

# SO\_GERICHTE VSBES.2016.155 vom 21. April 2016

SO Obergericht, 2016-04-21, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so\\_gerichte\\_VSBES.2016.155](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2016.155)

FR: SO\_GERICHTE VSBES.2016.155 du 21 avril 2016

IT: SO\_GERICHTE VSBES.2016.155 del 21 aprile 2016

## Erwägungen

### E. 1

1.1 A.\_\_\_\_ (nachfolgend: Beschwerdeführer), geboren 1963, meldete sich am 10. März 2008 bei der IV-Stelle des Kantons Solothurn (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) zum Leistungsbezug an (IV-Nr. 25). Zu diesem Zeitpunkt war er als Lagermitarbeiter im B.\_\_\_\_ angestellt (IV-Nr. 36), wobei ihm die Stelle per 30. Juni 2008 aus gesundheitlichen Gründen gekündigt wurde (IV-Nr. 43). 1.2 Die Beschwerdegegnerin führte zunächst Frühinterventionsmassnahmen durch, zuerst im Rahmen einer Potenzialabklärung (IV-Nr. 50), später gewährte sie dem Beschwerdeführer ein Aufbautraining (IV-Nr. 61). Mit Vorbescheid vom 27. März 2009 (IV-Nr. 84) wurde in Aussicht gestellt, ihm ab dem 1. August 2008 eine Viertelsrente zu gewähren. Die Suva verfügte indessen am 9. Juli 2009 (IV-Nr. 100), dem Beschwerdeführer sei aufgrund eines Unfallereignisses, gestützt auf eine Erwerbseinbusse von 17 %, eine Rente sowie eine Integritätsentschädigung von 5 % zuzusprechen. 1.3 Nach einem entsprechenden Einwand des Beschwerdeführers im IV-Verfahren tätigte die Beschwerdegegnerin weitere medizinische Untersuchungen, unter anderem liess sie den Beschwerdeführer am 26. Mai 2010 durch die Begutachtungsstelle C.\_\_\_\_ begutachten 2010 (IV-Nr. 118.1 f.). 1.4 Mit Verfügung vom 10. Mai 2011 (IV-Nr. 139) sprach die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer schliesslich gestützt auf einen Invaliditätsgrad von 55 % ab dem 1. November 2007 eine halbe Rente zu. Weiter gewährte sie ihm berufliche Massnahmen. Diese wurden im November 2011 abgeschlossen (IV-Nr. 153). 2. Am 28. Mai 2013 liess der Beschwerdeführer über seine Rechtsvertretung eine Verschlechterung seines gesundheitlichen Zustands im Vergleich zur letzten Untersuchung 2009 geltend machen (IV-Nr. 189). Dem Begehren wurden ein Bericht der Epilepsie-Abteilung des D.\_\_\_\_ vom 6. Mai 2013 (IV-Nr. 189 S. 3 ff.) und der Uniklinik E.\_\_\_\_ vom 28. Januar 2013 (IV-Nr. 189 S. 8 f.) beigelegt. 3. Die Beschwerdegegnerin holte diverse medizinische Unterlagen ein und liess den Beschwerdeführer wiederum polydisziplinär (rheumatologisch, neuropsychologisch, psychiatrisch) begutachten, diesmal von der Begutachtungsstelle F.\_\_\_\_. Das Gutachten wurde am 21. Mai 2014 erstattet (IV-Nr. 221.1 ff.). 4. Nachdem zum erwähnten Gutachten verschiedene Stellungnahmen eingegangen waren, so auch im durchgeführten Vorbescheidverfahren, sprach die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer mit Verfügung vom 21. April 2016 (Aktenseite [A.S.] 1 ff.) mit Wirkung ab 1. Mai 2013 eine Dreiviertelsrente zu. 5. Dagegen lässt der Beschwerdeführer am 27. Mai 2016 (A.S. 6 ff.) Beschwerde erheben und folgende Rechtsbegehren stellen: Die Verfügung sei insofern aufzuheben als dem Beschwerdeführer über die gewährte Dreiviertelsrente hinaus eine ganze Rente zu gewähren sei. Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zulasten der Beschwerdegegnerin. 6. Die Beschwerdegegnerin verzichtet mit Beschwerdeantwort vom 7. Juli 2016 (A.S. 21) unter Verweis auf die Akten und die angefochtene Verfügung auf eine Stellungnahme und beantragt, die Beschwerde sei abzuweisen. Auch der Beschwerdeführer lässt sich nicht

mehr vernehmen. 7. Mit Eingabe vom 22. August 2016 (A.S. 23 ff.) reicht die Vertreterin des Beschwerdeführers eine Kostennote zu den Akten. 8. Auf die weiteren Ausführungen in den Rechtsschriften der Parteien wird, soweit erforderlich, in den folgenden Erwägungen eingegangen. Im Übrigen wird auf die Akten verwiesen. II. 1. Die Sachurteilsvoraussetzungen (Einhaltung von Frist und Form, örtliche und sachliche Zuständigkeit des angerufenen Gerichts) sind erfüllt. Auf die Beschwerde ist einzutreten.

## **E. 2**

2.1 Die Beschwerdegegnerin legt in der angefochtenen Verfügung vom 21. April 2016 (A.S. 1 ff.) dar, gemäss polydisziplinärem Gutachten der Begutachtungsstelle F.\_\_\_\_ vom 21. Mai 2014 habe sich die Gesundheit des Beschwerdeführers vor allem aus neuropsychologischer Sicht seit Anfang Januar 2013 verschlechtert. Er sei noch in der Lage, einer angepassten Tätigkeit im Rahmen von 50 % nachzugehen. Dies sollte eine einfachere Hilfstätigkeit sein, ohne besondere Anforderungen an die Gedächtnisleistung. Günstig seien Wechselpositionen, keine monotone oder kniende Tätigkeit, keine Überkopftätigkeit oder Heben und Tragen von mehr als 20 kg. Eine Befas-Abklärung wäre bei subjektiver Arbeitsunfähigkeit nicht aussagekräftig. Weitere berufliche Massnahmen seien nicht nötig. Bei der Berechnung des Invalideneinkommens habe man dem Umstand der behinderungsbedingten erschwerten Eingliederung mit einem Abzug von 10 % Rechnung getragen. Das Gesuch um Rentenerhöhung sei am 29. Mai 2013 eingereicht worden. Seit Anfang 2013 bestehe die Verschlechterung, somit bereits mehr als drei Monate. Die Rente könne ab dem 1. Mai 2013 erhöht werden. Der Invaliditätsgrad betrage 62 %. Es bestehe damit Anspruch auf eine Dreiviertelsrente. Bezüglich der vom Beschwerdeführer gemachten Einwendungen verweist die Beschwerdegegnerin auf den Bericht des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) vom 22. September 2015 (IV-Nr. 265).

2.2 Der Beschwerdeführer lässt dem in seiner Beschwerde vom 27. Mai 2016 (A.S. 6 ff.) entgegenhalten, insgesamt präsentiere sich im psychiatrischen Teilgutachten der Begutachtungsstelle F.\_\_\_\_ eine widersprüchliche Situation. Einerseits würden diverse Persönlichkeitsauffälligkeiten beschrieben und es werde gesagt, es bestünden keine arbeitsplatzbezogenen Ressourcen. Die Fähigkeit, sich in ein Team zu integrieren und sich an von anderen vorgegebene Regeln zu halten, werde als eingeschränkt beurteilt. Es werde ein sehr ausgeprägter sozialer Rückzug beschrieben. Andererseits werde angegeben, der Beschwerdeführer erscheine als weitgehend normintelligent und in der Persönlichkeit differenziert. Auch die Aussage im Gutachten, der soziale Rückzug sei prämorbid, leuchte nicht ein. Schliesslich leide der Beschwerdeführer seit dem sechsten Lebensjahr an epileptischen Anfällen. Bereits damals sei also eine erste Schädigung der Hirnsubstanz eingetreten. Von einer prämorbidem Persönlichkeit könne daher von vornherein nicht die Rede sein. Die Exploration im Gutachten gehe auch nicht tief genug, um überhaupt Rückschlüsse auf die kindliche Entwicklung zu ermöglichen, denn der Beschwerdeführer habe die entsprechenden Fragen des Gutachters nur ausweichend beantwortet mit dem Hinweis, es bestünden schlechte Erinnerungen. Aus der psychiatrischen Anamnese erhelle zwar, dass der Beschwerdeführer in der Begutachtungssituation nicht viel von sich preisgegeben habe. Er habe zwar viele Andeutungen über Gewalterfahrungen gemacht, es sei aber offensichtlich nicht möglich gewesen, eine tiefgreifende Exploration durchzuführen. Der psychiatrische Gutachter akzeptiere diese Situation ohne eine weitere Diskussion, obwohl der Beschwerdeführer offensichtlich nicht genug Vertrauen gehabt habe, mit ihm über die schweren Erinnerungen zu sprechen. Im Gegensatz dazu stünden die Befunde der neuropsychologischen Untersuchung, wo der Beschwerdeführer als deutlich

belastet, verzweifelt, hilflos und schmerzgeplagt sowie in der sozialen Interaktion deutlich eingeschränkt beschrieben werde, was sich eher mit den Beobachtungen der früheren medizinischen Berichte decke. Insgesamt erweise sich die psychiatrische Exploration als mangelhaft, zumal letztendlich alle Fragen betreffend organische Persönlichkeitsstörung an den neuropsychologischen Gutachter weitergegeben würden. Dieser beantworte diese Fragen jedoch nicht. Vielmehr rege er an, die zeitliche Einschränkung der Arbeitsunfähigkeit müsse im Gesamtgutachten festgelegt werden. Daraus lasse sich schliessen, dass im Zeitpunkt, in dem er sein Teilgutachten ausgefertigt habe, kein Konsensgespräch stattgefunden habe. Dennoch werde die Diagnose einer organischen Persönlichkeitsstörung im Hauptgutachten aufgenommen, obwohl diese weder im psychiatrischen noch im neuropsychologischen Teilgutachten klar hergeleitet und in ihrer Auswirkung auf die Willensbildung, Interaktionsfähigkeit und Arbeitsfähigkeit diskutiert werde. Es stelle sich letztendlich die Frage, ob hier neben der Epilepsie nicht eine psychiatrische Grunderkrankung vorliege, welche durch die viel auffälligeren neuropsychologischen Symptome überdeckt und daher nicht gut exploriert werden könne. Insgesamt lasse der psychiatrische Gutachter die Frage, wie sich die erhobenen auffälligen Persönlichkeitszüge auf die Arbeitsfähigkeit auswirkten, offen. Im neuropsychologischen Teilgutachten werde zwar ausgeführt, es bestehe eine deutliche Verhaltensauffälligkeit im Sinne einer Persönlichkeitsveränderung, was mit einer Hirnverletzung gut vereinbar sei. Aber die Diagnose der organischen Persönlichkeitsstörung werde nicht aufgegriffen. Es werde auch durch keinen Gutachter dargelegt, was die Anforderungen an ein mögliches Arbeitsumfeld bezogen auf die Persönlichkeitsstörung seien. Damit bleibe die Frage, inwiefern sich die organische Persönlichkeitsstörung auf einen Wiedereinstieg ins Arbeitsleben auswirke, unbeantwortet. Daran ändere auch die Stellungnahme vom 28. Mai 2015 nichts. Dort werde ausgeführt, der soziale Rückzug habe bereits bestanden, als der Beschwerdeführer noch im Arbeitsleben gestanden habe. Es werde aber nicht beachtet, dass sich der soziale Rückzug ganz offensichtlich verstärkt habe, da der Beschwerdeführer ausser zu seiner Mutter und seiner Therapeutin keine Aussenkontakte mehr unterhalte. In dieser Stellungnahme werde weiter ausgeführt, im Gutachten werde eine medizinisch-theoretische Arbeitsfähigkeit unabhängig von der Behandelbarkeit des Leidens formuliert. Wenn dem Beschwerdeführer unabhängig von beruflichen Massnahmen eine Rückkehr in die Arbeitswelt zuzumuten sei, so müsse dies unter Ausreizung der medizinischen und soziotherapeutischen Massnahmen geschehen. Da aber im psychiatrischen Teilgutachten keine eigentliche psychiatrische Erkrankung beschrieben, sondern an den neuropsychologischen Gutachter verwiesen werde, der seinerseits von einer Behandlung keine Besserung der Arbeitsfähigkeit erwarte, stelle sich die Frage, was er damit genau meine. Auch werde nicht klar, inwiefern der Beschwerdeführer aufgrund der «allgemeinen Ressourcen» in der Lage sein solle, sich in den Arbeitsmarkt zu reintegrieren. Im Gutachten werde beschrieben, der Beschwerdeführer leide an somatisch nicht vollständig erklärbaren Schmerzen, wobei es sich um eine dysfunktionale Krankheitsbewältigung handle. In diesem Rahmen erachte sich der Beschwerdeführer als vollständig arbeitsunfähig. Es sei am Psychiater zu erklären, ob und wie weit es dem Beschwerdeführer trotzdem zumutbar sei, einer Arbeitstätigkeit nachzugehen, insbesondere auch im Hinblick auf die durch die Hirnoperation beeinträchtigte emotionale Regulationsfähigkeit. Explizit ausgedrückt stelle sich die Frage, ob der Beschwerdeführer in der Lage sei, eine entsprechende Willensbildung und intrinsische Motivation auszubilden und ob sich diese Fähigkeit im Vergleich mit der früheren Arbeitsfähigkeit verschlechtere

habe. Auch wäre der Frage nachzugehen, ob die durch den Psychiater dargestellten Diskrepanzen im Verhalten durch die Hirnverletzung hinreichend erklärt sei, dies insbesondere, weil seitens des Neuropsychologen keine Aggravationstendenzen beschrieben würden. Die vorliegend relevante Frage sei, ob der Beschwerdeführer heute trotz der Schmerzsituation noch zumutbarerweise von dieser subjektiv als gravierend empfundenen Situation abweichen könne. Die diesbezüglichen gutachterlichen Ausführungen in der Stellungnahme seien allgemeiner Natur und nicht auf den konkreten Fall bezogen. Die Frage, ob die vorhandenen Ressourcen es dem Beschwerdeführer erlaubten, trotz einer vorhandenen Schmerzsituation zumutbarerweise eine Arbeit aufzunehmen, bleibe insbesondere im Hinblick auf die Rechtsprechung gemäss BGE 141 V 281 unbeantwortet. Auch die Frage, ob sich überhaupt ein geeignetes Arbeitsumfeld finden lasse, könne nicht beantwortet werden, weil gar kein Zumutbarkeitsprofil erstellt werde. Das Gutachten sei weiter insofern widersprüchlich, als der psychiatrische Gutachter für die Eingliederung auf medizinische Hilfestellung verweise, also davon ausgehe, dass mit einer geeigneten Therapie ein Wiedereinstieg möglich sei, während dies der neuropsychologische Gutachter verneine, ohne zu sagen, inwiefern der Beschwerdeführer die postulierte Restarbeitsfähigkeit denn noch sollte verwerten können. Dessen ungeachtet scheine der psychiatrische Gutachter von einer momentanen vollständigen Arbeitsunfähigkeit auszugehen, als er aussage, dass erst mit geeigneten therapeutischen Massnahmen eine Verwertung der Restarbeitsfähigkeit möglich sei. Das heisse aber auch, dass im jetzigen Zeitpunkt die allfällige Restarbeitsfähigkeit vom Beschwerdeführer nicht ohne Hilfe verwertet werden könne. Wenn zumutbare Arbeitsplätze in der freien Wirtschaft kaum noch vorkämen, so sei dies beim leidensbedingten Abzug zu berücksichtigen. Der Beschwerdeführer sei einem Arbeitgeber im Verkauf nicht zumutbar. Es wäre am Gutachter darzulegen, inwiefern dies bei einer wie auch immer gearteten Restarbeitsfähigkeit anders sein sollte. Sollte dies der Fall sein, wäre der leidensbedingte Abzug von 10 % mit Sicherheit zu tief.

### **E. 3**

3.1 In zeitlicher Hinsicht sind – vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen – grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 132 V 220 E. 3.1.1, 131 V 11 E. 1 und 109 E. 1, 127 V 467 E. 1). Im vorliegenden Fall wird eine Verschlechterung der Arbeitsunfähigkeit seit 2011 geltend gemacht (IV-Nr. 192).

Gestützt auf Art. 88a Abs. 2 Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV, SR 831.201) kann eine Verschlechterung der Erwerbsfähigkeit berücksichtigt werden, sobald sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate gedauert hat. Wird ein Revisionsgesuch eingereicht, so erfolgt eine Rentenerhöhung allerdings frühestens von dem Monat an, in dem das Revisionsbegehren gestellt wurde (Art. 88 bis Abs. 1 lit. a IVV), was vorliegend im Mai 2013 der Fall wäre. Bei einem Anspruchsbeginn bzw. einer Erhöhung im Jahr 2013 sind somit die ab 1. Januar 2012 geltenden Bestimmungen der 6. IV-Revision massgebend.

3.2 Gemäss Art. 28 Abs. 2 Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) besteht Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente. 3.3 Ändert sich der Invaliditätsgrad eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben

(Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente nicht nur bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustands, sondern auch dann revidierbar, wenn die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustands sich erheblich verändert haben. Dagegen stellt die bloss unterschiedliche Beurteilung der Auswirkungen eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Gesundheitszustands auf die Arbeitsfähigkeit für sich allein genommen keinen Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG dar (Urteil des Bundesgerichts 9C\_1025/2008 vom 19. Januar 2009 E. 1.1 mit Hinweisen). Für das Vorliegen einer erheblichen Sachverhaltsänderung genügt es nicht, dass der bereits bekannte, im Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenverfügung gegebene Sachverhalt anders bewertet wird und daraus andere Schlussfolgerungen gezogen werden als im früheren Verwaltungs- und/oder Beschwerdeverfahren. Vielmehr bedarf es neuer Elemente tatsächlicher Natur, die nach der ursprünglichen Rentenverfügung eingetreten und zu dem damals gegebenen Sachverhalt hinzugekommen sind oder diesen verändert haben. Die revisionsweise Anpassung setzt Tatsachenänderungen im massgeblichen Vergleichszeitraum voraus; eine einfache Neubeurteilung nach besserem Wissen ist nicht zulässig (Urteil des Bundesgerichts 8C\_294/2010 vom 30. August 2010 E. 3.1 mit Hinweisen).

3.4 Wird ein Gesuch um Revision eingereicht, so ist darin glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (Art. 87 Abs. 2 Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV, SR 831.201]). Tritt die Verwaltung auf das Revisionsgesuch ein, so ist zu prüfen, ob die Veränderung überwiegend wahrscheinlich eingetreten ist. Als Vergleichsbasis für die Beurteilung der Frage, ob sich der Invaliditätsgrad bis zum Abschluss des aktuellen Verwaltungsverfahrens anspruchserheblich verändert hat, dient die letzte rechtskräftige Verfügung, die auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs beruht (Urteil des Bundesgerichts 9C\_478/2012 vom 14. Dezember 2012 E. 2; BGE 130 V 71). Ein unveränderter Gesundheitszustand bzw. die bloss auf einer anderen Wertung beruhende medizinische oder rechtliche Einschätzung von im Wesentlichen unveränderten tatsächlichen Verhältnissen führt nicht zu einer materiellen Revision resp. zu einer Zusprache von Leistungen nach Neuanschuldung (Urteil des Bundesgerichts 9C\_418/2010 vom 29. August 2011 E. 4.1; BGE 115 V 308 E. 4a/bb S. 313). Ist ein Revisionsgrund gegeben, ist der Invaliditätsgrad auf der Grundlage eines richtig und vollständig festgestellten Sachverhalts neu und ohne Bindung an frühere Invaliditätsschätzungen zu ermitteln (BGE 141 V 9). Ist eine anspruchserhebliche Änderung des Sachverhalts nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, bleibt es nach dem Grundsatz der materiellen Beweislast beim bisherigen Rechtszustand (Urteil des Bundesgerichts 9C\_478/2012 vom 14. Dezember 2012 E. 2).

3.5 Mit Verfügung vom 10. Mai 2011 (IV-Nr. 139) wurde dem Beschwerdeführer eine unbefristete halbe Rente ab 1. November 2007 zugesprochen. Diese Verfügung beruhte auf einer umfassenden materiellen Prüfung des Rentenanspruchs. Mit Schreiben vom 28. Mai 2013 (IV-Nr. 189) machte der Beschwerdeführer eine Verschlechterung seines Gesundheitszustandes geltend. Zu prüfen ist vorliegend somit, ob sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit der letzten umfassenden materiellen Prüfung bzw. bis zur verfügungsweisen Neubeurteilung vom 21. April 2016 (A.S. 1 ff.) in anspruchserheblichem Ausmass geändert hat, wie er dies geltend macht.

4.1 Sowohl im Verwaltungsverfahren wie auch im kantonalen Sozialversicherungsprozess gilt der Untersuchungsgrundsatz (Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben Verwaltung und Sozialversicherungsgericht den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht. Der Untersuchungsgrundsatz weist enge Bezüge zum – auf Verwaltungs- und Gerichtsstufe geltenden – Grundsatz der freien Beweiswürdigung auf. Führen die im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen den Versicherungsträger oder das Gericht bei umfassender, sorgfältiger, objektiver und inhaltsbezogener Beweiswürdigung (BGE 132 V 393 E. 4.1 S. 400) zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich (BGE 126 V 353 E. 5b S. 360; 125 V 193 E. 2 S. 195, je mit Hinweisen) zu betrachten, und es könnten weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, so liegt im Verzicht auf die Abnahme weiterer Beweise keine Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 134 I 140 E. 5.3 S. 148; 124 V 90 E. 4b S. 94). Bleiben jedoch erhebliche Zweifel an der Vollständigkeit und/oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellung bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteil des Bundesgerichts 9C\_407/2015 vom 22. April 2016 E. 3.1 mit Hinweisen).

4.2 Bei der Beurteilung der Arbeits(un)fähigkeit stützt sich die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht auf Unterlagen, die von ärztlichen und gegebenenfalls auch anderen Fachleuten zur Verfügung zu stellen sind. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232; 125 V 351 E. 3a S. 352).

4.3 Den im Verwaltungsverfahren eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche aufgrund 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 137 V 210 E. 1.3.4 S. 227, 135 V 465 E. 4.4 S. 470, BGE 125 V 351 E. 3b/bb S. 353).

4.4 Die behandelnden Ärztinnen und Ärzte stehen in einem auftragsrechtlichen Verhältnis zur versicherten Person und haben sich zudem in erster Linie auf die Behandlung zu konzentrieren. Nach der Rechtsprechung lässt es die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag der therapeutisch tätigen (Fach-) Person einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits nicht zu, ein Administrativgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die behandelnden Ärzte wichtige Aspekte benennen, die bei der

Begutachtung unerkant oder ungewürdigt geblieben sind (statt vieler: Urteil des Bundesgerichts 9C\_276/2016 vom 19. August 2016 E. 3.1.1 mit Hinweisen). Bei Stellungnahmen behandelnder Ärzte ist auch der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass diese im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen mitunter eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b/cc S. 353).

## **E. 5**

5.1 Der von der Beschwerdegegnerin eruierte Leistungsanspruch wird durch Vergleich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der erstmaligen Rentenprüfung ■ Verfügung vom 10. Mai 2011 (IV-Nr. 139) ■ und demjenigen, wie er zur Zeit der streitigen Verfügung vom 21. April 2016 (A.S. 1 ff.) bestanden hat, beurteilt (BGE 130 V 73 E. 3.1 mit Hinweisen, AHI 1999 S. 84 E. 1b).

5.2 Im Zeitpunkt der erstmaligen Rentenbeurteilung mit Verfügung vom 10. Mai 2011 stützte sich die Beschwerdegegnerin im Wesentlichen auf das polydisziplinäre Gutachten der Begutachtungsstelle C.\_\_\_\_ vom 26. Mai 2010 (IV-Nr. 118.1 ff.). Dieses kam zu folgenden Ergebnissen:

5.2.1 Die in der neuropsychologischen Praxis Luzern am 26. Januar 2010 von lic. phil. G.\_\_\_\_ und lic. phil H.\_\_\_\_ durchgeführte neuropsychologische Untersuchung des Beschwerdeführers (IV-Nr. 118.2 S. 3 ff.) ergab eine verminderte Leistungsfähigkeit mit verbalen mnestischen Einschränkungen und exekutiven Dysfunktionen bei Status nach Amygdala-Hippokampektomie links im Januar 1994. Im Vergleich zu einer Voruntersuchung vom 8. Juli 2009 zeige sich ein qualitativ analoges Befundprofil mit Einschränkungen im verbalen Gedächtnis sowie Einschränkungen der Exekutivfunktionen im Bereich der Flexibilität. In der Verhaltensbeobachtung seien wie damals ebenfalls exekutive Dysfunktionen im Sinne einer umständlichen Erzählweise sowie einer gewissen Perseverationstendenz aufgefallen. Bezüglich des quantitativen Aspekts zeige sich keine Verschlechterung der Leistung, sondern eher eine leichte Verbesserungstendenz. Es sei nicht davon auszugehen, dass die Schmerzen das Befundprofil beeinflusst hätten. Art und Ausprägung der neuropsychologischen Einschränkungen sei klar auf die hirnorganische Erkrankung zurückzuführen.

Die neuropsychologischen Einschränkungen könnten sich je nach Tätigkeit mehr oder weniger limitierend auf die Arbeitsfähigkeit auswirken. Die Einschränkungen seien in einem vertrauten Tätigkeitsgebiet, in welchem schon Fachwissen und Erfahrung bestünden, sicherlich um Einiges geringer als in einem neuen Berufszweig.

5.2.2 Im neurologischen Teilgutachten (IV-Nr. 118.2 S. 9 ff.) von Dr. med. I.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, wurde ausgeführt, bei einer therapieresistenten Epilepsie mit Grand Mal und komplex partiellen Anfällen sei beim Beschwerdeführer 1994 eine selektive Amygdala-Hippokampektomie durchgeführt worden. Seither seien bis auf eine Ausnahme 1998 keine Anfälle mehr aufgetreten. Die antikonvulsive Behandlung werde weitergeführt, teilweise auf ausdrücklichen Wunsch des Beschwerdeführers. Ohne Berücksichtigung allfälliger neuropsychologischer Ausfälle habe das Anfallsleiden, da beherrscht, keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit.

5.2.3 In der rheumatologischen Beurteilung hielt Dr. med. J.\_\_\_\_, Facharzt für Rheumatologie (IV-Nr. 118.2 S. 12 ff.), fest, eine partiell ankylosierende Periarthropathie der rechten Schulter stehe beim Beschwerdeführer ganz im Vordergrund. 12 Jahre nach einem entsprechenden operativen Eingriff sei ein ausgedehntes arthroskopisches

Débridement bei kernspintomographisch gesicherter Omarthrose nötig geworden, wobei man gleichzeitig die Supraspinatussehnenpartialruptur rechts revidiert habe. Ebenso seien bei bekannter Arthrose bei diesem zweiten Eingriff eine Bursektomie und Akromioplastik erfolgt. Trotz komplikationsloser Eingriffe habe der Beschwerdeführer seither über permanente Schmerzen im Bereich dieses Schultergelenks sowie über eine erhebliche funktionelle Einschränkung geklagt. Die früher festgestellte Femoropatellararthrose rechts sowie die beginnende Coxarthrose beidseits könne aufgrund der jetzigen Bewegungsuntersuchung dieser Gelenke nicht sicher bestätigt werden. Das schmerzfixierte Verhalten während der Bewegungsuntersuchung, die positiven Waddel-Zeichen, die fehlende Innervation bei Prüfung der Faustschlusskraft, die fast ausbleibende Abduktion im Schultergelenk bei weitgehend intakter Rotation, aber ebenso die scheinbar weitgehende Blockierung in allen drei Wirbelsäulenabschnitten sprächen für den Verdacht auf Symptomausweitung und Symptomverdeutlichung. Zur Beurteilung der beruflichen Belastungstoleranz sowie zur Einschränkung bei der Alltagsbewältigung stehe das rechte, operierte Schultergelenk im Vordergrund. Durch die ausgedehnten Knorpelläsionen im Scapulohumeralgelenk sowie bei revidierter Supraspinatussehne sei jegliche Schwerarbeit, bei der ein kraftaufwändiger Faustschluss rechts sowie ein uneingeschränkter Bewegungsumfang der Schultergelenke erforderlich bleibe, nicht mehr zumutbar. Die vom Beschwerdeführer angegebenen anhaltenden vertebrogenen Beschwerden im Bereich der Brust- und Lendenwirbelsäule könnten aufgrund der vorliegenden Spondylosis hyperostotica nicht genügend erklärt werden, bleibe doch bekanntlich diese degenerative vertebrogene Entwicklung asymptomatisch. Ebenso sei diese proliferative Erkrankung, die sich hier auf die Brustwirbelsäule beschränke, keine Rechtfertigung für eine Dispensierung von jeglicher Arbeitstätigkeit. Die aufrechterhaltene Schonung und Immobilisationstendenz könnten allerdings die bereits eingetretene Versteifung deutlich verschlimmern.

Die angestammte Tätigkeit als Lagerist, bei der regelmässig schwere Gewichte von über 10 kg zu heben seien, das Hantieren mit Gegenständen über Schulterhöhe erforderlich sei und der Schultergürtel kraftvoll eingesetzt werden müsse, sei nicht mehr zumutbar. Für eine leichtere körperliche Arbeit ohne Heben schwererer Gewichte von mehr als 10 kg sowie bei Ausschluss von stereotypen monotonen Arbeitsvorgängen mit anhaltender Belastung des rechtsseitigen Schultergürtels bleibe der Beschwerdeführer voll arbeitsfähig.

5.2.3 Pract. med. K. \_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, hielt im psychiatrischen Teilgutachten (IV-Nr. 118.2 S. 17 ff.) fest, es liege eine organische Persönlichkeitsstörung bei Status nach Amygdala-Hippokampektomie links 1994 vor. Der Beschwerdeführer sei grundsätzlich bemüht gewesen, gut Auskunft zu geben. Es seien jedoch immer wieder eine leichte Gereiztheit und ein abgeflachter Affekt aufgefallen. Er habe nicht mehr sicher darlegen können, wie er in seinem Wesen und Charakter vor der Hirnoperation 1994 gewesen sei. Es sei davon auszugehen, dass aufgrund der Operation die Wahrnehmung von und der Umgang mit Emotionen sowie die kognitive Leistungsfähigkeit deutlich eingeschränkt worden seien. Grundsätzlich erscheine auch eine leichte Depression möglich. Jedoch seien viele der hierfür notwendigen Kriterien auch durch die organische Störung ausreichend erklärbar. Auch wenn der Beschwerdeführer möglicherweise immer wieder auch schwerere depressive Phasen erleide, könnte die organische Störung als Basis dafür angenommen werden. In Bezug auf die Schmerzen schein eine somatoforme Schmerzstörung nicht gegeben. Dennoch sei festzuhalten, dass eine Schmerzverarbeitung bei reduzierter mentaler Leistungsfähigkeit, wie beim Beschwerdeführer vorliegend,

deutlich gestört sein könne.

Die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit betrage 60 %, wobei dies nur die Leistung betreffe. Die Zeit sei zu 100 % möglich. Auch in einer anderen Tätigkeit liege die Arbeitsfähigkeit bei 60 %, da die neuropsychologischen Einschränkungen ubiquitär Auswirkungen hätten. In den dem Beschwerdeführer fremden Berufsfeldern sei entweder von einer sehr langen Einarbeitungszeit auszugehen oder / und die Leistung sei bei 40 bis 50 % anzusetzen.

5.2.4 In der zusammenfassenden Beurteilung werden schliesslich folgende Diagnosen festgehalten (IV-Nr. 118.1 S. 17):

Mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

- Periarthropathia humeroscapularis partim ankylosans rechts bei
- Omarthrose (MR 22.01.2007)
- Status nach repetitiver Schulterluxation
- Status nach Bankart-Repair und Capsular-Shift nach Neer 09.08.1995
- Status nach arthroskopischem Débridement glenohumeral sowie der Supraspinatussehnenpartialruptur, Bursektomie und Akromioplastik 23.08.2007
- Organische Persönlichkeitsstörung / apathischer Typus bei Status nach selektiver Amygdala-Hippocampektomie links 1994 mit / bei
- Epilepsie mit Grand Mal und komplex partiellen Anfällen
- verminderter mentaler Leistungsfähigkeit mit verbalen mnestischen Einschränkungen und exekutiven Dysfunktionen

Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

- Diffuse idiopathische Spondylosis hyperostotica (Thorakalwirbelsäule)
- Verdacht auf leichte Depression
- Arterielle Hypertonie (behandelt)
- Adipositas (BMI 31.5)

Nebenbefunde:

- Status nach Beinbruch rechts 1970
- Status nach Leistenhernienoperationen beidseits 2002

In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Lagerist (mit Heben von Gewichten über 10 kg und Arbeiten über Schulterhöhe) erachte man den Beschwerdeführer aus rheumatologischen Gründen für nicht mehr arbeitsfähig. Körperliche Schwerarbeit sei nicht zumutbar.

Körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeit sei aus psychiatrischer / neuropsychologischer Sicht eingeschränkt auf 60 % in der gewohnten Tätigkeit und auf 40 ■ 50 % in einem neuen Berufszweig, in welchem neue Abläufe erlernt werden müssten, dies alles bei 100 % Zeit. Diese reduzierte Arbeitsfähigkeit habe im selben Ausmass so bestanden zum Zeitpunkt der IV-Anmeldung am 10. März 2008, respektive zum Zeitpunkt der Arbeitsaufgabe im August 2007.

5.3 Folgender medizinischer Sachverhalt zeigte sich im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 21. April 2016:

5.3.1 Gemäss Bericht der Klinik für Neurologie des D.\_\_\_\_ vom 6. Mai 2013 (IV-Nr. 189 S. 3 ff.) habe eine neuropsychologische Untersuchung am 26. März 2013 ergeben, dass im Vergleich mit einer Untersuchung aus dem Jahr 2009 eine Verschlechterung der episodischen Gedächtnisleistungen für verbale Informationen eingetreten sei. Beim Beschwerdeführer bestehe bezüglich der Epilepsie ein stabiler anfallsfreier Verlauf. Der EEG-Befund sei im Vergleich zum Mai 2012 unverändert.

5.3.2 Im Bericht der Uniklinik E.\_\_\_\_ vom 28. Januar 2013 (IV-Nr. 189 S. 8 f.) wird als Hauptdiagnose ein chronifiziertes Schmerzsyndrom an der rechten Schulter aufgeführt. Im Bereich der rechten Schulter zeige sich ein unauffälliges Integument. Aussenrotation und Abduktion in Rückenlage seien eigentlich frei durchführbar, allerdings bei deutlicher Schmerzangabe.

Ein weiterer Bericht der Uniklinik E.\_\_\_\_ vom 31. Mai 2013 (IV-Nr. 191) äussert sich über einen Eingriff am Knie wegen unklarer Kniebeschwerden linksseitig. Rechtsseitig habe sich nach einer Rekonstruktion des medialen patellofemorales Ligaments rechts ein erfreuliches Ergebnis gezeigt. Allerdings berichte der Beschwerdeführer über persistierende Schmerzen linksseitig. Hierzu habe man kein anatomisches Korrelat feststellen können.

5.3.3 Im von der Beschwerdegegnerin eingeholten Arztbericht des D.\_\_\_\_, Klinik für Neurologie, vom 11. Juli 2013 (IV-Nr. 195) werden als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein Status nach selektiver Amygdala-Hippokampektomie und ein chronisches Schmerzsyndrom bei hohem Verdacht auf eine somatoforme Schmerzstörung festgehalten. Eine Arbeitsunfähigkeit wird nicht angegeben. Man sei 2009 von einer Arbeitsunfähigkeit von 50 % ausgegangen. Seither sei keine Re-Evaluierung derselben durchgeführt worden, weshalb man weiterhin von einer 50%igen Arbeitsfähigkeit ausgehe. Prinzipiell könnten einfache Tätigkeiten ausgeübt werden.

5.3.4 Im Bericht der den Beschwerdeführer behandelnden Dr. phil. L.\_\_\_\_, Fachpsychologin für Neuropsychologie, vom 10. Juli 2013 (IV-Nr. 196) ist von einer mittelgradigen, teilweise schweren neuropsychologischen Funktionsstörung, insbesondere der Exekutivfunktionen und des Gedächtnisses, die Rede. Der Beschwerdeführer sei aufgrund dessen nicht arbeitsfähig. Es bestünden dysexekutive Auffälligkeiten, eine mittel- bis schwergradige Störung des verbal-episodischen Gedächtnisses und Auffälligkeiten in der Wortfindung. Im Vergleich zur am D.\_\_\_\_ im Jahr 2009 durchgeführten Untersuchung sei von einer Verschlechterung der Gedächtnisleistungen auszugehen. Dysexekutive Auffälligkeiten seien dort auch benannt worden, aber in geringerem Ausmass. Diese seien aber auch in geringerem Umfang untersucht worden.

5.3.5 Der Arztbericht der Rheumaklinik des D.\_\_\_\_ vom 10. Juli 2013 (IV-Nr. 198) äussert sich über eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (F45.41), da das Ausmass der Beschwerden nicht mit den Befunden korreliere. In diesem Zusammenhang werden ein seit 1995 bestehendes, chronisches panvertebrales und lumbospondylogenes Schmerzsyndrom, eine Periarthropathia genu beidseits, eine Periarthropathia coxae beidseits, und eine chronifizierte Periarthropathia humeroscapularis tendopathica rechts sowie links seit 2009 diagnostiziert. Durch sie sei keine Arbeitsunfähigkeit ausgestellt worden, der Zustand sei sich verschlechternd und es bestehe eine deutliche Leistungseinschränkung.

5.3.6 Im Arztbericht der Uniklinik E.\_\_\_\_ vom 26. Juli 2013 (IV-Nr. 200) wird ausgeführt, es bestünden ein chronisches Panvertebralsyndrom mit Schmerzexazerbation seit 2012, Schulterschmerzen links mit unklarer Ätiologie, eine Omarthrose rechts, ein Status nach palliativer Hüftarthroskopie links sowie rechts, eine chronische Patellainstabilität rechts, eine Epilepsie mit komplex-partiellen Anfällen (seit 1998 anfallsfrei) und ein Status nach selektiver Amygdala-Hippokampektomie. Als Betriebsmitarbeiter bestehe aus rheumatologischer Sicht für eine leichte wechselbelastende Tätigkeit mit Vermeiden von Lasten über 10 kg in ergonomisch günstiger Position zumindest eine Teilarbeitsfähigkeit. Der Gesundheitszustand sei sich verschlechternd.

5.3.7 Vom 25. August bis 13. September 2013 befand sich der Beschwerdeführer in der M.\_\_\_\_. Gemäss Austrittsbericht vom 24. September 2013 (IV-Nr. 204 S. 3 ff.) liegen folgende Diagnosen vor:

- Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41),
- Chronischer Opiat- und Schmerzmittelabusus
- Status nach selektiver Amygdala-Hippokampektomie links 1994 bei Epilepsie
- Chronisch panvertebrales und lumbospondylogenes Schmerzsyndrom seit ca. 1995
- Periarthropathia genu beidseits
- Periarthropathia coxae beidseits
- Chronifizierte Periarthropathia humeroscapularis tendopathica rechts
- Periarthropathia humeroscapularis tendopathica links seit 2009
- Arterielle Hypertonie
- chronisch-rezidivierende unspezifische abdominale Beschwerden
- Schwerer Vitamin D-Mangel, substituiert
- Hypercholesterinämie
- Rhinitis sicca und Pharyngitis sicca

Die Integration in das Schmerzprogramm sei aufgrund der langjährigen Epilepsieanamnese und postoperativen Persönlichkeitsveränderungen schwierig gewesen. Der Beschwerdeführer habe sehr präzise und unverrückbare Vorstellungen über seine notwendigen Therapieinhalte.

5.3.8 Am 21. Mai 2014 wurde sodann das von der Beschwerdegegnerin eingeholte polydisziplinäre Gutachten der Begutachtungsstelle F.\_\_\_\_ erstattet (IV-Nr. 221). Die Gutachter kommen darin zu folgenden zusammenfassenden Diagnosen:

Mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

- Mittelschwere bis schwere Störung des verbalen Gedächtnisses und des visuell-räumlichen, bzw. episodischen Gedächtnisses sowie leichte Einschränkung von Exekutivfunktionen, F04, seit vielen Jahren
- Organische Persönlichkeitsstörung bei Status nach selektiver Amygdala-Hippokampektomie 1994 bei Epilepsie, F07.0

- Periarthropathia coxae rechts
- Periarthropathia humeroscapularis rechts
- Panvertebralsyndrom bei Wirbelsäulenfehlform, degenerativen Veränderungen diffuser idiopathischer skelettaler Hyperostose
- Patellarsyndrom rechts bei Status nach Rekonstruktion der medialen femoropatellaren Ligamente rechts 07/2012
- Verhaltensauffälligkeiten in Verbindung mit körperlichen Störungen, F54.4

Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

- Arterielle Hypertonie, gut eingestellt
- Adipositas, BMI = 31
- Residuale Beinverkürzung rechts nach Fraktur 1970
- Risikoprofil für Osteopenie

5.3.8.1 Im psychiatrischen Teilgutachten (IV-Nr. 221.2) von Dr. med. N.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, wird ausgeführt, der Beschwerdeführer habe gemäss seinen eigenen Angaben keine psychiatrischen Beschwerden, auch nicht im Bereich von Affekt, Emotionen, Angst oder Ähnlichem. Vergesslich sei er immer mehr. Das habe ungefähr 2002 angefangen, er wisse nicht, weshalb. Seit eineinhalb Jahren führe er Gespräche bei Dr. phil. L.\_\_\_\_ in der Praxis O.\_\_\_\_, das sei aber keine Therapie. Man unterhalte sich über dies und das, es sei ein Zeitvertreib. Fortschritte gebe es dabei nicht und solche seien auch nicht beabsichtigt. Beruflich gehe bei ihm gar nichts mehr. Auf Nachfrage des gestrigen Tagesablaufs habe der Beschwerdeführer sehr zähe Angaben gemacht. Schliesslich habe eruiert werden können, dass er in der Nacht mehrfach aufgewacht sei, gegen acht aufgestanden, ferngesehen habe, Kaffee getrunken, am Computer gespielt und schliesslich mit dem Zug nach Aarau gefahren sei. Er sei in der Ergotherapie gewesen, ein bisschen die Zeit verbringen. Nachmittags sei er in Lenzburg bei Dr. phil. L.\_\_\_\_ gewesen. Freunde habe er keine, weil er keine brauche. Das gelte auch für Bekannte. Er lebe zusammen mit der Mutter, da habe jeder sein eigenes Reich.

In der Befunderhebung (nach AMDP) hält der Gutachter fest, die Auffassung sei auch bei raschem Themenwechsel stets gegeben gewesen, die Konzentration bei mehreren einfachen Tests ebenfalls. Das gleiche gelte für die Merkfähigkeit, beim Langzeitgedächtnis sei es nicht eindeutig. Das Denken sei geordnet gewesen. Es bestünden keine Störungen im Sinne von gehemmt, verlangsamt, umständlich oder eingeengt, auch kein Grübeln oder Gedankendrängen. Befürchtungen oder Zwänge seien nicht erhoben worden. In der Affektivität gebe es keine Störungen im Sinne einer Rat- oder Gefühllosigkeit. Der Beschwerdeführer sei nicht affektarm. Störungen der Vitalgefühle lägen nicht vor. Er sei weder deprimiert, noch ängstlich, hoffnungslos, euphorisch, dysphorisch, gereizt, innerlich unruhig, klagsam oder jammrig. Er habe keine Insuffizienzgefühle, Schuldgefühle, gesteigerten Selbstwertgefühle oder Verarmungsgefühle. Weiter bestünden keine Störungen im Antrieb und der Psychomotorik. Circadiane Besonderheiten seien nicht eruiert und weiter gebe es keine Hinweise auf Schlafstörungen im psychiatrischen Sinne. Die angegebenen Schlafstörungen würden als Durchschlafstörungen aufgrund der Schmerzen angegeben. Es gebe Hinweise auf sozialen Rückzug, dies sei entsprechend der Anamnese jedoch zur Primärpersönlichkeit gehörend. In der klassisch willkürlichen

Persönlichkeitsbeschreibung wirke der Beschwerdeführer eher misstrauisch, einzelgängerisch, mehr stiernackig als kompromissbereit, energetisch, reserviert, vorsichtig und nicht unbedingt herzlich. In den Skalen nach Warren ergäben sich in der Extraversion der Wert verschlossen, in der sozialen Verträglichkeit und der Gewissenhaftigkeit keine besonderen Werte, im Neurotizismus am ehesten verletzbar, im Intellekt durchaus schlagfertig. Aus rein psychiatrischer Sicht seien zahlreiche Beschwerden nicht ganz konsistent, etwa die Angaben der Schmerzen verglichen mit dem Verhalten in der Untersuchung. Der Beschwerdeführer habe während eineinhalb Stunden ohne grosse Positionswechsel sitzen können. Weiter seien die mit Arbeit unvereinbaren Schmerzangaben nicht konsistent mit der Angabe, viele Stunden und Kilometer nach Kroatien mit dem Auto alleine zu fahren. Bezüglich Compliance sei auf psychiatrischem Gebiet wenig zu vermerken, denn es liege weder eine Medikamentenbehandlung vor noch werde eine Psychotherapie im eigentlichen Sinne vom Beschwerdeführer als notwendig erachtet. Insgesamt sei aber die Bereitschaft zur Veränderung gering. Daher liege auch nur eine begrenzte Leistungsmotivation vor. Der Leidensdruck sei im Affekt nicht zu erkennen. Die Konsistenzparameter nach Widder seien durchaus positiv, so sei schlichtweg eine Diskrepanz zwischen der Angabe der Beschwerden (invalidisierende Schmerzen) und dem Affekt wie der Redseligkeit und Ausdrucksfähigkeit des Beschwerdeführers festzustellen. Irgendwie schienen die Schmerzen auch wenig modulierbar zu sein. Letztlich könnten die überaus grossen Funktionseinschränkungen nicht in Einklang gebracht werden mit dem Auftritt des Beschwerdeführers, aber auch nicht mit anderen Schilderungen, wie etwa nach Aarau und Lenzburg zu fahren oder alleine mit dem Auto nach Kroatien. Auffällig sei auch, dass über mögliche Verweistätigkeiten überhaupt nicht diskutiert werden könne. Insofern liege ein unklares, diffuses Bild vor. Simulation sei nicht gegeben, Aggravation könne nicht ausgeschlossen werden. Teilweise fänden sich auffällige Antworttendenzen hinsichtlich der Beschwerden, zum Beispiel beim Nachfragen nach Gedächtnisstörungen.

5.3.8.2 Das von Dr. med. P. \_\_\_\_, Facharzt für Rheumatologie, erstellte rheumatologische Teilgutachten (IV-Nr. 221.3) hält unter den subjektiven Angaben des Beschwerdeführers fest, dieser habe Hüftschmerzen lateral beim Hüfthöcker, Knieschmerzen links, Schulterbeschwerden beidseits und Wirbelsäulenprobleme. Die Befragung betreffend die einzelnen Beschwerdebilder habe sich schwierig gestaltet, weil der Beschwerdeführer dabei überfordert gewirkt habe, die Beschwerden / Sensationen zu beschreiben. Er habe auch immer wieder erwähnt, nicht genau beschreiben zu können, wie es sei. Spezifische Gefühlsstörungen oder Hinweise auf Paresen seien indessen verneint worden. Alles sei rund um die Uhr mit einer Stärke von VAS 4-7 vorhanden. In günstigen liegenden Positionen gehe das Schlafen eigentlich gut, ohne dass die Schmerzen dominierten. Zurzeit führe er Physiotherapie mit Bewegungstherapie für die Schultern durch. Heimübungen mache er keine. Am besten tue es ihm bei Schmerzen, sich hinzulegen, halb liegend zu ruhen.

Der Gutachter erhebt folgende Befunde: Im Bereich der Wirbelsäule bestehe ein funktioneller Schulterhochstand links von gut 3 cm, entsprechend eine S-förmige Skoliose mit Verlängerung des Lotes um ca. 2 cm nach rechts. Bei Flachrücken sei eine leicht akzentuierte BWS-Kyphose ersichtlich. Im Bereich der Halswirbelsäule könne mit Ausnahme der Reklination, die um gut zwei Drittel eingeschränkt sei, vor allem in den beiden unteren Dritteln eine ordentlich gute / freie Beweglichkeit festgestellt werden. Im Bereich der Brustwirbelsäule seien sämtliche Bewegungen in allen Freiheitsgraden quasi vollständig eingeschränkt. Angulierungen fänden sich höchstens im thorakalen Anteil des

thorakolumbalen Übergangs. Die Thoraxexkursionen seien leicht eingeschränkt. Auch im Bereich der Lendenwirbelsäule sei die Reklination vollständig eingeschränkt. Drei von fünf Waddelzeichen seien positiv. In den oberen Extremitäten zeige die Untersuchung der Rotatorenmanschettenfunktionen keine spezifischen Defizite auf. Im Bereich der unteren Extremitäten bestünden klinisch nicht identische Beinlängen. Das Trochantermassiv rechts sei deutlich gereizt und auch etwas nach distal zeigten sich leichte Irritationen des Tractus iliotibialis. Ebenfalls eingrenzbar seien Myogelosen des Gluteus medius. Die Hüft- und Kniegelenke seien frei beweglich. Links bestehe ein deutliches Zohlen-Zeichen ohne Hinweise auf einen relevanten Gelenkserguss. Es könnten keine verlässlichen Zeichen von konkreten Meniskusläsionen festgehalten werden. Die Kniestabilität sei auf beiden Seiten ordentlich gut.

5.3.8.3 Das neuropsychologische Teilgutachten (IV-Nr. 221.4) von lic. phil. Q.\_\_\_\_, Fachpsychologe für Neuropsychologie, äussert sich in der Verhaltensbeobachtung über häufige Formulierungsschwierigkeiten des Beschwerdeführers. In emotionaler Hinsicht sei dieser deutlich belastet. Ab und zu sei er etwas vorschnell und hastig, eher wenig ausdauernd und in der Umstellungsfähigkeit eingeschränkt. Es bestehe eine verminderte Belastbarkeit.

Nach Durchführung verschiedener Untersuchungsverfahren kommt der Gutachter zu folgenden objektiven Befunden: Das unmittelbare Wiedergeben einer längeren Wortliste sei leicht vermindert. Es bestehe eine mittelschwer bis schwer verminderte unmittelbare Wiedergabe mündlich vorgegebener kurzer Geschichten. Auch das unmittelbare Wiedergeben von einfacheren geometrischen Figuren sei leicht vermindert. Das unmittelbare Wiedergeben eines vorgezeigten Weges sei leicht bis mittelschwer vermindert. Das Lernen einer mündlich vorgegebenen Wortliste sei mittelschwer vermindert, das kurzfristige Abrufen leicht bis mittelschwer, ebenso wie das längerfristige Abrufen. Das Lernen von visuell-räumlicher Information sei mittelschwer vermindert. Bei Aufgabenstellungen mit Anforderungen an die kognitive Informationsverarbeitungsgeschwindigkeit sei der Beschwerdeführer leicht bis mittelschwer verlangsamt, zum Teil aber auch normgemäss. Bei den Exekutivfunktionen seien keine Einschränkungen feststellbar gewesen. Nur in einer komplexen Problemlösungsaufgabe mit visuokonstruktivem Material sei eine leichte Verminderung zu sehen gewesen. Die Spontansprache sei auffällig bei leicht fremdsprachigem Akzent und Formulierungsschwierigkeiten. Beim Benennen gezeichneter Objekte habe es keine Hinweise auf Wortfindungsschwierigkeiten gegeben.

6. Die Beschwerdegegnerin stellt bei ihrem Entscheid im Wesentlichen auf das polydisziplinäre Gutachten der Begutachtungsstelle F.\_\_\_\_ vom 21. Mai 2014 ab, weshalb dessen Beweiswert zu prüfen ist.

6.1 In rheumatologischer Hinsicht wird der Beweiswert des Gutachtes nicht angezweifelt, wobei der stichhaltigen diagnostischen Beurteilung von Dr. med. P.\_\_\_\_ auch gefolgt werden kann. Demgemäss können wesentliche Anteile des vom Beschwerdeführer angegebenen Beschwerdebilds zugrundeliegenden / objektivierbaren Störungen des Bewegungsapparates zugeordnet werden, dies jeweils in Übereinstimmung mit den Beurteilungen / Diagnosen der epikrisalen Aktenlage (IV-Nr. 221.3 S. 12 ff.). Den Beschwerden im Bereich der Hüften ordnet der Gutachter eine eingrenzbare Periarthropathia coxae rechts mit dominierender peritrochantärer Reizung und sekundär manifester muskulärer Dysbalance der Gluteus medius Muskelsysteme zu. Es bestehen aber

keine Befunde, die für eine noch manifest relevante artikuläre Einschränkung des Hüftgelenks selber sprechen würden. Auf der rechten Seite sei vor über zwei Jahren bei Cam-Deformitäten und femoroacetabulären Impingement-Reizungen ein korrigierender orthopädischer Eingriff erfolgt. Ein systemisch entzündliches Leiden aus dem rheumatologischen Formenkreis bestehe nicht.

Die genannten Wirbelsäulenprobleme erklärt der Gutachter mit einem panvertebralen Syndrom. Es bestünden degenerative Veränderungen, eine Wirbelsäulenfehlhaltung und -fehlform sowie ein DISH-Geschehen, jedoch seien wesentliche Anteile des Beschwerdebildes unspezifischer Natur. Das DISH-Geschehen könne naturgemäss sogenannte «entzündlich-äquivalente Aktivierungen» zeigen, zumindest zum Begutachtungszeitpunkt habe aber das demonstrierte und erlebte Beschwerdebild nicht für eine solche Kaskade gesprochen. Es seien auch keine Hinweise für sekundäre Problematiken wie beispielsweise radikuläre oder myopathische Störungen gegeben. Es sei davon auszugehen, dass die Scheuermann-Formationen einen untergeordneten Stellenwert einnehmen. Hingegen bestehe ein relevantes Risikoprofil für eine Osteopenie.

Die genannten Schulterbeschwerden sieht der Gutachter objektiv und übereinstimmend mit der Beurteilung der Aktenlage als morphologisch ausgeprägte Störungen der Schultergelenke, vor allem auf der rechten Seite, wo auch eine Omarthrose bestehe. Diese zeige sich gemäss den Röntgenbefunden in letzter Zeit leicht progredient.

MR-tomographisch würden wiederholt Teilläsionen der Rotatorenmanschettenstrukturen beschrieben. Zum Begutachtungszeitpunkt könnten keine Befunde aufgezeigt werden, die für eine bedeutsame Störung dieser Natur sprächen. Jedoch könne eine nachvollziehbare (teilweise auch funktionale) periartikuläre Funktionsstörung der Schulter festgehalten werden im Sinne einer Periarthrophathia humeroscapularis. Damit erklärten sich auch manifeste Impingementreizungen sowie wohl auch glenohumerale Stabilitätsprobleme. Eine seit Jahren derart geprägte Schulter könne durch Ereignisse wie 2006 zusätzliche Reizungen erfahren, die eine Schmerz- und Beschwerdeexazerbation nach sich ziehen und einen protahierten Heilungsverlauf zeigen könnten. Direkt traumatische oder posttraumatische Läsionen, die weiterhin überwiegend diesen Ereignissen zugeschrieben würden, könnten aber nicht mehr festgestellt werden.

Die Knieschmerzen könnten aufgrund der klinischen Untersuchung einer femoropatellaren Reizung / Störung zugeordnet werden. Diese sei tauglich, die erlebten Schmerzen auf der linken Seite zu erklären. Rechts seien wiederholte Kniescheibenluxationsereignisse dokumentiert und im Juli 2012 eine entsprechende chirurgische Massnahme erfolgt.

Weiter erlebte Anteile des umfassenden Beschwerdebildes kann der Gutachter indessen keiner objektiven Störung des Bewegungsapparates zuordnen. Er geht dabei von einem wahrscheinlich sekundär ausgeweiteten Schmerzerleben vom unspezifischen Typ aus, wohl auch im Sinne einer Chronifizierung. Die Kriterien für eine Fibromyalgie-Symptomatik erachtet er als nicht erfüllt, da keine spezifischen Tenderpoints und kein in allen vier Quadranten analog erlebtes Beschwerdebild aufzeigbar sind.

Gestützt auf diese Ergebnisse erachtet der Gutachter den Beschwerdeführer für die früheren Tätigkeiten als Hilfslaborant, Verkäufer von Unterhaltungselektronik und / oder Kommissionierer aus rheumatologischer Sicht bezogen auf den Bewegungsapparat medizinisch-theoretisch als höchstens noch zu 50 % arbeitsfähig. Dabei würde keine zusätzliche Leistungseinschränkung bestehen. Für eine geeignete / angepasste

Verweistätigkeit erachtet er bezogen auf den Bewegungsapparat eine maximale Arbeitsfähigkeit von 80 % als zumutbar. Eine Einschränkung des zeitlichen Pensums würde hier nicht zwingend bestehen, sondern maximal eine 20%ige Einschränkung der Leistungsfähigkeit. Letzteres sei begründet durch einen vermehrten Pausenbedarf, andererseits auch durch ein möglicherweise langsames Arbeitstempo.

6.2 In der psychiatrischen Beurteilung wird festgehalten, dass sich keine Hinweise auf eine organische oder hirnorganische Störung mit psychischer Symptomatik im Sinne eines Krankheitsbildes des Kapitels F0 der ICD-10 fänden (IV-Nr. 221.2 S. 11 ff.). Wohl werde im neuropsychologischen Bericht von Dr. phil. L.\_\_\_\_ eine mittelgradige, teilweise schwere neuropsychologische Funktionsstörung, insbesondere der Exekutivfunktionen sowie des Gedächtnisses, beschrieben und angegeben, dass der Beschwerdeführer aufgrund der beschriebenen Störungen nicht arbeitsfähig sei. Bereits 2009 habe das D.\_\_\_\_ mittelschwere kognitive Minderleistungen im Bereich der Exekutivfunktionen dokumentiert. Annähernd identische Befunde hätten sich auch schon 2004 gefunden. Zusammenfassend könnten viele plausible Gründe anerkannt werden, die zu einer hirnorganischen Störung geführt haben könnten, insbesondere die langjährige Epilepsie sowie der erhebliche hirnorganische Eingriff 1994. Andererseits scheine das Beschwerdebild erst knapp zehn Jahre später aufgetreten zu sein, denn noch wenige Jahre zuvor habe der Beschwerdeführer in seinen vormaligen Tätigkeiten gearbeitet. Folge man aber den zahlreichen Berichten und Fachuntersuchungen, so könne man zumindest in der jetzigen klinischen Situation keine Verschlimmerung des Befundes aus allgemein psychiatrischer Sicht diagnostizieren und so könne man auch die bisher angenommene Arbeitsunfähigkeit von 50 % nicht höher bewerten. Dieser gutachterlichen Ansicht ist zu folgen; die vom Beschwerdeführer diesbezüglich behaupteten Widersprüche sind nicht ersichtlich. Zudem gehen die Einwendungen weitgehend an der Sache vorbei, da es vorliegend um ein Revisionsverfahren geht, in welchem die Frage zu prüfen ist, ob sich der Gesundheitszustand seit der ursprünglichen Rentenverfügung in relevantem Ausmass verschlechtert hat. Diese Frage verneint der Gutachter nach dem Gesagten schlüssig. Der soziale Rückzug, der von Dr. med. N.\_\_\_\_ als prämorbid erachtet wird, war bereits Gegenstand der gutachterlichen Beurteilung im Jahr 2010, die zur Rentenzusprache geführt hat. So hat der damalige Gutachter in der Anamnese erhoben (IV-Nr. 118.2 S. 17 ff.), der Beschwerdeführer sei schon als Schüler zurückgezogen gewesen, alleine sei es seiner Aussage nach schöner, eine Freundin habe er nie gehabt, sein Einzelgängerdasein habe mit 16 Jahren begonnen. Schon damals wohnte der Beschwerdeführer mit seiner Mutter zusammen. Die jetzige gutachterliche Feststellung, dass sich fehlende soziale Beziehungen beim Beschwerdeführer bis weit in die Vergangenheit erkennen liessen, ist korrekt. Es ist jedenfalls nicht ersichtlich, dass seit Erlass der ursprünglichen Rentenverfügung ein weitergehender sozialer Rückzug stattgefunden hätte. Ebenfalls richtig ist die gutachterliche Feststellung, dass der soziale Rückzug für den Beschwerdeführer offensichtlich nicht mit negativen Emotionen verbunden ist.

Die als fehlend gerügte Auseinandersetzung mit den Gewalterfahrungen des Beschwerdeführers ■ es werde ausgeblendet, dass dieser aufgrund fehlenden Vertrauens offensichtlich nicht mit dem Gutachter darüber habe sprechen können ■ vermögen dem psychiatrischen Teilgutachten ebenfalls nicht den Beweiswert zu entziehen. Schon im Rahmen der Begutachtung im Jahr 2010 erwähnte der Beschwerdeführer offenbar, dass er von seinem Vater nichts wissen und lieber nicht über diesen sprechen wolle (IV-Nr. 118.1

S. 11). Eine allfällige unterschwellige Problematik war schon damals bekannt. Weiter verneint Dr. med. N.\_\_\_\_ im Rahmen seiner Stellungnahme vom 28. Mai 2015 (IV-Nr. 262) zutreffend das Vorliegen einer komplexen PTBS (posttraumatischen Belastungsstörung) mit struktureller Dissoziation und somatoformer Dissoziation (Schmerzsymptomatik), wie sie im psychiatrischen Bericht von Dr. med. R.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 20. März 2015 (IV-Nr. 257) hergeleitet wird. Dr. med. R.\_\_\_\_ ist, wie die behandelnde Neuropsychologin Dr. phil. L.\_\_\_\_, in der Praxis O.\_\_\_\_ tätig, in welcher der Beschwerdeführer behandelt wird. Es ist hierfür auf die zutreffenden Ausführungen in der Stellungnahme vom 28. Mai 2015 zu verweisen. Neben der Tatsache, dass die Diagnose erst nach längerer Behandlungsphase und nach der polydisziplinären Begutachtung erfolgt, wobei in den ganzen Jahren zuvor eine solche nie zur Debatte stand, sind die darin gemachten Ausführungen darüber, dass der Beschwerdeführer offenbar sehr reflektiert zu differenzieren, sich über seinen Einsatz kognitiver Strategien und zu seinem Erleben als tiefe Unsicherheit zu äussern vermöge, was gegen das Vorliegen einer solchen Diagnose spreche, einleuchtend. Zahlreiche zu erwartende Symptome, die im psychiatrischen Bericht vom 20. März 2015 benannt werden, lassen sich beim Beschwerdeführer gerade nicht erkennen, so fehlt es an einer unangemessenen Emotionsregulation zum Beispiel in Form von Wutausbrüchen, fremd- / selbstverletzendem Verhalten oder Selbstberuhigungsversuchen mittels Drogen oder Alkohol, an dissoziativen Episoden, an Veränderungen in der Selbstwahrnehmung in Form von Schuldgefühlen oder Scham, wie auch an Veränderungen von Lebenseinstellungen im Sinne einer Verbitterung oder Desillusion.

Auch eine somatoforme Störung liegt nach einleuchtender Herleitung von Dr. med. N.\_\_\_\_ nicht vor: Er erkennt vorliegend weder das typisch Somatoforme, noch die typische innere Dynamik sowie typische Kognitionen und Interaktionen. Wohl stellt auch er fest, dass der Beschwerdeführer über Jahre hinweg über somatisch nicht ausreichend begründbare Beschwerden geklagt hat. Es finde sich aber nicht die bunte Multisomatoformität, die man von somatoformen Störungen kenne, und auch keine bunten Beschwerdemuster mit der affektgeladenen Wortwahl. Es gebe keine ständigen Arztwechsel, keine Komorbidität mit Depressionen oder Angst oder auch nicht ein typisch dysfunktionales Krankheitsverhalten. Der Beschwerdeführer sei unterwegs, fahre mit dem Auto, lebe selbständig in der Wohnung und benötige keine Hilfe bei alltäglichen Verrichtungen. Insofern sei die Diskrepanz zwischen Klagen und objektivierbaren Beschwerden eher durch das Kapitel F5 der ICD-10 zu erklären, das sich mit Verhaltensauffälligkeiten in Verbindung mit körperlichen Störungen und Faktoren beschäftige. Diese Kategorie eigne sich zur Klassifikation von Wechselwirkungen zwischen körperlichen Erkrankungen und Verhaltenseinflüssen, insofern psychischen Einflüssen oder Verhaltenseinflüssen eine besondere Bedeutung bei der Aufrechterhaltung oder Verstärkung der körperlichen Beschwerden zugeschrieben werden könne. Psychische Einflüsse oder Verhaltenseinflüsse seien: dysfunktionale Denkgewohnheiten, dysfunktionale Verhaltensstereotypen, dysfunktionale Bewältigungsmuster und dysfunktionale Attributionsstile, insofern sie der Aufrechterhaltung oder Verstärkung der körperlichen Beschwerden dienten. Dieser Ansicht ist zu folgen. Zur abweichenden Einschätzung der M.\_\_\_\_, die eine somatoforme Schmerzstörung diagnostiziert, hält Dr. med. N.\_\_\_\_ richtigerweise fest, dass von einer solchen nicht einzig und allein deswegen ausgegangen werden dürfe, weil die geklagten Beschwerden nicht vollständig objektivierbar seien. Zum anderen widerlegt er stichhaltig die Einschätzung von Dr. med. R.\_\_\_\_, die in ihrem Bericht vom 20. März 2015 ebenfalls

eine solche Diagnose stellt: Dr. med. R.\_\_\_\_ stelle ein Krankheitsbild in Zusammenhang mit der 1994 erfolgten neurochirurgischen Intervention her, was nicht plausibel sei. Das Auftreten werde in Verbindung gebracht mit emotionalen Konflikten und psychosozialen Belastungsfaktoren, denen die Hauptrolle für Beginn, Schweregrad und Exazerbation sowie Aufrechterhaltung der Schmerzen hinzukomme. Der Beschwerdeführer hingegen berichte, dass es ihm nach der Operation erst einmal deutlich besser gegangen sei, wenn auch insbesondere auf dem Gebiet des Anfallsleidens (vgl. Stellungnahme vom 28. Mai 2015, IV-Nr. 262).

Dr. med. N.\_\_\_\_ schliesst sodann im vorliegenden Fall Verdeutlichungstendenzen, nämlich das demonstrative Präsentieren von vorhandenen Beschwerden, nicht aus. Möglicherweise komme es dabei auch zu einer Symptomausweitung im Sinne einer topographischen Ausweitung der übermässig stark beschriebenen Beschwerden. Inwieweit hier Selbstlimitierungen vorlägen, könne schlecht beurteilt werden. Der Beschwerdeführer erscheine im Wesentlichen durchaus alltagskompetent. Gehe es um das Thema Arbeit, entstehe allerdings tatsächlich der klinische Eindruck, dass der Beschwerdeführer nicht bis an seine Leistungsgrenze gehe, obwohl dies psychisch und physisch der Grundverfassung nach mehr möglich wäre. Nicht auszuschliessen sei eine final ausgerichtete Entschädigungshaltung, die als subjektiv legitim erlebt werde. Einerseits dürfte durch die langjährige Absenz vom Arbeitsmarkt eine Dekonditionierung eingetreten sein, was insbesondere die Wiederaufnahme vormaliger Tätigkeiten einschränke, andererseits traue sich der Beschwerdeführer durchaus Dinge zu, was bei der Mobilität oder Selbstversorgung nachgewiesen werden könne. Natürlich führe die Nichtteilhabe am Erwerbsleben zusammen mit der bereits prämorbid zurückgezogenen Persönlichkeit zu einem übertriebenen Schonverhalten mit langem Liegen und wenigen Aktivitäten. Auch diese Einschätzung ist nachvollziehbar und sie beinhaltet im Übrigen auch die Antwort auf die Frage, ob der Beschwerdeführer in psychiatrischer Hinsicht in der Lage ist, überhaupt an eine nach gutachterlicher Ansicht bestehende Leistungsgrenze zu gehen. Die Beurteilung, dass hier mit überwiegender Wahrscheinlichkeit Verdeutlichungstendenzen vorliegen, ist insbesondere aufgrund der Tatsache, dass es sich der Beschwerdeführer trotz seiner zahlreichen geklagten Beschwerden zutraut, alleine mit dem Auto nach Kroatien zu fahren, gut nachvollziehbar.

Zusammenfassend ergeben sich für Dr. med. N.\_\_\_\_ mit Ausnahme des neuropsychologischen Anteils aus rein psychiatrischer Sicht weder qualitative noch quantitative Einschränkungen der Arbeits- und Leistungsfähigkeit. Die Einschränkungen, die aus der anzunehmenden organischen Persönlichkeitsstörung resultierten, überlässt er indessen dem entsprechenden Fachgutachter. Soweit organische Störungen vorlägen, dürften diese weitgehend nicht durch reine Willensanstrengung zu überwinden sein. Der natürliche Wille dürfte hingegen durchaus zu Kompensationseffekten kommen, was man auch daran sehe, dass der Beschwerdeführer zum Beispiel Autofahren könne, was mit manchen der neuropsychologischen Befunde nur begrenzt sinnvoll erscheine.

6.3 Die neuropsychologische Beurteilung erweist sich ebenfalls als stimmig. Gestützt auf die Untersuchungsbefunde zeigen sich demgemäss in kognitiver Hinsicht in erster Linie insgesamt mittelschwere bis schwere Beeinträchtigungen von verbalen und visuell-räumlichen bzw. episodischen Gedächtnisleistungen. In leichtem Ausmass vermindert seien zudem die verbale und visuelle Merkspanne, die kognitive Verarbeitungsgeschwindigkeit, die Handlungsplanung / das Problemlösen, die

Spontansprache und das verbale Denken. In der Verhaltensbeobachtung zeigten sich Verhaltensauffälligkeiten im Sinne eines manchmal vorschnellen und hastigen Vorgehens mit eher geringer Ausdauer, eines verminderten Beachtens von sozialen Hinweisreizen und Kommunikationssignalen sowie einer umständlichen und eher wenig flexiblen Art. Nach Präsentation der aktuellen Untersuchungsbefunde wird sodann auf die in der Vergangenheit durchgeführten Untersuchungen Bezug genommen: Bereits 1993 hätten sich Einschränkungen von Hirnfunktionen gefunden, welche als leicht bewertet worden seien. Betroffen gewesen seien insbesondere die Gedächtnisleistungen und die Exekutivfunktionen. Bezüglich der Untersuchungen 2004 und 2009 sei im Bericht 2009 festgehalten worden, es fänden sich annähernd identische Befunde wie 2004. Anlässlich der Untersuchung 2009 habe man mittelschwere kognitive Funktionsbeeinträchtigungen im Bereich der Exekutivfunktionen sowie beim episodischen Gedächtnis für verbale Informationen bei ansonsten erhaltenen kognitiven Leistungen gefunden. Zudem sei im klinischen Eindruck über Verhaltensauffälligkeiten berichtet worden. Bei der nächsten Untersuchung 2010 seien die Testleistungen offenbar besser gewesen als bei der Voruntersuchung 2009. Das Testmuster sei aber mit Beeinträchtigungen des verbalen Gedächtnisses und der Exekutivfunktionen bei ansonsten weitgehend erhaltener kognitiver Leistungsfähigkeit ähnlich gewesen. Auch bei dieser Untersuchung sei über Verhaltensauffälligkeiten im klinischen Eindruck berichtet worden. In der Untersuchung 2013 habe sich wiederum ein identisches Befundmuster wie bei den letzten Voruntersuchungen mit mittelschweren bis schweren Einschränkungen der verbalen Gedächtnisbeeinträchtigungen und leichten Einschränkungen von Exekutivfunktionen bei ansonsten erhaltenen kognitiven Leistungen gezeigt. Im Vergleich mit der Voruntersuchung 2009 habe sich eine Verschlechterung der episodischen Gedächtnisleistungen für verbale Informationen bei ansonsten weitgehend konstantem kognitivem Leistungsprofil gezeigt. Praktisch zeitgleich mit dieser Untersuchung in der neurologischen Klinik des D.\_\_\_\_ habe die behandelnde Neuropsychologin von der Praxis O.\_\_\_\_ ebenfalls eine neuropsychologische Untersuchung durchgeführt und sei zum Schluss gekommen, dass beim Beschwerdeführer eine mittelgradige, teilweise schwere neuropsychologische Funktionsstörung vorliege, insbesondere der Exekutivfunktionen und des Gedächtnisses. Zu beachten sei jedoch, dass die untersuchende Dr. phil. L.\_\_\_\_ eine Schweregradbezeichnung verwende, die sich von anderen Nomenklaturen unterscheide und die Befunde als besonders deutlich darstellen lasse. Bei Anwendung der üblichen Schweregradbezeichnung sei aufgrund der Angaben im Untersuchungsbericht davon auszugehen, dass die Einschränkungen des verbalen Gedächtnisses in der Untersuchung von Dr. phil. L.\_\_\_\_ insgesamt lediglich leicht bis mittelschwer beeinträchtigt gewesen seien, was eine Verbesserung zu den Voruntersuchungen in der Klinik für Neurologie des D.\_\_\_\_ bedeute, aber in einem ähnlichen Ausmass gewesen sein dürfte wie anlässlich der Untersuchung im Rahmen der Begutachtung durch die Begutachtungsstelle C.\_\_\_\_ 2010. Weitere, von Dr. phil. L.\_\_\_\_ berichtete, sehr deutliche Einschränkungen seien vor dem Hintergrund der übrigen Untersuchungen schwer nachvollziehbar: So sei das Abzeichnen einer geometrischen Figur schwer vermindert gewesen. Bei sämtlichen anderen Untersuchungen sei diese Leistung aber normgemäss gewesen. Bei einer Aufgabe zum Erkennen von Emotionen in Augenpaaren sei die Leistung ebenfalls schwer vermindert gewesen, in der jetzigen Untersuchung jedoch gut. Eine gemäss Angaben von Dr. phil. L.\_\_\_\_ schwer verminderte Leistung in einer Aufgabe zur sozialen Kognition habe möglicherweise mehr mit sprachlichen Schwierigkeiten zu tun gehabt als mit sozialen Kompetenzen, da für das

Lösen dieser Aufgabe komplizierte und lange Sätze aufgenommen und verstanden werden müssten. Bei der jetzigen Untersuchung hätten sich die verbalen Gedächtnisleistungen wiederum als deutlich schlechter dargestellt als noch bei der Voruntersuchung durch Dr. phil. L.\_\_\_\_, während das Abzeichnen einer komplexen geometrischen Figur, das Erkennen von Emotionen und die Leistung in der Handlungsplanung / im Problemlösen deutlich besser gewesen seien.

Nach dieser eingehenden Darlegung der bisherigen Untersuchungen, unter kritischer Würdigung entgegenstehender Einschätzungen, kommt der neuropsychologische Gutachter in überzeugender Weise zum Schluss, dass sich im Vergleich aller bisherigen neuropsychologischen Untersuchungen ein stabiles Befundmuster mit im Vordergrund stehenden Beeinträchtigungen des eigentlichen verbalen Gedächtnisses (Lernen und dauerhaftes Speichern) sowie in geringerem Ausmass von Exekutivfunktionen zeigt. Demnach ist in dieser Hinsicht keine relevante Verschlechterung des Gesundheitszustandes eingetreten. Auch wenn die objektivierten verbalen Gedächtnisleistungen teilweise von Untersuchung zu Untersuchung geschwankt haben, lässt sich seiner Ansicht nach eine systematische Verschlechterung der verbalen Gedächtnisleistungen aufgrund der zur Verfügung stehenden Informationen in den letzten Jahren, also zumindest seit der ursprünglichen Rentenverfügung, nicht nachweisen. Daran vermögen auch die methodischen Einwendungen von Dr. phil. L.\_\_\_\_ in ihrer Stellungnahme vom 8. Juli 2014 zum neuropsychologischen Teilgutachten (IV-Nr. 224) betreffend Schweregradeinteilung und Erhebung von Rohdaten nichts einzuwenden, die in der Replik von lic. phil. Q.\_\_\_\_ vom 12. August 2014 (IV-Nr. 236.1 S. 2 ff.) allesamt schlüssig aufgelöst werden. Zum einen erklärt er, dass sich gestützt auf seine Erfahrung die Stellen, die die Voruntersuchungen durchgeführt hätten, nach der in der Neuropsychologie gebräuchlichen Schweregradnomenklatur richteten, während Dr. phil. L.\_\_\_\_ eine in der Praxis unübliche verwende. Zum anderen hält er fest, dass ein Rohwertvergleich nur bei identischen Testverfahren möglich sei. Bei den verschiedenen beim Beschwerdeführer durchgeführten Testungen seien jedoch teilweise deutlich unterschiedliche Testverfahren verwendet worden.

Aus neuropsychologischer Sicht ist gemäss lic. phil. Q.\_\_\_\_ beim Beschwerdeführer aufgrund von bestehenden kognitiven Funktionsbeeinträchtigungen damit zu rechnen, dass es in der früheren bzw. gelernten Tätigkeit als Unterhaltungselektronik-Verkäufer zu vermindertem Aufnehmen und deutlich erhöhtem Vergessen von betrieblichen Informationen sowie Informationen von Kunden komme, was zu Unterlassungen, Fehlern und Verlangsamung bei der Arbeit führen dürfte. Die Einschränkungen der Exekutivfunktionen sowie die Verhaltensauffälligkeiten im Rahmen der Persönlichkeitsveränderung wirkten sich zudem sehr ungünstig auf das Sozial- und Kommunikationsverhalten aus, wobei unter anderem damit zu rechnen sei, dass Verkaufs- und Beratungsgespräche langfädig würden und wenig auf die Bedürfnisse der Kunden ausgerichtet seien. Zudem dürfte die Beziehungsgestaltung zu den Mitarbeitern deutlich erschwert sein. Die Einschränkungen der Exekutivfunktionen dürften ebenfalls zu Fehlleistungen und Flüchtigkeitsfehlern bei der Arbeit beitragen. Insgesamt sei von einer derart deutlich verminderten qualitativen Leistungsfähigkeit in der früheren Tätigkeit auszugehen, dass der Beschwerdeführer einem Arbeitgeber in diesem Bereich kaum zumutbar sei. Für einfache, ungelernete Hilfstätigkeiten ohne besondere Anforderungen an Gedächtnisleistungen und an die sozialen und kommunikativen Fertigkeiten sei aus rein

neuropsychologischer Sicht von einer Einschränkung der qualitativen Leistungsfähigkeit im Ausmass von 50 % auszugehen. Inwieweit eine Einschränkung der zeitlichen Zumutbarkeit aufgrund einer verminderten Belastbarkeit bestehe, sei unter Berücksichtigung aller gesundheitlichen Aspekte zu beurteilen.

6.4 Der Beschwerdeführer lässt in Bezug auf das polydisziplinäre Gutachten der Begutachtungsstelle F.\_\_\_\_ vom 21. Mai 2014 weiter rügen, es werde darin nicht dargelegt, was die Anforderungen an ein mögliches Arbeitsumfeld bezogen auf die Persönlichkeitsstörung seien und inwiefern sich Letztere auf einen Wiedereinstieg in das Arbeitsleben auswirke. Auch dieser Kritik kann nicht gefolgt werden. Dem Gutachten lassen sich die entsprechenden Anforderungen an einen Arbeitsplatz entnehmen. Die entsprechende Frage 3.3 (IV-Nr. 221. 1 S. 37) wird darin explizit beantwortet. Bei einer angepassten Tätigkeit muss es sich demnach um eine einfache ungelernete Hilfstätigkeit ohne besondere Anforderung an die Gedächtnisleistung sowie die sozialen und kommunikativen Fertigkeiten handeln. Aus diesem Tätigkeitsprofil ergibt sich, dass die beim Beschwerdeführer bestehende Persönlichkeitsstörung berücksichtigt wird. Zusätzlich werden Anforderungen in rheumatologischer Hinsicht aufgeführt (Wechselpositionen, Vermeiden von Torsions- und Schwenkbewegungen, monotonen vorgebeugten oder knienden Tätigkeiten, Einschränken von Überkopftätigkeiten sowie Heben und Tragen von schweren Lasten). Was die Frage der Auswirkung der Persönlichkeitsstörung auf einen Wiedereinstieg in das Arbeitsleben anbelangt, so finden sich in den gutachterlichen Ausführungen ebenfalls Antworten. Im Hinblick auf berufliche Massnahmen zur Umsetzung der Restarbeitsfähigkeit wird auf die neuropsychologischen Einschränkungen hingewiesen, die es zu beachten gelte. Ebenso wird im Gutachten dargelegt, inwiefern es dem Beschwerdeführer zumutbar ist, die entsprechende Willensbildung aufzubringen, um die verbliebene Arbeitsfähigkeit zu verwerten. Auch diese, im Gutachten explizit aufgeworfene Frage (IV-Nr. 221.1 S. 38) wird beantwortet und bejaht. Die Gutachter weisen zu Recht darauf hin, dass es auch mit den bestehenden kognitiven Defiziten möglich sei, den entsprechenden Willen in Bezug auf die Leistungsfähigkeit am Arbeitsplatz aufzubringen. Weiter wird erwogen, dass der Beschwerdeführer in der Vergangenheit wiederholt bereit gewesen sei, chirurgische Eingriffe machen zu lassen und sich in stationäre Rehabilitationsaufenthalte zu begeben. Zu den Schmerzmanagement-Fähigkeiten wird in der Stellungnahme vom 12. August 2014 (IV-Nr. 236.1 S. 5) gesagt, es sei durchaus möglich, dass die kognitiven Funktionsbeeinträchtigungen diese vermindern könnten, jedoch sei dies für den Beschwerdeführer nicht gänzlich unmöglich. Das Testleistungsprofil deute darauf hin, dass die denkerische Leistungsfähigkeit durchaus ausreichend sei, um therapeutische Zusammenhänge zu verstehen. Zudem sei eine gewisse Lernfähigkeit erhalten geblieben. Der psychiatrische Gutachter hält in seiner Stellungnahme weiter ausdrücklich fest, den Beschwerdeführer einem Arbeitgeber im beschriebenen Umfang als durchaus für einen Arbeitgeber zumutbar zu halten (IV-Nr. 236.3 S. 2). Nachdem keine psychische Störung diagnostiziert wird, die von der Rechtsprechung nach BGE 141 V 281 betroffen ist, erübrigt sich schlussendlich eine Prüfung nach den darin festgelegten Indikatoren. Auch diese Rügen vermögen nach dem Gesagten die Beweiskraft des polydisziplinären Gutachtens nicht zu schmälern.

## **E. 7**

7.1 Nach dem Gesagten zeigt sich, dass das polydisziplinäre Gutachten der Begutachtungsstelle F.\_\_\_\_ vom 21. Mai 2014 beweiswertig ist und die Beschwerdegegnerin

zu Recht darauf sowie auf die im weiteren Verfahren eingegangenen Stellungnahmen abgestellt hat. Im Hauptgutachten wird zusammengefasst festgestellt, dass sich seit der Begutachtung des Beschwerdeführers durch die C.\_\_\_\_ im Jahr 2010 keine wesentliche Änderung des Gesundheitszustandes ergeben habe. Dies ist anhand der einzelnen Teilgutachten und der sonstigen Ausführungen der Gutachter nachvollziehbar. Die seit Jahren bestehende und im Vordergrund stehende Schulterproblematik hat sich in ihren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit kaum verändert und die hirnanorganische Störung als Folge der Epilepsie besteht ebenfalls seit jeher. Damit hat die Rentenrevision grundsätzlich ergeben, dass im vorliegenden Fall keine anspruchsbegründende Veränderung des gesundheitlichen Zustandes vorliegt. Bei der Festlegung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit zeigt sich indessen folgendes Bild: Während im Rahmen der ursprünglichen Rentenverfügung davon ausgegangen wurde, die bisherige Tätigkeit sei aus rheumatologischen Gründen nicht mehr zumutbar, wohingegen für eine angepasste Tätigkeit in einem gewohnten Berufszweig aus psychiatrischer / neuropsychologischer Sicht eine 60%ige Leistungsfähigkeit bei vollem Pensum bestehe, legt der neuropsychologische Gutachter in der aktuellen Einschätzung eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 50 % fest. Der rheumatologische Gutachter kommt auf eine 50%ige Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit (wobei darin eigentlich eine Verbesserung des gesundheitlichen Zustands läge, wurde in der ursprünglichen Rentenverfügung doch noch davon ausgegangen, dass die angestammte Tätigkeit für den Beschwerdeführer nicht mehr zumutbar sei). Mit Blick auf die vom rheumatologischen Gutachter gestellten Diagnosen ist aber anzunehmen, dass sich diese Einschätzung auf eine leidensangepasste Tätigkeit als Lagerist bezieht. Wenn die neuropsychologische Einschätzung der Arbeitsfähigkeit nun auf 50 % festgelegt wird anstelle der im Gutachten 2010 postulierten 60 %, so wird der gleiche Sachverhalt bzw. der an sich gleich gebliebene Gesundheitszustand lediglich in seiner Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit unterschiedlich beurteilt. Dies ist revisionsrechtlich nicht relevant. Der RAD-Arzt, Dr. med. S.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Medizin, geht in seinem Bericht vom 7. Januar 2015 (IV-Nr. 242) zwar von einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes seit Januar 2013 aus, wobei er diese Aussage offensichtlich auf die im Gutachten der Begutachtungsstelle F.\_\_\_\_ abstützt. Dies ist aber mit Blick auf die obigen Ausführungen unzutreffend.

7.2 Nach dem Gesagten hat sich der gesundheitliche Zustand des Beschwerdeführers seit der ursprünglichen Rentenverfügung nicht wesentlich verändert. Damit stellt sich grundsätzlich die Frage der sogenannten *reformatio in peius* bzw. Abänderung der Verfügung zuungunsten des Beschwerdeführers. Nach bundesgerichtlicher Rechtsprechung ist von der Möglichkeit der *reformatio in peius* hingegen zurückhaltend Gebrauch zu machen und diese auf Fälle zu beschränken, in welchen der angefochtene Entscheid offensichtlich unrichtig und die Korrektur von erheblicher Bedeutung ist. Es gelten die gleichen strengen Voraussetzungen wie bei der Wiedererwägung formell rechtskräftiger Verfügungen oder Einspracheentscheide gemäss Art. 53 Abs. 2 ATSG. (BGE 142 V 337 E. 3.1 S. 339 f. mit Hinweisen). Im vorliegenden Fall kann mit Blick auf die im Gutachten der Begutachtungsstelle F.\_\_\_\_ einerseits gemachte Feststellung, dass keine wesentliche Veränderung des Gesundheitszustands eingetreten sei, andererseits aber doch eine unterschiedliche Beurteilung der Arbeitsfähigkeit vorgenommen wird, nicht von einem offensichtlich unrichtigen Entscheid der Beschwerdegegnerin ausgegangen werden. Es galt im vorliegenden Verfahren eine Vielzahl von medizinischen Berichten zu würdigen, wobei die Beschwerdegegnerin auf die Einschätzung des RAD-Arzt abstellte, der aufgrund der

unterschiedlichen Arbeitsfähigkeiten eine Veränderung des Gesundheitszustandes sah. Wie bereits erwähnt, erscheint diese Einschätzung nicht zutreffend. Die in dieser Hinsicht von der Beschwerdegegnerin vorgenommene Beweiswürdigung erfolgte indessen in ihrem Ermessen und erscheint im vorliegenden Fall nicht als derart willkürlich, dass von einer offensichtlichen Unrichtigkeit der Verfügung gesprochen werden müsste, die eine Wiedererwägung ermöglichen würde. Von einer reformatio in peius ist nur zurückhaltend Gebrauch zu machen. Es ist daher in diesem Fall davon abzusehen und in diesem Punkt die angefochtene Verfügung nicht zum Nachteil des Beschwerdeführers abzuändern.

## **E. 8**

8.1 Die im angefochtenen Entscheid vorgenommene Invaliditätsbemessung ist unbestritten geblieben und nicht zu beanstanden. So hat die Vorinstanz die in der ursprünglichen Rentenverfügung vom 10. Mai 2011 (IV-Nr. 139) vorgenommene Festsetzung des Valideneinkommens übernommen und eine Anpassung an die Teuerung bis 2013 vorgenommen. Das Valideneinkommen beträgt demgemäss CHF 78'599.00.

### **E. 8.2**

8.2.1 Da der Beschwerdeführer keine zumutbare Verweistätigkeit aufgenommen hat, hat die Beschwerdegegnerin für die Bestimmung des Invalideneinkommens zu Recht einen Tabellenlohn der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) herangezogen, die Wochenstunden aufgerechnet und dieses Einkommen an die Teuerung angepasst. Sie hat sich dabei richtigerweise auf die LSE 2012 gestützt. Ausgehend vom Tabellenlohn (TA1, Kompetenzniveau 1, Total Männer) und unter Berücksichtigung der betriebsüblichen wöchentlichen Arbeitszeit (2013: 41,7 Stunden) sowie unter Aufrechnung der Teuerung (T1.1.10, Nominallohnindex, Total Männer, 2012: 101.7; 2013: 102.5) ergibt sich bei einer Arbeitsfähigkeit von 50 % ein Invalideneinkommen von CHF 32'845.00

8.2.2 Die Beschwerdegegnerin hat bei der Bemessung des Invalideneinkommens einen leidensbedingten Abzug von 10 % vorgenommen. Der Beschwerdeführer lässt geltend machen, dieser sei zu tief.

Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert (Tabellenlohn) allenfalls zu kürzen. Damit soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass persönliche und berufliche Merkmale, wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können (BGE 124 V 321 E. 3b/aa S. 323) und je nach Ausprägung die versicherte Person deswegen die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten kann (BGE 126 V 75 E. 5b/aa in fine S. 80). Der Abzug ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen. Er darf jedoch 25 % nicht übersteigen (BGE 126 V 75 E. 5b/bb-cc S. 80; Urteil des Bundesgerichts 8C\_724/2012 vom 8. Januar 2013 E. 4.4).

Die Frage, ob aufgrund der Umstände ein Abzug vom Tabellenlohn angezeigt ist oder nicht, ist eine Rechtsfrage, welche das Gericht frei zu prüfen hat (BGE 137 V 71 E. 5.1 S. 72). Hat der Versicherungsträger einen Abzug gewährt, bildet dessen Bemessung dagegen eine Ermessensfrage. Bei deren Überprüfung im Rahmen der Angemessenheitskontrolle darf das Gericht sein Ermessen nicht ohne triftigen Grund an die Stelle desjenigen der Verwaltung setzen. Es muss sich somit auf Gegebenheiten abstützen können, welche seine abweichende

Ermessensausübung als naheliegender erscheinen lassen (BGE 137 V 71 E. 5.2 S. 73 ff., 126 V 75 E. 6 S 81).

Der Beschwerdeführer ist zu 50 % arbeitsfähig. Zwar hat die Rechtsprechung unter dem Titel «Beschäftigungsgrad» bei Männern, welche gesundheitlich bedingt nur noch teilzeitlich erwerbstätig sein können, in bestimmten Konstellationen einen Abzug vom Tabellenlohn anerkannt. Diese Praxis basierte auf der Feststellung, dass gemäss der Lohnstrukturerhebung des Bundes (LSE) 2004 Tabelle T6\*, Männer im Anforderungsniveau 4 mit einem Teilzeitpensum zwischen 50 % und 74 % im Vergleich zu Männern mit einem Vollzeitpensum ( $\geq 90$  %) im Durchschnitt einen um rund 10 % geringeren Lohn erzielten (Urteil des Bundesgerichts 8C\_604/2011 vom 23. Januar 2012 E. 4.2.2). Eine vergleichbare Differenz liess sich aus der LSE 2006, Tabelle T2\*, ableiten (vgl. Hans-Jakob Mosimann, in: Steiger-Sackmann/Mosimann, Handbücher für die Anwaltspraxis, Recht der Sozialen Sicherheit, Zürich 2014, Rz. 22.67). Die LSE 2012, welche im vorliegenden Fall für die Bemessung des Invalideneinkommens massgebend ist, enthält jedoch keine Basis für einen Teilzeitabzug: Gemäss der Tabelle «Monatlicher Bruttolohn nach Beschäftigungsgrad, beruflicher Stellung und Geschlecht» lässt sich bei Männern ohne Kaderfunktion mit Teilzeitpensum zwischen 50 % und 74 % keine durch das Pensum bedingte Lohneinbusse feststellen. Der standardisierte Medianlohn von CHF 6'080.00 ist praktisch identisch mit dem Wert für vollzeitlich Erwerbstätige von CHF 6'086.00 und dem Totalwert von CHF 6'088.00. Auf diese aktuelle Statistik ist für die Bemessung des Invalideneinkommens abzustellen. Die Kategorie «ohne Kaderfunktion» ist zwar nicht identisch mit dem Kompetenzniveau 1. Dies gilt aber auch für die bisher angewandten Tabellen der LSE 2004 und 2006, denn diese sind nicht nur veraltet, sondern basieren noch auf dem früheren, für die LSE bis 2010 gültig gewesenen System der sogenannten Anforderungsniveaus. Vor diesem Hintergrund besteht kein Anlass, diese Tabellen derjenigen aus der vorliegend anwendbaren LSE 2012 vorzuziehen. Damit entfällt in der hier gegebenen Konstellation ein Abzug wegen Teilzeitarbeit. Unter diesen Umständen kann offenbleiben, ob die Arbeitsunfähigkeit von 50 % überhaupt im Sinne einer zeitlichen Einschränkung des Pensums zu verstehen oder ob von einer Leistungsreduktion bei vollem Pensum auszugehen ist. Auch bildet das Alter des Beschwerdeführers, der Schweizer Bürger ist, im Bereich des Kompetenzniveaus 1 (einfache Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art) keinen Anlass für einen Abzug. Zum Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung war er knapp 53-jährig. Hingegen muss das Tätigkeitsprofil, welches der Beschwerdeführer nunmehr noch zu verrichten vermag, zu einem leidensbedingten Abzug führen. Dieses besteht in einer einfachen ungelerten Hilfsarbeit ohne besondere Anforderungen an Gedächtnisleistung und sozialen wie kommunikativen Fertigkeiten. Günstig wäre die Möglichkeit von Wechsellagen. Repetitive Torsions- und Schwenkbewegungen mit Rumpf und Oberkörper sowie monotone vorgebeugte, kniende oder kauende Tätigkeiten sollten vermieden werden. Überkopftätigkeiten wären maximal eine halbe Stunde am Stück und höchstens einmal an einem Halbtage zu empfehlen. Heben und Tragen von Lasten bis Lendenhöhe dürfen maximal 20 kg, in Brusthöhe maximal 30 kg betragen. Gehen in ebenem Gelände wäre maximal eine Stunde am Stück zumutbar. Das Gehen in unebenem Gelände ist zu vermeiden. Das Bewältigen von Treppen wäre im üblichen Mass vertretbar. Tätigkeiten mit der oberen und unteren Extremität sollten prinzipiell leicht belastend sein. Die Gewährung eines leidensbedingten Abzugs von 10 % trägt diesen Einschränkungen angemessen Rechnung. Ein Eingriff in das Ermessen der Beschwerdegegnerin ist daher nicht angezeigt.

Damit ergibt sich ein Invalideneinkommen von CHF 29'561.00. Im Übrigen würde nicht einmal ein maximaler Abzug von 25 % zu einem Invaliditätsgrad über 70 % führen.

9. Die von der Beschwerdegegnerin vorgenommene Berechnung des Invaliditätsgrades von 62 % erweist sich als korrekt. Sie hat dem Beschwerdeführer unter Berücksichtigung von Art. 88a Abs. 2 IVV zu Recht ab dem 1. Mai 2013 eine Dreiviertelsrente zugesprochen. Die Beschwerde ist abzuweisen.

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

11. Aufgrund von Art. 69 Abs. 1bisIVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 ■ 1'000.00 festgelegt. Im vorliegenden Fall hat der Beschwerdeführer die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen, die mit dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe zu verrechnen sind.

Demnach wird erkannt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Es wird keine Parteientschädigung ausgerichtet.

3. Der Beschwerdeführer hat Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen, die mit dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe verrechnet werden.

Rechtsmittel

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

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Der Präsident

Die Gerichtsschreiberin

Flückiger

Weber

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