

SO_GERICHTE VSBES.2016.267 vom 18. Oktober 2017

SO Obergericht, 2017-10-18, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2016.267_d20171018

FR: SO_GERICHTE VSBES.2016.267 du 18 octobre 2017

IT: SO_GERICHTE VSBES.2016.267 del 18 ottobre 2017

Regeste

Invalidenrente

Erwägungen

E. 1

1.1 Der 1957 geborene A.____ (nachfolgend: Beschwerdeführer) erlitt am 9. Februar 2004 einen Arbeitsunfall in der Produktion, indem sich sein Handschuh im Farbmixer verfang und die linke Hand bzw. der linke Daumen durch die Metallteile im Mixer verletzt wurden (vgl. IV-St. Beleg Nr. [IV-Nr.] 15.14). Er meldete sich am 28. April 2005 (Eingang: 3. Mai 2005) unter Hinweis auf eine Daumendistorsion links (Kraftlosigkeit, Anschwellen, Schmerzen), eine Platte im linken Daumen (kann nicht mehr bewegt werden) und eine beginnende Rhizarthrose links seit dem 9. Februar 2004 bei der IV-Stelle des Kantons Solothurn (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) zum Leistungsbezug an (IV-Nr. 2).

1.2 Die Beschwerdegegnerin führte daraufhin am 24. Mai 2005 ein Intake-Gespräch durch (IV-Nr. 11), holte die Akten des Unfallversicherers, der B.____ (IV-Nrn. 9, 15.1 - 15.14, 29 f.), den Arbeitgeberfragebogen vom 28. Juni 2005 (IV-Nr. 21) sowie weitere medizinische Akten (IV-Nrn. 23 f.) ein und sprach dem Beschwerdeführer mit Verfügung vom 3. August 2005 (IV-Nr. 26) Beratung und Unterstützung bei der Stellensuche zu. Am 16. September 2005 (IV-Nr. 33) liess der Beschwerdeführer eine berufliche Eingliederung beantragen. Gestützt auf den Bericht des Kreisarztes Dr. med. C.____ vom 7. November 2005 (IV-Nr. 36 S. 4 ff.) stellte die B.____ ihre Leistungen mit Verfügung vom 10. November 2005 (IV-Nr. 36 S. 1 ff.) ein. Da keine behandlungsbedürftigen Unfallfolgen mehr vorlägen, würden sämtliche Versicherungsleistungen per 20. November 2005 eingestellt. Dies bestätigte die B.____ sodann mit Einspracheentscheid vom 18. August 2006 (IV-Nr. 47).

1.3 Mit Abschlussbericht vom 22. März 2006 (IV-Nr. 44) wurde der Fall in der Stellenvermittlung aufgrund mangelnder Mitwirkung abgeschlossen. Gemäss Stellungnahme von Dr. med. D.____, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD), vom 6. Juli 2006 (IV-Nr. 46 S. 2) gebe es keine unfallfremden Leiden, es bestehe gemäss B.____ ab

E. 2

Es sei dem Beschwerdeführer für die o/e-Kosten des vorliegenden Verfahrens der Kostenerlass mit dem unterzeichneten Anwalt als unentgeltlichem Rechtsbeistand zu bewilligen.

E. 3

Unter o/e-Kostenfolge. 4. Am 11. Oktober 2016 (A.S. 19 f.) lässt der Beschwerdeführer ein Arztzeugnis von Dr. med. I.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH,

vom 10. Oktober 2016 einreichen (Beschwerdebeilage Nr. 8). 5. Mit Beschwerdeantwort vom 8. November 2016 (A.S. 24 f.) schliesst die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde. 6. Mit Verfügung vom 10. März 2017 (A.S. 40 f.) bewilligt der Präsident des Versicherungsgerichts dem Beschwerdeführer ab Prozessbeginn die unentgeltliche Rechtspflege und bestellt Advokat Alex Hediger als unentgeltlichen Rechtsbeistand. 7. Im Rahmen der Replik vom 8. Mai 2017 (A.S. 47 ff.) lässt der Beschwerdeführer die vollumfängliche Gutheissung der Beschwerde beantragen. Die gleichzeitig eingereichte Kostennote wird der Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 9. Mai 2017 (A.S. 53) zur Kenntnisnahme zugestellt. 8. Mit Eingabe vom 23. Mai 2017 (A.S. 55) verzichtet die Beschwerdegegnerin auf eine Äusserung. 9. Auf die Ausführungen der Parteien in ihren Rechtsschriften wird nachfolgend, soweit erforderlich, eingegangen. Im Übrigen wird auf die Akten verwiesen. II. 1. 1.1 Die Sachurteilsvoraussetzungen (Einhaltung von Frist und Form, örtliche und sachliche Zuständigkeit des angerufenen Gerichts) sind erfüllt. Auf die Beschwerde ist somit einzutreten. 1.2 In zeitlicher Hinsicht sind – vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen – grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 139 V 335 E. 6.2 S. 338, 132 V 215 E. 3.1.1 S. 220, 131 V 9 E. 1 S. 11 und 107 E. 1 S. 109, 127 V 466 E. 1 S. 467) und weil ferner das Sozialversicherungsgericht bei der Beurteilung eines Falles grundsätzlich auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügung eingetretenen Sachverhalt – hier der 7. September 2016 – abstellt (BGE 131 V 242 E. 2.1, 121 V 362 E. 1b S. 366), sind im vorliegenden Fall für die Prüfung eines Leistungsanspruchs seit der Anmeldung im Oktober 2013 aktuell geltenden materiell-rechtlichen Bestimmungen anwendbar. 2. Aufgrund der vorliegenden Rechtsschriften ist streitig und somit in vorliegendem Verfahren einzig zu prüfen, ob der Beschwerdeführer Anspruch auf eine Invalidenrente hat. 3. Nach Art. 28 Abs. 1 Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) haben jene Versicherte Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a) und zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG, SR 830.1]) gewesen sind (lit. b) sowie nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind. 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. 3.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 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 IVG). 3.2 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 140 V 193 E. 3.2 S. 196, 132 V 93 E. 4 S. 99 f., 125 V 261 E. 4). Demgegenüber fällt es nicht in den Aufgabenbereich des Arztes oder der Ärztin, sich zur Höhe einer allfälligen Rente zu äussern, da der Begriff der rentenanspruchsbegründenden Invalidität nicht nur von medizinischen, sondern auch von erwerblichen Faktoren bestimmt wird (vgl. Art. 16 ATSG).

E. 4

4.1 Das Administrativverfahren vor der IV-Stelle, wie auch der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1, 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 hinreichende 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 (Beweismassnahmen) 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). 4.2 Versicherungsträger und Sozialversicherungsrichter haben die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen (Art. 61 lit. c ATSG). Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass der Sozialversicherungsrichter alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen 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. Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (Urteil des Bundesgerichts 8C_63/2011 vom 27. Mai 2011 E. 4.4.2; BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a S. 352; AHI 2001 S. 113 f. E. 3a; RKUV 2003 U 487 S. 345 E. 5.1).

E. 4.2

hiervor) in allen Punkten gerecht. So wurde der Beschwerdeführer sowohl einer ausführlichen Exploration durch Dr. med. G.____ (vgl. IV-Nr. 78.1 S. 2 ff.) unter Beizug des Dolmetschers U.____ (IV-Nr. 78.1 S. 11 oben) als auch einer entsprechenden Exploration

durch Dr. med. F.____ (vgl. IV-Nr. 77.1 S. 5 ff.) unter Beizug der serbischen Dolmetscherin V.____ (vgl. IV-Nr. 77.1 S. 2 oben) unterzogen, womit auch die durch den Beschwerdeführer geklagten Beschwerden berücksichtigt worden sind. Zudem beruhen die beiden Teilgutachten auf allseitigen Untersuchungen, indem Dr. med. G.____ den Beschwerdeführer am 15. Dezember 2014 von 8.00 bis 10.40 Uhr klinisch untersuchte und auch eine Laboruntersuchung durchführte (IV-Nrn. 78.1 S. 1 und 4 ff., 78.2). Im Rahmen der Untersuchungen bei Dr. med. F.____ vom 17. Dezember 2014 (IV-Nr. 77.1 S. 1 f. und 11 ff.) wurden der Psychostatus erhoben und eine testpsychologische Abklärung im Sinne eines MADRS-Tests durchgeführt (IV-Nrn. 77.1 S. 11 ff., 77.2). Im Weiteren wurden die Vorakten durch Dr. med. G.____ unter den Titeln «Labor», «Röntgen» und «Berichte» jeweils in chronologischer Reihenfolge aufgeführt (IV-Nr. 78.1 S. 6 ff.). Auch Dr. med. F.____ hielt die medizinischen Vorakten in seinem Teilgutachten chronologisch fest (IV-Nr. 77.1 S. 3 ff.). Es ist daher bei den Gutachtern von der Kenntnis der relevanten Vorakten (Anamnese) auszugehen. Weiter werden die Diagnosestellungen in schlüssiger und nachvollziehbarer Weise dargelegt, wodurch die medizinischen Zusammenhänge und die Beurteilung der medizinischen Situation einleuchten: So führte Dr. med. F.____ aus, es seien aufgrund der vom Beschwerdeführer infolge eines Arbeitsunfalls im Februar 2004 und nachfolgenden Operationen angegebenen körperlichen Schmerzen, die zur Arbeitsunfähigkeit geführt haben sollten sowie der nicht vollständig ausreichenden Erklärbarkeit der subjektiv erlebten Leistungsminderung durch ein somatisches Korrelat aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht gemäss ICD-10 F45.4 eine anhaltende Schmerzstörung zu diskutieren (IV-Nr. 77.1 S. 15 f. oben). Diese Ausführungen erweisen sich als nachvollziehbar. So gab der Beschwerdeführer gegenüber Dr. med. F.____ an, er sei seit dem Unfall im Februar 2004 aufgrund körperlicher Schmerzen arbeitsunfähig (IV-Nr. 77.1 S. 6). Zudem wies Dr. med. G.____ anlässlich seines Rheumatologischen Gutachtens darauf hin, er gehe insgesamt von vordergründig nicht somatisch abstützbaren Beschwerden aus (IV-Nr. 78.1 S. 13). Auch die anschliessenden Ausführungen von Dr. med. F.____ betreffend die diagnostischen Kriterien einer anhaltenden Schmerzstörung gemäss ICD-10 F45.4 erscheinen plausibel. So hielt er in Bezug auf das Kriterium, wonach der Schmerz in Verbindung mit emotionalen Konflikten oder psychosozialen Belastungen auftrete, die schwerwiegend genug sein sollten, um als entscheidende Faktoren gelten zu können, fest, dieses Kriterium sei beim Beschwerdeführer nicht erfüllt. So seien die bei diesem relevanten emotionalen Konflikte (bspw. eine ängstlich-dysthyme Verstimmung) und v.a. berufliche (psycho-) soziale Belastungen Folgen des Schmerzsyndroms (IV-Nr. 77.1 S. 17). Diese Darlegungen decken sich mit den Darlegungen des Beschwerdeführers im Rahmen der gutachterlichen Exploration, wonach er sich im Februar 2004 am Arbeitsplatz den linken Daumen verletzt habe und in der Folge trotzdem mit einem 50 % Arbeitspensum weiter beruflich tätig gewesen sei. Dann habe man den Daumen operiert. Dadurch sei der Zustand noch schlimmer geworden. Nach der zweiten Operation sei alles noch viel schlimmer geworden (IV-Nr. 77.1 S. 10). Aufgrund dieser Ausführungen kann ein Zusammenhang zwischen den geschilderten Schmerzen und den beruflich (psycho-) sozialen Belastungen nicht ausgeschlossen werden. Es überzeugt im Weiteren auch, wenn Dr. med. F.____ darlegte, aufgrund der durch den Beschwerdeführer überwiegend nicht oder nur teilweise erfüllten diagnostischen Kriterien könne keine anhaltende somatoforme Schmerzstörung festgestellt werden (IV-Nr. 77.1 S. 17). In diesem Zusammenhang führte der psychiatrische Gutachter sodann weiter aus, dass eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren gut begründet werden könne.

Diese Einschätzung vermag aufgrund der anschliessenden Ausführungen zu überzeugen, wonach beim Beschwerdeführer die bekannten organischen Befunde (insbesondere das eingesteifte MCP I-Gelenk links bzw. die Gonarthrose) sowie die damit verbundenen subjektiven körperlichen Missempfindungen als Ausgangspunkt für die weitere Entwicklung angenommen werden könnten (IV-Nr. 77.1 S. 18). Gemäss Dr. med. F.____ sei die Ausprägung der Störung aber beim Beschwerdeführer im Vergleich zu ähnlichen Störungsbildern als objektiv maximal leicht einzustufen. Diese Beurteilung erscheint aufgrund der beispielhaften Aufzählung des Gutachters nachvollziehbar. So führte er die erhaltene bzw. wieder gewonnene Fähigkeit, alltägliche Verrichtungen ausüben zu können, die Pflege von sozialen Kontakten sowie das regelmässige Reisen auf. Diese Ausführungen decken sich denn auch mit den Darlegungen des Beschwerdeführers (IV-Nr. 77.1 S. 11). Demnach gab er in Bezug auf den Tagesablauf an, TV zu sehen, spazieren zu gehen, sich ab und zu mit einem Kollegen zu treffen, Zeitungen auf Serbisch zu lesen, zuletzt mit einem Reisedar von circa einem Monat unterwegs gewesen zu sein und allein zwei Wochen in Serbien verbracht zu haben. Er reise regelmässig zwei bis dreimal im Jahr. Daraus wurde durch den psychiatrischen Gutachter geschlossen, dass sich aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht eine langfristige Minderung der Arbeitsfähigkeit nicht begründen lasse (IV-Nr. 77.1 S. 18). Die weiteren gutachterlichen Ausführungen, wonach aktuell eine Diskrepanz zwischen der subjektiven Wahrnehmung und den objektivierbaren depressiven Befunden bestehe, vermögen einzuleuchten. So habe der Beschwerdeführer u.a. angegeben, er sei niedergeschlagen, vergesslich und denke vermehrt an Tod und Sterben, «alles werde immer schlechter» (vgl. IV-Nr. 77.1 S. 10). Dies konnte indes im Rahmen der Exploration nicht bestätigt werden. So hielt der Gutachter anlässlich des erhobenen Psychostatus (IV-Nr. 77.1 S. 11 f.) fest, der Beschwerdeführer sei wach und zu allen Qualitäten orientiert, sein Gesprächsverhalten sei freundlich, zugewandt und kooperativ, sein formales Denken sei logisch und kohärent, es bestünden keine Hinweise auf Denkstörungen, die Intelligenz, Merkfähigkeit und Konzentration seien unauffällig, er sei von Suizidalität distanziert. Dies wurde auch durch den durchgeführten MADRS-Test [Montgomery Asberg Depression Scale] bestätigt, bei dem aufgrund der erreichten 12 Punkten kein relevantes depressives Syndrom objektiviert werden konnte. Es leuchtet daher ein, wenn Dr. med. F.____, ausführte, unter diesen Umständen liege keine depressive Episode vor (IV-Nr. 77.1 S. 18 unten). Im Rheumatologischen Teilgutachten führte Dr. med. G.____ aus, der vom Beschwerdeführer erwähnte Wirkstoff des Analgetikums / Antiphlogistikums, das er angebe regelmässig zu nehmen, sei im Blut nicht nachweisbar (IV-Nr. 78.1 S. 13). Diese Aussage vermag unter Heranziehung des durchgeführten Labortests vom 15. Dezember 2014 (IV-Nr. 78.2) zu überzeugen. Aufgrund des im Rahmen des klinischen Befundes festgestellten Übergewichts gemäss Body-Mass-Index von 29,2 kg/m² (IV-Nr. 78.1 S. 4) erscheint zudem nachvollziehbar, wenn der rheumatologische Gutachter ausführt, aufgrund des Übergewichts von gut 12 kg belaste sich der Beschwerdeführer körperlich, weshalb gewichtsreduzierende Massnahmen aus medizinischer Sicht beurteilt indiziert und in der Umsetzung auch zumutbar seien (IV-Nr. 78.1 S. 16 f.). Die bei der Untersuchung des Bewegungsapparates des Beschwerdeführers festgestellten generalisierten Druckschmerzen unter Einschluss sämtlicher an typischer Lokalisation gelegenen Fibromyalgie-Triggerpunkt-Zonen (IV-Nr. 78.1 S. 4) seien gemäss Dr. med. G.____ nicht auf ein bekanntes somatisch-pathologisches Korrelat abzustützen. Diese Schlussfolgerung leuchtet ein, da er anschliessend darlegte, er habe keinen korrelierenden klinisch-pathologischen Befund, wie

eine Myogelose oder einen Triggerpunkt, objektiveren können (IV-Nr. 78.1 S. 12 unten). Er diskutierte daraufhin das Vorliegen einer möglichen Fibromyalgie und hielt fest, aufgrund der erwähnten schmerzvermittelnden Mimik und Gestik, aufgrund dieser diffusen Druckdolenz, aufgrund der vom Beschwerdeführer geschilderten Beschwerden, gehe er insgesamt von vordergründig nicht somatisch abstützbaren Beschwerden aus und verwies auf den psychiatrisch-psychotherapeutischen Beschwerdeverlauf des Beschwerdeführers (IV-Nr. 78.1 S. 13). In diesem Zusammenhang erscheint die Darlegung von Dr. med. G.____ nachvollziehbar, wonach die vom Beschwerdeführer geschilderten Beschwerden bezüglich Umfang und Intensität höchstens partiell auf die objektivierbaren somatisch-pathologischen Befunde abstützbar seien. Da weiter dargelegt wird, dass in diesem Zusammenhang krankheitsfremde Gründe, ein Aggravationsverhalten im Rahmen eines Rentenbegehrens und eine psychosomatisch-psychiatrische Affektion zu diskutieren seien (IV-Nr. 78.1 S. 17 unten), überzeugt ferner die Ausführung, dass es Aufgabe des psychiatrischen Begutachters sein werde, diesbezüglich Stellung zu beziehen. Damit kann dem interdisziplinären Gutachten von Dr. med. G.____ und Dr. med. F.____ vom 26. Januar 2015 grundsätzlich voller Beweiswert zugesprochen werden.

10.2 Nachfolgend ist zu prüfen, ob die vor der Gutachtenserstellung vorliegenden medizinischen Berichte den grundsätzlich beweismässigen Diagnosen und Ergebnissen des interdisziplinären Gutachtens vom 26. Januar 2015 allenfalls entgegenstehen. Dazu ist zunächst auf das Rheumatologische Teilgutachten von Dr. med. G.____ (vgl. E. II. 10.2.1 hiernach) und anschliessend auf das Psychiatrisch-Psychotherapeutische Teilgutachten von Dr. med. F.____ (vgl. E. II. 10.2.2 hiernach) einzugehen:

10.2.1 In Bezug auf das Rheumatologische Teilgutachten von Dr. med. G.____ ergibt sich folgendes:

10.2.1.1 In Bezug auf den Bericht der Rheumatologin Dr. med. P.____ vom 25. Januar 2013 (vgl. E. II. 8.1 hiervor) kann festgehalten werden, dass bereits zum damaligen Zeitpunkt die Diagnose einer Gonarthrose beider Kniegelenke festgestellt wurde, wobei diese rechts ausgeprägter sei als links. Diese Diagnosestellung konnte im Rahmen des Rheumatologischen Gutachtens von Dr. med. G.____ vom 26. Januar 2015 bestätigt werden. So führte er aus, die Kniegelenke wiesen beidseits klinische Hinweise auf eine Gonarthrose aus, rechtsbetont, mit einem die Altersnorm überschreitenden Ausmass eines retropatellären Reibens und einem rechtsbetonten Genu varum. Weitere klinische Hinweise, die auf eine Gonarthrose hinweisen könnten, wie ein Meniskuszeichen, ein Gelenkserguss oder eine Instabilität bestünden derzeit keine (IV-Nr. 78.1 S. 16). Auch die weitere durch Dr. med. P.____ ausgewiesene Diagnose von «chronischen Schmerzen im Bereich der linken oberen Extremität nach Unfall mit Kontusion des linken Vorderarms 2004» konnte im Gutachten von Dr. med. G.____ bestätigt werden. So stellte auch er ein «chronisches, generalisiertes Schmerzsyndrom» fest, welches im Bereich der oberen im Vergleich zur unteren Körperhälfte betont sei (IV-Nr. 78.1 S. 10). Damit ist auch hier kein Widerspruch erkennbar. Mit der durch die Rheumatologin Dr. med. P.____ weiter festgestellten «Oligoarthritis mit vorwiegendem Befall des Zehengrundgelenks rechts und des MCP-Gelenks III der rechten Hand bei Hyperurikämie, dringend verdächtig auf Arthritis urica» setzte sich Dr. med. G.____ auseinander (IV-Nr. 78.1 S. 20) und hielt fest, diese Oligoarthritis sei damals am ehesten im Zusammenhang mit einer Hyperurikämie interpretiert worden. Aufgrund der Ergebnisse dieser aktuellen Begutachtung bestünden keine Hinweise auf eine Synovialitis oder auf eine Gichtarthropathie. Es vermag daher einzuleuchten, dass diese Diagnosestellung im Rheumatologischen Gutachten vom 26. Januar 2015 nicht aufgenommen wurde. Dr. med. G.____ führte zudem aus, in der Befundbeschreibung des Konsiliumsberichts vom

25. Januar 2013 werde kein entzündlich-pathologischer Befund erwähnt und vorwiegend auf die Einschätzungen des Beschwerdeführers mit Bewegungs- und Druckschmerzen hingewiesen. Er könne mit den in diesem Bericht gemachten Angaben, aus rein somatisch-rheumatologischer Sicht beurteilt, keine zusätzliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit im Vergleich zu derjenigen, wie er sie formuliere, begründen (IV-Nr. 78.1 S. 20). Demzufolge vermag der Konsiliarbericht von Dr. med. P.____ den Beweiswert des Rheumatologischen Teilgutachtens von Dr. med. G.____ nicht zu schmälern. 10.2.1.2 In Bezug auf den Arztbericht des Hausarztes des Beschwerdeführers Dr. med. H.____ vom 19. November 2013 (vgl. E. II. 8.4 hiervor) kann festgehalten werden, dass dieser den drei festgestellten, somatischen Diagnosen (Gonarthrosen beidseits, Hyperurikämie und erhöhte Ferritinwerte) keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit beimass und die durch ihn geschätzte volle Arbeitsunfähigkeit einzig auf psychiatrischen Diagnosen basierte. Da nicht ersichtlich ist, auf welchen klinischen Befunden die vom Hausarzt festgestellten Diagnosen basieren, erweisen sich diese als nicht nachvollziehbar. Damit lassen sich keine Widersprüche zum vorliegenden Teilgutachten von Dr. med. G.____ formulieren. Es ist im Weiteren auch der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, wonach behandelnde Ärzte im Zweifelsfall eher zugunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b/cc S. 353). In Bezug auf die durch den Hausarzt ausgewiesenen «erhöhten Ferritinwerte» kann festgehalten werden, dass diese im Rahmen des Rheumatologischen Teilgutachtens mit einem Wert von 340 ug/l (Referenzbereich: 30 - 400 ug/l; vgl. Laboruntersuchung, IV-Nr. 78.2) nicht bestätigt werden konnten. Eine Schmälerung des Beweiswertes des Rheumatologischen Gutachtens von Dr. med. G.____ ist folglich nicht gegeben. 10.2.1.3 Damit liegen keine den Diagnosen und Ausführungen von Dr. med. G.____ entgegenstehende beweiskräftige Arztberichte vor, womit seinem Teilgutachten vom 26. Januar 2015 volle Beweiskraft zuzusprechen ist. 10.2.2 Einzugehen ist nachfolgend auf das Psychiatrisch-Psychotherapeutische Teilgutachten von Dr. med. F.____ vom 26. Januar 2015: 10.2.2.1 In Bezug auf den Austrittsbericht der T.____, vom 29. Oktober 2013 (vgl. E. II. 8.2 hiervor) hielt Dr. med. F.____ fest (IV-Nr. 77.1 S. 7), die Diagnosen seien nicht in Bezug zum Klassifikationssystem beschrieben und / oder diskutiert worden. Sie seien nicht nachvollziehbar. Aufgrund der objektiven psychopathologischen Befunde bei Behandlungsende sei ein unspezifisches dysthymes Syndrom erkennbar. Der Schweregrad bleibe unklar. Diese Beurteilung leuchtet ein, da im Austrittsbericht nebst den Angaben zum «Psychostatus beim Austritt», zum «Therapieverlauf» und zum «Prozedere» keine Auseinandersetzung mit den gesundheitlichen Einschränkungen des Beschwerdeführers stattgefunden hat. Insbesondere ist keine substantiierte Herleitung der gestellten Diagnosen ersichtlich. Damit erweisen sich diese – wie von Dr. med. F.____ festgestellt – als nicht nachvollziehbar. Ferner vermag auch die Ausführung im Austrittsbericht, wonach seit einem Unfall im Jahr 2004 eine zunehmende depressive Symptomatik bestehe, nicht zu überzeugen. Denn in den vorliegenden Akten finden sich keine psychiatrischen Berichte bzw. anderweitige Hinweise, die eine seit 2004 bestehende depressive Problematik aufzeigen. Es lässt sich daher nicht ausschliessen, dass sich die Ärzte hierbei einzig auf die subjektiven Angaben des Beschwerdeführers gestützt haben. Der Beweiswert des Psychiatrischen Teilgutachtens von Dr. med. F.____ wird durch diesen Bericht nicht geschmälert. 10.2.2.2 Eingehend auf die im Bericht des Hausarztes des Beschwerdeführers Dr. med. H.____ vom 19. November 2013 (vgl. E. II. 8.4 hiervor) ausgewiesenen psychiatrischen Diagnosen ist festzuhalten, dass Dr. med. H.____ nicht in gleichem Masse wie ein psychiatrischer Spezialarzt kompetent ist, psychiatrische Diagnosen zu stellen oder

zu verifizieren, weshalb auf seine psychiatrischen Diagnosestellungen vorliegend nicht abgestellt werden kann. Seine Diagnosestellungen beruhen denn auch nicht auf eigenen Untersuchungen. So verwies er auf den Bericht der T.____ vom 29. Oktober 2013. Es kann daher seiner Einschätzung, wonach der Beschwerdeführer seit 2007 bis aktuell in seiner angestammten Tätigkeit als Maschinenführer zu 100 % arbeitsfähig sei, nicht gefolgt werden. Die Einschätzungen des Hausarztes vom 19. November 2013 vermögen das beweismässige Psychiatrische Teilgutachten nicht infrage zu stellen. 10.2.2.3

Bezugnehmend auf den Bericht des behandelnden Psychiaters Dr. med. I.____ vom 22. Januar 2014 (vgl. E. II. 8.5 hiervor) führte Dr. med. F.____ aus (IV-Nr. 77.1 S. 9), der tatsächliche Beginn der ambulanten Betreuung bleibe unklar. Diese Ausführung ist nachvollziehbar, da Dr. med. I.____ zwar festhielt, er betreue den Beschwerdeführer seit dem 15. Januar 2013 (IV-Nr. 70 S. 2), dann aber etwas später unter dem Titel «Verlauf» ausführte, der Beschwerdeführer befinde sich seit dem 27. Dezember 2012 in psychiatrischer Behandlung (IV-Nr. 70 S. 3). Der psychiatrische Gutachter Dr. med. F.____ legte weiter dar, die Diagnosen würden nicht mit Bezug zum Klassifikationssystem beschrieben und / oder diskutiert. Aufgrund der objektiven psychopathologischen Befunde sei ein unspezifisches ängstliches-dysthymes Syndrom erkennbar. Der Schweregrad bleibe unklar. Die Diagnosen und das Postulat der Arbeitsunfähigkeit seien nicht nachvollziehbar. Diese Darlegungen leuchten ein. So ist beim behandelnden Psychiater keine Diskussion der erhobenen Befunde bezüglich des Klassifikationssystems nach ICD-10 ersichtlich. Es mangelt ferner an einer Auseinandersetzung mit dem Schweregrad der depressiven Episode. So lässt sich nicht eruieren, worauf sich die anhaltende «mittelgradige» Episode stützt. Da bei depressiven Störungen im mittelgradigen Bereich die invalidisierende Wirkung besonders sorgfältig zu prüfen ist und nicht unbesehen darauf geschlossen werden darf, eine solche Störung vermöchte eine voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde (teilweise) Erwerbsunfähigkeit zu bewirken (Urteile des Bundesgerichts 9C_125/2015 vom 18. November 2015 E. 7.2.1, 9C_484/2012 vom 26. April 2013 E. 4.3.2.2, 8C_14/2017 vom 15. März 2017 E. 4.2), wäre eine substantiierte Auseinandersetzung mit dieser Diagnose notwendig gewesen. Es ist zudem augenfällig, dass sich die bei Dr. med. I.____ unter «erhobenen Befunden» festgestellten Konzentrations- und Gedächtnisstörungen sowie die inhaltliche Einengung auf somatische und psychische Beschwerden (Selbstmord der Mutter, Arbeitslosigkeit, IV-Nr. 70 S. 3) im Rahmen des Gutachtens nicht feststellen liessen. So beschrieb Dr. med. F.____ eine unauffällige Konzentration, ein intaktes Gedächtnis und verneinte Hinweise auf inhaltliche Denkstörungen (Wahn- oder Zwangsphänomene, IV-Nr. 77.1 S. 12). Aufgrund dieser Ausführungen erweist sich der Bericht von Dr. med. I.____ nicht als beweismässig und vermag die gutachterlichen Ausführungen und Diagnosestellungen von Dr. med. F.____ nicht zu schmälern. Namentlich enthält der Bericht keine wichtigen, nicht rein subjektiver Interpretation entspringenden Aspekte, welche im Gutachten unerkannt oder unberücksichtigt geblieben wären (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_506/2015 vom 30. November 2015 E. 1.2 mit Hinweis).

10.2.2.4 Damit liegen keine den Diagnosen und gutachterlichen Ausführungen von Dr. med. F.____ entgegenstehende beweiskräftige Arztberichte vor, womit seinem Psychiatrisch-Psychotherapeutischen Teilgutachten vom 26. Januar 2015 volle Beweiskraft zuzusprechen ist. Diese Ansicht teilte auch die RAD-Ärztin Dr. med. E.____ in ihrer Stellungnahme vom 25. März 2015 (vgl. E. II. 8.10 hiervor). 10.3 Wie nachfolgend darzulegen ist, vermögen auch die nach dem beweismässigen interdisziplinären Gutachten erstellten medizinischen Berichte (vgl. II. E. 8.9 ff. hiervor) dessen Beweiswert nicht zu

schmälern: 10.3.1 In Bezug auf die Eingabe von Dr. med. H.____ vom 5. Februar 2015 (vgl. E. II. 8.9. hiervor) kann festgehalten werden, dass der Hausarzt des Beschwerdeführers darin einzig das Gutachten von Dr. med. G.____ bzw. seine Schlussfolgerungen kritisiert. Es fehlt indes an einer substantiierten inhaltlichen Auseinandersetzung mit dem Gutachten, weshalb die Kritik nicht nachvollzogen werden kann. Daran vermag auch die auf den subjektiven Angaben des Beschwerdeführers beruhende Ausführung, wonach sich der Beschwerdeführer schmerzbedingt nicht in der Lage fühle, einer Arbeitstätigkeit nachzugehen, nichts zu ändern. Folglich vermag die Eingabe von Dr. med. H.____ vom 5. Februar 2015 das Teilgutachten von Dr. med. G.____ nicht in Frage zu stellen. 10.3.2 Betreffend das Arzteugnis des behandelnden Psychiaters Dr. med. I.____ vom 10. Oktober 2016 (vgl. E. II.

E. 5

Chronisches, generalisiertes Schmerzsyndrom - nicht ausreichend somatisch abstützbar - primäres Fibromyalgie-Syndrom - betont im Bereich der oberen im Vergleich zur unteren Körperhälfte - nicht dermatombezogene Hyposensibilität der ganzen rechten Körperhälfte inklusive der Stirnregion für ausschliesslich taktile Reize bei allseits normalem Lage- und Vibrationssinn - Panalgie - diffuse Druckschmerzangabe - Polyarthralgien axialer und peripherer Gelenke - multiple Beschwerden wie Schlafstörungen, Müdigkeit, Schmerzen im Brustkorb, Atembeschwerden

E. 6

Diffuse idiopathische skelettale Hyperostose - Bewegungseinschränkungen der Wirbelsäule

E. 7

Fingerpolyarthrose

E. 8

Übergewicht mit Body-Mass-Index von 29,2 kg/m²

E. 8.16

hiervor) kann zunächst – wie bereits in E. II. 10.2.1.2 hiervor – auf die Erfahrungstatsache hingewiesen werden, dass behandelnde Ärzte im Zweifelsfall eher zugunsten ihrer Patienten aussagen. Darauf wurde durch die Beschwerdegegnerin im Rahmen der Beschwerdeantwort vom 8. November 2016 (A.S. 25) somit korrekterweise hingewiesen. Es kann daher nicht unbesehen auf den Bericht des behandelnden Psychiaters und die darin festgestellten Diagnosen abgestellt werden. Die von Dr. med. I.____ in diesem Zusammenhang weiter geäusserte Kritik, wonach man in der Regel einen längeren Zeitraum benötige, damit ein objektives Urteil möglich sei, erscheint grundsätzlich plausibel. Er verweist dabei auf den stationären Aufenthalt des Beschwerdeführers in der T.____. Diesbezüglich kann unter Verweis auf E. II. 10.2.2.1 hiervor darauf hingewiesen werden, dass der Austrittsbericht betreffend den stationären Aufenthalt des Beschwerdeführers vom 16. September bis 25. Oktober 2013 bei den T.____ vom 29. Oktober 2013 (vgl. E. II. 8.2 hiervor) den Beweiswert des psychiatrischen Teilgutachtens von Dr. med. F.____ vom 26. Januar 2015 (vgl. E. II. 8.7 hiervor) nicht zu schmälern vermag. Der Beweiswert des Psychiatrischen Teilgutachtens von Dr. med. F.____ wird durch dieses Arzteugnis von Dr. med. I.____ nicht geschmälert. 10.4 Einzugehen ist nun noch auf die Vorbringen des Beschwerdeführers zum interdisziplinären Gutachten: 10.4.1 Die durch den Beschwerdeführer am Teilgutachten von Dr. med. G.____ ausgeübte

Kritik vermag nicht durchzudringen. So wird u.a. beanstandet (A.S. 12), Dr. med. G.____ habe bei seiner Einschätzung betreffend die Arbeitsfähigkeit das gemäss seiner Diagnoseliste ebenfalls vorhandene chronische Panvertebralsyndrom, welches sich gemäss dessen eigenen Feststellungen ebenfalls auf die Arbeitsfähigkeit auswirke, vollständig ausgeblendet. Diesem Vorwurf kann indes nicht gefolgt werden. So wies Dr. med. G.____ das «chronische Panvertebralsyndrom mit spondylogener Ausstrahlung in den Kopf und in alle Extremitäten» als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit aus (vgl. E. II. 8.8 hiervor) und hielt weiter fest, mit den erwähnten Befunden könne er im Bereich der Wirbelsäule Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit für körperlich belastende Arbeiten, nicht hingegen für die vom Beschwerdeführer zuletzt bis 2005 ausgeübten beruflichen Tätigkeiten, begründen (IV-Nr. 78.1 S. 15 unten). Da die durch Dr. med. G.____ attestierte 20%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aufgrund der Gonarthrose für diese zuletzt ausgeübten Tätigkeiten des Beschwerdeführers gilt, ist kein Widerspruch zu den dem Beschwerdeführer wegen Problemen an der Wirbelsäule nicht mehr zumutbaren körperlich belastenden Arbeiten ersichtlich.

10.4.2 Das allgemein gehaltene Vorbringen des Beschwerdeführers, wonach es offensichtlich sei, dass die somatischen Erkrankungen zu einer bedeutenden Einschränkung der Arbeitsfähigkeit führten (A.S. 11), vermag nicht durchzudringen. Denn es fehlt der Bezug zum vorliegenden Fall bzw. zu den festgestellten Diagnosen. Daran vermag auch nichts zu ändern, dass sich der Beschwerdeführer hierbei auf eine «allgemein bekannte Erfahrungstatsache» beruft, wonach die Versicherungsnehmer mit chronischem Panvertebralsyndrom und Gonarthrose weder schwere noch mittelschwere Tätigkeiten noch Arbeiten mit längerem Stehen, Sitzen oder Gehen ausüben könnten. Da der Beschwerdeführer nicht weiter auf diese «Erfahrungstatsache» eingeht, bleibt offen, worauf er sich hierbei genau stützt.

10.4.3 Die Ausführungen des Beschwerdeführers (A.S. 14 f.), wonach sich Dr. med. F.____ mit den abweichenden medizinischen Meinungen nicht auseinandersetze, laufen ins Leere. So setzte sich der psychiatrische Gutachter in seinem Teilgutachten unter dem Titel «Würdigung der Akten» (IV-Nr. 77.1 S. 7 ff.) mit den seit dem Austrittsbericht vom 29. Oktober 2013 durch die T.____ verfassten Berichten auseinander.

10.4.4 Die Vorbringen des Beschwerdeführers vermögen daher das interdisziplinäre Gutachten von Dres. med. G.____ und F.____ nicht in Zweifel zu ziehen.

10.5 Dr. med. F.____ stellte in seinem Psychiatrisch-Psychotherapeutischen Teilgutachten vom 26. Januar 2015 (vgl. E. II. 8.7 hiervor) unter anderem die Diagnose einer «chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41)». Das Bundesgericht hat mit Urteil BGE 141 V 281 vom 3. Juni 2015 seine Praxis zur anhaltenden somatoformen Schmerzstörung und den vergleichbaren unklaren Beschwerdebildern (Fibromyalgie, Schleudertrauma, chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren, etc.) geändert. Diese neue Rechtsprechung ist auch auf alle hängigen Fälle anwendbar. Gemäss diesem Urteil soll der Gutachter einerseits stärker darauf achten, die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung etc. so zu begründen, dass die Rechtsanwender nachvollziehen können, ob die klassifikatorischen Vorgaben nach ICD-10 tatsächlich eingehalten sind (Urteil E. 2.1); das Augenmerk ist namentlich auch auf Ausschlussgründe wie Aggravation zu richten (E. 2.2). Andererseits besteht keine Vermutung mehr, dass eine somatoforme Schmerzstörung mit einer Willensanstrengung überwunden werden kann, wovon nur abgewichen werden darf, wenn die sog. Förster-Kriterien erfüllt sind. Neu wird ein strukturierter, normativer, Prüfungsraster angewandt (E. 3.6). Anhand eines Kataloges von Indikatoren erfolgt eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des – unter

Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens (E. 4.1.3): 1) Kategorie «funktioneller Schweregrad» (E. 4.3) a) Komplex «Gesundheitsschädigung» (E. 4.3.1) - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde (E. 4.3.1.1) - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz (E. 4.3.1.2) - Komorbiditäten (E. 4.3.1.3) b) Komplex «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen; E. 4.3.2) c) Komplex «Sozialer Kontext» (E. 4.3.3) 2) Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens; E. 4.4) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2) 10.5.1 Die Beweiskraft des Psychiatrisch-Psychotherapeutischen Teilgutachtens sowie der Stellungnahme vom 17. Juni 2016 von Dr. med. F.____ (vgl. E. II. 8.7 und 8.14 hiervor) setzen somit voraus, dass sie auch den Anforderungen der neuen Rechtsprechung entsprechen, indem sie sämtliche für die Beurteilung der Indikatoren relevanten Informationen enthalten. Dies ist vorliegend – wie nachfolgend aufgezeigt wird – der Fall: Zum Komplex «Gesundheitsschädigung» hielt Dr. med. F.____ hinsichtlich des Indikators «Ausprägung und Schwere der objektiven Befunde» nachvollziehbar fest (IV-Nr. 101 S. 3 f.), die Ausprägung der Störung sei im Vergleich zu ähnlichen Störungsbildern als objektiv maximal sehr leicht einzustufen. Dadurch komme es zu rezidivierenden ängstlich-dysthymen Verstimmungen. Zugleich führte er in Bezug auf die in den Akten genannte (allfällig zusätzlich eigenständige) depressive Episode gemäss ICD-10 F32 / F33 aus, eine solche könne jedoch nicht begründet werden. Dies leuchtet ein, weil er anschliessend in schlüssiger Weise darlegte, dass die Limitierung des Aktivitätenniveaus (im Vergleich zu vor Eintritt der Gesundheitsschädigung), wie sie vom Beschwerdeführer für alle vergleichbaren Lebensbereiche (Beruf / Erwerb, Haushalt, Freizeit, soziale Aktivitäten) beschrieben werde, weit überwiegend durch seine Selbsteinschätzung zu begründen sei, soweit sie nicht durch tatsächliche somatische Defizite erklärbar sei. Eine Willensanstrengung zur Bewältigung dieser rein subjektiven Defizite sei aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht medizinisch zumutbar und tatsächlich möglich. Diese Einschätzung überzeugt, da er anschliessend beispielhaft auf die wieder gewonnene Fähigkeit, alltägliche Verrichtungen ausüben zu können, soziale Kontakte zu pflegen und regelmässig zu reisen, hinwies. Beim Verlauf der Störung des Beschwerdeführers seien vielfältige (psycho-) soziale Faktoren dokumentiert: Herkunft, Migration, geringe Schulbildung, fehlende Berufsbildung, einfache Berufserfahrung, Abstinenz vom und Lage am Arbeitsmarkt, mangelhafte Deutschkenntnisse, Rentenwunsch, finanzielle Sorgen / Schulden, Lebensalter, Krankheit der Ehefrau / des Sohnes, beengte Wohnverhältnisse etc.. Diese Gesichtspunkte besässen v.a. therapeutische und sozialarbeiterische Relevanz und gingen nicht in die Beurteilung einer medizinisch-theoretischen Zumutbarkeit einer allfälligen Tätigkeit aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht mit ein («krankheitsfremd»). Weiter legte Dr. med. F.____ dar, es seien Hinweise auf eine bewusstseinsnahe Aggravation zu erkennen: Die Angaben zu den aktuellen seelischen und körperlichen Beschwerden seien vage, unklar, allgemein und oberflächlich. In der Interaktion sei der Beschwerdeführer theatralisch. Eine Verdeutlichungstendenz sei vorhanden. Weiter führte er zum Indikator «Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz» aus (IV-Nr. 101 S. 7), aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht relevante Behandlungsmassnahmen seien zumindest teilweise dokumentiert. Der Beschwerdeführer nehme aktuell ein Antidepressivum regelmässig ein. 2005 habe er erstmals eine ambulante

psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung aufgenommen. Seit circa Anfang 2013 führe er mit Dr. med. I.____ fast monatliche Gespräche in Serbisch, zu deren Nutzen sich der Beschwerdeführer ambivalent äussere. Er verneine auf Nachfrage ausdrücklich jede allfällige zusätzliche therapeutische (bspw. psychologische) Therapie. 2013 habe er erst- und einmalig eine stationäre psychosomatische Behandlung wahrgenommen (T.____). Eine in den Akten genannte depressive Episode sei objektiv tatsächlich remittiert. Auch die chronische Schmerzstörung mit somatischen (physischen) und psychischen Anteilen stelle aber weiterhin grundsätzlich eine Indikation für eine regelmässige strukturierte fachärztliche psychiatrisch- psychotherapeutische Behandlung dar. Dabei könne der Beschwerdeführer bei einer (auch psychotherapeutischen) Rezidivprophylaxe bzgl. seiner depressiven Verstimmungen unterstützt werden. Es seien keine Eingliederungsmassnahmen dokumentiert. Sie seien aus rein psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht zumutbar. Zum Komplex «Persönlichkeit» führte Dr. med. F.____ aus (IV-Nr. 101 S. 4 f.), es sei im Fall des Beschwerdeführers ausdrücklich festgestellt, dass neben der chronischen Schmerzstörung mit somatischen (physischen) und psychischen Anteilen keine psychisch ausgewiesene erheblich schwere, ausgeprägte, dauerhafte und intensive Komorbidität aus rein psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht begründet werden könne. Beim Beschwerdeführer lägen keine akzentuierten Persönlichkeitszüge vor. Hinweise auf eine andauernde Persönlichkeitsänderung oder eine Persönlichkeitsstörung fehlten. Mit den Angaben des Beschwerdeführers selbst und u.a. im Arztbericht vom 22. Januar 2014 von Dr. med. I.____ (vgl. E. II. 8.5 hiervor) werde auf unspezifisch belastende Aspekte in der biografischen Persönlichkeitsentwicklung hingewiesen, die als Teil der Definition der chronischen Schmerzstörung mit somatischen (physischen) und psychischen Anteilen eingeordnet werden könnten. Weitere Angaben zu allfälligen Defiziten der Persönlichkeit (akzentuierte Persönlichkeitszüge, Persönlichkeitsstörung) und / oder der Intelligenz würden in den Akten aber nicht dokumentiert. Es seien auch anlässlich der Untersuchung vom 17. Dezember 2014 keine entsprechenden Befunde vorhanden gewesen. In Bezug auf den Komplex «sozialer Kontext» verwies Dr. med. F.____ auf sein Gutachten vom 26. Januar 2015 (IV-Nr. 101 S. 5 f.) sowie auf das Teilgutachten von Dr. med. G.____. Beim Verlauf der Störung des Beschwerdeführers seien auch vielfältige (psycho-) soziale Faktoren dokumentiert: Herkunft, Migration, geringe Schulbildung, fehlende Berufsbildung, einfache Berufserfahrung, Abstinenz vom und Lage am Arbeitsmarkt, mangelhafte Deutschkenntnisse, Rentenwunsch, finanzielle Sorgen / Schulden, Lebensalter, Krankheit der Ehefrau / des Sohnes, beengte Wohnverhältnisse etc. Diese Gesichtspunkte besässen v.a. therapeutische und sozialarbeiterische Relevanz und gingen nicht in die Beurteilung einer medizinisch-theoretischen Zumutbarkeit einer allfälligen Tätigkeit aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht mit ein («krankheitsfremd»). Der soziale Kontext sei objektiv geordnet (wenn auch subjektiv eingeschränkt). Der Beschwerdeführer pflege regelmässig soziale Kontakte. Es würden von ihm entsprechende persönliche Ressourcen beschrieben (bspw. gute Kommunikationsfähigkeit des Beschwerdeführers in Serbisch, partnerschaftliche Beziehung). Er nenne die Fähigkeit, seine innerseelischen Defizite mit entsprechender Anstrengung zu überwinden (u.a. regelmässig reisen). Schliesslich führte Dr. med. F.____ zur Kategorie «Konsistenz» schlüssig aus (IV-Nr. 101 S. 8 f.), beim Verlauf der Störung seien nicht krankheitsbedingte (soziale) Faktoren zu nennen, die die Motivation zur Leistungssteigerung deutlich beeinträchtigt. Sie erklärten auch weit überwiegend die anlässlich der Untersuchung am 17. Dezember 2014 erkennbare Diskrepanz zwischen der subjektiv wahrgenommenen und der objektivierbaren Arbeitsunfähigkeit des

Beschwerdeführers. Hinweise auf eine bewusstseinsnahe Aggravation seien vorhanden. Die Limitierung des Aktivitätenniveaus (im Vergleich zu vor Eintritt der Gesundheitsschädigung), wie sie vom Beschwerdeführer für alle vergleichbaren Lebensbereiche (Beruf / Erwerb, Haushalt, Freizeit, soziale Aktivitäten) beschrieben werde, sei weit überwiegend durch seine Selbsteinschätzung zu begründen, soweit sie nicht durch tatsächliche somatische Defizite erklärbar sei. Eine Willensanstrengung zur Bewältigung dieser rein subjektiven Defizite sei aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht medizinisch zumutbar und tatsächlich möglich. Aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht relevante ambulante Behandlungsmassnahmen seien zumindest teilweise dokumentiert. Eine in den Akten genannte depressive Episode sei objektiv tatsächlich remittiert. Auch die chronische Schmerzstörung mit somatischen (physischen) und psychischen Anteilen stelle weiterhin grundsätzlich eine Indikation für eine regelmässige strukturierte fachärztliche psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung dar. Eine krankheitsbedingte Unfähigkeit zur Therapieadhärenz sei nicht vorhanden. Letztlich führte Dr. med. F. ___ zur «Arbeitsfähigkeit» aus (IV-Nr. 101 S. 9), es begründeten die objektiven Defizite aufgrund einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren gemäss ICD-10 F45.41 im Falle des Beschwerdeführers aus rein psychiatrisch-psychotherapeutischer (medizinischer) Sicht zu keinem Zeitpunkt eine relevante eigenständige Minderung der Arbeitsfähigkeit, die allfällig zu einer somatisch begründbaren Minderung der Leistungsfähigkeit hinzugekommen wäre.

10.5.2 Nach dem Gesagten erweist sich das Psychiatrische-Psychotherapeutische Teilgutachten von Dr. med. F. ___ vom 26. Januar 2015 auch unter Einbezug seiner Stellungnahme vom 17. Juni 2016 im Lichte der neuen bundesgerichtlichen Schmerzrechtsprechung als weiterhin voll beweiswertig und es kann auf die schlüssigen Ausführungen zum Leistungsvermögen des Beschwerdeführers abgestellt werden, welches der Gutachter unter der Beachtung der vorgängig geprüften Indikatoren festgelegt hat. Diese Ansicht teilte bereits Dr. med. E. ___, die in ihrer Stellungnahme vom 12. August 2016 (vgl. E. II. 8.15 hiavor) ausführte, Dr. med. F. ___ sei in seiner Stellungnahme vom 17. Juni 2016 gezielt und in nachvollziehbarer Weise auf die bundesgerichtlichen Beurteilungskriterien eingegangen und habe daher nachgewiesen, dass das Gutachten vom 26. Januar 2015 auch nach 1 1 / 2 Jahre noch aktuell und beweiswertig sei.

10.6 Somit kann festgehalten werden, dass dem interdisziplinären Gutachten von Dr. med. G. ___ und Dr. med. F. ___ vom 26. Januar 2015 voller Beweiswert zuzusprechen ist, da keine dessen Beweiswert schmälernde medizinische Berichte vorhanden sind. Es kann somit auch von der in diesem interdisziplinären Gutachten festgelegten Arbeitsfähigkeit ausgegangen werden. Somit sind dem Beschwerdeführer körperlich belastende Tätigkeiten (wie die bis Ende 1999 im Gartenbau ausgeübte Tätigkeiten) seit 2004 nicht mehr zumutbar. Für die zuletzt ausgeübten Tätigkeiten in der Produktion von Zigarettenboxen resultiere aufgrund der Gonarthrose eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von maximal 20 %. Dieses zumutbare Arbeitspensum könne sowohl am Stück als auch mit vermindertem Tempo über den Tag verteilt abgeleistet werden. Angepasste Verweistätigkeiten (in einem temperierten Raum, mit leichten bis maximal mittelgradig körperlich belastenden Arbeiten und der Möglichkeit, zwischen sitzender, stehender und gehender Körperhaltung zu wechseln und dem Einhalten der Rückenergometrie) sind dem Beschwerdeführer demgegenüber vollumfänglich zumutbar (vgl. E. II. 8.8 hiavor).

11. Es kann zusammenfassend festgehalten werden, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit der letzten rechtskräftigen Verfügung vom 30. Januar 2007, mit welchem dem Beschwerdeführer vom 1. Februar 2005 bis

30. November 2005 eine befristete halbe IV-Rente (IV-Grad 50 %) zugesprochen wurde, im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 7. September 2016 nicht in rechtsrelevanter Weise verändert hat: So ist in Bezug auf die psychische gesundheitliche Situation des Beschwerdeführers gemäss dem voll beweiswertigen Gutachten von Dr. med. F.____ vom 26. Januar 2015 keine krankheitswertige psychiatrische Problematik mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit vorhanden. Damit hat sich diesbezüglich keine Veränderung ergeben. Denn im Zeitpunkt der Verfügung vom 30. Januar 2007 war keine psychische Gesundheitsstörung dokumentiert. In Bezug auf den somatischen Gesundheitszustand ist auf das Rheumatologische Teilgutachten von Dr. med. G.____ vom 26. Januar 2015 abzustellen (vgl. E. II. 7.5 hiervor), wonach in einer adaptierten Tätigkeit keine Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit bestünden. Diese Einschätzung war bereits im Zeitpunkt der rechtskräftigen Verfügung vom 30. Januar 2007 erkennbar. So wurde bereits damals festgehalten, der Beschwerdeführer sei für eine schwere handwerkliche Arbeit wie auf dem Bau oder in der Holzindustrie nicht mehr geeignet (vgl. E. II. 7.9 hiervor). In der früheren Tätigkeit oder in einer angepassten Tätigkeit wurde ihm aber eine praktisch uneingeschränkte Leistungsfähigkeit attestiert. Gestützt auf diese Ausführungen ergeben sich keine Hinweise darauf, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit 2007 in anspruchrelevanter Weise verschlechtert hat. Insbesondere ist die Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit unverändert geblieben. Da somit keine anspruchrelevante Veränderung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers ausgewiesen ist, erübrigt sich eine Berechnung des IV-Grades (vgl. E. II. 3.2 hiervor). Der von der Beschwerdegegnerin in der Verfügung vom 7. September 2016 getätigte Einkommensvergleich (A.S. 3 f.) erweist sich damit als obsolet. 12. Damit ist kann zusammenfassend festgehalten werden, dass der Beschwerdeführer keinen Anspruch auf eine Invalidenrente der Beschwerdegegnerin hat. Folglich ist die angefochtene Verfügung vom 7. September 2016 zu bestätigen und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen.

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

14. Der Beschwerdeführer steht ab Prozessbeginn im Genusse der unentgeltlichen Rechtspflege (vgl. E. I. 6 hiervor). 14.1 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]). Der Vertreter des Beschwerdeführers hat am 8. Mai 2017 (A.S. 51 f.) eine Kostennote eingereicht, worin er einen Kostenersatz von insgesamt CHF 4'117.20 – basierend auf einem zeitlichen Aufwand von 13,75 Stunden und Auslagen von total CHF 374.70 – geltend macht. Darin ist ein Kanzleiaufwand für vier Fristerstreckungen (31. Oktober, 8. Dezember 2016, 16. Januar, 30. März 2017) à je 0,25 Stunden (total: 1,5 Std.), für sechs Kurzmitteilungen an den Klienten und an «Herrn W.____» (früherer Vertreter des Beschwerdeführers), bei dem der Bezug zum vorliegenden Verfahren nicht ersichtlich ist (3., 11. Oktober [2 x], 8. Dezember 2016, 16. Januar, 20. März 2017), à je 0,25 Stunden (total: 1,5 Std.) sowie für die «Kurzmitteilung an Versicherungsgericht Solothurn» vom 20. März 2017 à 0,25 Stunden enthalten, die im Stundenansatz bereits inbegriffen und daher nicht gesondert zu entschädigen ist. Damit reduziert sich der Aufwand von 13,75 Stunden um 2,75 Stunden auf 11 Stunden. Der Stundenansatz beträgt aufgrund des Kreisschreibens Nr. 1 der Gerichtsverwaltungskommission des Kantons Solothurn vom 18. September 2006 seit 1. Oktober 2006 bzw. § 179 Abs. 3 Gebührentarif (GT) CHF 180.00. Damit beträgt die Entschädigung CHF 1'980.00. Die geltend gemachten Auslagen von insgesamt CHF 374.70

(Fotokopien CHF 139.50, Kопiaturen CHF 176.00 und Porti von CHF 59.20) werden nicht näher beschrieben und sind daher nicht nachvollziehbar. Sie werden deshalb ermessensweise um die Hälfte gekürzt und reduzieren sich somit auf CHF 187.35. In Anbetracht von Aufwand und Schwierigkeit des Prozesses ist die Kostenforderung auf CHF 2'340.70 festzusetzen (11 Stunden zu CHF 180.00, zuzügl. Auslagen und MwSt von 8 %), zahlbar durch die Zentrale Gerichtskasse des Kantons Solothurn. Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren, wenn A.____ zur Nachzahlung in der Lage ist (§ 123 ZPO). Vorbehalten bleibt auch der Nachzahlungsanspruch des unentgeltlichen Rechtsbeistandes im Umfang von gerundet CHF 594.00, wenn der Beschwerdeführer zur Nachzahlung in der Lage ist (§ 123 ZPO). Zum Nachzahlungsanspruch des unentgeltlichen Rechtsbeistandes ist anzufügen, dass hier lediglich von CHF 230.00 (vgl. § 160 Abs. 2 GT) und nicht vom geltend gemachten Stundenansatz von CHF 250.00 auszugehen ist, wenn – wie hier – keine Honorarvereinbarung mit dem Klienten vorgelegt wird, die einen höheren Ansatz vorsieht.

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

E. 9

Gestörte Gluconeogenese

E. 10

Anamnestic Reizmagen-Syndrom

E. 11

Anamnestic Hyperurikämie und Gicht-Arthropathie

E. 12

Siehe auch Angaben zu I. B) Persönliche Anamnese Insgesamt beurteile er die vom Beschwerdeführer geschilderten Beschwerden bezüglich Umfang und Intensität höchstens als partiell auf die objektivierbaren somatisch pathologischen Befunde abstützbar. In einer derartigen Situation seien grundsätzlich zu diskutieren: Krankheitsfremde Gründe (diesbezüglich werde auf die weiter unten erwähnten Hinweise verwiesen), ein Aggravationsverhalten im Rahmen eines Rentenbegehrens und eine psychosomatisch-psychiatrische Affektion. Es werde Aufgabe des im Rahmen dieser interdisziplinären Begutachtung mitbegutachtenden Psychiaters sein, diesbezüglich Stellung zu beziehen. Bezüglich der detaillierten Einschätzung verweise er auf die entsprechende Begutachtung von Dr. med. F.____ (S. 17 f.). Die Arbeitsfähigkeit sei, aus rein somatisch-rheumatologischer Sicht beurteilt, für die vom Beschwerdeführer bis Ende 1999 als Hilfsarbeiter im Gartenbau ausgeübten und körperlich schwergradig belastenden Arbeiten seit 2004 nicht mehr gegeben. Für die zuletzt ausgeübten beruflichen Tätigkeiten in der Produktion von Zigarettenboxen könne Dr. med. G.____ nach dem Unfall vom 9. Februar 2004 eine kurzdauernde vollständige Arbeitsunfähigkeit von maximal einer

Woche, nach der am 30. September 2004 durchgeführten Arthrodesese eine zeitlich limitierte vollständige Arbeitsunfähigkeit von maximal 6 Wochen und nach der am 30. Juni 2005 durchgeführten Metallentfernung eine erneut zeitlich limitierte vollständige Arbeitsunfähigkeit von maximal 4 Wochen begründen. Zusätzlich resultiere für diese zuletzt ausgeübten beruflichen Tätigkeiten aufgrund der Gonarthrosen eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von maximal 20 % seit einem Zeitpunkt, den er aufgrund der Angaben in den vorliegenden Dokumenten nicht genauer definieren könne und der anzunehmen sei seit circa 2010. Dieses zumutbare Arbeitspensum könne sowohl am Stück als auch mit vermindertem Tempo über den Tag verteilt abgeleistet werden. Für Haushaltsarbeiten mit einem leicht- bis mittelgradig körperlich belastenden Arbeitsprofil könne, aus rein somatisch-rheumatologischer Sicht beurteilt, keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit formuliert werden. Für eine angepasste Verweistätigkeit könne er, aus rein somatisch-rheumatologischer Sicht beurteilt, zu keinem Zeitpunkt eine anhaltende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründen. Die Beschwerden könnten, mit der Umsetzung der weiter unten empfohlenen und zumutbaren medizinischen Massnahmen, möglicherweise günstig beeinflusst werden. In der interdisziplinären Einschätzung der Arbeitsfähigkeit, die sowohl die somatisch-rheumatologische Komponente als auch die psychosomatisch-psychiatrische Komponente mitberücksichtige, könne für die in der Schweiz bisher ausgeübten beruflichen Tätigkeiten und für eine angepasste Verweistätigkeit vollumfänglich auf die Einschätzung aus somatisch-rheumatologischer Sicht abgestützt werden. Körperlich belastende Arbeiten, wie die bis Ende 1999 im Gartenbau ausgeübten Tätigkeiten, seien seit 2004 nicht mehr zumutbar. Bezüglich der Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, aus rein psychosomatisch-psychiatrischer Sicht beurteilt, werde auf die Begutachtung von Dr. med. F. ___ verwiesen (S. 21). Die angepasste Verweistätigkeit für diesen Beschwerdeführer liege in einem temperierten (Raumluft) Raum, beschränke sich auf leicht- bis maximal mittelgradig körperlich belastende Arbeiten und lasse die Möglichkeit, zwischen sitzender, stehender und gehender Körperhaltung zu wechseln, zu. Das Einhalten der Rückenergonomie sei wünschenswert. Ungünstig auf eine erfolgreiche Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess könnten sich krankheitsfremde Faktoren, wie beispielsweise länger anhaltende berufliche Arbeitsabstinenz, begrenzte Deutschsprachkenntnisse, Alter des Versicherten, ungünstige Arbeitsmarktsituation und möglicherweise die limitierte Motivation, auswirken (S. 21 f.).

8.9 Dr. med. H. ___ hielt in seiner Eingabe vom 5. Februar 2015 (IV-Nr. 80) die bereits im Bericht vom 19. November 2013 (vgl. E. II. 8.4 hiervor) ausgewiesenen Diagnosen fest. Er habe zusammen mit dem Beschwerdeführer eine Kopie des Gutachtens von Dr. med. G. ___ vom 26. Januar 2015 angeschaut. Mit den postulierten Schlussfolgerungen seien sie nicht einverstanden. Gemäss Dr. med. H. ___ sei der Beschwerdeführer weiterhin zu 100 % arbeitsunfähig. Betreffend der im Gutachten gestellten Diagnosen sei festzuhalten, dass es dem Beschwerdeführer bis anhin nicht gelungen sei, in der Berufswelt wieder Fuss zu fassen und er sich schmerzbedingt nicht in der Lage fühle, einer Arbeitstätigkeit nachzugehen. Der Beschwerdeführer habe versichert, seine Medikamente einzunehmen und könne sich seinen fehlenden Medikamentenspiegel auch nicht erklären. Trotz diverser Therapieversuche sei es nicht zu einer Verbesserung der Situation gekommen. Das psychiatrische Gutachten liege zum momentanen Zeitpunkt leider nicht vor.

8.10 In der Stellungnahme vom 25. März 2015 (IV-Nr. 82 S. 2) hielt Dr. med. E. ___, RAD, fest, die eingegangenen Gutachten (rheumatologisches Gutachten, Dr. med. G. ___ vom 26. Januar 2015 und psychiatrisches Gutachten, Dr. med. F. ___ vom 26. Januar 2015) seien

medizinisch korrekt erstellt worden, seien in ihrer Beurteilung klar, nachvollziehbar und schlüssig. Weder seitens des Beschwerdeführers noch dessen Hausarztes würden neue medizinische Tatsachen geltend gemacht. Die angestammte, körperlich schwere Tätigkeit als Hilfsarbeiter im Gartenbau sei dem Beschwerdeführer seit 2004 aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr zumutbar. In einer angepassten Verweistätigkeit (in einem temperierten Raum, mit leicht- bis maximal mittelgradig körperlich belastenden Arbeiten und der Möglichkeit, zwischen sitzender, stehender und gehender Körperhaltung zu wechseln), vermöge der Beschwerdeführer seit 2010 zu 80 % tätig zu sein (80%ige Arbeitsfähigkeit). 8.11 Mit Stellungnahme vom 26. Oktober 2015 (IV-Nr. 95 S. 2) bat Dr. med. E.____, RAD, darum, dem begutachtenden Rheumatologen Dr. med. G.____ den Einwand des Beschwerdeführers vom 15. August 2015 (vgl. IV-Nr. 91 S. 2 ff.) zur Stellungnahme zuzusenden. Diese Stellungnahme sollte unter Bezugnahme auf die Standardindikatoren gemäss Urteil des Bundesgerichts 9C_492/2014 vom 3. Juni 2015 [mittlerweile publ. BGE 141 V 281] erfolgen. 8.12 Dr. med. G.____ hielt in seiner Beurteilung vom 27. November 2015 (IV-Nr. 97) fest, der Beschwerdeführer erwähne auf Seite 1/5 des Schreibens vom 15. August 2015 Annahmen, wie ein Vertrauensverhältnis zwischen einem Patienten und einem Behandelnden sein sollte und zuunterst seine Erkenntnis, dass dies anders sein könne. Er meine unter anderem, dass Patienten unterschiedliche Medikamente in manchmal fraglichen Dosierungen verschrieben erhielten. Auf Seite 2/5 mache der Interessenvertreter dieses Beschwerdeführers eine Behauptung, indem er erwähne, dass Dr. med. G.____ eine angepasste Verweistätigkeit in seinem Gutachten nicht definiert habe. Wenige Sätze später gebe er die im Gutachten auf Seite 21/23 definierte angepasste Verweistätigkeit satzweise wieder. Auf Seite 3/5 des Schreibens erwähne der Interessenvertreter des Beschwerdeführers, dass vom Beschwerdeführer keine somatisch abstützbaren Kniebeschwerden geschildert würden. Diese Aussage treffe gemäss der Beschwerdeschilderung des Beschwerdeführers und wie erwähnt unter «I A) Jetziges Leiden» im Gutachten vom 26. Januar 2015 zu. Dr. med. G.____ habe in seinem Gutachten die klinischen und radiologisch-pathologischen Befunde diskutiert. An dieser Stelle hätte der Interessenvertreter des Beschwerdeführers erwähnen können, dass seinem Klienten therapeutische Massnahmen zumutbar seien, wie z.B. eine markante Gewichtsabnahme, zumal dieser Beschwerdeführer ein Übergewicht von gut 12 kg bezogen auf das statistische Normalgewicht aufweise. Einen derartigen Hinweis bezüglich der zumutbaren Therapiemassnahmen hätte der Interessenvertreter dieses Versicherten auch deshalb erwähnen können, weil er auf Seite 1/5 seines Schreibens auf die Wichtigkeit eines Vertrauensverhältnisses und einer optimierten Behandlung hinweise. Auf Seite 3/5 des Schreibens erwähne der Interessenvertreter: «An dieser Stelle muss man korrekterweise zugeben, dass die Gutachter vor keiner einfachen Aufgabe stehen, müssen sie sich nicht nur mit dem Auftrag selbst auseinandersetzen, sondern auch mit der Vorarbeit ihrer Kollegen. Dass man dann auf die mangelnde Glaubwürdigkeit des Versicherten vermehrt abstellt, ist nachvollziehbar» (Zitat). Der Interessenvertreter dieses Beschwerdeführers «bastle» einen Zusammenhang und diesen gebastelten Zusammenhang unterstelle er Dr. med. G.____. Dies nehme er zur Kenntnis. Auf Seite 4/5 des Schreibens des Interessenvertreter dieses Beschwerdeführers werde ein inhaltlicher und gedanklicher Sprung gemacht, den er zuvor nicht ankündigt habe, indem er plötzlich auf das psychiatrische Gutachten eingehe. Mit den in diesem Bericht vom 15. August 2015 gemachten Angaben ergäben sich für Dr. med. G.____ keine neuen Aspekte. 8.13 Dr. med. E.____, RAD, hielt in ihrer Stellungnahme vom 29. Januar 2016 (IV-Nr. 99 S. 2) fest, es könne an der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit

des Beschwerdeführers vom 25. März 2015 weiterhin festgehalten werden. 8.14 In seiner Stellungnahme vom 17. Juni 2016 (IV-Nr. 101) betreffend die Einwände des Beschwerdeführers zur gutachterlichen Einschätzung, ging Dr. med. F.____ auf die einzelnen Kriterien gemäss BGE 141 V 281 (bspw. Gesundheitsschaden, sozialer Kontext) ein und hielt sodann u.a. fest, aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht relevante Behandlungsmassnahmen seien zumindest teilweise dokumentiert. Eine in den Akten genannte depressive Episode sei objektiv tatsächlich remittiert. Auch die chronische Schmerzstörung mit somatischen (physischen) und psychischen Anteilen stelle weiterhin grundsätzlich eine Indikation für eine regelmässige strukturierte fachärztliche psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung dar. Eine krankheitsbedingte Unfähigkeit zur Therapieadhärenz sei nicht vorhanden. Es begründeten die objektiven Defizite aufgrund einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren gemäss ICD-10 F45.41 im Fall des Beschwerdeführers aus rein psychiatrisch-psychotherapeutischer (medizinischer) Sicht zu keinem Zeitpunkt eine relevante eigenständige Minderung der Arbeitsfähigkeit, die allfällig zu einer somatisch begründbaren Minderung der Leistungsfähigkeit hinzugekommen wäre (S. 8 f.). 8.15 Die RAD-Ärztin Dr. med. E.____ hielt in ihrer Stellungnahme vom 12. August 2016 (IV-Nr. 107 S. 2) fest, mit Verweisen auf Inhalte seines psychiatrischen Gutachtens vom 26. Januar 2015, welche Informationen in Bezug auf die Päusbonog-Fragestellung wiedergäben, sei Dr. med. F.____ in seiner Stellungnahme vom 17. Juni 2016 (vgl. E. II. 8.14 hiervor) gezielt und nachvollziehbar im Sinne der bundesgerichtlichen Beurteilungskriterien eingegangen. Er habe im Rahmen seiner Antworten nachgewiesen, dass das Gutachten vom 26. Januar 2015 auch nach 1 1 / 2 Jahren noch aktuell und beweiskräftig sei. Eine höhere Einschränkung der Arbeitsfähigkeit als in dem bidisziplinären Gutachten vom 26. Januar 2015 beurteilt, lasse sich somit nicht begründen. 8.16 Im Arztzeugnis vom 10. Oktober 2016 hielt Dr. med. I.____ u.a. fest (Beschwerdebeilage Nr. 8), der Beschwerdeführer befinde sich seit 29. Dezember 2012 wegen einer affektiven und Schmerzstörung in der psychiatrischen Behandlung. Er komme regelmässig und zuverlässig zu den drei- bis vierwöchentlich anberaumten Gesprächen von circa 60 Minuten Dauer. Es finde eine supportive Einzelpsychotherapie in der Muttersprache des Beschwerdeführers, die Behandlung mit Psychopharmaka sowie flankierend eine verhaltenstherapeutisch orientierte delegierte Psychotherapie statt. In diagnostischer Hinsicht bestehe in Anwendung der ICD-10 im Vordergrund eine anhaltende depressive Störung im Rahmen einer depressiven Entwicklung, im Verlauf unterschiedlichen Schweregrades (mittel- bis schwergradig) ohne zwischenzeitliche Remission (F32.11/F32.21 nach ICD-10). Die Hauptsymptome einer Depression nach ICD-10, nämlich eine depressive Stimmung, Interessenverlust, Freudlosigkeit sowie ein Antriebsmangel und eine erhöhte Ermüdbarkeit lägen im Falle des Beschwerdeführers vor. Als sogenannte Zusatzsymptome seien eine verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit, ein vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen, ein Gefühl von Schuld / Wertlosigkeit, negative und pessimistische Zukunftsperspektiven und Schlafstörungen feststellbar. Als «somatische» Symptome lägen ein Interessenverlust, Verlust der Freude an sonst angenehmen Tätigkeiten, eine mangelnde emotionale Reagibilität auf sonst freudige Ereignisse, frühmorgendliches Erwachen, morgendliches Stimmungstief, eine psychosomatische Hemmung und ein Libidoverlust vor. Die Diagnose der depressiven Störung ergebe sich aus den Arztberichten und den Eigenangaben des Beschwerdeführers sowie dem aktuellen psychopathologischen und psychometrischen Untersuchungsbefund (S. 1). Im Rahmen der Stellungnahme zum

Gutachten von Dr. med. F.____ führte Dr. med. I.____ aus, die psychiatrische Untersuchung sei am 17. Dezember 2014 in der Praxis [...] durch Dr. med. F.____ erfolgt. Die Behandlung im Haus werde durch einen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH und delegiert durch einen Psychologen in durchgängigem Rhythmus durchgeführt. In der Regel benötige man einen längeren Zeitraum, damit ein objektives Urteil möglich sei. Sie hätten den Beschwerdeführer seit 2012 etwa 40 Mal, jeweils 30 bis 60 Minuten, gesehen und dürften behaupten, Bescheid zu wissen bezüglich seiner psychischen Störungen und deren Folgen. Zudem sei der Beschwerdeführer in stationärer Behandlung in der T.____ [...] gewesen. Er habe sich wochenlang in fachärztlicher stationärer Behandlung befunden, wobei eine 24-stündige Beobachtung und eine fachärztliche Beurteilung stattgefunden hätten. Hierbei seien die Diagnosen klar und fundiert sowie eine ausgewiesene Arbeitsunfähigkeit festgehalten worden. Demnach könne diese kurze und wohl einseitige Beobachtung durch Herrn Dr. med. F.____ nicht im gleichen Mass aussagekräftig sein, wie die oben aufgeführte wochenlange fachärztliche Beobachtung. Bekanntlich liege es in der Natur der Sache, dass eine Momentaufnahme, wie sie im Falle einer Begutachtung gegeben sei, erheblich von einer Beurteilung abweichen könne, die sich auf einen längeren Behandlungsverlauf abstütze. Die Erfahrungen aus dem zurückliegenden und auch dem aktuellen Behandlungsverlauf seit 2012 bis heute liessen ein objektives psychisches Leiden diagnostizieren, welches zudem mit einem erheblichen subjektiven psychischen Leidensdruck einhergehe. Die bis heute anhaltenden und gewöhnlich fluktuierenden Stimmungsstörungen, die anlässlich der Behandlung festzuhalten seien, sprächen fachlicherseits eher für ihre Prognosestellung als diejenige von Dr. med. F.____. Sie könnten die Einschätzung und die Schlussfolgerungen im bekannten Sinne nicht gutheissen. Die Stellung einer psychiatrischen Diagnose sei nicht immer einfach und neben der beschriebenen Psychopathologie sei schlussendlich die Gesamteinschätzung des Beschwerdeführers durch den Psychiater wichtiger als das Vorliegen oder Fehlen einzelner psychopathologischer Befunde. Aus diesem Grunde sei Dr. med. I.____ mit den Kommentaren des Gutachters betreffend der in der Vergangenheit gestellten Diagnosen nicht einverstanden.

9. Aufgrund der vorliegenden medizinischen Akten kann festgehalten werden, dass sich beim Beschwerdeführer im Zeitpunkt der Zusprache einer befristeten Invalidenrente mit Verfügung vom 30. Januar 2007 im Wesentlichen somatische gesundheitliche Beeinträchtigungen betreffend das linke Daumengrundgelenk präsentierten und im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 7. September 2016 sowohl Beeinträchtigungen des somatischen als auch des psychischen Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers dokumentiert sind. So wurden somatische Beeinträchtigungen an den unteren und oberen Extremitäten, depressive Episoden und eine chronische Schmerzstörung diagnostiziert.

10. Es ist nachfolgend zu prüfen, ob die Beschwerdegegnerin in der Verfügung vom 7. September 2016 zu Recht auf das interdisziplinäre Gutachten der Dres. med. G.____ und F.____ vom 26. Januar 2015 (vgl. E. II. 8.7 f. hiervor) sowie die fachpsychiatrische Stellungnahme von Dr. med. F.____ vom 17. Juni 2016 (vgl. E. II. 8.14 hiervor) abgestellt hat (A.S. 4):

10.1 Das interdisziplinäre Gutachten von Dr. med. G.____, Facharzt für Innere Medizin und Rheumaerkrankungen FMH, und Dr. med. F.____, Spezialarzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, vom 26. Januar 2015 sowie die Stellungnahme von Dr. med. F.____ vom 17. Juni 2016 werden den von der Rechtsprechung entwickelten Anforderungen (Vollständigkeit, Schlüssigkeit, Nachvollziehbarkeit; vgl. E. II.

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