

SO_GERICHTE VSBES.2016.173 vom 28. Mai 2018

SO Obergericht, 2018-05-28, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2016.173_d20180528

FR: SO_GERICHTE VSBES.2016.173 du 28 mai 2018

IT: SO_GERICHTE VSBES.2016.173 del 28 maggio 2018

Regeste

Invalidenrente und berufliche Massnahmen

Erwägungen

E. 1

1.1 Die IV-Stelle des Kantons Solothurn (fortan: Beschwerdegegnerin) sprach dem Versicherten A.____ (fortan: Beschwerdeführer), geb. 1955, mit Verfügung vom 7. August 2002 per 1. November 2001, ausgehend von einem Invaliditätsgrad von 100 %, eine ganze Invalidenrente zu (IV-St. Beleg / IV-Nr. 16). Diese wurde in der Folge in den Mitteilungen vom 16. September 2004 und 12. März 2009 bestätigt (IV-Nr. 21 / 30). 1.2 Die Beschwerdegegnerin hob die ganze Rente mit Verfügung vom 10. November 2011 auf, da sich der Gesundheitszustand verbessert habe und der Invaliditätsgrad nur noch 35 % betrage, und lehnte berufliche Massnahmen wegen fehlender Motivation ab (IV-Nr. 61). Die dagegen erhobene Beschwerde hiess das Versicherungsgericht des Kantons Solothurn (fortan: Versicherungsgericht) mit Urteil vom 30. Januar 2013 in dem Sinne gut, als es zwar den Wegfall der Invalidität bestätigte, die Beschwerdegegnerin aber anwies, zuerst berufliche Eingliederungsmassnahmen zu prüfen und sodann neu über die Rentenaufhebung zu verfügen (IV-Nr. 80). 1.3 Nach Durchführung eines Belastbarkeitstrainings (s. IV-Nr. 90) lehnte die Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 6. Januar 2015 weitere berufliche Eingliederungsmassnahmen ab und hob die Rente auf (IV-Nr. 109). Die dagegen erhobene Beschwerde hiess das Versicherungsgericht mit Urteil vom 9. September 2015 in dem Sinne gut, als es die Beschwerdegegnerin verpflichtete, vor der Aufhebung der Rente ein Mahn- und Bedenkzeitverfahren durchzuführen (IV-Nr. 117). 1.4 Die Beschwerdegegnerin richtete per 1. März 2015 die Rente des Beschwerdeführers wieder aus (IV-Nr. 120). Nachdem sich dieser am 19. November 2015 zur Mitwirkung bereit erklärt hatte (IV-Nr. 124), erfolgte erneut ein Belastbarkeitstraining bei der B.____ (s. IV-Nr. 143). Mit Verfügung vom 20. Mai 2016 lehnte die Beschwerdegegnerin weitere berufliche Eingliederungsmassnahmen ab, hob die Rente revisionsweise auf das Ende des der Zustellung der Verfügung folgenden Monats hin auf, da der Invaliditätsgrad nur noch 16 % betrage, und entzog einer dagegen gerichteten Beschwerde die aufschiebende Wirkung (Aktenseite / A.S. 1 ff.).

E. 2

a) Es seien die beruflichen Eingliederungsmassnahmen wiederaufzunehmen unter Weiterausrichtung der bisherigen Rentenleistungen sowie unter Einholung eines medizinischen Verlaufsgutachtens mit Einbezug mindestens der internistischen, psychiatrischen und orthopädischen Disziplinen. b) Eventualiter: Es sei ein interdisziplinäres Gerichtsgutachten unter Einschluss mindestens der internistischen, psychiatrischen und orthopädischen Disziplinen durchzuführen.

E. 3

3.1 Der Beschwerdeführer stammt aus der [...]. Dort absolvierte er auf der Militärakademie die Ausbildung zum Marinefunker und Offizier. Anschliessend war er während 15 Jahren als militärischer Funker auf dem Mittelmeer unterwegs. 1990 zog er in die Schweiz (A.S. 108 + 118) und arbeitete danach als Dreher im Walzwerk der G.____ AG. Ab

E. 3.5

3.5.1 Auf die Rückfrage des Gerichts hin gab der psychiatrische Experte Dr. med. F.____ am 5. Februar 2018 eine ergänzende Stellungnahme ab (A.S. 178 ff.). Darin führte er aus, eine Depression mit psychotischen Symptomen könne nach ICD-10 nur wie folgt codiert werden:

Psychotische Symptome hätten einen Einfluss auf Behandlung und Prognose. Aber auch wenn eine Depression wegen der dieser Symptome als schwer codiert werde, seien die Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit klinisch zu begründen (A.S. 178). Dies bedeute, dass sich an seiner Einschätzung der Arbeitsfähigkeit nichts ändere, selbst wenn man die psychotischen Symptome als zu wenig eindeutig oder zu wenig ausgeprägt und schwer beurteile (A.S. 179).

Die geschilderten Halluzinationen sehe er klar als Pseudohalluzinationen an. Dieser Ausdruck sei etwas unglücklich gewählt, da er die Wahrnehmung, die einer Halluzination entspreche, und die Interpretation als «Trugwahrnehmung» vermische. Im Erleben sei es eine Halluzination: Jemand höre eine Stimme, obwohl niemand spreche. Der Beschwerdeführer erlebe die Stimme als kommentierend und ich-fremd. Von den Auswirkungen her ergebe sich kaum ein Unterschied zwischen Halluzination und Pseudohalluzination. Deshalb finde er es angemessener, von einer Depression mit psychotischen Symptomen zu sprechen. Auch wenn man das nicht tue, ändere sich nichts an den Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (A.S. 179).

Der Einwand der Beschwerdegegnerin, seit dem Gutachten vom 7. Dezember 2010 hätten sich der Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit nicht verschlechtert, könne zutreffen. Die Zweifel an diesem Gutachten seien so erheblich, dass nur Annahmen, aber keine verlässlichen Aussagen möglich seien, wobei er mit überwiegender Wahrscheinlichkeit von einer leichten Verschlechterung ausgehe. Nachdem rückblickend erhebliche Zweifel an den Einschätzungen im I.____ Gutachten bestünden, wäre die damalige Einschätzung zu revidieren (A.S. 179).

Wenn die Beschwerdegegnerin einwende, die subjektive Beschwerdeschilderung des Beschwerdeführers wirke durchaus dramatisierend, so könne man das schon so sehen. Allerdings sei das Gespräch übersetzt worden und die [...] Sprache sei gemäss Angaben der Dolmetscher relativ bildstark. Wenn man dies berücksichtigt, liege die subjektive Beschwerdeschilderung des Beschwerdeführers in der Bandbreite dessen, was man bei dieser Konstellation, insbesondere von Versicherten mit chronischen Schmerzen, die sicher sein wollen, dass der Arzt ihr Erleben auch verstehe, oft höre. Ob man von «eher emotional» (wie in seinem Gutachten) oder «dramatisierend» sprechen wolle, ändere wenig an der Diagnose oder an der Einschätzung der Konsistenz (A.S. 180).

Was den Hinweis der Beschwerdegegnerin auf Inkonsistenzen angehe, z.B. dass der Beschwerdeführer gegenüber Dr. med. M.____ psychiatrische Erkrankungen in der Familie

verneine, bei ihm aber von Depressionen spreche, so gebe es alternative Erklärungen: Am wahrscheinlichsten sei, dass Dr. med. M.____ zwar danach gefragt habe, aber es ihm nicht gelungen sei, vorher das notwendige Vertrauen des Beschwerdeführers aufzubauen. In der Herkunftskultur des Beschwerdeführers seien, gemäss einhelliger Meinung der Dolmetscher aus dieser Region, psychische Erkrankungen und ganz besonders psychiatrische Behandlungen hoch tabuisiert (A.S. 180). Wenn er also von Depressionen in seiner Familie spreche, verletze der Beschwerdeführer damit die Würde und das Ansehen seiner Familie und wäre illoyal gegenüber seiner Mutter und seinen Schwestern (A.S. 181).

Es sei eine ■ leider auch unter Gutachtern verbreitete ■ Fehlannahme, dass die Höhe des Medikamentenspiegels direkt mit der Compliance korreliere. Ein Rückschluss bedinge pharmakokinetische Grundkenntnisse und sei erst zulässig, wenn mögliche alternative Erklärungen für den gemessenen Spiegel diskutiert worden seien. Ein tiefer Serumspiegel könne mehrere Gründe haben:

Die Serumspiegel der beiden fest verordneten Medikamente Sertralin und Quetiapin seien messbar, d.h. der Beschwerdeführer habe sie eingenommen. Lorazepam sei nur bei Bedarf verordnet worden. Bei Quetiapin komme dazu, dass die Serumspiegel für die Behandlung von Schizophrenie und manischen Episoden bei bipolaren Störungen normiert worden seien, wo die wirksame tägliche Dosis zwischen 400 mg und 800 mg liege. Da beim Beschwerdeführer nur 300 mg verordnet seien, was bei dieser Indikation (Augmentation eines Antidepressivums, Behandlung der psychotischen Symptomatik, Schlafmittel) schon relativ hoch sei, liege der Spiegel im zu erwartenden Bereich (A.S. 181).

3.5.2 Der orthopädische Experte Dr. med. E.____ begründete in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 8. Februar 2018 (A.S. 176 f.) die reduzierte Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit wie folgt: Eine vollschichtige Anwesenheit am Arbeitsplatz sei dem Beschwerdeführer zumutbar. Wegen der objektivbierbaren Körperschädigungen an Händen, Wirbelsäule und beiden Kniegelenken benötige er während der Arbeit mehrfache Pausen von acht bis zehn Minuten pro Stunde. Dies entspreche einer Einschränkung der Arbeitszeit von 15 %. Hauptsächlich wegen der nachgewiesenen arthrotischen Veränderungen der Finger mit entsprechender Einschränkung der Feinmotorik und der Arbeitsgeschwindigkeit sowie wegen Anlaufbeschwerden beim Wechsel vom Sitzen zum Stehen und Gehen mit entsprechenden Zeitverzögerungen sei auch das Rendement im Rahmen der zumutbaren Arbeitszeit um 15 bis 20 % eingeschränkt. Insgesamt ergebe sich daraus aus orthopädischer Sicht eine Arbeitsfähigkeit von 70 % ($0,85 \times 0,8 = 0,68$; A.S. 176).

Die Infiltration des rechten Kniegelenkes habe eine zeitlich limitierte Verbesserung des Zustandsbildes erbracht. Wiederholte Infiltrationen seien zwar möglich, hätten jedoch ein erhebliches kurzfristiges (Infektionsgefahr) und langfristiges (chondrotoxische, d.h. den Knorpelbelag des Gelenkes schädigende Wirkung des Lokalanästhetikums und der Begleitstoffe des Kortisonpräparates, verbleibende Kortisonkristallablagerungen im Gelenk) Komplikationspotential. Die Infiltration habe beim Beschwerdeführer zu einer Verminderung der durch die Meniskusläsion verursachten Entzündung der Gelenkinnenhaut (Synovialis) und dadurch zu einer Verbesserung des Schmerzbildes geführt, die eigentliche mechanische Ursache der Gelenkreizung, d.h. die Meniskusläsion, aber nicht positiv beeinflusst. Aus diesem Grunde sei bei mangelndem Effekt der konservativen Behandlung eine operative Sanierung der durch die Meniskusläsion gestörten Gelenkmechanik im Sinne einer arthroskopischen Teilmenisektomie als

Behandlungsoption in Betracht zu ziehen (A.S. 177).

3.6 Gemäss Verfügung der Ausgleichskasse des Kantons Solothurn vom 20. März 2018 (A.S. 185 ff.) bezieht der Beschwerdeführer ab 1. April 2018 vorzeitig eine Altersrente der AHV.

E. 3.6

S. 294 f.). Die massgeblichen Standardindikatoren lauten wie folgt (a.a.O. E. 4.1.3 S. 297):

1) Kategorie «funktioneller Schweregrad»

a) Komplex «Gesundheitsschädigung»

b) Komplex «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen)

c) Komplex «Sozialer Kontext»

2) Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens)

Diese Indikatorenprüfung hat Dr. med. F.____ ordnungsgemäss durchgeführt, indem er sich eingehend mit den vorhandenen Ressourcen des Beschwerdeführers und der Konsistenz befasste. Das Gericht hat dem nichts beizufügen. Die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit korrespondiert mit dem Ergebnis des strukturierten Beweisverfahrens. Die Parteien vermögen keine Punkte vorzubringen, welche zu Zweifeln Anlass geben; zur Frage der Inkonsistenzen und der Bewertung der laufenden psychiatrischen Behandlung ist insbesondere auch auf die ergänzende Stellungnahme von Dr. med. F.____ zu verweisen.

3.7.2 Das Versicherungsgericht hat das I.____-Gutachten aus dem Jahr 7. Dezember 2010 im rechtskräftigen Urteil vom 30. Januar 2013 als beweismässig betrachtet. Im vorliegenden Verfahren ist deshalb nicht mehr zu prüfen, ob dieses Gutachten überzeugt, vielmehr bleibt es dabei, dass damals gegenüber der Rentenzusprache eine gesundheitliche Verbesserung eingetreten war. Entscheidend ist jedoch, dass das I.____-Gutachten im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 20. Mai 2016 nicht mehr aktuell war. Auf Grund des Gerichtsgutachtens ist nämlich erstellt, dass sich der Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers seit der Begutachtung im Jahr 2010 wieder verschlechtert haben:

In somatischer Hinsicht liegen anders als damals verschiedene Befunde des Bewegungsapparats mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit vor. Namentlich ist seit 2015 (also noch vor der angefochtenen Verfügung) eine Meniskusläsion belegt.

In psychiatrischer Hinsicht hat sich die leichte depressive Episode von 2010 zu einer mittelschweren Episode verschlimmert. Näher zu prüfen ist indes, wann dies geschehen ist. Im Urteil vom 9. September 2015 verneinte das Versicherungsgericht eine Verschlechterung bis zum 6. Januar 2015 (IV-Nr. 117 S. 14). Für die anschliessende Zeit bis zur Verfügung vom 20. Mai 2016 finden sich in den IV-Akten keine Unterlagen, welche eine Verschlimmerung der Depression belegen würden. Das Gerichtsgutachten wiederum hilft hier ebenfalls nicht weiter, hält es doch zum Verlauf fest, die Arbeitsunfähigkeit habe sich seit 2002 im Bereich von 40 bis 60 % bewegt. Vor diesem Hintergrund muss davon ausgegangen werden, dass die psychische Verschlimmerung gemäss Gerichtsgutachten erst ab der Untersuchung bei Dr. med. F.____ mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen ist (vgl. dazu Urteile des Bundesgerichts 9C_603/2010 vom 6. Oktober 2010 E. 4.2 und 8C_94/2013 vom 8. Juli 2013 E. 4.2), also nach dem Stichtag vom 20. Mai 2016.

Folglich bleibt in dieser Hinsicht das I.____-Gutachten massgeblich.

3.7.3 Zusammenfassend bestand am 20. Mai 2016 wegen der somatischen Leiden in einer angepassten Tätigkeit neu eine Leistungseinbusse von 30 %, worin die im I.____-Gutachten wegen des psychischen Leidens attestierte Leistungseinbusse von 20 % aufgeht (vgl. dazu Urteil des Bundesgerichts 9C_295/2013 vom 20. Juni 2013 E. 4.4). Es liegt mit anderen Worten gegenüber der ursprünglichen Rentenzusprache eine gesundheitliche Veränderung vor, welche eine revisionsmässige Überprüfung des Rentenanspruchs erlaubt: Einerseits hat sich der somatische Zustand verschlechtert, lag doch 2002 insoweit lediglich eine Rhizarthrose vor, andererseits ist der psychische Zustand besser geworden, indem sich der Schweregrad der Depression verringert hat (s. dazu Urteil VSBES.2011.324 vom 30. Januar 2013, IV-Nr. 80 S. 14).

Nachfolgend ist zu prüfen, inwieweit es dem Beschwerdeführer möglich ist, seine Restarbeitsfähigkeit zu verwerten und ein Einkommen zu erzielen.

4.

4.1 Das trotz der gesundheitlichen Beeinträchtigung zumutbarerweise erzielbare Einkommen ist bezogen auf einen ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu ermitteln, wobei an die Konkretisierung von Arbeitsgelegenheiten und Verdienstaussichten keine übermässigen Anforderungen zu stellen sind (BGE 138 V 457 E. 3.1 S. 459 f.). Massgeblich ist mit anderen Worten ein von den konjunkturellen Verhältnissen abstrahierter Arbeitsmarkt, der ein gewisses Gleichgewicht zwischen Angebot und Nachfrage an Stellen beinhaltet und einen Fächer verschiedenartiger, auch körperlich leichter und intellektuell weniger anspruchsvoller Arbeitsplätze bereithält (BGE 110 V 273 E. 4b S. 276). Es darf nicht von realitätsfremden Einsatzmöglichkeiten ausgegangen werden (Urteil des Bundesgerichts 8C_910/2015 vom 19. Mai 2016 E. 4.2.1); der ausgeglichene Arbeitsmarkt umfasst indes auch sogenannte Nischenarbeitsplätze, also Stellenangebote, bei denen Behinderte mit einem sozialen Entgegenkommen von Seiten des Arbeitgebers rechnen können (Urteil des Bundesgerichts 8C_113/2016 vom 6. Juli 2016 E. 4.3). Da es sich beim ausgeglichenen Arbeitsmarkt um eine theoretische Grösse handelt, kann eine Unverwertbarkeit der verbliebenen Leistungsfähigkeit nicht leichthin angenommen werden (Urteil des Bundesgerichts 9C_485/2014 vom 28. November 2014 E. 3.3.1). Ob es für die versicherte Person im Einzelfall schwierig oder gar unmöglich ist, auf dem tatsächlichen Arbeitsmarkt eine entsprechende Stelle zu finden, ist unerheblich (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_670/2015 vom 12. Februar 2016 E. 4.2).

Das fortgeschrittene Alter wird, obgleich an sich ein invaliditätsfremder Faktor, in der Rechtsprechung als Kriterium anerkannt, welches zusammen mit weiteren persönlichen und beruflichen Gegebenheiten dazu führen kann, dass die einer versicherten Person verbliebene Resterwerbsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt realistischerweise nicht mehr nachgefragt wird, und dass ihr deren Verwertung auch gestützt auf die Selbsteingliederungslast nicht mehr zumutbar ist. Fehlt es an einer wirtschaftlich verwertbaren Resterwerbsfähigkeit, liegt eine vollständige Erwerbsunfähigkeit vor, die einen Anspruch auf eine ganze Invalidenrente begründet. Der Einfluss des Lebensalters auf die Möglichkeit, das verbliebene Leistungsvermögen auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu verwerten, lässt sich nicht nach einer allgemeinen Regel bemessen, sondern hängt von den Umständen des Einzelfalls ab. Massgebend können die Art und Beschaffenheit des Gesundheitsschadens und seiner Folgen, der absehbare Umstellungs- und

Einarbeitungsaufwand und in diesem Zusammenhang auch Persönlichkeitsstruktur, vorhandene Begabungen und Fertigkeiten, Ausbildung, beruflicher Werdegang oder Anwendbarkeit von Berufserfahrung aus dem angestammten Bereich sein (BGE 138 V 457 E. 3.1 S. 460). Die Möglichkeit, die verbliebene Arbeitsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu verwerten, hängt nicht zuletzt davon ab, welcher Zeitraum der versicherten Person für eine berufliche Tätigkeit und vor allem auch für einen allfälligen Berufswechsel noch zur Verfügung steht (a.a.O., E. 3.2 S. 460). Massgeblicher Stichtag für die Verwertbarkeit der Arbeitsfähigkeit bei vorgerücktem Alter ist das Feststehen der medizinischen Zumutbarkeit einer Erwerbstätigkeit, was der Fall ist, sobald die medizinischen Unterlagen diesbezüglich eine zuverlässige Sachverhaltsfeststellung erlauben (a.a.O., E. 3.3 f. S. 462). Holt der Sozialversicherungsrichter ein Gerichtsgutachten ein, so ist der Zeitpunkt entscheidend, an dem dieses ergeht (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_456/2014 vom 19. Dezember 2014 Lit. B + E. 3.2)

4.2 Im vorliegenden Fall ist die Verwertbarkeit der Arbeitsfähigkeit am 16. Februar 2018 zu beurteilen, als die C.____ die ergänzenden Fragen des Gerichts zum Gerichtsgutachten vom 28. September 2017 beantwortete; erst in diesem Moment war der entscheidrelevante Sachverhalt mit überwiegender Wahrscheinlichkeit geklärt und die Angelegenheit spruchreif. Der Beschwerdeführer war in diesem Zeitpunkt 62 Jahre und elf Monate alt, hatte also bloss noch eine Aktivitätsdauer von rund zwei Jahren vor sich. Dies allein würde zwar eine Verwertung der Arbeitsfähigkeit nicht zwingend ausschliessen. Beim Beschwerdeführer kommt jedoch die lange Abwesenheit vom Arbeitsmarkt hinzu, indem er ab November 2000, also seit über 17 Jahren, keiner Erwerbstätigkeit mehr nachging und per November 2001 eine ganze Invalidenrente bezog. Zudem ist zu beachten, dass die vor mehreren Jahrzehnten in der Heimat absolvierte Ausbildung zum militärischen Marinefunker dem Beschwerdeführer hierzulande keinen Nutzen bringt, zumal er diesem Beruf seit 1990 nicht mehr nachgegangen ist. Über eine andere Berufsausbildung verfügt er nicht. Seine Berufserfahrung in der Schweiz erschöpft sich in der ■ seit 2000 nicht mehr ausgeübten ■ Arbeit als Dreher in einem Walzwerk. Dabei war der Beschwerdeführer stets für den gleichen Arbeitgeber tätig. Vor diesem Hintergrund ist von beschränkten Ressourcen und einer ausgeprägten arbeitsmarktlichen Desintegration auszugehen, was für einen zukünftigen Arbeitgeber einen sehr hohen Umstellungs- und Einarbeitungsaufwand bedeuten würde (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_183/2017 vom 30. Oktober 2017 E. 5.2.1). Andererseits ist zu berücksichtigen, dass der Beschwerdeführer auch in einer optimal angepassten Verweistätigkeit nur reduziert einsetzbar ist. Er kann, wie sich aus dem Gerichtsgutachten für den Beurteilungszeitpunkt vom 16. Februar 2018 ergibt, nur sechs Stunden am Tag arbeiten, wobei er insgesamt (unter Einbezug der reduzierten Präsenzzeit) nur 50 % einer vollen Leistung zu erbringen vermag (A.S. 121 + 151); erschwerend kommt hinzu, dass der Beschwerdeführer bei der Einteilung des zumutbaren Arbeitspensums flexibel sein muss (A.S. 151), was dem Arbeitgeber die Planung erschwert. Im Übrigen hat ein geeigneter Arbeitsplatz diverse weitere Anforderungen zu erfüllen. Namentlich muss eine Verweistätigkeit wechselstellig sein und darf u.a. weder kauernde und kniende Verrichtungen noch Heben von Lasten über 5 bis 10 kg vom Boden, belastete Drehungen und Seitneigungen oder Arbeiten an schnell laufenden Maschinen beinhalten (A.S. 121 + 151).

Eine Gesamtwürdigung all dieser Umstände ergibt, dass der Beschwerdeführer ■ selbst unter Berücksichtigung von Nischenarbeitsplätzen ■ praktisch keine Anstellungschancen

hat. Wird aber die Resterwerbsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt realistischerweise nicht mehr nachgefragt bzw. fehlt es an einer wirtschaftlichen Verwertbarkeit derselben, liegt eine vollständige Erwerbsunfähigkeit vor, die Anspruch auf eine ganze Rente vermittelt.

4.3 Zusammenfassend hat der Beschwerdeführer über den 30. Juni 2016 hinaus Anspruch auf eine ganze Invalidenrente. Damit stellt sich die Beschwerde als begründet heraus und ist in dem Sinne gutzuheissen, als die angefochtene Verfügung aufgehoben wird und der Beschwerdeführer für die Zeit vom 1. Juli 2016 bis 31. März 2018 eine ganze Rente zugesprochen erhält; mit dem Bezug der Altersrente ab 1. April 2018 endet der Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung (s. Art. 30 IVG).

Da die Rentenzahlungen zufolge des Entzugs der aufschiebenden Wirkung per 1. Juli 2016 gänzlich wegfielen, hat die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer entsprechende Nachzahlungen zu leisten. Auf diesen Rentenbetroffnissen ist kein Verzugszins geschuldet. Eine Verzugszinspflicht besteht nach Ablauf von 24 Monaten ab Entstehung des Anspruchs (Art. 26 Abs. 2 ATSG), was hier erst am 1. Juli 2018 der Fall wäre.

Mit dem Wegfall der Rentenrevision erübrigt es sich, den Anspruch auf berufliche Eingliederungsmassnahmen zu prüfen.

5.

5.1 Der obsiegende Beschwerdeführer hat für das Beschwerdeverfahren Anspruch auf Ersatz der Parteikosten (Art. 61 lit. g ATSG.) Diese Entschädigung wird vom Versicherungsgericht und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses bemessen. Der anwaltliche Stundenansatz bewegt sich in einem Rahmen von CHF 230.00 bis 330.00 (§ 160 Abs. 2 i.V.m. § 161 Kantonaler Gebührentarif / GT, BGS 615.11).

5.2 Die vom Vertreter eingereichte Kostennote (A.S. 188 ff.) weist einen Zeitaufwand von insgesamt 11,94 Stunden aus, der wie folgt zu kürzen ist:

·Die Kostennote enthält reinen Kanzleiaufwand, der im Stundenansatz eines Anwaltes bereits inbegriffen und nicht separat zu vergüten ist. Dies betrifft die Klientenbriefe («Brief an Klient»), bei denen mangels eindeutiger Bezeichnung praxismässig von Orientierungskopien u.ä. auszugehen ist (1 x 0,17 Stunden), die analogen Schreiben an Frau [...] resp. Frau [...], (8 x 0,17 = 1,36 Stunden) sowie die Fristerstreckungsgesuche ohne besondere Begründung (2 x 0,25 + 1 x 0,17 = 0,67 Stunden: 22. August 2016 sowie 1. Februar und 26. Oktober 2017).

·Die Parteiverhandlung dauerte nicht wie geltend gemacht eine Stunde, sondern bloss 0,83 Stunden (14:00 bis 14:50, s. A.S. 191 f.).

·Der nachprozessuale Aufwand ist angesichts des Obsiegens von einer Stunde auf 0,33 Stunden zu kürzen.

Anzurechnen ist folglich ein Aufwand von insgesamt 8,9 Stunden (6,11 Stunden bis 31. Dezember 2017 und 2,79 Stunden ab 1. Januar 2018). Daraus ergibt sich mit dem beantragten Ansatz von CHF 240.00 eine Entschädigung von CHF 2'136.00 (1'466.40 + 669.60).

Was die Auslagen über CHF 250.10 betrifft, so sind die 134 Kopien pro Stück nur mit CHF 0.50 zu vergüten (§ 160 Abs. 5 i.V.m. § 161 GT) und nicht mit CHF 1.00, wie in der

Kostennote geltend gemacht wird. Andererseits ist die Anfahrt zur Verhandlung sowie die Rückreise über insgesamt 45,4 km analog zur Regelung für Staatsangestellte (s. § 160 Abs. 5 i.V.m. § 157 Abs. 3 GT und § 161 lit. a GAV) mit CHF 0.70 pro Kilometer und nicht mit CHF 1.00 zu entschädigen. Die Auslagen reduzieren sich so auf CHF 169.50 (CHF 127.20 bis 31. Dezember 2017 und CHF 42.30 ab 1. Januar 2018).

Einschliesslich CHF 182.30 Mehrwertsteuer (8 % / CHF 127.50 bis 31. Dezember 2017 resp. 7,7 % / CHF 54.80 ab 1. Januar 2018) beläuft sich die Entschädigung demnach auf total CHF 2'487.80.

E. 3.7

3.7.1 Es besteht kein Anlass, am Beweiswert des Gerichtsgutachtens der Gutachterstelle C.____ zu zweifeln. Dieses erfüllt die praxisgemässen Anforderungen, stammt es doch von unabhängigen Fachärzten, welche den Beschwerdeführer gründlich untersucht, dessen Angaben festgehalten sowie sich mit den Vorakten befasst haben. Zwar trifft es zu, dass gewisse Feststellungen im Gutachten für sich allein genommen nicht ohne weiteres einleuchten, etwa in orthopädischer Hinsicht die Leistungseinbusse innerhalb des zumutbaren Teilpensums sowie in psychiatrischer Hinsicht die Einordnung der Halluzinationen und die Bewertung des Schweregrads der Depression. Auf Rückfrage des Gerichts hin ergänzten die Dres. E.____ und F.____ jedoch ihre Expertisen. Bezieht man diese Ausführungen ein, so sind die Schlussfolgerungen im Gutachten uneingeschränkt nachvollziehbar und überzeugend. Namentlich kann nicht gesagt werden, die Experten hätten die subjektiven Angaben des Beschwerdeführers unreflektiert übernommen. Dies zeigt sich schon darin, dass der Beschwerdeführer selber sich als überhaupt nicht mehr arbeitsfähig ansieht, die Experten ihm aber eine differenziert ermittelte Restarbeitsfähigkeit von immerhin 50 % attestieren.

Weiter ist festzuhalten, dass das sog. strukturierte Beweisverfahren gemäss BGE 141 V 281 nach der neuen Praxis grundsätzlich auf sämtliche psychischen Erkrankungen anzuwenden ist (BGE 143 V 418 E. 7.2 S. 429 sowie 143 V 409 E. 4.5.2 S. 416 f.). Dabei beurteilt sich die Frage, ob ein Leiden zu einer ganzen oder teilweisen Arbeitsunfähigkeit führt, nach einem strukturierten, normativen Prüfungsraster. Anhand eines Kataloges von Indikatoren erfolgt eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des ■ unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits ■ tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens (BGE 141 V 281 E.

E. 4

Dem unterzeichneten Rechtsanwalt sei eine angemessene Frist zur ergänzenden Beschwerdebeurteilung anzusetzen.

E. 5

Es sei eine öffentliche Verhandlung nach Art. 6 Ziff. 1 EMRK mit zusätzlicher Partei- und Zeugenbefragung durchzuführen.

E. 6

6.1 Das Beschwerdeverfahren vor dem Versicherungsgericht ist kostenpflichtig, sofern es sich wie hier um Streitigkeiten betreffend die Bewilligung oder Verweigerung von Leistungen der Invalidenversicherung handelt. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 bis

1'000.00 festgelegt (Art. 69 Abs. 1bisIVG).

Die unterlegene Beschwerdegegnerin hat die Verfahrenskosten von CHF 1'000.00 zu tragen.

6.2 Das Gerichtsgutachten wurde erforderlich, weil das von der Beschwerdegegnerin eingeholte I.____-Gutachten bei Erlass der Verfügung vom 20. Mai 2016 nicht mehr aktuell war. Die Beschwerdegegnerin hätte eine gesundheitliche Veränderung seit der Begutachtung von 2010 nicht mit dem blossen Hinweis auf die Stellungnahme der RAD-Ärztin Dr. med. J.____ vom 29. Februar 2016, welche nicht auf einer Untersuchung des Beschwerdeführers beruhte, abweisen dürfen, vielmehr wäre es bereits Sache der Beschwerdegegnerin gewesen, ein neues Gutachten einzuholen. Ihr sind daher die vollen Kosten des Gerichtsgutachtens nebst Ergänzungen von insgesamt CHF 15'576.35 aufzuerlegen (vgl. BGE 139 V 496 E. 4.4 S. 502 und 143 V 269 E. 2 + 8 S. 271 f. / 285).

Demnach widerkannt:

3. Die IV-Stelle des Kantons Solothurn hat die Verfahrenskosten von CHF 1'000.00 zu bezahlen.

4. Die Kosten des Gerichtsgutachtens der Gutachterstelle C.____ vom 28. September 2017 sowie der Ergänzungen vom 5. / 8. Februar 2018, insgesamt CHF 15'576.35, werden der Beschwerdegegnerin auferlegt und sind der Zentralen Gerichtskasse des Kantons Solothurn zurückzuerstatten.

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 Haldemann

E. 7

Alles unter Kosten- und Entschädigungsfolge zu Lasten der Beschwerdegegnerin.
U.K.u.E.F Der Beschwerdeführer erhält mit Verfügung vom 22. Juni 2016 eine unerstreckbare Frist bis 13. Juli 2016, um seine Beschwerdebegründung zu ergänzen (A.S. 19 f.). Das Gesuch um Fristerstreckung vom 13. Juli 2016 (A.S. 23) weist die Vizepräsidentin des Versicherungsgerichts am 14. Juli 2016 ohne Ansetzung einer Nachfrist ab. In der gleichen Verfügung lehnt die Vizepräsidentin die Wiederherstellung der aufschiebenden Wirkung, dem Antrag der Beschwerdegegnerin vom 1. Juli 2016 (A.S. 21 f.) folgend, ab (A.S. 25 ff.). Die Beschwerdegegnerin beantragt mit Beschwerdeantwort vom 19. Oktober 2016 die Abweisung der Beschwerde (A.S. 50 ff.).

2.2 Nachdem die Parteien dagegen keine Einwände erhoben haben (A.S. 68 / 73), gibt die

Vizepräsidentin des Versicherungsgerichts mit Verfügung vom 8. März 2017 bei der Gutachterstelle C.____ (Dres. D.____, Facharzt für Allg. Innere Medizin FMH, E.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, sowie F.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH) ein polydisziplinäres Gerichtsgutachten in Auftrag (A.S. 87 f.). In der gleichen Verfügung gewährt die Vizepräsidentin dem Beschwerdeführer ab Prozessbeginn die unentgeltliche Rechtspflege mit Rechtsanwalt Claude Wyssmann als unentgeltlichem Rechtsbeistand. Das Gerichtsgutachten ergeht am 28. September 2017 (A.S. 91 ff.). Der Beschwerdeführer beantragt gestützt darauf am 17. November 2017, ihm sei rückwirkend ab der Renteneinstellung per Ende Juni 2016 seine bisherige ganze Rente zuzüglich 5 % Verzugszins ab wann rechtens wieder auszurichten, u.K.u.E.F. (A.S. 165 f.). Die Beschwerdegegnerin wiederum hält am 17. November 2017 an ihrem Antrag auf Abweisung der Beschwerde fest (A.S. 167 ff.). Die ergänzenden Fragen des Gerichts vom 18. Januar 2018 (A.S. 173 f.) beantworten die Gutachter am 5., 8. resp. 16. Februar 2018 (A.S. 175 ff.).

2.3 Am 28. Mai 2018 findet vor dem Versicherungsgericht eine öffentliche Verhandlung statt, an welcher der Vertreter des Beschwerdeführers eine Urkunde einreicht (A.S. 185 ff.) und folgende Rechtsbegehren stellt (s. Protokoll, A.S. 191 f.): Die Verfügung der IV-Stelle Solothurn vom 20. Mai 2016 sei vollumfänglich aufzuheben. a) Dem Beschwerdeführer seien rückwirkend ab Ende Juni 2016 weiterhin die bisherigen Rentenleistungen in Form einer ganzen Rente bei einem Invaliditätsgrad von 100 % auszurichten, zuzüglich 5 % Verzugszins. b) Eventualiter: Dem Beschwerdeführer seien, nachdem die IV-Stelle Solothurn die im Urteil des Versicherungsgerichts vom 30. Januar 2013 vorgesehenen beruflichen Massnahmen zu Unrecht eingestellt habe, rückwirkend ab Ende Juni 2016 weiterhin die bisherigen Rentenleistungen in Form einer ganzen Rente auszurichten, zuzüglich 5 % Verzugszins. Die Kosten des Gerichtsgutachtens vom 28. September 2017 über CHF 14'160.10 sowie die Kosten der Ergänzung dazu vom 16. Februar 2018 über CHF 1'125.00 seien der IV-Stelle Solothurn aufzuerlegen. 4. Unter Kosten- und Entschädigungsfolge zu Lasten der IV-Stelle Solothurn. Ausserdem reicht der Vertreter eine Kostennote ein (A.S. 188 ff.). Die Beschwerdegegnerin, der das Erscheinen freigestellt worden ist (s. dazu A.S. 183) nimmt an der Verhandlung nicht teil (A.S. 191).

II. 1. Die Sachurteilsvoraussetzungen (zulässiges Anfechtungsobjekt, Einhaltung von Frist und Form, örtliche, sachliche und funktionelle Zuständigkeit des angerufenen Gerichts, Legitimation) sind erfüllt. Auf die Beschwerde ist daher einzutreten. Streitig und zu prüfen ist die Rentenaufhebung per 30. Juni 2016 sowie die Durchführung beruflicher Eingliederungsmassnahmen. Bei der Beurteilung des Falles ist grundsätzlich auf den Sachverhalt abzustellen, der bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung am 20. Mai 2016 eingetreten ist (BGE 121 V 362 E. 1b S. 366).

2. 2.1 In zeitlicher Hinsicht sind – vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen – grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 132 V 215 E. 3.1.1 S. 220, 131 V 107 E. 1 S. 109). Im vorliegenden Fall steht eine Aufhebung der Rente per Ende Juni 2016 zur Debatte. Somit ist die Rechtslage ab 1. Januar 2012, nach der 6. IV-Revision, massgebend.

2.2 Als Invalidität im Sinne des Gesetzes gilt die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit andauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts / ATSG, SR 830.1). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 Bundesgesetz über die Invalidenversicherung / IVG, SR 831.20). Für die Beurteilung der Erwerbsunfähigkeit

sind ausschliesslich die aus objektiver Sicht nicht überwindbaren Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen (Art. 7 Abs. 2 ATSG). Bei einem Invaliditätsgrad ab 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, ab 50 % auf eine halbe Rente, ab 60 % auf eine Dreiviertelsrente und ab 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG). Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades 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). Beim Einkommensvergleich werden in der Regel die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt. Soweit die fraglichen Erwerbseinkommen ziffernmässig nicht genau ermittelt werden können, sind sie nach Massgabe der Umstände im Einzelfall zu schätzen und die so gewonnenen Annäherungswerte miteinander zu vergleichen (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs, s. BGE 128 V 29 E. 1 S. 30).

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 (BGE 125 V 368 E. 2 S. 369). Die Invalidenrente ist deshalb nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes revidierbar, sondern auch dann, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben (BGE 130 V 343 E. 3.5 S. 349 f., 117 V 198 E. 3b S. 199). Die Frage, ob eine erhebliche, d.h. mit Bezug auf den Invaliditätsgrad rentenwirksame Änderung der tatsächlichen Verhältnisse eingetreten ist, beurteilt sich auf Grund eines Vergleichs des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenverfügung – oder einer späteren, auf einer umfassenden Prüfung beruhenden Bestätigung oder Änderung – bestanden hat, mit demjenigen im Zeitpunkt der streitigen Revisionsverfügung (BGE 133 V 108 E. 5 S. 110 ff.). Das Heranziehen eines Verwaltungsaktes als Vergleichsbasis setzt voraus, dass er auf den Abklärungen beruht, welche mit Blick auf die möglicherweise veränderten Tatsachen notwendig erscheinen (Urteil des Bundesgerichts 9C_599/2016 vom 29. März 2017 E. 5.2).

2.4 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung auf Unterlagen angewiesen, die Arztpersonen und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung gestellt haben. Aufgabe des Arztes ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren bilden die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 196, 105 V 156 E. 1 S. 158 f.). Der im Sozialversicherungsrecht massgebende Beweisgrad ist derjenige der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 117 V 194 f. E. 3.b). Weiter gilt für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsbeschwerdeverfahren der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352). Der Sozialversicherungsrichter hat alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches 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. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten – d.h. der Anamnese – abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und in seinen Schlussfolgerungen begründet ist. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten resp. in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (a.a.O.; BGE 122 V 157 E. 1c S. 160). Die Rechtsprechung erachtet es jedoch als mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (BGE 125 V 351 E. 3b S. 352). So ist einem im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten medizinischen Gutachten durch externe Spezialärzte, welches auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten erstellt wurde und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangt, in der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 2.2.2 S. 232, 125 V 351 E. 3b/bb S. 353). Andererseits ist der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Ärzte im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen mitunter eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125V 351 E. 3b/cc S. 353). Von einem Gerichtsgutachten darf nur bei zwingenden Gründen abgewichen werden (BGE 135 V 465 E. 4.4 S. 469). Ein solcher Grund kann vorliegen, wenn das Gerichtsgutachten widersprüchlich ist oder ein vom Gericht eingeholtes Obergutachten in überzeugender Weise zu anderen Schlussfolgerungen gelangt. Eine divergierende Beurteilung kann ferner gerechtfertigt sein, wenn gegensätzliche Meinungsäußerungen anderer Fachexperten dem Gericht als triftig genug erscheinen, die Schlüssigkeit des Gerichtsgutachtens in Frage zu stellen, sei es, dass es die Überprüfung durch einen Oberexperten für angezeigt hält, sei es, dass es ohne Oberexpertise vom Ergebnis des Gerichtsgutachtens abweichende Schlussfolgerungen zieht (BGE 125 V 351 E. 3b/aa S. 352 f.; Urteil des Bundesgerichts 9C_429/2017 vom 30. August 2017 E. 3.1.3). In Revisionsfällen ist zusätzlich zu beachten, dass sich eine medizinische Beurteilung, welche von einer früheren ärztlichen Einschätzung abweicht, hinreichend darüber aussprechen muss, inwiefern eine effektive Veränderung des Gesundheitszustandes stattgefunden hat. Die Feststellung einer Veränderung erfolgt durch eine Gegenüberstellung eines vergangenen und des aktuellen Zustandes. Der Beweiswert eines zwecks Rentenrevision erstellten Gutachtens hängt also wesentlich davon ab, ob es sich ausreichend auf das Beweisthema der erheblichen Änderung des Sachverhalts bezieht. Einer für sich allein betrachteten vollständigen, nachvollziehbaren und schlüssigen medizinischen Stellungnahme, die im Hinblick auf eine erstmalige Beurteilung der Rentenberechtigung tauglich wäre, mangelt es daher in der Regel am rechtlich erforderlichen Beweiswert, wenn sie sich nicht hinreichend darüber ausspricht, inwiefern eine effektive Veränderung des Gesundheitszustandes eingetreten ist. Vorbehalten bleiben Sachlagen, in denen es evident ist, dass die gesundheitlichen Verhältnisse sich verändert haben (Urteil des Bundesgerichts 8C_38/2013 vom 2. September 2013 E. 4.4.3). Ist eine anspruchserhebliche Änderung des Sachverhalts nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, bleibt es nach dem Grundsatz der materiellen Beweislast beim

bisherigen Rechtszustand (a.a.O. E. 2.4). 2.5 Im Sozialversicherungsverfahren gilt der Untersuchungsgrundsatz, d.h. die Verwaltung resp. das Gericht haben von sich aus für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen (Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c ATSG). Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht. Der Grundsatz gilt jedoch nicht uneingeschränkt, sondern wird durch die Mitwirkungspflichten des Versicherten relativiert (BGE 125 V 193 E. 2 S. 195, 122 V 157 E. 1a S. 158). Ein Teilgehalt der Mitwirkungspflicht besteht in der Teilnahme am Beweisverfahren (Ueli Kieser, Kommentar zum ATSG, 3. Aufl., Zürich 2015, Art. 43 N 86). Der Untersuchungsgrundsatz schliesst die Beweislast im Sinne einer Beweisführungslast begriffsnotwendig aus. Die Parteien tragen mithin im Sozialversicherungsverfahren in der Regel eine Beweislast nur insofern, als im Falle der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Diese Beweisregel greift allerdings erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes auf dem Wege der Beweiserhebung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 117 V 261 E. 3b S. 264). Führen die von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen die Verwaltung oder das Gericht bei pflichtgemässer Beweiswürdigung zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich zu betrachten und es könnten weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, so ist auf die Abnahme weiterer Beweise zu verzichten. Gleiches gilt, wenn der Sachverhalt, den eine Partei beweisen will, nicht rechtserheblich erscheint (BGE 126 V 353 E. 5b S. 360, 125 V 193 E. 2 S. 195, 122 V 157 E. 1d S. 162). In einer solchen antizipierten Beweiswürdigung liegt kein Verstoß gegen das verfassungsmässig gewährleistete rechtliche Gehör (BGE 134 I 140 E. 5.3 S. 148, 124 V 90 E. 4b S. 94). Bleiben jedoch erhebliche Zweifel an der Vollständigkeit und / oder der Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellung bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteil des Bundesgerichts 9C_407/2015 vom 22. April 2016 E. 3.1).

3. 3.1 Der Beschwerdeführer stammt aus der [...]. Dort absolvierte er auf der Militärakademie die Ausbildung zum Marinefunker und Offizier. Anschliessend war er während 15 Jahren als militärischer Funker auf dem Mittelmeer unterwegs. 1990 zog er in die Schweiz (A.S. 108 + 118) und arbeitete danach als Dreher im Walzwerk der G.____ AG. Ab 6. November 2000 war er zu 100 % arbeitsunfähig geschrieben (IV-Nr. 6), worauf die Arbeitgeberin die Anstellung auflöste (A.S. 108). Dem Bericht der H.____ vom 10. Januar 2002 (IV-Nr. 8), wo der Beschwerdeführer vom 6. Juni bis 15. Oktober 2001 hospitalisiert war, lassen sich folgende Diagnosen entnehmen: A) Mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit: - mittelgradige depressive Episode mit Chronifizierungstendenz, somatischem Syndrom und Depersonalisationssymptomatik bei Verdacht auf neurotische Fehlentwicklung B) Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit: - Rhiz-Arthrose Der Beschwerdeführer sei seit dem 6. Juni 2001 vollständig arbeitsunfähig. Er klage über imperative Gedanken, Kontrollverlust der rechten Hand und des rechten Armes, Angstattacken, blitzartig einschliessende Kopfschmerzen und Konzentrationsschwierigkeiten. Beim Eintritt seien freilich keine Merk- und Konzentrationsstörungen erkennbar. Der Beschwerdeführer sei affektiv mässig erreichbar. Die Psychomotorik präsentiere sich unauffällig. Das formale Denken überschlage sich fast, das inhaltliche Denken sei weitschweifig. Es bestehe eine Ich-Störung im Sinne einer

Ich-Auflösung abwechselnd mit einem zweiten resp. parallelen Ich. Suizidalität werde vom «gesunden Part» verneint, aber was der andere Part mache, werde als nicht steuerbar angegeben. Eindeutige psychotische Symptome fehlten. Während des Aufenthalts sei nur eine partielle Remission der Symptomatik eingetreten. Es habe eine Halbtagsbeschäftigung in einem geschützten Rahmen installiert werden können, dies mit recht konstanter Leistung. Frühere Arbeitsversuche in der früheren Tätigkeit seien an der Verschlimmerung der somatischen Symptome (z.B. bei physischer Belastung wie dem Heben schwerer Lasten) gescheitert. Der Beschwerdeführer habe aktuell Versagensängste, er befürchte bei einem Wiedereintritt in seine bisherige Tätigkeit eine Verschlechterung. Andererseits würden die Konzentrationsstörungen z.B. das Lesen von Informationen verunmöglichen. Handwerkliche Arbeiten nach Anweisung seien möglich. Auf dieser Grundlage erhielt der Beschwerdeführer eine ganze Rente zugesprochen. 3.2 Die Beschwerdegegnerin stützte sich bei den vorhergehenden Rentenaufhebungen vom 10. November 2011 und 6. Januar 2015 auf das Gutachten der Gutachterstelle I.____ vom 7. Dezember 2010 (IV-Nr. 35.1). Das Versicherungsgericht bestätigte im rechtskräftigen Urteil vom 30. Januar 2013, dass dieses Gutachten vollen Beweiswert besitze, und hielt im Urteil vom 9. September 2015 fest, dass es nach wie vor aktuell sei. Demnach war damals von folgenden Diagnosen auszugehen (S. 12): A) Mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit: - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode B) Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit: - narzisstische Persönlichkeitsstörung Das Gutachten hielt fest, die Stimmung des Beschwerdeführers sei leicht depressiv. Die Psychomotorik präsentiere sich lebhaft. Die Aufmerksamkeit werde während des ganzen Gesprächs aufrechterhalten. Konzentration, Auffassung und Merkfähigkeit seien ungestört, das Langzeitgedächtnis klinisch unauffällig. Der formale Gedankengang sei geordnet. Hinweise auf Sinnestäuschungen z.B. in Form von Halluzinationen würden sich nicht ergeben, ebenso keine inhaltlichen Denkstörungen wie wahnhaftige Gedanken. Für Ich-Störungen im Sinne eines Fremdbeeinflussungserlebens lägen keine Hinweise vor. Eine hypochondrische Erlebnisverarbeitung im engeren Sinne oder phobische Gedankengänge seien nicht feststellbar. Zwanghafte Handlungen oder Gedanken liessen sich nicht eruieren. Paroxysmale Ängste würden nicht erwähnt. Für einen sozialen Rückzug, Aggressivität, Suizidalität oder Selbstbeschädigung fänden sich keine Hinweise. Realitätsprüfung und Urteilsbildung seien ungestört. Für eine mangelnde Affektsteuerung und eine fehlende Impulskontrolle gebe es keine Hinweise. Der Selbstwert sei ausgeglichen. Für einen gestörten Antrieb gebe es keine Anzeichen (S. 9). Im Vordergrund stehe die subjektiv empfundene fehlende Belastbarkeit. Es würden Derealisationsphänomene erwähnt, indem sich der Beschwerdeführer z.B. im Spiegel nicht erkenne und in zwei Personen geteilt sei. Er sei sehr selbstbezogen und könne nur zum Teil auf die gestellten Fragen eingehen; die Monologe über seine Beschwerden seien kaum zu unterbrechen. Konzentrations- und Gedächtnisstörungen liessen sich nicht objektivieren, die Angaben seien auf Nachfrage hin präzise. Es sei nicht nachvollziehbar, wenn der Beschwerdeführer wegen seiner Konzentrationsprobleme nicht mehr wolle kochen können, aber noch mit dem Auto fahre. Die Beschwerden und Einschränkungen würden dramatisiert; mit ihnen könne der Beschwerdeführer rechtfertigen, dass er keiner Arbeit mehr nachgehe. Er habe sich durch die schwere körperliche Arbeit in der Schweiz überfordert gefühlt (S. 10). Der gut ausgebildete Beschwerdeführer, der in der Türkei eine leichte Arbeit in vorgesetzter Position auf einem Schiff innegehabt habe, habe in der Schweiz Hilfsarbeiten verrichten müssen. Die Klagen über seine Beschwerden hätten zu einem erheblichen sekundären Krankheitsgewinn geführt. Die depressive Störung sei eher

geringgradig ausgeprägt. Erhebliche Schlafstörungen fehlten, und der Beschwerdeführer könne morgens mühelos aufstehen. Er pflege einen grossen Kollegen- und Bekanntenkreis. Die leichte depressive Störung reduziere die Arbeitsfähigkeit um 20 %. Die narzisstische Persönlichkeitsstörung, welche sich vor allem durch die ausgesprochene Selbstbezogenheit und gelegentliche Depersonalisationserscheinungen auszeichne, bewirke keine Einschränkung. Die ausgeprägte subjektive Krankheitsüberzeugung des Beschwerdeführers begründe keine Arbeitsunfähigkeit. Die verordneten Psychopharmaka würden gemäss Blutuntersuchung nur unregelmässig eingenommen. Der Beschwerdeführer gestalte seinen Tagesablauf aktiv, pflege zahlreiche soziale Kontakte und besuche mehrmals im Jahr Verwandte in der Heimat. All dies spreche gegen eine mittelgradige oder schwere depressive Störung (S. 11). Beschwerden, welche sich somatisch zuordnen liessen, würden keine geklagt (S. 12). Jegliche Tätigkeit sei vollschichtig zumutbar, mit einem um 20 % reduzierten Rendement. Es sei davon auszugehen, dass 2000 eine höhergradige Depression bestanden habe. Ab 2004 sei nur noch eine lockere ambulante psychiatrische Behandlung durchgeführt worden, ca. alle drei bis vier Wochen. In den letzten Jahren sei es zunehmend zu einer Remission der Depression gekommen. Eine zuverlässige Rückdatierung sei aber nicht möglich; die attestierte Arbeitsfähigkeit gelte mit Sicherheit ab Oktober 2010. Die Willensanstrengung, einer Tätigkeit im Umfang von 80 % nachzugehen, sei zumutbar (S. 13). Am 23. August 2011 (IV-Nr. 54 S. 1 f.) ergänzten die Gutachter, der Beschwerdeführer sei durch die psychopathologischen Symptome im Alltag kaum eingeschränkt. Konzentrations- und Gedächtnisstörungen liessen sich nicht objektivieren. Die Derealisationserlebnisse würden im Rahmen der narzisstischen Persönlichkeitsstörung gesehen; der Beschwerdeführer sei selbstbezogen und neige zur Dramatisierung. Die Symptome der Persönlichkeitsstörung seien gering ausgeprägt. Der Beschwerdeführer habe trotz seiner Selbstbezogenheit ein Ökonomiestudium abgeschlossen, in leitender Position auf See gearbeitet und sei 17 Jahre verheiratet gewesen. Dies zeige, dass er durch seine Persönlichkeitsstruktur weder in der Arbeitsfähigkeit noch in den sozialen Beziehungen eingeschränkt gewesen sei. Das Gefühl, im Spiegel eine fremde Person zu sehen, sei erst in den letzten Jahren aufgetreten und schränke eine Arbeitstätigkeit nicht ein. Von einer unzumutbaren Gereiztheit oder Impulsivität könne nicht gesprochen werden, nachdem immer noch gute Kontakte zu Verwandten und Kollegen bestünden; vor diesem Hintergrund sei es zumutbar, die Emotionen so zu steuern, dass eine verwertbare Arbeitsleistung erzielt werde. Eigentlich könnte man auch bloss von narzisstischen Persönlichkeitszügen reden. Die Depersonalisation sei auch unter dem Gesichtspunkt der Dramatisierung zu betrachten, um eine Rechtfertigung zu haben, keiner Arbeit nachzugehen. Die depressive Symptomatik sei sehr gering ausgeprägt.

3.3 Gemäss Notiz von Dr. med. J. ____, Fachärztin für Neurologie FMH beim Regionalen Ärztlichen Dienst der Invalidenversicherung (RAD), vom 29. Februar 2016 (IV-Nr. 140) hatte sich der Beschwerdeführer im November 2015 wegen Beschwerden im rechten Knie bei Dr. med. K. ____, gemeldet. Es sei ein chronischer degenerativer Schaden im Bereich des medianen Meniskus festgestellt worden. Nach der ersten Infiltration mit einem Lokalanästhetikum am 5. Januar 2016 sei es zu einer Beschwerdelinderung, dann aber zu einer erneuten Schmerzzunahme gekommen. Eine anhaltende Arbeitsunfähigkeit lasse sich durch die Kniebeschwerden nicht begründen. Nicht zumutbar seien rein stehende oder gehende Tätigkeiten, kniende Verrichtungen sowie regelmässiges Tragen oder Heben von Gewichten über 10 kg. Laut Bericht der Eingliederungsstätte B. ____, vom 17. März 2016 (IV-Nr. 143) erledigte der Beschwerdeführer während des Belastbarkeitstrainings ab 14.

Dezember 2015 einfache, repetitive Arbeiten. Seine Arbeitsqualität sei gut, das Arbeitstempo aber für den ersten Arbeitsmarkt zu langsam. Er benötige leicht zu strukturierende Arbeitsaufträge, denn er vergesse oft Gesagtes oder Vorgezeigtes. Fast täglich müsse man den Beschwerdeführer an die Zeiterfassung erinnern. Die Arbeiten würden wegen des Knies sitzend ausgeführt. Zeitweise müssten wegen eines nicht näher erklärbaren inneren Drucks Zusatzpausen eingelegt werden. In diesen Pausen schliesse der Beschwerdeführer am Arbeitsplatz für ein paar Augenblicke die Augen, manchmal auch für mehrere Minuten. Falls er so nicht zur Ruhe komme, setze er sich für fünf bis 20 Minuten auf eine Bank. In sechs Fällen sei der Beschwerdeführer nach solchen Pausen früher nach Hause gegangen. Insgesamt habe er während 13 Tagen zwei Stunden gearbeitet und 38 Absenzen aufgewiesen. Der Beschwerdeführer habe erklärt, dass er immer wieder für die Neueinstellung der Medikamente sowie für weitere Abklärungen den Arzt aufsuchen müsse. Bis zu den Weihnachtsferien sei ohne Absenzen am Montag, Dienstag und Donnerstag jeweils von 12:30 bis 14:30 zwei Stunden gearbeitet worden. Ab Anfang Januar 2016 sei der Beschwerdeführer wegen einer Cortisonbehandlung im Knie und der damit verbundenen Schmerzen während knapp drei Wochen krankgeschrieben gewesen. Nach der Pensumsteigerung auf vier Tage à zwei Stunden ab 25. Januar 2016 habe der Beschwerdeführer in der ersten Woche ca. sieben Stunden gearbeitet. Ab dem 1. Februar 2016 habe ihn der Hausarzt Dr. med. K. ___ wegen der Medikamentenumstellung, Druck im Kopf und Schlafstörungen erneut krankgeschrieben. Auf die Erhöhung des Pensums auf fünf Tage à zwei Stunden nach zwei Monaten habe man verzichtet. Der Beschwerdeführer berichte, dass er Konzentrationsprobleme habe und ihm die Energie für die Arbeit fehle. Die verordneten Medikamente würden ihn nur müde machen, einschlafen könne er jedoch nicht. Ausserdem erzähle er von Tagen, an denen er aus unerklärlichen Gründen stürze und sich den Kopf stosse, Gegenstände, Termine und Unterlagen vergesse oder verliere und sich dadurch im Alltag unsicher fühle. Momentan sehe man keine Vermittelbarkeit. Nach Erhalt eines weiteren Arztzeugnisses mit einer Arbeitsunfähigkeit von 100 % ab 15. März 2016 breche man den Einsatz per 17. März 2016 vorzeitig ab. 3.4 Das Gerichtsgutachten der Gutachterstelle C. ___ vom 28. September 2017 (A.S. 91 ff.) enthielt folgende Diagnosen (A.S. 120): A) Mit wesentlicher Einschränkung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit: - Chronische, schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen (F32.3) mit/bei · Agoraphobie und Panikstörung (F40.0) · komplizierter, protrahierter Trauerreaktion (F38.8) - Läsion des medialen Meniskus rechts mit / bei · geringen degenerativen Veränderungen femoropatellär - Meniskushinterhornläsion links - Lumbale Spondylose mit / bei · Modic 11-Veränderungen an der unteren Vorderkante L2 · dehydrierten Bandscheiben L3 - L5 mit minimen Bandscheibenprotrusionen - Verdacht auf generalisiertes sekundäres muskuläres Schmerzsyndrom - Verdacht auf Karpaltunnelsyndrom beidseits B) Ohne wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, aber mit Krankheitswert: - Ektasie der Aorta ascendens, kontrollbedürftig - Grenzwertige Hypertonie, kontrollbedürftig - Leicht erhöhtes HbA1c, kontrollbedürftig - Hyperlipidämie, kontrollbedürftig - Anamnestisch Urininkontinenz (trägt Einlagen) - Refluxbeschwerden - Varikosis rechts - Cataracta senilis - Astigmatismus - Übergewicht (BMI 27) C) Nebenbefunde - Bruxismus 3.4.1 Der internistische Experte Dr. med. D. ___ hielt zur Vorgeschichte fest, der Beschwerdeführer sei in [...] aufgewachsen, wo er die Volksschule und anschliessend das Lyzeum besucht habe. Ein Ökonomiestudium habe er abgebrochen und sich auf der Militärakademie zum Marinefunker ausbilden lassen. In der Folge sei der Beschwerdeführer in diesem Beruf tätig gewesen. 1987 habe er geheiratet; 1989 sei das erste und 1997 das zweite Kind zur Welt

gekommen. 1990 sei der Beschwerdeführer in die Schweiz emigriert, wo man ihn 1998 eingebürgert habe. Die Ehe sei 2005 geschieden worden. Der Beschwerdeführer lebe alleine in einer Einzimmerwohnung. Seit der Aufhebung der Rente beziehe er Sozialhilfe (A.S. 108 + 118). Der Beschwerdeführer sei vom Sohn mit dem Auto zur Untersuchung gebracht worden. Er sei sehr müde, wirke unkonzentriert, depressiv, abgeschlagen und oft wie abwesend. Er verwende rechts eine Gehkrücke und müsse auf dem Weg vom Warte- ins Untersuchungszimmer oft anhalten. Auf dem Stuhl bleibe er dann zweimal 60 Minuten, unterbrochen von einer 15-minütigen Pause, ruhig sitzen (A.S. 107). Der Beschwerdeführer gab an, er stehe früh auf. Bis zum Mittag wisse er jedoch nicht, wo und wer er sei. Er habe einen guten Freund, der ihm das Mittagessen bringe. Nach dem Essen zwingt er sich, zusammen mit dem Kollegen spazieren zu gehen. Er verliere und vergesse immer wieder Dinge, Gegenstände und Sachen. Alleine würde er sich draussen auch nur schwer zurechtfinden. Wegen Kopfschmerzen und einem Durcheinander im Kopf könne er nicht mehr fernsehen und Radio hören. Er verstehe keine längeren komplexeren Zusammenhänge mehr, weshalb er auch keine Bücher und Zeitungen mehr lesen könne. Die Körperpflege gehe noch knapp selbständig. Die Haushaltführung sei ohne Mithilfe seiner Kinder nicht mehr möglich. Er vergesse immer wieder den Kochherd auszuschalten; nun hätten ihm seine Kinder sämtliche Einschaltknöpfe mit Klebebändern zugeklebt. Das Nachtessen bereite er sich alleine zu. Er liege sowieso den Tag über sehr viel im Bett oder sonst herum. Abends könne er sehr schlecht einschlafen. Meistens gehe er um 21:00 Uhr zu Bett. Jede Nacht stehe er fünfmal auf. Er müsse Wasser lösen, habe aufkommende Ängste, Hüft- und Rückenschmerzen (A.S. 109). Er könne nicht lange den Urin verhalten und sei teilweise auch inkontinent, vor allem nachts bei Angstattacken, weshalb er Einlagen trage. Sozial sei er gut integriert bei Freunden und bei den Kindern. Über Dyspnoe, Thoraxschmerzen und Beklemmungsgefühl klage der Beschwerdeführer vor allem bei Angstattacken, ansonsten bestünden keine typischen pektanginösen Beschwerden, keine Palpitationen und keine Synkope (A.S. 111). Der Beschwerdeführer gebe an, zurzeit vermöge er keinerlei Tätigkeit durchzuführen. Die gescheiterten Arbeitsversuche vor einigen Jahren hätten gezeigt, dass es nicht gehe. Er sei kraftlos, er wisse und könne nichts mehr und fühle auch nichts mehr. Im Winter 2015 hätten Knieprobleme und Meniskusprobleme rechts begonnen (A.S. 109). Die Spritzen hätten nicht viel genützt. Er habe dauernd Schmerzen, müsse hinken und einen Krückstock zur Hilfe nehmen. Eine Operation sei nötig, er habe jedoch Angst davor. Neuerdings würden vor allem nachts an beiden Beinen Krämpfe auftreten. Ausserdem leide er zunehmend an lumbosakralen Schmerzen, vor allem morgens sei er kaum mobilisierbar. Er benötige die Krücke wegen der Knieschmerzen, teilweise auch wegen des Schwindels und der Gangunsicherheit. Die Schmerzen an den Gelenken würden sich in letzter Zeit über den ganzen Körper ausdehnen, insbesondere auch an den Händen. Dieser Schmerz sei nicht immer vorhanden, sondern wechselnd. Er habe seine Rente und seine Frau verloren, dies sei alles jedoch nicht so schlimm wie der Verlust an Lebensgefühl und Lebensfreue. Er sei traurig und hoffnungslos. Er wolle einfach nicht ganz abhängig werden in seinem Leben. Immer habe er Angst, etwas falsch zu machen. Er könne nicht in den Spiegel schauen, er erkenne sich nicht und werde dann zornig. Er halte keinen Druck mehr aus, könne nichts erledigen und keine Anforderungen erfüllen. Am Morgen sei er wie tot, betäubt und gelähmt. Erst am Mittag gehe es besser. Seine Stimmung sei ängstlich-unruhig, er sei zittrig und angespannt. Oft sei er zwei bis drei Tage ununterbrochen im Bett. Er vertrage keine Leute um sich. Seine Freunde müssten ihn stets anspornen, für kleinere Spaziergänge nach draussen zu kommen. Wenn er draussen sei, erkenne er teilweise Bekannte nicht mehr. Die

Leute würden ihm dann Vorwürfe machen, was ihn wieder in mehr Ängste versetze. Er wolle aber auch stark sein und seine Krankheit nach aussen verheimlichen. Immer wieder verkrampfe er sich und bekomme Attacken. Er habe Angst vor neurologischen Erkrankungen. Zunehmend würden ihn auch die Knie- und Rückenschmerzen sowie die übrigen Gelenkschmerzen plagen. Er sei traurig und wisse nicht warum. Es gebe eigentlich keinen Grund für die Krankheit. Mit dem Auto fahre er aus Angst nicht mehr. Früher habe er gerne gemalt, sei ein begeisterter Funker gewesen und habe auch Schiffsmodelle gebaut. Dies gehe nicht mehr (A.S. 110).

3.4.2 Gegenüber dem orthopädischen Experten Dr. med. E. ___ erklärte der Beschwerdeführer am 10. Mai 2017, während seiner Arbeit im Stahlwerk von 1990 bis 2000 habe er häufig wegen einschiessender Kraftlosigkeit der rechten Hand Gegenstände fallen lassen. Seit etwa drei Jahren leide er auf der Innenseite des rechten Knies unter belastungsabhängigen Schmerzen. Die Abklärung vor etwa anderthalb Jahren habe eine Verletzung des Meniskus ergeben. Die empfohlene Operation habe er bisher insbesondere aus Angst vor einem schlechten Ergebnis nicht durchführen lassen. Seit etwa vier bis fünf Jahren verspüre er auch Schmerzen im Bereich der unteren Lendenwirbelsäule, welche in letzter Zeit massiv zugenommen hätten. Zusätzlich würden ihm seit etwa fünf bis sechs Jahren zunehmend die Muskeln am ganzen Körper in Ruhe und unter leichter Anstrengung Schmerzen bereiten. Aktuell seien am rechten Knie praktisch ständig Schmerzen vorhanden. Nach dem Sitzen und vor allem am Morgen würden starke Anlaufschmerzen auftreten. Das Gelenk sei dann bis fast am Mittag wie blockiert. Auch beim Liegen in der Nacht habe er oft Schmerzen und erwache deswegen. In der Ebene könne er nur mit einem Stock in der rechten Hand einigermassen gehen. Es bestehe eine Tendenz zu Stürzen. Die freie Gehstrecke sei auf etwa 100 m beschränkt, dann müsse er anhalten und stehen bleiben. Sitzen sei nur kurze Zeit möglich, dann müsse er aufstehen und etwas umhergehen. Treppensteigen sei wechselseitig nicht möglich. Knien sowie Aufstehen aus kniender und kauender Stellung sei mit starken Schmerzen verbunden. Eine zweimalige Cortisoninfiltration habe zu einer Verbesserung von etwa vier bis fünf Wochen geführt. Die drei Monate Physiotherapie im Jahr 2016 hätten nur eine leichte vorübergehende Besserung bewirkt. Im lumbosakralen Übergang seien auch Nachtschmerzen vorhanden, welche weder ein Schlafen in Rückenlage noch in Seitenlage erlaubten. Morgens beim Aufstehen seien diese Schmerzen am stärksten, sie würden meist bis am Mittag anhalten und die Beweglichkeit massiv einschränken. Seit etwa anderthalb Jahren strahle der Schmerz vom Rücken vorne über die Oberschenkel aus. Bücken und Aufrichten aus gebückter Stellung sei sehr schmerzhaft. Neurologische Ausfälle seien nicht erfragbar. Im Bereich der Brustwirbelsäule bestünden einzig bei längerem Sitzen zeitweise leichte Schmerzen. An der Halswirbelsäule berichte der Beschwerdeführer über Schmerzen bei Neigung nach beiden Seiten und vor allem bei schnellen Drehungen des Kopfes nach rechts, wo es dann zu einschiessenden Schmerzen in der Muskulatur komme. Eine Schmerzausstrahlung in die Arme liege nicht vor (A.S. 130).

Am übrigen Bewegungsapparat bestünden muskuläre Bewegungsschmerzen mit wechselndem Ausmass und wechselnder Lokalisation. An beiden Schultern komme es beim Heben von Lasten über 5 kg zu Schmerzen im Bizeps, wo zeitweise auch Nachtschmerzen vorhanden seien. Hinzu kämen Schmerzen bei der Schulterflexion, weniger bei Abduktion. Selbst das Tragen von leicht gefüllten Einkaufstaschen und ähnlichen Lasten sei praktisch nicht mehr möglich, einerseits weil es beim Anheben der Lasten zu Schmerzen vom Unterarm bis in den Bizeps komme, andererseits weil ihm oft Dinge aus der Hand fielen. Wenn er eine Übung mehr als zehnmal durchführe, sei dies wegen Kraftminderung auch mit wenig Belastung nicht mehr

möglich. An den Händen könne er den Faustschluss beidseits nicht immer kontrollieren und es komme zeitweise zu einem Einschlafen der Finger, weshalb er diese fast ständig bewegen müsse. Am linken Knie gebe es gelegentlich leichte Belastungsschmerzen. Wegen der vermehrten Belastung des linken Beines in Folge der Kniebeschwerden rechts habe er oft Schmerzen und ein Spannungsgefühl im Bereich der linken Wade, welches über die Ferse bis zur Fusssohle ausstrahle. Die Körperpflege sei noch gut möglich. Aus Angst vor Stürzen habe er sich in der Dusche Haltegriffe anbringen lassen. Rasiert werde er von seinem Sohn, weil er wegen seiner psychischen Probleme nicht in den Spiegel schauen könne und sich zudem immer schneiden würde. Zur Schmerzlinderung lasse er sich jeden Tag von seinem Sohn vor allem den Rücken mit Voltaren o.ä. einreiben. Schuhe binden sei kaum mehr möglich, auch das Anziehen von Socken und von Kleidern sei eingeschränkt. Wegen der Beschwerden am Bewegungsapparat stehe der Beschwerdeführer in Behandlung bei seinem Hausarzt Dr. med. K. ___ mit Konsultationen etwa alle zwei bis drei Monate. Nach der Abklärung der Kniebeschwerden rechts im Jahr 2015 sei keine orthopädische Untersuchung oder Behandlung mehr durchgeführt worden. Auch die Rückenbeschwerden habe man noch nie abgeklärt (A.S. 131). Der Beschwerdeführer klage über diffuse Schmerzen vorwiegend muskulärer Art am gesamten Bewegungsapparat. Objektivierbar sei ein lumbospondylogenes Syndrom bei relativ geringgradigen degenerativen Veränderungen der Lendenwirbelsäule, wobei das angegebene Ausmass der Beschwerden nicht vollständig mit dem relativ geringfügigen kernspintomographischen Befund korrespondiere. Zusätzlich finde sich an beiden Kniegelenken eine mediale Meniskusläsion mit nur geringen Beschwerden links, jedoch massiven Beschwerden rechts. Auch hier korrelierten die geklagten Beschwerden nur teilweise mit dem objektiven kernspintomographischen Befund. Insbesondere lasse sich durch die objektivierbaren Befunde das gestörte, einem Duchenne-Hinken ähnliche stockfreie Gangbild nur schlecht erklären. Ebenso sei auffällig, dass der Beschwerdeführer seinen Gehstock rechts benütze, wodurch das betroffene mediale Kompartiment nicht entlastet werde; dafür müsste man den Stock auf der Gegenseite einsetzen. Seitens der objektivierbaren Befunde an der Lendenwirbelsäule, an den Kniegelenken und an den Händen bestehe eine Einschränkung der Alltags- und Berufsfunktionen leichten bis mittelgradigen Ausmasses. Die 2002 postulierte Rhizarthrose an beiden Händen lasse sich klinisch und im Röntgenbild nicht bestätigen. Radiologisch fänden sich lediglich geringgradige arthrotische Veränderungen an der Grundphalanxbasis I beidseits sowie im Bereich der PIP- und DIP-Gelenke II, III und V rechts, geringgradig auch links. Bei den Provokationstests für ein Karpaltunnelsyndrom komme es beidseits zu Parästhesien in die Finger, allerdings nicht eindeutig nur in die Medianus-innervierten Finger; ein Karpaltunnelsyndrom beidseits sei möglich, klinisch jedoch nicht eindeutig nachweisbar. Die übrigen Befunde am Bewegungsapparat, insbesondere die generalisierten Muskelschmerzen, seien nicht sicher zu objektivieren. Auffällig seien zudem Inkohärenzen der Befunde je nachdem, ob eine Körperregion spezifisch untersucht werde oder ob die Bewegungen spontan durchgeführt würden. Dies betreffe einerseits die aktive Rotationsfähigkeit der Halswirbelsäule, welche bei der Untersuchung der Beweglichkeit deutlich eingeschränkt, beim Gespräch mit dem neben dem Beschwerdeführer sitzenden Dolmetscher jedoch normal sei. Auch bei der Untersuchung der Komplexbewegungen der Schulter präsentiere der Beschwerdeführer diese in der Bewegungsamplitude als deutlich eingeschränkt; wenn er aufgefordert werde, die Hauptbeschwerden an der Lenden- oder Halswirbelsäule zu zeigen, wiesen die gleichen Bewegungen jedoch ein normales Bewegungsausmass auf. Insgesamt könne deshalb eine Überlagerungssymptomatik nicht

ausgeschlossen werden, wofür man auf das psychiatrische Teilgutachten verweise (A.S. 135). Für die angestammte berufliche Tätigkeit als Dreher in einem Industriebetrieb schätze man die Arbeitsunfähigkeit aus orthopädischer Sicht unter Berücksichtigung der erhobenen klinischen Befunde, der Anamnese und der Fremdbefunde auf 50 %. Für eine Verweistätigkeit wiederum sei von einer Arbeitsfähigkeit von 70 % auszugehen. Zumutbar sei eine Tätigkeit mit Wechsel zwischen sitzender und stehender bzw. gehender Tätigkeit. Wegen der Befunde an den Kniegelenken seien Arbeiten in kauender und kniender Stellung, längeres Treppensteigen insbesondere mit Tragen von Lasten sowie Zwangshaltungen der Kniegelenke im Sitzen zu vermeiden. Bezüglich der Lendenwirbelsäule seien Arbeiten in gebückter Stellung, unerwartete asymmetrische Lasteinwirkungen, Heben von Lasten über 5 bis 10 kg vom Boden sowie belastete Drehungen und Seitneigungen zu meiden. Zumutbar sei dabei eine zeitliche Belastung von ca. 6,5 bis 7 Stunden pro Tag (= 85 % der Arbeitszeit) mit einer Leistungseinschränkung von 15 % (A.S. 136). Subjektiv am meisten störten den Beschwerdeführer zurzeit die medialen Kniebeschwerden rechts. Da die bisherige konservative Behandlung keine wesentliche Besserung bewirkt habe, wäre eine Arthroskopie mit Teilmenisektomie des rechten Kniegelenkes in Erwägung zu ziehen. Am linken Kniegelenk sowie an der Lendenwirbelsäule empfehle man eine konservative Behandlung mit intensiver Physiotherapie, insbesondere zur Kräftigung und Stabilisierung der Rückenmuskulatur. Wegen des Verdachtes auf ein Karpaltunnelsyndrom schlage man eine neurologische Abklärung vor. Zum Ausschluss einer somatischen Ursache der diffusen muskulären Schmerzsymptomatik wäre zudem eine rheumatologische Untersuchung in Erwägung zu ziehen (A.S. 136). Mit den besagten Therapien wäre voraussichtlich eine Verbesserung der Arbeitsfähigkeit zu erwarten (A.S. 138). Aus orthopädischer Sicht sei das Belastbarkeitstraining ab dem 14. Dezember 2015 dem damaligen Gesundheitszustand des Beschwerdeführers angepasst gewesen. In den zur Verfügung stehenden Akten fänden sich keine Angaben über eine orthopädische Ursache des Scheiterns der Steigerung des Arbeitspensums; entsprechend sei es aus orthopädischer Sicht nicht möglich diese Frage zu beantworten (A.S. 137). Gemäss I.____-Gutachten vom 7. Dezember 2010 habe der Beschwerdeführer damals über keine somatisch zuordenbaren Beschwerden geklagt, was auch mit den objektivierbaren Befunden übereingestimmt habe. Eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus somatischer Sicht sei damals verneint worden. Zwischenzeitlich seien neu lumbale Beschwerden mit (radiologisch nachweisbaren, allerdings geringgradigen) degenerativen Veränderungen sowie mediale Kniebeschwerden rechts (infolge einer radiologisch bestätigten Meniskusläsion) und links (mit kleiner Läsion des medialen Meniskus) aufgetreten. Aus orthopädischer Sicht sei der neue Zustand mit einer Wahrscheinlichkeit von mehr als 50 % spätestens am 5. Dezember 2015 (Zeitpunkt der kernspintomographischen Diagnose einer Meniskusläsion medial rechts) erreicht worden (A.S. 138).

3.4.3 Beim psychiatrischen Experten Dr. med. F.____ erklärte der Beschwerdeführer am 16. Juni 2017, er habe die Lebenslust verloren. Er könne nicht mehr normal atmen, da er sich verkrampfe. Er habe jahrelang gekämpft, aber langsam werde er müde. Er könne seit Jahren nicht mehr in den Spiegel schauen; er sei nicht das, was er sehe, er habe schon den Spiegel mit der Faust zerschlagen. Er leide an Schlaflosigkeit. Er könne nur eine halbe Stunde fernsehen. Bei einem Buch wisse er nach einer Seite nicht mehr, was er gelesen habe. Oft erkenne er Bekannte nicht, weil er in Gedanken sei. Wenn sie ihn darauf ansprächen, dann stresse ihn dies. Er glaube an Gott, nur da sehe er eine Heilung, alles andere sei nicht mehr von Bedeutung. An seinem Enkelkind könne er sich nur kurz

freuen. Er frage sich, wofür er noch lebe. Er sei froh, dass er sich noch selber pflegen und rasieren könne. Kochen könne er nicht mehr, er habe immer wieder vergessen, die Kochplatten abzustellen. Im Bus wolle er nach kurzer Zeit aussteigen, da er nicht gern unter Leuten sei; er bekomme dann Angst und beginne zu schreien (A.S. 139). Eine bösertige Männerstimme in seinem Kopf sage immer, dass er alles falsch mache. Er könne nicht mehr lachen, keine Gefühle mehr äussern und nichts mehr geniessen. Er weine weniger und werde mehr wütend, was ihn belaste. Alles sei monoton und gleichgültig. Wenn er aufwache, wisse er bis Mittag nicht, wo und wer er sei. Oft frage er sich, warum ihm das passiert sei. Er habe sein gutes Leben und seine Familie verloren. Vor zehn Jahren sei er geschieden worden. Er schäme sich, dass er Windeln anziehen und einen Zahnschoner tragen müsse. Deswegen könne er auch nicht auf Besuch gehen. Wenn er diese Angstanfälle habe, fülle er wieder die Windeln. Jetzt könne er nur noch beten. Sein türkischer Wortschatz sei nur noch klein. Früher sei er auf einem Schiff Funkoffizier gewesen. Als die Kinder gekommen seien, sei er 1990 in die Schweiz gezogen. Dort habe er in der Eisenfabrik G.____ im Walzwerk gearbeitet. Es habe sich nicht um eigentliche Schwerarbeit gehandelt, aber die Schichtarbeit und vor allem die Nachtarbeit sei belastend gewesen. Trotz der grossen Umstellung habe er die Zeit bis zum Unfall in guter Erinnerung. Seither sei er vergesslich. Seine Kopfschmerzen habe er verdrängt, um die Arbeit nicht zu verlieren. Obwohl er wolle, könne er nichts mehr arbeiten, da er die Konzentration verloren habe und nicht mehr wisse, was er mache. Mit dem Velo könne er nicht mehr fahren, da er stürzen würde (A.S. 140). Schmerzen habe er im Kopf, Kreuz und Knie. Die Schmerzstärke liege bei acht bis neun von zehn Punkten, er kenne keinen Moment ohne Schmerzen. Verstärkend seien Sitzen und Kälte, lindernd Gehen, Medikamente (für ein bis zwei Stunden) und Wärme. Er müsse ein Korsett tragen. Er könne den Kopf nicht drehen, sonst schössen die Schmerzen so stark ein, dass er Tränen bekomme. Er sei innerlich leer. Das störe sein Gleichgewicht, nicht die Schmerzen. Er vertrage kein helles Licht mehr. Er werde in Cafeterias eingeladen, müsse aber nach fünf Minuten hinaus. Er wäre lieber tot und habe oft Suizidideen. Zu Bett gehe er zwischen 22:00 und 23:00 Uhr, brauche aber zum Einschlafen mindestens eine Stunde, da ihn viele schlechte Gedanken plagten. Er erwache etwa fünfmal pro Nacht und habe oft Alpträume. Am Morgen sei er um 7:00 Uhr wach, ziehe sich aber erst um 10:00 Uhr an. Tagsüber schlafe er nicht. Er habe kein sexuelles Verlangen mehr. Sein Kopf sei verstopft von den vielen Eindrücken (A.S. 141). Während der Untersuchung, die ohne Pause von 8:40 bis 10:25 Uhr dauerte, erhob der Experte folgenden Psychostatus nach AMDP: Der Beschwerdeführer sei wach und allseits orientiert. Gelegentlich sei er einen kurzen Moment abwesend, lasse sich aber problemlos wieder zurückholen. Sonst fänden sich kaum Hinweise auf klinisch relevante Aufmerksamkeits-, Konzentrations- oder Gedächtnisstörungen. Sobald er sich verstanden fühle, lebe der Beschwerdeführer sichtlich auf (A.S. 141). Der deutsche Wortschatz sei erstaunlich breit und differenziert, der türkische, soweit beurteilbar, unauffällig. Der Beschwerdeführer erwähne Ängste vor seiner inneren Stimme, Angstanfälle vor allem in Menschenmengen, zum Teil mit Schreianfällen, und Alpträume. Auf aktuelle Zwänge gebe es keine Hinweise. Inhaltlich sei das Denken auf die Stimme und depressive Themen wie die schwierige Situation eingeengt, aber der Beschwerdeführer könne sich gut auf andere Themen einlassen. Die Intelligenz liege klinisch im oberen Normbereich. Die Schilderung der Schmerzen sei eher emotional, relativ vage und wenig differenziert. Eine gewisse Introspektionsfähigkeit sei vorhanden. Frage man den Beschwerdeführer, wie er seine frühere Arbeit erlebt habe, werde er eine Spur lebhafter; es zeige sich ein gewisser Stolz,

aber auch eine Trauer, dass das notwendige Selbstvertrauen für eine Arbeit nicht mehr bestehe. Was Sinnestäuschungen angehe, schildere der Beschwerdeführer eine kommentierende und abwertende Männerstimme im Kopf, wobei er nicht sicher sagen könne, ob sie Deutsch oder Türkisch spreche. Er empfinde sich und die Welt als verändert, was einer leichten Derealisation und Depersonalisation entsprechen dürfte. Affektiv sei der Beschwerdeführer erreichbar, aber etwas eingeschränkt moduliert. Die Stimmung sei vorwiegend bedrückt, resigniert und depressiv; im Hintergrund seien Verzweiflung, Frustration, Reizbarkeit und Hoffnungslosigkeit spürbar. Gelegentlich zeige der Beschwerdeführer ein Lächeln, vor allem wenn er von seinen Kindern, dem Enkel und seiner Arbeit erzähle, aber er lache nie. Einmal habe er Tränen in den Augen, wobei er sich offensichtlich schäme. Mimik und Gestik wechselten zwischen verarmt und verlangsamt in den Momenten, wo er wie abwesend wirke, und erstaunlich lebhaft, wenn er von sich aus erzähle. Die Stimme sei normal laut und moduliert. Wenn der Beschwerdeführer einmal die Anfangsschwelle überwunden habe, spreche er zunehmend von sich aus. Am Schluss des Gesprächs erwähne er spontan, dass er schon lange nicht mehr so lange gesessen und gesprochen habe. Der Beschwerdeführer zeige kaum Schmerzzeichen wie Seufzen. Er habe Mühe einzuschlafen, erwache wiederholt, aber nicht vorzeitig. Die 30 Punkte im HDRS-Test und 32 im MADRS-Test entsprächen (knapp) einer schweren Depression. Klammere man die durch die Schmerzen erklärbaren Symptome aus, entspreche der HDRS mit 20 und der MADRS mit 22 Punkten noch (knapp) einer mittelschweren Depression (A.S. 142). Labormässig liege der Spiegel für Sertralin im Normbereich, derjenige für Lorazepam, das nur in Reserve verordnet sei, darunter (A.S. 143). Zu den Risikofaktoren und Ressourcen führte der Experte aus, der Beschwerdeführer sei in geordneten und liebevollen Familienverhältnissen aufgewachsen. Auch heute noch bestehe ein sehr gutes Verhältnis zur Herkunftsfamilie, was die Resilienz, mit Schicksalsschlägen fertig zu werden, erhöhen dürfte. Es lasse sich kein Kindheits- oder Kriegstrauma und keine politische Verfolgung eruieren. Die Mutter und die zwei Geschwister des Beschwerdeführers litten an Depressionen. Dies bewirke ein erhöhtes Risiko für Depressionen und wahrscheinlich auch Angststörungen. Nach dem Lyzeum habe der Beschwerdeführer ein Ökonomiestudium an der Universität begonnen, dann aber zur Militärakademie gewechselt und die Ausbildung zum Marinefunker abgeschlossen. Anschliessend habe er während 13 bis 15 Jahren als militärischer Marinefunker auf dem Mittelmeer gearbeitet. Er habe seine Frau, eine in der Schweiz eingebürgerte Türkin, kennengelernt und sich nach der Geburt des Sohnes entschlossen, in die Schweiz zu emigrieren, dies aus finanziellen Gründen und weil seine Frau die langen Abwesenheiten auf See schlecht ertragen habe. Die neue Arbeit in einem Walzwerk sei finanziell zwar eine deutliche Verbesserung gewesen, aber sozial ein ebenso deutlicher Abstieg, vom Marineoffizier in der Heimat zum wenig angesehenen, angelernten Giessereiarbeiter in einem fremden Land und einer fremden Kultur. Der Beschwerdeführer gebe an, dass es ihm in der Schweiz gefalle und besser gehe als in seiner Heimat, aber früher sei er sehr oft in die Türkei geflogen (A.S. 143). Auf jeden Fall habe ihn die Migration entwurzelt, was einen Risikofaktor darstellen dürfte. Seine Frau habe sich scheiden lassen; da zu ihr kaum mehr Kontakt bestehe, habe der Beschwerdeführer die Scheidung vermutlich nicht gut bewältigt, was insbesondere bei Männern ein erhöhtes Depressionsrisiko darstelle. Allerdings habe er zu den beiden Kindern aus dieser Ehe und ihren Familien ein gutes Verhältnis, was eine Ressource sein dürfte. Seit Jahren sei der Beschwerdeführer sozial eher isoliert. Seine Kontakte beschränkten sich auf seine Kinder, die er regelmässig sehe, einen Freund und

dessen Frau, Kollegen sowie Termine bei Ärzten und dem Sozialdienst (A.S. 144). Zum Komplex «Persönlichkeit» hielt der Experte fest, der Beschwerdeführer sei sehr leistungsorientiert und perfektionistisch. Er sei stolz auf seine Leistungen, stelle aber auch hohe Anforderungen an sich selber. Durch harte Arbeit habe er sich die Anerkennung geholt, die er sonst ausserhalb der Familie kaum gefunden habe. Sein Selbstwertgefühl sei all die Jahre von seiner Leistungsfähigkeit abhängig gewesen. Diese Konstellation erhöhe das Risiko einer Somatisierungsstörung. Allerdings handle es sich um sozial sehr erwünschte Persönlichkeitseigenschaften, die von sich aus, wenn keine zusätzlichen Belastungen dazukämen, kaum je zu Erkrankungen führten. Sonst liessen sich in der Vorgeschichte keine persönlichen oder familiären Risikofaktoren für ein psychisches Leiden eruieren, aber auch kaum Ressourcen. Zusammenfassend würden die Risiken und Belastungen die Ressourcen überwiegen. Durch die gescheiterte Ehe, die Aufgabe seines Berufs bei der Marine und die damit verbundene Auswanderung aus seiner Heimat sowie ev. den Unfall habe der Beschwerdeführer viel verloren: Seelische und körperliche Beschwerdefreiheit, Arbeitsmöglichkeiten, Verdienst, Anerkennung, Ehre und soziale Integration. Verluste bedingten einen Trauerprozess, der nicht immer möglich sei, vor allem auch da von der Umgebung oft wenig Verständnis und keine Modelle dafür vorhanden seien. Eine blockierte Trauer könne zu Depressionen führen. Der Trauerprozess sei inzwischen in eine chronische Depression übergegangen (A.S. 144). Chronische Beschwerden, Schlafstörungen und Einbussen in der kognitiven und körperlichen Leistungsfähigkeit führten vor allem bei leistungsorientierten Menschen oft zu einer depressiven Reaktion, die ihrerseits wieder die Beschwerden verstärke. Für die Diagnose einer Depression sei die klinische Beurteilung entscheidend. Die allgemeinen Kriterien für eine schwere Depression nach ICD-10 seien erfüllt. Weiter lägen alle drei Symptome nach F32.0 B (depressive Stimmung, in einem für die Betroffenen deutlich ungewöhnlichen Ausmass, die meiste Zeit des Tages, fast jeden Tag, im Wesentlichen unbeeinflusst von den Umständen und mindestens zwei Wochen anhaltend; Interessen- oder Freudeverlust an Aktivitäten, die normalerweise angenehm waren; verminderter Antrieb oder gesteigerte Ermüdbarkeit) vor. Hinzu müssten noch zusätzliche Symptome nach F32.0 C kommen, so dass eine Gesamtzahl von mindestens acht Symptomen vorliege. Beim Beschwerdeführer seien die Symptome 4 (Verlust des Selbstvertrauens oder des Selbstwertgefühls), 6 (wiederkehrende Gedanken an den Tod oder an Suizid oder suizidales Verhalten), 7 (Klagen über oder Nachweis eines verminderten Denk- oder Konzentrationsvermögens, Unschlüssigkeit oder Unentschlossenheit) und 9 (Schlafstörungen jeder Art) erfüllt. Damit ergebe sich eine Gesamtzahl von sieben Symptomen, was einer mittelgradigen Depression entspreche. Die Appetitlosigkeit habe zu keinem Gewichtsverlust geführt. Die vorhandenen Schuldgefühle seien aktuell zu wenig ausgeprägt. Die Vorgabe des ICD-10, die Anzahl erfüllter Kriterien zu zählen, sage wenig aus über die Auswirkungen der Depression. Bei einer rein klinischen Abschätzung hingegen versuche man meist die Ausprägung der einzelnen Symptome zu einem Gesamtbild zu integrieren, was wesentlich fundiertere Aussagen über die Auswirkungen erlaube. Auch etablierte Testverfahren seien hilfreich bei der Einschätzung des Schweregrads. Von daher dürfte der klinische Eindruck einer mittelgradigen Depression die beste Annäherung an den tatsächlichen Schweregrad sein. Der Beschwerdeführer schildere auch psychotische Symptome, wie akustische Halluzinationen und Ich-Störungen, so dass eine schwere psychotische Depression zu diagnostizieren sei. Halluzinationen seien definiert als Wahrnehmungen, die ohne Empfindung entstünden. Es stelle sich die Frage, ob es sich hier um Halluzinationen oder

Pseudohalluzinationen handle (A.S. 146). Letztere seien Wahrnehmungen, die vom Patienten als nicht real erkannt würden. Im vorliegenden Fall handle es sich eher um Pseudohalluzinationen. Allerdings leide der Beschwerdeführer subjektiv stark unter den Beschimpfungen und Entwertungen durch die innere Stimme, so dass doch eher von einem psychotischen Erleben auszugehen sei. Psychotische Depressionen seien eher selten und meist durch stimmungskongruente Wahnideen wie Verschuldungs- oder Verarmungswahn gekennzeichnet, weniger durch Wahrnehmungsstörungen. Eine depressive Episode mit psychotischen Symptomen habe einen ungünstigeren Verlauf und führe zu mehr psychosozialen Einschränkungen als eine ohne solche Symptome. Eine psychotische Depression gelte definitionsgemäss als schwer, auch wenn sie von der übrigen Symptomatik und den Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit her nur einer leichten oder mittelgradigen Depression entspreche. Von der Klinik und den Auswirkungen her dürfte es sich hier um eine mittelgradige depressive Symptomatik handeln. Eine chronische Depression zeige typischerweise Schwankungen im Schweregrad. Für die Beurteilung der anhaltenden Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit sei daher nicht nur vom momentanen Schweregrad auszugehen, sondern von einem durchschnittlichen Schweregrad, d.h. in diesem Fall von einer mittelgradigen Depression. In den Akten sei keine vollständige oder auch nur eine wesentliche Remission der Depression dokumentiert, weshalb davon auszugehen sei, dass es sich immer noch um die erste, chronisch gewordene depressive Episode handle und nicht um eine rezidivierende depressive Störung. Mit den Verlusten lasse sich eine wesentliche reaktive Komponente eruieren, aber die Depression habe sich trotz intensiver Behandlung weiter verschlechtert und chronifiziert, was für eine eher ungünstige Prognose spreche. Aus den Akten ergebe sich der folgende Verlauf: Die Depression habe etwa 2002 als depressive Anpassungsstörung begonnen und sich schleichend zu einer mittelgradigen Depression verschlechtert, wozu die Scheidung und der Verlust der Wohnung beigetragen haben dürften. Auf Grund der Anamnese, der Befunde und der Diagnosen sei verglichen mit dem I. ___-Gutachten von 2010 von einer deutlichen Verschlechterung auszugehen, wobei allerdings an diesem Gutachten erhebliche Zweifel bestünden. Verglichen mit den Berichten des behandelnden Psychiaters Dr. med. L. ___ sei der Gesundheitszustand weitgehend unverändert. Berücksichtige man noch den Tagesablauf und die Auswirkungen auf den Alltag, so sei tendenziell von einer leichten Verschlechterung seit 2011 auszugehen. Die von Dr. med. L. ___ 2011 beschriebenen dissoziativen Bewegungsstörungen würden nicht mehr auftreten. Derealisation und Versinken in Grübeleien in Form einer «Problemtrance» seien häufige Begleiterscheinungen einer Depression. Es gebe auch keine Hinweise auf eine posttraumatische Belastungsstörung oder ein Abhängigkeitssyndrom. Die Angstsymptomatik gehöre zwar zu einer Depression, sei aber so ausgeprägt, dass sie eine separate Diagnose rechtfertige (A.S. 148). Die psychotischen Erfahrungen mit Entwertungen und Drohungen lösten naturgemäss Angst aus. Diese Symptomatik bilde Teil der psychotischen Depression. Die geschilderten Ängste in Menschenmengen entsprächen der Diagnose einer Agoraphobie. Die Kriterien einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung seien nicht erfüllt. Die Schmerzen seien erst im Verlauf der Depression aufgetreten, dürften einen Teil derselben resp. der Trauer bilden und seien zu wenig ausgeprägt für eine eigenständige Diagnose. Der Beschwerdeführer erwähne die Schmerzen nur auf Nachfrage und schildere keinen andauernden, schweren und quälenden Schmerz. Was die Diagnose einer narzisstischen Persönlichkeitsstörung im I. ___-Gutachten von 2010 angehe, so seien die dort erwähnten Symptome nicht reproduzierbar. Diese hätten ohnehin

die Voraussetzungen für eine narzisstische Persönlichkeitsstörung oder Persönlichkeitszüge nicht erfüllt (A.S. 148). Derealisation gehöre nicht zu den typischen Symptomen einer solchen Störung, zumal sie nicht ein überdauerndes Merkmal sei, sondern ein Zustand (A.S. 148 f.). Zur Konsistenz stellte der Experte fest, es gebe verschiedene Angaben zu den Aktivitäten des Beschwerdeführers, insbesondere zu Flügen in seine alte Heimat. Daher bleibe eine gewisse Unsicherheit. Für eine wesentliche Verdeutlichung, Aggravation oder Simulation (gemäss der AWMF-Leitlinie für die Begutachtung von Schmerzen) gebe es keine Hinweise. Eine dramatisierende Darstellung sei während der Untersuchung kaum je zu beobachten. Die eher emotionale Schmerzschilderung entspreche höchstens einer leichten Verdeutlichung, welche nicht per se auf eine wesentliche Inkonsistenz hindeute. Für einen hohen Leidensdruck spreche auch die gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen: Bezüglich der im Vordergrund stehenden affektiven und ängstlichen Symptomatik sei die Schilderung der Beschwerden, des Tagesablaufs, der Aktivitäten und der sozialen Kontakte konsistent mit den Befunden und den Akten sowie kongruent mit den gestellten Diagnosen. Die funktionellen Auswirkungen auf die Arbeit und das Aktivitätenniveau im Haushalt und im Tagesablauf seien vergleichbar. Das spiegle sich auch im «Mini-ICF-Rating» für psychische Störungen wieder. Was den behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesenen Leidensdruck angehe, so sei der Beschwerdeführer in regelmässiger psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung. Die Psychotherapie werde lege artis durchgeführt, die bisherige Compliance sei, soweit beurteilbar, gut. Darauf deute auch der Serumspiegel des verordneten Antidepressivums hin. Jedoch entstünden Zweifel an der Motivation, wieder in den Arbeitsprozess einzusteigen (A.S. 149), wenn man sich die durchgeführten Wiedereingliederungsmassnahmen ansehe (S. 150). Subjektiv fühle sich der Beschwerdeführer auch für eine Tätigkeit, welche auf seine momentane Befindlichkeit und seine Bedürfnisse Rücksicht nehme, vollständig in seiner Arbeitsfähigkeit eingeschränkt. Das sei angesichts des Alters, der langen Abwesenheit vom Arbeitsmarkt, der für einige Arbeiten ungenügenden Sprachkenntnisse und der in der Schweiz nicht anerkannten Berufsausbildung auch verständlich. Angesichts all dieser Faktoren dürfte bei realistischer Betrachtung eine Wiederaufnahme der Arbeit wahrscheinlich scheitern. Da es sich hier um Faktoren handle, die nicht einer Erkrankung entsprächen, könne dieser Anteil an der Symptomatik keine medizinisch begründete Arbeitsunfähigkeit bewirken. Mit den Rehabilitationsversuchen seien Erfahrungen unter realen Bedingungen vorhanden, welche durchgängig die Motivation in Frage stellten und alle vorzeitig beendet worden seien. Grundsätzlich habe eine Depression zwar immer Auswirkungen auf den Gesundheitszustand, aber nicht immer auch auf die Arbeitsfähigkeit. Eine leichte bis mittelgradige Depression könne durch die Konzentrationsstörungen sowie den Verlust an Antrieb, Interessen, Selbstvertrauen und Durchhaltevermögen höchstens bei einer hochqualifizierten Arbeit (z.B. mit Führungsfunktionen oder hohen Anforderungen an die Kreativität und Flexibilität) eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % oder mehr bewirken. Hier liege jedoch eine mittelschwere Depression vor, welche die Leistungsfähigkeit bei jeder Tätigkeit einschränken könne. Trotz der Schmerzen sei es aus therapeutischer Sicht günstig, wenn der Beschwerdeführer arbeiten könnte, da ihm dies Tagesstruktur, Bestätigung und Kontakte gebe und ihn vom Grübeln ablenke, was die Heilung der Depression unterstütze. Die psychotische Komponente der Depression schränke die Flexibilität und Kontaktfähigkeit, vor allem mit nicht näher bekannten Menschen, zusätzlich ein. Eine Angststörung beeinflusse die Arbeitsfähigkeit nur in Ausnahmefällen wesentlich, z.B. bei

einer entsprechenden Exposition wie im Sicherheitsdienst; hier sei sie aber inzwischen relativ ausgeprägt (A.S. 150). Das schränke die Möglichkeiten ein, sich um eine Stelle zu bewerben und sie erfolgreich anzutreten, auch wenn es mit therapeutischer Unterstützung wahrscheinlich überwindbar sein dürfte. Die Überwindung dieser Angst brauche aber zusätzlich Energie, welche schon durch die Depression eingeschränkt sei, und reduziere vor allem die Stresstoleranz weiter. Über Ressourcen, um eine theoretisch zumutbare Tätigkeit trotz seiner Beschwerden überhaupt noch wahrzunehmen, verfüge der Beschwerdeführer nur (noch) wenig. Eine Arbeit mit laufenden Maschinen oder mit Motorfahrzeugen stelle erhöhte Anforderungen an die Konzentrationsfähigkeit. Auf Grund seiner Depression sei der Beschwerdeführer nicht mehr fahrtauglich. Auch bei schnell laufenden Maschinen sei eine Selbst- und Fremdgefährdung nicht auszuschliessen. Eine Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit als angelernter Fabrikarbeiter in einem Walzwerk sei nicht mehr gegeben. Wegen der psychischen Störungen seien Antrieb, Ausdauer, Konzentrationsfähigkeit, Selbstvertrauen, Arbeitstempo, Kontakt- und Verkehrsfähigkeit beeinträchtigt. Der schlechte Schlaf erschwere die Regeneration und führe tagsüber zu vermehrter Müdigkeit. Möglich wäre im Moment eine Präsenzzeit von etwa sechs Stunden am Tag (= 75 %), wobei der Beschwerdeführer auf eine gewisse zeitliche Flexibilität des Arbeitgebers angewiesen wäre. Die Leistungen seien aktuell im Ausmass von etwa 30 % eingeschränkt. Zusammengefasst könne aus psychiatrischer Sicht von einer Arbeitsunfähigkeit von etwa 50 % für eine angepasste Tätigkeit ausgegangen werden. Diese Einschätzung lehne sich an das «Mini-ICF-Rating» für psychische Störungen an. Von den dort beschriebenen Fähigkeiten sei keine vollständig aufgehoben. Schwer eingeschränkt sei die Widerstands- und Durchhaltefähigkeit. Mittelschwer eingeschränkt sei die Anpassung an Regeln und Routinen, die Planung und Strukturierung von Aufgaben, die Flexibilität und Umstellungsfähigkeit, die Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit, die Proaktivität und Spontanaktivitäten, die Selbstbehauptungsfähigkeit, die Konversation und Kontaktfähigkeit zu Dritten, die Gruppenfähigkeit sowie die Mobilität und Verkehrsfähigkeit. Leicht beeinträchtigt seien die Kompetenz- und Wissensanwendung sowie die Fähigkeit zu engen dyadischen Beziehungen. Keine Einschränkung bestehe bei der Selbstpflege und Selbstversorgung. Wenn es nicht gelinge, die psychotische Depression in Remission zu bringen, sei auf absehbare Zeit kaum mit einer wesentlichen Verbesserung des Gesundheitszustandes und damit der Arbeitsfähigkeit zu rechnen (A.S. 151). Auf Grund der Akten und der Anamnese lasse sich keine genaue Aussage machen, wann die Beeinträchtigung des Gesundheitszustandes die Arbeitsfähigkeit eingeschränkt habe. Allerdings sei die Annahme überwiegend wahrscheinlich, dass die Arbeitsfähigkeit seit Behandlungsbeginn bei Dr. med. L.____ im März 2002 zwar etwas geschwankt, aber in dieser Zeit immer in einem Bereich zwischen 40 und 60 % gelegen habe. Beim psychiatrischen Teil des I.____-Gutachtens bestünden derart erhebliche Zweifel, dass nicht darauf abgestellt werden könne. Es fehlten wesentliche Angaben, z.B. zum Appetit oder zur Libido. Zudem bestünden Widersprüche. So schreibe der Experte Dr. med. M.____ bei den psychopathologischen Befunden auf S. 8, es fänden sich keine Hinweise für Ich-Störungen in Form eines Fremdbeurteilungserlebens. In der psychiatrischen Beurteilung auf S. 9 heisse es dann, der Beschwerdeführer klage über Derealisationsphänomene. Die Derealisation gehöre indes gemäss AMDP zu den Ich-Störungen (A.S. 152). Einem psychiatrischen Gutachter müsste das bekannt sein. Daneben gebe es noch weitere Widersprüche: Auf S. 5 stehe (in einer auffallend knappen Darstellung des Tagesablaufs), der Beschwerdeführer gehe zwischen 23:00 und 24:00 Uhr zu Bett, könne allerdings erst

um 2:00 oder 3:00 Uhr nachts einschlafen; morgens stehe er spätestens um 7:00 Uhr wieder auf und schlafe tagsüber nicht. Auf S. 10 würden dann erhebliche Schlafstörungen verneint. Die bereits erwähnte Hamilton-Depression-Skala (HDRS) werte eine regelmässige Einschlafstörung von mehr als zwei Stunden als erheblich. Appetit-, Libido- und Schlafstörungen seien wichtige Kriterien bei der Diagnose einer Depression und beeinflussten den Schweregrad. Wenn diese fehlenden resp. falsch interpretierten Kriterien als vorhanden gewertet würden, müsste wahrscheinlich von einer damals mittelschweren Depression ausgegangen werden. Unter Berücksichtigung aller Daten wäre aber auch dann trotz unveränderter Diagnose von einer leichten Verschlechterung des Gesundheitszustandes auszugehen (A.S. 153). Die Frage, ob das Belastbarkeitstraining ab 14. Dezember 2015 dem damaligen Gesundheitszustand angepasst gewesen sei, sei auf Grund der vorliegenden Akten sehr schwierig zu beantworten. Er, der Experte, habe im Gespräch mit dem Beschwerdeführer den Eindruck gewonnen, dass es zu Kommunikationsschwierigkeiten im ganzen Wiedereingliederungsprozess gekommen sei. So sei dem Beschwerdeführer auch nicht klar, wofür er zur Gutachterstelle C.____ habe kommen müssen. Es entstehe der Eindruck, dass man dem Beschwerdeführer nicht habe verständlich machen können, wofür diese beruflichen Massnahmen da seien und welches Ziel erreicht werden sollte. Dieser sei subjektiv überzeugt, er könne trotz gutem Willen nichts Sinnvolles mehr arbeiten. Dem Beschwerdeführer müsste ein Ziel aufgezeigt werden, das er als seines erkennen könne. Dazu komme, dass er bereits erfolglos abgebrochene Wiedereingliederungsmassnahmen hinter sich gehabt habe und bereits lange Jahre nicht mehr in einen Arbeitsprozess eingebunden gewesen sei. Unter diesen Voraussetzungen sei die Prognose für eine Wiedereingliederung ungünstig. Rückblickend hätte es wahrscheinlich viel früher eine konsequente Wiedereingliederung mit einem intensiven Coaching gebraucht, damit er dies nicht als Druck von aussen erlebt hätte, der naturgemäss zu Gegendruck führe. Medizinisch-theoretisch hätte die damals vorgesehene Steigerung möglich sein sollen (A.S. 153). Eine psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung sei dringend indiziert und sollte unbedingt weitergeführt werden. Die Psychotherapie werde, soweit sich das aus den Schilderungen des Beschwerdeführers schliessen lasse, lege artis durchgeführt. Die bisherige Compliance sei, soweit beurteilbar, gut. Die aktuelle Behandlung mit 75 mg Sertralin (Maximaldosis 200 mg), augmentiert mit dem sedierenden Neuroleptikum Quetiapin erscheine grundsätzlich als adäquat. Die Dosis von Sertralin könnte noch gesteigert werden (A.S. 152).

3.4.4 In der zusammenfassenden Beurteilung hielten die Gutachter fest, polydisziplinär sei in der angestammten Tätigkeit in einem Walzwerk keine Arbeitsfähigkeit mehr gegeben. In einer angepassten Arbeit bestehe eine zumut- und verwertbare Restarbeitsfähigkeit von 50 % (A.S. 121). Bei genügend hoher Motivation des Beschwerdeführers könnten unter Berücksichtigung des dargelegten Fähigkeitsprofils noch einmal berufliche Massnahmen versucht werden. Es handle sich um ein chronifiziertes Leiden, von einer namhaften und wesentlichen Verbesserung sei eher weniger auszugehen. Eine verlässliche, mittel- bis langfristige Prognose lasse sich jedoch nicht stellen (A.S. 122).