

SO_GERICHTE VSBES.2016.21 vom 6. Februar 2018

SO Obergericht, 2018-02-06, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2016.21

FR: SO_GERICHTE VSBES.2016.21 du 6 février 2018

IT: SO_GERICHTE VSBES.2016.21 del 6 febbraio 2018

Erwägungen

E. 3

November 2008 keinen Rentenanspruch mehr. Zudem bestehe auch kein Anspruch auf berufliche Massnahmen. Diesen Vorbescheid änderte die Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 17. Januar 2012 (IV-Nr. 101) dahingehend ab, als sie die befristete Zusprache einer ganzen bzw. halben Rente verlängerte (eine ganze Rente vom 6. Januar 2007 bis Ende März 2008, eine halbe Rente vom 1. April 2008 bis Ende Februar 2009). Zudem errechnete sie höhere Invaliditätsgrade (ab 1. April 2008 67 %, ab 1. März 2009 33 %), was aber im Resultat zu keiner höheren Rente führte. In der mit gleichem Datum eröffneten Rentenverfügung bezüglich der befristeten ganzen bzw. halben Rente wurde zudem festgehalten, dass von den auszuzahlenden Rentenbeträgen CHF 35'667.35 und CHF 1'661.70 mit der Visana Krankenkasse verrechnet würden.

Dagegen liess der Beschwerdeführer am 17. Februar 2012 Beschwerde beim Versicherungsgericht des Kantons Solothurn erheben (IV-Nr. 106, S. 3). Diese Beschwerde hiess das Versicherungsgericht mit Urteil vom 8. Oktober 2013 (VSBES.2012.61) insofern gut, als die Verfügungen der IV-Stelle des Kantons Solothurn vom 17. Januar 2012 aufgehoben wurden und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen wurde, damit diese das Vorbescheidverfahren mit vorgängiger ergänzender Abklärung im Sinn der Erwägungen neu durchführe. Die Rückweisung erfolgte im Wesentlichen aufgrund zweifacher schwerwiegender Verletzung des rechtlichen Gehörs des Beschwerdeführers. Zudem wurde im Urteil ergänzend festgehalten, angesichts des Umstandes, dass das C.___-Gutachten, auf welches sich die Beschwerdegegnerin bei ihrem Entscheid im Wesentlichen stütze, in diesem Zeitpunkt bereits fast 3 Jahre alt gewesen und dessen Verwertbarkeit deswegen zumindest als fraglich anzusehen sei, könne die Rückweisung zur korrekten Durchführung des Vorbescheidverfahrens und weiteren Abklärungen auch nicht als formalistischer Leerlauf und unnötige Verzögerung des Verfahrens angesehen werden.

2. Aufgrund des Rückweisungsurteils des Versicherungsgerichts veranlasste die Beschwerdegegnerin eine polydisziplinäre Begutachtung bei der D.___. Im diesbezüglichen Bericht vom 29. Oktober 2014 (IV-Nr. 165.1) kamen die Gutachter zum Schluss, im Rahmen des Zumutbarkeitsprofils sei der Beschwerdeführer zu 65 % arbeitsfähig. Gestützt darauf sprach die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (IV-Nr. 172) mit Verfügung vom 30. November 2015 (A.S. [Akten-Seite] 1 ff.) ab 1. Februar 2008 eine Viertelsrente sowie ab 1. April 2011 eine halbe Rente zu.

3. Dagegen lässt der Beschwerdeführer am 18. Januar 2016 (A.S. 10 ff.) Beschwerde beim Versicherungsgericht des Kantons Solothurn erheben und folgende Rechtsbegehren stellen:

1. Die Verfügungen der IV-Stelle Solothurn vom 30. November 2015 seien aufzuheben.
- 2.a) Es seien dem Versicherten spätestens ab Januar 2007 eine IV-Viertelsrente bei einem IV-Grad von mindestens 46 % und spätestens ab 1. April 2011 eine IV-Dreiviertelsrente bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 % zuzusprechen, zzgl. Verzugszins von 5 % ab wann rechtens.
- b) Eventualiter: es seien ergänzende medizinische Abklärungen in Auftrag zu geben.
3. Es sei eine öffentliche Gerichtsverhandlung nach Art. 6 Ziff. 1 EMRK mit zusätzlicher Partei- und Zeugenbefragung durchzuführen.
4. Es sei dem Beschwerdeführer die integrale unentgeltliche Rechtspflege und Rechtsverteidigung zu bewilligen unter Beiordnung des unterzeichneten Rechtsanwaltes als unentgeltlicher Rechtsbeistand.
5. Unter Kosten- und Entschädigungsfolge.
 4. Mit Schreiben vom 17. Februar 2016 (A.S. 18) verzichtet die Beschwerdegegnerin auf das Einreichen einer Beschwerdeantwort und schliesst auf Abweisung der Beschwerde.
 5. Mit Verfügung vom 21. März 2016 (A.S. 39 f.) weist der Präsident des Versicherungsgerichts das Gesuch des Beschwerdeführers um Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege bzw. Bestellung eines unentgeltlichen Rechtsbeistandes ab.
 6. Mit Verfügung vom 19. September 2016 (A.S. 42 f.) hält der Präsident des Versicherungsgerichts fest, es sei vorgesehen, ein interdisziplinäres Gutachten in den Fachrichtungen Orthopädie und Psychiatrie einzuholen.
 7. Mit Verfügung vom 16. November 2016 (A.S. 53 f.) werden zur Ausarbeitung des Gutachtens Dr. med. E.____, Fachärztin für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie, sowie Med. prakt. F.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, beide von der G.____ bestimmt.
 8. Das Gutachten der G.____ ergeht am 31. März 2017 (A.S. 61 ff.).
 9. Mit Eingabe vom 7. Juni 2017 (A.S. 131 f.) lässt der Beschwerdeführer Ergänzungsfragen an die orthopädische Teilgutachterin der G.____ stellen.
 10. Mit Verfügung vom 14. Juni 2017 (A.S. 133) werden die vorgenannten Ergänzungsfragen des Beschwerdeführers abgewiesen.
 11. Mit Verfügung vom 27. September 2017 (A.S. 133 f.) wird der Antrag des Beschwerdeführers auf Durchführung einer Parteibefragung abgewiesen.
 12. Am 6. Februar 2018 findet vor dem Versicherungsgericht eine Verhandlung statt. Anwesend sind der Beschwerdeführer und sein Rechtsvertreter, Rechtsanwalt Claude Wyssmann. Die Beschwerdegegnerin verzichtet auf eine Teilnahme an der Verhandlung.
 13. Auf die Ausführungen der Parteien in ihren Rechtsschriften wird nachfolgend, soweit notwendig, eingegangen.

II.

1. Die Sachurteilsvoraussetzungen (Einhaltung von Frist und Form, örtliche und sachliche Zuständigkeit des angerufenen Gerichts) sind erfüllt. Auf die Beschwerde ist einzutreten.

2.

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

2.2 Gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), und die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. b und c). Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente.

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

4. Gemäss den Ausführungen des Beschwerdeführers sei die Ermittlung des Beginns der Wartezeit durch die Beschwerdegegnerin nicht korrekt. Die einjährige Wartezeit gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG sei bereits am 1. Januar 2006 abgelaufen, nachdem der Versicherte spätestens seit Januar 2005 vollständig in der Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit eingeschränkt gewesen sei und zwar aus somatisch-orthopädischen Gründen. Die früheren medizinischen Einschätzungen, welche Anlass zur Zusprache einer befristeten Invalidenrente gemäss Verfügung vom 17. Januar 2012 gewesen seien, seien durch das Gutachten der D.____ nicht revidiert worden. Vielmehr habe Dr. med. H.____, Fachärztin für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, lediglich festgehalten, dass eine volle Arbeitsunfähigkeit in bisheriger Tätigkeit durch die Gutachter des C.____ bestätigt worden sei. Der Beginn dieser vollen Arbeitsunfähigkeit gemäss C.____-Gutachten ab Januar 2005 sei nicht in Frage gestellt worden. Vielmehr habe Frau Dr. med. H.____ einzig festgehalten, dass eine volle Arbeitsunfähigkeit sicherlich seit der 2. Operation im Jahre 2007 bestanden habe. Die frühere Einschätzung sei allerdings eben nicht in Frage gestellt. Es habe auch keine Auseinandersetzung mit der früheren Beurteilung stattgefunden. Vielmehr sei stets auf die Tatsache der Berentung ab Januar 2007 verwiesen worden. Ein Unterbruch von mehr als 30 Tagen könne ebenfalls nicht angenommen werden, da der Einsatz vom 7. November 2005 bis 5. Januar 2006 nur als Arbeitsversuch gewertet werden könne. Ebenso stehe fest, dass durch das Gutachten von 2014 die durch das C.____ und die Berichterstattung von Dr. med. I.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, aus psychiatrischer Sicht bestätigte Einschränkung

der Arbeitsfähigkeit von mindestens 20 % seit Januar 2006 nicht in Frage stehen könne. Dr. med. J.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, habe lediglich festgehalten, die früher bestätigte rezidivierende depressive Störung liege heute nicht mehr vor. Dabei handle es sich bestenfalls um eine reine Momentaufnahme. Das Gutachten vermöge indes keine dauerhafte und losgelöst von beruflichen Belastungen begründbare Remission einer zuvor bestätigten depressiven Störung zu begründen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_109/2010 vom 8. Juni 2010, E. 3.2). Dr. med. I.____ (recte Dr. med. J.____) habe sich inhaltlich auch nicht mit den im Widerspruch zu seiner Beurteilung stehenden Einschätzungen im K.____-Gutachten und in den Berichten von Dr. med. I.____ auseinandergesetzt. Wenn Dr. med. J.____ festhalte, die (von Dr. med. I.____ diagnostizierte) chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren erscheine durchwegs plausibel, diese Diagnose in der Folge aber nicht stelle und sich mit ihr inhaltlich und kriterienorientiert nicht auseinandersetze, stelle dies einen nicht auflösbaren Widerspruch resp. eine Expertise mit fehlender Schlüssigkeit und Nachvollziehbarkeit und damit fehlender Überzeugungs- und Beweiskraft dar. Zu bemängeln sei ferner die Ermittlung des Invalideneinkommens durch die Beschwerdegegnerin. Insbesondere erscheine ein Abzug von lediglich 10 % den diversen lohnmindernden Faktoren nur ungenügend Rechnung zu tragen. Schliesslich bringt der Vertreter des Beschwerdeführers anlässlich der Verhandlung vor dem Versicherungsgericht ergänzend vor, die IV-Stelle habe die Eingliederungsmassnahmen nie richtig geprüft. Damit sei der Grundsatz «Eingliederung vor Rente» verletzt worden. Zudem hätte eine polydisziplinäre Begutachtung erfolgen sollen und nicht bloss eine bidisziplinäre.

Demgegenüber vertritt die Beschwerdegegnerin die Ansicht, die erneuten medizinischen Abklärungen hätten ergeben, dass dem Beschwerdeführer seine angestammte Tätigkeit als Produktionsmitarbeiter seit Februar 2007 (Beginn der Wartezeit) nicht mehr zumutbar sei. Nach Ablauf der Wartezeit sei er in einer angepassten Verweistätigkeit zu 80 % arbeitsfähig gewesen. Anschliessend habe sich die Arbeitsfähigkeit sukzessive weiter verschlechtert und ab 2011 sei er noch zu 65 % in einer angepassten Tätigkeit erwerbsfähig gewesen. Bei der Berechnung des Invalideneinkommens habe man dem Umstand der behinderungsbedingten erschwerten Eingliederung Rechnung getragen und einen Abzug von 10 % vorgenommen. Somit habe der Beschwerdeführer ab 1. Februar 2008 Anspruch auf eine Viertelsrente und ab 1. April 2011 Anspruch auf eine halbe Rente.

5. Strittig und zu prüfen ist somit, ob die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer zu Recht ab 1. Februar 2008 eine Viertelsrente sowie ab 1. April 2011 eine halbe Rente zugesprochen hat. Insofern der Beschwerdeführer ergänzend geltend macht, die Beschwerdegegnerin habe die Eingliederungsmassnahmen nicht geprüft ist festzuhalten, dass die IV-Stelle in der vorliegend angefochtenen Verfügung weder über Eingliederungsmassnahmen entschieden hat noch wurden solche in der Beschwerde verlangt. Auf die diesbezügliche Rüge ist somit nicht einzutreten.

Für die Beurteilung des Leistungsanspruchs des Beschwerdeführers sind im Wesentlichen folgende Unterlagen relevant:

5.1 Im Bericht des B.____ vom 16. Dezember 2005 (IV-Nr. 14, S. 7) wurde festgehalten, es bestehe ein Status nach Resektion eines Riesenzelltumors linker Tibiakopf lateral mit Spongiosa-Auffütterung vom linken Beckenkamm und lateraler Abstützung des Tibiakopfes mit Tutoplast-Allograft vom 2. Mai 2005. Sieben Monate nach dem genannten Eingriff erfolge eine Belastung zwischenzeitlich ohne Gehhilfen. Die 100%ige

Arbeitsfähigkeit sei wieder erreicht.

5.2 Der Hausarzt des Beschwerdeführers, Dr. med. L.____, Facharzt für Allgemeinmedizin FMH, attestierte diesem mit Bericht vom 15. Februar 2006 (IV-Nr. 14, S. 1) ab dem 6. Januar 2006 bis auf weiteres eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Gleichzeitig hielt er fest, nach Ausheilung der Operationsstelle sei dem Beschwerdeführer eine angepasste Tätigkeit im Rahmen von 8 Stunden täglich zumutbar, mit einer Leistungseinschränkung von 50 %.

5.3 Dr. med. M.____, Facharzt für Orthopädie und Traumatologie FMH, Kantonsspital Olten, hielt in seinem Bericht vom 17. Mai 2006 (IV-Nr. 25) fest, es bestehe ein Status nach Tumorektomie und Sentinel-Lymphknotenverfahren links mit intraoperativem Schnellschnitt vom 15. März 2006 bei Gynäkomastie Mamma links.

5.4 Im Arztbericht vom 16. November 2006 (IV-Nr. 29, S. 8) diagnostizierte Dr. med. M.____ neu ein ausgedehntes Rezidiv eines Riesenzelltumors im linken Tibiakopf bei Status nach Riesenzelltumor-Resektion lateraler Tibiakopf links und Knochenaufbau zur Abstützung der gelenktragenden Strukturen mit Tutoplast-Allograft und Spongiosaplastik vom 2. Mai 2005.

5.5 Dr. med. N.____, Facharzt für Orthopädie und Traumatologie FMH, führte in seinem Bericht vom 13. Juli 2007 (IV-Nr. 37, S. 8) aus, nach einer Resektion eines Riesenzelltumor-Rezidivs an der proximalen Tibia mit Einbau einer Tumorprothese und Fixation des Streckapparates an einem Dacronschlauch 02/07 gehe der Beschwerdeführer aktuell an zwei Unterarmstücken sicher mobil und weitgehend beschwerdefrei. Insgesamt sei der Verlauf zufriedenstellend. Die Belastung des linken Beines könne weiterhin nach Massgabe der Beschwerden erfolgen, wobei die Vollbelastung angestrebt werde.

5.6 Dr. med. O.____, Facharzt für orthopädische Chirurgie und Traumatologie FMH, hielt in seinem Bericht vom 19. Dezember 2007 (IV-Nr. 38) fest, der Beschwerdeführer sei bis Dezember 2007 zu 100 % arbeitsunfähig. Nach Durchführung von Eingliederungsmassnahmen sei der Beschwerdeführer in wechselnden Tätigkeiten in stehender und sitzender Position mit eingeschränkter Belastung des Kniegelenks zu 50 % arbeitsfähig

5.7 Dr. med. P.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, diagnostizierte beim Beschwerdeführer im Bericht vom 20. Januar 2008 (IV-Nr. 39) eine schrittweise Remission einer mittelgradig depressiven Episode mit somatischen Symptomen (ICD-10 F32.11), bestehend mindestens seit Aufnahme der Einzelpsychotherapie am 9. Januar 2006.

5.8 Dr. med. Q.____, Facharzt für Chirurgie FMH, hielt in seinem Bericht vom 7. September 2008 (IV-Nr. 60) fest, beim Beschwerdeführer bestünden mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit folgende Diagnosen:

-Minderbelastbarkeit des linken Beines, Implantation einer Tumor-Knieprothese

-Defektdeckung mittels Muskellappenplastik

-Signifikante Einschränkungen der Gehstrecke

-Rentenrelevante Einschränkung der Gehstrecke

-Fortgeschrittenes LWS-Syndrom (MRI der LWS 4. Februar 2008)

Unter Berücksichtigung der erhobenen Befunde und unter Einbeziehung der vorliegenden ärztlichen Unterlagen könne der Beschwerdeführer keine körperlich belastenden Tätigkeiten vollschichtig verrichten. Aber auch leichte Tätigkeiten seien vollschichtig nicht leidensgerecht und würden auf Kosten der Restgesundheit ausgeübt. Es würden Einschränkungen für langes Gehen und Stehen, kniende und hockende Tätigkeiten vorliegen, zudem werde vom Besteigen von Treppen, Leitern und Gerüsten abgeraten. Auf ein wirbelsäulengerechtes Verhalten sollte geachtet werden, Zwangshaltungen seien zu meiden, ferner sollten keine schweren Lasten repetitiv bewegt werden. Die Arbeitsunfähigkeit sei auf 70 % zu schätzen.

5.9 Dr. med. N. ___ hielt mit Bericht vom 3. November 2008 (IV-Nr. 73.2) fest, hinsichtlich des linken Kniegelenks bestehe eine deutlich bessere Situation. Hinsichtlich der Arbeitssituation sei der Beschwerdeführer von Seiten der IV zunächst für 50 % arbeitsfähig geschrieben worden. Die Arbeitsversuche mit sitzender Tätigkeit und dem Zusammenschrauben von Maschinen habe er aufgrund seiner Unfähigkeit, längere Zeit zu sitzen, nicht weiter durchführen können. Aktuell sei er nun wieder 100 % arbeitsunfähig geschrieben. Die angestrebte Rehabilitation habe der Beschwerdeführer aufgrund der, von der IV geforderten 50%igen Arbeitsfähigkeit nicht antreten können. Ebenso führe er aktuell keine Physiotherapie durch, da er dazu aufgrund der Arbeitssituation keine Zeit habe.

5.10 Im C. ___-Gutachten vom 18. März 2009 (IV-Nr. 73.1) wurden mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit folgende Diagnosen gestellt:

1. Status nach Wide Resection eines Tumors an der linken Tibia, Einsetzen einer Kniegelenks-Tumorprothese sowie Gastrocnemius-Lappenplastik medial am 15. März 2007 bei Rezidiv eines benignen Riesenzelltumors links (ICD-10 Z98.8).

o Status nach Tumorresektion am Tibiakopf, Spongiosaentnahme vom linken Beckenkamm und Wiederaufbau des Tibiakopfes mit Allograft am 2. Mai 2005

2. Chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom ohne radikuläre Ausfälle (ICD-10 M54.5)

o Diskushernie LWK4/5 rezessal mit Abdrängung der Wurzel und Kontakt zur Wurzel L4 rechts, leichte Spondylarthrose LWK4 bis SWK1 (MRI 4. Februar 2008)

o freie Beweglichkeit der LWS

3. Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode (ICD-10 F33.0)

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

Zur Begründung führten die Gutachter aus, aus orthopädischer Sicht liessen sich die subjektiv angegebenen Beschwerden aufgrund der objektivierbaren Befunde und vorliegenden Bilddokumente nicht ausreichend begründen. Nachweislich bestehe eine verminderte Belastbarkeit des linken Kniegelenks und auch der Lendenwirbelsäule. Daraus resultiere, dass körperlich schwere und auch mittelschwere Tätigkeiten, wie die zuletzt ausgeführte als Maschinenführer und insbesondere die früher durchgeführte als Dachdecker, dem Exploranden bleibend nicht mehr zumutbar seien. Für körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeiten, mit überwiegendem Anteil im Sitzen, bestünden hingegen aus Sicht des Bewegungsapparates bei sehr gutem postoperativem Verlauf keine Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit. Aus internistischer und anderweitig somatischer Sicht bestünden keine zusätzlichen Befunde und Diagnosen, die die Arbeitsfähigkeit

limitieren würden. Es könne spätestens nach der Kontrolle in der Kinderorthopädie vom 3. November 2008 von einer somatisch begründbaren, vollen Arbeitsfähigkeit für leichte Verweistätigkeiten ausgegangen werden. Aus psychiatrischer Sicht könne beim Exploranden eine leichte Episode einer rezidivierenden depressiven Störung festgestellt werden, im Zusammenhang mit einer somatoformen Schmerzstörung. Die Belastbarkeit des Exploranden sei dadurch leicht (um 20 %) vermindert.

5.11 Dr. med. R. ____, Facharzt für Chirurgie FMH, hielt in seinem Bericht vom 25. März 2010 (IV-Nr. 86) fest, unter dem Verdacht einer bestehenden beginnenden Kniegelenksinfektion bei liegender Prothese, welche sich nach Messung der Entzündungsparameter bestätigt habe, habe er den Beschwerdeführer notfallmässig im S. ____, Orthopädie angemeldet. Aufgrund der Gesamtsituation sei er der Meinung, dass es keinesfalls zu einer Verbesserung, sondern zu einer Verschlechterung gekommen sei.

5.12 Dr. med. N. ____ führte im Bericht vom 13. Juli 2010 (IV-Nr. 93) aus, die Belastbarkeit sei aufgrund eines deutlichen Kraftverlustes sowie eines chronischen Gelenksergusses deutlich reduziert und eine angepasste Tätigkeit lediglich 4 Stunden pro Tag möglich.

5.13 Mit Stellungnahme vom 26. Februar 2012 (IV-Nr. 109, S. 7) führte der behandelnde Psychiater, Dr. med. I. ____, aus, insgesamt habe sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit März 2009 verschlechtert. Es bestehe eine mittelgradige depressive Episode mit somatischen Symptomen und eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F32.11; F45.41). Der Beschwerdeführer sei sowohl in seiner angestammten als auch angepassten Tätigkeit zurzeit nicht arbeitsfähig. Er sei durch die anhaltende Depressivität und Schmerzsymptomatik absorbiert, sei in der Aufmerksamkeit und in der Konzentration beeinträchtigt, vermindert belastbar, kaum leistungsfähig, blockiert und auf der Beziehungsebene kaum erreichbar.

5.14 In der Stellungnahme von Dr. med. T. ____, Facharzt für Orthopädie FMH, vom 29. Februar 2012 (IV-Nr. 109, S. 5) wurde festgehalten, nach Studien der Akten seien weder ein Kniegelenkserguss, noch die Beinverlängerung links und die vermehrte Facettenirritation im Zeitpunkt des C. ____-Gutachtens erwähnt worden. Diese Befunde würden allerdings eine erhebliche somatische Beeinflussung der Schmerzproblematik ergeben, die damals nicht vorhanden gewesen sei. Zusätzlich müsse erwähnt werden, dass die 2006 geschilderte Depression sicherlich nicht endogen zu sehen sei, sondern als Reaktion auf die erstmalige Diagnosestellung 2005 eines bösartigen Tumors sowie des nachfolgenden Tumors. Aus seiner Sicht ergäbe sich damit eine komplett normale Reaktion, die nicht mit einer somatoformen Schmerzstörung und schon gar nicht mit einer endogenen Depression gleichzustellen sei. Eine angepasste Tätigkeit sei zu 40 % möglich. Aufgrund der erheblichen Schmerzsymptomatik seien Tätigkeiten mit höheren Anforderungen an die Konzentration jedoch nicht vorstellbar.

5.15 Im Gutachten der D. ____ vom 29. Oktober 2014 (IV-Nr. 165.1) wurden folgende Diagnosen gestellt:

Diagnosen mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit:

-Chronisches Schmerzsyndrom linkes Knie mit chronischen Reizzuständen und repetitiven Punctionen mit Leukozytose bei St.n. Status nach Wide Resection eines Tumors an der linken Tibia, Einsetzen einer Kniegelenks-Tumorprothese sowie

Gastrocnemius-Lappenplastik medial am 15. März 2007 bei Rezidiv eines benignen Riesenzelltumors links, Status nach Tumorresektion am Tibiakopf, Spongiosaentnahme vom linken Beckenkamm und Wiederaufbau des Tibiakopfes mit Allograft am 2. Mai 2005

-Lumbospondylogenes Schmerzsyndrom ohne radikuläre Zeichen bei/mit Osteochondrose zwischen LWK2 und LWK5 mit zirkulärem Discbulging und begleitender Spondylose bzw. flacher rechts medio lateraler subligamentärer Diskushernie L4/5 mit möglicher diskreter Reizung der nach intradural verlaufenden L5-Wurzel rechts. Spondylarthrose der LWS. Kein enger Kanal. Leichtgradige Stenose der Foramina L3 rechts und L4 linksbetont. ISG-Arthrose beidseits.

-Angst und depressive Störung, gemischt F41.2

Diagnosen ohne Relevanz für die Arbeitsfähigkeit

-Beginnende mediale und femoro-patelläre Arthrose rechtes Knie

-Beginnende Coxarthrose bds.

-St. n. Exstirpation eines Mamma -Tu 2006

-Arterielle Hypertonie (medikamentös behandelt)

-Atheromatose der Karotis (anamnestisch: lt. Angabe des Hausarztes, Dr. med. L.____ in Olten)

-Verdacht auf Diabetes mellitus

Im Rahmen des Zumutbarkeitsprofils (verlängerte Pausen und verringerte Leistungsfähigkeit) sei der Beschwerdeführer zu 65 % arbeitsfähig. Das Heben und Tragen von Lasten über 10 kg sei nicht mehr zumutbar. Rein sitzende, rein gehende und rein stehende Arbeiten sowie Arbeiten mit Gehen auf unebenem Boden, mit Treppensteigen, mit Besteigen von Leitern und Gerüsten und Arbeiten in kniender und kauender und gehockter Haltung seien ebenfalls nicht zumutbar, ebenso Arbeiten mit Zwangshaltungen des Oberkörpers. Es könne postuliert werden, dass sich die obengenannte Arbeitsfähigkeit im Verlaufe der letzten Jahre sukzessive entwickelt habe und dass ab 2011 orthopädisch diese Arbeitsfähigkeit anzuwenden sei. Psychiatrisch sei die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der angestammten und in der Verweistätigkeit von 20 % ab 2009 anwendbar. Die Einschränkung in der angestammten Tätigkeit von 0 % Arbeitsfähigkeit sei bereits im C.____-Gutachten von 2009 vermerkt worden. Aufgrund der Aktenlage gelte dies sicherlich seit der zweiten Operation im Jahre 2007. Im C.____-Gutachten sei eine 80%ige Arbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit postuliert worden. Im aktuellen Gutachten gehe man in einer Verweistätigkeit von einer 65%igen Arbeitsfähigkeit seit 2011 aus.

6. Die Beschwerdegegnerin stützt sich im angefochtenen Entscheid hauptsächlich auf das Gutachten der D.____ vom 29. Oktober 2014 (IV-Nr. 165.1) ab, weshalb insbesondere auf dessen Beweiswert einzugehen ist.

Im orthopädischen Teilgutachten wird von Dr. med. H.____, Fachärztin für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, schlüssig dargelegt, dass die Beschwerden vor allem im Bereich des linken Knies objektivierbar und auch nachvollziehbar seien, wie auch teilweise die Beschwerden im Bereiche des rechten Knies und beider Hüften. Es bestehe im Bereiche der Tumorprothese des linken Knies eine ständige Reizsituation mit dauernden Ergüssen. Die Kombination der nachvollziehbaren

Beschwerden im Bereiche des linken Knies mit den neuen Arthrosebeschwerden im Bereiche des rechten Knies und beider Hüften sei sicherlich ungünstig auch zusammen mit den Beschwerden auf Grund degenerativer Veränderungen im Bereich der LWS. Gestützt auf diese Erhebungen gelangt die orthopädische Gutachterin zu folgendem nachvollziehbaren orthopädischen Zumutbarkeitsprofil: Das Heben und Tragen von Lasten über 10 kg sei nicht mehr zumutbar. Rein sitzende, rein gehende und rein stehende Arbeiten, sowie Arbeiten mit Gehen auf unebenem Boden, mit Treppensteigen, mit Besteigen von Leitern und Gerüsten und Arbeiten in kniender und kauender und gehockter Haltung seien nicht zumutbar. Arbeiten mit Zwangshaltungen des Oberkörpers seien ebenfalls nicht zumutbar. Entsprechend bestehe zur angestammten Arbeit als Maschinenführer in einer Tabakverpackungsfabrik mit teilweise schwerer und ausschliesslich stehender Arbeit eine Inkongruenz. Entsprechend bestehe in der angestammten Tätigkeit keine verwertbare Arbeitsfähigkeit mehr. Im Rahmen des Zumutbarkeitsprofils bestehe eine verminderte Leistung und wegen der Reizsituation im Bereich des linken Knies müssten auch vermehrte Pausen eingelegt werden. Es bestehe entsprechend dadurch eine Arbeitsfähigkeit im Rahmen des Zumutbarkeitsprofils von 65 %. Weiter begründet die orthopädische Gutachterin schlüssig, dass sich der Gesundheitszustand verschlechtert hat: 2008 werde erwähnt, dass der Patient sein Bein selbst habe heben können. Das könne er heute nicht mehr. Unabhängig von der LWS Problematik habe sich der Gesundheitszustand des Versicherten von Seiten des linken Knies mit unklarem Reizzustand und mit beginnenden Arthrosen im Bereiche des rechten Knies und beider Hüften verschlechtert. Es sei anzunehmen, dass sich der Zustand der degenerativen Veränderungen im Bereiche der LWS über die Jahre auch etwas verschlechtert habe.

Sodann wird im neurochirurgischen Teilgutachten von Dr. med. U.____, Spezialärztin für Neurochirurgie FMH, einleuchtend dargelegt, die vom Beschwerdeführer beschriebenen Schmerzen im lumbalen Wirbelsäulenbereich rechts betont dürften auf den mässig ausgeprägten degenerativen Veränderungen dieser Region beruhen. Gelegentlich ausstrahlende Schmerzen im rechten Bein könnten durch die mögliche Wurzelreizung L5 infolge flacher Discushernie L4/5 verursacht werden, wobei allerdings die vom Versicherten mehrfach geschilderte Ausbreitung entlang der Beinrückfläche bis zur Kleinzehe eher der Wurzel S1 als L5 entspreche. Der im Liegen beidseits als positiv imponierende Lasègue werde durch das schmerzfreie Sitzen mit gestreckten Beinen auf dem Untersuchungstisch unwahrscheinlich, die Sensibilitätsstörungen der gesamten linken unteren Extremität müsse als pseudoradikulär interpretiert werden. In Anbetracht der neurologischen und radiologisch/neuroradiologischen Befunde sei dem Beschwerdeführer eine körperlich schwere Tätigkeit nicht zumutbar. Eine leichte Tätigkeit mit Gewichtslimit von 10 kg ohne Zwangshaltungen und repetitives Bücken wäre ganztags mit kurzen Pausen ohne wesentliche Leistungseinbusse zumutbar.

Des Weiteren vermag auch die internistische Beurteilung von Dr. med. V.____, Facharzt für Innere Medizin FMH, zu überzeugen. Aus der internistischen Anamnese sei eine arterielle Hypertonie bekannt, weiterhin eine Karotis-Atheromatose, zudem bestehe nach den jetzt bekannten Laborwerten der Verdacht auf einen Diabetes mellitus. Zusammenfassend fänden sich jedoch keine resultierenden Funktionseinschränkungen oder Beschwerden mit versicherungsmedizinischer Relevanz auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers. Der Beschwerdeführer sei deshalb aus internistischer Sicht in seiner zuletzt ausgeübten

Tätigkeit als Betriebsmitarbeiter arbeitsfähig ohne Leistungseinschränkung. Dies gelte ebenso für eine Verweistätigkeit. Mit Ausnahme von kurzen Zeiten vorübergehender Arbeitsunfähigkeit, das internistische Fachgebiet betreffend, gelte dies auch retrospektiv.

Dagegen vermag das psychiatrische Teilgutachten von Dr. med. J. ____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, nur bedingt zu überzeugen. So gehen aus der Befunderhebung von Dr. med. J. ____ kaum psychiatrische Pathologien hervor. Eine depressive Störung wird verneint. Dennoch wird in der Folge wenig nachvollziehbar die Diagnose «Angst und depressive Störung, gemischt (F41.2)» gestellt und festgehalten, beim Beschwerdeführer sei aus psychiatrischer Sicht alleine die Ausdauer eingeschränkt, woraus eine um 20 % eingeschränkte Leistungsfähigkeit resultiere. Des Weiteren setzt sich das psychiatrische Teilgutachten nur rudimentär mit dem Vorgutachten bzw. den Berichten des behandelnden Psychiaters Dr. med. I. ____ auseinander. Die noch im C. ____-Gutachten diagnostizierte somatoforme Schmerzstörung wird einzig mit der Begründung verneint, «eine somatoforme Schmerzstörung kann gegenwärtig nicht diagnostiziert werden. Dies wäre eine Ausschlussdiagnose bei fehlender Erklärung durch die somatischen Gutachten (siehe da).» Zwar wurde im C. ____-Gutachten die somatoforme Schmerzstörung wohl als überwindbar erachtet und zeitigte damit keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. Dennoch wurde die Diagnose gestellt, weshalb sich Dr. med. J. ____ in seinem Gutachten damit hätte auseinandersetzen müssen. Sodann führt Dr. med. J. ____ an, die Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode mit somatischen Symptomen habe gegenwärtig nicht gestellt werden können, die chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren erscheine jedoch durchaus plausibel. Warum er die letztgenannte Diagnose dann jedoch nicht stellt, bleibt unerwähnt. Er setzt sich damit nicht weiter auseinander. Der Vertreter des Beschwerdeführers rügt in diesem Zusammenhang zu Recht, wenn Dr. med. J. ____ schliesslich festhalte, die (von Dr. med. I. ____ diagnostizierte) chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren erscheine jedoch durchwegs plausibel, diese Diagnose in der Folge aber nicht stelle und sich mit ihr inhaltlich und kriterienorientiert nicht auseinandersetze, so sei damit das Gutachten nicht nachvollziehbar. Auf das psychiatrische Teilgutachten von Dr. med. J. ____ kann demnach nicht abgestellt werden.

7. Aufgrund der vorgenannten Unklarheiten und Sachverhaltslücken wurde von Seiten des Versicherungsgerichts zur Klärung der Streitfrage, ob die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer zu Recht ab 1. Februar 2008 eine Viertelsrente sowie ab 1. April 2011 eine halbe Rente zugesprochen hat, bei der G. ____ ein bidisziplinäres Gutachten in den Fachrichtungen Orthopädische Chirurgie und Psychiatrie veranlasst.

7.1 Das Gutachten der G. ____ vom 31. März 2017 (A.S. 61 ff.) wird den allgemeinen rechtsprechungsgemässen Anforderungen gerecht. Es stammt von unabhängigen Fachärzten, welche den Beschwerdeführer eingehend untersucht und die Vorakten studiert haben. Die Aussagen der Experten sind in allen Punkten schlüssig und nachvollziehbar.

Med. prakt. F. ____ führt in seinem psychiatrischen Teilgutachten gestützt auf seine Anamnese- und Befunderhebung (S. 37 ff. des Gutachtens) nachvollziehbar aus, zurzeit zeige sich beim Versicherten aus psychiatrischer Sicht eine Symptomatik, die vor allem auf den Konflikt mit der Ehefrau zurückzuführen sei, die ihn aus dem Haus geworfen habe und weshalb er nun auf sich alleine gestellt sei. In diesem Zusammenhang zeige er eine leichte depressive Symptomatik mit leicht herabgesetzter Grundstimmung, dysphorisch gereiztem Verhalten, berichteten Schlafstörungen sowie katastrophalem Appetit. Aufgrund der

Vorgeschichte und der jetzigen Befunde geht med. prakt. F.____ davon aus, dass der Versicherte wahrscheinlich unter rezidivierenden depressiven Störungen leide und gegenwärtig eine leichte Episode bestehe (ICD-10 F33.0). Es sei darauf hinzuweisen, dass der Versicherte unter der Medikation von Antidepressiva in genügend hoher Dosierung stehe und eine regelrechte Behandlung vorhanden sei. Sodann legt der Gutachter schlüssig dar, bezüglich einer Somatisierungsstörung im Sinne einer chronischen Schmerzstörung mit physischen und psychischen Faktoren, bzw. einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung sei darauf hinzuweisen, dass gemäss der Orthopädin die geklagten Beschwerden mehrheitlich nachvollziehbar seien. Der Versicherte zeige sich im Gespräch auch nicht verdeutlichend, zeige keinen anhaltenden quälenden Schmerz und bewege sich im Untersuchungsgespräch auch nicht schmerzgeplagt. Deshalb erfülle der Versicherte die Kriterien für eine Somatisierungsstörung nicht und es sei auch nicht die Diagnose einer Schmerzstörung zu stellen. Die oben beschriebene Gesundheitsschädigung habe Einfluss auf den Versicherten, indem er etwas weniger belastbar sei und schneller an den Anschlag komme. Neben diesen Funktionseinschränkungen aufgrund der Gesundheitsschädigung gebe es beim Versicherten viele nicht versicherte Faktoren. Der Versicherte sei in einer schwierigen sozialen, aber auch wirtschaftlichen Lage, sei auf sich alleine gestellt und sei mit dem Führen eines eigenen Haushaltes überfordert. Aggravation oder ähnliche Erscheinungen liessen sich nicht eruieren. Ein Suchtleiden bestehe nicht. Es gebe auch keine Hinweise auf ein Leiden aus dem schizophrenen Formenkreis oder der Persönlichkeitsstörung. In der biographischen Persönlichkeitsentwicklung sei darauf hinzuweisen, dass der Versicherte gleichzeitig mit dem Auftreten des Tumors in einer Situation gewesen sei, indem der Betrieb im Bereich Offset-Druck die Arbeiten eingestellt habe. Der Versicherte habe keine wirkliche Perspektive gehabt und sei seither nicht mehr in der Lage gewesen, Verantwortung für sich zu übernehmen und sich wieder in einen Arbeitsprozess hineinzugeben. Med. prakt. F.____ geht davon aus, dass zum einen soziokulturelle Faktoren, wie aber auch intellektuelle Faktoren, einen wichtigen Teil dazu beigetragen hätten. Als vorhandene persönliche Ressource sehe er, dass der Beschwerdeführer sein Umfeld mobilisieren könne, seine Kinder ihm helfen würden und er gewisse Aktivitäten über den Tag erledigen könne. Seit der letzten Begutachtung 2014 sehe med. prakt. F.____ den Versicherten weiterhin etwa 20 % in der Arbeitsfähigkeit, in der bisherigen wie auch in einer adaptierten Tätigkeit, eingeschränkt. Die bisherigen früheren psychiatrischen Einschätzungen bezüglich der Arbeitsfähigkeit könnten mehrheitlich, bei Annahme eines schwankenden Verlaufs, nachvollzogen werden. Hinsichtlich des Gutachtens der D.____ vom 29. Oktober 2014 hält med. prakt. F.____ ergänzend und einleuchtend fest, das Gutachten sei in sich nicht ganz schlüssig, da zum einen darauf hingewiesen werde, dass keine bedeutsame depressive Symptomatik mehr festgestellt werden könne, gleichzeitig als Diagnose mit Einschränkung der Arbeitsfähigkeit eine Angst und depressive Störung, gemischt, diagnostiziert werde. Bezüglich der Arbeitsfähigkeit sei aus psychiatrischer Sicht die Beurteilung jedoch nachvollziehbar.

Sodann vermag auch das orthopädische Teilgutachten von Dr. med. E.____ grundsätzlich zu überzeugen. Die Gutachterin führt aus, die aktuellen Röntgenaufnahmen vom 15. Februar 2017 zeigten an der HWS diskrete bis mässig ausgeprägte Uncarthrosen und Facettengelenksarthrosen beginnend ab HWK 2/3 bis HWK 6/7. Die LWS weise ebenfalls mässige Osteochondrosen sämtlicher lumbaler Bewegungssegmente mit entsprechender Sklerosierung der Wirbelkörperendplatten und diskreten spondylophytären Randkantenausziehungen auf; polysegmentale Facettengelenksarthrosen. Relative bis

signifikante neuroforaminale Engen in der seitlichen Ebene beginnend ab LWK 3/4 bis LWK 5/SWK 1. Der linke Oberschenkel mit Kniegelenk zeige bei in situ befindlicher Langschaft-Tumorprothese orthotopen Sitz der femoralen Tumorprothesen-Langschaftkomponente ohne Materialermüdungszeichen mit nur diskreten distalen perifokal des Prothesenschlittens medialeseitig a.p. max. bis zu 3 mm respektive 6 mm messenden Aufhellungssaum ohne entsprechendes Korrelat in der seitlichen Ebene. Diskret angedeutete medialisierte Patella mit in toto drei Markierungs- Pins und perifokalen randsklerosierten Aufhellungszonen. Normale Langschaft-Tibiaprothesenkomponente mit intakten Cerclage in Region der ossären Verankerung proximal. Auch hier keine Materialermüdungs- oder Lockerungszeichen. Das rechte Kniegelenk zeige diskrete lateral betonte osteophytäre Randkantenausziehungen und nur initiale Gelenkspaltverschmälerung femoropatellar.

Orthopädischerseits bestünden folgende Diagnosen: Schmerzhafte Bewegungseinschränkung des linken Kniegelenks mit rezidivierenden Reizzuständen bei St.n Status nach Tumorresektion (Rezidiv eines benignen Riesenzelltumors) an der linken Tibia, Kniegelenks-Tumorprothese sowie Gastrocnemius-Lappenplastik medial am 15. März 2007; Status nach Tumorresektion am Tibiakopf- und Wiederaufbau des Tibiakopfes mit Allograft am 2. Mai 2005, Belastungsabhängige Knieschmerzen rechts, klinisch und radiologisch aktuell unauffällig, Cervicolumbales Schmerzsyndrom bei deutlichen degenerativen Veränderungen, Anamnestisch beginnende Coxarthrose; aktuell klinisch unauffällig.

Gestützt auf die Befunderhebung und Diagnosestellung vermag zudem auch die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit zu überzeugen, wonach Beeinträchtigungen seitens der Beine, der Hüften und der Wirbelsäule mit Beeinflussung der Arbeitsfähigkeit für mittelschwere und schwere Tätigkeiten von 100 % bestünden. Für adaptierte Tätigkeit sei unter Berücksichtigung des Leistungsbildes aufgrund der Leistungsminderung und des erhöhten Pausenbedarfs eine Arbeitsfähigkeit seit 2011 von 65 % anzunehmen. Aus bidisziplinärer Sicht wird schliesslich festgehalten, dem Beschwerdeführer seien leichte überwiegend sitzende Tätigkeiten mit der Möglichkeit des selbstgewählten Positionswechsels und selbstgewählter verlängerter Pausen sowie Heben bis 10 kg zumutbar, wobei diese ohne grossen Druck und ohne Stress sein sollten. Die Arbeitsfähigkeit betrage aufgrund der Leistungsminderung und des erhöhten Pausenbedarfs unter Berücksichtigung des Leistungsbildes gesamthaft 65 %.

7.2 Damit kann auf die vorgehende schlüssige gutachterliche Beurteilung der Arbeitsfähigkeit von 65 % in einer angepassten Tätigkeit abgestellt werden. Insofern der Beschwerdeführer rügt, es hätte an Stelle eines bidisziplinären Gutachtens ein polydisziplinäres Gutachten veranlasst werden müssen, ist festzuhalten, dass sich aus dem neurologischen bzw. neurochirurgischen Teilgutachten der D.____ keine quantitativen Einschränkungen ergeben haben und dieses Teilgutachten beweiswertig ist (vgl. E. II. 6. Hiervor). Es bedurfte deshalb diesbezüglich keiner weiteren Abklärungen, womit die Disziplinen Psychiatrie und Orthopädie zur Erstellung des Gerichtsgutachtens ausreichend waren. Im Übrigen dürfte von einem Gerichtsgutachten, das alle Anforderungen hinsichtlich der Beurteilungsgrundlagen und der Begründung erfüllt und das deshalb als schlüssig und somit als beweiswertig einzustufen ist, nur abgewichen werden, wenn zwingende Gründe dies rechtfertigen (BGE 125 V 351 E. 3b/aa S. 352 f.). Solche Gründe liegen nicht vor.

Dagegen begründen die Gutachter der G.____ den Verlauf der Arbeitsunfähigkeit auf S. 52 und S. 55 des Gutachtens nur bedingt plausibel. So ist die dort von 2006 bis März 2009 statuierte vollständige Arbeitsunfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit aufgrund der im Gutachten diesbezüglich angeführten Akten (S. 51 des Gutachtens) nicht wirklich nachvollziehbar. Es wird wohl davon ausgegangen, dass erst ab dem C.____-Gutachten vom 18. März 2009 von einer Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit auszugehen sei. Die C.____-Gutachter ihrerseits halten aber fest, es könne spätestens nach der Kontrolle in der Kinderorthopädie vom 3. November 2008 von einer somatisch begründbaren, vollen Arbeitsfähigkeit für leichte Verweistätigkeiten ausgegangen werden. Insofern ist die Beurteilung nicht ganz schlüssig. Es kann aber auf diesbezügliche Ergänzungsfragen an die Gutachter verzichtet werden, da sich der retrospektive Verlauf der Arbeitsfähigkeit direkt aus den vorliegenden Akten ableiten lässt, wie nachfolgend darzulegen ist.

7.3

7.3.1 In der vormals angefochtenen Verfügung vom 17. Januar 2012 (IV-Nr. 101) sprach die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer ■ mehrheitlich gestützt auf das C.____-Gutachten vom 18. März 2009 (IV-Nr. 73.1) ■ ab 6. Januar 2007 eine ganze Rente und ab 1. April 2008 eine halbe Rente zu. Ab 1. März 2009 verneinte sie einen Rentenanspruch. Diese Verfügung wurde vom Versicherungsgericht mit Urteil vom 8. Oktober 2013 (VSBES.2012.61) aufgrund einer zweimaligen schweren Verletzung des rechtlichen Gehörs jedoch aufgehoben, mit dem Hinweis, dass die Rückweisung auch keinen formellen Leerlauf darstelle, da das C.____-Gutachten im Verfügungszeitpunkt fast drei Jahre alt gewesen und damit nicht mehr aktuell sei. Zum sonstigen Beweiswert des C.____-Gutachtens hat sich das Versicherungsgericht im vorgenannten Urteil nicht geäußert. Nach Veranlassung eines neuen Gutachtens (D.____, IV-Nr. 165.1) kam die Beschwerdegegnerin in der vorliegenden angefochtenen Verfügung vom 30. November 2015 dagegen zum Schluss, nach Ablauf des Wartejahres (Beginn Februar 2007) habe der Beschwerdeführer ab 20. Februar 2008 Anspruch auf eine Viertelrente und ab 1. Januar 2011 Anspruch auf eine halbe Rente. Weshalb die Beschwerdegegnerin den Rentenbeginn in der angefochtenen Verfügung nun auf Februar 2008 festlegt, während sie in der vormaligen Verfügung noch von einem Rentenbeginn ab Januar 2007 ausging, ist jedoch aufgrund der Akten nicht nachvollziehbar, zumal sich dies auch nicht aus dem dieser Verfügung zugrundeliegenden Gutachten der D.____ vom 29. Oktober 2014 ableiten lässt, welches sich praktisch gar nicht zum retrospektiven Verlauf der Arbeitsfähigkeit äussert.

7.3.2 Aus den Akten lässt sich bezüglich des Verlaufs der Arbeitsfähigkeit Folgendes ableiten: Aus dem Arbeitsgeberfragebogen der W.____ vom 28. März 2006 (IV-Nr. 23) geht hervor, dass der Beschwerdeführer vom 7. November 2005 bis 5. Januar 2006 wieder vollzeitig arbeitstätig war. Die durch die Tumoresektion vom 2. Mai 2005 eingeschränkte Arbeitsfähigkeit war damit wesentlich und während mehr als 30 Tagen (vgl. Art. 29ter IVV) unterbrochen. Damit ist davon auszugehen, dass das Wartejahr gemäss Art. 29 Abs. 1 lit. b IVG (in der bis 31. Dezember 2007 geltenden Fassung) am 6. Januar 2006 (hausärztlich attestierte 100%ige Arbeitsunfähigkeit ■ vgl. IV-Nr. 14, S. 1) zu laufen begann und der Anspruch auf eine ganze Rente demnach ab 6. Januar 2007 besteht, zumal Dr. med. C.____ dem Beschwerdeführer mit Bericht vom 15. Februar 2006 ab dem 6. Januar 2006 bis auf Weiteres eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestierte. Diese wurde so auch im C.____-Gutachten vom 18. März 2009 (IV-Nr. 73.1, S. 20) übernommen.

Nachdem der behandelnde Orthopäde Dr. med. O. ___ den Beschwerdeführer in seinem Bericht vom 19. Dezember 2007 (IV-Nr. 38) bis Dezember 2007 zu 100 % arbeitsunfähig und nach Durchführung von Eingliederungsmassnahmen in wechselnden Tätigkeiten in stehender und sitzender Position mit eingeschränkter Belastung des Kniegelenks zu 50 % arbeitsfähig erachtete, ist die ganze Rente gestützt auf diese Angaben und unter Berücksichtigung einer Übergangsfrist von 3 Monaten gemäss Art. 88a Abs. 1 IVV per 1. April 2008 herabzusetzen, wobei diesbezüglich der Invaliditätsgrad noch zu errechnen ist, nachdem vom Beschwerdeführer auch der vorgenommene Abzug vom Tabellenlohn von 10 % gerügt wurde. Der vorgenannte Verlauf der Arbeitsfähigkeit wurde im vorgenannten C. ___-Gutachten ebenfalls so übernommen. Hiernach ist analog zur Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 17. Januar 2012 und dem C. ___-Gutachten davon auszugehen, dass ab November 2008 (hier verweist das C. ___-Gutachten auf den Bericht von Dr. med. N. ___ vom 3. November 2008; IV-Nr. 73.2) aus somatischer Sicht von einer vollen Arbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit ausgegangen werden kann. Hinsichtlich des psychischen Zustandsbildes ist festzuhalten, dass bereits im C. ___-Gutachten vom 18. März 2009 die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig leichte Episode (F33.0) gestellt wurde. Diese Diagnose wurde auch im aktuellen G. ___-Gutachten wiederum gestellt. Beide psychiatrischen Gutachter gingen zudem von einer diesbezüglichen 20%igen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus. Gemäss den überzeugenden Ausführungen im C. ___-Gutachten kann spätestens ebenfalls seit der Untersuchung von Dr. med. N. ___ vom 3. November 2008 von einer 20%igen Leistungseinbusse aus psychiatrischer Sicht ausgegangen werden. Damit ergibt sich gestützt auf eine 20%ige Arbeitsunfähigkeit ein veränderter Invaliditätsgrad, welcher nachstehend zu errechnen ist. Schliesslich ist gestützt auf das Gutachten der G. ___ und analog zur angefochtenen Verfügung wiederum von einer Verschlechterung per 1. Januar 2011 ■ Arbeitsfähigkeit von 65 % in einer angepassten Tätigkeit ■ und damit von einem veränderten Rentenanspruch ab 1. April 2011 auszugehen, wie nachfolgende Berechnungen ergeben (s. E. II. 8.).

E. 4

Es sei dem Beschwerdeführer die integrale unentgeltliche Rechtspflege und Rechtsverbeiständung zu bewilligen unter Beiordnung des unterzeichneten Rechtsanwaltes als unentgeltlicher Rechtsbeistand.

E. 4.1

und 9C_94/2010 vom 26. Mai 2010 E. 4.1 mit Hinweisen). Angesichts der im vorliegenden Verfahren eingereichten Rechtschriften ist festzuhalten, dass der Prozessaufwand des Versichertenanwaltes durchaus höher ausfiel, weil er eine Dreiviertel- statt der bereits zugesprochenen halben Rente beantragt hat und dies dementsprechend begründen musste. Im Lichte der dargelegten Grundsätze erscheint es deshalb gerechtfertigt, die im Rahmen der Parteientschädigung zu vergütenden Aufwände ermessensweise auf 5 Stunden zu kürzen. In Anbetracht von Aufwand und Schwierigkeit des Prozesses ist die Parteientschädigung demnach auf CHF 1'475.50 festzusetzen. Dieser Betrag errechnet sich wie folgt: 5 Stunden zum geltend gemachten Stundenansatz von CHF 240.00, zuzügl. Auslagen von CHF 167.50. Gemäss den Kostennoten fielen ungefähr 2/3 der geltend gemachten Aufwände und Auslagen vor 2018 an, womit der bis Ende 2017 geltende MwSt.-Satz von 8 % bzw. der ab 2018 geltende MwSt.-Satz von 7.7 % entsprechend anteilmässig aufzurechnen sind. 9.2 Aufgrund von Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das

Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 - 1'000.00 festgelegt. Nach dem Ausgang des vorliegenden Verfahrens haben die IV-Stelle und der Beschwerdeführer die Verfahrenskosten von CHF 1'000.00 je hälftig – somit im Betrag von CHF 500.00 – zu bezahlen. Folglich ist dem Beschwerdeführer vom geleisteten Kostenvorschuss (von CHF 600.00) CHF 100.00 zurückzuerstatten. 9.3 Die Kosten eines Gerichtsgutachtens sind dem Versicherungsträger aufzuerlegen, wenn das Gutachten notwendig wurde, weil dieser den Sachverhalt nicht rechtsgenügend abgeklärt hatte (BGE 139 V 496). Wie dargelegt hat die Beschwerdegegnerin den Sachverhalt unzureichend abgeklärt, weshalb das Gericht die Abklärungslücke durch ein Gerichtsgutachten schliessen musste. Die Beschwerdegegnerin hat daher die Kosten des Gutachtens der G.____ vom 31. März 2017 von CHF 8'162.75 (inkl. Labor- und Röntgenkosten) zu bezahlen.

E. 5

Unter Kosten- und Entschädigungsfolge. 4. Mit Schreiben vom 17. Februar 2016 (A.S. 18) verzichtet die Beschwerdegegnerin auf das Einreichen einer Beschwerdeantwort und schliesst auf Abweisung der Beschwerde. 5. Mit Verfügung vom 21. März 2016 (A.S. 39 f.) weist der Präsident des Versicherungsgerichts das Gesuch des Beschwerdeführers um Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege bzw. Bestellung eines unentgeltlichen Rechtsbeistandes ab. 6. Mit Verfügung vom 19. September 2016 (A.S. 42 f.) hält der Präsident des Versicherungsgerichts fest, es sei vorgesehen, ein bidisziplinäres Gutachten in den Fachrichtungen Orthopädie und Psychiatrie einzuholen. 7. Mit Verfügung vom 16. November 2016 (A.S. 53 f.) werden zur Ausarbeitung des Gutachtens Dr. med. E.____, Fachärztin für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie, sowie Med. prakt. F.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, beide von der G.____ bestimmt. 8. Das Gutachten der G.____ ergeht am 31. März 2017 (A.S. 61 ff.). 9. Mit Eingabe vom 7. Juni 2017 (A.S. 131 f.) lässt der Beschwerdeführer Ergänzungsfragen an die orthopädische Teilgutachterin der G.____ stellen. 10. Mit Verfügung vom 14. Juni 2017 (A.S. 133) werden die vorgenannten Ergänzungsfragen des Beschwerdeführers abgewiesen. 11. Mit Verfügung vom 27. September 2017 (A.S. 133 f.) wird der Antrag des Beschwerdeführers auf Durchführung einer Parteibefragung abgewiesen. 12. Am 6. Februar 2018 findet vor dem Versicherungsgericht eine Verhandlung statt. Anwesend sind der Beschwerdeführer und sein Rechtsvertreter, Rechtsanwalt Claude Wyssmann. Die Beschwerdegegnerin verzichtet auf eine Teilnahme an der Verhandlung. 13. Auf die Ausführungen der Parteien in ihren Rechtsschriften wird nachfolgend, soweit notwendig, eingegangen. II. 1. Die Sachurteilsvoraussetzungen (Einhaltung von Frist und Form, örtliche und sachliche Zuständigkeit des angerufenen Gerichts) sind erfüllt. Auf die Beschwerde ist einzutreten. 2. 2.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein. Die Invalidität gilt als eingetreten, sobald sie die für die Begründung des Anspruchs auf die jeweilige Leistung erforderliche Art und Schwere erreicht hat (Art. 4 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG). 2.2 Gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können

(lit. a), und die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. b und c). Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente.

3. Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 132 V 99 f. E. 4, 125 V 261 E. 4). 4. Gemäss den Ausführungen des Beschwerdeführers sei die Ermittlung des Beginns der Wartezeit durch die Beschwerdegegnerin nicht korrekt. Die einjährige Wartezeit gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG sei bereits am 1. Januar 2006 abgelaufen, nachdem der Versicherte spätestens seit Januar 2005 vollständig in der Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit eingeschränkt gewesen sei und zwar aus somatisch-orthopädischen Gründen. Die früheren medizinischen Einschätzungen, welche Anlass zur Zusprache einer befristeten Invalidenrente gemäss Verfügung vom 17. Januar 2012 gewesen seien, seien durch das Gutachten der D.____ nicht revidiert worden. Vielmehr habe Dr. med. H.____, Fachärztin für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, lediglich festgehalten, dass eine volle Arbeitsunfähigkeit in bisheriger Tätigkeit durch die Gutachter des C.____ bestätigt worden sei. Der Beginn dieser vollen Arbeitsunfähigkeit gemäss C.____-Gutachten ab Januar 2005 sei nicht in Frage gestellt worden. Vielmehr habe Frau Dr. med. H.____ einzig festgehalten, dass eine volle Arbeitsunfähigkeit sicherlich seit der 2. Operation im Jahre 2007 bestanden habe. Die frühere Einschätzung sei allerdings eben nicht in Frage gestellt. Es habe auch keine Auseinandersetzung mit der früheren Beurteilung stattgefunden. Vielmehr sei stets auf die Tatsache der Berentung ab Januar 2007 verwiesen worden. Ein Unterbruch von mehr als 30 Tagen könne ebenfalls nicht angenommen werden, da der Einsatz vom 7. November 2005 bis 5. Januar 2006 nur als Arbeitsversuch gewertet werden könne. Ebenso stehe fest, dass durch das Gutachten von 2014 die durch das C.____ und die Berichterstattung von Dr. med. I.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, aus psychiatrischer Sicht bestätigte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von mindestens 20 % seit Januar 2006 nicht in Frage stehen könne. Dr. med. J.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, habe lediglich festgehalten, die früher bestätigte rezidivierende depressive Störung liege heute nicht mehr vor. Dabei handle es sich bestenfalls um eine reine Momentaufnahme. Das Gutachten vermöge indes keine dauerhafte und losgelöst von beruflichen Belastungen begründbare Remission einer zuvor bestätigten depressiven Störung zu begründen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_109/2010 vom 8. Juni 2010, E. 3.2). Dr. med. I.____ (recte Dr. med. J.____) habe sich inhaltlich auch nicht mit den im Widerspruch zu seiner Beurteilung stehenden Einschätzungen im K.____-Gutachten und in den Berichten von Dr. med. I.____ auseinandergesetzt. Wenn Dr. med. J.____ festhalte, die (von Dr. med. I.____ diagnostizierte) chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren erscheine durchwegs plausibel, diese Diagnose in der Folge aber nicht stelle und sich mit ihr

inhaltlich und kriterienorientiert nicht auseinandersetze, stelle dies einen nicht auflösbaren Widerspruch resp. eine Expertise mit fehlender Schlüssigkeit und Nachvollziehbarkeit und damit fehlender Überzeugungs- und Beweiskraft dar. Zu bemängeln sei ferner die Ermittlung des Invalideneinkommens durch die Beschwerdegegnerin. Insbesondere erscheine ein Abzug von lediglich 10 % den diversen lohnmindernden Faktoren nur ungenügend Rechnung zu tragen. Schliesslich bringt der Vertreter des Beschwerdeführers anlässlich der Verhandlung vor dem Versicherungsgericht ergänzend vor, die IV-Stelle habe die Eingliederungsmassnahmen nie richtig geprüft. Damit sei der Grundsatz «Eingliederung vor Rente» verletzt worden. Zudem hätte eine polydisziplinäre Begutachtung erfolgen sollen und nicht bloss eine bidisziplinäre. Demgegenüber vertritt die Beschwerdegegnerin die Ansicht, die erneuten medizinischen Abklärungen hätten ergeben, dass dem Beschwerdeführer seine angestammte Tätigkeit als Produktionsmitarbeiter seit Februar 2007 (Beginn der Wartezeit) nicht mehr zumutbar sei. Nach Ablauf der Wartezeit sei er in einer angepassten Verweistätigkeit zu 80 % arbeitsfähig gewesen. Anschliessend habe sich die Arbeitsfähigkeit sukzessive weiter verschlechtert und ab 2011 sei er noch zu 65 % in einer angepassten Tätigkeit erwerbsfähig gewesen. Bei der Berechnung des Invalideneinkommens habe man dem Umstand der behinderungsbedingten erschwerten Eingliederung Rechnung getragen und einen Abzug von 10 % vorgenommen. Somit habe der Beschwerdeführer ab 1. Februar 2008 Anspruch auf eine Viertelsrente und ab 1. April 2011 Anspruch auf eine halbe Rente. 5. Strittig und zu prüfen ist somit, ob die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer zu Recht ab 1. Februar 2008 eine Viertelsrente sowie ab 1. April 2011 eine halbe Rente zugesprochen hat. Insofern der Beschwerdeführer ergänzend geltend macht, die Beschwerdegegnerin habe die Eingliederungsmassnahmen nicht geprüft ist festzuhalten, dass die IV-Stelle in der vorliegend angefochtenen Verfügung weder über Eingliederungsmassnahmen entschieden hat noch wurden solche in der Beschwerde verlangt. Auf die diesbezügliche Rüge ist somit nicht einzutreten. Für die Beurteilung des Leistungsanspruchs des Beschwerdeführers sind im Wesentlichen folgende Unterlagen relevant: 5.1 Im Bericht des B.____ vom 16. Dezember 2005 (IV-Nr. 14, S. 7) wurde festgehalten, es bestehe ein Status nach Resektion eines Riesenzelltumors linker Tibiakopf lateral mit Spongiosa-Auffütterung vom linken Beckenkamm und lateraler Abstützung des Tibiakopfes mit Tutoplast-Allograft vom 2. Mai 2005. Sieben Monate nach dem genannten Eingriff erfolge eine Belastung zwischenzeitlich ohne Gehhilfen. Die 100%ige Arbeitsfähigkeit sei wieder erreicht. 5.2 Der Hausarzt des Beschwerdeführers, Dr. med. L.____, Facharzt für Allgemeinmedizin FMH, attestierte diesem mit Bericht vom 15. Februar 2006 (IV-Nr. 14, S. 1) ab dem 6. Januar 2006 bis auf weiteres eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Gleichzeitig hielt er fest, nach Ausheilung der Operationsstelle sei dem Beschwerdeführer eine angepasste Tätigkeit im Rahmen von 8 Stunden täglich zumutbar, mit einer Leistungseinschränkung von 50 %. 5.3 Dr. med. M.____, Facharzt für Orthopädie und Traumatologie FMH, Kantonsspital Olten, hielt in seinem Bericht vom 17. Mai 2006 (IV-Nr. 25) fest, es bestehe ein Status nach Tumorektomie und Sentinel-Lymphknotenverfahren links mit intraoperativem Schnellschnitt vom 15. März 2006 bei Gynäkomastie Mamma links. 5.4 Im Arztbericht vom 16. November 2006 (IV-Nr. 29, S. 8) diagnostizierte Dr. med. M.____ neu ein ausgedehntes Rezidiv eines Riesenzelltumors im linken Tibiakopf bei Status nach Riesenzelltumor-Resektion lateraler Tibiakopf links und Knochenaufbau zur Abstützung der gelenktragenden Strukturen mit Tutoplast-Allograft und Spongiosaplastik vom 2. Mai 2005. 5.5 Dr. med. N.____, Facharzt für Orthopädie und Traumatologie FMH, führte in seinem Bericht vom 13. Juli

2007 (IV-Nr. 37, S. 8) aus, nach einer Resektion eines Riesenzelltumor-Rezidivs an der proximalen Tibia mit Einbau einer Tumorprothese und Fixation des Streckapparates an einem Dacronschlauch 02/07 gehe der Beschwerdeführer aktuell an zwei Unterarmstücken sicher mobil und weitgehend beschwerdefrei. Insgesamt sei der Verlauf zufriedenstellend. Die Belastung des linken Beines könne weiterhin nach Massgabe der Beschwerden erfolgen, wobei die Vollbelastung angestrebt werde. 5.6 Dr. med. O.____, Facharzt für orthopädische Chirurgie und Traumatologie FMH, hielt in seinem Bericht vom 19. Dezember 2007 (IV-Nr. 38) fest, der Beschwerdeführer sei bis Dezember 2007 zu 100 % arbeitsunfähig. Nach Durchführung von Eingliederungsmassnahmen sei der Beschwerdeführer in wechselnden Tätigkeiten in stehender und sitzender Position mit eingeschränkter Belastung des Kniegelenks zu 50 % arbeitsfähig 5.7 Dr. med. P.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, diagnostizierte beim Beschwerdeführer im Bericht vom 20. Januar 2008 (IV-Nr. 39) eine schrittweise Remission einer mittelgradig depressiven Episode mit somatischen Symptomen (ICD-10 F32.11), bestehend mindestens seit Aufnahme der Einzelpsychotherapie am 9. Januar 2006. 5.8 Dr. med. Q.____, Facharzt für Chirurgie FMH, hielt in seinem Bericht vom 7. September 2008 (IV-Nr. 60) fest, beim Beschwerdeführer bestünden mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit folgende Diagnosen: - Minderbelastbarkeit des linken Beines, Implantation einer Tumor-Knieprothese - Defektdeckung mittels Muskellappenplastik - Signifikante Einschränkungen der Gehstrecke - Rentenrelevante Einschränkung der Gehstrecke - Fortgeschrittenes LWS-Syndrom (MRI der LWS 4. Februar 2008) Unter Berücksichtigung der erhobenen Befunde und unter Einbeziehung der vorliegenden ärztlichen Unterlagen könne der Beschwerdeführer keine körperlich belastenden Tätigkeiten vollschichtig verrichten. Aber auch leichte Tätigkeiten seien vollschichtig nicht leidensgerecht und würden auf Kosten der Restgesundheit ausgeübt. Es würden Einschränkungen für langes Gehen und Stehen, kniende und hockende Tätigkeiten vorliegen, zudem werde vom Besteigen von Treppen, Leitern und Gerüsten abgeraten. Auf ein wirbelsäulengerechtes Verhalten sollte geachtet werden, Zwangshaltungen seien zu meiden, ferner sollten keine schweren Lasten repetitiv bewegt werden. Die Arbeitsunfähigkeit sei auf 70 % zu schätzen. 5.9 Dr. med. N.____ hielt mit Bericht vom 3. November 2008 (IV-Nr. 73.2) fest, hinsichtlich des linken Kniegelenks bestehe eine deutlich bessere Situation. Hinsichtlich der Arbeitssituation sei der Beschwerdeführer von Seiten der IV zunächst für 50 % arbeitsfähig geschrieben worden. Die Arbeitsversuche mit sitzender Tätigkeit und dem Zusammenschrauben von Maschinen habe er aufgrund seiner Unfähigkeit, längere Zeit zu sitzen, nicht weiter durchführen können. Aktuell sei er nun wieder 100 % arbeitsunfähig geschrieben. Die angestrebte Rehabilitation habe der Beschwerdeführer aufgrund der, von der IV geforderten 50%igen Arbeitsfähigkeit nicht antreten können. Ebenso führe er aktuell keine Physiotherapie durch, da er dazu aufgrund der Arbeitssituation keine Zeit habe. 5.10 Im C.____-Gutachten vom 18. März 2009 (IV-Nr. 73.1) wurden mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit folgende Diagnosen gestellt: 1. Status nach Wide Resection eines Tumors an der linken Tibia, Einsetzen einer Kniegelenks-Tumorprothese sowie Gastrocnemius-Lappenplastik medial am 15. März 2007 bei Rezidiv eines benignen Riesenzelltumors links (ICD-10 Z98.8). o Status nach Tumorresektion am Tibiakopf, Spongiosaentnahme vom linken Beckenkamm und Wiederaufbau des Tibiakopfes mit Allograft am 2. Mai 2005 2. Chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom ohne radikuläre Ausfälle (ICD-10 M54.5) o Diskushernie LWK4/5 rezessal mit Abdrängung der Wurzel und Kontakt zur Wurzel L4 rechts, leichte Spondylarthrose LWK4 bis SWK1 (MRI

4. Februar 2008) o freie Beweglichkeit der LWS 3. Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode (ICD-10 F33.0) 4. Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) Zur Begründung führten die Gutachter aus, aus orthopädischer Sicht liessen sich die subjektiv angegebenen Beschwerden aufgrund der objektivierbaren Befunde und vorliegenden Bilddokumente nicht ausreichend begründen. Nachweislich bestehe eine verminderte Belastbarkeit des linken Kniegelenks und auch der Lendenwirbelsäule. Daraus resultiere, dass körperlich schwere und auch mittelschwere Tätigkeiten, wie die zuletzt ausgeführte als Maschinenführer und insbesondere die früher durchgeführte als Dachdecker, dem Exploranden bleibend nicht mehr zumutbar seien. Für körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeiten, mit überwiegendem Anteil im Sitzen, bestünden hingegen aus Sicht des Bewegungsapparates bei sehr gutem postoperativem Verlauf keine Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit. Aus internistischer und anderweitig somatischer Sicht bestünden keine zusätzlichen Befunde und Diagnosen, die die Arbeitsfähigkeit limitieren würden. Es könne spätestens nach der Kontrolle in der Kinderorthopädie vom 3. November 2008 von einer somatisch begründbaren, vollen Arbeitsfähigkeit für leichte Verweistätigkeiten ausgegangen werden. Aus psychiatrischer Sicht könne beim Exploranden eine leichte Episode einer rezidivierenden depressiven Störung festgestellt werden, im Zusammenhang mit einer somatoformen Schmerzstörung. Die Belastbarkeit des Exploranden sei dadurch leicht (um 20 %) vermindert. 5.11 Dr. med. R.____, Facharzt für Chirurgie FMH, hielt in seinem Bericht vom 25. März 2010 (IV-Nr. 86) fest, unter dem Verdacht einer bestehenden beginnenden Kniegelenksinfektion bei liegender Prothese, welche sich nach Messung der Entzündungsparameter bestätigt habe, habe er den Beschwerdeführer notfallmässig im S.____, Orthopädie angemeldet. Aufgrund der Gesamtsituation sei er der Meinung, dass es keinesfalls zu einer Verbesserung, sondern zu einer Verschlechterung gekommen sei. 5.12 Dr. med. N.____ führte im Bericht vom 13. Juli 2010 (IV-Nr. 93) aus, die Belastbarkeit sei aufgrund eines deutlichen Kraftverlustes sowie eines chronischen Gelenksergusses deutlich reduziert und eine angepasste Tätigkeit lediglich 4 Stunden pro Tag möglich. 5.13 Mit Stellungnahme vom 26. Februar 2012 (IV-Nr. 109, S. 7) führte der behandelnde Psychiater, Dr. med. I.____, aus, insgesamt habe sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit März 2009 verschlechtert. Es bestehe eine mittelgradige depressive Episode mit somatischen Symptomen und eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F32.11; F45.41). Der Beschwerdeführer sei sowohl in seiner angestammten als auch angepassten Tätigkeit zurzeit nicht arbeitsfähig. Er sei durch die anhaltende Depressivität und Schmerzsymptomatik absorbiert, sei in der Aufmerksamkeit und in der Konzentration beeinträchtigt, vermindert belastbar, kaum leistungsfähig, blockiert und auf der Beziehungsebene kaum erreichbar. 5.14 In der Stellungnahme von Dr. med. T.____, Facharzt für Orthopädie FMH, vom 29. Februar 2012 (IV-Nr. 109, S. 5) wurde festgehalten, nach Studien der Akten seien weder ein Kniegelenkserguss, noch die Beinverlängerung links und die vermehrte Facettenirritation im Zeitpunkt des C.____-Gutachtens erwähnt worden. Diese Befunde würden allerdings eine erhebliche somatische Beeinflussung der Schmerzproblematik ergeben, die damals nicht vorhanden gewesen sei. Zusätzlich müsse erwähnt werden, dass die 2006 geschilderte Depression sicherlich nicht endogen zu sehen sei, sondern als Reaktion auf die erstmalige Diagnosestellung 2005 eines bösartigen Tumors sowie des nachfolgenden Tumors. Aus seiner Sicht ergäbe sich damit eine komplett normale Reaktion, die nicht mit einer somatoformen Schmerzstörung und schon gar nicht mit einer endogenen Depression gleichzustellen sei. Eine angepasste Tätigkeit sei zu 40 %

möglich. Aufgrund der erheblichen Schmerzsymptomatik seien Tätigkeiten mit höheren Anforderungen an die Konzentration jedoch nicht vorstellbar. 5.15 Im Gutachten der D.____ vom 29. Oktober 2014 (IV-Nr. 165.1) wurden folgende Diagnosen gestellt:
Diagnosen mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit: - Chronisches Schmerzsyndrom linkes Knie mit chronischen Reizzuständen und repetitiven Punktionen mit Leukozytose bei St.n. Status nach Wide Resection eines Tumors an der linken Tibia, Einsetzen einer Kniegelenks-Tumorprothese sowie Gastrocnemius-Lappenplastik medial am 15. März 2007 bei Rezidiv eines benignen Riesenzelltumors links, Status nach Tumorresektion am Tibiakopf, Spongiosaentnahme vom linken Beckenkamm und Wiederaufbau des Tibiakopfes mit Allograft am 2. Mai 2005 - Lumbospondylogenes Schmerzsyndrom ohne radikuläre Zeichen bei/mit Osteochondrose zwischen LWK2 und LWK5 mit zirkulärem Discbulging und begleitender Spondylose bzw. flacher rechts medio lateraler subligamentärer Diskushernie L4/5 mit möglicher diskreter Reizung der nach intradural verlaufenden L5-Wurzel rechts. Spondylarthrose der LWS. Kein enger Kanal. Leichtgradige Stenose der Foramina L3 rechts und L4 linksbetont. ISG-Arthrose beidseits. - Angst und depressive Störung, gemischt F41.2 Diagnosen ohne Relevanz für die Arbeitsfähigkeit - Beginnende mediale und femoro-patelläre Arthrose rechtes Knie - Beginnende Coxarthrose bds. - St. n. Exstirpation eines Mamma -Tu 2006 - Arterielle Hypertonie (medikamentös behandelt) - Atheromatose der Karotis (anamnestisch: lt. Angabe des Hausarztes, Dr. med. L.____ in Olten) - Verdacht auf Diabetes mellitus Im Rahmen des Zumutbarkeitsprofils (verlängerte Pausen und verringerte Leistungsfähigkeit) sei der Beschwerdeführer zu 65 % arbeitsfähig. Das Heben und Tragen von Lasten über 10 kg sei nicht mehr zumutbar. Rein sitzende, rein gehende und rein stehende Arbeiten sowie Arbeiten mit Gehen auf unebenem Boden, mit Treppensteigen, mit Besteigen von Leitern und Gerüsten und Arbeiten in kniender und kauernder und gehockter Haltung seien ebenfalls nicht zumutbar, ebenso Arbeiten mit Zwangshaltungen des Oberkörpers. Es könne postuliert werden, dass sich die obengenannte Arbeitsfähigkeit im Verlaufe der letzten Jahre sukzessive entwickelt habe und dass ab 2011 orthopädisch diese Arbeitsfähigkeit anzuwenden sei. Psychiatrisch sei die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der angestammten und in der Verweistätigkeit von 20 % ab 2009 anwendbar. Die Einschränkung in der angestammten Tätigkeit von 0 % Arbeitsfähigkeit sei bereits im C.____-Gutachten von 2009 vermerkt worden. Aufgrund der Aktenlage gelte dies sicherlich seit der zweiten Operation im Jahre 2007. Im C.____-Gutachten sei eine 80%ige Arbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit postuliert worden. Im aktuellen Gutachten gehe man in einer Verweistätigkeit von einer 65%igen Arbeitsfähigkeit seit 2011 aus. 6. Die Beschwerdegegnerin stützt sich im angefochtenen Entscheid hauptsächlich auf das Gutachten der D.____ vom 29. Oktober 2014 (IV-Nr. 165.1) ab, weshalb insbesondere auf dessen Beweiswert einzugehen ist. Im orthopädischen Teilgutachten wird von Dr. med. H.____, Fachärztin für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, schlüssig dargelegt, dass die Beschwerden vor allem im Bereich des linken Knies objektivierbar und auch nachvollziehbar seien, wie auch teilweise die Beschwerden im Bereiche des rechten Knies und beider Hüften. Es bestehe im Bereiche der Tumorprothese des linken Knies eine ständige Reizsituation mit dauernden Ergüssen. Die Kombination der nachvollziehbaren Beschwerden im Bereiche des linken Knies mit den neuen Arthrosebeschwerden im Bereiche des rechten Knies und beider Hüften sei sicherlich ungünstig auch zusammen mit den Beschwerden auf Grund degenerativer Veränderungen im Bereich der LWS. Gestützt auf diese Erhebungen gelangt die

orthopädische Gutachterin zu folgendem nachvollziehbaren orthopädischen Zumutbarkeitsprofil: Das Heben und Tragen von Lasten über 10 kg sei nicht mehr zumutbar. Rein sitzende, rein gehende und rein stehende Arbeiten, sowie Arbeiten mit Gehen auf unebenem Boden, mit Treppensteigen, mit Besteigen von Leitern und Gerüsten und Arbeiten in kniender und kauender und gehockter Haltung seien nicht zumutbar. Arbeiten mit Zwangshaltungen des Oberkörpers seien ebenfalls nicht zumutbar. Entsprechend bestehe zur angestammten Arbeit als Maschinenführer in einer Tabakverpackungsfabrik mit teilweise schwerer und ausschliesslich stehender Arbeit eine Inkongruenz. Entsprechend bestehe in der angestammten Tätigkeit keine verwertbare Arbeitsfähigkeit mehr. Im Rahmen des Zumutbarkeitsprofils bestehe eine verminderte Leistung und wegen der Reizsituation im Bereich des linken Knies müssten auch vermehrte Pausen eingelegt werden. Es bestehe entsprechend dadurch eine Arbeitsfähigkeit im Rahmen des Zumutbarkeitsprofils von 65 %. Weiter begründet die orthopädische Gutachterin schlüssig, dass sich der Gesundheitszustand verschlechtert hat: 2008 werde erwähnt, dass der Patient sein Bein selbst heben können. Das könne er heute nicht mehr. Unabhängig von der LWS Problematik habe sich der Gesundheitszustand des Versicherten von Seiten des linken Knies mit unklarem Reizzustand und mit beginnenden Arthrosen im Bereiche des rechten Knies und beider Hüften verschlechtert. Es sei anzunehmen, dass sich der Zustand der degenerativen Veränderungen im Bereiche der LWS über die Jahre auch etwas verschlechtert habe. Sodann wird im neurochirurgischen Teilgutachten von Dr. med. U.____, Spezialärztin für Neurochirurgie FMH, einleuchtend dargelegt, die vom Beschwerdeführer beschriebenen Schmerzen im lumbalen Wirbelsäulenbereich rechts betont dürften auf den mässig ausgeprägten degenerativen Veränderungen dieser Region beruhen. Gelegentlich ausstrahlende Schmerzen im rechten Bein könnten durch die mögliche Wurzelreizung L5 infolge flacher Discushernie L4/5 verursacht werden, wobei allerdings die vom Versicherten mehrfach geschilderte Ausbreitung entlang der Beinrückfläche bis zur Kleinzehe eher der Wurzel S1 als L5 entspreche. Der im Liegen beidseits als positiv imponierende Lasègue werde durch das schmerzfreie Sitzen mit gestreckten Beinen auf dem Untersuchungstisch unwahrscheinlich, die Sensibilitätsstörungen der gesamten linken unteren Extremität müsse als pseudoradikulär interpretiert werden. In Anbetracht der neurologischen und radiologisch/neuroradiologischen Befunde sei dem Beschwerdeführer eine körperlich schwere Tätigkeit nicht zumutbar. Eine leichte Tätigkeit mit Gewichtslimit von 10 kg ohne Zwangshaltungen und repetitives Bücken wäre ganztags mit kurzen Pausen ohne wesentliche Leistungseinbusse zumutbar. Des Weiteren vermag auch die internistische Beurteilung von Dr. med. V.____, Facharzt für Innere Medizin FMH, zu überzeugen. Aus der internistischen Anamnese sei eine arterielle Hypertonie bekannt, weiterhin eine Karotis-Atheromatose, zudem bestehe nach den jetzt bekannten Laborwerten der Verdacht auf einen Diabetes mellitus. Zusammenfassend fänden sich jedoch keine resultierenden Funktionseinschränkungen oder Beschwerden mit versicherungsmedizinischer Relevanz auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers. Der Beschwerdeführer sei deshalb aus internistischer Sicht in seiner zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Betriebsmitarbeiter arbeitsfähig ohne Leistungseinschränkung. Dies gelte ebenso für eine Verweistätigkeit. Mit Ausnahme von kurzen Zeiten vorübergehender Arbeitsunfähigkeit, das internistische Fachgebiet betreffend, gelte dies auch retrospektiv. Dagegen vermag das psychiatrische Teilgutachten von Dr. med. J.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, nur bedingt zu überzeugen. So gehen aus der Befunderhebung von Dr. med. J.____ kaum

psychiatrische Pathologien hervor. Eine depressive Störung wird verneint. Dennoch wird in der Folge wenig nachvollziehbar die Diagnose «Angst und depressive Störung, gemischt (F41.2)» gestellt und festgehalten, beim Beschwerdeführer sei aus psychiatrischer Sicht alleine die Ausdauer eingeschränkt, woraus eine um 20 % eingeschränkte Leistungsfähigkeit resultiere. Des Weiteren setzt sich das psychiatrische Teilgutachten nur rudimentär mit dem Vorgutachten bzw. den Berichten des behandelnden Psychiaters Dr. med. I. ___ auseinander. Die noch im C. ___-Gutachten diagnostizierte somatoforme Schmerzstörung wird einzig mit der Begründung verneint, «eine somatoforme Schmerzstörung kann gegenwärtig nicht diagnostiziert werden. Dies wäre eine Ausschlussdiagnose bei fehlender Erklärung durch die somatischen Gutachten (siehe da).» Zwar wurde im C. ___-Gutachten die somatoforme Schmerzstörung wohl als überwindbar erachtet und zeitigte damit keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. Dennoch wurde die Diagnose gestellt, weshalb sich Dr. med. J. ___ in seinem Gutachten damit hätte auseinandersetzen müssen. Sodann führt Dr. med. J. ___ an, die Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode mit somatischen Symptomen habe gegenwärtig nicht gestellt werden können, die chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren erscheine jedoch durchaus plausibel. Warum er die letztgenannte Diagnose dann jedoch nicht stellt, bleibt unerwähnt. Er setzt sich damit nicht weiter auseinander. Der Vertreter des Beschwerdeführers rügt in diesem Zusammenhang zu Recht, wenn Dr. med. J. ___ schliesslich festhalte, die (von Dr. med. I. ___ diagnostizierte) chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren erscheine jedoch durchwegs plausibel, diese Diagnose in der Folge aber nicht stelle und sich mit ihr inhaltlich und kriterienorientiert nicht auseinandersetze, so sei damit das Gutachten nicht nachvollziehbar. Auf das psychiatrische Teilgutachten von Dr. med. J. ___ kann demnach nicht abgestellt werden.

7. Aufgrund der vorgenannten Unklarheiten und Sachverhaltslücken wurde von Seiten des Versicherungsgerichts zur Klärung der Streitfrage, ob die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer zu Recht ab 1. Februar 2008 eine Viertelsrente sowie ab 1. April 2011 eine halbe Rente zugesprochen hat, bei der G. ___ ein bidisziplinäres Gutachten in den Fachrichtungen Orthopädische Chirurgie und Psychiatrie veranlasst.

7.1 Das Gutachten der G. ___ vom 31. März 2017 (A.S. 61 ff.) wird den allgemeinen rechtsprechungsgemässen Anforderungen gerecht. Es stammt von unabhängigen Fachärzten, welche den Beschwerdeführer eingehend untersucht und die Vorakten studiert haben. Die Aussagen der Experten sind in allen Punkten schlüssig und nachvollziehbar. Med. prakt. F. ___ führt in seinem psychiatrischen Teilgutachten gestützt auf seine Anamnese- und Befunderhebung (S. 37 ff. des Gutachtens) nachvollziehbar aus, zurzeit zeige sich beim Versicherten aus psychiatrischer Sicht eine Symptomatik, die vor allem auf den Konflikt mit der Ehefrau zurückzuführen sei, die ihn aus dem Haus geworfen habe und weshalb er nun auf sich alleine gestellt sei. In diesem Zusammenhang zeige er eine leichte depressive Symptomatik mit leicht herabgesetzter Grundstimmung, dysphorisch gereiztem Verhalten, berichteten Schlafstörungen sowie katastrophalem Appetit. Aufgrund der Vorgeschichte und der jetzigen Befunde geht med. prakt. F. ___ davon aus, dass der Versicherte wahrscheinlich unter rezidivierenden depressiven Störungen leide und gegenwärtig eine leichte Episode bestehe (ICD-10 F33.0). Es sei darauf hinzuweisen, dass der Versicherte unter der Medikation von Antidepressiva in genügend hoher Dosierung stehe und eine regelrechte Behandlung vorhanden sei. Sodann legt der Gutachter schlüssig dar, bezüglich einer Somatisierungsstörung im Sinne einer chronischen Schmerzstörung mit physischen und psychischen Faktoren, bzw. einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung sei darauf

hinzuweisen, dass gemäss der Orthopädin die geklagten Beschwerden mehrheitlich nachvollziehbar seien. Der Versicherte zeige sich im Gespräch auch nicht verdeutlichend, zeige keinen anhaltenden quälenden Schmerz und bewege sich im Untersuchungsgespräch auch nicht schmerzgeplagt. Deshalb erfülle der Versicherte die Kriterien für eine Somatisierungsstörung nicht und es sei auch nicht die Diagnose einer Schmerzstörung zu stellen. Die oben beschriebene Gesundheitsschädigung habe Einfluss auf den Versicherten, indem er etwas weniger belastbar sei und schneller an den Anschlag komme. Neben diesen Funktionseinschränkungen aufgrund der Gesundheitsschädigung gebe es beim Versicherten viele nicht versicherte Faktoren. Der Versicherte sei in einer schwierigen sozialen, aber auch wirtschaftlichen Lage, sei auf sich alleine gestellt und sei mit dem Führen eines eigenen Haushaltes überfordert. Aggravation oder ähnliche Erscheinungen liessen sich nicht eruieren. Ein Suchtleiden bestehe nicht. Es gebe auch keine Hinweise auf ein Leiden aus dem schizophrenen Formenkreis oder der Persönlichkeitsstörung. In der biographischen Persönlichkeitsentwicklung sei darauf hinzuweisen, dass der Versicherte gleichzeitig mit dem Auftreten des Tumors in einer Situation gewesen sei, indem der Betrieb im Bereich Offset-Druck die Arbeiten eingestellt habe. Der Versicherte habe keine wirkliche Perspektive gehabt und sei seither nicht mehr in der Lage gewesen, Verantwortung für sich zu übernehmen und sich wieder in einen Arbeitsprozess hineinzugeben. Med. prakt. F. ___ geht davon aus, dass zum einen soziokulturelle Faktoren, wie aber auch intellektuelle Faktoren, einen wichtigen Teil dazu beigetragen hätten. Als vorhandene persönliche Ressource sehe er, dass der Beschwerdeführer sein Umfeld mobilisieren könne, seine Kinder ihm helfen würden und er gewisse Aktivitäten über den Tag erledigen könne. Seit der letzten Begutachtung 2014 sehe med. prakt. F. ___ den Versicherten weiterhin etwa 20 % in der Arbeitsfähigkeit, in der bisherigen wie auch in einer adaptierten Tätigkeit, eingeschränkt. Die bisherigen früheren psychiatrischen Einschätzungen bezüglich der Arbeitsfähigkeit könnten mehrheitlich, bei Annahme eines schwankenden Verlaufs, nachvollzogen werden. Hinsichtlich des Gutachtens der D. ___ vom 29. Oktober 2014 hält med. prakt. F. ___ ergänzend und einleuchtend fest, das Gutachten sei in sich nicht ganz schlüssig, da zum einen darauf hingewiesen werde, dass keine bedeutsame depressive Symptomatik mehr festgestellt werden könne, gleichzeitig als Diagnose mit Einschränkung der Arbeitsfähigkeit eine Angst und depressive Störung, gemischt, diagnostiziert werde. Bezüglich der Arbeitsfähigkeit sei aus psychiatrischer Sicht die Beurteilung jedoch nachvollziehbar. Sodann vermag auch das orthopädische Teilgutachten von Dr. med. E. ___ grundsätzlich zu überzeugen. Die Gutachterin führt aus, die aktuellen Röntgenaufnahmen vom 15. Februar 2017 zeigten an der HWS diskrete bis mässig ausgeprägte Uncarthrosen und Facettengelenksarthrosen beginnend ab HWK 2/3 bis HWK 6/7. Die LWS weise ebenfalls mässige Osteochondrosen sämtlicher lumbaler Bewegungssegmente mit entsprechender Sklerosierung der Wirbelkörperendplatten und diskreten spondylophytären Randkantenausziehungen auf; polysegmentale Facettengelenksarthrosen. Relative bis signifikante neuroforaminale Engen in der seitlichen Ebene beginnend ab LWK 3/4 bis LWK 5/SWK 1. Der linke Oberschenkel mit Kniegelenk zeige bei in situ befindlicher Langschaft-Tumorprothese orthotopen Sitz der femoralen Tumorprothesen-Langschaftkomponente ohne Materialermüdungszeichen mit nur diskreten distalen perifokal des Prothesenschlittens medialisitig a.p. max. bis zu 3 mm respektive 6 mm messenden Aufhellungssaum ohne entsprechendes Korrelat in der seitlichen Ebene. Diskret angedeutete medialisierte Patella mit in toto drei Markierungs- Pins und perifokalen randsklerosierten Aufhellungszonen. Normale Langschaft-Tibiaprothesenkomponente mit

intakten Cerclage in Region der ossären Verankerung proximal. Auch hier keine Materialermüdungs- oder Lockerungszeichen. Das rechte Kniegelenk zeige diskrete lateral betonte osteophytäre Randkantenausziehungen und nur initiale Gelenkspaltverschmälerung femoropatellar. Orthopädischerseits bestünden folgende Diagnosen: Schmerzhaftes Bewegungseinschränkung des linken Kniegelenks mit rezidivierenden Reizzuständen bei St.n Status nach Tumorresektion (Rezidiv eines benignen Riesenzelltumors) an der linken Tibia, Kniegelenks-Tumorprothese sowie Gastrocnemius-Lappenplastik medial am 15. März 2007; Status nach Tumorresektion am Tibiakopf- und Wiederaufbau des Tibiakopfes mit Allograft am 2. Mai 2005, Belastungsabhängige Knieschmerzen rechts, klinisch und radiologisch aktuell unauffällig, Cervicolumbales Schmerzsyndrom bei deutlichen degenerativen Veränderungen, Anamnestisch beginnende Coxarthrose; aktuell klinisch unauffällig. Gestützt auf die Befunderhebung und Diagnosestellung vermag zudem auch die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit zu überzeugen, wonach Beeinträchtigungen seitens der Beine, der Hüften und der Wirbelsäule mit Beeinflussung der Arbeitsfähigkeit für mittelschwere und schwere Tätigkeiten von 100 % bestünden. Für adaptierte Tätigkeit sei unter Berücksichtigung des Leistungsbildes aufgrund der Leistungsminderung und des erhöhten Pausenbedarfs eine Arbeitsfähigkeit seit 2011 von 65 % anzunehmen. Aus bidisziplinärer Sicht wird schliesslich festgehalten, dem Beschwerdeführer seien leichte überwiegend sitzende Tätigkeiten mit der Möglichkeit des selbstgewählten Positionswechsels und selbstgewählter verlängerter Pausen sowie Heben bis 10 kg zumutbar, wobei diese ohne grossen Druck und ohne Stress sein sollten. Die Arbeitsfähigkeit betrage aufgrund der Leistungsminderung und des erhöhten Pausenbedarfs unter Berücksichtigung des Leistungsbildes gesamthaft 65 %.

7.2 Damit kann auf die vorgehende schlüssige gutachterliche Beurteilung der Arbeitsfähigkeit von 65 % in einer angepassten Tätigkeit abgestellt werden. Insofern der Beschwerdeführer rügt, es hätte an Stelle eines bidisziplinären Gutachtens ein polydisziplinäres Gutachten veranlasst werden müssen, ist festzuhalten, dass sich aus dem neurologischen bzw. neurochirurgischen Teilgutachten der D.____ keine quantitativen Einschränkungen ergeben haben und dieses Teilgutachten beweiswertig ist (vgl. E. II. 6. Hiervor). Es bedurfte deshalb diesbezüglich keiner weiteren Abklärungen, womit die Disziplinen Psychiatrie und Orthopädie zur Erstellung des Gerichtsgutachtens ausreichend waren. Im Übrigen dürfte von einem Gerichtsgutachten, das alle Anforderungen hinsichtlich der Beurteilungsgrundlagen und der Begründung erfüllt und das deshalb als schlüssig und somit als beweiswertig einzustufen ist, nur abgewichen werden, wenn zwingende Gründe dies rechtfertigen (BGE 125 V 351 E. 3b/aa S. 352 f.). Solche Gründe liegen nicht vor. Dagegen begründen die Gutachter der G.____ den Verlauf der Arbeitsunfähigkeit auf S. 52 und S. 55 des Gutachtens nur bedingt plausibel. So ist die dort von 2006 bis März 2009 statuierte vollständige Arbeitsunfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit aufgrund der im Gutachten diesbezüglich angeführten Akten (S. 51 des Gutachtens) nicht wirklich nachvollziehbar. Es wird wohl davon ausgegangen, dass erst ab dem C.____-Gutachten vom 18. März 2009 von einer Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit auszugehen sei. Die C.____-Gutachter ihrerseits halten aber fest, es könne spätestens nach der Kontrolle in der Kinderorthopädie vom 3. November 2008 von einer somatisch begründbaren, vollen Arbeitsfähigkeit für leichte Verweistätigkeiten ausgegangen werden. Insofern ist die Beurteilung nicht ganz schlüssig. Es kann aber auf diesbezügliche Ergänzungsfragen an die Gutachter verzichtet werden, da sich der retrospektive Verlauf der Arbeitsfähigkeit direkt aus den vorliegenden Akten ableiten lässt, wie nachfolgend darzulegen ist.

7.3 7.3.1 In der vormals angefochtenen Verfügung vom

17. Januar 2012 (IV-Nr. 101) sprach die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer – mehrheitlich gestützt auf das C.____-Gutachten vom 18. März 2009 (IV-Nr. 73.1) – ab 6. Januar 2007 eine ganze Rente und ab 1. April 2008 eine halbe Rente zu. Ab 1. März 2009 verneinte sie einen Rentenanspruch. Diese Verfügung wurde vom Versicherungsgericht mit Urteil vom 8. Oktober 2013 (VSBES.2012.61) aufgrund einer zweimaligen schweren Verletzung des rechtlichen Gehörs jedoch aufgehoben, mit dem Hinweis, dass die Rückweisung auch keinen formellen Leerlauf darstelle, da das C.____-Gutachten im Verfügungszeitpunkt fast drei Jahre alt gewesen und damit nicht mehr aktuell sei. Zum sonstigen Beweiswert des C.____-Gutachtens hat sich das Versicherungsgericht im vorgenannten Urteil nicht geäußert. Nach Veranlassung eines neuen Gutachtens (D.____, IV-Nr. 165.1) kam die Beschwerdegegnerin in der vorliegenden angefochtenen Verfügung vom 30. November 2015 dagegen zum Schluss, nach Ablauf des Wartjahres (Beginn Februar 2007) habe der Beschwerdeführer ab 20. Februar 2008 Anspruch auf eine Viertelrente und ab 1. Januar 2011 Anspruch auf eine halbe Rente. Weshalb die Beschwerdegegnerin den Rentenbeginn in der angefochtenen Verfügung nun auf Februar 2008 festlegt, während sie in der vormaligen Verfügung noch von einem Rentenbeginn ab Januar 2007 ausging, ist jedoch aufgrund der Akten nicht nachvollziehbar, zumal sich dies auch nicht aus dem dieser Verfügung zugrundeliegenden Gutachten der D.____ vom 29. Oktober 2014 ableiten lässt, welches sich praktisch gar nicht zum retrospektiven Verlauf der Arbeitsfähigkeit äussert. 7.3.2 Aus den Akten lässt sich bezüglich des Verlaufs der Arbeitsfähigkeit Folgendes ableiten: Aus dem Arbeitsgeberfragebogen der W.____ vom 28. März 2006 (IV-Nr. 23) geht hervor, dass der Beschwerdeführer vom 7. November 2005 bis 5. Januar 2006 wieder vollzeitig arbeitstätig war. Die durch die Tumorresektion vom 2. Mai 2005 eingeschränkte Arbeitsfähigkeit war damit wesentlich und während mehr als 30 Tagen (vgl. Art. 29ter IVV) unterbrochen. Damit ist davon auszugehen, dass das Wartjahr gemäss Art. 29 Abs. 1 lit. b IVG (in der bis 31. Dezember 2007 geltenden Fassung) am 6. Januar 2006 (hausärztlich attestierte 100%ige Arbeitsunfähigkeit – vgl. IV-Nr. 14, S. 1) zu laufen begann und der Anspruch auf eine ganze Rente demnach ab 6. Januar 2007 besteht, zumal Dr. med. C.____ dem Beschwerdeführer mit Bericht vom 15. Februar 2006 ab dem 6. Januar 2006 bis auf Weiteres eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestierte. Diese wurde so auch im C.____-Gutachten vom 18. März 2009 (IV-Nr. 73.1, S. 20) übernommen. Nachdem der behandelnde Orthopäde Dr. med. O.____ den Beschwerdeführer in seinem Bericht vom 19. Dezember 2007 (IV-Nr. 38) bis Dezember 2007 zu 100 % arbeitsunfähig und nach Durchführung von Eingliederungsmassnahmen in wechselnden Tätigkeiten in stehender und sitzender Position mit eingeschränkter Belastung des Kniegelenks zu 50 % arbeitsfähig erachtete, ist die ganze Rente gestützt auf diese Angaben und unter Berücksichtigung einer Übergangsfrist von 3 Monaten gemäss Art. 88a Abs. 1 IVV per 1. April 2008 herabzusetzen, wobei diesbezüglich der Invaliditätsgrad noch zu errechnen ist, nachdem vom Beschwerdeführer auch der vorgenommene Abzug vom Tabellenlohn von 10 % gerügt wurde. Der vorgenannte Verlauf der Arbeitsfähigkeit wurde im vorgenannten C.____-Gutachten ebenfalls so übernommen. Hiernach ist analog zur Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 17. Januar 2012 und dem C.____-Gutachten davon auszugehen, dass ab November 2008 (hier verweist das C.____-Gutachten auf den Bericht von Dr. med. N.____ vom 3. November 2008; IV-Nr. 73.2) aus somatischer Sicht von einer vollen Arbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit ausgegangen werden kann. Hinsichtlich des psychischen Zustandsbildes ist festzuhalten, dass bereits im C.____-Gutachten vom 18. März 2009 die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig leichte Episode

(F33.0) gestellt wurde. Diese Diagnose wurde auch im aktuellen G.____-Gutachten wiederum gestellt. Beide psychiatrischen Gutachter gingen zudem von einer diesbezüglichen 20%igen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus. Gemäss den überzeugenden Ausführungen im C.____-Gutachten kann spätestens ebenfalls seit der Untersuchung von Dr. med. N.____ vom 3. November 2008 von einer 20%igen Leistungseinbusse aus psychiatrischer Sicht ausgegangen werden. Damit ergibt sich gestützt auf eine 20%ige Arbeitsunfähigkeit ein veränderter Invaliditätsgrad, welcher nachstehend zu errechnen ist. Schliesslich ist gestützt auf das Gutachten der G.____ und analog zur angefochtenen Verfügung wiederum von einer Verschlechterung per 1. Januar 2011 – Arbeitsfähigkeit von 65 % in einer angepassten Tätigkeit – und damit von einem veränderten Rentenanspruch ab 1. April 2011 auszugehen, wie nachfolgende Berechnungen ergeben (s. E. II. 8.).

E. 8

8.1 Die Valideneinkommen sind vorliegend unbestritten geblieben und denn auch nicht zu beanstanden. So hat die Beschwerdegegnerin zu Recht auf das Einkommen bei der letzten Arbeitgeberin des Beschwerdeführers, der W.____ (bzw. neu: X.____) abgestellt, da der Beschwerdeführer seine letzte Arbeitsstelle aus gesundheitlichen Gründen verloren hatte. Gemäss Auskunft der W.____ vom 3. März 2011 (IV-Nr. 96) hätte der Beschwerdeführer 2007 jährlich CHF 79■332.00 verdient, was aufgerechnet auf das Jahr 2008 CHF 80■584.00 bzw. auf das Jahr 2009 CHF 82■696.00 sowie auf das Jahr 2011 CHF 83■594.00 ergibt.

8.2 Dagegen rügt der Beschwerdeführer das errechnete Invalideneinkommen. Soerscheine ein Abzug von lediglich 10 % den diversen lohnmindernden Faktoren nur ungenügend Rechnung zu tragen. Zu fordern sei ein Tabellenlohnabzug von 20 %. Der Versicherte habe früher körperlich belastende Tätigkeiten ausüben können. Heute seien ihm nur noch leichte und wechselbelastende Tätigkeiten möglich und auch dies nur noch mit vermindertem Rendement. Dies schwäche seine Verdienstmöglichkeiten beträchtlich, zumal er über keine Ausbildung verfüge. Im Verfügungszeitpunkt sei der Versicherte ausserdem 55-jährig gewesen, was ebenfalls einen Abzug rechtfertige (vgl. Urteil 9C_334/2013 vom 24. Juli 2013, E. 3, Urteil des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 30. März 2009, IV 2007/147, E. 4.4.4).

8.2.1 Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert (Tabellenlohn) allenfalls zu kürzen. Damit soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass persönliche und berufliche Merkmale, wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können (BGE 124 V 321 E. 3b/aa S. 323). Aufgrund dieser Faktoren kann die versicherte Person die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt möglicherweise nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten (BGE 126 V 75 E. 5b/aa in fine S. 80). Der Abzug soll aber nicht automatisch erfolgen. Er ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen und darf 25 % nicht übersteigen (BGE 135 V 297 E. 5.2 S. 301; 134 V 322 E. 5.2 S. 327 f.; 126 V 75 E. 5b/bb-cc S. 80). Ob ein (behinderungsbedingt oder anderweitig begründeter) Abzug vom Tabellenlohn vorzunehmen ist, stellt eine vom Versicherungsgericht frei überprüfbare Rechtsfrage dar (Urteil 8C_652/2008 vom 8. Mai 2009 E. 4, nicht publ. in: BGE 135 V 297). Dagegen ist

die Höhe des (im konkreten Fall grundsätzlich angezeigten) Abzugs eine Ermessensfrage und daher durch das Versicherungsgericht nur bei Ermessensüberschreitung, -missbrauch oder -unterschreitung korrigierbar (BGE 137 V 71 E. 5.1 S. 72 f.; 132 V 393 E. 3.3 S. 399; Urteil 8C_477/2016 vom 23. November 2016 E. 4.1).

8.2.2 Vorliegend hat die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung einen Abzug vom Tabellenlohn von 10 % vorgenommen. Mit dem Abzug hat die Beschwerdegegnerin dem Umstand Rechnung getragen, dass der Beschwerdeführer hinsichtlich des Anforderungsprofils in einer zumutbaren Verweisungstätigkeit eingeschränkt ist, was aufgrund der leidensbedingten Einschränkung angemessen erscheint. Dagegen hat die Beschwerdegegnerin übersehen, dass dem Beschwerdeführer vom 1. Januar 2008 bis Ende November 2008 lediglich eine Teilzeittätigkeit im Rahmen von 50 % zumutbar war. So verdienen Männer mit einem Beschäftigungsgrad von 50 % bis 74 % im hier massgebenden Anforderungsniveau weniger als vollzeitbeschäftigte Mitarbeiter, weshalb hier grundsätzlich ein Abzug gerechtfertigt erscheint (vgl. SVR 2010 IV Nr. 28 S. 87, Urteil des Bundesgerichts 9C_708/2009 vom 19. November 2009, E. 2.1.1 mit Hinweisen). Zwar ist es nicht Sache des Sozialversicherungsrichters, sein eigenes Ermessen an die Stelle des pflichtgemässen Ermessens der Invalidenversicherung zu setzen (vgl. BGE 126 V 81 E. 6). Ohne Not ist denn von gerichtlicher Seite auch nicht in dieses Ermessen einzugreifen. Da die Beschwerdegegnerin das Kriterium des Teilzeitabzuges jedoch völlig unberücksichtigt gelassen hat, ist das Versicherungsgericht in seinem Ermessen wiederum frei. Der Abzug soll wie erwähnt aber nicht automatisch erfolgen. Er ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemässigem Ermessen gesamthaft zu schätzen. Im Lichte dessen und des Zumutbarkeitsprofils des Beschwerdeführers, erscheint der von der Beschwerdegegnerin gewährte Abzug von 10 % unter Einbezug des Kriteriums «Teilzeitarbeit» zu tief. Ein Abzug von 15 % erscheint vorliegend angemessen.

Dagegen ist ab November 2008 die Vornahme eines leidensbedingten Abzuges von 15 % nicht mehr in dieser Höhe gerechtfertigt, da der Beschwerdeführer ab diesem Zeitpunkt aus somatischer Sicht in einer Verweistätigkeit voll arbeitsfähig und lediglich aus psychiatrischer Sicht zu 20 % eingeschränkt war. Der von der IV-Stelle vorgenommene Abzug vom Tabellenlohn von 10 % lässt sich für diese Phase demnach nicht beanstanden.

Sodann ist der Beschwerdeführer per 1. Januar 2011 wiederum nur noch zu 65 % arbeitsfähig. Diese Einschränkung ergibt sich gemäss dem G. ___-Gutachten aufgrund der verminderten Leistungsfähigkeit und des vermehrten Pausenbedarfs des Beschwerdeführers. Es ist demnach davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer seine Tätigkeit unter Beachtung der genannten Leistungseinschränkung in einem vollen Pensum ausüben kann, weshalb rechtsprechungsgemäss kein zusätzlicher Abzug wegen Teilzeitarbeit vorzunehmen ist. Der leidensbedingte Abzug von 10 % ist demnach angemessen.

Weitere zu berücksichtigende Faktoren, welche sich erfahrungsgemäss auf die Lohnhöhe auswirken können, liegen dagegen nicht vor. Der Beschwerdeführer macht geltend, er sei im Verfügungszeitpunkt 55-jährig gewesen, was ebenfalls einen Abzug rechtfertige. Wenn auch dieser Umstand nach der Rechtsprechung nicht automatisch zu einem Abzug führt (vgl. die Übersicht in Philipp Geertsens, Der Tabellenlohnabzug, in: Kieser/Lendfers [Hrsg.], Jahrbuch zum Sozialversicherungsrecht 2012, S. 139 ff., S. 143 f.), muss das ■ bezogen auf die durchschnittliche Lebensarbeitszeit ■ fortgeschrittene Alter als ein abzugsrelevanter Aspekt doch immer unter Berücksichtigung aller konkreten Umstände des

Einzelfalles geprüft werden (Urteil des Bundesgerichts 9C_334/2013 vom 24. Juli 2013, E. 3). Der Beschwerdeführer hat gemäss seinen Angaben in Slowenien eine Lehre als Dachdecker absolviert. Dort habe er bis 1983 über vier Jahre in diesem Beruf gearbeitet. 1983 sei er in die Schweiz übergesiedelt. Er habe zunächst in [...] als Dachdecker bei der Firma Y.____ gearbeitet. Seit 1987 sei er zu 100 % bei der Firma W.____ angestellt gewesen. Er sei als Hilfsarbeiter bei den Maschinen eingesetzt worden, später ■ die letzten 10 Jahre ■ bis er aus gesundheitlichen Gründen Anfang 2005 die Tätigkeit habe sistieren müssen, habe er Lagerarbeiten verrichtet (vgl. S. 31 des G.____-Gutachtens). Damit hat der Beschwerdeführer zumindest in verschiedenen Tätigkeitsgebieten über Jahre Erfahrung gesammelt, so dass nicht gesagt werden kann, dass ihm aufgrund seines Alters die Integration in den Arbeitsmarkt erheblich erschwert sei (vgl. hierzu e contrario das vom Beschwerdeführer angeführte Urteil des Bundesgerichts 9C_334/2013 vom 24. Juli 2013, E. 3). Des Weiteren reiste der Beschwerdeführer bereits 1983 in die Schweiz ein und verfügt über eine Niederlassungsbewilligung C (IV-Nr. 4). Zudem war er offensichtlich während vieler Jahre in der ihm nach wie vor offen stehenden Arbeitswelt gut integriert. Ein abzugsbegründender Nachteil aufgrund der Nationalität ist in dieser Hinsicht nicht ersichtlich, zumal Ausländer mit Aufenthaltsbewilligung C im Anforderungsniveau 4 nicht schlechter entlohnt werden als Schweizer und Ausländer zusammen (vgl. LSE 2008 TA12).

8.3 Vom 1. Januar 2007 bis 31. März 2008 (unter Berücksichtigung der dreimonatigen Übergangsfrist im Sinne von Art. 88a Abs. 1 IVV) hat der Beschwerdeführer Anspruch auf eine ganze Rente der Invalidenversicherung. Da in diesem Zeitraum bzw. bis Dezember 2007 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestand (vgl. E. II. 7.3.2 hiervor), erübrigt sich diesbezüglich eine Berechnung des Invaliditätsgrades.

Gestützt auf obige Ausführungen ist sodann von folgenden zumutbarerweise erzielbaren Invalideneinkommen auszugehen:

·Ab Januar 2008: CHF 25'491.00 (LSE 2008 TA1 / Total / Niveau 4 Männer = CHF 4'806.00 x 12 Monate, :40 x 41.6 Wochenstunden, davon 50 % zumutbar, leidensbedingter Abzug von 15 %; vgl. ergänzend Verfügung der IV-Stelle vom 17. Januar 2012, IV-Nr. 101).

·Ab Dezember 2008: CHF 44'196.45 (LSE 2008 TA1 / Total / Niveau 4 Männer = CHF 4'806.00 x 12 Monate, :40 x 41.7 Wochenstunden, :104.9 x 107.1 Teuerung 2008/2009, davon 80 % zumutbar, leidensbedingter Abzug von 10 %)

·Ab Januar 2011: CHF 36'139.00 (LSE 2010 TA1 / Total / Niveau 4 Männer = CHF 4'901.00 x 12 Monate, :40 x 41.6 Wochenstunden, :100.0 x 101.0 Teuerung 2010/2011, davon 65 % zumutbar, leidensbedingter Abzug von 10 %).

Somit sind die Invalideneinkommen von CHF 25'491.00 bzw. CHF 44'196.45 bzw. CHF 36'139.00 den Valideneinkommen von CHF 80'584.00 bzw. CHF 82'696.00 bzw. CHF 83'594.00 gegenüberzustellen. Dies ergibt demnach ■ jeweils unter Berücksichtigung der dreimonatigen Übergangsfrist im Sinne von Art. 88a Abs. 1 IVV ■ folgende Invaliditätsgrade:

·Ab 1. Januar 2007 ein Invaliditätsgrad von 100 % und damit Anspruch auf eine ganze Rente.

·Ab 1. April 2008 ein Invaliditätsgrad von 68 % und damit einen Anspruch auf eine Dreiviertelsrente.

·Ab 1. März 2009 einen Invaliditätsgrad von 47 % und damit einen Anspruch auf eine Viertelsrente.

·Ab 1. April 2011 einen Invaliditätsgrad von 57 % und damit Anspruch auf eine halbe Rente.

Demnach ist die Beschwerde im Sinne der obigen Erwägungen teilweise gutzuheissen.

E. 9

9.1 Bei diesem Verfahrensausgang steht dem Beschwerdeführer eine ordentliche Parteientschädigung zu, die von der Beschwerdegegnerin zu bezahlen ist.

Im Vergleich zu den eingereichten Kostennoten sind vorweg verschiedene der geltend gemachten Positionen zu streichen: Mehrere Positionen stellen Kanzleiaufwand dar (Orientierungskopien an den Klienten vom 19. Und 20. Januar, 17. Februar, 9. März, 17. November 2016, 5. April, 19. Juni, 28. September, 21. Dezember 2017; Fristerstreckungsgesuche vom 10. Oktober und 2. November 2016, 5. und 29. Mai 2017; Orientierungskopie an die Beschwerdegegnerin vom 30. November 2016; Einreichung der Kostennote am 9. März 2016), der bereits im Stundenansatz enthalten ist und nicht gesondert entschädigt wird. Zudem sind in der Kostennote vom 6. Februar 2016 zahlreiche Aufwände und Auslagen enthalten, die nicht mit dem vorliegenden Verfahren zusammenhängen und demnach nicht vergütet werden: Aufwände vom 15. März 2016 ■ 21. September 2016, Schreiben an die Ausgleichskasse vom 30. November 2016, Aufwände vom 19. Dezember 2016 bis 7. März 2017; Auslagen vom 22. März 2016 bis 21. September 2016, Porto Brief an Ausgleichskasse vom 30. November 2016, Auslagen vom 19. Dezember 2016 bis 7. März 2017. Des Weiteren wurde der nachprozessuale Aufwand zweimal geltend gemacht und die Verhandlung dauerte lediglich 40 Minuten und nicht, wie in der Kostennote aufgeführt, 1 Stunde. Sodann sind die Kopien pro Stück nur mit 50 Rappen zu vergüten (§ 179 Abs. 2 a.F. Gebührentarif) und nicht mit CHF 1.00, wie in der Kostennote geltend gemacht wird. Schliesslich beträgt der Ansatz für die Vergütung von Fahrtspesen 70 Rappen pro Kilometer (§ 175 Abs. 3 Gebührentarif i.V.m. 161 lit. a GAV) und nicht CHF 1.00, wie beantragt. Damit verbleiben grundsätzlich ein Aufwand von 6.45 Stunden und Auslagen von CHF 167.50.

Des Weiteren ist bei der Bemessung der Parteientschädigung zu berücksichtigen, dass der Beschwerdeführer zwar hinsichtlich der beantragten Rentenleistungen für den Zeitraum vom 1. Januar 2007 bis 31. März 2011 obsiegt hat, dagegen ist ihm ab 1. April 2011 entgegen seinem Rechtsbegehren keine Dreiviertel-, sondern eine halbe Rente zugesprochen worden. Ist das Quantitative einer Leistung streitig, rechtfertigt eine «Überklagung» nach der in Rentenangelegenheiten ergangenen Rechtsprechung eine Reduktion der Parteientschädigung nur, wenn das ziffernmässig bestimmte Rechtsbegehren den Prozessaufwand des Versichertenanwaltes beeinflusst hat (vgl. Urteil 8C_449/2016 vom 2. November 2016 E. 3.1.1; BGE 117 V 401 E. 2c S. 407). Bildet beispielsweise ein invalidenversicherungsrechtlicher Rentenanspruch Anfechtungs- und Streitgegenstand, führt demgemäss der Umstand allein, dass im Beschwerdeverfahren abweichend von dem auf eine ganze oder zumindest eine höhere Rente gerichteten Rechtsbegehren keine ganze oder aber eine geringere Rente als beantragt zugesprochen wird, noch nicht zu einer Reduktion der Parteientschädigung (Urteile 9C_580/2010 vom 16. November 2010 E. 4.1 und 9C_94/2010 vom 26. Mai 2010 E. 4.1 mit Hinweisen). Angesichts der im vorliegenden Verfahren eingereichten Rechtschriften ist festzuhalten, dass der Prozessaufwand des

Versichertenanwaltes durchaus höher ausfiel, weil er eine Dreiviertel- statt der bereits zugesprochenen halben Rente beantragt hat und dies dementsprechend begründen musste. Im Lichte der dargelegten Grundsätze erscheint es deshalb gerechtfertigt, die im Rahmen der Parteientschädigung zu vergütenden Aufwände ermessensweise auf 5 Stunden zu kürzen.

In Anbetracht von Aufwand und Schwierigkeit des Prozesses ist die Parteientschädigung demnach auf CHF 1'475.50 festzusetzen. Dieser Betrag errechnet sich wie folgt: 5 Stunden zum geltend gemachten Stundenansatz von CHF 240.00, zuzügl. Auslagen von CHF 167.50. Gemäss den Kostennoten fielen ungefähr 2/3 der geltend gemachten Aufwände und Auslagen vor 2018 an, womit der bis Ende 2017 geltende MwSt.-Satz von 8 % bzw. der ab 2018 geltende MwSt.-Satz von 7.7 % entsprechend anteilmässig aufzurechnen sind.

9.2 Aufgrund von Art. 69 Abs. 1bisIVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 - 1'000.00 festgelegt. Nach dem Ausgang des vorliegenden Verfahrens haben die IV-Stelle und der Beschwerdeführer die Verfahrenskosten von CHF 1'000.00 je hälftig somit im Betrag von CHF 500.00 zu bezahlen. Folglich ist dem Beschwerdeführer vom geleisteten Kostenvorschuss (von CHF 600.00) CHF 100.00 zurückzuerstatten.

9.3 Die Kosten eines Gerichtsgutachtens sind dem Versicherungsträger aufzuerlegen, wenn das Gutachten notwendig wurde, weil dieser den Sachverhalt nicht rechtsgenügend abgeklärt hatte (BGE 139 V 496). Wie dargelegt hat die Beschwerdegegnerin den Sachverhalt unzureichend abgeklärt, weshalb das Gericht die Abklärungslücke durch ein Gerichtsgutachten schliessen musste. Die Beschwerdegegnerin hat daher die Kosten des Gutachtens der G.____ vom 31. März 2017 von CHF 8'162.75 (inkl. Labor- und Röntgenkosten) zu bezahlen.

Demnach wird erkannt:

1. In teilweiser Gutheissung der Beschwerde werden die Verfügungen der IV-Stelle des Kantons Solothurn vom 30. November 2015 aufgehoben.

Der Beschwerdeführer hat folgende Rentenansprüche:

2. Die Akten gehen an die Beschwerdegegnerin zwecks Prüfung eines Anspruchs auf Verzugszins auf den Rentennachzahlungen.

3. Die IV-Stelle des Kantons Solothurn hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von CHF 1'475.50 (inkl. Auslagen und MwSt) zu bezahlen.

4. Die IV-Stelle des Kantons Solothurn hat an die Verfahrenskosten CHF 500.00 zu bezahlen.

5. Der Beschwerdeführer hat an die Verfahrenskosten CHF 500.00 zu bezahlen. Vom bereits geleisteten Kostenvorschuss werden dem Beschwerdeführer CHF 100.00 zurückerstattet.

6. Die IV-Stelle des Kantons Solothurn hat die Kosten des Gerichtsgutachtens der G.____ von CHF 8'162.75 zu bezahlen.

7. Das Verhandlungsprotokoll vom 6. Februar 2018 geht zur Kenntnisnahme an die Parteien.

Rechtsmittel

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

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Der Präsident

Der Gerichtsschreiber

Flückiger

Isch

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