

# SO\_GERICHTE VSBES.2015.329 vom 10. März 2017

SO Obergericht, 2017-03-10, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so\\_gerichte\\_VSBES.2015.329\\_d20170310](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2015.329_d20170310)

FR: SO\_GERICHTE VSBES.2015.329 du 10 mars 2017

IT: SO\_GERICHTE VSBES.2015.329 del 10 marzo 2017

## Regeste

Invalidenrente

## Erwägungen

### E. 1

1.1 Der 1982 geborene A.\_\_\_\_ arbeitete zuletzt seit dem 1. Oktober 2003 als Kellner in der damaligen C.\_\_\_\_, [...], wobei er seine Arbeitstätigkeit aus gesundheitlichen Gründen am 1. März 2004 einstellte (IV-St. Beleg Nr. [IV-Nr.] 27). Am 20. Dezember 2004 meldete er sich wegen eines psychischen Leidens bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an. Sein behandelnder Psychiater, Dr. med. D.\_\_\_\_, Spezialarzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, diagnostizierte in seinem Bericht vom 22. Februar 2005 eine paranoide Schizophrenie (ICD-10: F20) und attestierte eine vollständige Arbeitsunfähigkeit als «Hilfsarbeiter Restaurant» (IV-Nr. 13). Auch nach den Angaben seines Hausarztes, Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Kinder- und Jugendmedizin, vom 5. April 2005 bestand eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit als Serviceangestellter seit 8. April 2004. Der Patient sei nicht in der Lage, eine verwertbare Arbeitsleistung zu erbringen; eine Verbesserung des Gesundheitszustands wurde jedoch als möglich erachtet (IV-Nr. 14 S. 3 ff.). Die IV-Stelle des Kantons Solothurn sprach dem Versicherten in der Folge mit Verfügung vom 18. Januar 2006 aufgrund eines Invaliditätsgrades von 100 % eine ganze Invalidenrente mit Wirkung ab 1. April 2005 zu (IV-Nr. 41). Mit Verfügung vom 1. Dezember 2006 setzte die IV-Stelle den Rentenbetrag aufgrund eines höheren durchschnittlichen Jahreseinkommens neu fest und ersetzte die vorerwähnte Verfügung vom 18. Januar 2006 (IV-Nr. 60).

1.2 Im Rahmen des im November 2009 von Amtes wegen eingeleiteten Revisionsverfahrens holte die IV-Stelle Verlaufsberichte beim Hausarzt sowie beim behandelnden Psychiater ein und veranlasste eine psychiatrische Begutachtung bei Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, welche am 10. Mai und 7. September 2010 durchgeführt wurde. Der psychiatrische Gutachter konnte keine eindeutige Diagnose stellen und die Frage, ob sich der Gesundheitszustand des Versicherten verändert habe, nicht beantworten (Gutachten vom 15. September 2010; IV-Nr. 71.1). Daraufhin wurde das Revisionsverfahren mit Mitteilung vom 15. Dezember 2010 abgeschlossen und die bisherige ganze Invalidenrente weiterhin ausgerichtet (Invaliditätsgrad von 100 %; IV-Nr. 72).

1.3 Im August 2012 leitete die IV-Stelle von Amtes wegen ein weiteres Revisionsverfahren ein. In der Folge veranlasste sie eine psychiatrische Begutachtung bei Dr. med. G.\_\_\_\_, Spezialarzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, welche am 17. Dezember 2014 durchgeführt wurde. Nach Einholung einer Stellungnahme des Versicherten sowie seines behandelnden Psychiaters, Rücksprache mit dem Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD; Dr. med. H.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH) und Durchführung des Vorbescheidverfahrens hob die IV-Stelle die

dem Versicherten bisher gewährte ganze Invalidenrente mit Verfügung vom 16. November 2015 auf Ende Dezember 2015 auf und lehnte den Anspruch auf berufliche Eingliederungsmassnahmen ab. Zur Begründung wurde im Wesentlichen angegeben, gemäss den medizinischen Abklärungen habe sich der psychische Gesundheitszustand des Versicherten wesentlich verbessert. Die angestammte Tätigkeit als Kellner sei ihm im Rahmen eines Pensums von 60 % zuzumuten und in einer angepassten Verweistätigkeit ohne Kundenkontakt bestehe eine 100%ige Arbeits- und Leistungsfähigkeit. Die festgestellte Arbeitsfähigkeit sei auf dem Weg der Selbsteingliederung sofort verwertbar (IV-Nr. 111).

## **E. 2**

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

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

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

3.2 Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen (BGE 134 V 131 E. 3 S. 132 mit Hinweisen). Die Invalidenrente ist deshalb nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes revidierbar, sondern auch dann, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben. Ein Revisionsgrund ist ferner unter Umständen auch dann gegeben, wenn eine andere Art der Bemessung der Invalidität zur Anwendung gelangt oder eine Wandlung des Aufgabenbereichs eingetreten ist (BGE 130 V 343 E. 3.5 S. 349 f. mit Hinweisen). Unerheblich unter revisionsrechtlichem Gesichtswinkel ist dagegen nach ständiger Rechtsprechung die unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Sachverhaltes (BGE 112 V 371 E. 2b S. 372; vgl. auch BGE 135 V 201 E. 5.2 S. 205).

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

Im vorliegenden Fall sprach die IV-Stelle dem Beschwerdeführer mit rechtskräftiger Verfügung vom 1. Dezember 2006 aufgrund eines Invaliditätsgrades von 100 % eine ganze Invalidenrente rückwirkend ab 1. April 2005 zu (IV-Nr. 60). Dabei stützte sie sich im

Wesentlichen auf die medizinischen Berichte von Dr. med. I.\_\_\_\_, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, vom 10. August und 30. September 2004 (IV-Nr. 13 S. 10 ff. und 24.2 S. 3 f.), des behandelnden Psychiaters Dr. med. D.\_\_\_\_ vom 15. November 2004, 22. Februar und 20. Juni 2005 (IV-Nr. 13 S. 1 ff. und 8 f. sowie IV-Nr. 22 S. 1), des Kantonsspitals Basel, Psychiatrische Universitätspoliklinik, vom 25. Januar 2005 (IV-Nr. 13 S. 6 f.), des Hausarztes Dr. med. E.\_\_\_\_ vom 5. April 2005 (IV-Nr. 14 S. 3 ff.) sowie der Psychiatrischen Dienste des Kantons Solothurn, Ambulatorium Olten, vom 18. März 2005 (IV-Nr. 22 S. 2 ff.). Das von der Beschwerdegegnerin im November 2009 von Amtes wegen veranlasste Revisionsverfahren, in welchem eine psychiatrische Begutachtung bei Dr. med. F.\_\_\_\_ veranlasst wurde, der Gutachter jedoch keine zuverlässige Beurteilung hinsichtlich der Diagnose und einer allfälligen Veränderung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers abgeben konnte, ergab keine rentenwirksame Änderung des Invaliditätsgrades (weiterhin 100 %; Mitteilung vom 15. Dezember 2010, IV-Nr. 72). Der aktuelle Sachverhalt ist nach dem Gesagten mit demjenigen zu vergleichen, wie er der vorerwähnten, ursprünglich leistungszusprechenden Verfügung vom 1. Dezember 2006 zu Grunde lag (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C\_80/2014 vom 11. Juli 2014 E. 3.2, 8C\_441/2012 vom 25. Juli 2013 E. 3 bis 7 mit Hinweisen und 8C\_493/2011 vom 23. November 2011 E. 4.1).

5. Im Folgenden ist der medizinische Sachverhalt darzulegen, wie er der Verfügung vom 1. Dezember 2006 (IV-Nr. 60) zu Grunde lag.

5.1 Dr. med. I.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, hielt in seinem Bericht vom 10. August 2004 im Wesentlichen fest, der Versicherte leide nach ICD-10 an einem emotional instabilen Zustand vom impulsiven Typus (F60.30), weshalb er sich selber und andere Personen gefährden könnte. Somatoforme autonome Störungen des oberen Gastrointestinaltrakts (Magenkrämpfe, 45.31) und des respiratorischen Systems (Hyperventilationen, F45.33), dazu Asthma bronchiale (J45), Kopfschmerzen (F45.4), Sinusitis, Polypen und eine Schlafstörung mit Angstträumen (F51.5) begleiteten das Zustandsbild, das sich wahrscheinlich vor dem Hintergrund negativer Kindheitserlebnisse (frühkindliche Trennung von den Eltern und emotionale Deprivation, Z61.8) habe entwickeln können. Es bestehe auch ein starker Substanzgebrauch (F17.25). Der Patient sei in seiner Funktion als Geschäftsführer seit April 2004 zu 100 % arbeitsunfähig. Auch auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt bestehe keine Arbeitsfähigkeit. Die Notwendigkeit einer Behandlung sei gegeben (IV-Nr. 13 S. 12 f.).

5.2 Dem Abschlussbericht des Kantonsspitals Basel vom 25. Januar 2005 können folgende Diagnosen entnommen werden: «Paranoide Schizophrenie (F20.0), Schädlicher Nicotiningebrauch (F17.2)». Im Rahmen der Beurteilung wurde ausgeführt, der Patient habe ausgeprägte psychotische Symptome wie Beziehungsideen, Gedankenblockierungen, Konzentrationsstörungen, Beeinflussungsideen sowie akustische und visuelle Halluzinationen. Es bestünden ein sozialer Rückzug sowie ein Knick in der Lebenslinie. Als Therapie wurde empfohlen, es werde eine Absetzung des Antidepressivums sowie eine Erhöhung bzw. Umstellung der neuroleptischen Medikation empfohlen, da der Patient manifest psychotisch sei. Bei akustischen Halluzinationen in Form von imperativen Stimmen könne man bei ihm selbst- und fremdgefährdendes Verhalten nicht ausschliessen. Es werde die Aufnahme einer stationären Behandlung empfohlen (IV-Nr. 13 S. 6 f.).

5.3 Der behandelnde Psychiater Dr. med. D.\_\_\_\_ diagnostizierte in seinem Bericht zu Händen der IV-Stelle vom 22. Februar 2005 eine paranoide Schizophrenie (ICD-10: F20;

vorher emotional-instabile Persönlichkeitszüge) und attestierte eine vollständige Arbeitsunfähigkeit des Patienten in seiner zuletzt ausgeübten Tätigkeit seit April 2004. Der Gesundheitszustand verschlechtere sich. Der Patient leide an einer Psychose (Realitätsunsicherheit). Die bisherige Tätigkeit sei nicht mehr zumutbar. Im Restaurant bestehe eine Gefahr für die Gäste, da bei Stress das Risiko eines uneinfindbaren Verhaltens und bei Provokation ein Gewaltrisiko vorhanden seien. Auch eine Verweistätigkeit sei wegen der massiven Stressintoleranz nicht zuzumuten. Aktuell sei wohl nur eine Tätigkeit in einer IV-Werkstatt möglich (IV-Nr. 13 S. 1 ff.).

5.4 Dem Bericht der Psychiatrischen Dienste des Kantons Solothurn, Ambulatorium Olten, über das Erstgespräch vom 18. März 2005 kann die Diagnose einer «paranoiden schizophrenen Psychose (F20.0)» entnommen werden. Der Patient sei von seinem behandelnden Psychiater Dr. med. D.\_\_\_\_ unter der Diagnose einer paranoiden Schizophrenie zur sozialpsychiatrischen Beratung zugewiesen worden. Im Rahmen der Beurteilung wurde aufgeführt, nach einer Vorphase mit Verhaltensauffälligkeiten, u.a. mit erhöhter Gewaltbereitschaft, sei im Jahr 2004 erstmals die Diagnose einer paranoiden Schizophrenie gestellt worden. Psychopathologisch dominierten aktuell noch psychomotorische Unruhe und Anspannungszustände, kognitive Defizite, formale und inhaltliche Denkstörungen sowie optische und akustische Halluzinationen mit leichter Rückläufigkeit und Krankheitsdistanzierung unter Aufdosierung von Seroquel. Nach 100%iger Krankschreibung vor einem Jahr und sozialem Rückzug fehle eine geeignete Tagesstruktur. Inwieweit ein tragfähiges Umfeld bestehe, sei nach dem Erstgespräch noch unklar, die Beziehungsgestaltung zur Ehefrau sei noch nicht ganz deutlich, offensichtlich aber auch von Distanz geprägt (IV-Nr. 22 S. 2 ff.).

5.5 Hausarzt Dr. med. E.\_\_\_\_ diagnostizierte in seinem Bericht zu Handen der IV-Stelle vom 5. April 2005 eine paranoide Schizophrenie und gab eine vollständige Arbeitsunfähigkeit als Serviceangestellter im Restaurant seit dem 8. April 2004 an. Der Gesundheitszustand sei besserungsfähig. Im Weiteren führte er aus, der Patient könne nicht zielgerichtet arbeiten. Er halte nicht den geringsten Druck aus. Die bisherige Tätigkeit sei nicht mehr zumutbar. Im Kontakt mit Publikum (wie in einem Restaurant) lasse er sich allzu leicht auf Diskussionen ein und in Streitigkeiten verwickeln. Insbesondere wäre auch kein Arbeitgeber bereit, ihn zu beschäftigen. Auch andere Tätigkeiten seien ihm nicht zuzumuten. Er sei nicht in der Lage, eine verwertbare Arbeitsleistung zu erbringen. Würde man das mit Druck zu erreichen versuchen, würde er mit sehr aggressiven Verhaltensweisen reagieren (IV-14 S. 3 ff.).

5.6 Dr. med. D.\_\_\_\_ äusserte sich in seinem Bericht zu Handen der IV-Stelle vom 20. Juni 2005 im Wesentlichen dahingehend, es bestehe eine Verwahrlosungstendenz und ein paranoid begründeter sozialer Rückzug. Der Patient leide auch in der Wohnung unter Ängsten. Der Zustand des Patienten könne mit Psychoedukation und Neuroleptika verbessert werden, die Grundkrankheit könne jedoch nicht beseitigt werden. Eine Restsymptomatik werde übrig bleiben. Der baldige Zutritt zu einer Beschäftigungsstätte gäbe dem Patienten wieder vermehrt Halt und eine Tagesstruktur (IV-Nr. 22 S. 1).

6. Der aktuelle medizinische Sachverhalt präsentiert sich demgegenüber wie folgt:

6.1 Aus dem Gutachten von Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 15. September 2010 (Untersuchungen vom 10. Mai und 7. September 2010) gehen folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit hervor:

«Diagnostisch unklare Störung, DD in der Reihenfolge der Wahrscheinlichkeit: a) neurotisch-hysterisch bei erheblicher affektiv-emotionaler Unreife und Störungen des Sozialverhaltens; b) dissoziativ (Trance- und Besessenheitszustände F44.3 mit Pseudo-Halluzinationen); c) tiefere strukturelle Persönlichkeitsstörung F61.0 (narzisstisch, schizoid, paranoid, emotional instabil, abhängig, ängstlich vermeidend); d) bei Diagnose 4.2.a); e) paranoide Schizophrenie F20.0 (eher unwahrscheinlich)». Der Gutachter hielt fest, laut den Akten seien die Auffälligkeiten und eine jugendpsychologische Betreuung schon in der Kindheit vorhanden gewesen. Unter Ziff. 4.2. wurden die Diagnosen (ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit) «Verdacht auf rententendenzielle Aggravation bei pathologisch mitagierendem Familienmilieu; DD Simulation Z76.5 (lit. a) sowie «chronischer Nikotinabusus F17.25» (lit. b) angegeben.

Unter «Beurteilung und Prognose» wies der psychiatrische Gutachter im Wesentlichen darauf hin, die zweite Einbestellung habe leider auch nicht zu einer eindeutigen Diagnose geführt, aber doch mehrere richtungsweisende Anhaltspunkte gegeben: In der zweiten Sitzung sei das Verhalten des Exploranden generell deutlich weniger seltsam als in der ersten gewesen. Er sei ruhiger gewesen, sei nicht vom Stuhl aufgestanden, habe sich nicht vor ihm hingekniet und habe keine Raucherlaubnis verlangt. Affektiv und emotional sei er weniger labil gewesen. Die Zustände abrupter Gedankenabbrüche mit erstarrendem Gesicht und sich verdunkelndem, unbestimmt in die Ferne gerichtetem Blick und an imaginäre Personen gerichteten Worten habe man nicht mehr beobachten können. Er habe nicht mehr über das Hören von Geräuschen berichtet, als ob jemand gerade hinter ihm wäre, und auch nicht über ein Angefasst- oder Geküsstwerden im Bett; ebenso wenig über illusionäre/halluzinative optische Wahrnehmungen.

Während man in der ersten Sitzung den Eindruck habe erhalten können, der Explorand verhalte sich so, wie sich ein Laie einen Verrückten vorstelle, sei dies in der zweiten Sitzung (abgesehen von der «Segnung» des Sprechzimmers) überhaupt nicht mehr der Fall gewesen. Das Kontaktverhalten sei weitgehend gesellschaftsadäquat gewesen, der Explorand habe keine befremdlichen, bizarren Verhaltensweisen gezeigt, sondern habe im Kontakt freundlich zugewandt und gut spürbar gewirkt. Die geschilderten Lebensprobleme seien einfach, aber einfühl- und nachvollziehbar dargestellt worden und hätten eher einen neurotisch (hysterisch) fehlentwickelten, sicher emotional vermindert belastbaren, eventuell persönlichkeitsgestörten Menschen in einer schwierigen psychosozial-familiären Situation gezeigt, der Mühe mit vielen Aspekten der praktischen Bewältigung seines Lebens habe und möglicherweise zur appellativen Verdeutlichung dieser effektiv vorliegenden relativen Lebensuntauglichkeit pseudopsychotische (bzw. dissoziative) Phänomene produziere (eventuell auch simuliere). Mit seinen berichteten (auto-)aggressiven und material-destruktiven Handlungen zuhause (Telefon an die Tür schmeissen, Teller zerschlagen) gelinge es ihm offensichtlich auch, seine Eltern so zu manipulieren, dass sie sich ihm gegenüber mit der gewünschten Rücksicht verhielten. Die Schwierigkeiten der diagnostischen Einordnung widerspiegeln auch die Akten (Arztberichte der Dres. med. I.\_\_\_\_, D.\_\_\_\_ und E.\_\_\_\_). Das Vorliegen einer paranoiden Schizophrenie sei eher unwahrscheinlich; dazu sei der herstellbare affektive Kontakt und die Einfühlbarkeit zu gut (überhaupt kein «Glaswandphänomen»); es bestehe auch keine Depersonalisation oder Ich-Störung. Eine Depression bestehe zurzeit auch nicht.

In der Untersuchung konnte Dr. med. F.\_\_\_\_ durch die Plasmaspiegelkontrolle der verordneten Medikamente feststellen, dass keine Compliance besteht, obwohl der

Explorand die Medikamentenwirkungen recht differenziert schildere. Der Spiegel für Efxor liege weit unter dem minimalen therapeutisch wirksamen Wert, derjenige von Seroquel gar unter der Nachweisgrenze, sodass dieses Mittel, das ja eigentlich die sogenannte schizophrenen Symptome behandeln sollte, höchstwahrscheinlich überhaupt nicht eingenommen werde. Bei dieser schwer klassifizierbaren und zudem wegen nicht compliant befolgter Medikation therapeutisch nicht ausgeschöpft behandelten Störung handle es sich am wahrscheinlichsten um eine neurotische Fehlhaltung und eine eventuelle Persönlichkeitsstörung mit insuffizientem psychischem Instrumentarium zur Lebensbewältigung in wahrscheinlich pathologischem Familienmilieu, aus welchem der Explorand sich nicht lösen könne. Von einem wirklichen psychotischen Zustand könne aber aufgrund der Untersuchung eher nicht ausgegangen werden. Mangels ausgeschöpfter Behandlungsmöglichkeiten seien der Umfang der Funktionsstörungen und die Einschränkung der Erwerbsmöglichkeiten nicht bestimmbar.

Der Gutachter äusserte sich schliesslich dahingehend, Aggravation (unklarer Bewusstseinsnähe) liege hier sehr wahrscheinlich vor und die therapeutischen Optionen seien nicht ausgeschöpft. Die geltend gemachte Symptomatik wäre z.B. mit dem Führen von Motorfahrzeugen sicher nicht vereinbar; laut Situationsbericht für Selbstständigerwerbende fahre er aber je nach Verfassung Auto und nach den Angaben des Hausarztes fahre er sogar ziemlich viel Auto. Im Hinblick auf eine objektive Einschätzung eines allfälligen IV-Grades und der bestehenden Eingliederungsmöglichkeiten seien demnach sowohl weitere Objektivierungen als auch entscheidende Optimierungen der Therapie und deren Befolgungsverifikation angezeigt. Bis zu deren Vorliegen mache die Beantwortung der gestellten Fragen keinen Sinn. Die Vorakten seien hinsichtlich der Beurteilung heterogen bis widersprüchlich, es gelinge keine eindeutige diagnostische Stellungnahme (IV-Nr. 71.1).

6.2 Dr. med. D.\_\_\_\_ diagnostizierte in seinem Bericht vom 7. November 2012 eine «paranoide Schizophrenie, kontinuierlich andauernd (ICD-10: F20.00)» (Diagnose seit 2005) sowie aktuell eine «Anpassungsstörung: Trauer nach Tod der Grossmutter (ICD-10: F43.2; seit Oktober 2012)» und gab eine vollständige Arbeitsunfähigkeit mindestens seit dem Jahr 2004 bis auf weiteres an. Der Gesundheitszustand sei stationär (IV-Nr. 75).

6.3 Dr. med. E.\_\_\_\_ stellte in seinem Bericht vom 17. November 2012 demgegenüber fest, es bestehe «keine sichere psychiatrische Krankheit». Im Weiteren hielt er unter dem Titel «Therapeutische Massnahmen/Prognose» fest, er könne beim Patienten zumindest seit dem Jahr 2006 keine Krankheit erkennen. In den Jahren ab 2005 sei er von den schwerwiegenden Diagnosen beeindruckt gewesen, welche verschiedene Psychiater bei ihm gestellt hätten. Da die Aussagen von Spezialärzten in der Sozialversicherung viel höher als jene der Hausärzte gewichtet würden, habe er sich deren Meinung angeschlossen. Der langjährige Verlauf (8 Jahre) ohne besondere Vorkommnisse und ohne Medikamenteneinnahme habe jedoch die Diagnose einer Schizophrenie entkräftet. Allenfalls könnte eine Störung vom Borderline-Typ vorliegen. Offenbar benötige der Patient keine Therapie. Er scheine bei seinem Psychiater nicht oder nur sporadisch in Behandlung zu sein. Eine solche ■ oder so etwas wie eine Begleitung ■ könnte nötig sein, wenn sich der Patient wieder in den Arbeitsprozess eingliedern müsste. Der Gesundheitszustand sei stationär. Der Patient werde aber nie gerne arbeiten wollen. Inwiefern eine Arbeitsunfähigkeit vorliege, müsse offen bleiben, da er den Patienten nur wenig gesehen und mit ihm dieses Thema nicht besprochen habe. Es müsse auch offen

bleiben, ob aus den Vorkommnissen, in welche der Patient verwickelt gewesen sei, eine Krankheit abgeleitet werden könne. Der Gesundheitszustand des Patienten habe sich eindeutig stabilisiert und sogar gebessert. Dies sei mindestens seit dem Jahr 2009 der Fall.

Auf dem Beiblatt führte der Hausarzt noch aus, der Patient sei überzeugt, für keine Arbeit geeignet zu sein. Ein Misserfolg bzw. Streit und verbale Auseinandersetzungen am Arbeitsplatz seien für ihn «vorprogrammiert». Seine Arbeitsleistung sei somit quasi null. Die bisherige Tätigkeit sei in einem zeitlichen Rahmen von anfangs ca. 2 Std. pro Tag zuzumuten. Dabei bestehe eine um 50 % verminderte Leistungsfähigkeit. Eine Verweistätigkeit sei ebenfalls zuzumuten, wobei viel Geduld, eine lange Einarbeitungszeit und eine Begleitung durch einen «Coach» erforderlich seien. Eine solche Tätigkeit sei im Ausmass von 2 Std. pro Tag zuzumuten, wobei eine um 50 % verminderte Leistungsfähigkeit bestehe. Ohne Druck werde der Patient nie arbeiten. Ein Mann, der gesund erscheine und offensichtlich viel Auto fahre, könne auch arbeiten (IV-Nr. 76).

6.4 In seinem Bericht vom 28. Februar 2014 äusserte sich Dr. med. E. \_\_\_ dahingehend, der Gesundheitszustand des Patienten sei stabil geblieben. Der Patient sei ein sehr höflicher und freundlicher Mann. Er habe Angst vor schlimmen Krankheiten. Er sei ihm sehr dankbar, dass er solche bei ihm mit Blutuntersuchungen alle paar Monate ausschliesse. Er könne sich über geringe gesundheitliche Probleme (z.B. eine Aphte im Mund) grosse Sorgen machen. Er dürfte ■ gemäss seiner Beschreibung ■ gelegentlich Panikattacken erleiden. Im Übrigen seien seine früheren Aussagen unverändert zutreffend.

Auf dem Beiblatt zum Arztbericht führte der Hausarzt noch aus, zu seinem Bericht vom 17. November 2012 ergäben sich keine wesentlichen Änderungen oder Ergänzungen. Der Patient empfinde jegliche Arbeit für sich bekanntlich als äusserst frustrierend. Er weise darauf hin, dass er bei der Arbeit mehrfach mit Gewalt reagiert habe (z.B. gegenüber Gästen im Restaurant seines Vaters). Er befürchte, wahrscheinlich zu Recht, auch in Zukunft bei unangenehmen, belastenden oder stressigen Situationen «auszurasten». Möglicherweise sei der Patient bei seiner Arbeit durch eine unzweckmässige Arbeitsbewältigung aufgefallen und vielleicht ausgelacht worden. Der Patient halte es jedenfalls für das Beste, sich jeglicher auferlegter Erwerbsarbeit fernzuhalten. Man müsste ihm zumuten, seine Gefühle wie Unlust auf Arbeit, Wut und Aggressivität zu überwinden, es sei denn, ein Psychiater könne darlegen, dass dieses Beschwerdebild einer schweren psychiatrischen Krankheit entspreche (IV-Nr. 79 S. 1 ff.).

6.5 Dr. med. D. \_\_\_ gab in seinem Bericht vom 30. April 2014 weiterhin eine vollständige Arbeitsunfähigkeit seit dem Jahr 2004 an. Der behandelnde Psychiater führte aus, der Patient habe schon lange keine Tätigkeit mehr ausgeübt. Er leide unter einer problematischen schlechten Konzentration, rascher Nervosität und einem Verfolgungsgefühl. Dies sei sozial schlecht erträglich. Der Patient weiche Sozialkontakten aus. Die bisherige Tätigkeit sei nicht mehr zumutbar. Das Arbeitsniveau sei wohl auf der Ebene einer Behindertenwerkstatt, wobei es aufgrund des Verhaltens und des sozialen Rückzugs auch dann problematisch sei. Der Patient habe kein Zeit-, sondern eher ein Stressproblem mit dem Risiko einer Dekompensation und ■ bei ungeschicktem Umgang ■ von Gewalt. Kognitiv sei er behindert. Er leide unter einer chronischen psychiatrischen Krankheit und sei sozial schwer zu ertragen, trotz des freundlichen Ersteindrucks (IV-Nr. 81).

6.6 Dr. med. D.\_\_\_\_ beantwortete die im von der IV-Stelle gestellten Fragen in seinem Bericht vom 30. September 2014 dahingehend, der Patient leide weiterhin unter einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis. Neu sei eine Symptomatik entsprechend einer Borderline-Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F60.31) hinzugekommen. Aus seiner Sicht nehme der Patient die verordneten Medikamente ein. Laborkontrollen seien nicht notwendig. Am klinischen Bild lasse sich die Wirkung ebenso kontrollieren. Ansonsten hätten die Medikamente eine positive Wirkung, was der Patient selber bemerke. Bezüglich einer allfälligen Rückkehr ins Berufsleben komme es bei der Diskussion mit dem Patienten zu einer enormen Unruhe. Anstatt einer Entscheidung näher zu kommen, habe sich nur die Unruhe und dann auch zunehmend das Danebenreden des Patienten ausgedehnt, sodass die Diskussion aus medizinisch-ethischen Gründen abgebrochen worden sei, um so nicht eine Verschlechterung der Symptomatik zu verursachen. Daher müsse davon ausgegangen werden, dass der Patient aktuell nicht in der Lage sei, eine Rehabilitationsmassnahme zu beginnen. Die sich im Gespräch entwickelte Symptomatik sei nicht sozial und auch in der Arbeitswelt nicht akzeptabel (IV-Nr. 89).

6.7 Dr. med. G.\_\_\_\_, Spezialarzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, stellte in seinem psychiatrisch-psychotherapeutischen Gutachten vom 3. Februar 2015 aufgrund seiner Untersuchung vom 17. Dezember 2014 folgende Diagnosen: «Kombinierte Persönlichkeitsstörung (F61.0) mit narzisstischen, schizoiden, paranoiden, emotional instabilen, abhängigen, ängstlich-vermeidenden, dissoziativen, hysterischen/histrionischen und unreifen Anteilen, mit Abhängigkeitssyndrom von Tabak (F17.2), mit Status nach einer polymorph psychotischen Störung mit Symptomen einer Schizophrenie (F23.1), mit Status nach Selbstbeschädigung (Intoxikation mit Tabletten im 2002, Narben an Schultern und Stirn, Z91.5), bei Status nach Störung des Sozialverhaltens in der Kindheit (F91)». Im Rahmen der Beurteilung und Prognose wurde im Wesentlichen ausgeführt, zusammenfassend könne festgestellt werden, dass der den Patienten seit Juni 2004 behandelnde Psychiater Dr. med. D.\_\_\_\_ im November 2004 erstmals den Verdacht auf eine paranoide Schizophrenie (ICD-10 F20) formuliert habe. Dieser Verdacht sei objektiv nicht zu begründen, jedoch subjektiv nachvollziehbar. Im Juni 2005 sei von Dr. med. D.\_\_\_\_ eine Verbesserung des Gesundheitszustands dokumentiert worden. Im Januar 2010 sei eine paranoide Schizophrenie objektiv weiterhin nicht zu begründen und subjektiv nur noch knapp hinreichend nachvollziehbar. Im April 2014 sei sie objektiv ebenfalls nicht zu begründen und auch subjektiv nicht mehr hinreichend nachvollziehbar. Im Vordergrund stünden seit Januar 2010 unspezifische Defizite (Impulsivität, Kognitionsstörungen, unangepasstes Sozialverhalten/potentielle Gefährlichkeit). Im September 2014 sei von Dr. med. D.\_\_\_\_ eine erfolgreiche Psychopharmakotherapie dokumentiert worden. Aus den weiteren Akten zwischen 2004 und 2014 gingen aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht nur wenig zusätzliche versicherungsmedizinisch relevante Angaben hervor.

Der psychiatrische Gutachter hielt im Weiteren fest, aufgrund der aktuellen Untersuchung am 17. Dezember 2014 seien die objektivierbaren psychopathologischen Befunde gering ausgeprägt. Der Explorand mache ab und zu Gesprächspausen und schaue dabei im Zimmer herum. Er lispel wenig und atme manchmal schwer. Im Affekt sei er klagsam und jammerig. Im Vordergrund stünden interaktionelle Defizite. Im Gesprächsverhalten sei er schwer führbar und nur mässig kooperativ. Er antworte auf Fragen je nach Thema inhaltlich unterschiedlich differenziert. In der Interaktion sei er dramatisierend, theatralisch und ehrerbietig, dabei aber sthenisch, dominant und narzisstisch (ich bezogen, fordernd). Eine

Verdeutlichungstendenz (Aggravation) sei vorhanden. Mit Bezug auf die im September 2010 von Dr. med. F.\_\_\_\_ dokumentierten Befunde sei ausdrücklich festzustellen, dass das Denken des Exploranden formal unauffällig (insbesondere: nicht beschleunigt, keine Blockierungen, kein Gedankenabriss, keine Sperrungen, kein Danebenreden) sowie seine Psychomotorik ruhig und angemessen seien. Aufmerksamkeit und Konzentration seien konstant. Eine ängstlich-misstrauische Verstimmung, eine Affektlabilität und/oder eine Paramimie seien nicht vorhanden.

Aufgrund der aktuellen Untersuchung der vorliegenden Akten und der Angaben des Exploranden könne zusammenfassend angenommen werden, dass als Hauptdiagnose eine leicht bis mittelschwer ausgeprägte kombinierte Persönlichkeitsstörung (ICD 10 F61.0) bestehe. Dabei seien narzisstische, schizoide, paranoide, emotional instabile, abhängige, ängstlich-vermeidende, dissoziative, hysterische/histrionische und unreife Anteile vorhanden. Die in den Akten 2004/2005 beschriebene polymorph psychotische Störung mit Symptomen einer Schizophrenie (F23.1) könne den Verdacht auf eine paranoide Schizophrenie (F20.0) nicht hinreichend begründen und sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit als Teil/Symptom der Persönlichkeitsstörung einzuordnen. Ebenfalls Ausdruck der emotional instabilen und impulsiven Anteile der Persönlichkeitsstörung seien das unterschiedlich ausgeprägte Abhängigkeitssyndrom von Tabak (F17.2), die Hinweise auf Selbstbeschädigungen (Z91.5, Intoxikation mit Tabletten/Narben an Schultern und Stirn) und eine (früher angenommene) potentielle Fremdgefährlichkeit. Der durch anamnestische Hinweise begründete Verdacht auf eine Störung des Sozialverhaltens in der Kindheit (F91) bestätige schliesslich ebenfalls die (spätere) Entwicklung hin zu einer klinisch relevanten Persönlichkeitsstörung.

Die Persönlichkeitsstörung sei im Fall des Exploranden nicht gleichzusetzen mit einer schweren psychiatrischen Störung, welche die Handlungs- und Willensfreiheit und/oder den Realitätsbezug (fast) vollständig verunmögliche. Solche Störungen seien beispielsweise Endstadien der Entwicklung einer Demenz, eine langjährige oder hochakute Schizophrenie oder ein Delir. Der Explorand erfülle die Kriterien vor allem durch seine fehlende berufliche Integration aufgrund interaktioneller Konflikte. Weitere aus rein psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht tatsächliche Auffälligkeiten seien nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erkennbar. Der Explorand habe sich trotz schwieriger Lebensbedingungen sozial angemessen integriert (bspw. erneute Heirat, keine polizeilichen Auffälligkeiten, keine «Suchterkrankung»). Gesamthaft könne somit eine leichte bis mittelschwere Ausprägung der Störung angenommen werden.

Die leicht bis mittelschwer ausgeprägte Persönlichkeitsstörung (F61.0), wie sie beim Exploranden vorliege, habe einen relevanten (krankheitsbedingten) Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit im Ausmass einer Minderung von 40 % (von 100 %) auf dem ersten ausgeglichenen Arbeitsmarkt. Dabei stünden Defizite bei der Anpassung an Regeln, der Flexibilität, der Urteilsfähigkeit, der Durchhaltefähigkeit und der Gruppenfähigkeit (hier insbesondere der Konfliktfähigkeit) im Vordergrund. Für angepasste Tätigkeiten (kein Kundenkontakt, gut strukturiert, wenig komplex, ohne Zeitdruck, autonom) und Tätigkeiten im Haushalt könne aus rein psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht keine relevante (20 % und mehr von 100 %) Arbeitsunfähigkeit angenommen werden. Von dieser Einschätzung könne ab Ende der Schulzeit ausgegangen werden. Medizinisch-theoretisch sei die Prognose einer Persönlichkeitsstörung (oft trotz langjähriger psychiatrisch-psychotherapeutischer Therapie) meist chronisch stabil.

In den Akten werde ab Mitte 2004 eine polymorph psychotische Störung mit Symptomen einer Schizophrenie (F23.1) beschrieben, die den Verdacht auf eine paranoide Schizophrenie (F20.0) nicht hinreichend begründen könne. Bereits Mitte 2005 werde eine Verbesserung des Gesundheitszustands dokumentiert. Diese Störung sei versicherungsmedizinisch nicht als eigenständige Störung mit Krankheitswert anzunehmen. Die erst- und einmalige «psychotische Entgleisung», die Ausdruck der Überforderung des Exploranden aufgrund seiner Persönlichkeitsdefizite (bspw. narzisstisches Selbstverständnis, dramatisch-theatralische Selbstinszenierung, geringe Frustrationstoleranz, Impulsivität) sei, habe allenfalls eine kurzfristige zusätzliche Minderung der Leistungsfähigkeit begründet. Vergleichbare Überlegungen seien auch für die weiteren im Fall des Exploranden bekannten psychopathologischen Zustandsbilder (depressives Syndrom/Anpassungsstörung, somatoforme Störung, psychosomatische Beschwerden) gültig.

Bei der Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit seien auch krankheitsfremde Gesichtspunkte (Aggravation und psychosoziale Faktoren wie bspw. Herkunft, Migration, schwierige Lebensbedingungen, mangelhafte Deutschkenntnisse/Deutsch als Fremdsprache, einfache Schulbildung, fehlende Berufsausbildung, sehr geringe Berufserfahrung, Abstinenz vom und Lage am Arbeitsmarkt, langjähriger Rentenbezug, finanzielle Schulden, Krankheit der Mutter, Konflikt mit der IV, eheliche Konflikte/Scheidung der 1. Ehe etc.) berücksichtigt und von krankheitsbedingten, objektivierbaren Befunden abgegrenzt worden. Diese krankheitsfremden Gesichtspunkte hätten vor allem therapeutische bzw. sozialarbeiterische Relevanz und gingen nicht in die Beurteilung der medizinisch-theoretischen Zumutbarkeit einer allfälligen Tätigkeit aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht mit ein. Sie erklärten mit weit überwiegender Wahrscheinlichkeit die aussergewöhnliche Diskrepanz zwischen der subjektiven und der objektiven Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit. Sie behinderten auch (als nicht krankheitsbedingte Faktoren) die medizinisch zumutbare Willensanstrengung zur Überwindung der Defizite.

Im Fall des Exploranden seien keine weiteren besonderen Hinweise mit überwiegender Wahrscheinlichkeit vorhanden, die schwere Defizite aufgrund eines Gesundheitsschadens und/oder eine Unzumutbarkeit zu deren Überwindung begründen könnten (bspw. durch krankheitsbedingt fehlende Ressourcen und/oder durch eine fehlende Kapazität zur Verarbeitung innerpsychischer Konflikte). Der Explorand nehme ■ wenn auch subjektiv eingeschränkt ■ regelmässig am sozialen Leben teil (Reisen unternehmen, TV sehen, Kollegen/Verwandte treffen etc.). Der sozial übliche Umgang mit nicht ärztlich verordneten psychotropen Substanzen (deutlich reduzierter Konsum von Tabak [gemäss Akten früher doppelte Konsummenge] sowie Abstinenz von Alkohol und Drogen) lasse ebenfalls zumindest angemessene innerseelische Ressourcen annehmen.

Im Rahmen der Beantwortung der dem Gutachter gestellten Fragen wies Dr. med. G. \_\_\_ im Wesentlichen darauf hin, der Verdacht auf eine paranoide Schizophrenie sei ab April 2014 weder objektiv noch subjektiv begründ- bzw. nachvollziehbar. Mit Bezug auf die im September 2010 von Dr. med. F. \_\_\_ dokumentierten Befunde sei im Dezember 2014 festzustellen, dass das Denken des Exploranden formal unauffällig (insbesondere: nicht beschleunigt, keine Blockierungen, kein Gedankenabriss, keine Sperrungen, kein Danebenreden) sowie seine Psychomotorik ruhig und angemessen seien. Aufmerksamkeit und Konzentration seien konstant. Eine ängstlich-misstrauische Verstimmung, eine Affektlabilität und/oder eine Paramimie seien nicht vorhanden. Der objektive

psychopathologische Befund habe sich somit wesentlich verbessert.

Die leicht bis mittelschwer ausgeprägte Persönlichkeitsstörung (F61.0), wie sie beim Exploranden vorliege, habe einen relevanten (krankheitsbedingten) Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit im Ausmass einer Minderung von 40 % (von 100 %) auf dem ersten ausgeglichenen Arbeitsmarkt. Die in den Akten beschriebene polymorph psychotische Störung mit Symptomen einer Schizophrenie (F23.1) ■ inkl. den weiteren psychopathologischen Zustandsbildern (depressives Syndrom, somatoforme Störung, psychosomatische Beschwerden) ■ habe mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zwischen April 2004 und Juni 2005 zu einer (kurzfristigen) zusätzlichen Minderung der Leistungsfähigkeit und dadurch zu einer Arbeitsunfähigkeit von mehr als 70 % (von 100 %) für jede Art von beruflicher Tätigkeit geführt. Für angepasste Tätigkeiten (kein Kundenkontakt, gut strukturiert, wenig komplex, ohne Zeitdruck, autonom) und Tätigkeiten im Haushalt könne aus rein psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht vor April 2004 und nach Juni 2005 keine relevante (20 % und mehr von 100 %) Arbeitsunfähigkeit angenommen werden. Es sei von Vorteil, wenn den Defiziten des Exploranden bei der Anpassung der Regeln, der Flexibilität, der Urteilsfähigkeit, der Durchhaltefähigkeit und der Gruppenfähigkeit (hier insbesondere der Konfliktfähigkeit) mit Toleranz begegnet werden könne. Medizinisch-theoretisch sei die Prognose einer Persönlichkeitsstörung (oft trotz langjähriger psychiatrisch-psychotherapeutischer Therapie) meist chronisch stabil. Eine Therapie sei beim Exploranden durchgeführt worden. Deren Nutzen sei mit Blick auf eine relevante Steigerung der Arbeitsfähigkeit allerdings aus rein versicherungsmedizinischer Sicht nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit anzunehmen. Berufliche Massnahmen seien aus medizinischer Sicht zumutbar (IV-Nr. 96.1).

6.8 In der Stellungnahme des behandelnden Psychiaters Dr. med. D.\_\_\_\_ vom 27. Februar 2015 zum Gutachten von Dr. med. G.\_\_\_\_ wurde zusammengefasst darauf hingewiesen, die Selbstüberschätzung der eigenen Beurteilungsfähigkeit in der Rückschau, die Falschinformation der erneuten Ehe und die daraus resultierenden falschen Schlussfolgerungen in Sachen Schweregrad und Arbeitsfähigkeit und die mangelnde Beschreibung der Behinderung schränken die Wertigkeit des Gutachtens stark ein. Auch die formalen Fehler der Einzeluntersuchung, die Nichterwähnung eines Hundes, die inkohärent beschriebene Begutachtungs- und Abschiedsatmosphäre und die fehlende Fremdanamnese schmälerten den Wert des Gutachtens wesentlich. Ein fehlendes Video lasse kein Wissen zu, was real während der Begutachtung passiert sei. Die Behinderung des Patienten sei deutlich höher zu erachten, als dies der Gutachter tue. Obwohl es schwierig werden könnte, wäre es positiv, ihn an eine regelmässige behindertengerechte Tätigkeit heranzuführen. Dort könnten dann die Sozialverträglichkeit, die eigentliche Leistungsfähigkeit und deren Schwankungen in der Realität beschrieben werden (IV-Nr. 99).

6.9 RAD-Arzt Dr. med. H.\_\_\_\_ hielt in seiner Stellungnahme vom 2. April 2015 fest, das psychiatrische Gutachten von Dr. med. G.\_\_\_\_ vom 3. Februar 2015 beruhe auf den vorgelegten medizinischen Akten sowie einer eigenen Untersuchung von 90 Minuten Dauer. Die Schlussfolgerungen seien nachvollziehbar begründet worden. Dr. med. G.\_\_\_\_ komme in seiner diagnostischen Beurteilung zu einem sich weitgehend mit derjenigen des Gutachters Dr. med. F.\_\_\_\_ vom September 2010 deckenden Resultat. Er komme bei deutlich geringeren psychopathologischen Befunden zum Schluss, dass sich der

Gesundheitszustand inzwischen deutlich verbessert habe. Der erhobene Psychostatus entspreche auch dem Bild, das er, Dr. med. H.\_\_\_\_, beim Revisionsgespräch vom 4. Juni 2014 gewonnen habe. Es müsse erwogen werden, ob der Versicherte mit seinen Aussagen versuche, Ärzte, deren Beurteilung ihm nicht passe, in ein schlechtes Licht zu rücken. Im Weiteren sei festzustellen, dass der Versicherte verschiedene Angaben zu seinem Zivilstand mache. Gegenüber dem behandelnden Arzt präsentiere er sich als Single, der alleine in einer Mietwohnung lebe; gegenüber der IV-Stelle und dem Gutachter erkläre er jedoch, er sei verheiratet und lebe mit der Ehefrau zusammen. Es scheine, als würde der Versicherte je nach Situation verschiedene Angaben machen. Welche Version der Wahrheit entspreche, sei dahingestellt. Dem Gutachter könne jedoch nicht unterstellt werden, er habe verschiedene Patientengeschichten miteinander vermischt. In Anbetracht der gesamten Aktenlage vermöge die gutachterliche Beurteilung von Dr. med. G.\_\_\_\_ mehr zu überzeugen als die Einschätzung des behandelnden Psychiaters. Mit Ausnahme der Festlegung des Beginns der attestierten Verbesserung bzw. der daraus resultierenden höheren Arbeitsfähigkeit könne auf das Gutachten von Dr. med. G.\_\_\_\_ abgestellt werden. Mangels medizinischer Unterlagen sei jedoch von einer Verbesserung ab spätestens Juni 2014 auszugehen (IV-Nr. 104).

6.10 Aus dem im gerichtlichen Beschwerdeverfahren nachgereichten Bericht von Dr. med. D.\_\_\_\_ vom 28. Januar 2016 geht folgende Diagnose hervor: «Emotional instabile Persönlichkeitsstörung Typus Borderline (ICD-10: F60.31)». Zur Arbeitsfähigkeit führte der behandelnde Psychiater aus, der Patient lebe in einer «kokonhaften» eigenen Wirklichkeit, aus welcher es aktuell kaum einen Weg heraus gebe. Auf den ersten Blick wirke dieser Zustand als «faul» oder «bequem», bei genauerem Hinsehen merke man aber, wie eingeschränkt die Wirklichkeitssicht des Patienten sei. Es sei in all den Jahren nicht gelungen, daran viel zu ändern. Der Patient benötige zuerst eine geregelte Tagesstruktur, mit Beobachtung bei einer Beschäftigung über mindestens drei Monate. Die gutachterlichen Resultate wirkten aufgrund ihrer primär stichprobenhaften Eigenschaft eher als «Kurzblicke, denn wirklich beschreibend». Es bestehe der Verdacht, dass man Gutachten so überbewerte (Beschwerdebeilage Nr. 1).

## **E. 2.2**

Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht bei einem Invaliditätsgrad ab 40 % ein Anspruch auf eine Viertelsrente, ab 50 % auf eine halbe Rente, ab 60 % auf eine Dreiviertelsrente und ab 70 % auf eine ganze Rente. 3.

## **E. 3**

Die Vorinstanz sei im Sinne einer vorsorglichen Massnahme anzuweisen, dem Beschwerdeführer während des laufenden Gerichtsverfahrens weiterhin eine ganze Invalidenrente auszusahlen.

### **E. 3.1**

Ändert sich der Invaliditätsgrad eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). 3.2 Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen (BGE 134 V 131 E. 3 S. 132 mit Hinweisen). Die Invalidenrente ist deshalb nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes revidierbar, sondern auch dann, wenn sich die erwerblichen

Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben. Ein Revisionsgrund ist ferner unter Umständen auch dann gegeben, wenn eine andere Art der Bemessung der Invalidität zur Anwendung gelangt oder eine Wandlung des Aufgabenbereichs eingetreten ist (BGE 130 V 343 E. 3.5 S. 349 f. mit Hinweisen). Unerheblich unter revisionsrechtlichem Gesichtswinkel ist dagegen nach ständiger Rechtsprechung die unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Sachverhaltes (BGE 112 V 371 E. 2b S. 372; vgl. auch BGE 135 V 201 E. 5.2 S. 205).

3.3 Zeitlicher Referenzpunkt für die Prüfung einer anspruchserheblichen Änderung ist die letzte (der versicherten Person eröffnete) rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs beruht (BGE 133 V 108 E. 5 S. 110 ff., 130 V 71 E. 3 S. 73 ff.). Im vorliegenden Fall sprach die IV-Stelle dem Beschwerdeführer mit rechtskräftiger Verfügung vom 1. Dezember 2006 aufgrund eines Invaliditätsgrades von 100 % eine ganze Invalidenrente rückwirkend ab 1. April 2005 zu (IV-Nr. 60). Dabei stützte sie sich im Wesentlichen auf die medizinischen Berichte von Dr. med. I.\_\_\_\_, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, vom 10. August und 30. September 2004 (IV-Nr. 13 S. 10 ff. und 24.2 S. 3 f.), des behandelnden Psychiaters Dr. med. D.\_\_\_\_ vom 15. November 2004, 22. Februar und 20. Juni 2005 (IV-Nr. 13 S. 1 ff. und 8 f. sowie IV-Nr. 22 S. 1), des Kantonsspitals Basel, Psychiatrische Universitätspoliklinik, vom 25. Januar 2005 (IV-Nr. 13 S. 6 f.), des Hausarztes Dr. med. E.\_\_\_\_ vom 5. April 2005 (IV-Nr. 14 S. 3 ff.) sowie der Psychiatrischen Dienste des Kantons Solothurn, Ambulatorium Olten, vom 18. März 2005 (IV-Nr. 22 S. 2 ff.). Das von der Beschwerdegegnerin im November 2009 von Amtes wegen veranlasste Revisionsverfahren, in welchem eine psychiatrische Begutachtung bei Dr. med. F.\_\_\_\_ veranlasst wurde, der Gutachter jedoch keine zuverlässige Beurteilung hinsichtlich der Diagnose und einer allfälligen Veränderung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers abgeben konnte, ergab keine rentenwirksame Änderung des Invaliditätsgrades (weiterhin 100 %; Mitteilung vom 15. Dezember 2010, IV-Nr. 72). Der aktuelle Sachverhalt ist nach dem Gesagten mit demjenigen zu vergleichen, wie er der vorerwähnten, ursprünglich leistungszusprechenden Verfügung vom 1. Dezember 2006 zu Grunde lag (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C\_80/2014 vom 11. Juli 2014 E. 3.2, 8C\_441/2012 vom 25. Juli 2013 E. 3 bis 7 mit Hinweisen und 8C\_493/2011 vom 23. November 2011 E. 4.1).

4. 4.1 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung gestellt haben. Aufgabe des Arztes ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren bilden die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 132 V 93 E. 4 S. 99 f. mit Hinweisen).

4.2 Der Versicherungsträger und das Gericht (vgl. Art. 61 lit. c in fine ATSG) haben die Beweise frei, das heisst ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Gericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht

auf die andere medizinische These abstellt (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352; vgl. auch BGE 132 V 393 E. 2.1 S. 396). Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten – d.h. der Anamnese – abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232). Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352; 122 V 157 E. 1c S. 160 f.). Dennoch hat es die Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar erachtet, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (BGE 125 V 351, E. 3b, S. 352). Den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens durch den Sozialversicherer eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 135 V 465, E. 4.4, S. 470 f., 125 V 351 E. 3b/bb, S. 353).

5. Im Folgenden ist der medizinische Sachverhalt darzulegen, wie er der Verfügung vom 1. Dezember 2006 (IV-Nr. 60) zu Grunde lag.

5.1 Dr. med. I.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, hielt in seinem Bericht vom 10. August 2004 im Wesentlichen fest, der Versicherte leide nach ICD-10 an einem emotional instabilen Zustand vom impulsiven Typus (F60.30), weshalb er sich selber und andere Personen gefährden könnte. Somatoforme autonome Störungen des oberen Gastrointestinaltrakts (Magenkrämpfe, 45.31) und des respiratorischen Systems (Hyperventilationen, F45.33), dazu Asthma bronchiale (J45), Kopfschmerzen (F45.4), Sinusitis, Polypen und eine Schlafstörung mit Angstträumen (F51.5) begleiteten das Zustandsbild, das sich wahrscheinlich vor dem Hintergrund negativer Kindheitserlebnisse (frühkindliche Trennung von den Eltern und emotionale Deprivation, Z61.8) habe entwickeln können. Es bestehe auch ein starker Substanzgebrauch (F17.25). Der Patient sei in seiner Funktion als Geschäftsführer seit April 2004 zu 100 % arbeitsunfähig. Auch auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt bestehe keine Arbeitsfähigkeit. Die Notwendigkeit einer Behandlung sei gegeben (IV-Nr. 13 S. 12 f.).

5.2 Dem Abschlussbericht des Kantonsspitals Basel vom 25. Januar 2005 können folgende Diagnosen entnommen werden: «Paranoide Schizophrenie (F20.0), Schädlicher Nicotingebrauch (F17.2)». Im Rahmen der Beurteilung wurde ausgeführt, der Patient habe ausgeprägte psychotische Symptome wie Beziehungsideen, Gedankenblockierungen, Konzentrationsstörungen, Beeinflussungsideen sowie akustische und visuelle Halluzinationen. Es bestünden ein sozialer Rückzug sowie ein Knick in der Lebenslinie. Als Therapie wurde empfohlen, es werde eine Absetzung des Antidepressivums sowie eine Erhöhung bzw. Umstellung der neuroleptischen Medikation empfohlen, da der Patient manifest psychotisch sei. Bei akustischen Halluzinationen in Form von imperativen Stimmen könne man bei ihm selbst- und fremdgefährdendes Verhalten nicht ausschliessen. Es werde die Aufnahme einer stationären Behandlung empfohlen (IV-Nr. 13 S. 6 f.).

5.3 Der behandelnde Psychiater Dr. med. D.\_\_\_\_ diagnostizierte in seinem Bericht zu Händen der IV-Stelle vom 22. Februar 2005 eine paranoide Schizophrenie (ICD-10: F20; vorher emotional-instabile

Persönlichkeitszüge) und attestierte eine vollständige Arbeitsunfähigkeit des Patienten in seiner zuletzt ausgeübten Tätigkeit seit April 2004. Der Gesundheitszustand verschlechtere sich. Der Patient leide an einer Psychose (Realitätsunsicherheit). Die bisherige Tätigkeit sei nicht mehr zumutbar. Im Restaurant bestehe eine Gefahr für die Gäste, da bei Stress das Risiko eines uneinfindbaren Verhaltens und bei Provokation ein Gewaltisiko vorhanden seien. Auch eine Verweistätigkeit sei wegen der massiven Stressintoleranz nicht zuzumuten. Aktuell sei wohl nur eine Tätigkeit in einer IV-Werkstatt möglich (IV-Nr. 13 S. 1 ff.).

5.4 Dem Bericht der Psychiatrischen Dienste des Kantons Solothurn, Ambulatorium Olten, über das Erstgespräch vom 18. März 2005 kann die Diagnose einer «paranoiden schizophrenen Psychose (F20.0)» entnommen werden. Der Patient sei von seinem behandelnden Psychiater Dr. med. D. \_\_\_ unter der Diagnose einer paranoiden Schizophrenie zur sozialpsychiatrischen Beratung zugewiesen worden. Im Rahmen der Beurteilung wurde aufgeführt, nach einer Vorphase mit Verhaltensauffälligkeiten, u.a. mit erhöhter Gewaltbereitschaft, sei im Jahr 2004 erstmals die Diagnose einer paranoiden Schizophrenie gestellt worden. Psychopathologisch dominierten aktuell noch psychomotorische Unruhe und Anspannungszustände, kognitive Defizite, formale und inhaltliche Denkstörungen sowie optische und akustische Halluzinationen mit leichter Rückläufigkeit und Krankheitsdistanzierung unter Aufdosierung von Seroquel. Nach 100%iger Krankschreibung vor einem Jahr und sozialem Rückzug fehle eine geeignete Tagesstruktur. Inwieweit ein tragfähiges Umfeld bestehe, sei nach dem Erstgespräch noch unklar, die Beziehungsgestaltung zur Ehefrau sei noch nicht ganz deutlich, offensichtlich aber auch von Distanz geprägt (IV-Nr. 22 S. 2 ff.).

5.5 Hausarzt Dr. med. E. \_\_\_ diagnostizierte in seinem Bericht zu Händen der IV-Stelle vom 5. April 2005 eine paranoide Schizophrenie und gab eine vollständige Arbeitsunfähigkeit als Serviceangestellter im Restaurant seit dem 8. April 2004 an. Der Gesundheitszustand sei besserungsfähig. Im Weiteren führte er aus, der Patient könne nicht zielgerichtet arbeiten. Er halte nicht den geringsten Druck aus. Die bisherige Tätigkeit sei nicht mehr zumutbar. Im Kontakt mit Publikum (wie in einem Restaurant) lasse er sich allzu leicht auf Diskussionen ein und in Streitigkeiten verwickeln. Insbesondere wäre auch kein Arbeitgeber bereit, ihn zu beschäftigen. Auch andere Tätigkeiten seien ihm nicht zuzumuten. Er sei nicht in der Lage, eine verwertbare Arbeitsleistung zu erbringen. Würde man das mit Druck zu erreichen versuchen, würde er mit sehr aggressiven Verhaltensweisen reagieren (IV-14 S. 3 ff.).

5.6 Dr. med. D. \_\_\_ äusserte sich in seinem Bericht zu Händen der IV-Stelle vom 20. Juni 2005 im Wesentlichen dahingehend, es bestehe eine Verwehrlosungsstendenz und ein paranoid begründeter sozialer Rückzug. Der Patient leide auch in der Wohnung unter Ängsten. Der Zustand des Patienten könne mit Psychoedukation und Neuroleptika verbessert werden, die Grundkrankheit könne jedoch nicht beseitigt werden. Eine Restsymptomatik werde übrig bleiben. Der baldige Zutritt zu einer Beschäftigungsstätte gäbe dem Patienten wieder vermehrt Halt und eine Tagesstruktur (IV-Nr. 22 S. 1).

6. Der aktuelle medizinische Sachverhalt präsentiert sich demgegenüber wie folgt:

6.1 Aus dem Gutachten von Dr. med. F. \_\_\_, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 15. September 2010 (Untersuchungen vom 10. Mai und 7. September 2010) gehen folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit hervor: «Diagnostisch unklare Störung, DD in der Reihenfolge der Wahrscheinlichkeit: a) neurotisch-hysterisch bei erheblicher affektiv-emotionaler Unreife und Störungen des Sozialverhaltens; b) dissoziativ (Trance- und Besessenheitszustände F44.3 mit Pseudo-Halluzinationen); c) tiefere strukturelle Persönlichkeitsstörung F61.0 (narzisstisch, schizoid, paranoid, emotional instabil, abhängig,

ängstlich vermeidend); d) bei Diagnose 4.2.a); e) paranoide Schizophrenie F20.0 (eher unwahrscheinlich)». Der Gutachter hielt fest, laut den Akten seien die Auffälligkeiten und eine jugendpsychologische Betreuung schon in der Kindheit vorhanden gewesen. Unter Ziff. 4.2. wurden die Diagnosen (ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit) «Verdacht auf rententendenzielle Aggravation bei pathologisch mitagierendem Familienmilieu; DD Simulation Z76.5 (lit. a) sowie «chronischer Nikotinabusus F17.25» (lit. b) angegeben. Unter «Beurteilung und Prognose» wies der psychiatrische Gutachter im Wesentlichen darauf hin, die zweite Einbestellung habe leider auch nicht zu einer eindeutigen Diagnose geführt, aber doch mehrere richtungsweisende Anhaltspunkte gegeben: In der zweiten Sitzung sei das Verhalten des Exploranden generell deutlich weniger seltsam als in der ersten gewesen. Er sei ruhiger gewesen, sei nicht vom Stuhl aufgestanden, habe sich nicht vor ihm hingekniet und habe keine Raucherlaubnis verlangt. Affektiv und emotional sei er weniger labil gewesen. Die Zustände abrupter Gedankenabbrüche mit erstarrendem Gesicht und sich verdunkelndem, unbestimmt in die Ferne gerichtetem Blick und an imaginäre Personen gerichteten Worten habe man nicht mehr beobachten können. Er habe nicht mehr über das Hören von Geräuschen berichtet, als ob jemand gerade hinter ihm wäre, und auch nicht über ein Angefasst- oder Geküsstwerden im Bett; ebenso wenig über illusionäre/halluzinative optische Wahrnehmungen. Während man in der ersten Sitzung den Eindruck habe erhalten können, der Explorand verhalte sich so, wie sich ein Laie einen Verrückten vorstelle, sei dies in der zweiten Sitzung (abgesehen von der «Segnung» des Sprechzimmers) überhaupt nicht mehr der Fall gewesen. Das Kontaktverhalten sei weitgehend gesellschaftsadäquat gewesen, der Explorand habe keine befremdlichen, bizarren Verhaltensweisen gezeigt, sondern habe im Kontakt freundlich zugewandt und gut spürbar gewirkt. Die geschilderten Lebensprobleme seien einfach, aber einfühl- und nachvollziehbar dargestellt worden und hätten eher einen neurotisch (hysterisch) fehlentwickelten, sicher emotional vermindert belastbaren, eventuell persönlichkeitsgestörten Menschen in einer schwierigen psychosozial-familiären Situation gezeigt, der Mühe mit vielen Aspekten der praktischen Bewältigung seines Lebens habe und möglicherweise zur appellativen Verdeutlichung dieser effektiv vorliegenden relativen Lebensuntauglichkeit pseudopsychotische (bzw. dissoziative) Phänomene produziere (eventuell auch simuliere). Mit seinen berichteten (auto-)aggressiven und material-destruktiven Handlungen zuhause (Telefon an die Tür schmeissen, Teller zerschlagen) gelinge es ihm offensichtlich auch, seine Eltern so zu manipulieren, dass sie sich ihm gegenüber mit der gewünschten Rücksicht verhielten. Die Schwierigkeiten der diagnostischen Einordnung widerspiegeln auch die Akten (Arztberichte der Dres. med. I.\_\_\_\_, D.\_\_\_\_ und E.\_\_\_\_). Das Vorliegen einer paranoiden Schizophrenie sei eher unwahrscheinlich; dazu sei der herstellbare affektive Kontakt und die Einfühlbarkeit zu gut (überhaupt kein «Glaswandphänomen»); es bestehe auch keine Depersonalisation oder Ich-Störung. Eine Depression bestehe zurzeit auch nicht. In der Untersuchung konnte Dr. med. F.\_\_\_\_ durch die Plasmaspiegelkontrolle der verordneten Medikamente feststellen, dass keine Compliance besteht, obwohl der Explorand die Medikamentenwirkungen recht differenziert schildere. Der Spiegel für Efexor liege weit unter dem minimalen therapeutisch wirksamen Wert, derjenige von Seroquel gar unter der Nachweisgrenze, sodass dieses Mittel, das ja eigentlich die sogenannte schizophrenen Symptome behandeln sollte, höchstwahrscheinlich überhaupt nicht eingenommen werde. Bei dieser schwer klassifizierbaren und zudem wegen nicht compliant befolgter Medikation therapeutisch nicht ausgeschöpft behandelten Störung handle es sich am wahrscheinlichsten um eine

neurotische Fehlhaltung und eine eventuelle Persönlichkeitsstörung mit insuffizientem psychischem Instrumentarium zur Lebensbewältigung in wahrscheinlich pathologischem Familienmilieu, aus welchem der Explorand sich nicht lösen könne. Von einem wirklichen psychotischen Zustand könne aber aufgrund der Untersuchung eher nicht ausgegangen werden. Mangels ausgeschöpfter Behandlungsmöglichkeiten seien der Umfang der Funktionsstörungen und die Einschränkung der Erwerbsmöglichkeiten nicht bestimmbar. Der Gutachter äusserte sich schliesslich dahingehend, Aggravation (unklarer Bewusstseinsnähe) liege hier sehr wahrscheinlich vor und die therapeutischen Optionen seien nicht ausgeschöpft. Die geltend gemachte Symptomatik wäre z.B. mit dem Führen von Motorfahrzeugen sicher nicht vereinbar; laut Situationsbericht für Selbstständigerwerbende fahre er aber je nach Verfassung Auto und nach den Angaben des Hausarztes fahre er sogar ziemlich viel Auto. Im Hinblick auf eine objektive Einschätzung eines allfälligen IV-Grades und der bestehenden Eingliederungsmöglichkeiten seien demnach sowohl weitere Objektivierungen als auch entscheidende Optimierungen der Therapie und deren Befolgungsverifikation angezeigt. Bis zu deren Vorliegen mache die Beantwortung der gestellten Fragen keinen Sinn. Die Vorakten seien hinsichtlich der Beurteilung heterogen bis widersprüchlich, es gelinge keine eindeutige diagnostische Stellungnahme (IV-Nr. 71.1).

6.2 Dr. med. D. \_\_\_ diagnostizierte in seinem Bericht vom 7. November 2012 eine «paranoide Schizophrenie, kontinuierlich andauernd (ICD-10: F20.00)» (Diagnose seit 2005) sowie aktuell eine «Anpassungsstörung: Trauer nach Tod der Grossmutter (ICD-10: F43.2; seit Oktober 2012)» und gab eine vollständige Arbeitsunfähigkeit mindestens seit dem Jahr 2004 bis auf weiteres an. Der Gesundheitszustand sei stationär (IV-Nr. 75).

6.3 Dr. med. E. \_\_\_ stellte in seinem Bericht vom 17. November 2012 demgegenüber fest, es bestehe «keine sichere psychiatrische Krankheit». Im Weiteren hielt er unter dem Titel «Therapeutische Massnahmen/Prognose» fest, er könne beim Patienten zumindest seit dem Jahr 2006 keine Krankheit erkennen. In den Jahren ab 2005 sei er von den schwerwiegenden Diagnosen beeindruckt gewesen, welche verschiedene Psychiater bei ihm gestellt hätten. Da die Aussagen von Spezialärzten in der Sozialversicherung viel höher als jene der Hausärzte gewichtet würden, habe er sich deren Meinung angeschlossen. Der langjährige Verlauf (8 Jahre) ohne besondere Vorkommnisse und ohne Medikamenteneinnahme habe jedoch die Diagnose einer Schizophrenie entkräftet. Allenfalls könnte eine Störung vom Borderline-Typ vorliegen. Offenbar benötige der Patient keine Therapie. Er scheine bei seinem Psychiater nicht oder nur sporadisch in Behandlung zu sein. Eine solche – oder so etwas wie eine Begleitung – könnte nötig sein, wenn sich der Patient wieder in den Arbeitsprozess eingliedern müsste. Der Gesundheitszustand sei stationär. Der Patient werde aber nie gerne arbeiten wollen. Inwiefern eine Arbeitsunfähigkeit vorliege, müsse offen bleiben, da er den Patienten nur wenig gesehen und mit ihm dieses Thema nicht besprochen habe. Es müsse auch offen bleiben, ob aus den Vorkommnissen, in welche der Patient verwickelt gewesen sei, eine Krankheit abgeleitet werden könne. Der Gesundheitszustand des Patienten habe sich eindeutig stabilisiert und sogar gebessert. Dies sei mindestens seit dem Jahr 2009 der Fall. Auf dem Beiblatt führte der Hausarzt noch aus, der Patient sei überzeugt, für keine Arbeit geeignet zu sein. Ein Misserfolg bzw. Streit und verbale Auseinandersetzungen am Arbeitsplatz seien für ihn «vorprogrammiert». Seine Arbeitsleistung sei somit quasi null. Die bisherige Tätigkeit sei in einem zeitlichen Rahmen von anfangs ca. 2 Std. pro Tag zuzumuten. Dabei bestehe eine um 50 % verminderte Leistungsfähigkeit. Eine Verweistätigkeit sei ebenfalls zuzumuten, wobei viel Geduld, eine

lange Einarbeitungszeit und eine Begleitung durch einen «Coach» erforderlich seien. Eine solche Tätigkeit sei im Ausmass von 2 Std. pro Tag zuzumuten, wobei eine um 50 % verminderte Leistungsfähigkeit bestehe. Ohne Druck werde der Patient nie arbeiten. Ein Mann, der gesund erscheine und offensichtlich viel Auto fahre, könne auch arbeiten (IV-Nr. 76).

6.4 In seinem Bericht vom 28. Februar 2014 äusserte sich Dr. med. E.\_\_\_\_ dahingehend, der Gesundheitszustand des Patienten sei stabil geblieben. Der Patient sei ein sehr höflicher und freundlicher Mann. Er habe Angst vor schlimmen Krankheiten. Er sei ihm sehr dankbar, dass er solche bei ihm mit Blutuntersuchungen alle paar Monate ausschliesse. Er könne sich über geringe gesundheitliche Probleme (z.B. eine Aphte im Mund) grosse Sorgen machen. Er dürfte – gemäss seiner Beschreibung – gelegentlich Panikattacken erleiden. Im Übrigen seien seine früheren Aussagen unverändert zutreffend. Auf dem Beiblatt zum Arztbericht führte der Hausarzt noch aus, zu seinem Bericht vom 17. November 2012 ergäben sich keine wesentlichen Änderungen oder Ergänzungen. Der Patient empfinde jegliche Arbeit für sich bekanntlich als äusserst frustrierend. Er weise darauf hin, dass er bei der Arbeit mehrfach mit Gewalt reagiert habe (z.B. gegenüber Gästen im Restaurant seines Vaters). Er befürchte, wahrscheinlich zu Recht, auch in Zukunft bei unangenehmen, belastenden oder stressigen Situationen «auszurasten». Möglicherweise sei der Patient bei seiner Arbeit durch eine unzumutbare Arbeitsbewältigung aufgefallen und vielleicht ausgelacht worden. Der Patient halte es jedenfalls für das Beste, sich jeglicher auferlegter Erwerbsarbeit fernzuhalten. Man müsste ihm zumuten, seine Gefühle wie Unlust auf Arbeit, Wut und Aggressivität zu überwinden, es sei denn, ein Psychiater könne darlegen, dass dieses Beschwerdebild einer schweren psychiatrischen Krankheit entspreche (IV-Nr. 79 S. 1 ff.).

6.5 Dr. med. D.\_\_\_\_ gab in seinem Bericht vom 30. April 2014 weiterhin eine vollständige Arbeitsunfähigkeit seit dem Jahr 2004 an. Der behandelnde Psychiater führte aus, der Patient habe schon lange keine Tätigkeit mehr ausgeübt. Er leide unter einer problematischen schlechten Konzentration, rascher Nervosität und einem Verfolgungsgefühl. Dies sei sozial schlecht erträglich. Der Patient weiche Sozialkontakten aus. Die bisherige Tätigkeit sei nicht mehr zumutbar. Das Arbeitsniveau sei wohl auf der Ebene einer Behindertenwerkstatt, wobei es aufgrund des Verhaltens und des sozialen Rückzugs auch dann problematisch sei. Der Patient habe kein Zeit-, sondern eher ein Stressproblem mit dem Risiko einer Dekompensation und – bei ungeschicktem Umgang – von Gewalt. Kognitiv sei er behindert. Er leide unter einer chronischen psychiatrischen Krankheit und sei sozial schwer zu ertragen, trotz des freundlichen Ersteindrucks (IV-Nr. 81).

6.6 Dr. med. D.\_\_\_\_ beantwortete die im von der IV-Stelle gestellten Fragen in seinem Bericht vom 30. September 2014 dahingehend, der Patient leide weiterhin unter einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis. Neu sei eine Symptomatik entsprechend einer Borderline-Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F60.31) hinzugekommen. Aus seiner Sicht nehme der Patient die verordneten Medikamente ein. Laborkontrollen seien nicht notwendig. Am klinischen Bild lasse sich die Wirkung ebenso kontrollieren. Ansonsten hätten die Medikamente eine positive Wirkung, was der Patient selber bemerke. Bezüglich einer allfälligen Rückkehr ins Berufsleben komme es bei der Diskussion mit dem Patienten zu einer enormen Unruhe. Anstatt einer Entscheidung näher zu kommen, habe sich nur die Unruhe und dann auch zunehmend das Danebenreden des Patienten ausgedehnt, sodass die Diskussion aus medizinisch-ethischen Gründen abgebrochen worden sei, um so nicht eine Verschlechterung der Symptomatik zu verursachen. Daher müsse davon ausgegangen werden, dass der Patient aktuell nicht in der Lage sei, eine Rehabilitationsmassnahme zu beginnen. Die sich im Gespräch entwickelte

Symptomatik sei nicht sozial und auch in der Arbeitswelt nicht akzeptabel (IV-Nr. 89).

6.7 Dr. med. G.\_\_\_\_, Spezialarzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, stellte in seinem psychiatrisch-psychotherapeutischen Gutachten vom 3. Februar 2015 aufgrund seiner Untersuchung vom 17. Dezember 2014 folgende Diagnosen: «Kombinierte Persönlichkeitsstörung (F61.0) mit narzisstischen, schizoiden, paranoiden, emotional instabilen, abhängigen, ängstlich-vermeidenden, dissoziativen, hysterischen/histrionischen und unreifen Anteilen, mit Abhängigkeitssyndrom von Tabak (F17.2), mit Status nach einer polymorph psychotischen Störung mit Symptomen einer Schizophrenie (F23.1), mit Status nach Selbstbeschädigung (Intoxikation mit Tabletten im 2002, Narben an Schultern und Stirn, Z91.5), bei Status nach Störung des Sozialverhaltens in der Kindheit (F91)». Im Rahmen der Beurteilung und Prognose wurde im Wesentlichen ausgeführt, zusammenfassend könne festgestellt werden, dass der den Patienten seit Juni 2004 behandelnde Psychiater Dr. med. D.\_\_\_\_ im November 2004 erstmals den Verdacht auf eine paranoide Schizophrenie (ICD-10 F20) formuliert habe. Dieser Verdacht sei objektiv nicht zu begründen, jedoch subjektiv nachvollziehbar. Im Juni 2005 sei von Dr. med. D.\_\_\_\_ eine Verbesserung des Gesundheitszustands dokumentiert worden. Im Januar 2010 sei eine paranoide Schizophrenie objektiv weiterhin nicht zu begründen und subjektiv nur noch knapp hinreichend nachvollziehbar. Im April 2014 sei sie objektiv ebenfalls nicht zu begründen und auch subjektiv nicht mehr hinreichend nachvollziehbar. Im Vordergrund stünden seit Januar 2010 unspezifische Defizite (Impulsivität, Kognitionsstörungen, unangepasstes Sozialverhalten/potentielle Gefährlichkeit). Im September 2014 sei von Dr. med. D.\_\_\_\_ eine erfolgreiche Psychopharmakotherapie dokumentiert worden. Aus den weiteren Akten zwischen 2004 und 2014 gingen aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht nur wenig zusätzliche versicherungsmedizinisch relevante Angaben hervor. Der psychiatrische Gutachter hielt im Weiteren fest, aufgrund der aktuellen Untersuchung am 17. Dezember 2014 seien die objektivierbaren psychopathologischen Befunde gering ausgeprägt. Der Explorand mache ab und zu Gesprächspausen und schaue dabei im Zimmer herum. Er lispel wenig und atme manchmal schwer. Im Affekt sei er klagsam und jammerig. Im Vordergrund stünden interaktionelle Defizite. Im Gesprächsverhalten sei er schwer führbar und nur mässig kooperativ. Er antworte auf Fragen je nach Thema inhaltlich unterschiedlich differenziert. In der Interaktion sei er dramatisierend, theatralisch und ehrerbietig, dabei aber sthenisch, dominant und narzisstisch (ich bezogen, fordernd). Eine Verdeutlichungstendenz (Aggravation) sei vorhanden. Mit Bezug auf die im September 2010 von Dr. med. F.\_\_\_\_ dokumentierten Befunde sei ausdrücklich festzustellen, dass das Denken des Exploranden formal unauffällig (insbesondere: nicht beschleunigt, keine Blockierungen, kein Gedankenabriss, keine Sperrungen, kein Danebenreden) sowie seine Psychomotorik ruhig und angemessen seien. Aufmerksamkeit und Konzentration seien konstant. Eine ängstlich-misstrauische Verstimmung, eine Affektlabilität und/oder eine Paramimie seien nicht vorhanden. Aufgrund der aktuellen Untersuchung der vorliegenden Akten und der Angaben des Exploranden könne zusammenfassend angenommen werden, dass als Hauptdiagnose eine leicht bis mittelschwer ausgeprägte kombinierte Persönlichkeitsstörung (ICD 10 F61.0) bestehe. Dabei seien narzisstische, schizoide, paranoide, emotional instabile, abhängige, ängstlich-vermeidende, dissoziative, hysterische/histrionische und unreife Anteile vorhanden. Die in den Akten 2004/2005 beschriebene polymorph psychotische Störung mit Symptomen einer Schizophrenie (F23.1) könne den Verdacht auf eine paranoide Schizophrenie (F20.0) nicht hinreichend begründen und sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit als Teil/Symptom der

Persönlichkeitsstörung einzuordnen. Ebenfalls Ausdruck der emotional instabilen und impulsiven Anteile der Persönlichkeitsstörung seien das unterschiedlich ausgeprägte Abhängigkeitssyndrom von Tabak (F17.2), die Hinweise auf Selbstbeschädigungen (Z91.5, Intoxikation mit Tabletten/Narben an Schultern und Stirn) und eine (früher angenommene) potentielle Fremdgefährlichkeit. Der durch anamnestische Hinweise begründete Verdacht auf eine Störung des Sozialverhaltens in der Kindheit (F91) bestätige schliesslich ebenfalls die (spätere) Entwicklung hin zu einer klinisch relevanten Persönlichkeitsstörung. Die Persönlichkeitsstörung sei im Fall des Exploranden nicht gleichzusetzen mit einer schweren psychiatrischen Störung, welche die Handlungs- und Willensfreiheit und/oder den Realitätsbezug (fast) vollständig verunmögliche. Solche Störungen seien beispielsweise Endstadien der Entwicklung einer Demenz, eine langjährige oder hochakute Schizophrenie oder ein Delir. Der Explorand erfülle die Kriterien vor allem durch seine fehlende berufliche Integration aufgrund interaktioneller Konflikte. Weitere aus rein psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht tatsächliche Auffälligkeiten seien nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erkennbar. Der Explorand habe sich trotz schwieriger Lebensbedingungen sozial angemessen integriert (bspw. erneute Heirat, keine polizeilichen Auffälligkeiten, keine «Suchterkrankung»). Gesamthaft könne somit eine leichte bis mittelschwere Ausprägung der Störung angenommen werden. Die leicht bis mittelschwer ausgeprägte Persönlichkeitsstörung (F61.0), wie sie beim Exploranden vorliege, habe einen relevanten (krankheitsbedingten) Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit im Ausmass einer Minderung von 40 % (von 100 %) auf dem ersten ausgeglichenen Arbeitsmarkt. Dabei stünden Defizite bei der Anpassung an Regeln, der Flexibilität, der Urteilsfähigkeit, der Durchhaltefähigkeit und der Gruppenfähigkeit (hier insbesondere der Konfliktfähigkeit) im Vordergrund. Für angepasste Tätigkeiten (kein Kundenkontakt, gut strukturiert, wenig komplex, ohne Zeitdruck, autonom) und Tätigkeiten im Haushalt könne aus rein psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht keine relevante (20 % und mehr von 100 %) Arbeitsunfähigkeit angenommen werden. Von dieser Einschätzung könne ab Ende der Schulzeit ausgegangen werden. Medizinisch-theoretisch sei die Prognose einer Persönlichkeitsstörung (oft trotz langjähriger psychiatrisch-psychotherapeutischer Therapie) meist chronisch stabil. In den Akten werde ab Mitte 2004 eine polymorph psychotische Störung mit Symptomen einer Schizophrenie (F23.1) beschrieben, die den Verdacht auf eine paranoide Schizophrenie (F20.0) nicht hinreichend begründen könne. Bereits Mitte 2005 werde eine Verbesserung des Gesundheitszustands dokumentiert. Diese Störung sei versicherungsmedizinisch nicht als eigenständige Störung mit Krankheitswert anzunehmen. Die erst- und einmalige «psychotische Entgleisung», die Ausdruck der Überforderung des Exploranden aufgrund seiner Persönlichkeitsdefizite (bspw. narzisstisches Selbstverständnis, dramatisch-theatralische Selbstinszenierung, geringe Frustrationstoleranz, Impulsivität) sei, habe allenfalls eine kurzfristige zusätzliche Minderung der Leistungsfähigkeit begründet. Vergleichbare Überlegungen seien auch für die weiteren im Fall des Exploranden bekannten psychopathologischen Zustandsbilder (depressives Syndrom/Anpassungsstörung, somatoforme Störung, psychosomatische Beschwerden) gültig. Bei der Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit seien auch krankheitsfremde Gesichtspunkte (Aggravation und psychosoziale Faktoren wie bspw. Herkunft, Migration, schwierige Lebensbedingungen, mangelhafte Deutschkenntnisse/Deutsch als Fremdsprache, einfache Schulbildung, fehlende Berufsausbildung, sehr geringe Berufserfahrung, Abstinenz vom und Lage am Arbeitsmarkt, langjähriger Rentenbezug, finanzielle Schulden, Krankheit der Mutter,

Konflikt mit der IV, eheliche Konflikte/Scheidung der 1. Ehe etc.) berücksichtigt und von krankheitsbedingten, objektivierbaren Befunden abgegrenzt worden. Diese krankheitsfremden Gesichtspunkte hätten vor allem therapeutische bzw. sozialarbeiterische Relevanz und gingen nicht in die Beurteilung der medizinisch-theoretischen Zumutbarkeit einer allfälligen Tätigkeit aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht mit ein. Sie erklärten mit weit überwiegender Wahrscheinlichkeit die aussergewöhnliche Diskrepanz zwischen der subjektiven und der objektiven Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit. Sie behinderten auch (als nicht krankheitsbedingte Faktoren) die medizinisch zumutbare Willensanstrengung zur Überwindung der Defizite. Im Fall des Exploranden seien keine weiteren besonderen Hinweise mit überwiegender Wahrscheinlichkeit vorhanden, die schwere Defizite aufgrund eines Gesundheitsschadens und/oder eine Unzumutbarkeit zu deren Überwindung begründen könnten (bspw. durch krankheitsbedingt fehlende Ressourcen und/oder durch eine fehlende Kapazität zur Verarbeitung innerpsychischer Konflikte). Der Explorand nehme – wenn auch subjektiv eingeschränkt – regelmässig am sozialen Leben teil (Reisen unternehmen, TV sehen, Kollegen/Verwandte treffen etc.). Der sozial übliche Umgang mit nicht ärztlich verordneten psychotropen Substanzen (deutlich reduzierter Konsum von Tabak [gemäss Akten früher doppelte Konsummenge] sowie Abstinenz von Alkohol und Drogen) lasse ebenfalls zumindest angemessene innerseelische Ressourcen annehmen. Im Rahmen der Beantwortung der dem Gutachter gestellten Fragen wies Dr. med. G. \_\_\_ im Wesentlichen darauf hin, der Verdacht auf eine paranoide Schizophrenie sei ab April 2014 weder objektiv noch subjektiv begründ- bzw. nachvollziehbar. Mit Bezug auf die im September 2010 von Dr. med. F. \_\_\_ dokumentierten Befunde sei im Dezember 2014 festzustellen, dass das Denken des Exploranden formal unauffällig (insbesondere: nicht beschleunigt, keine Blockierungen, kein Gedankenabriss, keine Sperrungen, kein Danebenreden) sowie seine Psychomotorik ruhig und angemessen seien. Aufmerksamkeit und Konzentration seien konstant. Eine ängstlich-misstrauische Verstimmung, eine Affektlabilität und/oder eine Paramimie seien nicht vorhanden. Der objektive psychopathologische Befund habe sich somit wesentlich verbessert. Die leicht bis mittelschwer ausgeprägte Persönlichkeitsstörung (F61.0), wie sie beim Exploranden vorliege, habe einen relevanten (krankheitsbedingten) Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit im Ausmass einer Minderung von 40 % (von 100 %) auf dem ersten ausgeglichenen Arbeitsmarkt. Die in den Akten beschriebene polymorph psychotische Störung mit Symptomen einer Schizophrenie (F23.1) – inkl. den weiteren psychopathologischen Zustandsbildern (depressives Syndrom, somatoforme Störung, psychosomatische Beschwerden) – habe mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zwischen April 2004 und Juni 2005 zu einer (kurzfristigen) zusätzlichen Minderung der Leistungsfähigkeit und dadurch zu einer Arbeitsunfähigkeit von mehr als 70 % (von 100 %) für jede Art von beruflicher Tätigkeit geführt. Für angepasste Tätigkeiten (kein Kundenkontakt, gut strukturiert, wenig komplex, ohne Zeitdruck, autonom) und Tätigkeiten im Haushalt könne aus rein psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht vor April 2004 und nach Juni 2005 keine relevante (20 % und mehr von 100 %) Arbeitsunfähigkeit angenommen werden. Es sei von Vorteil, wenn den Defiziten des Exploranden bei der Anpassung der Regeln, der Flexibilität, der Urteilsfähigkeit, der Durchhaltefähigkeit und der Gruppenfähigkeit (hier insbesondere der Konfliktfähigkeit) mit Toleranz begegnet werden könne. Medizinisch-theoretisch sei die Prognose einer Persönlichkeitsstörung (oft trotz langjähriger psychiatrisch-psychotherapeutischer Therapie) meist chronisch stabil. Eine Therapie sei beim Exploranden durchgeführt worden. Deren Nutzen sei mit Blick auf eine

relevante Steigerung der Arbeitsfähigkeit allerdings aus rein versicherungsmedizinischer Sicht nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit anzunehmen. Berufliche Massnahmen seien aus medizinischer Sicht zumutbar (IV-Nr. 96.1). 6.8 In der Stellungnahme des behandelnden Psychiaters Dr. med. D.\_\_\_\_ vom 27. Februar 2015 zum Gutachten von Dr. med. G.\_\_\_\_ wurde zusammengefasst darauf hingewiesen, die Selbstüberschätzung der eigenen Beurteilungsfähigkeit in der Rückschau, die Falschinformation der erneuten Ehe und die daraus resultierenden falschen Schlussfolgerungen in Sachen Schweregrad und Arbeitsfähigkeit und die mangelnde Beschreibung der Behinderung schränkten die Wertigkeit des Gutachtens stark ein. Auch die formalen Fehler der Einzeituntersuchung, die Nichterwähnung eines Hundes, die inkohärent beschriebene Begutachtungs- und Abschiedsatmosphäre und die fehlende Fremdanamnese schmälerten den Wert des Gutachtens wesentlich. Ein fehlendes Video lasse kein Wissen zu, was real während der Begutachtung passiert sei. Die Behinderung des Patienten sei deutlich höher zu erachten, als dies der Gutachter tue. Obwohl es schwierig werden könnte, wäre es positiv, ihn an eine regelmässige behindertengerechte Tätigkeit heranzuführen. Dort könnten dann die Sozialverträglichkeit, die eigentliche Leistungsfähigkeit und deren Schwankungen in der Realität beschrieben werden (IV-Nr. 99). 6.9 RAD-Arzt Dr. med. H.\_\_\_\_ hielt in seiner Stellungnahme vom 2. April 2015 fest, das psychiatrische Gutachten von Dr. med. G.\_\_\_\_ vom 3. Februar 2015 beruhe auf den vorgelegten medizinischen Akten sowie einer eigenen Untersuchung von 90 Minuten Dauer. Die Schlussfolgerungen seien nachvollziehbar begründet worden. Dr. med. G.\_\_\_\_ komme in seiner diagnostischen Beurteilung zu einem sich weitgehend mit derjenigen des Gutachters Dr. med. F.\_\_\_\_ vom September 2010 deckenden Resultat. Er komme bei deutlich geringeren psychopathologischen Befunden zum Schluss, dass sich der Gesundheitszustand inzwischen deutlich verbessert habe. Der erhobene Psychostatus entspreche auch dem Bild, das er, Dr. med. H.\_\_\_\_, beim Revisionsgespräch vom 4. Juni 2014 gewonnen habe. Es müsse erwogen werden, ob der Versicherte mit seinen Aussagen versuche, Ärzte, deren Beurteilung ihm nicht passe, in ein schlechtes Licht zu rücken. Im Weiteren sei festzustellen, dass der Versicherte verschiedene Angaben zu seinem Zivilstand mache. Gegenüber dem behandelnden Arzt präsentiere er sich als Single, der alleine in einer Mietwohnung lebe; gegenüber der IV-Stelle und dem Gutachter erkläre er jedoch, er sei verheiratet und lebe mit der Ehefrau zusammen. Es scheine, als würde der Versicherte je nach Situation verschiedene Angaben machen. Welche Version der Wahrheit entspreche, sei dahingestellt. Dem Gutachter könne jedoch nicht unterstellt werden, er habe verschiedene Patientengeschichten miteinander vermischt. In Anbetracht der gesamten Aktenlage vermöge die gutachterliche Beurteilung von Dr. med. G.\_\_\_\_ mehr zu überzeugen als die Einschätzung des behandelnden Psychiaters. Mit Ausnahme der Festlegung des Beginns der attestierten Verbesserung bzw. der daraus resultierenden höheren Arbeitsfähigkeit könne auf das Gutachten von Dr. med. G.\_\_\_\_ abgestellt werden. Mangels medizinischer Unterlagen sei jedoch von einer Verbesserung ab spätestens Juni 2014 auszugehen (IV-Nr. 104). 6.10 Aus dem im gerichtlichen Beschwerdeverfahren nachgereichten Bericht von Dr. med. D.\_\_\_\_ vom 28. Januar 2016 geht folgende Diagnose hervor: «Emotional instabile Persönlichkeitsstörung Typus Borderline (ICD-10: F60.31)». Zur Arbeitsfähigkeit führte der behandelnde Psychiater aus, der Patient lebe in einer «kokonhaften» eigenen Wirklichkeit, aus welcher es aktuell kaum einen Weg heraus gebe. Auf den ersten Blick wirke dieser Zustand als «faul» oder «bequem», bei genauerem Hinsehen merke man aber, wie eingeschränkt die Wirklichkeitssicht des Patienten sei. Es sei in all den Jahren nicht gelungen, daran viel zu

ändern. Der Patient benötige zuerst eine geregelte Tagesstruktur, mit Beobachtung bei einer Beschäftigung über mindestens drei Monate. Die gutachterlichen Resultate wirkten aufgrund ihrer primär stichprobenhaften Eigenschaft eher als «Kurzblicke, denn wirklich beschreibend». Es bestehe der Verdacht, dass man Gutachten so überbewerte (Beschwerdebeilage Nr. 1).

#### **E. 4**

Eventualiter sei die Angelegenheit zum neuen Entscheid an die Vorinstanz zurückzuweisen.

#### **E. 5**

Es sei eine parteiöffentliche Verhandlung anzusetzen und der Beschwerdeführer persönlich anzuhören.

#### **E. 6**

Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen. 2.2 In ihrer Stellungnahme vom 21. Januar 2016 beantragt die Beschwerdegegnerin, das Begehren des Beschwerdeführers auf Wiederherstellung der aufschiebenden Wirkung der Beschwerde sei abzuweisen (A.S. 17 f.). 2.3 Mit Verfügung vom 28. Januar 2016 wird das Begehren des Beschwerdeführers, die durch die Beschwerdegegnerin entzogene aufschiebende Wirkung der Beschwerde gegen die Verfügung vom 16. November 2015 sei wiederherzustellen, abgewiesen (IV-Nr. 19 ff.). 2.4 In ihrer Beschwerdeantwort vom 4. Februar 2016 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde (A.S. 22 f.). 2.5 Mit Replik vom 26. Februar 2016 wird an der Beschwerde festgehalten (A.S. 25 ff.). 2.6 Mit Eingabe vom 30. März 2016 lässt der Beschwerdeführer dem Gericht den Arztbericht des behandelnden Psychiaters, Dr. med. D. \_\_\_\_, vom 28. Januar 2016 einreichen (A.S. 29; Beschwerdebeilage 1). 2.7 Mit Verfügung vom 20. April 2016 wird festgestellt, dass die Beschwerdegegnerin auf eine Äusserung zur Replik vom 26. Februar 2016 verzichtet hat (A.S. 31). 2.8 Am 29. April 2016 reicht der Vertreter des Beschwerdeführers seine Kostennote sowie die mit dem Beschwerdeführer abgeschlossene Honorarvereinbarung ein (A.S. 32 ff.). II. 1. 1.1 Die Sachurteilsvoraussetzungen (Einhaltung von Frist und Form, örtliche und sachliche Zuständigkeit des angerufenen Gerichts) sind erfüllt. Auf die Beschwerde ist einzutreten. 1.2 Streitig ist, ob der Beschwerdeführer über den 31. Dezember 2015 hinaus weiterhin Anspruch auf eine Invalidenrente hat und ob ihm berufliche Eingliederungsmassnahmen zuzusprechen sind. Bei der Beurteilung des Falles ist grundsätzlich auf den Sachverhalt abzustellen, der bis zum Erlass der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 16. November 2015 eingetreten ist (BGE 132 V 215 E. 3.1.1 S. 220 mit Hinweisen). 2. 2.1 Als Invalidität im Sinne des Gesetzes gelten gemäss Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1) die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit andauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Sie kann nach Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein. Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. c). Arbeitsunfähigkeit ist nach Art. 6 Satz 1 ATSG die durch eine Beeinträchtigung der

körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Das Wartejahr gilt als eröffnet, sobald eine solche Arbeitsunfähigkeit von mindestens 20 % eingetreten ist (AHI-Praxis 1998, S. 124). Der Rentenanspruch entsteht indes laut Art. 29 IVG frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs im Sinne von Art. 29 Abs. 1 ATSG. Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG; BGE 130 V 343 E. 3.2 S. 346 f.). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG; vgl. auch BGE 135 V 215 E. 7 S. 228 ff.).

## **E. 7**

7.1 Die Beschwerdegegnerin hob die dem Beschwerdeführer bisher gewährte ganze Invalidenrente mit vorliegend angefochtener Verfügung vom 16. November 2015 per Ende Dezember 2015 im Wesentlichen mit der Begründung auf, gemäss ihren medizinischen Abklärungen habe sich sein psychischer Gesundheitszustand wesentlich verbessert. Die in den Arztberichten vom November 2004 und Januar 2010 formulierte paranoide Schizophrenie habe bei der psychiatrischen Begutachtung durch Dr. med. G.\_\_\_\_ vom 17. Dezember 2014 nicht mehr objektiv begründet und subjektiv nachvollzogen werden können. Der objektive psychopathologische Befund habe sich seither wesentlich verbessert. Die angestammte Tätigkeit als Kellner sei dem Beschwerdeführer in einem Pensum von 60 % zuzumuten. In einer angepassten Verweistätigkeit ohne Kundenkontakt bestehe eine 100%ige Arbeits- und Leistungsfähigkeit. Es sei von der sofortigen Verwertbarkeit dieser festgestellten Arbeitsfähigkeit auf dem Weg der Selbsteingliederung auszugehen (IV-Nr. 111).

Der Beschwerdeführer lässt demgegenüber geltend machen, das psychiatrisch-psychotherapeutische Gutachten von Dr. med. G.\_\_\_\_ vom 3. Februar 2015 sei in mehrfacher Hinsicht fehlerhaft bzw. widersprüchlich. Die attestierte Minderung der Arbeitsfähigkeit um 40 % beziehe sich nicht auf die bisherige Tätigkeit, sondern auf die Arbeitsfähigkeit auf dem gesamten ersten ausgeglichenen Arbeitsmarkt. Wenn die Arbeitsfähigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt maximal 60 % betrage, dann könne eine angepasste Tätigkeit mit einer Arbeitsfähigkeit von 100 % offensichtlich nur auf dem zweiten oder dritten Arbeitsmarkt zu finden sein. Dort sei aber nicht mit einem marktüblichen Lohn zu rechnen. Die IV-Stelle nenne zwar ein paar Beispiele zumutbarer Tätigkeiten, gehe aber nicht auf die bereits geäusserte Argumentation ein. Im ersten Arbeitsmarkt gebe es keine Stellen ohne Zeitdruck. Zudem bestehe ein Widerspruch zwischen «autonom» und «gut strukturiert». Die von der IV-Stelle genannten Tätigkeiten erforderten klar definierte Regeln. Sodann sei Fernsehen kein Beweis für eine Teilnahme am sozialen Leben. Der vom Gutachter angewandte Massstab sei viel zu streng. Dr. med. D.\_\_\_\_ lege nachvollziehbar dar, inwiefern das Gutachten von Dr. med. G.\_\_\_\_ Mängel aufweise. Auf dieses könne nicht abgestellt werden und die Rentenaufhebung sei zu Unrecht erfolgt.

7.2 Zunächst ist festzuhalten, dass Dr. med. G. \_\_\_ im Rahmen des von der Beschwerdegegnerin im August 2012 von Amtes wegen eingeleiteten Revisionsverfahrens in seinem psychiatrisch-psychotherapeutischen Gutachten vom 3. Februar 2015 (Untersuchung vom 17. Dezember 2014) ■ entgegen der früheren medizinischen Berichte sowie derjenigen des behandelnden Psychiaters - beim Beschwerdeführer keine paranoide Schizophrenie (ICD-10 F20.0), sondern eine kombinierte Persönlichkeitsstörung (F61.0) mit narzisstischen, schizoiden, paranoiden, emotional instabilen, abhängigen, ängstlich-vermeidenden, dissoziativen, hysterischen/histrionischen und unreifen Anteilen, mit Abhängigkeitssyndrom von Tabak (F17.2), mit Status nach einer polymorph psychotischen Störung mit Symptomen einer Schizophrenie (F23.1), mit Status nach Selbstbeschädigung (Intoxikation von Tabletten im 2002, Narben an Schultern und Stirn, Z91.5) und bei Status nach Störung des Sozialverhaltens in der Kindheit (F91) diagnostizierte. Zur Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit als Kellner gab er an, die leicht bis mittelschwer ausgeprägte Persönlichkeitsstörung (F61.0), wie sie beim Beschwerdeführer vorliege, habe einen relevanten (krankheitsbedingten) Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit im Ausmass einer Minderung von 40 % (von 100 %) auf dem ersten ausgeglichenen Arbeitsmarkt (IV-Nr. 96.1 S. 31 Ziff. 8.3). In einer dem Leiden angepassten Tätigkeit (kein Kundenkontakt, gut strukturiert, wenig komplex, ohne Zeitdruck, autonom) und in Haushaltstätigkeiten könne aus rein psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht keine relevante (20 % und mehr von 100 %) Arbeitsunfähigkeit angenommen werden (IV-Nr. 96.1 S. 32 Ziff. 8.4.2; vgl. auch S. 28 des Gutachtens). Im Weiteren legte der psychiatrische Gutachter im Rahmen seiner ausführlichen Beurteilung dar, die in den Akten beschriebene polymorph psychotische Störung mit Symptomen einer Schizophrenie (F23.1) könne den Verdacht auf eine paranoide Schizophrenie (F20.0) nicht hinreichend begründen und sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit als Teil/Symptom der Persönlichkeitsstörung einzuordnen (IV-Nr. 96.1 S. 26).

Nach den Angaben von Dr. med. G. \_\_\_ ist die beim Beschwerdeführer diagnostizierte Persönlichkeitsstörung nicht mit einer schweren psychiatrischen Störung gleichzusetzen, welche seine Handlungs- und Willensfreiheit oder den Realitätsbezug vollständig verunmöglicht, sondern sie weist gesamthaft eine leichte bis mittelschwere Ausprägung auf. Im Vordergrund stehen Defizite bei der Anpassung an Regeln, der Flexibilität, der Urteilsfähigkeit, der Durchhaltefähigkeit und der Gruppenfähigkeit (insbesondere der Konfliktfähigkeit; IV-Nr. 96.1 S. 27 f.). Der Facharzt hielt sodann fest, in Bezug auf die ab Mitte 2004 beschriebene polymorph psychotische Störung mit Symptomen einer Schizophrenie (F23.1) sei bereits Mitte 2005 eine Verbesserung des Gesundheitszustands dokumentiert. Diese Störung sei versicherungsmedizinisch nicht als eigenständige Störung mit Krankheitswert zu qualifizieren (IV-Nr. 96.1 S. 28 f.). Es seien ferner keine weiteren Hinweise auf schwere Defizite aufgrund eines Gesundheitsschadens ersichtlich; es bestehe auch kein Anhaltspunkt, dass eine Überwindung solcher Defizite unzumutbar wäre (IV-Nr. 96.1 S. 29). Die dem Experten gestellte Frage, ob sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seither verändert habe, wurde dahingehend beantwortet, der von Dr. med. D. \_\_\_ im November 2004 erstmals formulierte Verdacht auf eine paranoide Schizophrenie sei ab April 2014 weder objektiv noch subjektiv begründ- bzw. nachvollziehbar. Im Dezember 2014 sei festzustellen, dass sich der objektive psychopathologische Befund wesentlich verbessert habe (IV-Nr. 96.1 S. 31 Ziff. 8.1). Somit lassen die Ausführungen des psychiatrischen Gutachters auf eine seither eingetretene relevante Verbesserung des psychischen Gesundheitszustands des Beschwerdeführers

schliessen.

Dieses umfassende psychiatrisch-psychotherapeutische Gutachten von Dr. med. G.\_\_\_\_ vom 3. Februar 2015 beruht auf dessen allseitigen Untersuchungen vom 17. Dezember 2014, berücksichtigt die geklagten Beschwerden und wurde in Kenntnis der Anamnese und der vorliegenden Akten abgegeben. Ausserdem leuchtet es in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation ein und die Schlussfolgerungen des Experten sind begründet. Demnach kommt diesem Gutachten Beweiswert zu (BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232; vgl. E. II. 4.2 hiavor).

7.3 Eine gesundheitliche Verbesserung lässt sich im Weiteren auch dem Bericht des Hausarztes Dr. med. E.\_\_\_\_ vom 17. November 2012 entnehmen. Der Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin konnte keine sichere psychiatrische Krankheit mehr diagnostizieren. Er führte u.a. aus, er könne bei seinem Patienten zumindest seit dem Jahr 2006 keine Krankheit erkennen. Der langjährige Verlauf (8 Jahre) ohne besondere Vorkommnisse und ohne Medikamenteneinnahme entkräfte die Diagnose einer Schizophrenie, allenfalls könnte eine Störung vom Borderline-Typ vorliegen. Der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers habe sich eindeutig stabilisiert und sogar verbessert (IV-Nr. 76 S. 3). Diese Einschätzung wurde vom Hausarzt in seinem Bericht vom 28. Februar 2014 bestätigt (IV-Nr. 79 S. 2 und 4). Auf eine Stabilisierung bzw. Verbesserung des Gesundheitszustands wurde auch im Rahmen der Revisionsgespräche vom 28. Februar 2013 (IV-Nr. 78 S. 2) und 4. Juni 2014 (Protokoll vom 5. Juni 2014; IV-Nr. 84) hingewiesen. RAD-Arzt Dr. med. H.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, führte in seiner Einschätzung der medizinischen Situation aus, aufgrund der Erhebungen im aktuellen Gespräch erscheine die Diagnose einer paranoiden Schizophrenie als eher fraglich. Die wahrscheinlich vorliegende Persönlichkeitsstörung sei nicht derart ausgeprägt, dass sie einer Behandlung nicht zugänglich wäre und den Wiedereinstieg in eine (zumindest teilzeitliche) Erwerbstätigkeit ausschliessen würde. Eine konsequente Einnahme der vom behandelnden Psychiater verordneten Antidepressiva und Neuroleptika sei angezeigt. Es sei wahrscheinlich, dass dadurch die Voraussetzungen für den Einstieg in berufliche Massnahmen geschaffen werden könnten (IV-Nr. 84 S. 5). In seiner Stellungnahme vom 2. April 2015 kam Dr. med. H.\_\_\_\_ zum Schluss, in Anbetracht der gesamten Aktenlage vermöge die Beurteilung von Dr. med. G.\_\_\_\_ klar mehr zu überzeugen als die Einschätzung des behandelnden Psychiaters, zumal der Vorgutachter Dr. med. F.\_\_\_\_ zu einer hinsichtlich der Erkrankung des Versicherten weitgehend übereinstimmenden Einschätzung gekommen sei. Zudem sei auf die bereits damals bestehenden Inkonsistenzen bei den Angaben des Versicherten, die fehlende Compliance bezüglich Medikamenteneinnahme sowie auf eine erhebliche Aggravation hingewiesen worden. Dementsprechend sprach sich der RAD-Facharzt dafür aus, auf das Gutachten von Dr. med. G.\_\_\_\_ vom 3. Februar 2015 könne grundsätzlich abgestellt werden, wobei mangels medizinischer Unterlagen von einer Verbesserung des Gesundheitszustands und der daraus resultierenden höheren Arbeitsfähigkeit ■ in Abweichung vom Gutachten ■ erst ab spätestens Juni 2014 auszugehen sei (IV-Nr. 104 S. 3).

Dass von einer Verbesserung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers auszugehen ist, wird nun auch durch den behandelnden Psychiater Dr. med. D.\_\_\_\_ insoweit erhärtet, als er in seinem vorliegend jüngsten Arztbericht vom 28. Januar 2016 nicht mehr eine paranoide Schizophrenie, sondern «lediglich» eine emotional instabile Persönlichkeitsstörung Typus Borderline (ICD-10: F60.31) diagnostiziert und zur

Arbeitsfähigkeit festhält, der Patient bedürfe zuerst einer geregelten Tagesstruktur mit Beobachtung bei einer Beschäftigung über mindestens drei Monate (vgl. Beschwerdebeilage 1). In seinen früheren Einschätzungen ging Dr. med. D.\_\_\_\_ noch von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers aus (vgl. Bericht vom 30. September 2014 [IV-Nr. 89] und Stellungnahme vom 27. Februar 2015 [IV-Nr. 99]).

7.4 Dem Einwand des Beschwerdeführers, Dr. med. G.\_\_\_\_ beziehe die Arbeitsfähigkeitsbeurteilung (60 %) ■ entgegen der auf S. 31 des Gutachtens gestellten Frage (Ziff. 8.3) - nicht auf seine bisherige Tätigkeit als Kellner, sondern auf die Arbeitsfähigkeit im gesamten ersten ausgeglichenen Arbeitsmarkt, kann nicht gefolgt werden. Ebenso unrichtig ist die Aussage, eine angepasste Tätigkeit mit einer Arbeitsfähigkeit von 100 % könne nach den Angaben des psychiatrischen Gutachters offensichtlich nur im zweiten oder dritten Arbeitsmarkt gefunden werden (vgl. Antwort des Gutachters auf die in Ziff. 8.4.2 gestellte Frage [S. 32]). Eine solche Interpretation der gutachterlichen Angaben zur Arbeitsfähigkeit lässt das Gutachten nicht zu. Dr. med. G.\_\_\_\_ hielt im Rahmen seiner Beurteilung auf S. 28 des Gutachtens fest, gemäss seiner Einschätzung habe eine leicht bis mittelschwer ausgeprägte Persönlichkeitsstörung (F61.0), wie sie beim Beschwerdeführer vorliege, einen relevanten (krankheitsbedingten) Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit im Ausmass einer Minderung von 40% (von 100 %) auf dem ersten ausgeglichenen Arbeitsmarkt. Damit bezog sich der Gutachter auf die bisherige, bis April 2004 ausgeübte Tätigkeit des Beschwerdeführers als Kellner, ansonsten seine direkt anschliessende weitere Einschätzung, wonach für angepasste Tätigkeiten (kein Kundenkontakt, gut strukturiert, wenig komplex, ohne Zeitdruck, autonom) und Tätigkeiten im Haushalt aus rein psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht keine relevante (20 % und mehr von 100 %) Arbeitsunfähigkeit angenommen werden könne, keinen Sinn machen würde. Da sich diese Einschätzung für angepasste Tätigkeiten zweifellos auf den ausgeglichenen (ersten) Arbeitsmarkt bezieht (von einem «zweiten» oder «dritten» Arbeitsmarkt ist hier nirgends die Rede), kann die attestierte Minderung der Arbeitsfähigkeit im Ausmass von 40 % nur für die bisherige Tätigkeit gelten. Dementsprechend beantwortete der Gutachter auch die ausdrücklich gestellte Frage nach der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit in gleicher Weise (vgl. S. 31 Ziff. 8.3). Mit der Angabe, es bestehe eine Minderung der Arbeitsfähigkeit im Ausmass von 40 % (von 100 %) «auf dem 1. ausgeglichenen Arbeitsmarkt», brachte der Gutachter lediglich zum Ausdruck, dass der Beschwerdeführer seine bisherige Tätigkeit als Kellner mit einem Pensum von 60 % auf dem hier massgebenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt verwerten könnte.

7.5 Der Beschwerdeführer lässt im Weiteren geltend machen, es gebe auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt keine für ihn zumutbaren Stellen. Die Beschwerdegegnerin nenne zwar ein paar Beispiele, auf seine Argumentation sei aber nicht eingegangen worden (Beschwerde, S. 3 Ziff. 4).

Dazu ist festzuhalten, dass der ausgeglichene Arbeitsmarkt gekennzeichnet ist durch ein gewisses Gleichgewicht zwischen Angebot und Nachfrage nach Arbeitskräften und einen Fächer verschiedenster Tätigkeiten aufweist (BGE 110 V 273 E. 4b S. 276). Das gilt sowohl bezüglich der dafür verlangten beruflichen und intellektuellen Voraussetzungen wie auch hinsichtlich des körperlichen Einsatzes. Dabei ist nicht von realitätsfremden Einsatzmöglichkeiten auszugehen. Es können nur Vorkehren verlangt werden, die unter Berücksichtigung der gesamten objektiven und subjektiven Gegebenheiten des Einzelfalles

zumutbar sind. An die Konkretisierung von Arbeitsgelegenheiten und Verdienstaussichten sind jedoch rechtsprechungsgemäss keine übermässigen Anforderungen zu stellen. Für die Invaliditätsbemessung ist nicht massgeblich, ob eine invalide Person unter den konkreten Arbeitsmarktverhältnissen vermittelt werden kann, sondern einzig, ob sie die ihr verbliebene Arbeitskraft noch wirtschaftlich nutzen könnte, wenn die verfügbaren Arbeitsplätze dem Angebot an Arbeitskräften entsprechen würden. Der ausgeglichene Arbeitsmarkt (Art. 16 ATSG) umfasst auch sogenannte Nischenarbeitsplätze, also Stellen- und Arbeitsangebote, bei welchen Behinderte mit einem sozialen Entgegenkommen von Seiten des Arbeitgebers rechnen können. Von einer Arbeitsgelegenheit kann aber dort nicht gesprochen werden, wo die zumutbare Tätigkeit nur in so eingeschränkter Form möglich ist, dass sie der ausgeglichene Arbeitsmarkt praktisch nicht kennt oder sie nur unter nicht realistischem Entgegenkommen eines durchschnittlichen Arbeitgebers möglich und das Finden einer entsprechenden Stelle daher zum vornherein als ausgeschlossen erscheint (Urteile des Bundesgerichts 8C\_324/2016 vom 25. Juli 2016 E. 4.2.1, 8C\_492/2015 vom 17. November 2015 E. 3.2.1, 8C\_652/2014 vom 9. Januar 2015 E. 3.2.2.1 und 9C\_910/2011 vom 30. März 2012 E. 3.1 und 3.2, je mit Hinweisen).

Art und Mass dessen, was einem Versicherten an Erwerbstätigkeit noch zugemutet werden kann, richtet sich nach seinen besonderen persönlichen Verhältnissen einerseits und nach den allgemein herrschenden Auffassungen andererseits. Für die Beurteilung der Zumutbarkeit ist letztlich insofern eine objektive Betrachtungsweise massgebend, als es nicht auf eine bloss subjektiv ablehnende Bewertung der infrage stehenden Erwerbstätigkeit durch den Versicherten ankommt (Urteil des Bundesgerichts 9C\_910/2011 vom 30. März 2012 E. 3.3 mit Hinweisen).

Dr. med. G. \_\_\_ führte in seinem Gutachten vom 3. Februar 2015 aus, für angepasste Tätigkeiten (kein Kundenkontakt, gut strukturiert, wenig komplex, ohne Zeitdruck, autonom) könne aus rein psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht keine relevante Arbeitsunfähigkeit angenommen werden (IV-Nr. 96.1 S. 28 und S. 32 Ziff. 8.4.2). Der Kritik des Beschwerdeführers, es sei nicht ersichtlich, wo eine solche Tätigkeit im ersten Arbeitsmarkt zu finden wäre, hielt die Beschwerdegegnerin in der vorliegend angefochtenen Verfügung entgegen, es gebe auf dem massgebenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt sehr wohl Stellen, welche den vom Gutachter hinreichend konkret beschriebenen, noch zumutbaren Tätigkeiten entsprächen. Zu denken sei etwa an folgende Tätigkeiten: Maschinenbedienung, Sortier-, Prüf- und Verpackungs- sowie Unterhaltsarbeiten. In somatischer Hinsicht bestehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (IV-Nr. 111 S. 3 Ziff. 2). Es besteht kein konkreter Hinweis, dass es dem Beschwerdeführer ■ auch unter Berücksichtigung der vom psychiatrischen Gutachter erwähnten Einschränkungen ■ nicht möglich und zumutbar wäre, die von der Beschwerdegegnerin erwähnten einfachen und gut strukturierten Tätigkeiten im Rahmen eines Vollzeitpensums auszuüben. Zwar sind insbesondere die Einschränkungen «ohne Zeitdruck» und «autonom» als nicht unerheblich zu qualifizieren, doch kann nicht gesagt werden, solche angepassten Tätigkeiten kenne der massgebende ausgeglichene Arbeitsmarkt nicht oder nur unter nicht realistischem Entgegenkommen eines durchschnittlichen Arbeitgebers. Dass sich der Beschwerdeführer selber für nicht erwerbsfähig hält, ist nicht relevant.

Im Übrigen ist kein Widerspruch zwischen den von Dr. med. G. \_\_\_ erwähnten Einschränkungen «autonom» und «gut strukturiert» zu erkennen. Wie die

Beschwerdegegnerin korrekt darauf hinweist, bezieht sich die Einschränkung «autonom» auf die Feststellung, dass der Beschwerdeführer Mühe hat, mit Mitarbeitern in Gruppen zu arbeiten und keinen Kundenkontakt wünscht. Die Einschränkung «gut strukturiert» umschreibt demgegenüber die Art der ihm zuzumutenden Tätigkeiten, welche einfach sein und nach klarer Vorgabe des Arbeitgebers bzw. Vorgesetzten ausgeführt werden müssen. Defizite bei der Anpassung an Regeln und der Flexibilität erfordern allenfalls eine längere Einarbeitungszeit sowie eine intensivere Aufsicht des Beschwerdeführers durch den Arbeitgeber bzw. Vorgesetzten, was bei der Festsetzung des Invalideneinkommens im Rahmen des leidensbedingten Abzugs zu berücksichtigen ist.

7.6 Dr. med. G.\_\_\_\_ hielt im Gutachten sodann fest, der Explorand nehme ■ wenn auch subjektiv eingeschränkt ■ regelmässig am sozialen Leben teil (Reisen unternehmen, TV sehen, Kollegen/Verwandte treffen etc.; vgl. IV-Nr. 96.1 S. 29 f.). Dass der Beschwerdeführer verschiedene Aktivitäten unternimmt, geht auch aus dem Protokoll über das Revisionsgespräch vom 28. Februar 2013 hervor, wonach er spazieren gehe, Enten und Vögel beobachte, manchmal Kollegen zum Gespräch treffe, mit der Ehefrau zu Abend esse und fernsehe. Er habe einen guten Kollegen, sonst aber wenig Freunde. Er sei verheiratet und habe keine Kinder. Er besitze ein Auto (IV-Nr. 78 S. 1). Dem Protokoll vom 5. Juni 2014 über das weitere Revisionsgespräch vom 4. Juni 2014 kann sodann entnommen werden, der Beschwerdeführer sei am 3. Juni 2014 am Nachmittag um ca. 16.00 Uhr aufgestanden, habe etwas gegessen, sich Zigaretten besorgt, sei auf der Post gewesen und habe dann zu Hause wieder am Computer gespielt. Danach habe er um ca. 23.00 Uhr Vögel gefüttert. Um ca. 04.20 Uhr sei er dann zu Bett gegangen (IV-Nr. 84 S. 1). Im Weiteren erklärte der Beschwerdeführer gegenüber dem psychiatrischen Gutachter, er verbringe den Tag strukturiert, lebe bescheiden und wolle seine Ruhe haben. Er formuliere seine politische Meinung zur Not in der Welt und schildere dabei differenziert das Selbstverständnis von Aleviten, einer islamischen Glaubensrichtung. Er reise regelmässig mit seiner aktuellen Ehefrau einmal im Jahr mit dem Flugzeug in die Türkei (u.a. um Gräber zu besuchen). In Deutschland gehe er mit ihr ebenfalls regelmässig einkaufen und in Restaurants. Im Haushalt arbeite er nicht mit. Er ruhe sich aus und liege viel. Er sehe TV, füttere Vögel am See und sehe auf das Wasser hinaus. Ab und zu treffe er sich mit Kollegen. Auch mit seinen Eltern und der 15-jährigen Schwester habe er regelmässige Kontakte (IV-Nr. 96.1 S. 16 f. Ziff. 3).

Der behandelnde Psychiater Dr. med. D.\_\_\_\_ brachte in seiner Stellungnahme vom 27. Februar 2015 zum Gutachten von Dr. med. G.\_\_\_\_ demgegenüber u.a. vor, es sei ihm nicht bekannt, dass der Patient in einer Beziehung lebe. Er lebe immer noch alleine in einer Mietwohnung. Er wirke auf ihn aktuell auch psychisch nicht geeignet oder sozial verträglich, eine nahe Bezugsperson täglich um sich herum zu haben. Eine nochmalige telefonische Nachfrage habe ergeben, dass der Patient alleine lebe. Er sei aktuell nicht ehetauglich. Kollegen habe er kaum. Er bewege sich vor allem im Umkreis seiner Herkunftsfamilie. In seinem Verhalten sei er eher eine Belastung für seine Eltern. Er besuche oft das Restaurant seines Vaters, sei aber nicht in der Lage, dort in irgendeiner Weise im Service zu arbeiten. TV schauen als «soziale Tätigkeit» anzusehen, übertreffe seine kühnsten Vorstellungen (IV-Nr. 99).

In seiner Anmeldung zum Leistungsbezug vom 20. Dezember 2004 gab der Beschwerdeführer gegenüber der IV-Stelle an, er sei seit dem Jahr 2002 mit der 1983 geborenen J.\_\_\_\_ verheiratet, welche im Jahr 2002 in die Schweiz eingereist sei (IV-Nr. 2

S. 1 f.; vgl. auch AHV/IV-Ausweis der Ehefrau [IV-Nr. 4 S. 2], Aufenthaltsbewilligung B der Ehefrau [IV-Nr. 5], Familienbüchlein [IV-Nr. 6] und Anmeldung für eine Hilflosenentschädigung vom 22. April 2005 [IV-Nr. 18], Rückfrage lebenspraktische Begleitung [IV-Nr. 19] und Erstgespräch im Ambulatorium Olten vom 18. März 2005 [IV-Nr. 22 S. 2]). Gegenüber dem Gutachter Dr. med. F.\_\_\_\_ erklärte er anlässlich der Untersuchungen vom 10. Mai und 7. September 2010, er lebe getrennt von seiner Ehefrau (IV-Nr. 71.1 S. 6). Aufgrund der aktenkundigen Aussagen im Rahmen der beiden Revisionsgespräche vom 28. Februar 2013 und 4. Juni 2014 und derjenigen gegenüber dem Gutachter Dr. med. G.\_\_\_\_ ist davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer sich wieder verheiratet hat bzw. in einer Partnerschaft lebt (vgl. IV-Nr. 96.1 S. 16 f.). Im Weiteren greift hier sein Einwand, «TV sehen» sei kein Beweis für eine Teilnahme am sozialen Leben, zu kurz. Im Rahmen der Revisionsgespräche und gegenüber dem psychiatrischen Gutachter erwähnte der Beschwerdeführer genügend andere Aktivitäten (Spaziergänge, Enten und Vögel beobachten und füttern, Kollegen treffen, Computer-Spiele, Interesse an politischen Fragen, regelmässige Flüge in die Türkei, Besorgungen erledigen, Restaurantbesuche und Einkäufe mit Ehefrau, regelmässige Kontakte mit Eltern und Schwester), welche die Einschätzung des Gutachters, der Explorand nehme ■ wenn auch subjektiv eingeschränkt ■ regelmässig am sozialen Leben teil, als korrekt erscheinen lässt.

7.7 Auch die weitere Kritik des behandelnden Psychiaters in seiner Stellungnahme vom 27. Februar 2015 vermag den Beweiswert des Gutachtens von Dr. med. G.\_\_\_\_ nicht zu schmälern. So geht aus dem Gutachten vom Dr. med. G.\_\_\_\_ hervor, nach der Untersuchung habe sich der Beschwerdeführer für den als freundlich erlebten Empfang in der Praxis und das «höfliche, menschliche und anständige» Gespräch bedankt (IV-Nr. 96.1 S. 18). Dass der Beschwerdeführer vom psychiatrischen Gutachter angeblich schlecht behandelt worden sein soll (vgl. Protokolleintrag vom 19. Dezember 2014), beruht ausschliesslich auf seiner eigenen Angaben und erscheint angesichts der Ausführungen von Dr. med. G.\_\_\_\_ als unglaubwürdig. Hinweise, dass der Gutachter «laut und geradezu einschüchternd auf ihn eingeredet» und ihm angeblich zu erkennen gegeben habe, dass ihn seine Meinung nicht interessiere, sind nicht ersichtlich. Daran ändert der Umstand nichts, dass der psychiatrische Gutachter darauf hinwies, im Gesprächsverhalten sei der Beschwerdeführer schwer führbar und nur mässig kooperativ gewesen (vgl. IV-Nr. 96.1 S. 26). Nach dem Gesagten besteht kein Anhaltspunkt für eine vorurteilsbehaftete Begutachtung. Im Übrigen kommt es nach der Rechtsprechung für den Aussagegehalt eines medizinischen Gutachtens grundsätzlich nicht auf die Dauer der Untersuchung an; massgebend ist in erster Linie, ob die Expertise inhaltlich vollständig und im Ergebnis schlüssig ist. Immerhin muss der für eine psychiatrische Untersuchung zu betreibende zeitliche Aufwand der Fragestellung und der zu beurteilenden Psychopathologie angemessen sein (Urteil des Bundesgerichts 9C\_664/2009 vom 6. November 2009 E. 3 mit Hinweis). Hinweise für einen unangemessen kurzen Zeitaufwand für die Befragung des Beschwerdeführers sowie für die psychiatrische Begutachtung bestehen nicht. Im Weiteren liegt die Frage, ob medizinische Gutachter, welche über die vollständigen Akten verfügen, eine Fremdanamnese einholen oder nicht, in deren Ermessen (Urteil des Bundesgerichts 9C\_762/2010 vom 19. Oktober 2010 E. 3.1). Für den Vorwurf, der Gutachter habe sich auf das Minimum beschränken wollen und er habe nur ein formell knapp ausreichendes Gutachten abliefern wollen, ohne eine ergebnisoffene Beurteilung in Betracht zu ziehen (vgl. Beschwerde, S. 5 Ziff. 6), besteht keine Grundlage.

7.8 Nach dem Gesagten wird der Beweiswert des psychiatrisch-psychotherapeutischen Gutachtens von Dr. med. G.\_\_\_\_ vom 3. Februar 2015 durch die Einwände des Beschwerdeführers sowie des behandelnden Psychiaters nicht geschmälert. Konkrete Indizien, welche gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen, sind nicht ersichtlich. Somit kommt dem Gutachten vom 3. Februar 2015 voller Beweiswert zu, zumal es auch in Einklang mit den Beurteilungen des langjährigen Hausarztes Dr. med. E.\_\_\_\_ und des RAD-Psychiaters Dr. med. H.\_\_\_\_ steht. Mit dem RAD-Arzt ist davon auszugehen, dass die Verbesserung des Gesundheitszustands für den Zeitpunkt der Begutachtung durch Dr. med. G.\_\_\_\_ im Dezember 2014 hinreichend ausgewiesen ist. Es besteht somit kein Anlass, die Sache zum neuen Entscheid an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen (vgl. Eventualbegehren Nr. 4, Beschwerde, S. 1 und 4; A.S. 5 und 8).

Auf die Durchführung der vom Beschwerdeführer beantragten «parteioffentlichen Verhandlung» (vgl. Beschwerde vom 21. Dezember 2015, S. 1, Rechtsbegehren, Ziff. 5) ist nach dem Gesagten zu verzichten, sind doch von einer persönlichen Anhörung des Beschwerdeführers keine zusätzlichen Erkenntnisse zu erwarten (antizipierte Beweiswürdigung; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_576/2015 vom 21. September 2015 E. 3.2 mit Hinweisen).

## **E. 8**

8.1 Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist rechtsprechungsgemäss entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdienen würde, und nicht, was sie bestenfalls verdienen könnte (BGE 131 V 51 E. 5.1.2 S. 53; Urteil des Bundesgerichts 9C\_488/2008 vom 5. September 2008 E. 6.4). Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da erfahrungsgemäss die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre. Ausnahmen von diesem Erfahrungssatz müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (BGE 135 V 58 E. 3.1 S. 59; vgl. auch BGE 135 V 297 E. 5.1 S. 300 f.; 134 V 322 E. 4.1 S. 325 f.; 129 V 222 E. 4.3.1 S. 224).

Die Beschwerdegegnerin berücksichtigte in der vorliegend angefochtenen Verfügung ein der Teuerung angepasstes Valideneinkommen von CHF 66'137.00, wobei sie auf einen Tabellenwert der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) 2012 des Bundesamtes für Statistik (BFS) abstellte. Dazu ist festzuhalten, dass der Beschwerdeführer seine letzte Tätigkeit als Kellner gemäss den Angaben seiner damaligen Arbeitgeberin, der C.\_\_\_\_, [...], am 1. März 2004 aus gesundheitlichen Gründen aufgeben musste (vgl. Fragebogen Arbeitgeber vom 3. Oktober 2005, IV-Nr. 27 S. 3 Ziff. 29). Demnach ist zur Ermittlung des Valideneinkommens an diesem Einkommen anzuknüpfen, da davon auszugehen ist, dass er diese Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden weiterhin ausgeübt hätte. Das Valideneinkommen ist so konkret wie möglich ■ in der Regel gestützt auf das vor Eintritt des Gesundheitsschadens zuletzt tatsächlich erzielte Einkommen - zu bestimmen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_25/2014 vom 5. Juni 2014 E. 4.2.1 mit Hinweis). Nach den Angaben der Arbeitgeberin erzielte der Beschwerdeführer zuletzt im Februar 2004 ein monatliches Einkommen von CHF 5'400.00, wobei kein 13. Monatslohn entrichtet wurde (vgl. IV-Nr. 27 S. 2). Unter Berücksichtigung des Nominallohnindex (vgl. Lohnentwicklung des Bundesamtes für Statistik [BFS], Nominallohnindex, Männer, Gastgewerbe [2004: 113.9, 2005: 115.0/100, 2010: 107.1/100, 2014: 103.4) führt dies zu einem

Valideneinkommen von CHF 6'037.80 pro Monat bzw. CHF 72'453.00 pro Jahr.

8.2 Da der Beschwerdeführerin seither keine Erwerbstätigkeit mehr ausgeübt hat, sind zur Bestimmung des Invalideneinkommens die Tabellenwerte der LSE 2012 heranzuziehen (BGE 124 V 321 E. 3b/aa S. 323). Nach den Angaben im psychiatrischen Gutachten von Dr. med. G. \_\_\_ vom 3. Februar 2015 besteht für angepasste Tätigkeiten (kein Kundenkontakt, gut strukturiert, wenig komplex, ohne Zeitdruck, autonom) keine relevante Arbeitsunfähigkeit. Demnach ist der Beschwerdeführer in der Lage, ein Einkommen von CHF 5'210.00 (vgl. LSE 2012, Monatlicher Bruttolohn [Zentralwert] nach Wirtschaftszweigen, Kompetenzniveau und Geschlecht, Privater Sektor, Tabelle TA1, Total, Kompetenzniveau 1, Männer) zu erzielen. Angepasst an die betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit von 41.7 Std. pro Woche (vgl. Statistik der betrieblichen Arbeitszeit [BUA] des BFS, Total) und die Nominallohnentwicklung (Lohnentwicklung 2014 des BFS, Tabelle T1.1.10, Nominallohnindex, Männer, Total [2012: 101.7, 2014: 103.2]) ergibt dies ein Invalideneinkommen von CHF 5'511.55 pro Monat bzw. CHF 66'138.00 pro Jahr.

Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts kann bei einem invaliden Versicherten, der wegen seiner gesundheitlichen Beeinträchtigung bloss noch leichte Hilfstätigkeiten ausüben vermag und das durchschnittliche Lohnniveau eines voll leistungsfähigen Hilfsarbeiters in der Regel nicht erreicht, ein Abzug von maximal 25 % gewährt werden. Der Abzug von 25 % kommt nicht generell und in jedem Fall zur Anwendung. Vielmehr ist anhand der gesamten Umstände des konkreten Falles zu prüfen, ob und in welchem Ausmass das hypothetische Einkommen als Invaliden zusätzlich reduziert werden muss. Dabei ist auch ein Abzug von weniger als 25 % denkbar (BGE 126 V 75 ff.). Die Beschwerdegegnerin berücksichtigte in der vorliegend angefochtenen Verfügung einen Abzug von 10 %, was angesichts der bestehenden Einschränkungen (kein Kundenkontakt; gut strukturierte und wenig komplexe Tätigkeit ohne Zeitdruck, welche autonom ausgeübt werden kann) nicht zu beanstanden ist. Der geltend gemachte Leidensabzug in Höhe von «plus/minus 20 %» erscheint demgegenüber als zu hoch. Weitere Merkmale, die zu einer Reduktion des Tabellenlohns (Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie) führen (vgl. BGE 126 V 75 E. 3b S. 79), sind vorliegend nicht gegeben. Dies führt zu einem Invalideneinkommen von CHF 4'960.40 pro Monat bzw. CHF 59'525.00 pro Jahr. Aus der Gegenüberstellung dieses Einkommens mit dem Valideneinkommen von CHF 72'453.00 ergibt sich ein Invaliditätsgrad von (aufgerundet) 18 %, der keinen Anspruch mehr auf eine Invalidenrente begründet (Art. 28 Abs. 2 IVG; vgl. E. 2.2 hiervor).

9. Der Beschwerdeführer lässt schliesslich noch geltend machen, die Beschwerdegegnerin habe berufliche Eingliederungsmassnahmen mit der angefochtenen Verfügung zu Unrecht abgelehnt.

Im Gebiet der Invalidenversicherung gilt ganz allgemein der Grundsatz, dass die invalide Person, bevor sie Leistungen verlangt, alles ihr Zumutbare selber vorzukehren hat, um die Folgen ihrer Invalidität bestmöglich zu mildern. Von den Versicherten können jedoch nur Vorkehrungen verlangt werden, die unter Berücksichtigung der gesamten objektiven und subjektiven Gegebenheiten des Einzelfalles zumutbar sind. Die Wiedereingliederung von Versicherten im fortgeschrittenen Alter oder nach invaliditätsbedingt langjährigem Fernbleiben von der Arbeitswelt ist oft schwierig. Diesem Umstand Rechnung tragend, muss sich die Verwaltung - sofern die versicherte Person das 55. Altersjahr zurückgelegt oder die Rente mehr als 15 Jahre bezogen hat - vor der (revisions- oder

wiedererwägungsweisen) Herabsetzung oder Aufhebung einer Invalidenrente vergewissern, ob sich ein medizinisch-theoretisch (wiedergewonnenes) Leistungsvermögen ohne Weiteres in einem entsprechend tieferen Invaliditätsgrad niederschlägt oder ob dafür ausnahmsweise im Einzelfall eine erwerbsbezogene Abklärung und/oder die Durchführung von Eingliederungsmassnahmen im Rechtssinne vorausgesetzt ist (Urteil des Bundesgerichts 8C\_393/2016 vom 25. August 2016 E. 3.3 mit Hinweisen).

Im vorliegenden Fall bezieht der 1982 geborene Beschwerdeführer seit dem 1. April 2005 eine (ganze) Invalidenrente. Die vorerwähnten Voraussetzungen (zurückgelegtes 55. Altersjahr, Bezug der Invalidenrente während mehr als 15 Jahren) sind damit nicht erfüllt. Der Beschwerdeführer äusserte sich anlässlich der Revisionsgesprächs vom 28. Februar 2013 dahingehend, er sei aufgrund seiner psychischen Probleme nicht in der Lage, einer Arbeit nachzugehen (vgl. IV-Nr. 78 S. 3). Sein Hausarzt hielt in seiner Eingabe vom 15. Mai 2014 zu Händen der IV-Stelle zwar fest, der Patient habe von sich aus vorgeschlagen, die Rente könne auf Ende Dezember 2014 aufgehoben werden und es sei ihm Hilfe zur Absolvierung einer beruflichen Ausbildung und zum Erhalt einer passenden Stelle zu gewähren (IV-Nr. 83), im Rahmen des zweiten Revisionsgesprächs vom 4. Juni 2014 äusserte sich der Beschwerdeführer jedoch erneut dahingehend, er könne wegen seiner psychischen Probleme nicht arbeiten und er sei aktuell auch nicht bereit dazu (IV-Nr. 84 S. 4 f.). Gemäss dem Protokolleintrag der IV-Stelle vom 18. September 2014 teilte der Beschwerdeführer der IV-Stelle telefonisch mit, er habe seinem Hausarzt nie gesagt, die Rente könne aufgehoben werden und es sei ihm Hilfe für eine berufliche Ausbildung zu gewähren. Dies sei ein Missverständnis, er sei aus gesundheitlichen Gründen noch nicht so weit. Dr. med. G.\_\_\_\_ hielt in seinem Gutachten vom 3. Februar 2015 abschliessend fest, der Beschwerdeführer habe anlässlich der Untersuchung vom 17. Dezember 2014 nicht bestätigt, dass er eine berufliche Wiedereingliederung wünsche. Berufliche Massnahmen seien aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht jedoch zumutbar. Krankheitsfremde Gesichtspunkte erklärten die aussergewöhnliche Diskrepanz zwischen der subjektiven und der objektiven Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit (IV-Nr. 96.1 S. 33).

Nach Art. 8 Abs. 1 IVG haben invalide und von einer Invalidität bedrohte Versicherte (Art. 8 ATSG) unter bestimmten Voraussetzungen Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen. Zu letzteren zählen auch die beruflichen Massnahmen nach Art. 15 ff. IVG. Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen setzen einen Eingliederungswillen bzw. eine subjektive Eingliederungsfähigkeit voraus. Fehlt es daran, so entfällt der Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen, ohne dass zunächst ein Mahn- und Bedenkzeitverfahren durchgeführt werden müsste (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C\_579/2015 vom 14. April 2016 E. 3.2.2.3, 8C\_19/2016 vom 4. April 2016 E. 5.2.3 und 8C\_569/2015 vom 17. Februar 2016 E. 5.1, je mit Hinweisen).

Der Beschwerdeführer macht im vorliegenden Verfahren zwar geltend, berufliche Massnahmen seien zu Unrecht abgelehnt worden, aufgrund der vorliegenden Akten bestehen jedoch keine Hinweise, dass sich an seinem fehlenden Eingliederungswillen etwas geändert hätte. Sollte er seine Haltung ändern und an einer Eingliederungsmassnahme teilnehmen wollen, kann er sich bei der IV-Stelle wieder anmelden, welche darüber neu zu verfügen hätte (Art. 87 Abs. 2 f. IVV; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_434/2015 vom 28. August 2015 E. 3.2 mit Hinweis).

10. Nach dem Gesagten ist die vorliegend angefochtene Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 16. November 2015, worin die dem Beschwerdeführer bisher gewährte (ganze) Invalidenrente per Ende Dezember 2015 aufgehoben (vgl. Art. 88bis Abs. 2 lit. a IVV) und ein Anspruch auf berufliche Eingliederungsmassnahmen abgewiesen wurde, im Ergebnis nicht zu beanstanden. Somit ist die Beschwerde abzuweisen.

## E. 11

11.1 Ausgangsgemäss ist dem Beschwerdeführer keine Parteientschädigung zu Lasten der Beschwerdegegnerin zuzusprechen (Art. 61 lit. g ATSG).

11.2 Aufgrund von Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 bis 1'000.00 festgelegt. Im vorliegenden Fall hat der Beschwerdeführer die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen. Die Differenz zum geleisteten Kostenvorschuss von CHF 1'000.00 (vgl. A.S. 13 und 15), somit CHF 400.00, ist dem Beschwerdeführer zurückzuerstatten.

Demnach wird erkannt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.

3. Die Verfahrenskosten von CHF 600.00 werden dem Beschwerdeführer auferlegt und mit dem geleisteten Kostenvorschuss von CHF 1'000.00 verrechnet. Die Differenz von CHF 400.00 wird dem Beschwerdeführer zurückerstattet.

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

Schmidhauser

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