränderung im vorderen Knieabschnitt gezeigt. Die arbeitsmässige Zumutbarkeit beinhalte eine ganztägige Wechselbewegung, eher sitzend, wenig stehend und gehend. Gewichte heben bis 15 kg, seltenerweise bis 20 kg, seien zumutbar. Zu meiden seien auch Leiternsteigen, Vibrationen, Sprungbeanspruchungen sowie belastete Torsionen.

6.3.5 Im Arztbericht von Dr. med. D.____ vom 1. Oktober 2013 (IV-Nr. 111) werden folgende Diagnosen festgehalten:

Persistierende, belastungsabhängige Kniebeschwerden links bei

-Knie Trauma links 1990,

-Status nach arthroskopischer lateraler Teilmeniskektomie links 1992,

-Status nach arthroskopischer Lavage Knie links 01/2011,

-Status nach supracondylärer Varisationsosteotomie am 5. Mai 2011,

-posttraumatischer Valgusgonarthrose links;

Verdacht auf lumbospondylogenes Schmerzsyndrom links L5 / S1,

-intermittierend ausstrahlende Schmerzen seit Januar 2013

Die Arbeitsunfähigkeit betrage 100 % vom 29. November 2010 bis 31. März 2013 und 50 % ab dem 1. April 2013. Die bisherige Tätigkeit sei dem Beschwerdeführer nicht zumutbar. Wäre ein ausschliessliches Führen eines automatischen Getriebes möglich, könnte die Arbeitsfähigkeit auf ca. 50 % erhöht werden. Auch sei bei einer anderweitigen Umschulung in einen wenig belastenden Beruf von einer Arbeitsfähigkeit in diesem Umfang auszugehen. Andere Tätigkeiten seien zumutbar, jedoch kein längeres Stehen, keine grösseren Gehstrecken, kein Treppensteigen und keine bückenden Tätigkeiten. Eine andere Tätigkeit könne während ca. vier Stunden pro Tag ausgeübt werden. Ihres Erachtens sei es durch den hinkenden Gang zu einer Fehlbelastung der Lendenwirbelsäule gekommen, mit aktuell vor allem muskulär bedingten Schmerzen daselbst. Durch die Rheumatologen der N.____ würden weitere Abklärungen durchgeführt.

6.3.6 Laut Bericht von Dr. med. O.____ vom 13. November 2013 (IV-Nr. 114.2 S. 24), sei CT-gesteuert eine Nervenwurzelblockade L3 und L4 links durchgeführt worden. Der Schmerz habe vor dem Eingriff bei NRS 7 gelegen. Postinterventionell sei er mit NRS 6 angegeben worden.

6.3.7 Dr. med. P.____, Facharzt für Radiologie, hielt in einem Bericht vom 9. Dezember 2013 (IV-Nr. 114.2 S. 18) fest, es zeige sich im Vergleich zum Röntgenbefund vom 4. März 2004 eine fortgeschrittene mediale und laterale Gonarthrose mit Femoropatellararthrose. Es bestünden ausgedehnte degenerative Veränderungen des Gelenkknorpels mit teilweise Exulzeration des Knorpels vor allem am lateralen Tibiaplateau und Femurkondylus, weiter eine ausgeprägte degenerative Auswulzung des lateralen Meniscus sowie ein Status nach Teilmeniscektomie lateral.

6.3.8 Gemäss Zuweisungsschreiben von Dr. med. D.____ vom 5. März 2014 an das Q.____ (IV-Nr. 114.2 S. 16 ff.) sei beim Beschwerdeführer eine depressive Reaktion mit rezidivierenden Panikattacken zu diagnostizieren. Es bestehe eine schwierige Situation mit deutlicher posttraumatischer Gonarthrose und chronischem Schmerzsyndrom links. In den letzten Monaten sei es zu einer Exazerbation der psychischen Probleme mit Konflikt in der Familie gekommen, in den letzten vier Wochen wiederholt zu Panikattacken mit Atemnot, einmal auch mit Selbsthospitalisation. Damals habe sich eine Bronchitis gezeigt, welche aber die ausgeprägte Angstreaktion nicht erklärt habe.

6.4 Im Rahmen des Beschwerdeverfahrens hat der Beschwerdeführer verschiedene medizinische Unterlagen einreichen lassen:

6.4.1 Der Austrittsbericht der Klinik G.____ vom 26. Mai 2014 (Beilage 3 zur Beschwerde vom 5. Januar 2015), welcher der Beschwerdegegnerin zum Verfügungszeitpunkt offensichtlich nicht vorlag, enthält folgende Diagnosen:

- mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom (F32.11),
- Valgusgonarthrose links, posttraumatisch nach Unfall 1990,
- Verdacht auf lumbospondylogenes Schmerzsyndrom links L5 / S1,
- allergisches Asthma bronchiale, ED 02/14,
- Hypertriglyzeridämie

Die Befunde seien mit einer mittelgradigen depressiven Episode bei chronischen Schmerzen sowie psychosozialer Belastung vereinbar gewesen. Für das Vorliegen einer somatoformen (Schmerz-)Symptomatik habe man keinen sicheren Hinweis gefunden.

Initial habe der Beschwerdeführer auch Suizidgedanken geäußert. Im Verlauf habe sich eine Stimmungsaufhellung gezeigt. Auch die körperliche Verfassung und die Schmerzproblematik hätten sich im Verlauf gebessert. Es sei ein Arbeitsunfähigkeitszeugnis zu 100 % vom 24. März bis 19. Mai 2014 ausgestellt worden.

6.4.2 Laut Bericht von Dr. med. I. ___ vom 5. Januar 2015 (Beilage 8 zur Beschwerde vom 5. Januar 2015) befinde sich der Beschwerdeführer seit dem 17. Mai 2014 bei ihm in ambulanter psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung. Aus dem Querschnittbefund und dem zeitlichen Krankheitsverlauf ergäben sich aus seiner Sicht die Kriterien für eine chronifizierte, ängstlich agitierte, gegenwärtig mittelschwer ausgeprägte depressive Störung mit somatischem Syndrom (ICD-10 F32.11), mit intermittierend Phasen von schwer ausgeprägten Symptomen im Rahmen einer Persönlichkeitsakzentuierung mit histrionischen, misstrauischen und emotional-instabilen (impulsiv-aggressiven) Zügen (Z 73.1). Das Insuffizienzerlebnis infolge krankheitsbedingter Einschränkungen sei beim Beschwerdeführer deutlich. Weiterhin imponiere das Zustandsbild mit einem erheblich leidenden, depressiv resignierten Eindruck mit Einschränkungen im Durchhaltervermögen. Zudem zeigten sich Defizite hinsichtlich der Konzentration und Aufmerksamkeit mit Gedächtnislücken. Affektive Symptome wie Affektarmut, Beeinträchtigung des Antriebs, Depressivität und Insuffizienzgefühle würden berichtet und auch beobachtet. Passive Todeswünsche ohne konkrete Suizidpläne würden regelmässig angegeben. Das psychische Zustandsbild werde weiter bestimmt durch chronische Kopfschmerzen mit persistierenden Schwindelattacken, innerer Unruhe und Tagesmüdigkeit bei minimalen Belastungen sowie Angstzuständen, welche zu weiteren Verunsicherungen und Einschränkungen der Adaptations- und Durchhaltefähigkeit führten. Besonders belastend wirkten zudem permanente Angstattacken und Schlafstörungen mit Alpträumen, welche zu Vermeidungsverhalten, deutlichem Leidensdruck und Einschränkungen im Alltagsleben führten. Das Selbstwirksamkeitserleben werde defizitär erlebt. Der Beschwerdeführer äussere die Befürchtung, dass keine vollständige Genesung erfolge. Die Behandlung finde alle 14 Tage bis drei Wochen statt. Es könne von einer mindestens teilweisen Chronifizierung des Beschwerdebildes ausgegangen werden und damit wäre aus seiner Sicht eine Verbesserung der depressiven sowie der Schmerzsymptomatik in den nächsten Monaten nicht zu erwarten. Aktuell würden mit dem Beschwerdeführer die Vor- und Nachteile einer stationären Behandlung abgewogen. Berufliche Eingliederungsmassnahmen seien aus psychiatrischer Sicht momentan und in Anbetracht der aktuellen zunehmenden psychischen Beeinträchtigung sowie der komplexen Situation nicht realistisch und würden zu einer Krisenentwicklung wie auch möglicherweise zu akuten Gesundheitsverschlechterungen führen. Der Beschwerdeführer sei aus rein psychiatrischer Sicht krankheitsbedingt in der aktuellen Verfassung im angestammten Arbeitsbereich zu 100 % arbeitsunfähig. Aufgrund seines Störungsbildes sei seine Adaptationsfähigkeit an neue Situationen deutlich eingeschränkt und zurzeit sei keine Veränderung des psychischen Zustandsbildes absehbar.

6.4.3 Laut Operationsberichten von Dr. med. R. ___ vom 18. Februar 2015 (Beilage 9 zur Beschwerde vom 5. Januar 2015) und 1. April 2015 (Beilage 10 zur Beschwerde vom 5. Januar 2015) wurde beim Beschwerdeführer zunächst eine Arthroskopie durchgeführt, anschliessend eine unikondyläre laterale Schlittenprothese, zementierte Tibia / zementierter Femur links, eingesetzt.

6.4.4 Gemäss Austrittsbericht der Klinik S.____ vom 17. Dezember 2015 (A.S. 82 ff.) befand sich der Beschwerdeführer vom 26. Oktober bis 17. Dezember 2015 in stationärer Behandlung. Hauptdiagnose sei eine schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F32.2). Als Nebendiagnosen seien festzuhalten:

Der Beschwerdeführer leide an einer ausgeprägten Depression in Folge einer massiven Schmerzproblematik und mehrerer Operationen wie der damit verbundenen Arbeitsunfähigkeit. Er sei nervös, innerlich unruhig, kratze sich ständig, berichte über Suizidgedanken, zwei Suizidversuche in der Vorgeschichte, sei aber bündnisfähig. Er leide unter Summen in den Ohren, starkem Schwitzen, Verstopfung, Schwindel, Scham- und Schuldgefühlen, sozialem Rückzug. Mittlerweile bestehe eine chronische Schmerzstörung. Zudem habe sich eine schwere depressive Symptomatik entwickelt mit innerer Unruhe, aggressiven Impulsen, Ängsten, Schuldgefühlen, Verzweiflung und Hoffnungslosigkeit. Wenn die Nervosität komme, sei er wie in einem Tunnel, es gehe gar nichts mehr, er sehe alles nur noch schwarz. Ausgeprägtes Stimmungstief morgens und abends mit zeitweisem Auftreten von Suizidgedanken. Er sei enttäuscht, suche Unterstützung und gehe gleichzeitig auf Rückzug. Er habe keine Perspektive und könne nichts machen. Man habe einen schwer depressiven Menschen erlebt (BDI von 45 Punkten), der immer wieder sich aufdrängende Suizidgedanken gehabt habe. Häufig sei er innerlich gespannt gewesen, gereizt, habe Aggression gegen sich selbst gerichtet in Form von Selbstabwertung bis hin zu Selbsthass und völligem Wertlosigkeitsempfinden. Von permanenten Schmerzen, erheblicher Bewegungseinschränkung und Verlust beruflicher Bestätigungsmöglichkeiten sei er massiv frustriert und belastet, könne dies nur mit beträchtlicher Anstrengung aushalten. Beim Austritt sei die psychiatrische Symptomatik unverändert gewesen, die Beweglichkeit des linken Knies leicht verbessert. In somatischer Hinsicht bestehe eine langjährige Schmerzgeschichte am linken Knie nach mehreren Unfällen und acht Operationen. Gemäss Rücksprache mit dem Gerichtsgutachter Dr. med. T.____ handle es sich aus orthopädischer Sicht um eine somatoforme Schmerzstörung und auch Bewegungsstörung. Die Schwellung des Knies sei im Rahmen der mehrfachen Operationen normal. Der Beschwerdeführer habe bei ihnen von intensiver Physiotherapie profitiert und an der Schmerzgruppe teilgenommen. Das Knie sollte möglichst physiotherapeutisch mobilisiert werden, da sonst eine Versteifung drohe. Der Beschwerdeführer habe sein Schmerzerleben mystifiziert. Bis zum Austritt aus der Klinik sei eine wesentliche Besserung des Zustandes ausgeblieben. Eine ambulante psychiatrisch-psychotherapeutische und physiotherapeutische Weiterbehandlung sei dringend erforderlich.

7. Im vorliegenden Beschwerdeverfahren wurde bei der C.____ ein bidisziplinäres (psychiatrisch und rheumatologisch) Gerichtsgutachten eingeholt, welches am 17. Februar 2016 von Dr. med. T.____, Facharzt für Rheumatologie, und Dr. med. U.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, erstattet wurde (A.S. 90 ff.).

7.1 In somatischer Hinsicht lassen sich dem Gutachten folgende subjektiven Angaben des Beschwerdeführers entnehmen: Er leide eigentlich in den letzten fünf Jahren unverändert, respektive langsam zunehmend, unter einem stechenden Schmerz, generell im linken Bein, aber dann akzentuiert im linken Knie. Der Schmerz sei stechend, dann aber auch in Form eines Druckgefühls, einer Wärme, elektrischer Sensationen. Er könne nicht auf der linken Seite liegen. Nachts sei es eher schlechter. Etwas besser sei es im Liegen, wenn er sich richtig positioniere, oder bei Kälte, wenn er Eis drauf lege. Es seien Dauerschmerzen, spontan werde auf der Schmerzskala eine 6 angegeben. Verstärkt sei es

auch beim Sitzen, dann habe er ein Wärmegefühl, ein Anschwellen. Er könne nur mit zwei Stöcken gehen. Er habe es ohne versucht, doch es gehe nicht. Die Schmerzen würden langsam und stetig zunehmen. Generell sei der Verlauf wechselhaft. Sitzen könne er manchmal zehn Minuten, dann müsse er aufstehen. Die Gehstrecke betrage eine halbe Stunde mit Pause. Dann habe er wegen des Druckgefühls der Stöcke vermehrt Probleme an den Händen. Deutlich weniger ausgeprägt habe er auch Schmerzen im Bereich der Halswirbelsäule / oberen Brustwirbelsäule sowie im Kreuz. Diese seien seit ein bis zwei Jahren wechselhaft verlaufend. Auf der Schmerzskala lägen diese bei 3 - 4. Insgesamt seien die Probleme hier nicht so gross wie am linken Bein / Knie.

Folgende Befunde werden erhoben: Der Beschwerdeführer wirke intelligent, sei sehr gut informiert über die zeitlichen Zusammenhänge, aber sehr nervös und unruhig. Die Untersuchung am linken Knie sei generell sehr schwierig. Sowohl beim Sitzen wie auch beim Stehen erfolge eine Entlastung des linken Knies, es bestehe ein deutliches Extensionsdefizit. Inspektorisch sei das Knie geschwollen, jedoch nicht überwärmt. Provokationstests seien bei generell sofortiger Schmerzangabe nicht möglich. In einem MRI des Kniegelenks links vom 1. Dezember 2014 zeigten sich eine mittelschwere laterale und leichte mediale femorotibiale Arthrose und eine osteophytäre Ausziehung der Eminentia intercondylaris. Der mediale Meniskus sei intakt, es bestehe eine leichte retropatelläre Chondropathie. Die Kreuz- und Seitenbänder seien intakt. Unverändert bestehe ein kleinvolumiger Reizerguss. Auf dem Röntgenbild des linken Knies links vom 27. April 2015 ergäben sich Hinweise für eine mässige Retropatellararthrose. Das Prothesenmaterial lateral sei intakt, rechts sei ein verminderter Gelenkspalt fraglich. Die Sonographie des Kniegelenks vom 5. November 2015 (im Rahmen der Begutachtung) zeige einen leichtgradigen Erguss im Recessus suprapatellaris. Der mediale und laterale Gelenkspalt seien sonographisch unauffällig. Popliteal sei keine Zyste darstellbar und keine synovialen Ausziehungen.

7.2 Die gutachterliche Beurteilung ist in somatischer Hinsicht unbestritten und auch nicht zu beanstanden. Sie erfüllt die beweismässigen Voraussetzungen an ein Gerichtsgutachten und es kann ohne weiteres darauf abgestellt werden. So kommt Dr. med. T.____ auf nachvollziehbare Weise zum Schluss, dass beim Beschwerdeführer eine langjährige Leidensgeschichte das linke Knie betreffend vorliege. Bei mehreren Kniegelenksverletzungen seien diverse Arthroskopien erfolgt, erstmalig ab 1992. Es sei schwierig abzuschätzen, inwieweit die vielleicht eher als Bagatellverletzungen einzustufenden Unfallmechanismen tatsächlich für die arthroskopisch festgestellten Schäden verantwortlich (gewesen) seien. So vermöge eine Knieverletzung mit Varisierung schlecht eine laterale Meniskusläsion zu erklären. Retrospektiv sei es gut möglich, dass bereits damals «Chronifizierungsfaktoren» teils losgelöst von der somatischen Schädigung bestanden hätten und / oder auch die psychiatrisch diskutierte Erwartungshaltung die Prognose verschlechtere. Als Hinweis für einen ungünstigen Krankheitsverlauf und eine Schmerzstörung sprächen auch die bereits 2004 durchgeführten ungewöhnlich lang andauernden Rehabilitationsaufenthalte in J.____, wo chronische Knieschmerzen links bei lateral betonter Gonarthrose links festgestellt worden seien, damals auch in Erwähnung einer gemischt ängstlichen depressiven Reaktion. Zwischen 2004 und 2010 seien dann aber keine wesentlichen Gesundheitseinschränkungen mehr aufgetreten. 2011 sei es zu einem «Rückfall» gekommen, ohne eindeutiges Unfallereignis. Bei erneut aufflammenden Schmerzen am linken Knie sei unter der Diagnose einer Valgusgonarthrose am 5. Mai 2011

eine Osteotomie und nun letztlich am 1. April 2015 die Implantation einer lateralen Teilprothese erfolgt. Auch daraufhin sei keinerlei Besserung der Schmerzen aufgetreten. Der Beschwerdeführer beklage heute Schmerzen im hohen quantitativen Ausmass, letztlich «ausstrahlend» in das gesamte linke Bein mit relativ geringer Beeinflussbarkeit. Er sei praktisch nur an zwei Stöcken mobil und entlaste das linke Bein. Es bestehe ein erhebliches Funktionsdefizit sowohl bei der Streckung als auch bei der Beugung des linken Kniegelenks. Etwas weniger ausgeprägt zeigten sich auch die linke Hüfte und das linke Sprunggelenk funktionell gestört. Übereinstimmend zu den Untersuchungen während der Rehabilitation in der J. ___ vom 2. bis 22. September 2015 finde sich im heutigen Status eine deutliche Bewegungseinschränkung am linken Kniegelenk, begleitend auch eine leichte Einschränkung der Sprunggelenkbeweglichkeit. Die Beweglichkeit des linken Hüftgelenks sei bei deutlichem Schonverhalten schwierig abschätzbar. Die Weichteile um das linke Knie seien geschwollen, in der Ultraschalluntersuchung finde sich aber im Gelenk nur ein geringer Erguss. Eine wesentliche Muskelatrophie finde sich erstaunlicherweise am linken Bein nicht. Die peripher-neurologische Untersuchung bleibe unauffällig. Die aktuellen Röntgenbilder vom 27. April 2015 zeigten ein intaktes Implantat. Bereits während der Rehabilitation und auch nachfolgend hätten zunehmend die psychiatrischen Probleme im Vordergrund gestanden. 2014 sei die Diagnose einer mittelgradig depressiven Episode mit somatischem Syndrom gestellt worden, die J. ___ habe eine schwere depressive Episode erwähnt. Rheumatologisch / rehabilitativ falle es schwer, die beklagten Schmerzen und den Funktionsausfall abschliessend zuzuordnen. Es sei gut nachvollziehbar, dass die mehrfachen Operationen insgesamt zu einer verminderten Belastbarkeit und auch zu einem gewissen Funktionsausfall des linken Knies geführt hätten. Die Einschränkung der Beweglichkeit und die Weichteilschwellung um das Kniegelenk mit einem geringen Erguss im Gelenk bestätigten eine Schädigung am linken Knie. Das Ausmass der Schmerzen und des Funktionsausfalls inklusive der fortgesetzte Stockgebrauch sowie die beschriebenen Einschränkungen im Alltag könnten aber keineswegs durch die organische Schädigung alleine erklärt werden, dies aus folgenden Gründen:

-Es bestehe eine Diskrepanz zwischen dem Krankheitsverlauf und initial eigentlich eher als Bagatellverletzungen zu beurteilenden Körperschädigungen.

-Ein chronisches, teils unspezifisch anmutendes Schmerzsyndrom sei bereits in den Rehabilitationsaufenthalten in J. ___ im Jahr 2004 diskutiert worden. Die länger anhaltenden Rehabilitationsaufenthalte deuteten unter Berücksichtigung der relativ geringen operativen Eingriffe auf eine massive Schmerzchronifizierung hin.

-Sämtliche weiteren somatisch fachärztlichen Behandlungen hätten nicht zu einer Schmerzbesserung geführt.

-In der aktuellen Untersuchung zeigten sich diskrepante Befunde der Beweglichkeit am linken Knie, die Untersuchung sei schmerzbedingt auch eingeschränkt. Erstaunlicherweise finde sich keine eindeutige muskuläre Atrophie am linken Bein, wie dies eigentlich als Folge einer chronischen Entlastung zu erwarten wäre.

-Die Mitbeteiligung des ganzen linken Beins inklusive der Sprung- und Hüftgelenke deute auf eine Problemausweitung weit ab der möglichen Schädigung am linken Knie hin.

Die früheren orthopädisch ausgerichteten fachärztlichen Erklärungen für die chronischem Schmerzen seien auch retrospektiv schwierig zu werten, deuteten auf eine gewisse «Verzweiflung» der Ärzte mit forciertem Behandlungsgang hin, welche den

Beschwerdeführer im Verlauf nachvollziehbar verunsichert hätten. Somit könne dieses Schmerzsyndrom zusammenfassend strukturell nicht abschliessend erklärt werden. Die Mitbeteiligung einer partiellen Kniegelenksarthrose sei möglich. Klinisch, radiologisch und sonografisch bestehe heute keine relevante Fehlstellung. Die Abgrenzung zu altersentsprechenden Befunden sei sehr schwierig. Es sei nicht davon auszugehen, dass eine erneute vertiefte Abklärung in Form von Röntgenbildern, MRI-Aufnahmen oder einer Arthroskopie eine organisch besser abstützbare Diagnose ergebe. Un- oder nur teilweise erklärbare Schmerzen nach Implantation künstlicher Gelenke seien ein nicht seltenes Phänomen. Die an der Wirbelsäule beklagten, weniger ausgeprägten Schmerzen seien bei praktisch unauffälliger klinischer Untersuchung des Rückens muskulär, d.h. wahrscheinlich als Folge der massiven Fehlstatik bei Stockentlastung des linken Beines zu interpretieren.

Als Diagnosen mit wesentlicher Einschränkung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit seien festzuhalten:

Ausgeprägte Gonalgie links, Beinschmerzen links mit Funktionsausfall (Extensions- und Flexionsdefizit) nach folgenden, chronologisch aufgezählten Eingriffen / Diagnosen (ICD-10 M79.65 und M79.66)

12. Oktober 1990 20 kg schweres Gewicht auf linkes Bein in Varusstellung

E. 8

8.1 Die im angefochtenen Entscheid vorgenommene Invaliditätsbemessung ist unbestritten geblieben und nicht zu beanstanden. So ist die Vorinstanz für die Festsetzung des Valideneinkommens vom zuletzt erzielten Verdienst des Beschwerdeführers bei der V. ___ ausgegangen bzw. hat sie das Einkommen herangezogen, welches der Beschwerdeführer zum Verfügungszeitpunkt gemäss Auskunft der ehemaligen Arbeitgeberin dort verdient hätte (IV-Nr. 115 S. 5). Das Valideneinkommen beträgt demgemäss CHF 70'850.00.

E. 8.2

8.2.1 Da der Beschwerdeführer keine zumutbare Verweistätigkeit aufgenommen hat, hat die Beschwerdegegnerin für die Bestimmung des Invalideneinkommens zu Recht einen Tabellenlohn der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) herangezogen, die Wochenstunden aufgerechnet und dieses Einkommen an die Teuerung angepasst. Sie hat sich dabei auf die LSE 2010 gestützt. Als die angefochtene Verfügung vom 14. November 2014 erlassen wurde, lagen allerdings die Werte der LSE 2012 bereits vor und waren veröffentlicht (vgl. IV-Rundschreiben Nr. 328 vom 22. Oktober 2014). Sie sind daher für die Invaliditätsbemessung zu berücksichtigen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_699/2015 vom 6. Juli 2015 E. 5.2 mit Hinweisen). Dem von der Beschwerdegegnerin gewählten, korrekten Tabellenlohn (TA1 2010 Total, Männer, Anforderungsniveau 4) entspricht im Rahmen der LSE 2012 der Wert gemäss TA1, S. 35, Total, Männer, Kompetenzniveau 1, der sich auf CHF 5'210.00 pro Monat oder CHF 62'520.00 pro Jahr beläuft. Wird dieser auf 40 Wochenstunden beruhende Standardwert an die durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit von 41,7 Stunden angepasst, resultiert für das Jahr 2012 eine Lohnsumme von CHF 65'177.00. Bezogen auf das Jahr 2014 ergibt sich, unter Berücksichtigung der Lohnentwicklung (Bundesamt für Statistik, Lohnentwicklung Basis 2010, Tabelle 1.1.10, Total) von 2012 (Index: 101,7) bis 2014 (Index: 103,2), ein Betrag von CHF 66'138.00. Da dem Beschwerdeführer ab August 2012 eine Arbeitsfähigkeit von 70 % und ab März 2014 eine solche von 50 % zumutbar ist, beträgt das Invalideneinkommen (ohne

Berücksichtigung eines Tabellenlohnabzugs) CHF 45'624.00 (ab August 2012) bzw. CHF 33'069.00 (ab März 2014).

8.2.2 Ebenfalls unbestritten ist in Zusammenhang mit dem Invalideneinkommen die Gewährung eines leidensbedingten Abzugs von 10 %.

Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert (Tabellenlohn) allenfalls zu kürzen (sog. leidensbedingter Abzug). Damit soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass persönliche und berufliche Merkmale wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können und je nach Ausprägung die versicherte Person deswegen die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten kann. Der Abzug ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäsem Ermessen gesamthaft zu schätzen. Er darf 25 % nicht übersteigen und soll nicht automatisch, sondern nur dann erfolgen, wenn im Einzelfall Anhaltspunkte dafür bestehen, dass die versicherte Person wegen eines oder mehrerer dieser Merkmale ihre gesundheitlich bedingte (Rest-)Arbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem Einkommen verwerten kann. Unter dem Titel Beschäftigungsgrad im Besonderen wird bei Männern, welche gesundheitlich bedingt lediglich noch teilzeitlich erwerbstätig sein können, ein Abzug anerkannt. Damit soll dem Umstand Rechnung getragen werden, dass bei Männern statistisch gesehen Teilzeitarbeit vergleichsweise weniger gut entlohnt wird als eine Vollzeittätigkeit. Gerade in einfachen und repetitiven Tätigkeiten sind Männer mit Teilzeitpensen im Gegensatz zu Frauen schlechter entlohnt als im Durchschnitt aller Beschäftigungsgrade inklusive Vollzeit, nämlich um rund 9 % bei Teilzeit zwischen 50 und 74 %. Bei Männern, welche gesundheitlich bedingt lediglich noch teilzeitlich erwerbstätig sein können, hat die Rechtsprechung einen Abzug von 10 % anerkannt (vgl. Hans-Jakob Mosimann, in: Steiger-Sackmann / Mosimann, Handbücher für die Anwaltspraxis, Recht der Sozialen Sicherheit, Zürich 2014, Rz. 22.67, mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 9C_382/2012 vom 25. Juni 2012 E. 3.2.2, mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 8C_604/2011 vom 23. Januar 2012 E. 4.2.2; Urteil des Bundesgerichts 9C_708/2009 vom 19. November 2009 E. 2.1.1, mit Hinweisen).

Die Höhe des leidensbedingten Abzugs ist eine typische Ermessensfrage. Bei deren Überprüfung im Rahmen der Angemessenheitskontrolle geht es darum, ob der zu überprüfende Entscheid, den die Behörde nach dem ihr zustehenden Ermessen im Einklang mit den allgemeinen Rechtsprinzipien in einem konkreten Fall getroffen hat, nicht zweckmässigerweise anders hätte ausfallen sollen. Allerdings darf das Sozialversicherungsgericht sein Ermessen nicht ohne triftigen Grund an die Stelle desjenigen der Verwaltung setzen; es muss sich somit auf Gegebenheiten abstützen können, welche seine abweichende Ermessensausübung als naheliegender erscheinen lassen (BGE 137 V 71 E. 5.2 S. 73 ff., 126 V 75 E. 6 S. 81).

8.2.3 Der Beschwerdeführer ist nur noch zu 70 % (ab August 2012 bis März 2014) bzw. 50 % (ab März 2014) arbeitsfähig und vermag eine leichte körperliche Tätigkeit, eher sitzend, vereinzelt auch stehend oder gehend, zu verrichten. Vor diesem Hintergrund erweist sich ein leidensbedingter Abzug von 10 % als angemessen. Es besteht kein Grund in das Ermessen der Vorinstanz einzugreifen. Unter Berücksichtigung des leidensbedingten Abzugs von 10 % ergibt sich schliesslich ein Invalideneinkommen von CHF 41'062.00

12. Aufgrund von Art. 69 Abs. 1bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 - 1'000.00 festgelegt. Nach dem Ausgang des vorliegenden Verfahrens hat die IV-Stelle die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen.

Darüber hinaus hat die Beschwerdegegnerin auch die Kosten des Gerichtsgutachtens anteilmässig zu bezahlen. Dieses musste eingeholt werden, da aufgrund der Akten Anhaltspunkte für eine beim Beschwerdeführer vorliegende psychische Problematik bestanden. Schon im Verfahren betreffend Unfallversicherung war die psychische Problematik im Rahmen der Beschwerde an das Versicherungsgericht gegen den Einspracheentscheid der Suva vom 17. August 2004 Thema. Am Intake-Gespräch vom 20. Januar 2012 erwähnte der Beschwerdeführer, von der Hausärztin Antidepressiva verschrieben bekommen zu haben, und auch in seinem Schreiben an die Beschwerdegegnerin vom 5. Juni 2013 (IV-Nr. 106) erklärte er, starke Medikamente gegen seine Depressionen zu nehmen. Die Beschwerdegegnerin hat den psychischen Zustand des Beschwerdeführers nicht abgeklärt, obwohl Hinweise für eine derartige Problematik bestanden. Das Gerichtsgutachten musste aufgrund dieser in Folge einer Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes bestehenden Abklärungslücke eingeholt werden. Die Beschwerdegegnerin hat daher an die Kosten der bidisziplinären Abklärung eine Pauschale von CHF 8'972.00 (Ziff. 290.1 des Anhangs 2 der Vereinbarung des BSV mit den Gutachterstellen) zu bezahlen. Hinzu kommen die medizinischen Nebenleistungen von CHF 137.50 (Labor), total somit CHF 9'109.50. Die Differenz von CHF 653.00 zum in Rechnung gestellten Gesamtbetrag von CHF 9'762.50 ist durch den Staat Solothurn zu tragen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_217/2014 vom 2. Dezember 2014 E. 4.1 f.).

Demnach widerkannt:

1. In Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung der IV-Stelle des Kantons Solothurn vom 14. November 2014 aufgehoben. Der Beschwerdeführer hat mit Wirkung ab 1. August 2012 Anspruch auf eine Viertelsrente und mit Wirkung ab 1. Juni 2014 Anspruch auf eine halbe Rente. Im Weiteren hat er Anspruch auf berufliche Eingliederungsmassnahmen.

2. Die IV-Stelle des Kantons Solothurn hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von CHF 4'780.90 (inkl. Auslagen und MwSt) zu bezahlen.

3. Die IV-Stelle des Kantons Solothurn hat die Verfahrenskosten von CHF 600.00 und einen Anteil an die Kosten des Gerichtsgutachtens von CHF 9'109.50 zu bezahlen. Der Differenzbetrag von CHF 653.00 ist durch den Staat Solothurn zu tragen.

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

Die Gerichtsschreiberin

Flückiger

Fischer

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