

# **SO\_GERICHTE VSBES.2016.16 vom 17. Januar 2018**

SO Obergericht, 2018-01-17, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so\\_gerichte\\_VSBES.2016.16\\_d20180117](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2016.16_d20180117)

FR: SO\_GERICHTE VSBES.2016.16 du 17 janvier 2018

IT: SO\_GERICHTE VSBES.2016.16 del 17 gennaio 2018

## **Regeste**

Invalidenrente

## **Erwägungen**

### **E. 1**

1.1 Aufgrund der Meldung vom 18. Juli 2013 zur Früherfassung fand sich A.\_\_\_\_ (nachfolgend Beschwerdeführer), geb. 1965, [...], am 4. September 2013 bei der IV-Stelle des Kantons Solothurn (nachfolgend Beschwerdegegnerin) zu einem Früherfassungs-/Intake-Gespräch ein. Die Beteiligten vereinbarten dabei eine berufliche Eingliederung des Beschwerdeführers (IV-Stelle Beleg [IV-]Nr. 1, 4).

1.2 Am 9. September 2013 füllte der Beschwerdeführer den für die «berufliche Integration/Rente» notwendigen Fragebogen aus; dabei gab er u.a. an, Knie- und Rückenprobleme zu haben (IV-Nr. 7).

1.3 Auf Anfrage der Beschwerdegegnerin hin gab die Öffentliche Arbeitslosenkasse des Kantons Solothurn am 13. September 2013 an, dass der Beschwerdeführer vom 4. Februar 2013 bis 3. Februar 2015 grundsätzlich Anspruch auf Arbeitslosenentschädigungen habe (IV-Nr. 12).

1.4 Am 23. September 2013 gingen bei der Beschwerdegegnerin die Angaben der damaligen Arbeitgeberin des Beschwerdeführers ein; diesen lässt sich u.a. entnehmen, dass dem Beschwerdeführer per 31. Dezember 2012 gekündigt worden war (IV-Nr. 17).

1.5 Das Amt für Wirtschaft, Logistik arbeitsmarktlicher Massnahmen, Solothurn, gab im Zwischenbericht vom 11. Oktober 2013 Empfehlungen für das weitere Vorgehen ab (IV-Nr. 18).

1.6 Am 4. November 2013 hielt Dr. med. B.\_\_\_\_, Facharzt Allgemeine Medizin FMH, RAD BE/FR/SO, fest, dass aus seiner Sicht IV-Eingliederungsmassnahmen beim Beschwerdeführer keinen Sinn machen würden, da keinerlei Aussicht auf einen Erfolg bestehe (IV-Nr. 20).

1.7 Im Abschlussbericht der beruflichen Eingliederung vom 25. November 2013 stellte der Eingliederungsfachmann fest, dass die berufliche Eingliederung des Beschwerdeführers als «arbeitslos» abgeschlossen sei (IV-Nr. 27).

### **E. 2**

2.1 Dr. med. C.\_\_\_\_, Arzt FMH für Allgemeine Medizin, [...], erstellte am 22. Januar 2014 den durch die Beschwerdegegnerin angeforderten Arztbericht (IV-Nr. 31).

2.2 Am 17. Februar 2014 reichte Dr. med. D.\_\_\_\_, Oberarzt [...], den durch die Beschwerdegegnerin gewünschten Arztbericht ein (IV-Nr. 34).

2.3 Die Ärzte der E.\_\_\_\_ gaben am 6. März 2014 den durch die Beschwerdegegnerin veranlassten Arztbericht zu den Akten (IV-Nr. 35).

2.4 Am 28. Mai 2014 nahm der RAD-Arzt zur medizinischen Situation Stellung und empfahl, es sei eine polydisziplinäre Begutachtung in den Disziplinen Allgemeinmedizin, Rheumatologie und Psychiatrie ■ mit dem üblichen Fragenkatalog sowie einer Zusatzfrage ■ zu veranlassen (IV-Nr. 37, S. 2).

2.5 Die Beschwerdegegnerin teilte dem Beschwerdeführer am 28. Mai 2014 mit, zur Klärung der Leistungsansprüche sei eine umfassende medizinische Untersuchung notwendig (IV-Nr. 38). Mit einer weiteren Mitteilung vom 4. August 2014 orientierte die Beschwerdegegnerin den Beschwerdeführer, dass die Begutachtung durch die F.\_\_\_\_ erfolgen werde, und zwar durch Dr. med. G.\_\_\_\_, Allgemeine Innere Medizin, Dr. med. H.\_\_\_\_, Psychiatrie und Psychotherapie, und Dr. med. I.\_\_\_\_, Rheumatologie (IV-Nr. 42).

2.6 Am 6. November 2014 erstatteten die Ärzte der F.\_\_\_\_ das polydisziplinäre Gutachten (IV-Nr. 45.1); diese stellte die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer am 10. November 2014 zu und gab ihm Gelegenheit, dazu bis 25. November 2014 Stellung zu nehmen (IV-Nr. 46).

2.7 Der RAD-Arzt äusserte sich am 29. Januar 2015 zum Medas-Gutachten (IV-Nr. 49).

### **E. 3**

3.1 Im Vorbescheid vom 6. Mai 2015 stellte die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer in Aussicht, das Leistungsbegehren bezüglich beruflicher Massnahmen sowie einer Invalidenrente abzuweisen, wogegen innert 30 Tagen Einwand erhoben werden könne (IV-Nr. 52).

3.2 Am 19. Mai 2015 erhob die Einwohnergemeinde [...] gegen diesen Vorbescheid vorsorglich Einwand (IV-Nr. 53), den ihr Vertreter am 15. Juni 2015 begründete; gleichzeitig beantragte er, dem Beschwerdeführer sei eine Dreiviertelsrente, zumindest jedoch eine halbe Rente auszurichten (IV-Nr. 56).

3.3 Mit Verfügung vom 15. Dezember 2015 bestätigte die Beschwerdegegnerin den im Vorbescheid in Aussicht gestellten Entscheid und nahm gleichzeitig zum Einwand des Beschwerdeführers vom 15. Juni 2015 Stellung (IV-Nr. 57).

4. Dagegen erhebt der Beschwerdeführer am 18. Januar 2016 Beschwerde ans Versicherungsgericht des Kantons Solothurn. Sein Vertreter stellt und begründet folgende Rechtsbegehren:

1. Die Verfügung vom 15. Dezember 2015 sei aufzuheben.
2. Die Vorinstanz sei zu verpflichten, dem Beschwerdeführer rückwirkend ab 1. März 2014 eine Dreiviertelsrente, eventualiter eine halbe Rente auszurichten.
3. Dem Beschwerdeführer sei die unentgeltliche Rechtspflege zu gewähren, unter Beiordnung des unterzeichneten Rechtsanwalts.
4. Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten Vorinstanz.
5. Am 16. Februar 2016 beantragt die Beschwerdegegnerin, dass die Beschwerde abzuweisen sei (A.S. 22).

6. Mit richterlicher Verfügung vom 24. Februar 2016 wird dem Beschwerdeführer ab Prozessbeginn die unentgeltliche Rechtspflege bewilligt und Rechtsanwalt Fabian Malovini, Solothurn, als unentgeltlicher Rechtsbeistand bestellt (A.S. 24).
7. Der unentgeltliche Rechtsbeistand beantragt am 11. März 2016, dass für die Zeit vom 25. März bis Ende Juni 2016 Rechtsanwältin Hanna Marti einzusetzen sei (A.S. 26). Diesem Begehren wird mit richterlicher Verfügung vom 24. März 2016 in dem Sinne entsprochen, dass dem Beschwerdeführer ab 25. März 2016 Rechtsanwältin Hanna Marti Adji als unentgeltliche Rechtsbeiständin beigeordnet wird (A.S. 35).
8. Am 23. März 2016 nimmt der Beschwerdeführer zur Beschwerdeantwort Stellung (A.S. 31 ff.); dazu äussert sich die Beschwerdegegnerin am 17. Mai 2016 (A.S. 40).
9. Die Vertreterin des Beschwerdeführers reicht am 30. Mai 2016 eine weitere Stellungnahme sowie ihre Kostennote ein (A.S. 43 ff.).
10. Am 20. Oktober 2017 teilt Rechtsanwalt Fabian Malovini mit, dass er seine Tätigkeit als Rechtsanwalt per Ende Jahr aufgabe und den Beschwerdeführer danach nicht mehr vertreten werde. Der Entscheid bezüglich der unentgeltlichen Rechtsbeiständung sei nicht mehr an seine bisherige Geschäfts-, sondern an seine Privatadresse zu senden (A.S. 52).

Auf die weiteren Ausführungen in den Rechtsschriften der Parteien wird, soweit erforderlich, in den folgenden Erwägungen eingegangen. Im Übrigen wird auf die Akten verwiesen.

## II.

### 1.

1.1 Die Beschwerde ist rechtzeitig erhoben worden und erfüllt die formellen Voraussetzungen. Das angerufene Gericht ist sachlich, örtlich und funktionell zuständig. Auf die Beschwerde ist somit einzutreten.

1.2 Das Sozialversicherungsgericht beurteilt die Gesetzmässigkeit der angefochtenen Verfügung in der Regel nach dem Sachverhalt, der zur Zeit ihres Erlasses gegeben war. Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 130 V 140 E. 2.1, 121 V 366 E. 1b mit Hinweis).

Im vorliegenden Fall datiert die angefochtene Verfügung, die den rechtsrelevanten Zeitpunkt definiert, vom 15. Dezember 2015.

1.3 In zeitlicher Hinsicht sind ■ vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen ■ grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestands Geltung haben (BGE 132 V 215 E. 3.1.1 S. 220; 131 V 9 E. 1 S. 11 und 107 E. 1 S. 109; 127 V 466 E. 1 S. 467). Weil ferner das Sozialversicherungsgericht bei der Beurteilung eines Falls grundsätzlich auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügung eingetretenen Sachverhalt ■ hier 15. Dezember 2015 ■ abstellt (BGE 121 V 362 E. 1b S. 366), sind im vorliegenden Fall für die Prüfung eines allfälligen Leistungsanspruchs im Rahmen der Anmeldung im September 2013 die ab Januar 2013 geltenden materiell-rechtlichen Bestimmungen anwendbar.

1.4 Streitig und zu prüfen ist, ob der Beschwerdeführer Anspruch auf weitere Eingliederungsmassnahmen sowie auf eine Rente der Invalidenversicherung hat.

2.

2.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG, SR 830.1). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein. Die Invalidität gilt als eingetreten, sobald sie die für die Begründung des Anspruchs auf die jeweilige Leistung erforderliche Art und Schwere erreicht hat (Art. 4 Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, IVG; SR 831.20).

2.2 Seit der 2012 geltenden Rechtslage (6. IV-Revision) haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), und die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. b und c). Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente. Der Rentenanspruch entsteht frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Artikel 29 Absatz 1 ATSG, jedoch frühestens im Monat, der auf die Vollendung des 18. Altersjahres folgt (Art. 29 Abs. 1 IVG).

3. 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 ATSG). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt. Insoweit die fraglichen Erwerbseinkommen ziffernmässig nicht genau ermittelt werden können, sind sie nach Massgabe der im Einzelfall bekannten Umstände zu schätzen und die so gewonnenen Annäherungswerte miteinander zu vergleichen (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs). Lassen sich die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen nicht zuverlässig ermitteln oder schätzen, so ist in Anlehnung an die spezifische Methode für Nichterwerbstätige ein Betätigungsvergleich anzustellen und der Invaliditätsgrad nach Massgabe der erwerblichen Auswirkungen der verminderten Leistungsfähigkeit in der konkreten erwerblichen Situation zu bestimmen (BGE 128 V 29 E. 1). Für den Einkommensvergleich sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des Beginns des Rentenanspruchs (resp. der Erhöhung oder Herabsetzung der Rente im Falle einer Revision, Urteil des Bundesgerichts 9C\_882/2010 vom 25. Januar 2011 E. 7.2.1) massgebend, wobei Validen- und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu erheben und allfällige rentenwirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Verfügungserlass zu

berücksichtigen sind (BGE 129 V 222).

#### **E. 4**

4.1 Versicherungsträger und Sozialversicherungsrichter haben die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen (Art. 61 lit. c ATSG; BGE 125 V 352 E. 3a). Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass der Sozialversicherungsrichter alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf er bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum er auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232; 125 V 352 E. 3a; AHI 2001 S. 113 f. E. 3a; RKUV 2003 U 487 S. 345 E. 5.1).

4.2 Bei der Beurteilung der Arbeits(un)fähigkeit stützt sich die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht auf Unterlagen, die von ärztlichen und gegebenenfalls auch anderen Fachleuten zur Verfügung zu stellen sind. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist.

4.3 Die regionalen ärztlichen Dienste (RAD) setzen gemäss Art. 59 Abs. 2bisIVG die für die Invalidenversicherung nach Artikel 6 ATSG massgebende funktionelle Leistungsfähigkeit der Versicherten fest, eine zumutbare Erwerbstätigkeit oder Tätigkeit im Aufgabenbereich auszuüben. Nach Art. 49 IVV beurteilen sie die medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs. Die geeigneten Prüfmethode können sie im Rahmen ihrer medizinischen Fachkompetenz und der allgemeinen fachlichen Weisungen des Bundesamtes frei wählen (Abs. 1). Die regionalen ärztlichen Dienste können bei Bedarf selber ärztliche Untersuchungen von Versicherten durchführen. Sie halten die Untersuchungsergebnisse schriftlich fest (Abs. 2). Sie stehen den IV-Stellen der Region beratend zur Seite (Abs. 3). Sofern die RAD-Untersuchungsberichte den Anforderungen an ein ärztliches Gutachten genügen, auch hinsichtlich der erforderlichen ärztlichen Qualifikationen, haben sie einen vergleichbaren Beweiswert wie ein anderes Gutachten (Urteile des Bundesgerichts 9C\_1053/2010 vom 28. Januar 2011 E. 4.2 und 9C\_204/2009 vom 6. Juli 2009 E. 3.3.2 mit zahlreichen Hinweisen).

5. Die medizinische Aktenlage präsentiert sich im Wesentlichen wie folgt:

5.1 Dr. med. C.\_\_\_\_ stellte in seinem Bericht vom 22. Januar 2014 folgende Diagnosen:

- chronische Virushepatitis C ■ B18.2
- Heroin-Abhängigkeit - T40.1
- Benzodiazepine-Abhängigkeit ■ T42.4

- Kreuzschmerz chronisch rezidivierend ■ M54.5
- sonstige posttraumatische Gonarthrose ■ M17.3; alte Partialläsion vorderes Kreuzband links

Der Arzt bezeichnete den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers als stationär. Hauptbeschwerden seien die Rücken- sowie Knieschmerzen bei Gonarthrose beidseits. Der Patient stehe im Heroinprogramm bei der Abgabestelle Solothurn. Die bisherige Tätigkeit als Kunststoffapparate-Monteur sei ihm im Rahmen von vier bis sechs Stunden zuzumuten, wobei vor allem Arbeiten im Knien Probleme bereiteten. Es sei von einer geschätzten verminderten Leistungsfähigkeit von 30 ■ 50 % auszugehen. Zur gleichen Beurteilung kam Dr. med. C. \_\_\_ bezüglich Verweistätigkeiten, bei denen keine grössere Beanspruchung der Kniegelenke zu beachten sei (IV-Nr. 31).

5.2 Dr. med. D. \_\_\_, [...]spital [...], diagnostizierte im Bericht vom 17. Februar 2014 an die Beschwerdegegnerin beim Beschwerdeführer (mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit) eine symptomatische Gonarthrose beidseits und eine Meniskopathie Knie links, ein chronisch rezidivierendes lumbospondylogenes Syndrom beidseits und eine Polytoxikomanie bei Substitution mit MST, aktuell 1'800 mg pro Tag. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit blieben eine chronische Hepatitis C sowie ein COPD Gold Stadium II bei Nikotinabusus. Der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers sei stationär. Zwar sei ihm die bisherige Tätigkeit noch zuzumuten. Jedoch führe Stehen länger als eine Stunde oder Sitzen länger als zwei Stunden bzw. das Verharren in kniender Position länger als 30 Minuten zu einer ausgeprägten Schmerzzunahme im Bereich der lumbalen Wirbelsäule und beider Kniegelenke. So könne er während rund acht Stunden pro Tag arbeiten. Dabei müsste er regelmässig Gelegenheit haben, die Position zu wechseln. Es sollte ferner nicht notwendig sein, Lasten über 15 kg zu heben oder zu tragen. Insgesamt bestünden eine verringerte Arbeitsgeschwindigkeit, auch im Zusammenhang mit der hoch dosierten Substitutionsbehandlung mit MST bei einer Polytoxikomanie, und ein erhöhter Pausenbedarf; dies führe zu einer schätzungsweise um 30 % verminderten Leistungsfähigkeit. Die Arbeitsfähigkeit am bisherigen Arbeitsplatz könnte einerseits durch einen schrittweisen Abbau der momentan hoch dosierten Substitutionstherapie des MST bei Polytoxikomanie und andererseits durch physiotherapeutisch instruierte kraft- und konditionsfördernde Übungen verbessert werden. Was die Zumutbarkeit anderer Tätigkeiten anbelangt, verwies der Arzt auf das für die bisherige Tätigkeit Geltende (IV-Nr. 34).

Diesen Ausführungen legte Dr. med. D. \_\_\_ zwei Berichte vom 28. August und 22. November 2013 bei, worin er über ambulant erfolgte Besuche des Beschwerdeführers in der Rheumasprechstunde des Rehabilitations- und Rheumazentrums des [...]spitals [...] berichtete (IV-Nr. 34 f.).

5.3 In ihrem Bericht vom 6. März 2014 stellten die Ärzte der E. \_\_\_ folgende Diagnosen:  
mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit  
ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

Im Weiteren attestierten sie dem Beschwerdeführer für die zuletzt ausgeführte Tätigkeit als Kunststoffapparate-Monteur eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % von November 2013 bis auf weiteres und bezeichneten seinen Gesundheitszustand als stationär. Nach persönlicher Anamnese, Drogenanamnese, Angabe der Beschwerden und erhobenen Befunden kamen

die Fachärzte zu folgender Beurteilung: Die Behandlung im Rahmen des Substitutionsprogramms des Zentrums [...] beinhalte nebst der medikamentösen Behandlung regelmässige Laborkontrollen, stützende ärztlich-psychotherapeutische Gespräche, Gruppenaktivitäten, soziale Unterstützung sowie Betreuung durch die Pflegefachpersonen im Bezugspersonensystem. Auch wenn sich beim Beschwerdeführer im Rahmen dieser Behandlung grundsätzlich eine Stabilisierung eingestellt habe, müsse diese auf einem eher niedrigen Funktionsniveau gesehen werden. So verfüge er mindestens seit 2012, bedingt durch seine gesundheitlichen Beeinträchtigungen, nicht mehr über eine vollumfängliche Leistungsfähigkeit, die Voraussetzung für eine Arbeitstätigkeit von 100 % wäre. Diese Beeinträchtigungen seien voraussichtlich nicht mehr zu beheben, so dass von einer dauerhaften Einschränkung der Leistungsfähigkeit von 50 % ausgegangen werden müsse. Es erscheine als angezeigt, betreffend die körperlichen Erkrankungen eine Stellungnahme der zuständigen Fachärzte einzuholen. Die bisherige Tätigkeit sei ihm zwar im Rahmen von bis zu vier Stunden zuzumuten. Allerdings sei der Beschwerdeführer, insbesondere durch chronische Schmerzen in den Kniegelenken, aufgrund fortgeschrittener Arthrose dauerhaft eingeschränkt. Für genauere Auskünfte werde auf die spezialärztlichen somatischen Berichte verwiesen. Aufgrund der rezidivierenden depressiven Störung seien Ausdauer bzw. Durchhaltevermögen und Aufnahmefähigkeit sowie die Konzentration des Patienten mittelschwer beeinträchtigt. Das Arbeitstempo sei infolge dieser Beeinträchtigungen vermindert. Über die Art einer alternativen Tätigkeit ergäben sich aus psychiatrischer Sicht keine besonderen Vorgaben. Grundsätzlich sei trotz der körperlichen Einschränkungen eine handwerkliche Tätigkeit für den Beschwerdeführer besser geeignet als beispielsweise eine reine Bürotätigkeit. Aus psychiatrischer Sicht sei jedoch zu beachten, dass sich die bei der bisherigen Tätigkeit beschriebenen Beeinträchtigungen auch bei anderen Tätigkeiten leistungsmindernd auswirkten. Dass insgesamt mit einem dauerhaft verminderten Arbeitstempo zu rechnen sei, sollte bei der Auswahl einer Tätigkeit berücksichtigt werden, um das Risiko einer Überforderung möglichst gering zu halten. Eine (Verweis-)Tätigkeit von vier Stunden pro Tag (entsprechend 50 %) sei als zumutbar anzusehen; dabei bestünden aus psychiatrischer Sicht grundsätzlich keine Einschränkungen. Allerdings würden sich ein vermindertes Arbeitstempo sowie eine verringerte Konzentrationsfähigkeit auch in diesem zeitlichen Rahmen auswirken, so dass dies bei einer beruflichen Reintegration zu berücksichtigen sei. Nach einem entsprechenden Eingewöhnungsprozess könnten sich die Einschränkungen möglicherweise relativieren (IV-Nr. 35).

5.4 Im Gutachten vom 6. November 2014 gelangten die Ärzte der F.\_\_\_\_ aufgrund der zur Verfügung gestellten Unterlagen sowie ihrer Befragung und Untersuchung des Beschwerdeführers zu folgenden Diagnosen (IV-Nr. 45.1, S. 18 f.):

mit wesentlicher Einschränkung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit

- sekundäre Polytoxikomanie, seit 1981 (ICD-10 F19.22), bei
- Störung des Sozialverhaltens bei instabilen sozialen Bindungen mit oppositionellen Dimensionen (ICD-10 F91.8)
- aktueller Opiatsubstitution durch MST continus
- kontinuierlichem Gebrauch von Benzodiazepin, Alkohol und Nikotin
- Gonalgie beidseits mit Extensionsdefizit beider Kniegelenke, bei

- ausgeprägter muskulärer Dekonditionierung
- minimaler medialer Gonarthrose
- Status nach mehreren einschlägigen Unfällen (Fahrrad, Ski, Motorrad)

ohnwesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, aber mit Krankheitswert

- Adipositas ■simplex■ (187,5 cm/109 kg, Body Mass Index 31.0 kg/m<sup>2</sup>)
- chronisches rezidivierendes lumbovertebrales Schmerzsyndrom, bei
- ausgeprägter muskulärer Dekonditionierung
- leichten, altersentsprechenden degenerativen Veränderungen der Lumbalwirbelsäule
- Schlafapnoesyndrom, Erstdiagnose 2006, unbehandelt, bei
- Unverträglichkeit der Überdruckmaske
- chronische Hepatitis C, Erstdiagnose 2001■ unbehandelt
- chronisch obstruktive Pneumopathie, bei
- Nikotinabusus (ICD-10 F17.25; 15 Zigaretten pro Tag, 30 py)

Die Schlussbesprechung beruhe ■ so die Gutachter ■ auf einem vorgängig im Zirkulationsverfahren erarbeiteten Konsensfindungsprozess aller beteiligten Fachleute. Ihrer zusammenfassenden Beurteilung lässt sich u.a. entnehmen, dass im Labor trotz Mithilfe des Versicherten wegen «aufgebrauchten» Venen keine Blutentnahme habe erfolgen können. Im Urin hätten sich deutlich positive Werte für Opiate, Benzodiazepine und Aethyl gefunden. Konventionell-radiologisch habe man an beiden Knien eine deutliche Gelenkspaltverschmälerung medial mit minimalen osteophytären Anbauten daselbst sowie eine beginnende Femoropatellararthrose und an der Lumbalwirbelsäule geringe degenerative Veränderungen mit diskreten Spondylophyten und leichter Fazettengelenksarthrose zwischen dem 3. Lenden- und 1. Sakralwirbel mit dortigem Morbus Baastrup gefunden (IV-Nr. 45.1, S. 18). Zusammengefasst zeige sich ■ so der rheumatologische Gutachter ■ heute ein recht ausgeprägtes, nur teilweise reversibles Extensionsdefizit an beiden Kniegelenken, das bei der rheumatologischen Voruntersuchung im August 2013 noch nicht vorhanden gewesen sei; es müsse davon ausgegangen werden, dass dieses funktionell und reaktiv im Rahmen der ausgeprägten Schonung und der muskulären Dekonditionierung entstanden sei. In der aktuellen Untersuchung sei das Knie teilweise «aufdehnbar» gewesen, was aber erwartungsgemäss zu Schmerzen geführt habe. Hinweise für eine relevante andere somatische Schädigung bestünden nicht (IV-Nr. 45.5, S. 6). Der Berichterstattung des psychiatrischen Gutachters zur relevanten Frage der primären oder sekundären Sucht lässt sich entnehmen, dass die exakten Befunde in der Kindheit und Jugend nicht bekannt seien. Es lägen aber viele indirekte Hinweise auf eine Störung bereits im Kindes- und Jugendalters vor, weshalb von einer sekundären Sucht auszugehen sei (IV-Nr. 45.4, S. 5). Im Weiteren führten die Medas-Ärzte aus, dass die aktuelle Arbeitsfähigkeit für die zuletzt ausgeübten Tätigkeiten als (Gelegenheits-)Maler/Mitarbeiter in der Montageabteilung der [...] in [...] (grob, da keine Arbeitsplatzprofile verfügbar) auf 0 % der Norm zu schätzen sei, und dies hauptsächlich aus rheumatologischen, weniger aus psychiatrischen Gründen; dies gelte gleichermassen auch für alle körperlich schweren und mittelschweren Arbeiten, solche mit Sicherungs- und Haltefunktionen sowie für das Begehen von Leitern und Gerüsten. Demgegenüber betrage die Arbeitsfähigkeit für

körperlich leichte Verweistätigkeiten in Wechsellage, jedoch mindestens zur Hälfte sitzend, 50 % der Norm, wobei jetzt ausschliesslich die psychiatrischen Gegebenheiten limitierend wirkten. Den mutmasslichen Beginn der reduzierten Arbeitsfähigkeit bezeichneten die Gutachter mit November 2013, und zwar in Übereinstimmung mit der Einschätzung der E.\_\_\_\_ vom 6. März 2014 (IV-Nr. 45.1, S. 18 ff.).

5.5 In seiner Stellungnahme vom 29. Januar 2015 qualifizierte der RAD-Arzt Dr. med. B.\_\_\_\_ das Medas-Gutachten als schlüssig und nachvollziehbar. Während die Arbeitsfähigkeit in der erlernten Tätigkeit des Beschwerdeführers als Kunststoffapparatebauer seit Januar 2013 0 % betrage, liege diese in einer Verweistätigkeit (ohne Sicherungs- und Haltefunktionen, ohne Begehen von Leitern und Gerüsten, in Wechsellage, mindestens die Hälfte sitzend) seit Januar 2013 bei 50 %. Schliesslich führte er an, dass die Sucht sekundären Charakter habe (IV-Nr. 49, S. 2 f.).

## **E. 6**

6.1 Nunmehr zu prüfen ist, ob sich die psychische Störung und der beim Beschwerdeführer vorliegende Substanzmissbrauch gegenseitig bedingen.

### **E. 6.2**

6.2.1 Nach der Rechtsprechung führt Drogensucht als solche nicht zu einer Invalidität im Sinne des Gesetzes. Dagegen wird sie im Rahmen der Invalidenversicherung relevant, wenn sie eine Krankheit oder einen Unfall bewirkt hat, in deren Folge ein körperlicher oder geistiger, die Erwerbsfähigkeit beeinträchtigender Gesundheitsschaden eingetreten ist, oder wenn sie selber Folge eines körperlichen oder geistigen Gesundheitsschadens ist, dem Krankheitswert zukommt (BGE 99 V 28; AHI 2002 S. 28, I 454/99). Aus letzterem Leitsatz folgt nicht, dass die Auswirkungen einer Drogensucht, die ihrerseits auf einen Gesundheitsschaden zurückgeht, per se invaliditätsbegründend sind. Die zitierte Praxis setzt vielmehr den Grundsatz um, dass funktionelle Einschränkungen nur anspruchsbegründend sein können, wenn sie sich als Folgen selbstständiger Gesundheitsschädigungen darstellen (Art. 6 ff. ATSG und Art. 4 Abs. 1 IVG). Insofern verhält es sich ähnlich wie im Verhältnis zwischen psychosozialen oder soziokulturellen Umständen und fachärztlich festgestellten psychischen Störungen von Krankheitswert (BGE 127 V 294 E. 5a S. 299): Wo der Gutachter im Wesentlichen nur Befunde erhebt, die in der Drogensucht ihre hinreichende Erklärung finden, gleichsam in dieser aufgehen, ist kein invalidisierender psychischer Gesundheitsschaden gegeben; dies trifft zu, wenn davon auszugehen ist, dass sich beispielsweise ein depressives Zustandsbild bei einer (angenommenen) positiven Veränderung der suchtbedingten psychosozialen Problematik wesentlich bessern (und die damit verbundene Beeinträchtigung des Leistungsvermögens sich entsprechend verringern) würde (Urteil I 955/05 vom 6. November 2006 E. 3.3.2).

6.2.2 Angesichts der insoweit finalen Natur der Invalidenversicherung (BGE 120 V 95 E. 4c S. 103; Ulrich Meyer, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 2. Aufl. 2010, S. 27 ff.) ist nicht entscheidend, ob die Drogensucht Folge eines körperlichen oder geistigen Gesundheitsschadens ist, oder ob die Sucht ausserhalb eines Kausalzusammenhangs mit dem versicherten Gesundheitsschaden steht. In beiden Konstellationen sind reine Suchtfolgen IV-rechtlich irrelevant, soweit sie als solche allein leistungsmindernd wirken. Hingegen sind sie gleichermassen IV-rechtlich relevant, soweit sie in einem engen Zusammenhang mit einem eigenständigen Gesundheitsschaden stehen; dies kann der Fall sein, wenn die Drogensucht ■ einem Symptom gleich ■ Teil eines Gesundheitsschadens

bildet (BGE 99 V 28 E. 3b), und zwar unter der Voraussetzung, dass nicht allein die unmittelbaren Folgen des Rauschmittelkonsums, sondern wesentlich auch der psychiatrische Befund selber zu Arbeitsunfähigkeit führt (Urteil I 74/91 vom 6. Dezember 1991 E. 4d, in: ZAK 1992 S. 169; vgl. auch Urteil I 390/01 vom 19. Juni 2002 E. 2b). Sodann können selbst reine Suchtfolgen invalidisierend sein, wenn daneben ein psychischer Gesundheitsschaden besteht, der die Betäubungsmittelabhängigkeit aufrecht erhält oder deren Folgen massgeblich verstärkt (erwähntes Urteil I 74/91 E. 4d in fine). Umgekehrt können die Auswirkungen der Sucht (unabhängig von ihrer Genese) wie andere psychosoziale Faktoren auch mittelbar zur Invalidität beitragen, wenn und soweit sie den Wirkungsgrad der Folgen eines Gesundheitsschadens beeinflussen (vgl. SVR 2012 IV Nr. 32 S. 127, 9C\_776/2010 E. 2.3.3 mit Hinweisen; z.G.: Urteil des Bundesgerichts 9C\_856/2012 vom 19. August 2013 E. 2).

## **E. 7**

7.1 Die Beschwerdegegnerin hat beim Erlass des angefochtenen Entscheids dem Medas-Gutachten vom 6. November 2014 (IV-Nr. 45.1) vollen Beweiswert zugemessen. Dieses Gutachten wird den rechtsprechungsgemässen Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Stellungnahme grundsätzlich gerecht, wonach der Bericht für die streitigen Belange umfassend zu sein, auf allseitigen Untersuchungen zu beruhen sowie die geklagten Beschwerden zu berücksichtigen hat. Ferner ist der Bericht in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abzugeben und hat in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einzuleuchten. Schliesslich müssen die Schlussfolgerungen begründet sein (vgl. 125 V 352 E. 3a; AHI 2001 S. 113 f. E. 3a; RKUV 2003 U 487 S. 345 E. 5.1).

### **E. 7.2**

7.2.1 Der Beschwerdeführer hält diese Begutachtung in dem Sinn für mangelhaft, dass ■ soweit ersichtlich ■ darin eine Auseinandersetzung mit der Aktenlage, insbesondere mit der von den E.\_\_\_\_ diagnostizierten Depression, fehle. Die Dokumentation erscheine insofern ungenügend, dass Arztberichte fehlten, die älter seien als aus dem Jahr 2013. So leide der Beschwerdeführer nämlich seit 1984 unter Depressionen, seit 2006 an einem Schlafapnoe-Syndrom und seit 2011 an einer Gonarthrose (A.S. 9).

7.2.2 Was die Gonarthrose anbelangt, haben die Gutachter diese als Diagnose mit wesentlicher Einschränkung der Arbeitsfähigkeit angeführt, zumindest was schwere und mittelschwere sowie Arbeiten anbelangt, die mit Sicherungs- und Haltefunktionen sowie Begehen von Leitern und Gerüsten verbunden sind (IV-Nr. 45.1, S. 18). Auch das Schlafapnoe-Syndrom hat bei ihren Diagnosen Beachtung gefunden, wenn auch ohne wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, doch immerhin mit Krankheitswert (IV-Nr. 45.1, S. 19). Ferner findet sich bei den durch die Gutachter angeführten Nebenfunden bereits im Jahr 1984 ein Hinweis auf eine reaktive Depression (IV-Nr. 45.1, S. 19). Den Bericht der E.\_\_\_\_ vom 6. März 2014, worin eine seit zirka 1984 rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode, diagnostiziert worden ist, haben die Gutachter in ihrem Bericht in voller Länge angeführt (IV-Nr. 45.1, S. 5 ff.). Der psychiatrische Gutachter der Medas, Dr. med. H.\_\_\_\_, hat sich mit diesem Bericht zwar nicht ausdrücklich auseinandergesetzt. Allerdings hat er in seinem Gutachten überzeugend ausgeführt, dass sich in der Untersuchung keine Hinweise auf einen psychopathologischen Befund ergeben habe: Ausgeglichene Verfassung, schwingungsfähig, keine Hinweise auf

Zwänge, Störungen des Realitätsbezugs (vgl. IV-Nr. 45.4, S. 4 oben). Die Ärzte der E.\_\_\_\_ haben bei der diagnostizierten depressiven Störung offensichtlich auf die Angaben des Beschwerdeführers abgestellt. So wird im Bericht vom 6. März 2014 unter «Angеgebene Beschwerden» angeführt, dass sich die Überforderung zunehmend in Form von depressiven Symptomen wie sozialem Rückzug, Schlafstörungen, vermindertem Antrieb und erhöhter Reizbarkeit zeige. Auch psychisch könne bei ihm, insbesondere durch die depressive Störung, eine Labilität festgestellt werden, die auch unabhängig von körperlichen Beschwerden als gesundheitlich beeinträchtigend angesehen werden müsse (IV-Nr. 35, S. 3). Eine fachärztliche Begründung und Auseinandersetzung, weshalb von einer depressiven Störung auszugehen sei, findet sich jedoch, insbesondere auch in Beachtung der erhobenen Befunde (IV-Nr. 35, S. 4), nicht. Folglich kann diesem Bericht kein relevanter Beweiswert beigemessen werden.

Im Übrigen ist eine Beurteilung, die sich vornehmlich auf die subjektiven Angaben des Versicherten stützt, nicht aussagekräftig (Urteile des Bundesgerichts 9C\_305/2009 vom 26. Juni 2009 E. 3.2.1 und 9C\_391/2010 vom 19. Juli 2010 E. 3.2.2). Dazu kommt, dass sie sich die ■ hier den Beschwerdeführer seit 2007 (IV-Nr. 35, S. 2) ■ behandelnden Ärztinnen und Ärzte denn auch in erster Linie auf die Behandlung zu konzentrieren haben. Ihre Berichte verfolgen deshalb nicht den Zweck einer den abschliessenden Entscheid über die Versicherungsansprüche erlaubenden objektiven Beurteilung des Gesundheitszustands und erfüllen deshalb kaum je die materiellen Anforderungen an ein Gutachten. Zudem spricht die Gerichtspraxis von einer Erfahrungstatsache, wonach Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.5 S. 470); dies gilt für den allgemein praktizierenden Hausarzt wie auch hier für die behandelnden Spezialärzte (Urteil des Bundesgerichts 9C\_559/2012 vom 27. November 2012 E. 1.4 mit Hinweis).

Immerhin deckt sich die Einschätzung der Ärzte der E.\_\_\_\_ über die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in der bisherigen Tätigkeit wie auch in einer Verweistätigkeit (IV-Nr. 35, S. 1, 5 und 6) mit jener des psychiatrischen Gutachters Dr. med. H.\_\_\_\_ (IV-Nr. 45.4, S. 5); beide gehen von einer 50%igen Arbeitsfähigkeit aus, wenn auch aus andern Gründen. Schliesslich liegt eine Stellungnahme des RAD-Arztes vor, der das Medas-Gutachten als schlüssig und nachvollziehbar bezeichnet hat (IV-Nr. 49, S. 2). Vor diesem Hintergrund, insbesondere in Beachtung der Grundlagen und Erkenntnisse der Medas-Gutachter, bleibt für den Vorhalt des Beschwerdeführers, es fehlten Arztberichte, die älter seien als im 2013 erstellt (A.S. 9), kein Raum. Daran vermögen auch die mit der Beschwerde eingereichten Berichte (Beschwerdebeilagen [BB-]Nr. 1 ff.) nichts zu ändern, handelt es sich dabei einerseits um bereits bekannte Tatsachen (BB-Nr. 1) und andererseits um im vorliegenden Fall nicht relevante Erkenntnisse sowie nicht beweistaugliche Berichte (BB-Nr. 2 ■ 4). Schliesslich ist auf den nach Erlass des angefochtenen Entscheids erstellten Bericht der J.\_\_\_\_ vom 12. Februar 2016 nicht weiter einzugehen, zumal die darin vorgenommene Einschätzung der theoretischen Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers nicht von einer ärztlichen Fachperson vorgenommen worden ist (BB-Nr. 9).

### **E. 7.3**

7.3.1 Somit wird das Medas-Gutachten vom 6. November 2014 den von der Rechtsprechung entwickelten Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Stellungnahme (E. II 4.2 hiervor) gerecht: Es beruht auf Untersuchungen in den vorliegend relevanten Disziplinen Allgemeine Innere Medizin, Rheumatologie und Psychiatrie. Die

gründlichen und umfassenden Abklärungen unter Einbezug der Vorakten (vgl. IV-Nr. 45.1, S. 1 ff.) haben zu einem klaren und überzeugend begründeten Ergebnis geführt. Das Gutachten genießt folglich vollen Beweiswert.

7.3.2 Dr. med. H. \_\_\_ hat im Rahmen seiner Beurteilung erwähnt, die exakten Befunde in der Kindheit und Jugend des Beschwerdeführers nicht zu kennen. Es bestünden aber viele indirekte Hinweise auf eine Störung bereits im Kindes- und Jugendalter, weshalb von einer sekundären Sucht ausgegangen werden dürfe (IV-Nr. 45.4, S. 5). Er hat ■ wie bereits angeführt ■ neben der Polytoxikomanie keine psychiatrische Diagnose gestellt, die Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers hat. Somit hat die Drogensucht nicht zu einem psychischen Gesundheitsschaden geführt. Allerdings stellt sich die Frage, ob hierfür ein körperlicher oder geistiger Gesundheitsschaden mit Krankheitswert Ursache gebildet hat. Der psychiatrischen Beurteilung von Dr. med. H. \_\_\_ vom 22. September 2014 lässt sich entnehmen, dass ■ invaliditätsrechtlich irrelevante ■ soziale Probleme, die die Jugend des Beschwerdeführers offensichtlich geprägt haben, im Vordergrund stehen. Zwar ist im Gutachten die Rede davon, dass die ganze Konstellation, wie schwierige familiäre Verhältnisse, Beeinträchtigung in der Entwicklung etc., «wohl zur Diagnose einer Störung aus dem kinder- und jugendpsychiatrischen Repertoire» berechtigen würde (IV-Nr. 45.4, S. 4); darauf ist der psychiatrische Gutachter jedoch nicht weiter eingegangen. Offenbar sind die eigentlichen Probleme erst mit dem Drogenkonsum entstanden. So hat der Beschwerdeführer gegenüber dem Gutachter angegeben, neun Jahre die Schule besucht und trotz Drogenkonsums eine Lehre absolviert zu haben (IV-Nr. 45.4, S. 1 f.). Es bestehen somit, abgesehen von den sozialen Problemen, keine Hinweise auf einen Gesundheitsschaden, der zur Drogensucht geführt hätte. Mit dieser Schlussfolgerung weicht das Gericht von der Beurteilung des psychiatrischen Fachgutachters ab, indem hier nicht von einer sekundären, sondern von einer primären Sucht ausgegangen wird. Folglich ist festzuhalten, dass im vorliegenden Fall die reinen Suchtfolgen alleine keine Invalidität zur Folge haben.

Demgegenüber führten die bleibenden Folgen des Substanzgebrauchs gemäss fachärztlicher Beurteilung zu einer Einbusse der Arbeitsfähigkeit in der bisher ausgeübten als auch in einer den Leiden adaptierten Tätigkeit von höchstens 50 %, was mit suchtspezifischen Problemen zu begründen sei (IV-Nr. 45.4, S. 5). Allerdings bedeutet die grundsätzliche Beweiskraft des Medas-Gutachtens nicht zwingend, dass auch auf die durch den psychiatrischen Facharzt ermittelte Arbeitsunfähigkeit von 50 %, insbesondere auch für leidensadaptierte Tätigkeiten, abgestellt werden kann. So darf sich die Verwaltung ■ und im Streitfall das Gericht ■ im Rahmen der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c ATSG) weder über die (den beweisrechtlichen Anforderungen genügenden) medizinischen Tatsachenfeststellungen hinwegsetzen noch sich die ärztlichen Einschätzungen und Schlussfolgerungen zur (Rest-) Arbeitsfähigkeit unbeschleunigt ihrer konkreten sozialversicherungsrechtlichen Relevanz und Tragweite zu eigen machen. Die rechtsanwendenden Behörden haben diesfalls mit besonderer Sorgfalt zu prüfen, ob die ärztliche Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit auch invaliditätsfremde Gesichtspunkte (insbesondere psychosoziale und soziokulturelle Belastungsfaktoren) mitberücksichtigt, die vom sozialversicherungsrechtlichen Standpunkt aus unbeachtlich sind. Wo ■ wie hier ■ psychosoziale Einflüsse das Bild prägen, ist bei der Annahme einer rentenbegründenden Invalidität Zurückhaltung geboten (Urteile des Bundesgerichts 8C\_842/2013 vom 11. März 2014 E. 4.3.2, mit Hinweisen u.a. auf BGE 127 V 294 E. 5a S. 299 sowie das Urteil

8C\_162/2013 vom 17. Juli 2013 E. 3.2.2; 8C\_416/2014 vom 14. August 2014 E. 5.2.5). Wo ■ wie im vorliegenden Fall ■ der psychiatrische Gutachter Befunde erhoben hat (vgl. IV-Nr. 45.1, S. 18), die in der Drogensucht ihre hinreichende Erklärung finden, mithin in dieser aufgehen, liegt kein invalidisierender Gesundheitsschaden vor; es kann hierfür auf die vorstehende höchstrichterliche Rechtsprechung verwiesen werden (vgl. II E. 6.2 hiervor). In rheumatologischer Hinsicht haben die Medas-Gutachter für leidensadaptierte Tätigkeiten eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit attestiert (IV-Nr. 45.1, S. 18). Der Beschwerdeführer hat denn auch am 11. September 2014 zumindest gegenüber dem rheumatologischen Gutachter angegeben, «er würde schon gerne wieder arbeiten» (IV-Nr. 45.5, S. 2). Er selbst spricht, was die Suchterkrankung anbelangt, von invaliditätsfremden Gründen (A.S. 9).

7.3.3 Zusammenfassend fehlt es im vorliegend zu beurteilenden Zeitpunkt an einem invalidisierenden Gesundheitsschaden. Für die Anspruchsbeurteilung ist daher ■ in Abweichung zur Einschätzung der Medas-Gutachter sowie des RAD-Arztes ■ von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit für leidensadaptierte Tätigkeiten auszugehen.

7.3.4 Insofern der Beschwerdeführer den Bezug weiterer ärztlicher Berichte (A.S. 9) bzw. sinngemäss zusätzliche medizinische Abklärungen verlangt, wozu allenfalls auch ein Gerichtsgutachten zählt, bleibt auf Folgendes hinzuweisen: Sowohl im Verwaltungsverfahren wie auch im kantonalen Sozialversicherungsprozess gilt der Untersuchungsgrundsatz (Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben Verwaltung und Sozialversicherungsgericht den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht. Der Untersuchungsgrundsatz weist enge Bezüge zum ■ auf Verwaltungs- und Gerichtsstufe geltenden ■ Grundsatz der freien Beweiswürdigung auf. Führen die im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen den Versicherungsträger oder das Gericht bei umfassender, sorgfältiger, objektiver und inhaltsbezogener Beweiswürdigung (BGE 132 V 393 E. 4.1 S. 400) zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich (BGE 126 V 353 E. 5b S. 360; 125 V 193 E. 2 S. 195, je mit Hinweisen) zu betrachten, und es könnten ■ wie im vorliegenden Fall ■ weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, so liegt im Verzicht auf die Abnahme weiterer Beweise keine Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 134 I 140 E. 5.3 S. 148; 124 V 90 E. 4b S. 94). Bleiben jedoch erhebliche Zweifel an Vollständigkeit und/oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellung bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteile des Bundesgerichts 8C\_909/2010 vom 1. März 2011 E. 4.1; 8C\_1021/2009 vom 3. November 2010 E. 4.2; 8C\_101/2010 vom 3. Mai 2010 E. 4.1; und 9C\_167/2009 vom 28. Mai 2009 E. 3.1); davon ist hier nicht auszugehen. Das Medas-Gutachten vom 6. November 2014 (IV-Nr. 45.1) bildet eine hinreichende Grundlage für die Anspruchsbeurteilung.

## E. 8

8.1 Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist nach der Rechtsprechung entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdienen würde, und nicht, was sie bestenfalls verdienen könnte. Dabei wird in der Regel

am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da erfahrungsgemäss die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre. Ausnahmen müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (BGE 135 V 58 E. 3.1 S. 59; 134 V 322 E. 4.1 S. 325 f. mit Hinweisen).

8.2 Im angefochtenen Entscheid hat die Beschwerdegegnerin auf ein Einkommen von CHF 46'926.00 abgestellt, das dem Durchschnitt der Jahre 2009 ■ 2011 entspricht und auf den Angaben der damaligen Arbeitgeberin sowie auf dem Auszug aus dem individuellen Konto basiert (IV-Nr. 57, S. 2). Demgegenüber hat der Beschwerdeführer im Wesentlichen geltend gemacht, dass das in den Jahren 2010 ■ 2012 erzielte Einkommen kein eigentliches Valideneinkommen darstelle. Das von ihm in den Jahren 2010 ■ 2012 als Kunststoffapparatebauer erzielte Einkommen von CHF 46'926.00 liege deutlich unter dem Tabellenlohn. Der Grenzwert für die Vornahme einer Parallelisierung der Vergleichseinkommen ab einer Differenz von 5 % zum Tabellenlohn gemäss BGE 135 V 297 werde hier klar überschritten. Wenn der unterdurchschnittliche Lohn ■ entgegen seiner Ansicht ■ nicht auf zu berücksichtigende gesundheitliche, sondern auf invaliditätsfremde Gründe zurückzuführen sei, ergebe sich aufgrund des Parallelisierungsabzugs von 5 % ein einzusetzendes Valideneinkommen von CHF 73'655.80 (A.S. 8 ff.). Ohne auf die letztendlich massgebende Höhe des Valideneinkommens und die diesbezüglichen Vorbringen des Beschwerdeführers weiter einzugehen, führt ■ was aus den nachstehenden Erwägungen hervorgeht ■ selbst die Annahme eines Valideneinkommens von (rund) CHF 73'655.00 zu keinem rentenbegründenden Invaliditätsgrad.

8.3 Beim Invalideneinkommen hat die Beschwerdegegnerin zu Recht auf Tabellenlöhne abgestellt (IV-Nr. 57, S. 2), was der Beschwerdeführer grundsätzlich anerkennt (A.S. 10). Im vorliegenden Fall ist von der (durch das Bundesamt für Statistik [BFS] publizierten) Lohnstrukturerhebung (LSE) 2012 bzw. vom Tabellenlohn (nach TA1, Total, Niveau 1, Männer, S. 35) von monatlich CHF 5■210.00 auszugehen. Aufgerechnet auf 41,7 Wochenstunden und in Berücksichtigung der Teuerung von 2012 ■ 2013 ergibt sich ■ so lässt sich den Berechnungen der Beschwerdegegnerin entnehmen (IV-Nr. 57, S. 2) ■ ein Invalideneinkommen von (rund) CHF 65■689.00 pro Jahr.

#### **E. 8.4**

8.4.1 Zu prüfen bleibt indes der durch die Beschwerdegegnerin vorgenommene Abzug vom Tabellenlohn von 10 %, den der Beschwerdeführer als knapp angemessen bezeichnet hat. Wenn die durch den Gutachter definierten Einschränkungen bzw. Anforderungen an eine angepasste Tätigkeit berücksichtigt würden, müsste seiner Ansicht nach der leidensbedingte Abzug sogar 20 % betragen (A.S. 10 f.). Demgegenüber lässt sich der angefochtenen Verfügung entnehmen, der grosszügige Abzug von 10 % sei hauptsächlich deshalb gewährt worden, weil dem Beschwerdeführer lediglich eine Teilzeiterwerbstätigkeit zuzumuten sei. Männer mit einem Beschäftigungsgrad von 51 ■ 89 % würden ■ so die Beschwerdegegnerin ■ in Tätigkeiten im Anforderungsniveau 1 im Vergleich zu Männern, die ein Vollzeitpensum ausübten, überproportional tiefer entlohnt (IV-Nr. 57, S. 3).

8.4.2 Wird das Invalideneinkommen ■ wie hier ■ auf der Grundlage der LSE des BFS ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert allenfalls zu kürzen. Ohne für jedes zur Anwendung gelangende Merkmal (leidensbedingte Einschränkung, Alter, Dienstjahre,

Nationalität/Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad) separat quantifizierte Abzüge vorzunehmen, ist der Einfluss aller Merkmale auf das Invalideneinkommen unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen. Der Abzug darf 25 % nicht übersteigen. Ein Abzug soll aber nicht automatisch, sondern nur dann erfolgen, wenn im Einzelfall Anhaltspunkte dafür bestehen, dass die versicherte Person wegen eines oder mehrerer dieser Merkmale ihre gesundheitlich bedingte (Rest-) Arbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem Einkommen verwerten kann (BGE 135 V 297 E. 5.2 S. 301, 134 V 322 E. 5.2 S. 327, 126 V 75 E. 5b/bb S. 80; Urteil des Bundesgerichts 8C\_546/2011 vom 14. November 2011 E. 4.1). Die erstinstanzlichen Versicherungsgerichte haben die Angemessenheit des von der Verwaltung gewährten Tabellenlohnabzuges zu prüfen, wobei sie allerdings ihr Ermessen nicht ohne triftigen Grund an die Stelle desjenigen der Verwaltung setzen dürfen (BGE 137 V 71 E. 5.2).

8.4.3 Nachdem im vorliegenden Fall von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit im Rahmen einer leidensadaptierten Tätigkeit auszugehen ist, bleibt praxisgemäss kein Raum für einen wegen Teilzeit begründeten Abzug. Doch selbst in Berücksichtigung eines maximalen Abzugs vom Tabellenlohn von 25 % resultierte ein Invaliditätsgrad von (abgerundet) 33 % ( $65'689 \times 0,75 = 49'266$ ;  $73'655 \div 49'266 = 24'389 : 736,55 = 33,11$ ), der keinen Rentenanspruch begründet.

## **E. 9**

9.1 Die Medas-Gutachter befürworten das Weiterführen der ambulanten Psychotherapie (IV-Nr. 45.1, S. 2). Zudem sei es mit einer intensiven Physiotherapie grösstwahrscheinlich möglich, eine normale Kniegelenksbeweglichkeit zu erreichen (IV-Nr. 45.5, S. 7). Ferner haben sie es bei Motivation des Beschwerdeführers als zumutbar erachtet, dass sich dieser schrittweise in den Arbeitsprozess im Rahmen einer leidensadaptierten Tätigkeit wiedereingliedert, was ihm im Rahmen der Selbsteingliederung denn auch zuzumuten ist. Nach der Rechtsprechung gilt im Gebiet der Invalidenversicherung ganz allgemein der Grundsatz, dass die versicherte Person, bevor sie Leistungen verlangt, alles ihr Zumutbare selber vorzukehren hat, um die Folgen ihrer Invalidität bestmöglich zu mildern. Es ist primär Sache des Einzelnen, sich um eine angemessene Eingliederung zu bemühen. Kann eine versicherte Person ihre erwerbliche Beeinträchtigung in zumutbarer Weise selber beheben, so besteht gar keine Invalidität, womit es an der unabdingbaren Anspruchsvoraussetzung für jegliche Leistungen der Invalidenversicherung ■ auch für Eingliederungsmassnahmen ■ fehlt. Die Selbsteingliederung als Ausdruck der allgemeinen Schadenminderungspflicht geht nicht nur dem Renten-, sondern auch dem gesetzlichen Eingliederungsanspruch vor (BGE 113 V 28 E. 4a; AHI 2001 S. 282 E. 5a aa; RKUV 1987 U 26 S. 391). Seit 1. Januar 2008 ist die Schadenminderungspflicht in der IV auch ausdrücklich im Gesetz verankert. Art. 7 Abs. 1 IVG schreibt vor, dass die versicherte Person alles ihr Zumutbare unternehmen muss, um die Dauer und das Ausmass der Arbeitsunfähigkeit (Art. 6 ATSG) zu verringern und den Eintritt der Invalidität (Art. 8 ATSG) zu verhindern (vgl. Botschaft des Bundesrates, BBl 2005, S. 4559).

## **E. 9.2**

9.2.1 Im angefochtenen Entscheid hat es die Beschwerdegegnerin gestützt auf den Abschlussbericht des zuständigen Eingliederungsfachmanns abgelehnt, weitere berufliche Massnahmen durchzuführen (IV-Nr. 27, 57). Die Bemerkungen der Medas-Gutachter zu

diesem Thema können den vorstehenden Ausführungen (E. II 8.1 hiervor) entnommen werden. Es ist nicht zu beanstanden, wenn die Beschwerdegegnerin den Anspruch auf weitere berufliche Massnahmen, zumindest im rechtsrelevanten Zeitpunkt, verneint hat.

9.2.2 In Betracht fällt im vorliegenden Fall zurzeit einzig ein Anspruch auf Arbeitsvermittlung, kann doch nicht ausgeschlossen werden, dass die Stellensuche für den Beschwerdeführer nicht nur aus persönlichen, sondern auch aus gesundheitlichen Gründen erschwert ist. Der Beschwerdeführer ist objektiv eingliederungsfähig, sieht sich jedoch ausserstande, einer Arbeit nachzugehen (IV-Nr. 61). Ihm ist es unbenommen, sich bei der Beschwerdegegnerin für eine Arbeitsvermittlung anzumelden, sobald er sich subjektiv eingliederungsfähig fühlt.

10. Zusammenfassend ist festzustellen, dass es dem Beschwerdeführer in medizinisch-theoretischer Hinsicht möglich ist, im Rahmen einer ganztägigen angepassten Arbeitstätigkeit ein rentenausschliessendes Einkommen zu erzielen. Medizinische oder berufliche Massnahmen stehen keine an. Die Beschwerde erweist sich somit als unbegründet, weshalb sie abzuweisen ist.

## **E. 11**

11.1 Bei diesem Ausgang des Verfahrens besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung.

11.2 Indes steht der Beschwerdeführer ab Prozessbeginn im Genuss der unentgeltlichen Rechtspflege (A.S. 24). 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).

10.3 Die Vertreterin des Beschwerdeführers hat am 30. Mai 2016 eine Kostennote eingereicht, worin sie bei einem Stundenansatz von CHF 230.00 einen Kostenersatz ■ inklusive Barauslagen ■ von insgesamt CHF 4■547.00 geltend macht. Allerdings enthält der geltend gemachte Aufwand von 17,24 Stunden auch Kanzleiarbeit, die im Stundenansatz eines Anwalts inbegriffen und daher nicht separat zu entschädigen ist. Bei nicht eindeutig bezeichneten Positionen (wie «Schreiben an Klient», «Besprechung mit Klient» etc.) geht das Gericht praxisgemäss von Orientierungskopien oder sonstigem Kanzleiaufwand aus. Vorliegend entfallen auf Positionen, die als Kanzleiaufwand oder prozessfremder Aufwand (z.B. Bemühungen für im Verfahren nicht involvierte Personen [Soziale Dienste, Einwohnergemeinde, Vebo, Hausarzt, Arbeitgeber etc.]) zu qualifizieren sind, insgesamt etwas mehr als acht Stunden. Als Aufwand zu berücksichtigen sind hingegen insbesondere die Positionen «Eingang und Studium Kurzbrief ...» vom 5. Januar 2016, «Aktenstudium » vom

## **E. 13**

Januar 2016, «Akten- und Rechtsstudium » vom 14. Januar 2016, «Überarbeitung und Versand » vom 18. Januar 2016, «Eingang und Studium » vom 22. Januar 2016, «Eingang und Studium » vom 27. Januar 2016, «Eingang und Studium » vom 18. Februar 2016, «Eingang und Studium » vom 19. Februar 2016, «Eingang und Studium » vom 25. Februar 2016, «Eingang und Studium Unterlagen » vom 2. März 2016, «Schreiben an Versicherungsgericht» vom 11. März 2016, «Eingang und Studium » vom 16. März 2016, «Anpassung » vom 21. März 2016, «Finalisieren und Versand » vom 23. März 2016,

«Eingang und Studium » vom 31. März 2016, «Eingang und Studium ...» vom 7. April 2016, «Eingang und Studium » vom 29. April 2016, «Eingang und Studium » vom 24. Mai 2016 sowie «Entwurf und Überarbeitung , Fallabschluss » vom 30. Mai 2016 im Ausmass von insgesamt rund neun Stunden (vgl. A.S. 46 f.). In Beachtung des Wechsels des unentgeltlichen Rechtsbeistands per 25. März 2016 (A.S. 26) ist ermessensweise ein Zeitaufwand von zehn Stunden zu entschädigen, und zwar zum Stundenansatz als unentgeltlicher Rechtsbeistand nach § 158 Abs. 3 Gebührentarif (GT) bzw. zu CHF 180.00. Die geltend gemachten Auslagen von insgesamt CHF 245.00 sind in Anwendung von § 158 Abs. 5 GT zu kürzen bzw. auf CHF 148.50 festzulegen.

Folglich ist die Kostenforderung der beiden Rechtsbeistände ■ Rechtsanwalt Fabian Malovini bis 24. März 2016, Rechtsanwältin Hanna Marti Adji ab 25. März bis Ende Juni 2016 (A.S. 26) ■ auf insgesamt CHF 2■104.00 festzusetzen (10 Stunden zu CHF 180.00, zzgl. Auslagen CHF 148.50 und MwSt); davon entfallen auf Rechtsanwalt Fabian Malovini [...], ein Betrag von CHF 1'584.00 und auf Rechtsanwältin Hanna Marti Adji ein solcher von CHF 520.00, beide zahlbar durch die Zentrale Gerichtskasse des Kantons Solothurn. Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates sowie der Nachzahlungsanspruch der unentgeltlichen Rechtsbeistände (zum Stundenansatz von CHF 230.00) im Fall von Rechtsanwalt Fabian Malovini im Betrag von CHF 406.00 sowie im Fall von Rechtsanwältin Hanna Marti Adji im Betrag von CHF 134.00 während zehn Jahren, wenn A.\_\_\_\_ zur Nachzahlung in der Lage ist (§ 123 ZPO).

12. 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 die Verfahrenskosten 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 Rechtsbeistands, Rechtsanwalt Fabian Malovini, [...], wird auf CHF 1'584.00 (inkl. Auslagen und MwSt) festgesetzt, zahlbar durch die Zentrale Gerichtskasse des Kantons Solothurn. Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates sowie der Nachzahlungsanspruch des unentgeltlichen Rechtsbeistands (zehn Stunden zu CHF 230.00, zzgl. Auslagen und MwSt) im Umfang von CHF 406.00 während zehn Jahren, wenn A.\_\_\_\_ [...], zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

3. Die Kostenforderung der unentgeltlichen Rechtsbeiständin, Rechtsanwältin Hanna Marti Adji, [...], wird auf CHF 520.00 (inkl. Auslagen und MwSt) festgesetzt, zahlbar durch die Zentrale Gerichtskasse des Kantons Solothurn. Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates sowie der Nachzahlungsanspruch der unentgeltlichen Rechtsbeiständin (zehn Stunden zu CHF 230.00, zzgl. Auslagen und MwSt) im Umfang von CHF 134.00 während zehn Jahren, wenn A.\_\_\_\_ [...], zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

4. 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 des Staates während 10 Jahren, wenn 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

Die Vizepräsidentin

Der Gerichtsschreiber

Weber-Probst

Häfliger

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