

# **SO\_GERICHTE VSBES.2016.232 vom 11. August 2016**

SO Obergericht, 2016-08-11, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so\\_gerichte\\_VSBES.2016.232](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2016.232)

FR: SO\_GERICHTE VSBES.2016.232 du 11 août 2016

IT: SO\_GERICHTE VSBES.2016.232 del 11 agosto 2016

## **Erwägungen**

### **E. 1**

1.1 A.\_\_\_\_ (nachfolgend: Beschwerdeführer), geboren 1964, meldete sich am 16. November 2000 erstmals bei der IV-Stelle des Kantons Solothurn (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) zum Leistungsbezug an (IV-Stelle Beleg Nr. [IV-Nr.] 2). Als gesundheitliche Beeinträchtigung wurde ein am 20. Dezember 1999 erlittener Unfall angegeben. Der Beschwerdeführer war zuvor im Spital B.\_\_\_\_ mit einem Pensum von 100 % als Reinigungsarbeiter angestellt gewesen. 1.2 Mit Verfügung vom 29. Mai 2001 (IV-Nr. 10) wies die Beschwerdegegnerin das Leistungsbegehren des Beschwerdeführers ab mit der Begründung, es bestehe eine medizinisch-theoretische Arbeitsfähigkeit von 100 %.

### **E. 2**

2.1 Am 21. Juni 2001 meldete sich der Beschwerdeführer erneut bei der Beschwerdegegnerin zum Leistungsbezug an (IV-Nr. 12), wobei die gleichen gesundheitlichen Beeinträchtigungen angegeben wurden. 2.2 Die Beschwerdegegnerin trat mit Verfügung vom 21. September 2001 nicht auf das Leistungsbegehren ein (IV-Nr. 14). 2.3 Nachdem der behandelnde Psychiater, Dr. med. C.\_\_\_\_, am 18. Dezember 2003 (IV-Nr. 20) einen Bericht zuhanden der Beschwerdegegnerin eingereicht und der Beschwerdeführer am 3. Juni 2004 sinngemäss ein Revisionsbegehren gestellt hatte (IV-Nr. 24), wobei im Anschluss weitere Berichte eingereicht wurden (IV-Nrn. 29), tätigte die Beschwerdegegnerin medizinische Abklärungen und sprach dem Beschwerdeführer schliesslich mit Verfügung vom 18. April 2005 eine ganze Invalidenrente mit Wirkung ab 1. März 2003 zu (IV-Nr. 37). 3. Im Jahr 2007 wurde eine erste Rentenrevision durchgeführt (IV-Nr. 48), wobei die Rente im Anschluss unverändert weiter ausgerichtet wurde, weil sich in medizinischer Hinsicht nichts geändert habe (IV-Nr. 54).

### **E. 4**

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

4.2 Das Administrativverfahren vor der IV-Stelle wie auch der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1

und Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben IV-Stelle und Sozialversicherungsgericht den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichend Klarheit besteht. Der Untersuchungsgrundsatz weist enge Bezüge zum ■ auf Verwaltungs- und Gerichtsstufe ebenfalls in gleicher Weise geltenden ■ Prinzip der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c in fine ATSG) auf (einschliesslich die antizipierte Beweiswürdigung): Führt die pflichtgemässe, umfassende und sachbezogene Beweiswürdigung den Versicherungsträger oder das Gericht zur Überzeugung, der Sachverhalt sei hinreichend abgeklärt, darf von weiteren Untersuchungen (Beweissmassnahmen) abgesehen werden. Ergibt die Beweiswürdigung jedoch, dass erhebliche Zweifel an Vollständigkeit und/oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellungen bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteil des Bundesgerichts 8C\_308/2007 vom 9. April 2008 E. 2.2.1 mit vielen Hinweisen).

4.3 Der im Sozialversicherungsrecht massgebende Beweisgrad ist derjenige der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 117 V 194 E. 3b S. 194 f.). Das Bundesrecht schreibt nicht vor, wie die einzelnen Beweismittel zu würdigen sind. Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsbeschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352). Der Sozialversicherungsrichter hat alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf er bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum er auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten ■ d.h. der Anamnese ■ abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und in seinen Schlussfolgerungen begründet ist (AHI 1997 S. 121; BGE 122 V 157 E. 1c S. 160). Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten.

Die Rechtsprechung erachtet es jedoch als mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (BGE 125 V 351 E. 3b S. 352 ff.). So ist einem im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten medizinischen Gutachten durch externe Spezialärzte, welches auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten erstellt wurde und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangt, in der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 135 V 465 E. 4.4 S. 70). Andererseits ist der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Ärzte im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen mitunter eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 353).

## **E. 5**

5.1 Der von der Beschwerdegegnerin verneinte Leistungsanspruch wird durch den Vergleich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der letztmaligen materiellen

Rentenprüfung ■ Verfügung vom 30. November 2012 (IV-Nr. 86) ■ und demjenigen, wie er zur Zeit der streitigen Verfügung vom 11. August 2016 (A.S. 1 ff.) bestanden hat, beurteilt (BGE 130 V 73 E. 3.1 mit Hinweisen, AHI 1999 S. 84 E. 1b).

5.2 Im Zeitpunkt der mit Verfügung vom 30. November 2012 erfolgten Rentenbeurteilung stellte die Beschwerdegegnerin im Wesentlichen auf das interdisziplinäre Gutachten von Dr. med. D.\_\_\_\_ und Dr. med. E.\_\_\_\_ vom 12. März 2012 (IV-Nrn. 70.1 und 71.1) ab. Der Beweiswert dieser Einschätzungen ist unbestritten und die damalige Aufhebung der Rente unangefochten geblieben. Für die Darlegung des damaligen medizinischen Sachverhalts kann auf das erwähnte Gutachten abgestellt werden.

Demgemäss lagen beim Beschwerdeführer keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vor. Als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurden eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren, ein chronisches Schmerzsyndrom des Rückens mit spondylogener Ausstrahlung in Kopf, Schulter und Beine, anamnestisch ein Reizmagen-Syndrom und anamnestisch eine Eltroxin-Substitution (seit Jahren) festgehalten. In der klinischen Untersuchung hätten eine schmerzvermittelnde Mimik und Gestik, nicht dermatombezogene Sensibilitätsstörungen der rechten Körperhälfte und darüber hinaus, abgestützt auf objektivierbare Befunde, ein weitgehend normaler Habitus, imponiert. Im Rahmen der Untersuchung seien fünf von fünf Waddel-Zeichen positiv gewesen. Da die Muskelkraft und Muskeltrophik allseits normal seien, könne die als partiell geschilderte Sensibilitätsstörung vordergründig nicht auf ein bekanntes somatisch-rheumatologisch-neurologisches Krankheitsbild abgestützt werden. An den oberen Extremitäten könnten kein klinisch-pathologischer Befund oder ein Hinweis auf eine funktionelle Einschränkung objektiviert werden. Sämtliche Gelenke seien aktiv und passiv frei beweglich. Im Bereich der Wirbelsäule sei in keinem axialen Bewegungssegment eine Fehllhaltung oder Bewegungseinschränkung objektivierbar. Weder anamnestisch noch klinisch gebe es Hinweise auf ein radikuläres Reiz- oder Ausfallsyndrom. Die im Rahmen der Begutachtung erstellten Röntgenaufnahmen dokumentierten cervical eine leichtgradige und als altersentsprechend einzustufende Osteochondrose von HWK 5/6 sowie thorakal und lumbal keinen pathologischen Befund. An den unteren Extremitäten seien die aktive und passive Beweglichkeit der Hüftgelenke beidseits frei. Insgesamt seien die vom Beschwerdeführer geschilderten Beschwerden höchstens als partiell auf die objektivierbaren somatisch-pathologischen Befunde abstützbar. Aus rein somatischer Sicht könne keine Arbeitsunfähigkeit formuliert werden.

In psychiatrischer Hinsicht wurde festgehalten, die diagnostischen Kriterien einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung seien weit überwiegend nicht erfüllt. Stattdessen sei von einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren gemäss ICD-10 F45.41 auszugehen. Die Ausprägung der Störung sei maximal leicht. Bezüglich der in den Vorakten postulierten depressiven Symptome bestehe aktuell eine deutliche Diskrepanz zwischen der subjektiven Wahrnehmung und den objektivierbaren depressiven Befunden. Die Kriterien einer depressiven Episode seien aktuell nicht erfüllt. Der Schweregrad erreiche nicht das notwendige Ausmass. Kein Symptom sei in ausreichender Schwere sowie Länge und mit überwiegender Wahrscheinlichkeit gegeben. Das ängstlich-depressive Syndrom erkläre sich vollständig als Folge des Schmerzsyndroms und psychosozialer Faktoren sowie einer Verdeutlichungstendenz und begründe alleine nicht ausreichend eine depressive Episode. Eine relevante Arbeitsunfähigkeit sei aus rein psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht

daher nicht begründbar. Mögliche Voraussetzungen für die Unzumutbarkeit einer Schmerzüberwindung seien nicht gegeben. Es bestehe keine ausgewiesene, erheblich schwere Komorbidität, eine angemessene Teilnahme am sozialen Leben sei gegeben und es sei kein verfestigter, therapeutisch nicht mehr angehbarer innerseelischer Verlauf einer Konfliktbewältigung anzunehmen. Der Gesundheitszustand habe sich seit der Rentenzusprache verbessert. Die bis 2007 postulierte depressive Störung sei remittiert.

Zusammenfassend betrug zum Zeitpunkt der damaligen Beurteilung die medizinisch-theoretische Arbeitsfähigkeit insgesamt 100 %. Ab März 2012 sei keine relevante Arbeitsunfähigkeit zu erkennen. Die bis Dezember 2007 diagnostizierte depressive Störung sei remittiert. Damit habe sich der Gesundheitszustand verbessert.

5.3 Folgender medizinischer Sachverhalt zeigte sich im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 30. November 2016:

5.3.1 Laut Bericht von Dr. med. C.\_\_\_\_, Psychiatrie und Psychotherapie, vom 26. November 2013 (IV-Nr. 105) leide der Beschwerdeführer an einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen und Suizidideen, und einer somatoformen Schmerzstörung. Seit März 2012 sei es mehrfach zu Hospitalisationen gekommen. Der Beschwerdeführer sei nun in der Privatklinik H.\_\_\_\_ angemeldet worden.

5.3.2 Im Arztbericht der G.\_\_\_\_ vom 7. April 2014 (IV-Nr. 109) werden eine rezidivierende depressive Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F33.1) und eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41), bestehend seit Januar 2013, diagnostiziert. Die Arbeitsunfähigkeit betrage vom 14. bis 23. Januar 2014 (stationärer Aufenthalt) 100 %. Die Hospitalisation sei aufgrund einer akuten suizidalen Krise erfolgt. Ebenfalls habe es vom 18. bis 30. Juli 2012 einen stationären Aufenthalt gegeben. Wegen der Kürze der Hospitalisationen könne man keine weiteren Angaben zur Arbeitsfähigkeit machen.

5.3.3 Im Arztbericht von Dr. med. C.\_\_\_\_ vom 26. Juli 2014 (IV-Nr. 112 S. 1 ff.) werden folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit genannt:

Folgende Diagnose sei ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit:

Die Arbeitsunfähigkeit betrage von Januar bis Dezember 2013 100 %, ab 1. Januar 2014 90 %.

5.3.4 Laut Bericht der Klinik H.\_\_\_\_ vom 28. März 2013 (IV-Nr. 114 S. 2 f.), in welcher ein Abklärungsgespräch stattgefunden hatte, liege in erster Linie ein chronifizierter Spannungszustand vor, der wohl entscheidend mit der unbefriedigenden psychosozialen Situation, der fehlenden Tagesstruktur und kulturellen Faktoren zusammenhänge. Ein Klinikaufenthalt hätte wohl eine vorübergehende Entlastung der Angehörigen zum Ziel, würde jedoch an den zugrundeliegenden Problemen kaum etwas ändern. Es sei mit dem Beschwerdeführer diskutiert worden, dass in erster Linie eine ausserhäusliche Beschäftigung gefunden werden müsse. Eine Hospitalisation in der Klinik mit dem auf Gruppentherapie spezialisierten Angebot sei beim Beschwerdeführer eher weniger indiziert.

5.3.5 Im bidisziplinären Gutachten der Begutachtungsstelle F.\_\_\_\_ vom 14. Januar 2015 (IV-Nr. 123), erstellt von Dr. med. I.\_\_\_\_, Facharzt für Rheumatologie, und Dr. med. J.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, wird festgehalten, der Beschwerdeführer berichte subjektiv, nicht gut schlafen zu können und dass die Beziehung zu den

Familienangehörigen schwierig sei. Er rege sich schnell auf, sei gereizt, habe Frau und Kinder auch schon geschlagen. Von den Kollegen habe er sich zurückgezogen. Seit einem Autounfall 1999 leide er unter Rückenbeschwerden. Die Schmerzen würden zum Teil in Arme und Beine ausstrahlen. Vor dem Unfall sei er gesund gewesen und habe keine Probleme gehabt.

Im psychiatrischen Untersuchungsbefund wird festgehalten, der Beschwerdeführer habe ausführlich von seinen Beschwerden berichtet. Es sei aufgefallen, dass er sehr selbstbezogen gewesen sei. Die Stimmung sei gereizt gewesen. Die Psychomotorik sei lebhaft, Antriebsstörungen hätten sich nicht gefunden. Der Beschwerdeführer habe einen guten affektiven Kontakt zum Gutachter und Dolmetscher aufgenommen. Er habe von einem gelegentlichen Lebensverleider gesprochen, sich aber explizit von Suizidgedanken und Suizidimpulsen distanziert. Während der ganzen Untersuchung habe er nie Anzeichen einer Konzentrationsschwäche gezeigt. Merkfähigkeit und Gedächtnisleistungen seien intakt gewesen. Das Denken sei auf seine Schwierigkeiten, vor allem die finanziellen, eingeengt gewesen. Ein Gedankenabreissen oder eine Gedankenleere habe sich nicht gezeigt. Zwangsgedanken habe er Beschwerdeführer nicht geäußert, auch keine Ängste oder Phobien. Er habe nicht über Suizidgedanken oder Suizidphantasien berichtet.

Zur rheumatologischen Untersuchung wird festgehalten, der Beschwerdeführer beklage 24 Stunden anhaltende Beschwerden, die retroaurikulär / okzipital / zervikal beginnen würden, sich in die ganze Wirbelsäule nach distal ausdehnten, in den Beckengürtel sowie weiter in die unteren Extremitäten bis zu den Füßen, links akzentuierter als rechts, oft auf der linken Seite verbunden mit diffusen Kribbelparästhesien. Von zervikal aus bestünden ebenfalls intermittierende Ausstrahlungen in die linke obere Extremität bis hin zur Hand, jedoch nicht nach rechts. Am Stamm werde eine Sensibilitätsstörung auf der linken Seite beschrieben, während auf der rechten Seite die Sensibilität normal sei. Zu Beginn der Untersuchung wirke der Beschwerdeführer extrem unruhig, zum Teil aggressiv. Er beklage chronische Ein- und Durchschlafstörungen, müsse nach wenigen Stunden Schlaf aufstehen und sich bewegen. Obwohl sich das Bewegen nicht relevant positiv auf die Schmerzen auswirke, habe er in dieser Position insgesamt weniger Beschwerden als im Liegen. Die Schmerzintensität werde auf der VAS-Skala mit durchschnittlich 7 - 8 angegeben, unabhängig von der Körperposition oder Tätigkeiten im Haushalt. Im Tagesverlauf empfinde der Beschwerdeführer die Schmerzen subjektiv etwas weniger störend durch Ablenkung von unabdinglich durchzuführenden Haushaltsaktivitäten. Er habe trotz der Schmerzen keine andere Wahl, als seinen beiden Kindern das von der Ehefrau vorbereitete Mittagessen anschliessend zuzubereiten. Trotz einer bis heute regelmässig durchgeführten Physiotherapie persistierten die Schmerzen in diesem Sinne.

Im Rahmen der Befunderhebung wird Folgendes festgehalten: Es bestünden ein leichter Beckenschiefstand links im Stehen bei bekannter leichter thorakolumbal linkskonvexer Ausweichskoliose, sowie eine betonte thorakale Kyphose. Klinisch gebe es keine Hinweise für eine relevante muskuläre Dekonditionierung. Es bestünden eine deutliche Druckdolenz bei minimalem Palpationsdruck auf die Processus spinosus von Th4 - Th8 sowie von L3 - S1 sowie eine nur minimal ausgeprägte Druckempfindlichkeit der Subokzipitalmuskulatur beidseits. Im Bereich der LWS zeige sich eine schmerzbedingte Einschränkung der maximalen Lateralflexion beidseits um 1/4 und Reklination um 1/3 mit endphasigen Lumbalgie, die Flexion sei subjektiv besser möglich mit einem Finger-Boden-Abstand nach vorne 45 cm. Im Bereich der BWS seien Rotation und

Lateralflexion beidseits schmerzbedingt um 1/4 eingeschränkt mit endphasig provozierbaren lumbalen, jedoch nicht thorakalen Schmerzen. Im Bereich der HWS bestehe eine passiv-assistierte Rotation nach links auf 70 ° und nach rechts auf 80 °, subjektiv sei die endphasige Rotation nach links schmerzhafter als nach rechts. Im Bereich der Schultergelenke seien die selbständig durchgeführten funktionellen Schultergriffe subjektiv schmerzfrei durchgeführt worden. Die peripheren Gelenke seien unauffällig frei beweglich. Der selbständige Transfer vom Stehen in die liegende Untersuchung gestalte sich wegen massiver Schmerzen lumbal als äusserst schwierig. Es sei dem Beschwerdeführer möglich gewesen, während einer halben Minute normal auf dem Rücken zu liegen, wobei in dieser Zeit die passiv-assistierte Hüftflexion einen Winkel von maximal 90 - 100 ° gezeigt habe. Eine zunehmende Beugung sei abgewehrt worden wegen massivsten subjektiven Lumbalgien. Die liegende Untersuchung habe anschliessend sofort abgebrochen werden müssen. In sitzender Position habe das Kniegelenk eine volle Extension gezeigt, das obere und untere Sprunggelenk sowie die Vorfüssgelenke seien klinisch völlig unauffällig frei beweglich gewesen. In neurologischer Hinsicht hätten sich bei der Kraftprüfung im Stehen und Sitzen keinerlei motorische Defizite an den oberen oder unteren Extremitäten ergeben. Es bestünden allseits mittelbehaftet auslösbare Muskeleigenreflexe. Die Nervendehnungstests nach Lasègue seien negativ. Im Rahmen der Sensibilitätsprüfung zeige sich eine Halbseitenhypästhesie der gesamten linken Körperhälfte, beginnend am Kopf bis hin zum linken Fuss.

Bei den bildgebenden Untersuchungen zeige ein Röntgen der HWS ap/seitlich vom 27. Februar 2012 ein normales Alignment der dargestellten Wirbelkörper mit leichter Osteochondrose im Segment C5/6. Bei Schulterhochstand sei das Segment C7 im Seitenbild nicht mehr feststellbar, zusätzlich bestehe im Seitenbild ein nicht optimaler Strahlengang bei Überlagerung des Kieferwinkels mit der oberen HWS. Im ventralen Bild zeige sich ebenfalls eine sichtbare Bandscheibenverschmälerung im Segment C5/6, proximal wegen Kieferüberlagerung nur bis C4 dargestellt. Im Bereich der BWS ap/seitlich (Aufnahme ebenfalls vom 27. Februar 2012) zeige sich wie im Vergleich zu früheren Voraufnahmen eine leicht betonte thorakale Kyphose. Hinweise für posttraumatische ossäre Veränderungen bestünden nicht. Das Röntgenbild vom 27. Februar 2012 der LWS ap/seitlich zeige unverändert zu einer Voraufnahme eine leichte thorakolumbal linkskonvexe Skoliose. Im Seitenbild bestünden keine Hinweise für eine relevante Chondrose, Osteochondrose oder Spondylarthrose.

In der Laboruntersuchung zeige sich, dass der Serumspiegel für Risperidon und seine Metabolite im nicht nachweisbaren Bereich sei. Der Serumspiegel für Sertralin sei im zu erwartenden Bereich. Der Serumspiegel für Trazodon und Valproinsäure sei unter dem Referenzwert.

Zusammengefasst werden im Gutachten folgende Diagnosen erhoben:

mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: keine

ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

5.3.6 Kurze Zeit nach Erstellung des eben zitierten Gutachtens wurde der Beschwerdeführer hospitalisiert. Gemäss Austrittsbericht der G. \_\_\_ vom 30. April 2015 (IV-Nr. 133) befand er sich vom 2. bis 27. Februar 2015 in einem stationären Aufenthalt. Als Diagnosen werden eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere depressive Episode (ICD-10 F33.3) (teilremittiert) mit psychotischen Symptomen, und eine

chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren festgehalten. Die Zuweisung sei notfallmässig und freiwillig erfolgt aufgrund einer akuten suizidalen Krise. Die Anamnese-Erhebung habe sich aufgrund mangelhafter Deutschkenntnisse sehr schwierig gestaltet. Der Beschwerdeführer habe geäußert, am Eintrittstag einen regulären Termin bei seinem Psychotherapeuten wahrgenommen und diesem Lebensüberdrussgedanken geschildert zu haben. Weil ein IV-Antrag abgelehnt worden sei, habe er auch mitgeteilt, er wolle aus Wut Benzin über sich leeren und sich anzünden. Der Beschwerdeführer präsentiere sich im Rahmen der Befunderhebung psychomotorisch eher unruhig, die Konzentration sei soweit beurteilbar nicht gestört. Der Rapport sei leicht zäh, das formale Denken leicht beschleunigt, teils eingengt auf den negativen IV-Bescheid. Wahnerleben und Zwänge seien nicht sicher ausgeschlossen. Die Schwingungsfähigkeit sei reduziert. Im Affekt sei der Beschwerdeführer deprimiert, ratlos, teilweise etwas gereizt und überexpressiv wirkend. Suizidgedanken seien vorhanden, im Gespräch distanzieren sich der Beschwerdeführer aber von Handlungen. Aufgrund der Suizidalität habe man die Medikation neu angesetzt, wobei die depressive Symptomatik zurückgegangen sei. Während der gesamten Hospitalisation habe sich der Beschwerdeführer ruhig und zurückgezogen verhalten. Er habe schnell den Wunsch geäußert, möglichst bald austreten zu können. Einen empfohlenen Aufenthalt auf dem Behandlungszentrum für Angst und Depression habe er abgelehnt. Im Verlauf des Aufenthalts habe sich die depressive Symptomatik weiter gebessert und Suizidalität sei kein Thema mehr gewesen.

5.3.7 Im Arztbericht Dr. med. C.\_\_\_\_ vom 23. Januar 2016 (IV-Nr. 138 S. 1 f.) werden eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen (ICD-10 F33.3), eine andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung (ICD-10 F62.0), eine posttraumatische Belastungsstörung, eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) sowie eine zwanghafte Persönlichkeitsstörung diagnostiziert. Trotz mehrfacher Hospitalisationen habe keine Stabilität erreicht werden können. Der Beschwerdeführer erlebe den aktuellen Krieg gegen die Kurden in der Türkei sehr intensiv und er habe Erinnerungen an schlechte Erlebnisse in der Türkei mit Albträumen und Flashbacks. Er könne Geräusche nicht tolerieren und sei aggressiv gegenüber der Ehefrau. Er sei schnell reizbar mit Impulshandlungen, Schlafstörungen, Konzentrationsschwierigkeiten, Lust- und Interessenverlust. Er sei sozial total isoliert, indem er die Wohnung tagelang nicht verlasse. Er gebe an verfolgt zu werden. Der Beschwerdeführer sei latent suizidal. Gemäss einem Schreiben vom 16. Dezember 2015 (IV-Nr. 141 S. 2) sei er aus Sicht des behandelnden Psychiaters zu 80 % arbeitsunfähig.

## **E. 6**

6.1 Die Beschwerdegegnerin stützt ihren ablehnenden Rentenentscheid auf das Gutachten der Begutachtungsstelle F.\_\_\_\_ vom 14. Januar 2015, weshalb dessen Beweiswert zu prüfen ist. Der Beschwerdeführer lässt in Zusammenhang mit dieser Begutachtung im Wesentlichen vorbringen, die darin gezogenen Schlüsse widersprechen den Beurteilungen durch den behandelnden Psychiater und die G.\_\_\_\_. Weiter wird geltend gemacht, die vom Bundesgericht gestützt auf BGE 141 V 281 verlangte Indikatorenprüfung könne anhand dieses Gutachtens nicht vorgenommen werden. Die Beschwerdegegnerin geht indessen davon aus, dass bei der im Gutachten der Begutachtungsstelle F.\_\_\_\_ diagnostizierten Störung die Indikatorenprüfung nicht zur Anwendung komme. Die Gutachter diagnostizieren eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren

(ICD-10 F45.41). Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung ist grundsätzlich auch bei einer solchen Diagnose das strukturierte Beweisverfahren gemäss BGE 141 V 281 anzuwenden (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C 130/2017 vom 30. November 2017 E. 6 und 7.1).

6.2 Der Beschwerdeführer wurde in den Disziplinen Rheumatologie und Psychiatrie und damit in den vorliegend relevanten Bereichen begutachtet. Das Gutachten der Begutachtungsstelle F.\_\_\_\_ beruht auf umfassender Aktenkenntnis und -analyse und wurde von auf den entsprechenden Gebieten ausgewiesenen Fachpersonen erstellt. In dieser Hinsicht genügt es den Anforderungen an ein verwertbares Gerichtsgutachten.

6.2.1 Inhaltlich kommen die Gutachter zum nachvollziehbaren Schluss, dass beim Beschwerdeführer aus somatisch-orientierter Sicht zu keinem Zeitpunkt je eine adäquate Erklärung für die seit einem Verkehrsunfall im Dezember 1999 postulierte anhaltende und weitgehend therapieresistente multiokuläre Schmerzsymptomatik habe abgegeben werden können. Verschiedenste ambulante Therapien sowie eine anhaltende psychopharmakologische, psychotherapeutische sowie physiotherapeutische Behandlung hätten sich offensichtlich nicht positiv auf weiter persistierenden Beschwerden am gesamten Bewegungsapparat ausgewirkt. Im Status finde sich eine leichte Wirbelsäulenfehlform bei einem bekannten Beckenschiefstand. Lumbal fänden sich diskrete Dysfunktionen, während die BWS und HWS weitgehend normal beweglich sei. Der periphere Gelenkstatus an den oberen Extremitäten sei klinisch völlig unauffällig gewesen. Es sei praktisch unmöglich gewesen, den Beschwerdeführer wegen massivster Schmerzexazerbation lumbal in Rückenlage zu untersuchen. Während der 30-sekündigen Untersuchung im Liegen habe sich eine weitgehend normale Hüft- und Kniegelenksbewegungsfähigkeit gezeigt. Im klinisch-neurologischen Status hätten sich völlig normale Kraft- und Reflexverhältnisse gezeigt, insbesondere habe eine diffuse Halbseitenhypästhesie auf der linken Seite imponiert. Diese habe somatisch in keiner Weise erklärt werden können. Im gesamten Röntgendossier der Jahre 2000 bis 2012 fänden sich zusammenfassend weder je posttraumatische ossäre Veränderungen thorakal und lumbal, noch im Verlauf beginnende relevante degenerative Veränderungen im Bereich HWS, BWS oder LWS. Die diskrete zervikale Osteochondrose C5/C6 sei sicherlich nicht geeignet, um die vom Beschwerdeführer beklagte diffuse und multiokulär ausgedehnte Schmerzsymptomatik auch nur ansatzweise adäquat zu erklären. Zusammenfassend könne daher dieses chronische Schmerzsyndrom / multiokuläre Schmerzsyndrom aus rein somatisch orientierter Sicht in keiner Art und Weise adäquat erklärt werden. Diese Schlussfolgerung steht in Einklang mit der Aktenlage: Tatsächlich konnte auch in der Vergangenheit nie ein somatisches Korrelat für die vom Beschwerdeführer geschilderten Beschwerden gefunden werden. Der rheumatologische Zustand entspricht demjenigen, der bei der Begutachtung vom 12. März 2012 durch Dr. med. D.\_\_\_\_ im Rahmen der letzten materiellen Rentenprüfung erhoben wurde.

In psychiatrischer Hinsicht wird im Gutachten dargelegt, dass eine psychische Überlagerung anzunehmen sei, weil das Ausmass der geklagten Beschwerden und die subjektive Krankheitsüberzeugung, nicht mehr arbeiten zu können, durch die somatischen Befunde nicht hinreichend objektiviert werden könnten. Überzeugend und in Übereinstimmung mit der Einschätzung der G.\_\_\_\_ wie auch der Begutachtung durch Dr. med. D.\_\_\_\_ und Dr. med. E.\_\_\_\_ am 12. März 2012 wird eine chronische Schmerzstörung mit psychischen und somatischen Faktoren diagnostiziert. Dies insbesondere deshalb, weil

keine ursächliche psychosoziale Belastungssituation vorliege. Weiter werden Hinweise auf eine zum Begutachtungszeitpunkt bestehende depressive Erkrankung mit Verweis auf die erhobenen Befunde einleuchtend verneint: Der Beschwerdeführer leide nicht unter ausgeprägten Schlafstörungen (dass er nachts erwache, sei auch darauf zurückzuführen, dass er bereits zwischen 21.00 und 22.00 Uhr zu Bett gehe; beim Aufstehen am Morgen habe er hingegen keine Mühe), Antriebsstörungen oder ausgeprägten depressiven Verstimmungen. Entsprechende Befunde konnten nicht erhoben werden. Die Psychomotorik war lebhaft, ein guter affektiver Kontakt zum Gutachter und Dolmetscher möglich. Von Suizidgedanken distanzierte sich der Beschwerdeführer im Rahmen der Begutachtung. Während der ganzen Untersuchung konnten keine Anzeichen einer Konzentrationsschwäche festgestellt werden und auch die Merkfähigkeit wie die übrigen Gedächtnisleistungen waren intakt. Das Denken war vor allem auf psychosoziale Faktoren eingengt, es bestanden aber kein Gedankenabreissen und keine Gedankenleere. Gelegentlich auftretende, leichte depressive Verstimmungen werden aus gutachterlicher Sicht damit nachvollziehbar im Rahmen der chronischen Schmerzstörung eingeordnet. An der Stimmigkeit dieser Beurteilung vermögen auch die teils nach der Begutachtung erstellten Berichte des behandelnden Psychiaters, Dr. med. C. \_\_\_\_, nichts zu ändern. Dieser diagnostizierte mehrfach eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen und Suizidideen. Auch die G. \_\_\_\_ gingen im Rahmen der letzten Hospitalisation (unmittelbar nach der Begutachtung) von einer schweren depressiven Episode aus, wobei jedoch die erwähnten Befunde zu einer derartigen Diagnose nicht passen. So wurde die Konzentration nicht als gestört erachtet, das formale Denken als leicht beschleunigt und eingengt auf einen negativen IV-Bescheid, der Rapport als leicht zäh. Von Suizidhandlungen habe sich der Beschwerdeführer distanziert. Weiter äusserte er offenbar schnell den Wunsch, wieder aus der Klinik auszutreten. Was die vom behandelnden Arzt festgestellten psychischen Beeinträchtigungen anbelangt, so fällt auch auf, dass mit der Zeit weitere Diagnosen hinzugetreten sind, die weder schlüssig hergeleitet werden noch mit Blick auf die übrige Aktenlage eine Stütze finden. So ist von einer andauernden Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung (ICD-10 F62.0) die Rede, wobei nicht erklärt wird, worin die Extrembelastung bestanden haben soll. In Bezug auf eine ebenfalls diagnostizierte posttraumatische Belastungsstörung wird nur angeführt, der Beschwerdeführer erlebe den aktuellen Krieg gegen die Kurden in der Türkei sehr intensiv und er habe Erinnerungen an schlechte Erlebnisse in der Türkei mit Alpträumen und Flashbacks. Für eine ebenfalls von ihm diagnostizierte zwanghafte Persönlichkeitsstörung zeigen sich hinsichtlich der Vergangenheit des Beschwerdeführers keine Anhaltspunkte. Insbesondere lässt sich nicht erklären, weshalb er bis zum Verkehrsunfall 1999 offenbar keinerlei solche Persönlichkeitszüge zeigte, gemäss seinen eigenen Angaben vollkommen gesund gewesen sei und ohne weiteres in der Lage war, auf dem ersten Arbeitsmarkt zu bestehen. Die vom behandelnden Psychiater erstatteten Berichte sind vielmehr im Licht der Tatsache zu lesen, dass behandelnde Ärzte aufgrund des bestehenden Vertrauensverhältnisses im Zweifel zugunsten ihrer Patienten aussagen.

6.2.2 Das Bundesgericht hat mit Urteil BGE 141 V 281 vom 3. Juni 2015 seine Praxis zur anhaltenden somatoformen Schmerzstörung und den vergleichbaren unklaren Beschwerdebildern, wozu wie bereits erwähnt auch die chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren gehört, geändert. Gemäss diesem Urteil soll der Gutachter einerseits stärker darauf achten, die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung etc. so zu begründen, dass die Rechtsanwender nachvollziehen können, ob

die klassifikatorischen Vorgaben nach ICD-10 tatsächlich eingehalten sind (Urteil E. 2.1); das Augenmerk ist namentlich auch auf Ausschlussgründe wie Aggravation zu richten (E. 2.2). Andererseits besteht keine Vermutung mehr, dass eine somatoforme Schmerzstörung mit einer Willensanstrengung überwunden werden kann, wovon nur abgewichen werden darf, wenn die sog. Förster-Kriterien erfüllt sind. Neu wird ein strukturierter, normativer, Prüfungsraster angewandt (E. 3.6). Anhand eines Katalogs von Indikatoren erfolgt eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des ■ unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits ■ tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens (E. 4.1.3):

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

a) Komplex «Gesundheitsschädigung» (E. 4.3.1)

- Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde (E. 4.3.1.1)

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

- Komorbiditäten (E. 4.3.1.3)

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

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

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

Das vorliegende Gutachten der Begutachtungsstelle F.\_\_\_\_ äussert sich zwar nicht ausdrücklich zu den besagten Indikatoren, enthält aber diejenigen Feststellungen, welche eine schlüssige Beurteilung im Lichte der massgeblichen Indikatoren erlauben (vgl. BGE 141 V 281 E. 8 S. 309):

Einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren fehlt ein diagnoseinhärenter Bezug zum Schweregrad. In diesem Fall hängt der Schweregrad einer Störung von den konkreten funktionellen Auswirkungen ab, insbesondere wie stark die versicherte Person in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen schmerzbedingt beeinträchtigt ist (Urteil des Bundesgerichts 8C\_489/2016 vom 29. November 2016 E. 6.3).

Zum Komplex «Gesundheitsschädigung» geht aus dem Gutachten hervor, dass die Ausprägung der Störung nicht besonders schwer ist, zumal sie als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit deklariert wird. Es werden keine auffälligen Befunde erhoben. Beim Behandlungs- und Eingliederungserfolg ist darauf hinzuweisen, dass dieser zwar trotz 15-jährigem Verlauf mit psychiatrisch-psychotherapeutischer und psychopharmakologischer Behandlung sowie einer bis heute fortgeführten Physiotherapie sowie regelmässigen hausärztlichen Bemühungen unbefriedigend ist, dies jedoch in der ausgeprägten Krankheits- und Behinderungsüberzeugung begründet liegt. Der rheumatologische Gutachter spricht von einer massiv ausgeprägten psychosozialen Überlagerung mit einer eindrücklichen subjektiven Krankheits- und Behinderungsüberzeugung mit relevanter Selbstlimitierung. Der Beschwerdeführer ist ■ wie die Gutachter korrekt beschreiben ■ in der Schweiz schlecht integriert und verfügt über keine Berufsausbildung. Er geht seit Jahren keiner Erwerbstätigkeit mehr nach, und der mehrjährige Rentenbezug dürfte wesentlich zur subjektiven Krankheitsüberzeugung beigetragen haben. Weiter hat sich im Rahmen der anlässlich der Begutachtung

durchgeführten Laboruntersuchung gezeigt, dass bis auf ein Antidepressivum die Blutspiegel der eingenommenen Psychopharmaka unter dem therapeutischen Wert lagen. Es kann daher nicht davon ausgegangen werden, dass der Beschwerdeführer zu diesem Zeitpunkt die verschriebenen Medikamente regelmässig eingenommen hat. Das am 11. Januar 2017 eingereichte Laborblatt des behandelnden Arztes (A.S. 64 f. und Beschwerdebeilage 55) vermag dies nicht zu entkräften, da sich daraus keine Schlüsse für den Begutachtungszeitpunkt ziehen lassen. Psychiatrische Komorbiditäten fehlen, namentlich wird eine früher beschriebene Depression als nicht mehr nachweisbar beschrieben (wie dies schon im Rahmen der letzten materiellen Rentenprüfung der Fall war). Die somatischen Befunde am Bewegungsapparat sind altersentsprechend, es liegt keine schwere, chronische körperliche Begleiterkrankung vor. Was den Komplex «Persönlichkeit» angeht, so bestehen keine Hinweise auf akzentuierte Persönlichkeitszüge oder andere Auffälligkeiten, die sich ressourcen-hemmend auswirken könnten. Dementsprechend war der Beschwerdeführer bis zum Verkehrsunfall 1999 auch während vielen Jahren in der Lage, einer vollzeitlichen Erwerbstätigkeit nachzugehen und es haben sich in seiner Biographie nie relevante Auffälligkeiten in der Persönlichkeit gezeigt, insbesondere nicht die jetzt beschriebenen. Zum Komplex «Sozialer Kontext» bemerken die Gutachter, dass ein allenfalls bestehender sozialer Rückzug schambedingt sei. Wie der Beschwerdeführer anlässlich der Begutachtung selber ausgeführt hat, habe er sich von seinen Kollegen zurückgezogen, weil er nicht mit diesen über seine Probleme sprechen wolle. So berichtete er auch während der Begutachtung vor allem über seine wirtschaftlichen Schwierigkeiten und dass er seinen Kindern aufgrund dessen nichts bieten könne. Was die Konsistenz betrifft, werden im Gutachten einige Diskrepanzen genannt, die sich unter dem Titel «gleichmässige Einschränkung in allen vergleichbaren Lebensbereichen» nicht vereinbaren lassen. So kümmere sich der Beschwerdeführer am Morgen um die Kinder, bereite ein Frühstück zu und begleite den Sohn zur Schule. Er unternehme Spaziergänge und bereite regelmässig das Mittagessen für die Kinder zu. Er ist ohne weiteres in der Lage, Auto zu fahren, hört sich Musiksendungen an und sieht fern. Demgegenüber konnte beispielsweise im Rahmen der rheumatologischen Begutachtung eine Untersuchung in liegender Position kaum bis gar nicht durchgeführt werden. Die genannten Aktivitäten weisen auch nicht auf einen ausgeprägten sozialen Rückzug oder Leidensdruck hin.

Vor diesem Hintergrund verfügt der Beschwerdeführer insgesamt über genügend Ressourcen, um trotz der geklagten Beschwerden die nötige Willensanstrengung aufzubringen, um ganztags einer beruflichen Tätigkeit nachzugehen.

6.3 Nach dem Gesagten ist das Gutachten der Begutachtungsstelle F.\_\_\_\_ beweiswertig und die Beschwerdegegnerin durfte darauf abstellen. Demgemäss liegt ■ wie zum Zeitpunkt der letzten materiellen Rentenprüfung ■ keine eingeschränkte Arbeits- oder Leistungsfähigkeit vor. Es hat sich keine wesentliche Veränderung des Gesundheitszustandes oder der Arbeitsfähigkeit ergeben. Die Beschwerdegegnerin hat einen Rentenanspruch des Beschwerdeführers zu Recht verneint. Aufgrund der ausgeprägten Krankheitsüberzeugung, die den Beschwerdeführer aus eigener Sicht vollkommen arbeitsunfähig erscheinen lässt, hat sie auch einen Anspruch auf berufliche Massnahmen zu Recht verneint. Die Beschwerde ist abzuweisen.

7.1 Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung. Der Beschwerdeführer steht indessen ab Prozessbeginn im Genuss der unentgeltlichen Rechtspflege (vgl. E. I. 8 hiervor).

Die Kostenforderung ist bei Unterliegen der Partei mit unentgeltlichem Rechtsbeistand vom Gericht festzusetzen. Der Kanton entschädigt die unentgeltliche Rechtsbeiständin oder den unentgeltlichen Rechtsbeistand angemessen (Art. 122 Abs. 1 lit. a Schweizerische Zivilprozessordnung [ZPO, SR 272]). Die unentgeltliche Rechtsbeiständin hat am 11. Januar 2017 eine Kostennote eingereicht (A.S. 70 ff.), worin sie einen Aufwand von 540 Minuten bzw. 9 Stunden geltend macht. Auffallend ist dabei ein Aufwand für persönliche und telefonische Besprechungen mit der Klientschaft von insgesamt fast 3.5 Stunden, was im Verhältnis zum übrigen Aufwand hoch erscheint, sich jedoch mit Blick auf die Akten mit dem Verhalten des Beschwerdeführers erklären lassen dürfte. Weil der Aufwand insgesamt nicht als übermässig zu erachten ist, sind die geltend gemachten 9 Stunden Aufwand zu vergüten. Der Stundenansatz beträgt aufgrund des Kreisschreibens Nr. 1 der Gerichtsverwaltungskommission des Kantons Solothurn vom 18. September 2006 seit 1. Oktober 2006 bzw. § 179 Abs. 3 Gebührentarif (GT, BGS 615.11) CHF 180.00. Die Auslagen von CHF 464.15 sind ausgewiesen. Zuzüglich 8 % Mehrwertsteuer ist die Kostenforderung auf CHF 2'250.90 festzusetzen (9 Stunden zu CHF 180.00, zuzügl. Auslagen und MwSt), zahlbar durch die Zentrale Gerichtskasse des Kantons Solothurn. Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren, wenn A.\_\_\_\_ zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

Vorbehalten bleibt auch der Nachforderungsanspruch der unentgeltlichen Rechtsbeiständin im Umfang von CHF 680.40 (Differenz zum vollen Honorar von CHF 2'931.30), wenn der Beschwerdeführer zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO). Zum Nachzahlungsanspruch der unentgeltlichen Rechtsbeiständin ist anzufügen, dass hier ■ mit Blick auf den Gehörsanspruch des Beschwerdeführers ■ von einem in der eingereichten Honorarvereinbarung geltend gemachten Stundenansatz von CHF 250.00 auszugehen ist (A.S. 73 f.).

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

Demnach widerkannt:

2. Die Kostenforderung der unentgeltlichen Rechtsbeiständin, Rechtsanwältin Franziska Ryser Zwygart, wird auf CHF 2'250.90 (inkl. Auslagen und MwSt) festgesetzt, zahlbar durch die Zentrale Gerichtskasse des Kantons Solothurn. Vorbehalten bleiben der Rückforderungsanspruch des Staates sowie der Nachzahlungsanspruch der unentgeltlichen Rechtsbeiständin im Umfang von CHF 680.40 während zehn Jahren, wenn A.\_\_\_\_ zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

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

#### Rechtsmittel

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

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Die Vizepräsidentin

Die Gerichtsschreiberin

Weber-Probst

Jäggi

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