

SO_GERICHTE VSBES.2016.156 vom 25. April 2016

SO Obergericht, 2016-04-25, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2016.156

FR: SO_GERICHTE VSBES.2016.156 du 25 avril 2016

IT: SO_GERICHTE VSBES.2016.156 del 25 aprile 2016

Erwägungen

E. 2

2.1 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 solches auf eine Viertelsrente.

2.2 Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen, Art. 16 Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG, SR 830.1]).

2.3 Ändert sich der Invaliditätsgrad eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. 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).

E. 2.2

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen

Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen, Art. 16 Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG, SR 830.1]).

2.3 Ändert sich der Invaliditätsgrad eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. 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).

E. 3

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

3.2 Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. 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 (BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

3.3 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. Gemäss den Ausführungen des Beschwerdeführers sei die Diagnose von Dr. med. D.____ im vorliegenden Fall offensichtlich in Widerspruch zu dessen subjektiven Angaben gestellt worden. So habe er dem Gutachter mitgeteilt, dass er niedergeschlagen, verunsichert und vergesslich sei, schlecht schlafen könne und in der Nacht zwei bis drei Mal pro Woche Panikgefühle und Atemnot erlebe. Zu seinem Selbstwertgefühl befragt gebe er an, dass er sich als «unnützig» und «überflüssig» empfinde. Nichtsdestotrotz behaupte der Gutachter, dass die objektivierbaren psychopathologischen Befunde anlässlich der Untersuchung gar nicht bis gering ausgeprägt seien, was äusserst befremdend wirke. Ebenso unverständlich sei die Beurteilung des Gutachters, wonach für die Kategorien F32/F33 die Kriterien der dauerhaften Hemmung der Psychomotorik und der wesentlichen Verminderung der affektiven Schwingungsfähigkeit fehlen würden, wo doch der Beschwerdeführer bei der Befragung angegeben habe, dass er manchmal sogar mit sich selber spreche oder «einen Klos im Hals» habe. Er finde sich hin und wieder nicht zurecht. Er habe negative Gedanken und sei «blockiert». Auch die Angaben zum Test SCL-90-R seien mit der Behauptung des Gutachters, die «objektivierbaren psychopathologischen Befunde» seien gar nicht bis gering ausgeprägt, nicht in Einklang zu bringen bzw. nicht vereinbar. So gebe der Beschwerdeführer bei diesem Test beispielsweise durch persönliches Ankreuzen der Antworten an, unter starken Suizidgedanken zu leiden, stark unter Energielosigkeit oder Verlangsamung in den Bewegungen oder im Denken zu leiden. Es sei schwer nachvollziehbar, wie jemand mit derartigen Leiden uneingeschränkt arbeitsfähig sein solle. Zusammenfassend sei davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer in Bezug auf seine Depression nicht genesen sei, wie das der Gutachter behaupte. Es sei auch nicht erkennbar, wie die Genesung stattgefunden haben solle. Die psychosozialen Umstände seien nach wie die gleichen wie zur Zeit des Rentenzuspruchs. Letztes Jahr sei der Beschwerdeführer zudem bei Dr. med. E.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, in fachärztlicher Behandlung gewesen. Medikamentös sei er mit Paroxetin und Seroquel behandelt worden. Um den Schlaf zu verbessern, habe er Surmontil und Zoldorm verschrieben erhalten. Was genau zur vermeintlichen «Remission der Depression» bzw. zur angeblich «wesentlichen Verbesserung des Gesundheitszustandes» geführt haben solle, sei dem Gutachten nicht zu entnehmen. Dies sei jedoch eine unabdingbare Voraussetzung mit Blick auf die Verwertbarkeit eines Gutachtens. Des Weiteren sei es nicht nachvollziehbar, weshalb der psychiatrische Gutachter sich nicht mit dem behandelnden Arzt, Dr. med. F.____, und dem mitbehandelnden Facharzt, Psychiater Dr. med. E.____, in Verbindung gesetzt habe, weiche doch seine Einschätzung nicht nur leicht, sondern diametral von derjenigen der Letztgenannten ab; auf der einen Seite werde eine vollständige Arbeitsfähigkeit, auf der anderen Seite hingegen eine vollständige Arbeitsunfähigkeit postuliert. Ein fachlicher Austausch dränge sich hier lege artis geradezu auf. Zwischen der psychiatrischen Untersuchung vom 20. Januar 2016 von Dr. med. D.____ und dem Schreiben von Dr. med. F.____ vom 15. Mai 2015 liege eine Zeitspanne von einem halben Jahr. Die Schlussfolgerungen der beiden Ärzte in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit könnten unterschiedlicher nicht ausfallen. Vor dem Hintergrund, dass aufgrund des Gutachtens der

Verlauf und der Grund für die vermeintliche Genesung nicht nachvollzogen werden könne, sei der Bericht des behandelnden Arztes durchaus in der Lage, geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der gutachterlichen Feststellung zu wecken. Ferner gelte es im Zusammenhang mit der rheumatologischen Begutachtung davon Kenntnis zu nehmen, dass hier eine nicht zu unterschätzende Abhängigkeitsproblematik bestehe. So figureiere der im vorliegenden Fall beauftragte rheumatologische Gutachter Dr. med. C.____ aus Bern im plädoyer-Bericht vom 23. November 2015 in der Liste derjenigen, die von der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich von 2012 bis 2014 eine nicht unbeachtliche Anzahl Begutachtungsaufträge erhalten hätten. Allein für die SVA des Kantons Zürich habe er in dieser Periode 109 Gutachten verfasst, was unter Berücksichtigung der Ferien, mehr als einen Auftrag pro Arbeitswoche ausmache, und dies nur für die SVA Zürich. Dr. med. C.____ werde erfahrungsgemäss auch von der SVA Aargau und wahrscheinlich auch von anderen Kantonen regelmässig beauftragt. Es gehe nicht an, dass bei den behandelnden Ärztinnen und Ärzten im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung angenommen werde, sie würden in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen, hingegen bei Sachverständigen mit einer überwiegenden ■ wenn nicht sogar ausschliesslichen ■ aus Begutachtungsaufträgen resultierenden wirtschaftlichen Abhängigkeit diese Annahme ausgeblendet werde. Ferner sei auch in diesem Zusammenhang ■ wie bei der psychiatrischen Beurteilung durch Dr. med. D.____ ■ nicht schlüssig nachvollziehbar, inwiefern heute keine Invalidität mehr bestehen solle. Mit Vorbescheid vom 31. Juli 1996 sei dem Beschwerdeführer aufgrund rein körperlicher Einschränkungen, d.h. insbesondere aufgrund einer Rückenproblematik und des Morbus forestier, eine halbe IV-Rente zugesprochen worden. Die Rente sei dann später auf eine ganze Rente erhöht worden, als der Beschwerdeführer zusätzlich an einer Depression erkrankt sei. Die für die körperliche Einschränkung massgeblichen Diagnosen, namentlich das Panvertebralsyndrom mit spondylogener Ausstrahlung in den Kopf und in alle Extremitäten sowie die idiopathische Skeletthyperostose (Morbus forestier) seien nach wie vor vorhanden und Gegenstand regelmässiger Behandlung. Es sei vor diesem Hintergrund nicht verständlich, weshalb heute aus rheumatologischer Hinsicht keine Einschränkung bestehen solle. Der Vollständigkeit halber werde an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass der Beschwerdeführer die beruflichen Integrationsmassnahmen nicht von sich aus abgelehnt habe. Trotz Überforderungsgefühlen habe er sich bereit erklärt, einen Versuch mit 2 Stunden pro Tag zu machen, was durchaus vernünftig erscheine. Es könne nicht erwartet werden, dass der Beschwerdeführer in diesem Zustand und nach einer 20-jährigen Dekonditionierung von heute auf morgen mit einem vollen Arbeitspensum zu arbeiten beginne. Die Einstellung der Eingliederungsmassnahmen sei als unsachgemäss und unverhältnismässig zu werten. Mit Blick auf das vorliegende Beschwerdeverfahren habe der Beschwerdeführer seinen Willen dahingehend kundgetan, als er nach wie vor bereit sei ■ mit der nötigen Unterstützung seitens der Invalidenversicherung ■ ein niederschwelliges Angebot, d.h. eine leidensangepasste Tätigkeit in einem ihm zumutbaren Arbeitspensum von 30 - 40 % anzunehmen. Im Übrigen sei dem Beschwerdeführer ein leidensangepasster Abzug zu gewähren. Er sei bereits 58 Jahre alt, spreche nur ungenügend Deutsch, habe keine eigentliche Berufsausbildung und sei seit 20 Jahren nicht mehr erwerbstätig. Es müsste sich zudem um eine «adaptierte», d.h. um eine einem speziellen Belastungsprofil entsprechende Arbeitsstelle handeln. Er müsste sich zudem mit einem viel tieferen Anstellungslohn begnügen müssen. Es liege auf der Hand, dass der Beschwerdeführer unter Berücksichtigung der Erwerbseinbusse infolge Wechsel in einer körperlich leichten

Tätigkeit in der Höhe von rund 35 % und Leidensabzug von mindestens 20 % mithin eine Erwerbseinbusse von über 50 % zu gewärtigen hätte.

Demgegenüber vertritt die Beschwerdegegnerin die Ansicht, die medizinischen Abklärungen hätten ergeben, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit mindestens dem Datum der Begutachtung (August 2013) deutlich verbessert habe. Die bei der Rentenzusprache im Vordergrund stehende gravierende depressive Störung sei nicht mehr nachweisbar. Seit ebenfalls diesem Zeitpunkt bestehe aus polydisziplinärer Sicht eine uneingeschränkte Arbeits- und Leistungsfähigkeit für körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeiten. Nachdem der Beschwerdeführer bereits seit fast 20 Jahren nicht mehr im Erwerbsprozess integriert sei, könne keine angestammte Tätigkeit mehr benannt werden, daher könne auf einen Einkommensvergleich verzichtet werden. In Anbetracht der langen Rentenbezugsdauer habe er jedoch Anspruch auf berufliche Eingliederungsmassnahmen. Diese seien ihm im Gespräch vom 24. Februar 2014 ausführlich beschrieben worden. Er habe mehrmals gesagt, dass er nicht arbeiten könne. Im Anschluss habe er trotzdem eine Einverständniserklärung für berufliche Eingliederungsmassnahmen unterschrieben. Er sei daraufhin am 23. April 2014 nochmals zu einem Gespräch mit einer Fachperson für berufliche Massnahmen eingeladen worden. Wie dem Abschlussbericht des Eingliederungsfachmannes vom 23. April 2014 zu entnehmen sei, habe der Beschwerdeführer das Angebot für die Unterstützung bei der Wiedereingliederung nicht angenommen. Er habe erklärt, er sei krank und könne nicht verstehen, dass die Ärzte sagten, er könne doch arbeiten. Aufgrund der fehlenden Motivation werde die Rente ohne vorgängige berufliche Massnahmen aufgehoben. Als medizinische Entscheidungsgrundlage liege das bidisziplinäre Gutachten der Herren Dres. med. C.____ und D.____ vom 2. Februar 2016 vor. Es handle sich hierbei um unabhängige Begutachtungsstellen. Gemäss diesem Gutachten liege beim Beschwerdeführer aus versicherungsmedizinischer Sicht keine relevante Arbeitsunfähigkeit vor. Das Gutachten werde vom Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) in seiner Stellungnahme vom 18. April 2016 als nachvollziehbar bezeichnet und erfülle die Anforderungen, welche die Rechtsprechung an den vollen Beweiswert eines Arztberichtes stelle. Der RAD nehme auch zum eingereichten Arztbericht vom Herrn Dr. med. F.____ vom 13. Januar 2015 Stellung. Der RAD-Arzt lege dar, dass aus dem Bericht keine neuen medizinischen Tatsachen ersichtlich seien. Der Bericht von Dr. med. F.____ habe auch den begutachtenden Ärzten vorgelegen und sei von ihnen berücksichtigt worden. Aufgrund der Tatsache, dass Dr. med. D.____ als psychiatrischer Gutachter keine schwerwiegende Einschränkung habe feststellen können, könne dem Argument, der Beschwerdeführer habe die ihm angebotenen Massnahmen zur beruflichen Wiedereingliederung wegen einer depressiven Störung abgelehnt, nicht gefolgt werden.

5. Streitig und zu prüfen ist demnach, ob die Beschwerdegegnerin mit der Verfügung vom 25. April 2016 zu Recht die Aufhebung der dem Beschwerdeführer mit Verfügung vom 30. April 1997 bzw. Urteil des Versicherungsgerichts vom 22. Juni 1998 zugesprochenen ganzen Invalidenrente beschlossen hat. Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich bei einer Rentenrevision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG (BGE 105 V 29 S. 30) durch Vergleich des Sachverhalts, wie er im Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenverfügung bestanden hat, mit demjenigen zur Zeit der streitigen Ablehnungsverfügung vom 25. April 2016 (Urteil des ehemaligen Eidg. Versicherungsgerichts I 783/05 vom 18. April 2006 E. 1; BGE 130 V 71 E. 3.1 S. 73, mit Hinweisen; AHI 1999 S. 84 E. 1b; Urteil des Bundesgerichts 8C_819/2013

vom 4. Februar 2014 E. 2).

5.1 Das Versicherungsgericht Solothurn stellte in seinem Urteil vom 22. Juni 1998 auf folgende medizinischen Akten ab:

5.1.1 Laut Bericht von Dr. med. G.____, Spezialarzt für Innere Medizin, speziell Rheumaerkrankungen, Olten, vom 27. Juni 1995 (IV-Nr. 1.11, S. 20) sei der Beschwerdeführer seit 8. Februar 1994 zu 100 % arbeitsunfähig. Berufliche Massnahmen seien ab sofort angezeigt.

5.1.2 Im H.____-Gutachten vom 28. Juni 1996 (IV-Nr. 1.11, S. 1) werden folgende Hauptdiagnosen (mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit) gestellt:

-Panikstörung auf der Basis einer neurotischen Persönlichkeitsstörung

-Ausgeprägtes depressives Syndrom

-Thorakolumbales Schmerzsyndrom bei abgelaufenem Morbus Scheuermann der BWS und beginnenden degenerativen Veränderungen der BWS mit lumbosakraler Übergangsanomalie

Die H.____-Ärzte schätzten die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers im bisherigen Aufgabenbereich als Zuschneider auf 30 % ein. Die Einschränkung ergäben sich aus der Kombination der orthopädischen und psychischen Leiden, die miteinander negativ inferierten. Für eine rückenadaptierte Tätigkeit ohne repetitives Heben schwerer Lasten, mit der Möglichkeit, die Körperposition zu wechseln und ohne Arbeit in körperlicher Zwangshaltung bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 50 %. Hier ergebe sich die Einschränkung ausschliesslich aus der psychischen Fehlentwicklung. Der Versicherte weise wohl ein depressives Zustandsbild auf. Angesichts der deutlich regressiven Tendenzen würde sich eine Bescheinigung einer höhergradigen Arbeitsunfähigkeit kontraproduktiv erweisen, indem die regressiven Tendenzen dadurch noch weiter verstärkt würden. Im Weiteren müsse berücksichtigt werden, dass es sich beim jetzigen Zustandsbild um ein prinzipiell besserungsfähiges Geschehen handle. So wäre mit einer Veränderung der jetzigen psychosozialen Lage des Beschwerdeführers auch mit einer Verbesserung der psychischen Fehlentwicklung zu rechnen. Im Schlussgespräch habe man dem Versicherten erklärt, dass nur spärliche degenerative Veränderungen im Bereich der Wirbelsäule gefunden worden seien und dass sein Leiden sich vor allem im psychischen Bereich abspiele. Daraufhin habe der Beschwerdeführer wieder auf seine zahlreichen körperlichen Einschränkungen hingewiesen, sodass die Prognose fragwürdig erscheine.

5.1.3 Mit Schreiben vom 30. Januar 1997 an die damalige Vertreterin des Beschwerdeführers schätzte Dr. med. I.____ die Arbeitsfähigkeit aus rheumatologischer Sicht bezüglich der zuletzt ausgeübten Arbeitstätigkeit als Zuschneider auf 30 % ein. Bezüglich einer körperlich leichten Arbeitstätigkeit ohne repetitives Heben schwerer Lasten und mit der Möglichkeit wechselnder Arbeitspositionen unter Vermeidung von monotonen Arbeitsabläufen und ungünstigen Zwangshaltungen bestehe umgekehrt aus rheumatologischer Sicht eine 50%ige Arbeitsfähigkeit. Denkbar wären zu 50 % Arbeitstätigkeiten wie einfache Montagearbeiten, Kontrollfunktionen, Botendienste oder Schalter-/Pfortnerfunktionen (vgl. VSBES.1997.458, E. 4 e).

5.1.4 Dr. med. J.____, Spezialarzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, Olten, hielt in seinem Bericht vom 7. Januar 1997 an Dr. med. I.____ (IV-Nr. 1.13, S. 8) fest, durch die MEDAS sei (zutreffend) die Diagnose einer ausgeprägten Depression gestellt worden. Die

daraus gezogene Schlussfolgerung, nämlich dass der Beschwerdeführer noch eingliederungsfähig und zu 50 % arbeitsfähig sei, sei jedoch falsch. Bereits der IV-Berufsberater, Herr K.____, habe sich dahingehend geäußert, dass eine Wiedereingliederung nicht möglich sei. Sämtliche den Patienten betreuenden Ärzte, der IV-Berufsberater wie auch die Sozialarbeiterin seien derselben Meinung.

5.1.5 In ihrem Bericht vom 21. Mai 1997 führte die Leiterin des L.____, die Psychologin M.____, aus, der Beschwerdeführer habe 1995 mit ihr eine Psychotherapie begonnen. Er leide an schweren Depressionen und sei diagnostisch der ICD-10 Klassifikation F.32.2 zuzuordnen. Er brauche zudem eine medikamentöse Therapie, weswegen er auch beim Psychiater Dr. med. J.____ in Olten in Behandlung sei. Der psychische Zustand habe sich in letzter Zeit verschlechtert. Ihrer Meinung nach seien in nächster Zeit keine Verbesserungen zu erwarten. Der Beschwerdeführer sei aufgrund seiner psychischen Krankheit 100 % arbeitsunfähig (VSBES.1997.458, E. 4 g).

5.1.6 Schliesslich gab der damalige Hausarzt des Beschwerdeführers, Dr. med. N.____, Olten, auf die entsprechenden Fragen der Vertreterin des Beschwerdeführers mit Bericht vom 29. Oktober 1997 (IV-Nr. 1.13, S. 7) folgende Auskünfte: Der Beschwerdeführer sei während mehrerer Monate medikamentös mit Antidepressivum behandelt worden. Es sei keine Veränderung des Zustandsbildes seit der MEDAS-Begutachtung eingetreten. Tendenziell dürfte mit einer allgemeinen Verschlechterung der psychischen Lage zu rechnen sein, die er jedoch als therapierefraktär erachte. Der Beschwerdeführer sei psychisch nicht in der Lage, den Willen für die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit zu entwickeln. Aufgrund seiner psychischen Verfassung dürften berufliche Wiedereingliederungsmassnahmen nicht zum Erfolg führen. Es handle sich um einen Chronifizierungsprozess, der schon vor einigen Jahren eingesetzt habe und zu einer inzwischen 100%igen Arbeitsunfähigkeit geführt habe.

5.2 Im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 25. April 2016 präsentierte sich demgegenüber die medizinische Aktenlage wie folgt:

5.2.1 Der Hausarzt des Beschwerdeführers, Dr. med. F.____, Allgemeine Medizin FMH, stellte in seinem Bericht vom 4. September 2012 (IV-Nr. 8) folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit:

-Anhaltende und kaum beeinflussbare generalisierte Schmerzkrankheit, insbesondere der Muskulatur im Rücken- und Oberkörperbereich, ohne wesentliches pathologisch-anatomisches Korrelat.

-Arterielle Hypertonie

-Subklinische Hypothyreose

-Anstrengungsasthma bronchiale

-Deutliche Anzeichen eines depressiven Zustandes wechselnden Ausmasses

Der Beschwerdeführer sei seit 1994 zu 100 % arbeitsunfähig. Aktuell klage er über anhaltende Muskelschmerzen, er fühle sich ausgelaugt und deprimiert und sei häufig zuhause.

5.2.2 Im B.____-Gutachten vom 14. Oktober 2013 (IV-Nr. 18.1) wurden folgende Diagnosen gestellt:

Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit

-Keine

Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit

1. Leichte depressive Episode (ICD-10 F32.0)

2. Panikstörung (ICD-IG F41.1)

3. Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4)

-anamnestisch panvertebrales Schmerzsyndrom ohne radikuläre Symptomatik (ICD-10 M54.80)

-bildgebend weitgehend unauffälliger Befund ohne Hinweise für wesentliche strukturelle Alterationen

-anamnestisch multilokuläres Schmerzsyndrom, weitgehend ohne objektivierbares organisches Korrelat (ICD-10 R52.1)

-teilweise nicht ganz adäquat wirkendes Schmerzverhalten

4. Arterielle Hypertonie, behandelt (ICD-10 I70)

5. Anamnestisch Asthma bronchiale (ICD-10 J45.9)

-DD chronisch obstruktive Lungenerkrankung (ICD-10 J44.9) bei chronischem Nikotinabusus, ca. 40 py

6. Substituierte Hypothyreose (ICD-IG E03.9)

-aktuell euthyreot

Aus psychiatrischer Sicht bestehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Die depressive Störung, die Panikstörung und die Schmerzstörung wirkten sich nicht einschränkend auf die Arbeitsfähigkeit aus. Ein schweres psychisches Leiden, das therapeutisch nicht günstig beeinflusst werden könne, bestehe nicht. Der Explorand befinde sich nicht in einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung, die therapeutischen Möglichkeiten seien nicht ausgeschöpft. Die Achse-II-Diagnose einer Persönlichkeitsstörung mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit könne nicht gestellt werden. Dem Exploranden könne es aus psychiatrischer Sicht zugemutet werden, trotz der geklagten Beschwerden die nötige Willensanstrengung aufzubringen, um einer seinen körperlichen Einschränkungen angepassten Tätigkeit ganztags und ohne Leistungseinschränkung nachgehen zu können. Aus Sicht des Bewegungsapparates bestehe für körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeiten, wo eine Hebe- und Traglimite von 15 kg nur ausnahmsweise überschritten werde und keine lang andauernden Zwangshaltungen des Rumpfes vorkämen, eine zeitlich und leistungsmässig uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit. Die objektivierbaren Befunde am Bewegungsapparat vermöchten nicht zu begründen, weshalb für eine derart adaptierte Tätigkeit Einschränkungen bestehen sollten. Für Tätigkeiten mit darüber hinausgehendem Belastungsprofil könne in Anbetracht der Alterskategorie des Exploranden und einer mittlerweile eingetretenen gewissen Dekonditionierung von einer Arbeitsunfähigkeit ausgegangen werden. Explizite Befunde am Bewegungsapparat, die derartige Arbeiten eindeutig nicht mehr zulassen würden, könnten anlässlich der aktuellen Untersuchung allerdings nicht gefunden werden. Aus allgemeininternistischer Sicht fänden sich keine Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Der Explorand mache auch keine

entsprechenden Beschwerden geltend. Insgesamt könne somit aus polydisziplinärer Sicht eine uneingeschränkte Arbeits- und Leistungsfähigkeit für körperlich leichte bis mittelschwere, adaptierte Tätigkeiten festgestellt werden. Für Tätigkeiten mit darüber hinausgehendem Belastungsprofil könne eine Arbeitsunfähigkeit angenommen werden. Es sei nur schwierig möglich, aufgrund der vorliegenden Unterlagen die Arbeitsfähigkeit in den letzten Jahren mit Sicherheit zu beurteilen. Somit gelte obenstehende Einschätzung der Arbeitsfähigkeit mit Sicherheit ab dem Zeitpunkt der gutachterlichen Untersuchung im August 2013. Die bei der ursprünglichen Berentung im Vordergrund stehende gravierende depressive Störung sei nicht mehr nachweisbar, der Explorand benötige keine psychiatrische Behandlung, wahrscheinlich habe schon längere Zeit keine Arbeitsunfähigkeit mehr bestanden. Mangels fachärztlicher Einschätzungen könne dies allerdings nicht sicher zurückdatiert werden.

5.2.3 In seiner Stellungnahme vom 29. Oktober 2013 (IV-Nr. 20) hielt Dr. med. F.____ fest, wie er den Patienten in der Sprechstunde erlebe, könne er sich kaum vorstellen, wie dieser an einem Arbeitsplatz in der freien Wirtschaft eine einigermaßen erhebliche Leistung erbringen könnte. Insbesondere, da dies eine körperlich eher anstrengende Tätigkeit wäre. Bis anhin lebe der Beschwerdeführer von der IV-Rente von CHF 1■600.00 pro Monat mit zwei Kollegen in einer Wohnung zusammen. Möglichkeiten einer Arbeitsverbesserung seien nicht sichtbar. Aus hausärztlicher Sicht sei angesichts der Vorgeschichte mit einer bald 20-jährigen Arbeitsunfähigkeit, allenfalls Kenntnissen in leichteren Hilfsarbeitstätigkeiten sowie den doch erheblich vorhandenen Beschwerden, die wohl objektiv schwer nachweisbar seien, weiterhin eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bei diesem 55 Jahre alten Mann gegeben.

5.2.4 In seinem Bericht vom 15. Mai 2014 (IV-Nr. 28) führte Dr. med. F.____ aus, auf Grund eines Gesprächs mit dem Beschwerdeführer habe er empfohlen, bei der Beschwerdegegnerin versuchsweise und unter Mitwirkungspflicht mitzuwirken, dies als Versuch trotz ausgeprägter Schmerzen, Lungen- und Herzproblemen sowie Schlafstörungen. In der Zwischenzeit hätten nun besonders letztere deutlich zugenommen, die Schmerzkrankheit habe sich akzentuiert, eine eindeutig depressive Entwicklung sei eingetreten als Phase, wie dies schon mehrmals geschehen sei. Auf Grund der Beobachtungen während der Sprechstunde, der Lebensweise des Beschwerdeführers und der Fremdanamnese komme Dr. med. F.____ zum Schluss, dass weiterhin in sinnvoller Weise von einer Arbeitsfähigkeit auch nur geringen Grades, geschweige denn, damit ein Basiseinkommen zu erzielen, nicht ausgegangen werden könne. Er habe den Beschwerdeführer in der Zwischenzeit auch bei einem Fachpsychiater angemeldet mit der Fragestellung einer erneuten und verbesserten Einstellung der psychiatrischen Medikation. Die übrigen Medikamente zur Stützung verschiedener Organfunktionen blieben bestehen, sicher seien auch diese verantwortlich für etwaige Folgewirkungen.

5.2.5 In seinem Bericht vom 13. Januar 2015 (IV-Nr. 31, S. 5) hielt Dr. med. F.____ fest, aufgrund seiner Beobachtungen in der Sprechstunde im Jahre 2014 mehrmals sowie letztmals am 10. Dezember 2014 könne er nicht nachvollziehen, wie der Gesundheitszustand sich seit dem Datum der Begutachtung im August 2013 deutlich verbessert haben und die im Vordergrund stehende gravierende depressive Störung nicht mehr nachweisbar sein solle. Im März/April 2014 habe er genau aus diesen Gründen, und weil die Schmerzkrankheit exazerbiert sei, eine fachpsychotherapeutische Behandlung bei Dr. med. O.____, P.____, vorgeschlagen. Diese sei dann aber nicht zustande gekommen, weil

der Kollege für solche ambulanten Behandlungen nicht vorgesehen sei. Dann habe er den Beschwerdeführer Herrn Dr. med. E.____ zugewiesen, bei ihm habe er schon einige Therapiestunden gehabt. Auch sei ein Psychopharmakon eingesetzt worden. Es sei wahr, dass es vorgesehen gewesen sei, dass sich der Beschwerdeführer probeweise bei der Beschwerdegegnerin im Sinne integrierender Massnahmen melden solle. Offenbar sei er aber sehr überfordert gewesen, so dass er sich in seine kleine Wohnung verkrochen und sich längere Zeit nicht mehr gemeldet habe. Dass er sich krank fühle, lasse sich auch sehr wohl objektivieren, gerne verweise Dr. med. F.____ auch auf die doch erhebliche Medikamentenliste mit Medikamenten, die auch stark ermüden würden. Sowohl aus psychiatrischer Sicht als auch aus Sicht des körperlichen Zustandes mit generalisierter Schmerzkrankheit, Refluxkrankheit, Erkrankung der Schilddrüse, Hypothyreose, arterieller Hypertonie mit aktuell Psychopharmaka, Schmerzmitteln, Lungenmitteln, Substitution der Schilddrüsenfunktion sowie Mitteln mit Wirkungen auf die Herzfunktion sei aufgrund dieser Krankheiten mit ihren Folgesymptomen eine erhebliche Einschränkung seiner Leistungsmöglichkeiten und damit Arbeitsfähigkeit erstellt.

5.2.6 Im rheumatologischen Teilgutachten von Dr. med. C.____ vom 2. Februar 2016 (IV-Nr. 48) wurden aus interdisziplinärer Sicht folgende Diagnosen gestellt:

Mit langdauernder Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

1.keine

Ohne langdauernde Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

2.Anhaltende Schmerzstörung, gemäss psychosomatisch-psychiatrischer Begutachtung von Dr. med. D.____,

3.Chronisches, generalisiertes Schmerzsyndrom

-nicht ausreichend somatisch abstützbar

-krankheitsfremde Faktoren

-primäres Fibromyalgie-Syndrom

-betont im Bereich der oberen im Vergleich zur unteren Körperhälfte

-Panalgie

-diffuse Druckschmerzangabe

-Polyarthralgien axialer und peripherer Gelenke

-multiple Beschwerden wie Schlafstörungen, Müdigkeit, Kältegefühl im Körper, Schmerzen im Brustkorb, Atembeschwerden, Bauchschmerzen

4.Panvertebralsyndrom mit spondylogener Ausstrahlung in den Kopf und in alle Extremitäten

5.Diffuse idiopathische skelettale Hyperostose

6.Gestörte Gluconeogenese

7.Nikotinkonsum von circa 40 pack years

8.Anamnestisch Reizmagen-Syndrom

Aufgrund der Ergebnisse der aktuellen Begutachtung könne Dr. med. C. ___ die Einschätzung der erhaltenen Arbeitsfähigkeit, wie sie im somatisch orientierten Teil des B. ___-Gutachtens, Basel, vom 15. Oktober 2013 erwähnt worden sei, bestätigen. Der orthopädische Gutachter sei damals zum Schluss gekommen, dass eine angepasste Verweistätigkeit mit leichter bis mittelgradiger körperlicher Belastung vollumfänglich zumutbar sei und dass trotz einer damals bestehenden gewissen «Dekonditionierung» «keine expliziten orthopädischen Befunde» objektivierbar seien, die eindeutig eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit für mehr als leicht- bis mittelgradig körperlich belastende Arbeiten begründen könnten. Zuvor habe der orthopädische Gutachter festgehalten, dass in Anbetracht der Alterskategorie des Exploranden, womit er auf krankheitsfremde Faktoren hinweise, für mehr als mittelgradig körperlich belastende Arbeiten «pauschal eine volle Arbeitsunfähigkeit attestiert werden» könne. Seit diesem B. ___-Gutachten kann Dr. med. C. ___, aus rein somatisch rheumatologischer Sicht beurteilt, keine relevante Veränderung des Gesundheitszustandes bestätigen.

In seinem psychiatrischen Teilgutachten vom 2. Februar 2016 (IV-Nr. 49.1) stellte Dr. med. D. ___ folgende Diagnosen:

Anhaltende Schmerzstörung (F45.4)

■ mit Angst und depressiver Störung, gemischt (F41.2)

- bei gemäss Akten depressiver Episode, ggf. remittiert (F32.4/ F33.4)

■ bei akzentuierten (narzisstisch, emotional expressiv/histrionisch, ängstlich-depressiv) Persönlichkeitszügen

Im Fall des Beschwerdeführers sei aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht von einer anhaltenden Schmerzstörung als Hauptdiagnose gemäss ICD-10 F45.4 auszugehen. Als Teil/Ausdruck dieser Störung zeige er immer wieder unterschiedlich ausgeprägte ängstlich-depressive Verstimmungen. Diese würden in den Akten auch als depressive Episoden gemäss ICD-10 F3 benannt. Eine depressive Episode sei gegenwärtig nicht vorhanden (F32.4/F33.4). Die Verstimmungen in der Folge des Schmerzsyndroms seien als Angst und depressive Störung, gemischt (F41.2) einzuordnen. Auf akzentuierte (narzisstisch, emotional expressiv/histrionisch ängstlich- depressive) Persönlichkeitszüge sei ausserdem hinzuweisen. Die im H. ___-Gutachten vom 28. Juni 1996 genannte depressive Episode sei remittiert (F32.4/ F33.4). Die ICD-10 Kriterien einer depressiven Episode seien objektiv nicht (mehr) erfüllt. Der Schweregrad erreiche nicht (mehr) das notwendige Ausmass. Bei der versicherten Person bestünden auch keine der genannten Symptome in ausreichender Schwere bzw. in ausreichender Länge, um eine lang dauernde depressive Episode zumindest leichten Grades diagnostizieren zu können. Die noch im B. ___-Gutachten vom 14. Oktober 2013 dokumentierten (sehr geringen) objektiven psychopathologischen Befunde seien anlässlich der aktuellen Untersuchung (20. Januar 2016) ebenfalls nicht (mehr) objektivierbar. Es fehlten für die Kategorie F32/F33 bereits die Eingangskriterien dauerhafte Hemmung der Psychomotorik und wesentliche Verminderung der affektiven Schwingungsfähigkeit. Es stehe ein Schmerzsyndrom im Vordergrund der Beschwerden. Der Beschwerdeführer erlebe sich dadurch insuffizient und im Selbstwertgefühl reduziert. Aufgrund der von ihm seit den 1990er Jahren subjektiv erlebten körperlichen Schmerzen, die u. a. zur Minderung der Arbeitsfähigkeit geführt hätten, und der nicht ausreichenden Erklärbarkeit durch ein somatisches Korrelat sollte aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht gemäss ICD-10 F45.4 eine anhaltende Schmerzstörung

diskutiert werden. Eine relevante (20 % von 100 %) Arbeitsunfähigkeit sei aus versicherungspsychiatrischer (objektiver) Sicht aufgrund der anhaltenden Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) für keinen Zeitraum begründbar. Im Vergleich zum H.____-Gutachten vom 28. Juni 1996 könne festgestellt werden, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers wesentlich verbessert habe.

6. Die Beschwerdegegnerin stützt sich im angefochtenen Entscheid hauptsächlich auf das bidisziplinäre Gutachten in den Fachrichtungen Rheumatologie und Psychiatrie der Dres. C.____ und D.____ vom 2. Februar 2016, weshalb vorweg auf dessen Beweiswert einzugehen ist.

6.1 Das durch Dr. med. C.____ und Dr. med. D.____ erstellte Gutachten wird den von der Rechtsprechung entwickelten Anforderungen (Vollständigkeit, Schlüssigkeit, Nachvollziehbarkeit) grundsätzlich in allen Punkten gerecht. So beruht das Gutachten auf allseitigen Untersuchungen, indem der Beschwerdeführer je einer ausführlichen Exploration durch die begutachtenden Ärzte unterzogen wurde. Durch das Zusammentragen der erstellten Arztberichte und Schriftstücke in chronologischer Reihenfolge und durch die basierend auf den persönlichen Angaben des Beschwerdeführers erstellten Anamnesen wurde das Gutachten zudem in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben.

6.2 Im rheumatologischen Teilgutachten hielt Dr. med. C.____ im Rahmen seiner eingehenden Befunderhebung fest, an den oberen Extremitäten könne er keinen relevanten klinisch-pathologischen Befund und keinen Hinweis auf eine funktionelle Einschränkung objektivieren. Es bestünden insbesondere auch keine Hinweise auf eine Arthrose, auf eine subacromiale Sehneneinklemmungsproblematik, auf eine entzündliche Veränderung, auf eine Fehlhaltung oder auf eine periphere Nerveneinklemmungsproblematik. Die auch aus differenzialdiagnostischen Überlegungen durchgeführten Röntgenaufnahmen der Hände dokumentierten normale Befunde. Zudem lägen keine Hinweise auf eine entzündliche Systemaffektion oder auf eine Kristallablagerungserkrankung vor, wobei an derartige Erkrankungen bei einem chronifiziert geschilderten Beschwerdebild immer zu denken sei. Im Bereich der Wirbelsäule schildere der Versicherte die Bewegungen aller axialen Bewegungssegmente in allen Ebenen als circa gleich schmerzhaft, unabhängig davon, ob die Untersuchung in aufrechter, stehender oder sitzender Körperhaltung, in der die axialen Bewegungssegmente durch das Körpergewicht belastet würden, oder in möglichst entspannter, liegender Körperhaltung, in der die Bewegungssegmente entlastet seien, erfolge. Daraus folgte Dr. med. C.____ einleuchtend, dass dies auf vordergründig nicht somatisch abstützbare Beschwerden hinweise, denn für diese sei zu erwarten, dass die eine Bewegungsrichtung als eindeutig schmerzhafter geschildert werde als die andere. Insofern relativiere sich die Bedeutung von allenfalls objektivierbaren somatisch-pathologischen Befunden. Weiter führte Dr. med. C.____ hinsichtlich der erhobenen Befunde aus, in der klinischen Untersuchung könne er thorakal eine leichtgradige und nicht fixierte Hyperkyphose und in keinem axialen Bewegungssegment eine relevante Bewegungseinschränkung objektivieren. Die Palpation der paravertebralen Weichteile der ganzen Wirbelsäule werde als schmerzhaft beschrieben, ohne dass ein korrelierender Weichteilbefund, wie beispielsweise eine Myogelose oder ein Triggerpunkt, objektiviert werden könne. Die ergänzend durchgeführten Röntgenaufnahmen der ganzen Wirbelsäule dokumentierten in keinem axialen Bewegungssegment eine relevante Arthrose oder eine relevante Fehlhaltung. Zervikal komme eine leichtgradig und als altersentsprechend

einzuordnende Chondrose von HWK2/3 zur Darstellung. In den übrigen zervikalen sowie in den thorakalen und den lumbalen Bewegungssegmenten komme, konventionell-radiologisch beurteilt, kein Hinweis auf eine Arthrose zur Darstellung. Zudem kämen auch keine Hinweise auf eine entzündliche Veränderung zur Darstellung. Die konventionell-radiologisch dokumentierte leichtgradige Hyperkyphose thorakal entspreche dem klinischen Eindruck und die konventionell-radiologisch dokumentierte leichtgradige Doppelskoliose thorakolumbal sei mit dem Winkel von jeweils 4 - 6° derart diskret ausgeprägt, dass sie klinisch nicht objektiviert werden könnte und dass sie als physiologisch einzustufen sei. Konventionell-radiologisch kämen zudem diskrete Deck- und Bodenplattenunregelmässigkeiten zur Darstellung, die vereinbar seien mit einer Osteochondrosis juvenilis Scheuermann. Rückenschmerzen könnten dann auf diese Osteochondrosis juvenilis Scheuermann abgestützt werden, wenn sie vor dem 14. - 16. Lebensjahr eingesetzt hätten. Dies treffe bei diesem Versicherten nicht zu. Insofern relativiere sich die im H. ___-Gutachten, Basel, vom 28. Juni 1996 gestellte Diagnose eines thorakolumbalen Schmerzsyndroms bei einem abgelaufenen Morbus Scheuermann. Bereits in diesem Gutachten sei auf eine lumbosakrale Übergangsanomalie hingewiesen worden. Der Versicherte weise eine vollständige Sakralisation auf. Es handle sich diesbezüglich um einen klinisch nicht relevanten Befund. Die vollständige Sakralisation und das Gegenteil, die vollständige Lumbalisation, neigten nicht zu vermehrten Rückenbeschwerden.

In den aktualisierten Röntgenaufnahmen der Hals- und der Brustwirbelsäule kämen zudem diskrete Ossifikationen des vorderen Längsbandes zur Darstellung, die bei einem jeweils unauffälligen Intervertebralraum daselbst mit einer metabolischen Störung vom Typus der diffusen idiopathischen skelettalen Hyperostose vereinbar seien. Diese diffuse idiopathische skelettale Hyperostose entwickle sich zumeist asymptomatisch in der 4. und 5. Lebensdekade. Sie könne assoziiert mit einem Diabetes mellitus auftreten und, sofern sie passager symptomatisch werde, mit phasenweise mechanisch abstützbaren Beschwerden und seltener auch mit phasenweise entzündlich imponierenden Beschwerden einhergehen, wobei dann auch korrelierende klinischpathologische Befunde, wie Insertionstendinosen, objektivierbar seien. Da der Versicherte keine derartigen Beschwerden beklage und die Rückenbeschwerden vorwiegend nicht dort geschildert würden, wo diese radiologischen Befunde vorlägen, habe Dr. med. C. ___ Mühe, derzeit von einer vordergründig symptomatischen diffusen idiopathischen skelettalen Hyperostose auszugehen. An den unteren Extremitäten sei die aktive und die passive Beweglichkeit der Hüftgelenke beidseits frei. Die Kniegelenke seien, klinisch beurteilt, unauffällig und insbesondere ohne eine die Altersnorm überschreitende retropatellare Krepitation und ohne einen Hinweis auf ein Meniskuszeichen, einen Gelenkerguss oder auf eine Gelenkinstabilität. Bezüglich der Senk- und Spreizfusskomponente würden keine typischen Beschwerden beschrieben. Wenn Dr. med. C. ___ die Befunde im Bereich der unteren Extremitäten, die er anlässlich dieser aktuellen Begutachtung objektivieren könne, mit denjenigen Befunden, die im somatischen Teil des B. ___-Gutachtens vom 15. Oktober 2013 beschrieben worden seien, vergleiche, könne er keine relevante Veränderung des Gesundheitszustandes bestätigen. Diesbezüglich berücksichtige er den im orthopädischen Teilgutachten vom 15. Oktober 2013 beschriebenen Befund der leichtgradig verkürzten ischiokruralen Muskulatur, den er unterdessen nicht mehr bestätigen könne. Gestützt auf seine eingehenden Befunderhebungen kommt Dr. med. C. ___ in der Folge in nachvollziehbarer Weise zum Schluss, dass aus somatischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründbar sei.

In diesem Zusammenhang rügt der Beschwerdeführer, ihm sei mit Vorbescheid vom 31. Juli 1996 aufgrund rein körperlicher Einschränkungen, d.h. insbesondere aufgrund einer Rückenproblematik und des Morbus forestier, eine halbe IV-Rente zugesprochen worden. Die Rente sei dann später auf eine ganze Rente erhöht worden, als der Beschwerdeführer zusätzlich an einer Depression erkrankt sei. Die für die körperliche Einschränkung massgeblichen Diagnosen, namentlich das Panvertebralsyndrom mit spondylogener Ausstrahlung in den Kopf und in alle Extremitäten sowie die idiopathische Skeletthyperostose (Morbus forestier) seien nach wie vor vorhanden und Gegenstand regelmässiger Behandlung. Es sei vor diesem Hintergrund nicht verständlich, weshalb heute aus rheumatologischer Hinsicht keine Einschränkung bestehen solle. Dem ist jedoch entgegenzuhalten, dass bereits im Urteil des Versicherungsgerichts vom 22. Juni 1998 (VSBES.1997.458; E. 5) festgehalten wurde, im H.____-Gutachten habe sich die 50%ige Arbeitsfähigkeit ausschliesslich aus der psychischen Fehlentwicklung ergeben. Der vom Beschwerdeführer angesprochene Vorbescheid vom 31. Juli 1996 (IV-Nr. 1.12) stütze sich denn auch im Wesentlichen auf das H.____-Gutachten. Auch aus diesem Vorbescheid geht entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers nicht hervor, dass die dem Beschwerdeführer zuerst zugesprochene halbe Rente aufgrund des Rückenleidens und damit aufgrund der somatischen Problematik erfolgt sei. Dementsprechend erscheint die Schlussfolgerung der Beschwerdegegnerin durchaus einleuchtend, dass weder im Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenzusprechung noch im Zeitpunkt der Begutachtung durch Dr.med. C.____ aus somatischer Sicht invalidisierende Gesundheitsschäden vorlagen.

Schliesslich ist hinsichtlich der Rügen des Beschwerdeführers gegen Dr. med. C.____ festzuhalten, dass im vorliegenden Fall keine konkreten Gründe ersichtlich sind, welche eine Befangenheit von Dr. med. C.____ zu begründen vermöchten. Bezüglich der vom Beschwerdeführer behaupteten allfälligen fehlenden Unabhängigkeit im Zusammenhang mit einer wirtschaftlichen Abhängigkeit des Gutachters von der IV-Stelle hat das Bundesgericht zudem in ständiger Rechtsprechung ausgeführt: «(.) Der Umstand, dass ein Arzt wiederholt von einem Sozialversicherungsträger als Gutachter beigezogen wird, stellt für sich allein keinen Ausstandsgrund dar (RKUV 2001 Nr. KV 189 S. 490 E. 5b, K 6/01, 1999 Nr. U 332 S. 193 E. 2a/bb; Urteile I 371/05 vom 1. September 2006, E. 5.3.2, I 415/05 vom 29. September 2005, E. 2, I 40/02 vom 22. Januar 2003, E. 3.2, und I 218/00 vom 14. Juni 2000, E. 4b). Daran ist trotz gelegentlich in Rechtsschriften und in der Literatur vorgebrachter Kritik, wer dem Versicherungsträger wirtschaftlich nahe stehe, könne nicht unparteiisch sein (Alfred Bühler, Versicherungsinterne Gutachten und Privatgutachten, in: Schaffhauser/Schlauri [Hrsg.], Rechtsfragen der medizinischen Begutachtung in der Sozialversicherung, St. Gallen 1997, S. 179 ff., 220 f.; Leo R. Gehrler, Zur Erhebung und Würdigung medizinischer Entscheidungsgrundlagen im Sozialversicherungsrecht, SJZ 2000 S. 461 ff., 462 f.), festzuhalten. Wenn angestellte Ärzte, die wirtschaftlich vollständig von ihrem Arbeitgeber abhängig sind, nicht allein aus diesem Grund als befangen abgelehnt werden können (BGE 132 V 376 E. 6.2 S. 382, 123 V 175 E. 4b S. 179, 122 V 157 E. 1c S. 161 f.), vermag aus dem gleichen Grund auch eine ausgedehnte Gutachtertätigkeit für die Verwaltung keine Befangenheit im Sinne von Art. 36 ATSG zu begründen, selbst dann nicht, wenn der betreffende Gutachter sein Einkommen vollständig durch Gutachtersaufträge der Invalidenversicherung erzielen sollte. Die Bestimmung des Art. 58 BZP gilt gemäss Art. 19 VwVG in Verbindung mit Art. 55 Abs. 1 ATSG im Verwaltungsverfahren nur "sinngemäss" (BGE 125 V 351 E. 3b/bb S. 353), was erlaubt, den systembedingten Unterschieden zwischen Verwaltungs- und Gerichtsgutachten

Rechnung zu tragen (BGE 123 V 331 E. 1b S. 332 f.). Verlangt wird auch vom Verwaltungsgutachter eine fachlich-inhaltliche Weisungsunabhängigkeit im Einzelfall, die aber nicht allein deswegen verneint werden kann, weil die begutachtenden Personen in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger stehen (BGE 132 V 376 E. 6.2 S. 382, 123 V 175 E. 4b S. 179, 122 V 157 E. 1c S. 161 f.). Umso weniger ist ein externer Arzt allein schon deshalb befangen, weil er von einem Versicherungsträger wiederholt als Gutachter beigezogen wird (Urteil vom 28. August 2007, 9C_67/2007).»

In diesem Entscheid wurde vom Bundesgericht zudem angefügt, die von der Vorinstanz angeordnete Beweismassnahme ■ mit Verfügung vom 21. Februar 2007 forderte das angerufene Versicherungsgericht des Kantons Solothurn die IV-Stelle auf, bis 6. März 2007 offenzulegen, wie viele Gutachten und Arztberichte die IV-Stelle Dr. med. C.____ im Jahr 2006 in Auftrag gegeben und welches Honorar dieser hierfür gesamthaft bezogen habe ■ betreffe daher einen Aspekt, der für die Beurteilung des Ablehnungsgesuchs von vornherein nicht erheblich sein könne (Urteil vom 28. August 2007, 9C_67/2007, E. 2.4 und Urteil I 885/06 vom 20. Juni 2007, E. 5.2.1). Im Übrigen kann der Beschwerdeführer keine weiteren konkreten Umstände vorbringen, welche eine Befangenheit von Dr. med. C.____ begründen. Befangenheitsgründe für Dr. med. C.____ sind denn auch keine ersichtlich, weshalb eine solche im vorliegenden Fall zu verneinen ist.

6.3 Im psychiatrischen Teilgutachten zeigt Dr. med. D.____ sodann nachvollziehbar auf, dass beim Beschwerdeführer ein Schmerzsyndrom im Vordergrund der Beschwerden stehe. Der Beschwerdeführer erlebe sich dadurch insuffizient und im Selbstwertgefühl reduziert. Aufgrund der von ihm seit den 1990er Jahren subjektiv erlebten körperlichen Schmerzen, die unter anderem zur Minderung der Arbeitsfähigkeit geführt hätten, und der nicht ausreichenden Erklärbarkeit durch ein somatisches Korrelat sollte aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht gemäss ICD-10 F45.4 eine anhaltende Schmerzstörung diskutiert werden. In der Folge setzt sich Dr. med. D.____ eingehend mit den Diagnosekriterien einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10, F45.40) sowie einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren auseinander (F45.41). Die diagnostischen Kriterien einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung würden im vorliegenden Fall jedoch nur teilweise erfüllt. Die Forderung nach ursächlichen psychischen Faktoren («emotionaler Konflikt») sei zudem unklar erfüllt. Des Weiteren seien auch die Kriterien einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren im vorliegenden Fall ab Beginn seiner tatsächlichen Arbeitsunfähigkeit unklar und im weiteren Verlauf nur möglicherweise erfüllt. In der Folge hält Dr. med. D.____ demnach nachvollziehbar fest, dass, nachdem im Fall des Beschwerdeführer beide Subtypen der Kategorie F45.4 nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit objektiv differenziert werden können, auf eine Klassifizierung über F45.4 hinaus verzichtet werde.

Sodann geht Dr. med. D.____ auf die vom Beschwerdeführer geschilderten ängstlich-depressiven Verstimmungen ein und führt diesbezüglich einleuchtend aus, diese seien in Umfang und Schwere durch die Diagnose einer Angst und depressiven Störung, gemischt (F41.2), ausreichend erklärbar. So seien die geklagten Beschwerden überwiegend als rein subjektive Symptome einzuordnen, die zudem von vielfältigen (psycho-)sozialen (nicht krankheitsbedingten) Faktoren aufrechterhalten würden (bspw. prekäre finanzielle Situation, rezidivierende eheliche Konflikte, Krankheit der Tochter, Konflikt mit IV/Sozialdienst der Gemeinde). Die diagnostischen Kriterien würden vom

Beschwerdeführer aufgrund der nachvollziehbaren Angaben in den Akten und der aktuellen Untersuchung erfüllt. Weder eine Panikstörung (F41.0), noch eine depressive Episode (F3) könnten aus objektiver Sicht tatsächlich abgegrenzt werden. Es seien zudem krankheitsfremde Faktoren und eine Verdeutlichungstendenz zu beachten. Die Angst und depressive Störung gemischt sei im Fall des Beschwerdeführers nicht als eigenständiges Störungsbild mit Krankheitswert einzuordnen. Zudem stellten die akzentuierten (narzisstisch, emotional expressiv/histrionisch ängstlich-depressiv) Persönlichkeitszüge des Beschwerdeführers (ICD-10 Z73.1) schliesslich Varianten der Norm im Sinne von Eigenheiten der Person dar, die von sich aus alleine ebenfalls keinen Krankheitswert besitzen würden, jedoch in einer Therapie beachtet werden sollten. Die ICD-10 ordne sie nicht den Störungen (F-Kodierung, «Krankheiten») zu, sondern den Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussten und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führten (Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung, sogenannte Z-Kodierung). Es sei im Fall des Beschwerdeführers ausdrücklich festzustellen, dass neben der anhaltenden Schmerzstörung keine psychisch ausgewiesene erheblich schwere, ausgeprägte, dauerhafte und intensive Komorbidität aus rein psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht begründet werden könne. Sowohl die gemischte Angst und depressive Störung als auch die akzentuierten (narzisstischen, emotional expressiven / histrionischen ängstlich- depressiven) Persönlichkeitszüge seien im Fall des Beschwerdeführers jeweils nicht als eigenständiges Störungsbild mit Krankheitswert einzuordnen. Es seien aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht keine weiteren Hinweise vorhanden, die schwere Defizite aufgrund eines Gesundheitsschadens und/oder eine Unzumutbarkeit zu deren Überwindung begründen könnten.

Aufgrund der erhobenen Befunde vermag schliesslich auch die Feststellung von Dr. med. D.____ zu überzeugen, wonach die ICD-10 Kriterien einer depressiven Episode objektiv nicht (mehr) erfüllt seien. Der Schweregrad erreiche nicht (mehr) das notwendige Ausmass. Bei der versicherten Person bestünden auch keine der genannten Symptome in ausreichender Schwere bzw. in ausreichender Länge, um eine lang dauernde depressive Episode zumindest leichten Grades diagnostizieren zu können. Im Bewusstsein sei der Beschwerdeführer wach und sei zu allen Qualitäten orientiert. Sein Gesprächsverhalten sei freundlich, zugewandt und kooperativ. Er berichte aktiv, engagiert, sehr flüssig bis weitschweifig und strukturiert. Dabei formuliere er einfach und spreche unauffällig. In der Interaktion sei er sthenisch, emotional expressiv (dramatisierend, theatralisch) und narzisstisch (ich bezogen). Eine Verdeutlichungstendenz sei vorhanden. Im formalen Denken sei er logisch und kohärent. Es bestünden keine Hinweise auf inhaltliche Denkstörungen (Wahn- und/ oder Zwangsphänomene). Intelligenz, Auffassung, Merkfähigkeit und Konzentration seien unauffällig. Das Gedächtnis sei intakt. Hinweise auf Wahrnehmungs- und/oder Ich-Störungen fänden sich nicht. Im Affekt sei der Beschwerdeführer dysthym, klagsam und jammernd, dabei gut moduliert. Ab und zu lächle er situativ angemessen. Er reagiere verärgert, wenn er das Verhalten der IV bzw. seiner Gemeindebehörden kommentiere. Beim Bericht über die Erkrankung seiner Tochter engagiere er sich emotional heftig und werde weinerlich, wobei er rasch selbständig zu einer Ernsthaftigkeit und Ausgeglichenheit zurückfinde. Er sei von Suizidalität distanziert. Ein affektiver Rapport komme gut zustande. Zudem stützt sich Dr. med. D.____ in seiner Beurteilung auf Montgomery and Asberg Depression Rating Scale (MADRS), welche ebenfalls kein klinisch relevantes depressives Syndrom ergeben habe. Bei der MADRS handle es sich um ein allgemein anerkanntes Fremdbeurteilungsverfahren zur

psychometrischen Beurteilung depressiver Symptome. Auf der Grundlage einer psychiatrischen Exploration schätze der Beurteiler bei 10 Items mit einer Ausprägung von 0 bis 6 den Schweregrad des jeweiligen Symptoms ein. Dabei würden die Items Nr. 2, 4 und 8 ausdrücklich auch «subjektiv berichtete» Symptome erfassen. Im Gegensatz zu anderen Skalen enthalte die MADRS keine Items, die sich auf körperliche Aspekte der Depression beziehen würden. Mit der MADRS alleine könne keine Diagnose gemäss ICD-10 F32/F33 begründet werden. Der Beschwerdeführer erreiche einen Summenwert von 14 Punkten (inkl. 8 Punkte für die subjektiv berichteten Items Nr. 2, 4 und 8; was einem deutlich erhöhten relativen Anteil von ca. 57 % entspreche, in der Regel liege dieser zwischen 35 % und 45 %). Ein klinisch relevantes depressives Syndrom könne somit nicht objektiviert werden.

Die vom Vertreter des Beschwerdeführers gegen das Teilgutachten von Dr. med. D.____ vorgebrachte Rüge, die Diagnose sei im vorliegenden Fall offensichtlich in Widerspruch zu den subjektiven Angaben des Beschwerdeführers gestellt worden, vermag dessen Beweiswert nicht zu schmälern. So hat sich der Gutachter ein gesamthafes Bild zu machen, aufgrund dessen er Befunde zu objektivieren versucht, woraus er wiederum seine Diagnosestellung ableitet. Dazu gehört es auch, die subjektiven Angaben des Beschwerdeführers mit einzubeziehen, aber diese auch auf ihre Konsistenz hin zu überprüfen. Wenn der Gutachter in der Folge zu einem anderen Schluss kommt als den subjektiven Angaben des Beschwerdeführers zu entnehmen wäre, dann wird dadurch der Beweiswert der Beurteilung nicht grundsätzlich geschmälert. Vielmehr ist es Aufgabe des Gutachters, solche Diskrepanzen herauszuarbeiten und schlüssig zu begründen, weshalb er ■ allenfalls im Gegensatz zu den subjektiven Angaben des Beschwerdeführers ■ zu gegenteiligen Schlussfolgerungen gelangt. Wie vorgehend ausgeführt, überzeugt die Beurteilung von Dr. med. D.____ mit wohlbegründeten Einschätzungen und ist damit voll beweiswertig. Auch der Umstand, dass die Angaben zum Test SCL-90-R mit der Behauptung des Gutachters, die «objektivierbaren psychopathologischen Befunde» seien gar nicht bis gering ausgeprägt, nicht vereinbar seien, ändert darin nichts. So misst die SCL-90-S die subjektiv empfundene Beeinträchtigung durch körperliche und psychische Symptome einer Person, womit es sich eben auch hier um eine subjektive Einschätzung der versicherten Person handelt, welche dann vom Gutachter entsprechend zu bewerten ist.

Des Weiteren rügt der Vertreter des Beschwerdeführers, was genau zur vermeintlichen «Remission der Depression» bzw. zur angeblich «wesentlichen Verbesserung des Gesundheitszustandes» geführt haben sollte, sei dem Gutachten nicht zu entnehmen. Entgegen der Ansicht des Vertreters des Beschwerdeführers ist es jedoch nicht Aufgabe eines Gutachters, über allfällige Veränderungen im Leben des Beschwerdeführers zu mutmassen, welche zu einer Verbesserung geführt haben könnte, zumal eine Verbesserung aus psychiatrischer Sicht nicht nur durch eine Veränderung der Lebensumstände bedingt sein kann. Für ein beweiswertiges Gutachten reicht es aus, wenn der Gutachter einleuchtend darzulegen vermag, inwiefern sich der Gesundheitszustand aufgrund objektivierbarer Gesichtspunkte verbessert hat. Dies hat Dr. med. D.____ in seinem Gutachten überzeugend dargelegt.

Sodann macht der Beschwerdeführer geltend, das Schreiben von Dr. med. F.____ vom 15. Mai 2015 widerspreche dem Gutachten von Dr. med. D.____. Diesbezüglich ist darauf hinzuweisen, dass die behandelnden Ärztinnen und Ärzte in einem auftragsrechtlichen Verhältnis zur versicherten Person stehen und sich zudem in erster Linie auf die

Behandlung zu konzentrieren haben. 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 unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (statt vieler: Urteil des Bundesgerichts 9C_276/2016 vom 19. August 2016 E. 3.1.1 mit Hinweisen), was durch die entgegenstehenden Stellungnahmen von Dr. med. F.____ jedoch nicht der Fall ist. 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). Zudem verfügt Dr. med. F.____ über keinen psychiatrischen Facharztstitel, weshalb seine Stellungnahmen aus psychiatrischer Sicht kaum Beweiswert haben.

Schliesslich hat der Beschwerdeführer im Beschwerdeverfahren ein Schreiben seines Hausarztes Dr. med. F.____ vom 13. Mai 2016 (Beschwerdebeilage 4) eingereicht. Darin bestätigt Dr. med. F.____ «die letztjährige psychiatrische Behandlung bei Dr. E.____ in Olten». Es seien Gespräche geführt und Medikamente abgegeben worden. Zudem hat der Beschwerdeführer ein Medikamentenrezept von Dr. med. E.____ vom 13. März 2015 für Paroxetin (Beschwerdebeilage 5) sowie eine undatierte Medikamentenkarte mit den Medikamenten Paroxetin, Seroquel, Surmontil und Zoldorm (Beschwerdebeilage 6) eingereicht. Auch diese Unterlagen vermögen den Beweiswert des Gutachtens von Dr. med. D.____ jedoch nicht wesentlich zu schmälern. So handelte es sich bei der Behandlung durch Dr. med. E.____ offensichtlich nicht um eine langfristige Therapie, da Dr. med. F.____ in seiner Bestätigung vom 13. Mai 2016 nur die «letzjährige psychiatrische Behandlung» bestätigte. Ob es sich hierbei allenfalls um eine vorübergehende psychiatrische Verschlechterung gehandelt hat, kann offenbleiben, nachdem eine solche jedenfalls im Untersuchungszeitpunkt von Dr. med. D.____ am 20. Januar 2016 nicht mehr objektiviert werden konnte.

6.3.1 Dr. med. D.____ stellte in seinem Teilgutachten unter anderem die Diagnose einer anhaltenden Schmerzstörung (ICD-10 F45.4). Das Bundesgericht hat mit Urteil BGE 141 V 281 vom 3. Juni 2015 seine Praxis zur anhaltenden somatoformen Schmerzstörung und den vergleichbaren unklaren Beschwerdebildern (Fibromyalgie, Schleudertrauma, chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren, etc.) geändert. Diese neue Rechtsprechung ist auch auf alle hängigen Fälle anwendbar. Gemäss diesem Urteil soll der Gutachter einerseits stärker darauf achten, die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung etc. so zu begründen, dass die Rechtsanwender nachvollziehen können, ob die klassifikatorischen Vorgaben nach ICD-10 tatsächlich eingehalten sind (Urteil E. 2.1); das Augenmerk ist namentlich auch auf Ausschlussgründe wie Aggravation zu richten (E. 2.2). Andererseits besteht keine Vermutung mehr, dass eine somatoforme Schmerzstörung mit einer Willensanstrengung überwunden werden kann, wovon nur abgewichen werden darf, wenn die sog. Förster-Kriterien erfüllt sind. Neu wird ein strukturierter, normativer Prüfungsraster angewandt (E. 3.6). Anhand eines Kataloges von Indikatoren erfolgt eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des ■ unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und

Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits ■ tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens (E. 4.1.3):

1) Kategorie «funktioneller Schweregrad» (E. 4.3)

a) Komplex «Gesundheitsschädigung» (E. 4.3.1)

-Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde (E. 4.3.1.1)

-Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz (E. 4.3.1.2)

-Komorbiditäten (E. 4.3.1.3)

b) Komplex «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen; E. 4.3.2)

c) Komplex «Sozialer Kontext» (E. 4.3.3)

2) Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens; E. 4.4)

-gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1)

-behandlungs- und eingliederungsanamnestic ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2)

6.3.2 Der Beweiswert der gutachterlichen Ausführungen von Dr. med. D. ___ setzt also voraus, dass die im vorgenannten Entscheid des Bundesgerichts aufgestellten und vorgehend aufgeführten Kriterien schlüssig und nachvollziehbar abgehandelt werden. Dies ist vorliegend der Fall:

Hinsichtlich des Indikators «Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde» hielt Dr. med. D. ___ nachvollziehbar fest (S. 26 des Gutachtens), die mit der anhaltenden Schmerzstörung verbundenen objektiven psychopathologischen Befunde seien aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht gar nicht bis gering ausgeprägt. Die Limitierung des Aktivitätenniveaus (im Vergleich zu vor Eintritt der Gesundheitsschädigung), wie sie vom Beschwerdeführer für alle vergleichbaren Lebensbereiche (Beruf/ Erwerb, Haushalt, Freizeit, soziale Aktivitäten) beschrieben werde, sei weit überwiegend durch seine Selbsteinschätzung zu begründen. Eine Willensanstrengung zur Überwindung dieser rein subjektiven Defizite sei aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht medizinisch zumutbar und tatsächlich möglich (bspw. erhaltene, bzw. wieder gewonnene Fähigkeit, alltägliche Verrichtungen ausüben zu können, soziale familiäre Kontakte zu pflegen, Reisen zu unternehmen). Beim Verlauf der Störung seien nicht krankheitsbedingte (soziale) Faktoren zu nennen (bspw. Lebensalter, Herkunft, Migration, mangelhafte Deutschkenntnisse, fehlender Berufsabschluss, einfache Berufserfahrung, langjähriger Rentenbezug, Rentenwunsch, Abstinenz vom und Lage am Arbeitsmarkt, finanzielle Sorgen, Krankheit der Tochter, rezidivierende eheliche Konflikte). Diese Faktoren beeinträchtigten die Motivation und die Möglichkeiten zur Leistungssteigerung im Fall des Beschwerdeführers wesentlich. Sie erklärten auch weit überwiegend die anlässlich der aktuellen Untersuchung erkennbare Diskrepanz zwischen der subjektiv wahrgenommenen und der objektivierbaren Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers.

Zum Indikator «Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz» führte Dr. med. D. ___ aus (S. 30 des Gutachtens), aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht relevante ambulante Behandlungsmassnahmen seien dokumentiert (erst- und einmalige ambulante Psychotherapie zwischen 1994 und 2007). Sie seien jedoch als wenig ausgebaut zu bezeichnen. Trotzdem sei die in den Akten genannte depressive Episode gemäss ICD-10

objektiv tatsächlich remittiert. Die Schmerzstörung stelle jedoch grundsätzlich ebenfalls eine Indikation für eine regelmässige strukturierte fachärztliche psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung dar. Eine Motivation für eine solche Behandlung bestätige der Beschwerdeführer allerdings nicht. Eingliederungsmassnahmen seien in den Akten für 1995 dokumentiert. Sie seien abgebrochen worden. Eingliederungsmassnahmen seien aus rein psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht zumutbar.

Hinsichtlich des Komplexes «Persönlichkeit» und allfälliger Komorbiditäten fügte Dr. med. D. ___ an (S. 28 des Gutachtens), es sei im Fall des Beschwerdeführers ausdrücklich festzustellen, dass neben der anhaltenden Schmerzstörung keine psychisch ausgewiesene erheblich schwere, ausgeprägte, dauerhafte und intensive Komorbidität aus rein psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht begründet werden könne. Sowohl die gemischte Angst und depressive Störung als auch die akzentuierten Persönlichkeitszüge seien jeweils nicht als eigenständiges Störungsbild mit Krankheitswert einzuordnen. Es seien aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht keine weiteren Hinweise 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 fehlenden Kapazität zur Verarbeitung innerpsychischer Konflikte).

Zum Komplex «sozialer Kontext» wurde im Gutachten ausgeführt (S. 28 des Gutachtens), beim Verlauf der Störung des Beschwerdeführers seien nicht krankheitsbedingte (soziale) Faktoren zu nennen, beispielsweise Lebensalter, Herkunft, Migration, mangelhafte Deutschkenntnisse, fehlender Berufsabschluss, einfache Berufserfahrung, langjähriger Rentenbezug, Rentenwunsch, Abstinenz vom und Lage am Arbeitsmarkt, finanzielle Sorgen, Krankheit der Tochter, rezidivierende eheliche Konflikte). Diese Gesichtspunkte besässen v. a. therapeutische und/oder sozialarbeiterische Relevanz. Sie würden nicht in die Beurteilung einer medizinisch-theoretischen Zumutbarkeit einer allfälligen Tätigkeit aus versicherungspsychiatrischer Sicht mit eingehen (weder positiv, noch negativ). Diese Faktoren beeinträchtigten die Motivation und die Möglichkeiten zur Leistungssteigerung im Fall des Beschwerdeführers wesentlich. Sie erklärten auch weit überwiegend die anlässlich der aktuellen Untersuchung erkennbare Diskrepanz zwischen der subjektiv wahrgenommenen und der objektivierbaren Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers. Der soziale Kontext sei objektiv geordnet. Der Beschwerdeführer pflege unter anderem regelmässig soziale/familiäre Kontakte. Seine Angaben zu seinen Aktivitäten des täglichen Lebens seien allerdings ausweichend. Er benenne dabei regelmässig eine Abhängigkeit seines Aktivitätsgrades von seinen finanziellen Mitteln.

Schliesslich führte Dr. med. D. ___ zur Kategorie «Konsistenz» schlüssig aus (S. 31 des Gutachtens), im Fall des Beschwerdeführers sei ein bewusstseinsnahes Rentenbegehren / eine Verdeutlichungstendenz zu erkennen. Beim Verlauf der Störung seien auch weitere nicht krankheitsbedingte (soziale) Faktoren zu nennen, die die Motivation und die Möglichkeiten zur Leistungssteigerung deutlich beeinträchtigen würden. Sie erklärten auch weit überwiegend die anlässlich der aktuellen Untersuchung erkennbare Diskrepanz zwischen der subjektiv wahrgenommenen und der objektivierbaren Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers. Die mit der anhaltenden Schmerzstörung verbundenen objektiven psychopathologischen Befunde seien aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht gar nicht bis gering ausgeprägt. Die Limitierung des Aktivitätenniveaus, wie sie vom Beschwerdeführer für alle vergleichbaren Lebensbereiche beschrieben werde, sei weit

überwiegend durch seine Selbsteinschätzung zu begründen. Eine Willensanstrengung zur Überwindung dieser rein subjektiven Defizite sei aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht medizinisch zumutbar und tatsächlich möglich. Aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht relevante ambulante Behandlungsmassnahmen seien dokumentiert. Sie seien jedoch als wenig ausgebaut zu bezeichnen. Eine Motivation für eine Behandlung bestätige der Beschwerdeführer nicht. Eine krankheitsbedingte Unfähigkeit zur Therapieadhärenz könne in diesem Zusammenhang nicht begründet werden. Trotzdem sei eine in den Akten genannte depressive Episode gemäss ICD-10 objektiv tatsächlich remittiert.

Nach dem Gesagten erweist sich das Teil-Gutachten von Dr. med. D.____ im Lichte der neuen bundesgerichtlichen Schmerzrechtsprechung als beweiswertig und es kann auf die schlüssigen Ausführungen zum Leistungsvermögen des Beschwerdeführers abgestellt werden, welches er unter der Beachtung der vorgängig geprüften Indikatoren festgelegt hat.

7. Die Beschwerdegegnerin hat im angefochtenen Entscheid auf einen Einkommensvergleich mit der Begründung verzichtet, da der Beschwerdeführer seit fast 20 Jahren nicht mehr im Erwerbsprozess integriert sei, könne keine angestammte Tätigkeit mehr benannt werden. Dieser Argumentation kann so jedoch nicht gefolgt werden. Wie aus dem Urteil des Versicherungsgerichts vom 22. Juni 1998 (E. 3) ersichtlich, war der Beschwerdeführer in seiner letzten Tätigkeit vor Eintritt des Gesundheitsschadens als Zuschnneider bei der Firma Q.____, tätig. Diese Stelle wurde von der Arbeitgeberin per 31. Oktober 1994 aus gesundheitlichen Gründen gekündigt. Damit wäre bezüglich des Valideneinkommens grundsätzlich auf das zuletzt bei der Firma Q.____ erzielte Einkommen abzustellen. Nachdem dem Beschwerdeführer gemäss der interdisziplinären Beurteilung der Dres. C.____ und D.____ weder in einer angepassten noch in der bisherigen Tätigkeit eingeschränkt ist (IV-Nr. 48, S. 16), kann auch bezüglich des Invalideneinkommens von der gleichen Basis wie beim Valideneinkommen ausgegangen werden, weshalb dennoch auf einen Einkommensvergleich verzichtet werden kann. Nachdem somit auch kein Tabellenlohn herangezogen werden muss, kommt auch kein leistungsbedingter Abzug in Frage, wie vom Beschwerdeführer verlangt wurde, zumal angesichts eines vollzeitlich zumutbaren Pensums selbst bei einem Maximalabzug von 25 % kein Rentenanspruch resultieren würde.

8. Abschliessend ist auf den Umstand einzugehen, dass der Beschwerdeführer im Zeitpunkt der Rentenaufhebung fast 58 Jahre alt war und bereits mehr als 15 Jahre eine Rente bezog. Es ist deshalb zu prüfen, ob ihm eine Selbsteingliederung ohne vorgängige berufliche Massnahmen zumutbar ist.

8.1 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 (BGE 113 V 28 E. 4a mit Hinweisen). Von den Versicherten können jedoch nur Vorkehren verlangt werden, die unter Berücksichtigung der gesamten objektiven und subjektiven Gegebenheiten des Einzelfalles zumutbar sind (BGE 113 V 22 E. 4a S. 28 mit Hinweisen auf Lehre und Rechtsprechung; ZAK 1989 S. 214 E. 1c). Die Wiedereingliederung von Versicherten im fortgeschrittenen Alter oder nach invaliditätsbedingt langjährigem Fernbleiben von der Arbeitswelt ist oft schwierig. Laut ständiger Rechtsprechung ist zwar im Regelfall eine medizinisch attestierte Verbesserung der Arbeitsfähigkeit grundsätzlich auf dem Weg der Selbsteingliederung zu verwerten. Nach langjährigem Rentenbezug können jedoch ausnahmsweise Erfordernisse

des Arbeitsmarktes der Anrechnung einer medizinisch vorhandenen Leistungsfähigkeit und medizinisch möglichen Leistungsentfaltung entgegenstehen, wenn aus den Akten einwandfrei hervorgeht, dass die Verwertung eines bestimmten Leistungspotenzials ohne vorgängige Durchführung befähigender Massnahmen allein vermittels Eigenanstrengung der versicherten Person nicht möglich ist (Urteil 9C_163/2009 vom 10. September 2010 E. 4.1 und 4.2.2). Die Verwaltung muss sich vor der 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 (der Eignung, Belastungsfähigkeit usw.) und/oder die Durchführung von Eingliederungsmassnahmen im Rechtssinne vorausgesetzt ist (Urteil 9C_768/2009 vom 10. September 2010 E. 4.1.2). Wie das Bundesgericht mit Urteil 9C_228/2010 vom 26. April 2011 E. 3.3-3.5 entschieden hat, ist die Rechtsprechung gemäss 9C_163/2009 E. 4.2.2 grundsätzlich auf Fälle zu beschränken, in denen die revisions- oder wiedererwägungsweise Herabsetzung oder Aufhebung der Invalidenrente eine versicherte Person betrifft, welche das 55. Altersjahr zurückgelegt oder die Rente seit mehr als 15 Jahren bezogen hat.

Damit wird dem Umstand Rechnung getragen, dass diese Personen auf Grund ihres fortgeschrittenen Alters und/ oder der langen Rentendauer und der daraus folgenden langjährigen Arbeitsabstinenz in der Regel nicht selber in der Lage sind, sich dem Arbeitsmarkt zu stellen und sich dort selbständig wieder einzugliedern. Die Übernahme der beiden Abgrenzungskriterien (vgl. lit. a Abs. 4 der Schlussbestimmungen der Änderung vom 18. März 2011 [6. IV-Revision, erstes Massnahmenpaket]) bedeutet jedoch nicht, dass die betroffenen Rentnerinnen und Rentner einen Besitzstandsanspruch geltend machen könnten. Es wird ihnen lediglich, aber immerhin, zugestanden, dass die Rente grundsätzlich erst nach geleisteter Eingliederungshilfe eingestellt werden darf (erwähntes Urteil 9C_228/2010 vom 26. April 2011 E. 3.5, in: SVR 2011 IV Nr. 73 S. 220).

8.2 Die lange Abwesenheit vom Arbeitsmarkt und das fortgeschrittene Alter verbieten somit im vorliegenden Fall den Schluss, dass sich der Beschwerdeführer auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt ohne weiteres selbst eingliedern kann. Anlässlich des Gesprächs mit der Beschwerdegegnerin am 24. Februar 2014 (IV-Nr. 25) gab der Beschwerdeführer an, er könne sich keine Tätigkeit vorstellen. Er könne am Morgen nicht aufstehen und habe Schmerzen. Er könne aufgrund der Schmerzen auch an keinen Eingliederungsmassnahmen teilnehmen. Dennoch unterschrieb er im Anschluss an das Gespräch vom 24. Februar 2014 eine vorgedruckte Erklärung, wonach er sich einen Wiedereinstieg in den Arbeitsprozess mit Hilfe der IV-Stelle vorstellen könne und er bereit und motiviert sei, an beruflichen Eingliederungsmassnahmen teilzunehmen. Am 23. April 2014 wurde ein weiteres Gespräch mit dem Eingliederungsteam durchgeführt. Gemäss dem Gesprächsprotokoll (Protokoll vom 23. April 2014; IV-Protokoll S. 1) gab der Beschwerdeführer an, er mache schon mit, im Rahmen von zwei Stunden pro Tag. Dann sehe man, was gehe. Er sehe sich als krank und könne nicht verstehen, dass die Ärzte sagten, er könne doch arbeiten. Es gehe ihm immer schlechter. Er mache bei Eingliederungsmassnahmen schon mit, man müsse ihm nur sagen, was er machen solle. Er sehe aber keinen Sinn dahinter. Aufgrund dieser Aussagen hat die Beschwerdegegnerin mit Abschlussbericht vom 26. September 2014 (IV-Nr. 29) festgehalten, aufgrund der fehlenden Motivation des Beschwerdeführers würden die Eingliederungsmassnahmen abgeschlossen.

Wie das Bundesgericht im Urteil 9C_68/2015 vom 24. April 2015 festgehalten hat, ist eine in dieser Konstellation vorgenommene Renteneinstellung ohne vorgängige Durchführung beruflicher Massnahmen nur dann zulässig, wenn die IV-Stelle vorgängig ein Mahn- und Bedenkzeitverfahren (MBZV) nach Art. 21 Abs. 4 ATSG durchgeführt hat und die versicherte Person sich hiernach geweigert hat, an Eingliederungsmassnahmen teilzunehmen oder mitzuwirken. Das Bundesgericht hat hierzu im Urteil 8C_579/2015 vom 14. April 2016 ergänzend festgehalten, das Gesetz schreibe aber nicht vor, wie die Verwaltung die Vorgaben von Art. 21 Abs. 4 Satz 2 ATSG im Einzelnen zu erfüllen habe, weshalb ihr ein weiter Ermessensspielraum einzuräumen sei.

Nachdem der Eingliederungswille des Beschwerdeführers bereits aufgrund der vorzitierten Gespräche mit der Beschwerdegegnerin äusserst zweifelhaft war, lässt der Beschwerdeführer in der Beschwerdeschrift noch einmal klar zum Ausdruck bringen, dass er nicht gewillt ist, an einer Eingliederungsmassnahme in dem ihm gutachterlich attestierten zumutbaren vollen Pensum teilzunehmen. So hält der Vertreter in der Beschwerdeschrift fest, mit Blick auf das vorliegende Beschwerdeverfahren habe der Beschwerdeführer seinen Willen dahingehend kundgetan, als er nach wie vor bereit sei ■ mit der nötigen Unterstützung seitens der Invalidenversicherung ■ ein niederschwelliges Angebot, d.h. eine leidensangepasste Tätigkeit in einem ihm zumutbaren Arbeitspensum von 30 - 40 % anzunehmen. Der anwaltlich vertretene Beschwerdeführer verzichtete somit in Kenntnis der Rechtsfolgen (Rentenaufhebung bzw. -herabsetzung) auf die ihm zumutbaren beruflichen Eingliederungsmassnahmen.

Angesichts des vorliegenden Ablaufs sind die Vorgaben von Art. 21 Abs. 4 ATSG (Mahn- und Bedenkzeitverfahren) erfüllt. Die Beschwerdegegnerin begnügte sich nicht mit einem Mahnschreiben, sondern thematisierte in einem Gespräch die in Frage kommenden beruflichen Eingliederungsmassnahmen, und sie wies darauf hin, mit welchen Rechtsfolgen der Versicherte zu rechnen haben würde, sollte er sich weiterhin weigern, eine zumutbare Beschäftigung aufzunehmen. Mit der mündlichen Konfrontation konnte die Verwaltung, anders als auf dem reinen Schriftweg, besser auf die Anliegen und Fragen des Versicherten eingehen (vgl. 8C_579/2015 E. 3.2.2.2). Zudem händigte sie ihm das vorerwähnte Formular aus, worin er auf die Rechtsfolgen einer Verweigerungshaltung hingewiesen wurde. Dieses hat der Beschwerdeführer zwar unterzeichnet und damit Kund getan, dass er für weitere Eingliederungsbemühungen bereit ist. Wie dargelegt, entspricht seine tatsächliche Haltung dem nicht, was in der Beschwerdeschrift noch einmal bestätigt wurde.

Insgesamt ist festzuhalten, dass sich der Beschwerdeführer bis zu der vom Versicherungsgericht in zeitlicher Hinsicht überprüfbaren Verfügung vom 25. April 2016 nicht um zumutbare Arbeit bemühte, sich mithin nicht in das Erwerbsleben wieder einzugliedern versuchte. Sollte der Beschwerdeführer seine Haltung aufgeben und an einer beruflichen Eingliederungsmassnahme teilnehmen wollen, wird er sich bei der Beschwerdegegnerin wieder melden können, die darüber neu zu verfügen hätte (vgl. BGE 130 V 54 E. 2 S. 66). Entscheidend ist nach dem Gesagten zur Beurteilung des Prozessthemas letztlich, dass der Beschwerdeführer bei den möglichen Eingliederungsmassnahmen nicht wirklich mitwirken wollte, weshalb der geltend gemachte Anspruch mangels Eingliederungswillens der Versicherten ohne Weiteres zu verneinen war (vgl. dazu Urteil 8C_569/2015 vom 17. Februar 2016 E. 5.1 f. mit Hinweisen).

Demnach ist die Beschwerde abzuweisen.

9. Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung.

Der Beschwerdeführer steht ab Prozessbeginn im Genusse der unentgeltlichen Rechtspflege (vgl. Ziff. I. 4. hiervor).

Die Kostenforderung ist bei Unterliegen der Partei mit unentgeltlichem Rechtsbeistand vom Gericht festzusetzen. Der Kanton entschädigt die unentgeltliche Rechtsbeiständin oder den unentgeltlichen Rechtsbeistand angemessen (Art. 122 Abs. 1 lit. a ZPO). Der Stundenansatz beträgt aufgrund des Kreisschreibens Nr. 1 der Gerichtsverwaltungskommission des Kantons Solothurn vom 18. September 2006 seit 1. Oktober 2006 bzw. § 179 Abs. 3 Gebührentarif (GT) CHF 180.00. Der Vertreter des Beschwerdeführers hat keine Kostennote eingereicht, weshalb die Kostenforderung vom Versicherungsgericht pauschal festzulegen ist. In Anbetracht von Aufwand und Schwierigkeit des Prozesses ist die Kostenforderung auf CHF 1'601.85 festzusetzen (8 Stunden zu CHF 180.00, zuzügl. 3 % Auslagen und 8 % MwSt), zahlbar durch die Zentrale Gerichtskasse des Kantons Solothurn. Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren, wenn A.____, zur Nachzahlung in der Lage ist (§ 123 ZPO).

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 - 1'000.00 festgelegt. Im vorliegenden Fall hat der Beschwerdeführer an die gesamten Verfahrenskosten einen Betrag von CHF 600.00 zu bezahlen, die jedoch infolge Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege durch den Kanton Solothurn zu übernehmen sind (Art. 122 Abs. 1 lit. b ZPO). Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren, wenn A.____ zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

Demnach wird erkannt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Die Kostenforderung des unentgeltlichen Rechtsbeistandes, Rechtsanwalt Michele Santucci, wird auf CHF 1'601.10 (inkl. Auslagen und MwSt) festgesetzt, zahlbar durch die Zentrale Gerichtskasse des Kantons Solothurn. Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren, wenn A.____, zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

3. Der Beschwerdeführer hat die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen, die infolge Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege durch den Staat Solothurn zu übernehmen sind. Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch A.____, zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

Rechtsmittel

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

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Der Präsident

■■■■ Der Gerichtsschreiber

Flückiger

Isch

E. 4

Gemäss den Ausführungen des Beschwerdeführers sei die Diagnose von Dr. med. D.____ im vorliegenden Fall offensichtlich in Widerspruch zu dessen subjektiven Angaben gestellt worden. So habe er dem Gutachter mitgeteilt, dass er niedergeschlagen, verunsichert und vergesslich sei, schlecht schlafen könne und in der Nacht zwei bis drei Mal pro Woche Panikgefühle und Atemnot erlebe. Zu seinem Selbstwertgefühl befragt gebe er an, dass er sich als «unnützig» und «überflüssig» empfinde. Nichtsdestotrotz behaupte der Gutachter, dass die objektivierbaren psychopathologischen Befunde anlässlich der Untersuchung gar nicht bis gering ausgeprägt seien, was äusserst befremdend wirke. Ebenso unverstänlich sei die Beurteilung des Gutachters, wonach für die Kategorien F32/F33 die Kriterien der dauerhaften Hemmung der Psychomotorik und der wesentlichen Verminderung der affektiven Schwingungsfähigkeit fehlen würden, wo doch der Beschwerdeführer bei der Befragung angegeben habe, dass er manchmal sogar mit sich selber spreche oder «einen Klos im Hals» habe. Er finde sich hin und wieder nicht zurecht. Er habe negative Gedanken und sei «blockiert». Auch die Angaben zum Test SCL-90-R seien mit der Behauptung des Gutachters, die «objektivierbaren psychopathologischen Befunde» seien gar nicht bis gering ausgeprägt, nicht in Einklang zu bringen bzw. nicht vereinbar. So gebe der Beschwerdeführer bei diesem Test beispielsweise durch persönliches Ankreuzen der Antworten an, unter starken Suizidgedanken zu leiden, stark unter Energielosigkeit oder Verlangsamung in den Bewegungen oder im Denken zu leiden. Es sei schwer nachvollziehbar, wie jemand mit derartigen Leiden uneingeschränkt arbeitsfähig sein solle. Zusammenfassend sei davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer in Bezug auf seine Depression nicht genesen sei, wie das der Gutachter behaupte. Es sei auch nicht erkennbar, wie die Genesung stattgefunden haben solle. Die psychosozialen Umstände seien nach wie die gleichen wie zur Zeit des Rentenzuspruchs. Letztes Jahr sei der Beschwerdeführer zudem bei Dr. med. E.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, in fachärztlicher Behandlung gewesen. Medikamentös sei er mit Paroxetin und Seroquel behandelt worden. Um den Schlaf zu verbessern, habe er Surmontil und Zoldorm verschrieben erhalten. Was genau zur vermeintlichen «Remission der Depression» bzw. zur angeblich «wesentlichen Verbesserung des Gesundheitszustandes» geführt haben solle, sei dem Gutachten nicht zu entnehmen. Dies sei jedoch eine unabdingbare Voraussetzung mit Blick auf die Verwertbarkeit eines Gutachtens. Des Weiteren sei es nicht nachvollziehbar, weshalb der psychiatrische Gutachter sich nicht mit dem behandelnden Arzt, Dr. med. F.____, und dem mitbehandelnden Facharzt, Psychiater Dr. med. E.____, in Verbindung gesetzt habe, weiche doch seine Einschätzung nicht nur leicht, sondern diametral von derjenigen der Letztgenannten ab; auf der einen Seite werde eine vollständige Arbeitsfähigkeit, auf der anderen Seite hingegen eine vollständige Arbeitsunfähigkeit postuliert. Ein fachlicher Austausch dränge sich hier lege artis geradezu auf. Zwischen der psychiatrischen Untersuchung vom 20. Januar 2016 von Dr. med. D.____ und dem Schreiben von Dr. med. F.____ vom 15. Mai 2015 liege eine Zeitspanne von einem halben Jahr. Die Schlussfolgerungen der beiden Ärzte in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit könnten unterschiedlicher nicht ausfallen. Vor dem Hintergrund, dass aufgrund des Gutachtens der Verlauf und der Grund für die vermeintliche Genesung nicht nachvollzogen werden könne,

sei der Bericht des behandelnden Arztes durchaus in der Lage, geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der gutachterlichen Feststellung zu wecken. Ferner gelte es im Zusammenhang mit der rheumatologischen Begutachtung davon Kenntnis zu nehmen, dass hier eine nicht zu unterschätzende Abhängigkeitsproblematik bestehe. So figuriere der im vorliegenden Fall beauftragte rheumatologische Gutachter Dr. med. C.____ aus Bern im plädoyer-Bericht vom 23. November 2015 in der Liste derjenigen, die von der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich von 2012 bis 2014 eine nicht unbeachtliche Anzahl Begutachtungsaufträge erhalten hätten. Allein für die SVA des Kantons Zürich habe er in dieser Periode 109 Gutachten verfasst, was unter Berücksichtigung der Ferien, mehr als einen Auftrag pro Arbeitswoche ausmache, und dies nur für die SVA Zürich. Dr. med. C.____ werde erfahrungsgemäss auch von der SVA Aargau und wahrscheinlich auch von anderen Kantonen regelmässig beauftragt. Es gehe nicht an, dass bei den behandelnden Ärztinnen und Ärzten im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung angenommen werde, sie würden in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen, hingegen bei Sachverständigen mit einer überwiegenden – wenn nicht sogar ausschliesslichen – aus Begutachtungsaufträgen resultierenden wirtschaftlichen Abhängigkeit diese Annahme ausgeblendet werde. Ferner sei auch in diesem Zusammenhang – wie bei der psychiatrischen Beurteilung durch Dr. med. D.____ – nicht schlüssig nachvollziehbar, inwiefern heute keine Invalidität mehr bestehen solle. Mit Vorbescheid vom 31. Juli 1996 sei dem Beschwerdeführer aufgrund rein körperlicher Einschränkungen, d.h. insbesondere aufgrund einer Rückenproblematik und des Morbus forestier, eine halbe IV-Rente zugesprochen worden. Die Rente sei dann später auf eine ganze Rente erhöht worden, als der Beschwerdeführer zusätzlich an einer Depression erkrankt sei. Die für die körperliche Einschränkung massgeblichen Diagnosen, namentlich das Panvertebralsyndrom mit spondylogener Ausstrahlung in den Kopf und in alle Extremitäten sowie die idiopathische Skeletthyperostose (Morbus forestier) seien nach wie vor vorhanden und Gegenstand regelmässiger Behandlung. Es sei vor diesem Hintergrund nicht verständlich, weshalb heute aus rheumatologischer Hinsicht keine Einschränkung bestehen solle. Der Vollständigkeit halber werde an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass der Beschwerdeführer die beruflichen Integrationsmassnahmen nicht von sich aus abgelehnt habe. Trotz Überforderungsgefühlen habe er sich bereit erklärt, einen Versuch mit 2 Stunden pro Tag zu machen, was durchaus vernünftig erscheine. Es könne nicht erwartet werden, dass der Beschwerdeführer in diesem Zustand und nach einer 20-jährigen Dekonditionierung von heute auf morgen mit einem vollen Arbeitspensum zu arbeiten beginne. Die Einstellung der Eingliederungsmassnahmen sei als unsachgemäss und unverhältnismässig zu werten. Mit Blick auf das vorliegende Beschwerdeverfahren habe der Beschwerdeführer seinen Willen dahingehend kundgetan, als er nach wie vor bereit sei – mit der nötigen Unterstützung seitens der Invalidenversicherung – ein niederschwelliges Angebot, d.h. eine leidensangepasste Tätigkeit in einem ihm zumutbaren Arbeitspensum von 30 - 40 % anzunehmen. Im Übrigen sei dem Beschwerdeführer ein leidensangepasster Abzug zu gewähren. Er sei bereits 58 Jahre alt, spreche nur ungenügend Deutsch, habe keine eigentliche Berufsausbildung und sei seit 20 Jahren nicht mehr erwerbstätig. Es müsste sich zudem um eine «adaptierte», d.h. um eine einem speziellen Belastungsprofil entsprechende Arbeitsstelle handeln. Er müsste sich zudem mit einem viel tieferen Anstellungslohn begnügen müssen. Es liege auf der Hand, dass der Beschwerdeführer unter Berücksichtigung der Erwerbseinbusse infolge Wechsel in einer körperlich leichten Tätigkeit in der Höhe von rund 35 % und Leidensabzug von mindestens 20 % mithin eine

Erwerbseinbusse von über 50 % zu gewärtigen hätte. Demgegenüber vertritt die Beschwerdegegnerin die Ansicht, die medizinischen Abklärungen hätten ergeben, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit mindestens dem Datum der Begutachtung (August 2013) deutlich verbessert habe. Die bei der Rentenzusprache im Vordergrund stehende gravierende depressive Störung sei nicht mehr nachweisbar. Seit ebenfalls diesem Zeitpunkt bestehe aus polydisziplinärer Sicht eine uneingeschränkte Arbeits- und Leistungsfähigkeit für körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeiten. Nachdem der Beschwerdeführer bereits seit fast 20 Jahren nicht mehr im Erwerbsprozess integriert sei, könne keine angestammte Tätigkeit mehr benannt werden, daher könne auf einen Einkommensvergleich verzichtet werden. In Anbetracht der langen Rentenbezugsdauer habe er jedoch Anspruch auf berufliche Eingliederungsmassnahmen. Diese seien ihm im Gespräch vom 24. Februar 2014 ausführlich beschrieben worden. Er habe mehrmals gesagt, dass er nicht arbeiten könne. Im Anschluss habe er trotzdem eine Einverständniserklärung für berufliche Eingliederungsmassnahmen unterschrieben. Er sei daraufhin am 23. April 2014 nochmals zu einem Gespräch mit einer Fachperson für berufliche Massnahmen eingeladen worden. Wie dem Abschlussbericht des Eingliederungsfachmannes vom 23. April 2014 zu entnehmen sei, habe der Beschwerdeführer das Angebot für die Unterstützung bei der Wiedereingliederung nicht angenommen. Er habe erklärt, er sei krank und könne nicht verstehen, dass die Ärzte sagten, er könne doch arbeiten. Aufgrund der fehlenden Motivation werde die Rente ohne vorgängige berufliche Massnahmen aufgehoben. Als medizinische Entscheidungsgrundlage liege das bidisziplinäre Gutachten der Herren Dres. med. C. ___ und D. ___ vom 2. Februar 2016 vor. Es handle sich hierbei um unabhängige Begutachtungsstellen. Gemäss diesem Gutachten liege beim Beschwerdeführer aus versicherungsmedizinischer Sicht keine relevante Arbeitsunfähigkeit vor. Das Gutachten werde vom Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) in seiner Stellungnahme vom 18. April 2016 als nachvollziehbar bezeichnet und erfülle die Anforderungen, welche die Rechtsprechung an den vollen Beweiswert eines Arztberichtes stelle. Der RAD nehme auch zum eingereichten Arztbericht vom Herrn Dr. med. F. ___ vom 13. Januar 2015 Stellung. Der RAD-Arzt lege dar, dass aus dem Bericht keine neuen medizinischen Tatsachen ersichtlich seien. Der Bericht von Dr. med. F. ___ habe auch den begutachtenden Ärzten vorgelegen und sei von ihnen berücksichtigt worden. Aufgrund der Tatsache, dass Dr. med. D. ___ als psychiatrischer Gutachter keine schwerwiegende Einschränkung habe feststellen können, könne dem Argument, der Beschwerdeführer habe die ihm angebotenen Massnahmen zur beruflichen Wiedereingliederung wegen einer depressiven Störung abgelehnt, nicht gefolgt werden.

E. 5

Anamnestisch Asthma bronchiale (ICD-10 J45.9) - DD chronisch obstruktive Lungenerkrankung (ICD-10 J44.9) bei chronischem Nikotinabusus, ca. 40 py

E. 6

Gestörte Gluconeogenese

E. 7

Nikotinkonsum von circa 40 pack years

E. 8

Abschliessend ist auf den Umstand einzugehen, dass der Beschwerdeführer im Zeitpunkt der Rentenaufhebung fast 58 Jahre alt war und bereits mehr als 15 Jahre eine Rente bezog.

Es ist deshalb zu prüfen, ob ihm eine Selbsteingliederung ohne vorgängige berufliche Massnahmen zumutbar ist. 8.1 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 (BGE 113 V 28 E. 4a mit Hinweisen). Von den Versicherten können jedoch nur Vorkehren verlangt werden, die unter Berücksichtigung der gesamten objektiven und subjektiven Gegebenheiten des Einzelfalles zumutbar sind (BGE 113 V 22 E. 4a S. 28 mit Hinweisen auf Lehre und Rechtsprechung; ZAK 1989 S. 214 E. 1c). Die Wiedereingliederung von Versicherten im fortgeschrittenen Alter oder nach invaliditätsbedingt langjährigem Fernbleiben von der Arbeitswelt ist oft schwierig. Laut ständiger Rechtsprechung ist zwar im Regelfall eine medizinisch attestierte Verbesserung der Arbeitsfähigkeit grundsätzlich auf dem Weg der Selbsteingliederung zu verwerten. Nach langjährigem Rentenbezug können jedoch ausnahmsweise Erfordernisse des Arbeitsmarktes der Anrechnung einer medizinisch vorhandenen Leistungsfähigkeit und medizinisch möglichen Leistungsentfaltung entgegenstehen, wenn aus den Akten einwandfrei hervorgeht, dass die Verwertung eines bestimmten Leistungspotenzials ohne vorgängige Durchführung befähigender Massnahmen allein vermittels Eigenanstrengung der versicherten Person nicht möglich ist (Urteil 9C_163/2009 vom 10. September 2010 E. 4.1 und 4.2.2). Die Verwaltung muss sich vor der 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 (der Eignung, Belastungsfähigkeit usw.) und/oder die Durchführung von Eingliederungsmassnahmen im Rechtssinne vorausgesetzt ist (Urteil 9C_768/2009 vom 10. September 2010 E. 4.1.2). Wie das Bundesgericht mit Urteil 9C_228/2010 vom 26. April 2011 E. 3.3-3.5 entschieden hat, ist die Rechtsprechung gemäss 9C_163/2009 E. 4.2.2 grundsätzlich auf Fälle zu beschränken, in denen die revisions- oder wiedererwägungsweise Herabsetzung oder Aufhebung der Invalidenrente eine versicherte Person betrifft, welche das 55. Altersjahr zurückgelegt oder die Rente seit mehr als 15 Jahren bezogen hat. Damit wird dem Umstand Rechnung getragen, dass diese Personen auf Grund ihres fortgeschrittenen Alters und/ oder der langen Rentendauer und der daraus folgenden langjährigen Arbeitsabstinenz in der Regel nicht selber in der Lage sind, sich dem Arbeitsmarkt zu stellen und sich dort selbständig wieder einzugliedern. Die Übernahme der beiden Abgrenzungskriterien (vgl. lit. a Abs. 4 der Schlussbestimmungen der Änderung vom 18. März 2011 [6. IV-Revision, erstes Massnahmenpaket]) bedeutet jedoch nicht, dass die betroffenen Rentnerinnen und Rentner einen Besitzstandsanspruch geltend machen könnten. Es wird ihnen lediglich, aber immerhin, zugestanden, dass die Rente grundsätzlich erst nach geleisteter Eingliederungshilfe eingestellt werden darf (erwähntes Urteil 9C_228/2010 vom 26. April 2011 E. 3.5, in: SVR 2011 IV Nr. 73 S. 220).

E. 8.2

Die lange Abwesenheit vom Arbeitsmarkt und das fortgeschrittene Alter verbieten somit im vorliegenden Fall den Schluss, dass sich der Beschwerdeführer auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt ohne weiteres selbst eingliedern kann. Anlässlich des Gesprächs mit der Beschwerdegegnerin am 24. Februar 2014 (IV-Nr. 25) gab der Beschwerdeführer an, er könne sich keine Tätigkeit vorstellen. Er könne am Morgen nicht aufstehen und habe Schmerzen. Er könne aufgrund der Schmerzen auch an keinen Eingliederungsmassnahmen teilnehmen. Dennoch unterschrieb er im Anschluss an das Gespräch vom 24. Februar 2014

eine vorgedruckte Erklärung, wonach er sich einen Wiedereinstieg in den Arbeitsprozess mit Hilfe der IV-Stelle vorstellen könne und er bereit und motiviert sei, an beruflichen Eingliederungsmassnahmen teilzunehmen. Am 23. April 2014 wurde ein weiteres Gespräch mit dem Eingliederungsteam durchgeführt. Gemäss dem Gesprächsprotokoll (Protokoll vom 23. April 2014; IV-Protokoll S. 1) gab der Beschwerdeführer an, er mache schon mit, im Rahmen von zwei Stunden pro Tag. Dann sehe man, was gehe. Er sehe sich als krank und könne nicht verstehen, dass die Ärzte sagten, er könne doch arbeiten. Es gehe ihm immer schlechter. Er mache bei Eingliederungsmassnahmen schon mit, man müsse ihm nur sagen, was er machen solle. Er sehe aber keinen Sinn dahinter. Aufgrund dieser Aussagen hat die Beschwerdegegnerin mit Abschlussbericht vom 26. September 2014 (IV-Nr. 29) festgehalten, aufgrund der fehlenden Motivation des Beschwerdeführers würden die Eingliederungsmassnahmen abgeschlossen. Wie das Bundesgericht im Urteil 9C_68/2015 vom 24. April 2015 festgehalten hat, ist eine in dieser Konstellation vorgenommene Renteneinstellung ohne vorgängige Durchführung beruflicher Massnahmen nur dann zulässig, wenn die IV-Stelle vorgängig ein Mahn- und Bedenkzeitverfahren (MBZV) nach Art. 21 Abs. 4 ATSG durchgeführt hat und die versicherte Person sich hiernach geweigert hat, an Eingliederungsmassnahmen teilzunehmen oder mitzuwirken. Das Bundesgericht hat hierzu im Urteil 8C_579/2015 vom 14. April 2016 ergänzend festgehalten, das Gesetz schreibe aber nicht vor, wie die Verwaltung die Vorgaben von Art. 21 Abs. 4 Satz 2 ATSG im Einzelnen zu erfüllen habe, weshalb ihr ein weiter Ermessensspielraum einzuräumen sei. Nachdem der Eingliederungswille des Beschwerdeführers bereits aufgrund der vorzitierten Gespräche mit der Beschwerdegegnerin äusserst zweifelhaft war, lässt der Beschwerdeführer in der Beschwerdeschrift noch einmal klar zum Ausdruck bringen, dass er nicht gewillt ist, an einer Eingliederungsmassnahme in dem ihm gutachterlich attestierten zumutbaren vollen Pensum teilzunehmen. So hält der Vertreter in der Beschwerdeschrift fest, mit Blick auf das vorliegende Beschwerdeverfahren habe der Beschwerdeführer seinen Willen dahingehend kundgetan, als er nach wie vor bereit sei – mit der nötigen Unterstützung seitens der Invalidenversicherung – ein niederschwelliges Angebot, d.h. eine leidensangepasste Tätigkeit in einem ihm zumutbaren Arbeitspensum von 30 - 40 % anzunehmen. Der anwaltlich vertretene Beschwerdeführer verzichtete somit in Kenntnis der Rechtsfolgen (Rentenaufhebung bzw. -herabsetzung) auf die ihm zumutbaren beruflichen Eingliederungsmassnahmen. Angesichts des vorliegenden Ablaufs sind die Vorgaben von Art. 21 Abs. 4 ATSG (Mahn- und Bedenkzeitverfahren) erfüllt. Die Beschwerdegegnerin begnügte sich nicht mit einem Mahnschreiben, sondern thematisierte in einem Gespräch die in Frage kommenden beruflichen Eingliederungsmassnahmen, und sie wies darauf hin, mit welchen Rechtsfolgen der Versicherte zu rechnen haben würde, sollte er sich weiterhin weigern, eine zumutbare Beschäftigung aufzunehmen. Mit der mündlichen Konfrontation konnte die Verwaltung, anders als auf dem reinen Schriftweg, besser auf die Anliegen und Fragen des Versicherten eingehen (vgl. 8C_579/2015 E. 3.2.2.2). Zudem händigte sie ihm das vorerwähnte Formular aus, worin er auf die Rechtsfolgen einer Verweigerungshaltung hingewiesen wurde. Dieses hat der Beschwerdeführer zwar unterzeichnet und damit Kundgetan, dass er für weitere Eingliederungsbemühungen bereit ist. Wie dargelegt, entspricht seine tatsächliche Haltung dem nicht, was in der Beschwerdeschrift noch einmal bestätigt wurde. Insgesamt ist festzuhalten, dass sich der Beschwerdeführer bis zu der vom Versicherungsgericht in zeitlicher Hinsicht überprüfbarer Verfügung vom 25. April 2016 nicht um zumutbare Arbeit bemühte, sich mithin nicht in das Erwerbsleben wieder einzugliedern versuchte. Sollte der Beschwerdeführer seine Haltung aufgeben und an einer

beruflichen Eingliederungsmassnahme teilnehmen wollen, wird er sich bei der Beschwerdegegnerin wieder melden können, die darüber neu zu verfügen hätte (vgl. BGE 130 V 54 E. 2 S. 66). Entscheidend ist nach dem Gesagten zur Beurteilung des Prozessthemas letztlich, dass der Beschwerdeführer bei den möglichen Eingliederungsmassnahmen nicht wirklich mitwirken wollte, weshalb der geltend gemachte Anspruch mangels Eingliederungswillens der Versicherten ohne Weiteres zu verneinen war (vgl. dazu Urteil 8C_569/2015 vom 17. Februar 2016 E. 5.1 f. mit Hinweisen). Demnach ist die Beschwerde abzuweisen. 9. Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung. Der Beschwerdeführer steht ab Prozessbeginn im Genusse der unentgeltlichen Rechtspflege (vgl. Ziff. I. 4. hiervor). Die Kostenforderung ist bei Unterliegen der Partei mit unentgeltlichem Rechtsbeistand vom Gericht festzusetzen. Der Kanton entschädigt die unentgeltliche Rechtsbeiständin oder den unentgeltlichen Rechtsbeistand angemessen (Art. 122 Abs. 1 lit. a ZPO). Der Stundenansatz beträgt aufgrund des Kreisschreibens Nr. 1 der Gerichtsverwaltungskommission des Kantons Solothurn vom 18. September 2006 seit 1. Oktober 2006 bzw. § 179 Abs. 3 Gebührentarif (GT) CHF 180.00. Der Vertreter des Beschwerdeführers hat keine Kostennote eingereicht, weshalb die Kostenforderung vom Versicherungsgericht pauschal festzulegen ist. In Anbetracht von Aufwand und Schwierigkeit des Prozesses ist die Kostenforderung auf CHF 1'601.85 festzusetzen (8 Stunden zu CHF 180.00, zuzügl. 3 % Auslagen und 8 % MwSt), zahlbar durch die Zentrale Gerichtskasse des Kantons Solothurn. Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren, wenn A.____, zur Nachzahlung in der Lage ist (§ 123 ZPO). 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 - 1'000.00 festgelegt. Im vorliegenden Fall hat der Beschwerdeführer an die gesamten Verfahrenskosten einen Betrag von CHF 600.00 zu bezahlen, die jedoch infolge Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege durch den Kanton Solothurn zu übernehmen sind (Art. 122 Abs. 1 lit. b ZPO). Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren, wenn A.____ zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

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