

SO_GERICHTE VSBES.2016.304 vom 11. Januar 2018

SO Obergericht, 2018-01-11, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2016.304_d20180111

FR: SO_GERICHTE VSBES.2016.304 du 11 janvier 2018

IT: SO_GERICHTE VSBES.2016.304 del 11 gennaio 2018

Regeste

Invalidenrente

Erwägungen

E. 1

1.1 Der 1970 geborene A.____ (im Folgenden: Beschwerdeführer), gelernter Décolleteur, arbeitete seit März 1990 als Bauarbeiter bzw. -handlanger bei der B.____ Bauunternehmung, [...]. Am 23. August 1999 erlitt er einen Unfall, als er beim Abladen von der Hebebühne eines Lieferwagens aus einer Höhe von ca. 1,5 Meter auf den Boden fiel und sich dabei an der rechten Schulter (Schlüsselbeinbruch, Luxation) und am linken Daumen verletzte (IV-Stelle Beleg Nr. [IV-Nr.] 2.1 S. 48). In der Folge wurde er im C.____ an der rechten Schulter operiert (vgl. IV-Nr. 20 S. 6 ff.). Zur Rehabilitation und psychosomatischen Behandlung hielt er sich in der D.____ auf. Die Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (SUVA) erbrachte die gesetzlichen Versicherungsleistungen. Das Arbeitsverhältnis wurde in der Folge aus gesundheitlichen Gründen am 30. September 2001 aufgelöst. Mit Verfügung vom 3. Mai 2002 sprach die SUVA dem Beschwerdeführer aufgrund einer Erwerbsunfähigkeit von 11 % eine Invalidenrente ab 1. November 2001 sowie eine Integritätsentschädigung bei einer Einbusse von 10 % zu (IV-Nr. 54). Die dagegen erhobene vorsorgliche Einsprache wurde am 24. Juli 2002 zurückgezogen (IV-Nr. 93.5 S. 3).

1.2 Bereits am 26. Juni 2000 hatte sich der Beschwerdeführer bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug angemeldet (IV-Nr. 8). Die IV-Stelle des Kantons Solothurn (im Folgenden: Beschwerdegegnerin) veranlasste in der Folge verschiedene Abklärungsmassnahmen (medizinisches Gutachten durch das C.____ vom 25. Juli 2002 [IV-Nr. 59] und psychiatrisches Gutachten durch Dr. med. E.____, Spezialarzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, vom 8. Dezember 2002 [IV-Nr. 62]). Daraufhin sprach sie dem Beschwerdeführer mit Verfügung vom 29. September 2003 aufgrund eines ermittelten Invaliditätsgrades von 40 % eine Invalidenrente (sowie entsprechende Zusatz- und Kinderrenten) mit Wirkung ab 1. August 2000 zu (IV-Nr. 77). Die dagegen erhobene Einsprache wurde ■ nach Durchführung eines psychiatrischen Gutachtens bei Dr. med. F.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie (Gutachten vom 21. Mai und 27. Juli 2004 [IV-Nr. 102 S. 2 ff. und 113]) - mit Einspracheentscheid vom 12. August 2004 gutgeheissen, die Verfügung vom 29. September 2003 aufgehoben und dem Beschwerdeführer aufgrund eines neu ermittelten Invaliditätsgrades von 55 % eine halbe Invalidenrente ab 1. August 2000 zugesprochen (IV-Nr. 117). Die dagegen erhobene Beschwerde schrieb das Versicherungsgericht des Kantons [...] (im Folgenden: Versicherungsgericht) infolge Rückzugs der Beschwerde mit Verfügung vom 24. Dezember 2004 ab (VSBES.2004.283; IV-Nr. 127 S. 2 f.).

1.3 Mit Verfügung vom 20. Januar 2006 stellte die Beschwerdegegnerin die bisher ausgerichtete halbe Invalidenrente aufgrund von umfangreichen medizinischen Abklärungen sowie der aktuellen Rechtsprechung mangels eines invalidisierenden Gesundheitsschadens auf Ende Februar 2006 ein (IV-Nr. 129). Die dagegen erhobene Einsprache wurde ■ nach Veranlassung der versicherungspsychiatrischen und neuropsychologischen Gutachten beim G.____, [...], vom 18. November und 11. Dezember 2008 (IV-Nr. 147.2 und 147.3) sowie des interdisziplinären (internistischen, rheumatologischen und psychiatrischen) Gutachtens bei der H.____ vom 30. März 2010 (IV-Nr. 162.1) - mit Einspracheentscheid vom 11. Juni 2010 abgewiesen. Gleichzeitig hob die Beschwerdegegnerin den Einspracheentscheid vom 12. August 2004 und die darauf basierende Rentenverfügung vom 30. November 2004 wiedererwägungsweise auf. Sodann wies sie auch den Anspruch des Beschwerdeführers auf berufliche Eingliederungsmassnahmen wegen fehlender Eingliederungsbereitschaft ab (neu ermittelter IV-Grad von 16 %; IV-Nr. 168). Die dagegen erhobene Beschwerde wies das Versicherungsgericht mit Urteil vom 8. Juni 2011 ab (VSBES.2010.173; IV-Nr. 189 S. 2 ff.). Infolge Rückzugs der dagegen erhobenen Beschwerde schrieb das Bundesgericht das Beschwerdeverfahren mit Verfügung vom 19. September 2011 ab (9C_524/2011; IV-Nr. 196).

1.4 Am 19. September 2014 meldete sich der Beschwerdeführer bei der IV erneut zum Leistungsbezug an (IV-Nr. 202). Auf dieses Leistungsbegehren trat die Beschwerdegegnerin mit rechtskräftiger Verfügung vom 10. November 2014 nicht ein (IV-Nr. 209).

1.5 Am 20. Mai 2015 reichte der Beschwerdeführer bei der IV eine Neuanmeldung ein (IV-Nr. 213). Daraufhin veranlasste die Beschwerdegegnerin erneut bei der H.____ eine bidisziplinäre (rheumatologische und psychiatrische) Begutachtung, welche am 20. Januar 2016 durchgeführt wurde (Gutachten vom 24. März 2016; IV-Nr. 237.1). Daraufhin lehnte sie - nach Rücksprache mit dem Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) und Durchführung des Vorbescheidverfahrens - den Anspruch des Beschwerdeführers auf berufliche Eingliederungsmassnahmen sowie eine Invalidenrente mit Verfügung vom 14. Oktober 2016 ab. Dies wurde im Wesentlichen damit begründet, gemäss bidisziplinärem Verlaufsgutachten der H.____ vom 24. März 2016 ergebe sich aus psychiatrischer Sicht das Bild eines «abnormal illness-behaviour» ohne Anhaltspunkt für eine nach ICD-10 diagnostizierbare psychische Störung. Seit der SUVA-Verfügung vom 3. Mai 2002 hätten sich weder somatisch noch psychiatrisch wirklich neue Aspekte ergeben. Auch gegenüber der Vorbegutachtung durch die H.____ vom 30. März 2010 (IV-Nr. 162.1) sei die Situation im Wesentlichen unverändert. Seit dem letzten rechtskräftigen Einspracheentscheid vom 11. Juni 2010 sei keine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten. Dem Beschwerdeführer sei es zuzumuten, ein rentenausschliessendes Einkommen zu erzielen. Es bleibe, wie im Einspracheentscheid vom 11. Juni 2010 berechnet, unverändert bei einem Invaliditätsgrad von 16 %. Berufliche Massnahmen seien nicht indiziert (IV-Nr. 255).

E. 2

2.1 Als Invalidität im Sinne des Gesetzes gilt gemäss Art. 8 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1) die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit andauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Sie kann nach Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20)

Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein. Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. c).

Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG).

E. 2.1

Als Invalidität im Sinne des Gesetzes gilt gemäss Art. 8 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1) die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit andauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Sie kann nach Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein. Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. c).

E. 2.2

Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht bei einem Invaliditätsgrad ab 40 % ein Anspruch auf eine Viertelsrente, ab 50 % auf eine halbe Rente, ab 60 % auf eine Dreiviertelsrente und ab 70 % auf eine ganze Rente. Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG). 3.

E. 3

4.1 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung auf Unterlagen angewiesen, die Arztpersonen und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung gestellt haben. Aufgabe des Arztes ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren bilden die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 196, 105 V 156 E. 1 S. 158 f.).

4.2 Der im Sozialversicherungsrecht massgebende Beweisgrad ist derjenige der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 117 V 194 f. E. 3.b). Weiter gilt für das gesamte

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

4.3 Die Rechtsprechung erachtet es jedoch als mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (BGE 125 V 351 E. 3b S. 352). So ist einem im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten medizinischen Gutachten durch externe Spezialärzte, welches auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten erstellt wurde und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangt, in der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 2.2.2 S. 232, 125 V 351 E. 3b/bb S. 353). Andererseits ist der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Ärzte im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen mitunter eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125V 351 E. 3b/cc S. 353).

4.4 In Revisions- und Neuanmeldungsfällen ist zusätzlich zu beachten, dass sich eine medizinische Beurteilung, welche von einer früheren ärztlichen Einschätzung abweicht, hinreichend darüber aussprechen muss, inwiefern eine effektive Veränderung des Gesundheitszustandes stattgefunden hat. Die Feststellung einer Veränderung erfolgt durch eine Gegenüberstellung eines vergangenen und des aktuellen Zustandes. Der Beweiswert eines zwecks Rentenrevision erstellten Gutachtens hängt also wesentlich davon ab, ob es sich ausreichend auf das Beweisthema der erheblichen Änderung des Sachverhalts bezieht. Einer für sich allein betrachteten vollständigen, nachvollziehbaren und schlüssigen medizinischen Stellungnahme, die im Hinblick auf eine erstmalige Beurteilung der Rentenberechtigung tauglich wäre, mangelt es daher in der Regel am rechtlich erforderlichen Beweiswert, wenn sie sich nicht hinreichend darüber ausspricht, inwiefern eine effektive Veränderung des Gesundheitszustandes eingetreten ist. Vorbehalten bleiben Sachlagen, in denen es evident ist, dass die gesundheitlichen Verhältnisse sich verändert haben (Urteil des Bundesgerichts 8C_38/2013 vom 2. September 2013 E. 4.4.3). Ist eine anspruchserhebliche Änderung des Sachverhalts nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, bleibt es nach dem Grundsatz der materiellen Beweislast beim bisherigen Rechtszustand (a.a.O. E. 2.4).

c) Wie bereits erwähnt worden ist, hat nebst den expliziten Aussagen im G.____- gleich wie im H.____-Gutachten auch bereits Dr. F.____ das Vorliegen einer komorbiden

psychiatrischen Krankheit von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer ■ wenn auch nur implizit ■ verneint. Er stellte im Rahmen der diagnostizierten somatoformen Schmerzstörung eine chronifizierte Angst und depressive Störung gemischt (ICD-10 F41.2) fest, wobei die Depression höchstens als mittelschwer zu bewerten sei (IV-Nr. 114 S. 14). Für die Überwindbarkeit der Störung sprechen zudem auch die weiteren Ausführungen des Gutachters, beim Beschwerdeführer bestehe eine eher geringe Bereitschaft zur Mitwirkung an der Schadenminderung, Passivität, eine negative Einstellung sowie eine fragliche Compliance und eine überhöhte Anspruchshaltung. Sodann lassen sich aus dem Gutachten auch die übrigen erforderlichen Kriterien nicht eruieren: Eine chronische körperliche Begleiterkrankung lag zu keinem Zeitpunkt vor, etwas Gegenteiliges behauptet auch der Beschwerdeführer nicht. Hinweise auf einen sozialen Rückzug in allen Belangen des Lebens finden sich im Gutachten von Dr. F. ___ nicht. Der Beschwerdeführer berichtet lediglich, er habe infolge seiner Krankheit nur noch einige Leute aus der Verwandtschaft, mit denen er freundschaftliche Beziehungen pflege; den übrigen Freundeskreis habe er nahezu ganz verloren. Dies reicht nicht, um dieses Kriterium als erfüllt zu betrachten, zumal dem G. ___-Gutachten zu entnehmen ist, dass er zwischen 2004 und 2007 Ferienreisen nach [...] unternommen hat (IV-Nr. 148.2 S. 23) und (zumindest im Begutachtungszeitpunkt) ab und zu mit seinen Onkeln jeweils nach [...] [...] oder [...] fahre (S. 26). Ebenso wenig bestehen sowohl im Gutachten von Dr. F. ___ als auch in denjenigen des G. ___ und der H. ___ Hinweise auf einen therapeutisch nicht mehr beeinflussbaren innerseelischen Verlauf einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung oder ein Scheitern einer konsequent durchgeführten ambulanten oder stationären Behandlung, wobei dem Beschwerdeführer insbesondere hinsichtlich letzterwähntem Kriterium mindestens eine fehlende kooperative Haltung vorzuwerfen ist (vgl. IV-Nr. 114 S. 14; 148.2 S. 33 f.: schlechte, jedoch nicht erklärbare Testresultate; IV-Nr. 163.1 S. 30, 37).

d) Zusammenfassend ist im Ergebnis festzuhalten, dass weder im Begutachtungszeitpunkt bei Dr. F. ___ am 1.3.2004 noch später in den Jahren 2007 und 2008 (G. ___-Gutachten) bis hin zum Jahr 2010 (H. ___-Gutachten) eine Unüberwindbarkeit der diagnostizierten somatoformen Schmerzstörung nach Massgabe der Foerster-Kriterien (BGE 130 V 352) festgestellt wurde. Damit hat die Beschwerdegegnerin zu Recht die Verfügung vom 30.7.2004 (recte: 30.11.2004) bzw. den Einspracheentscheid vom 12.8.2004 wiedererwägungsweise aufgehoben und die dem Beschwerdeführer bis anhin ausgerichtete halbe Invalidenrente per Ende Februar 2006 eingestellt. Die Beschwerde erweist sich damit als unbegründet und ist abzuweisen.

9.2 Aufgrund von Art. 69 Abs. 1bis 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. Als unterliegende Partei hat der Beschwerdeführer die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen, die jedoch infolge Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege durch den Kanton Solothurn zu übernehmen sind (Art. 122 Abs. 1 lit. b ZPO). Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren, wenn der Beschwerdeführer zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

Demnach wird erkannt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.

3. Die Kostenforderung der unentgeltlichen Rechtsbeiständin, Rechtsanwältin Sabrina Weisskopf, wird auf CHF 3'545.20 (inkl. Auslagen und MwSt) festgesetzt, zahlbar durch die Zentrale Gerichtskasse des Kantons Solothurn. Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren sowie der Nachzahlungsanspruch der unentgeltlichen Rechtsvertreterin im Umfang von CHF 873.20, wenn der Beschwerdeführer zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

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

Rechtsmittel

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

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Die Vizepräsidentin	Der Gerichtsschreiber
Weber-Probst	Schmidhauser

E. 3.1

Gemäss Art. 17 Abs. 1 ATSG (vgl. auch Art. 86 ter -88 bis der Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV, SR 831.201] sowie Art. 31 IVG) wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben, wenn sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich ändert. Anlass zur Revision einer Invalidenrente im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen (BGE 134 V 131 E. 3 S. 132 mit Hinweisen). Die Invalidenrente ist deshalb nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustands revidierbar, sondern auch dann, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben. Ein Revisionsgrund ist ferner unter Umständen auch dann gegeben, wenn eine andere Art der Bemessung der Invalidität zur Anwendung gelangt oder eine Wandlung des Aufgabenbereichs eingetreten ist (BGE 130 V 343 E. 3.5 S. 349 f. mit Hinweisen). Unerheblich unter revisionsrechtlichem Gesichtswinkel ist dagegen nach ständiger Rechtsprechung die unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Sachverhaltes (BGE 112 V 371 E. 2b S. 372; vgl. auch BGE 135 V 201 E. 5.2 S. 205). Eine bloss unterschiedliche Beurteilung (z.B. des Gesundheitsschadens durch den Arzt; der ärztlichen Stellungnahme zur Arbeitsunfähigkeit; der Erwerbsunfähigkeit durch Verwaltung oder Richter usw.) eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhaltes stellt keine revisionsbegründende Tatsachenänderung im Sinne

von Art. 17 ATSG dar. Vielmehr bedarf es neuer Elemente tatsächlicher Natur, die nach der ursprünglichen Rentenverfügung eingetreten und zu dem damals gegebenen Sachverhalt hinzugekommen sind oder diesen verändert haben; prozessentscheidend ist somit die Frage, ob sich der Gesundheitszustand im Vergleichszeitraum in rentenrelevantem Ausmass tatsächlich verschlechtert hat. Dieser Grundsatz gilt sinngemäss auch im vorliegenden Neuanmeldungsverfahren (Meyer/Reichmuth, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 3. Aufl., 2014, S. 433 f. Rz. 51 ff. mit Hinweisen).

3.2 Wird ein Gesuch um Revision eingereicht, ist darin glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität des Versicherten in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (Art. 87 Abs. 2). Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die Voraussetzungen nach Absatz 2 erfüllt sind (Art. 87 Abs. 3 IVV). Tritt der Versicherungsträger auf die Neuanmeldung ein, hat er – analog zu einem Revisionsfall nach Art. 17 ATSG – abzuklären, ob die glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist. Dies beurteilt sich durch Vergleich der Verhältnisse im Zeitpunkt der Neuanmeldung mit denjenigen bei Erlass der letzten, auf einer materiellen Prüfung des Anspruchs beruhenden Verfügung (BGE 130 V 71 E. 3.2.3 S. 75 ff.; vgl. auch BGE 133 V 108). Stellt der Versicherer fest, dass der Invaliditätsgrad keine Veränderung erfahren hat, so weist er das Gesuch ab. Andernfalls prüft er, ob die festgestellte Veränderung genügt, um eine anspruchsbegründende Invalidität zu bejahen, und entscheidet anschliessend über den Anspruch (Urteil des Bundesgerichts 8C_282/2012 vom 11. Mai 2012 E. 2). Analog zur erstmaligen Anspruchsbeurteilung sind zudem allfällige anspruchswirksame Veränderungen bis zum Verfügungserlass zu berücksichtigen (vgl. BGE 129 V 222).

3.3 Im vorliegenden Fall ist zu prüfen, ob nach einem Vergleich des medizinischen Sachverhalts im Zeitpunkt des rechtskräftigen Einspracheentscheids vom 11. Juni 2010 mit demjenigen im Zeitpunkt der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 14. Oktober 2016 eine anspruchswirksame Veränderung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers ausgewiesen ist. Das im September 2014 eingeleitete Revisionsverfahren, welches mit rechtskräftiger Nichteintretensverfügung vom 10. November 2014 abgeschlossen wurde (IV-Nr. 209), fällt als Vergleichszeitpunkt ausser Betracht.

E. 4

4.1 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung auf Unterlagen angewiesen, die Arztpersonen und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung gestellt haben. Aufgabe des Arztes ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren bilden die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 196, 105 V 156 E. 1 S. 158 f.).

4.2 Der im Sozialversicherungsrecht massgebende Beweisgrad ist derjenige der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 117 V 194 f. E. 3.b). Weiter gilt für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsbeschwerdeverfahren der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352). Der Sozialversicherungsrichter hat alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf er bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum er auf die eine und nicht auf die andere

medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten – d.h. der Anamnese – abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und in seinen Schlussfolgerungen begründet ist. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten resp. in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (a.a.O.; BGE 122 V 157 E. 1c S. 160). 4.3 Die Rechtsprechung erachtet es jedoch als mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (BGE 125 V 351 E. 3b S. 352). So ist einem im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten medizinischen Gutachten durch externe Spezialärzte, welches auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten erstellt wurde und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangt, in der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 2.2.2 S. 232, 125 V 351 E. 3b/bb S. 353). Andererseits ist der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Ärzte im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen mitunter eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125V 351 E. 3b/cc S. 353). 4.4 In Revisions- und Neuanmeldungsfällen ist zusätzlich zu beachten, dass sich eine medizinische Beurteilung, welche von einer früheren ärztlichen Einschätzung abweicht, hinreichend darüber aussprechen muss, inwiefern eine effektive Veränderung des Gesundheitszustandes stattgefunden hat. Die Feststellung einer Veränderung erfolgt durch eine Gegenüberstellung eines vergangenen und des aktuellen Zustandes. Der Beweiswert eines zwecks Rentenrevision erstellten Gutachtens hängt also wesentlich davon ab, ob es sich ausreichend auf das Beweisthema der erheblichen Änderung des Sachverhalts bezieht. Einer für sich allein betrachtet vollständigen, nachvollziehbaren und schlüssigen medizinischen Stellungnahme, die im Hinblick auf eine erstmalige Beurteilung der Rentenberechtigung tauglich wäre, mangelt es daher in der Regel am rechtlich erforderlichen Beweiswert, wenn sie sich nicht hinreichend darüber ausspricht, inwiefern eine effektive Veränderung des Gesundheitszustandes eingetreten ist. Vorbehalten bleiben Sachlagen, in denen es evident ist, dass die gesundheitlichen Verhältnisse sich verändert haben (Urteil des Bundesgerichts 8C_38/2013 vom 2. September 2013 E. 4.4.3). Ist eine anspruchserhebliche Änderung des Sachverhalts nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, bleibt es nach dem Grundsatz der materiellen Beweislast beim bisherigen Rechtszustand (a.a.O. E. 2.4).

E. 5

Zunächst ist der medizinische Sachverhalt darzulegen, wie er dem rechtskräftigen Einspracheentscheid vom 11. Juni 2010 (IV-Nr. 168) bzw. dem Urteil des Versicherungsgerichts vom 8. Juni 2011 (VSBES.2010.173), worin die Aufhebung der bisher ausgerichteten halben Invalidenrente bestätigt wurde (IV-Nr. 189 S. 2 ff.), zu Grunde lag:

E. 5.1

5.1.1 Dem versicherungspsychiatrischen Gutachten des G. ___ vom 11. Dezember 2008 kann im Wesentlichen entnommen werden, dass der Beschwerdeführer dort am 5. März und 27. Juni 2007 sowie am 20. Oktober 2008 untersucht wurde. Dr. med. I. ___, Eidg. Facharzt

für Psychiatrie und Psychotherapie, konnte keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit stellen. Die diagnostizierte anhaltende somatoforme Schmerzstörung (F45.4) sowie die festgestellten histrionischen Persönlichkeitszüge hätten keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Im Rahmen der Beurteilung wurde im Wesentlichen festgehalten, bei der gutachterlichen Untersuchung sei der Explorand einerseits mit einer Zurückhaltung und andererseits mit bewusstseinsnahen Verhaltensweisen aufgefallen. Er habe die gestellten Fragen sehr oft defizitorientiert beantwortet. Diese Verhaltensweisen hätten in verschiedenen Untersuchungen wiederholt beobachtet werden können. Er habe wiederholt Einschränkungen der kognitiven Funktionen geltend gemacht. Manchmal vergesse er schmerzbedingt sogar seinen eigenen Geburtstag. Eine solche gravierende vorübergehende Einschränkung der mnestischen Funktionen könne mit keinem psychiatrischen Krankheitsbild erklärt werden. Die vom Exploranden angegebene Schmerzsymptomatik könne eine solche vorübergehende gravierende Einschränkung der mnestischen Funktionen nicht begründen. Im Rahmen der klinischen Untersuchung habe der Explorand keine Einschränkungen der Konzentrations- und Aufmerksamkeitsfunktionen gezeigt. Ähnliche Befunde seien auch bei den früheren Begutachtungen durch Dr. med. F. ___ festgehalten worden. Da der Explorand subjektiv solche Einschränkungen geltend gemacht habe, seien testpsychologische Abklärungen durchgeführt worden. Hier habe der Explorand einerseits widersprüchliche und andererseits sehr schlechte Testresultate erreicht, welche mit einer Hirnfunktionsstörung nicht zu erklären seien. Beim Testverhalten habe es wiederholt Hinweise für motivationale Einstellungsdefizite gegeben. Bei den Testuntersuchungen, welche spezifisch entwickelt worden seien, um bewusstseinsnahes Simulationsverhalten zu überprüfen, habe der Explorand Testresultate erreicht, welche schlechter gewesen seien, als die Leistungen von schwergradig hirnorganisch gestörten Patienten. Bei einer solchen Untersuchung habe der Explorand einen sehr hohen Fehleranteil von 50 % erreicht, sodass hier auch gemäss den Testautoren von bewusstseinsnahen Verhaltensweisen auszugehen sei. Auch bei diesen Untersuchungen habe es Hinweise für eine Tendenz im Sinne einer absichtlichen Produktion von Fehlern gegeben. Bei den durchgeführten testpsychologischen Untersuchungen zur Überprüfung der Intelligenzfunktionen habe er auch sehr schlechte Resultate erzielt, welche im Rahmen einer Debilität zu interpretieren wären. Eine solche schwere Intelligenzminderung könne mit der Lebensgeschichte des Exploranden in keinsten Weise vereinbart werden. Wenn auch berücksichtigt werde, dass es ihm weiterhin gelungen sei, ein Fahrzeug zu lenken, müsse davon ausgegangen werden, dass er in der Lage sei, zielgerichtete situationsflexible Verhaltensweisen, welche hohe kognitive Anforderungen stellen, durchzuführen. Bei den vorliegenden Testresultaten wäre das Durchführen solch komplexer kognitiv anspruchsvoller Handlungsweisen nicht möglich. Wie in der Vergangenheit wiederholt festgehalten worden sei, habe der Explorand eine erhebliche Diskrepanz zwischen den Testbefunden und den klinischen Befunden gezeigt. In der Vergangenheit sei diese Verhaltensweise des Exploranden einerseits im Rahmen einer histrionischen Verarbeitung des Unfallgeschehens, andererseits im Rahmen einer Symptomausweitung interpretiert worden. Es sei auch von einem sekundären Krankheitsgewinn ausgegangen worden. Später seien diese Symptome im Rahmen einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung bei Verdacht auf eine andauernde Persönlichkeitsänderung nach psychischer Erkrankung interpretiert worden. Den im Rahmen der aktuellen gutachterlichen Untersuchung dargestellten kognitiven Einschränkungen könne kein Krankheitswert zugemessen werden. Aus gutachterlicher

Sicht seien diese Befunde in erster Linie im Rahmen von bewusstseinsnahen Verhaltensweisen zu interpretieren. Im Weiteren seien keine Hinweise für Denkstörungen ersichtlich. Insbesondere depressionstypische Denkinhalte seien nicht festgestellt worden. Es habe auch keine Anhaltspunkte für Wahnideen, Sinnestäuschungen oder Ich-Störungen gegeben. Der Explorand habe von einer Psychose bzw. psychotischen Störung berichtet. Die Angaben des Exploranden zu diesen Phänomenen seien zum Teil widersprüchlich gewesen. Bei der genaueren Exploration habe festgestellt werden können, dass diese Phänomene situations- und milieuabhängig gewesen seien, sodass diese als Pseudohalluzinationen zu interpretieren seien. In der Affektivität seien keine Hinweise für eine depressive Störung oder für eine Angststörung mit eigenständigem Krankheitswert ausgemacht worden. Die affektive Modulationsfähigkeit sei weitgehend unauffällig, wobei der Explorand im Rahmen der gutachterlichen Untersuchung eine zurückhaltende Grundstimmung gezeigt habe. Eine Einschränkung des Antriebes sei nicht ausgemacht worden. Eine Beeinträchtigung der Psychomotorik sei ebenfalls nicht vorgelegen. Es habe zum Teil Hinweise für Gedanken über Lebensüberdross gegeben. Anhaltspunkte für akute Suizidalität seien jedoch nicht festgestellt worden. Sodann führte der Gutachter aus, der Explorand habe über erhebliche Schmerzsymptome berichtet. Er habe diese Schmerzsymptomatik mit dem Unfallgeschehen in Zusammenhang gesehen. Eine mögliche psychische Genese der Schmerzsymptomatik habe er abgelehnt. Zudem habe er über Schlafstörungen berichtet. Es habe Hinweise für eine gewisse Tag/Nacht-Umkehr gegeben. Der Explorand habe auch über Appetitlosigkeit berichtet, wobei er seit dem Unfallgeschehen eine erhebliche Gewichtszunahme gezeigt habe. Im Weiteren habe er Einschränkungen der Sexualfunktionen angegeben. Ferner habe er auch einen gewissen sozialen Rückzug geltend gemacht und über Einschränkungen des Tagesaktivitätsniveaus berichtet. Bei ausreichender Willensanspannung sei er jedoch in der Lage gewesen, längere zielgerichtete Aktivitäten durchzuführen. Gemäss seinen eigenen Angaben befinde er sich seit 2007 nicht mehr in psychiatrischer Behandlung. Er habe angegeben, dass er nicht mehr antidepressiv behandelt werde. Der Explorand habe im Rahmen der gutachterlichen Untersuchung zum Teil über längere Strecken ausführlich über die Schmerzsymptomatik berichtet. Dabei sei er auch mit einem erhöhten Mitteilungsbedürfnis aufgefallen. Als er über die Schmerzsymptomatik genauer befragt worden sei, habe er zum Teil gereizt reagiert. Weitere Auffälligkeiten im Bereich der Affektivität seien nicht festgestellt worden. Er habe selbst berichtet, dass er depressiv sei. Er habe seine depressive Wahrnehmung jedoch nicht genauer beschreiben können. Auf konkrete Fragen habe er geantwortet, dass er nicht mehr so wie früher und lärmempfindlich sei. Gemäss dem beschriebenen Befundstatus und den aktuellen Untersuchungsbefunden könne beim Exploranden aktuell von einer histrionischen Verarbeitung des Unfallgeschehens und von einer histrionischen Darstellung der Schmerzproblematik ausgegangen werden. Diese Symptomatologie sei auch im Rahmen der Begutachtung im Jahr 2002 beschrieben worden. Damals sei von einer Somatisierungsstörung gemäss ICD-10 F45.0 ausgegangen worden. Die Diagnose einer undifferenzierten Somatisierungsstörung sei bereits in der Vergangenheit wiederholt erwähnt worden. Im Rahmen der Hospitalisation in der D. ___ sei sogar der Verdacht auf eine somatoforme Symptomatologie geäussert worden. Mit überwiegender Wahrscheinlichkeit habe der Explorand zuerst eine histrionische Verarbeitung der organisch verursachten Schmerzsymptome gezeigt. Im Verlauf sei es jedoch zur Entwicklung einer somatoformen Schmerzstörung gekommen, wie dies auch von Dr. med. F. ___ festgehalten worden sei. Diese somatoforme Störung sei wiederholt beschrieben und

zuletzt sei die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung gemäss ICD-10 gestellt worden. Beim Exploranden habe im Rahmen der gutachterlichen Untersuchung ein emotionaler Konflikt oder eine schwierige psychosoziale Problematik in kausalem Zusammenhang mit dem Schmerzbeginn nicht festgestellt werden können. Der Schmerzbeginn sei vielmehr mit dem Unfallgeschehen im Jahr 1999 in kausalem Zusammenhang gestanden. Der Explorand habe hingegen im Jahr 2001 von einer Zunahme und auch Ausweitung der Schmerzsymptomatik berichtet. Die konkreten Fragen zu seinen Lebensumständen in diesem Zeitraum habe er jedoch nicht beantwortet. Gemäss den medizinischen Daten habe er in diesem Zeitraum einerseits berufliche Massnahmen durchgeführt und andererseits sei die Suva von einem 10%igen Integritätsschaden ausgegangen. Möglicherweise habe diese Entwicklung in der sozialen Situation des Exploranden zu einem inneren Konflikt geführt, sodass es zu einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung gekommen sei. Im Weiteren bestünden beim Exploranden ein erheblicher Krankheitsgewinn und eine erhöhte Zuwendung in der Familie. Er habe berichtet, dass er von seiner Frau wiederholt täglich massiert werde. Er habe auch eine passive Haltung bezüglich häuslicher Aktivitäten gezeigt. Ferner habe es auch Hinweise auf eine kognitive Fixierung auf die Schmerzsymptomatik gegeben. Diese sei jedoch für den Exploranden überwindbar gewesen. Es sei ihm gelungen, bei ausreichender Willensanstrengung eine längere Reise in sein Heimatland mit einem Fahrzeug zu unternehmen. Er sei auch in der Lage gewesen, soziale Aktivitäten durchzuführen und mit Familienangehörigen verschiedene kurze Reisen in der Schweiz zu unternehmen. Er habe keine erhebliche Beeinträchtigung des sozialen Leistungs- und Integrationsniveaus gezeigt. Es habe den Anschein gemacht, dass er weiterhin seine Rolle als Familienvater und Ehemann unter den gegebenen Umständen adäquat fortsetzen könne. Er habe auch ausserhäusliche soziale Kontakte gepflegt. Ein schmerzbedingter Interessenverlust in allen Belangen des alltäglichen Lebens sei nicht festgestellt worden. Eine «pain prone personality» liege ebenfalls nicht vor. Zusammenfassend könne beim Exploranden grundsätzlich die Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung bestätigt werden, eine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit werde hingegen auf dieser Basis nicht attestiert. Beim Exploranden werde durchaus von der Überwindbarkeit der Schmerzsymptomatik ausgegangen. An dieser Stelle werde auch festgehalten, dass eine Komorbidität im Sinne einer erheblichen depressiven Störung oder einer eigenständigen Angsterkrankung gemäss ICD-10 nicht vorliege. Im Weiteren führte Dr. med. I. ___ aus, in der Vergangenheit sei beim Exploranden eine chronifizierte Angst und depressive Störung gemischt (F41.2) festgehalten worden. Gemäss ICD-10 handle es sich um eine leichte oder nicht anhaltende ängstliche Depression. Die Symptome seien häufig sehr mild. Der Explorand habe im Rahmen der gutachterlichen Untersuchung über keine anhaltenden Angstsymptome berichtet. Eine depressive Symptomatologie sei zum Zeitpunkt der gutachterlichen Untersuchung auch nicht vorgelegen. Zudem würde eine Angst und depressive Störung gemischt aus versicherungsmedizinischer Sicht grundsätzlich keinen anhaltenden Gesundheitsschaden begründen, weil es sich um keine anhaltende Symptomatologie handle. Letztlich könne auch der in der Vergangenheit aus gutachterlicher Sicht festgehaltene Verdacht auf eine andauernde Persönlichkeitsveränderung nach psychischer Erkrankung (F62.1) nicht bestätigt werden. Der Explorand habe in der Vergangenheit an keiner schweren psychiatrischen Erkrankung gelitten, welche bei ihm traumatisierend gewirkt haben könnte. Eine Persönlichkeitsänderung müsse mit einer psychiatrischen Erkrankung in Zusammenhang stehen, was beim Exploranden nicht der Fall sei. Eine

Persönlichkeitsveränderung bei chronischem Schmerzsyndrom sollte eigentlich unter F62.8 diagnostiziert werden, was auch damals nicht gemacht worden sei. Grundsätzlich könne beim Exploranden von gewissen histrionischen Persönlichkeitszügen berichtet werden, welche auch die histrionische Schmerzverarbeitung und die histrionische Verarbeitung des Unfallgeschehens begründeten. Diese Persönlichkeitsakzentuierung begründe jedoch aus versicherungspsychiatrischer Sicht keinen anhaltenden Gesundheitsschaden. Es handle sich auch nicht um eine erhebliche Störung, welche bei der erwähnten somatoformen Schmerzstörung als Komorbidität zu sehen wäre. Die vom Exploranden dargestellten kognitiven Defizite in der neuropsychologischen Untersuchung seien mit der somatoformen Schmerzstörung nicht in Zusammenhang zu sehen. Hier werde, wie in der Vergangenheit beschrieben, von bewusstseinsnahen Verhaltensweisen und von einer histrionischen Darstellung von Krankheitssymptomen ausgegangen. Die vom Exploranden beschriebenen Pseudohalluzinationen seien ebenfalls in diesem Zusammenhang zu interpretieren. Zusammenfassend könne beim Exploranden die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung aus gutachterlicher Sicht grundsätzlich bestätigt werden, auf dieser Basis werde jedoch eine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit nicht bestätigt. Die gestellten Fragen wurden vom Gutachter dahingehend beantwortet, beim Exploranden sei keine psychiatrische Störung festgestellt worden, welche als anhaltender Gesundheitsschaden zu beurteilen sei. Aufgrund der diagnostizierten anhaltenden somatoformen Schmerzstörung werde eine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit aus gutachterlicher Sicht nicht postuliert. Eine Komorbidität im Sinne einer Angsterkrankung oder einer eigenständigen erheblichen depressiven Störung liege nicht vor. Den festgestellten histrionischen Persönlichkeitszügen werde kein Krankheitswert beigemessen. Die bisherige Tätigkeit wäre rein aus versicherungspsychiatrischer Sicht vollumfänglich (8 ½ Std. pro Tag) zuzumuten, wobei keine anhaltende Einschränkung der Leistungsfähigkeit bestehe. Der Explorand wäre rein aus versicherungspsychiatrischer Sicht einem potentiellen Arbeitsumfeld zuzumuten. Es empfehle sich dringend, eine Ressourcenaktivierung vorzunehmen (IV-Nr. 147.2).

5.1.2 Aus dem neuropsychologischen Gutachten des G.____ vom 18. November 2008 geht hervor, dass der Beschwerdeführer an den gleichen Tagen von Dipl.-Psych. J.____, Leitende Psychologin, untersucht wurde, wobei Dr. med. I.____ sich mit der Beurteilung und der Schlussfolgerung einverstanden erklärte. Unter dem Titel «Beurteilung» wurde im Wesentlichen ausgeführt, der Explorand habe sich während der neuropsychologischen Untersuchung nicht ausreichend kooperativ verhalten und die Durchführung einzelner Aufgaben vorzeitig abgebrochen. Ferner habe er bei verschiedenen Tests irreguläre Bearbeitungsstrategien angewandt und sei nicht instruktionskonform vorgegangen. Das Testleistungsprofil zeige überwiegend stark normabweichende und nicht beurteilbare Leistungsbefunde auf. Die formal ermittelten Ergebnisse stünden mit dem gezeigten Verhalten während der Untersuchung im Widerspruch. Eine weitere Diskrepanz zwischen den Testbefunden und der Beobachtung habe sich aufgrund der formal nicht überprüfbaren Aufmerksamkeitsleistung einerseits und der vorhandenen Aufmerksamkeit während der Präsentation der Testinstruktionen andererseits ergeben. Damit der Explorand überhaupt verstanden und gewusst habe, was er bei der jeweiligen Aufgabe tun müsse, habe er in der Lage sein müssen, seine Aufmerksamkeit auf die dargebotenen Informationen zu lenken und das Relevante in einem normalen Tempo herauszufiltern und umzusetzen. Dies bedeute, dass er eine gewisse Aufmerksamkeitsleistung habe erbringen können. Besonders auffällig und diskrepant zu der aufgrund seiner Vorgeschichte anzunehmenden Intelligenz seien die Ergebnisse der Subtests aus dem Hamburg-Wechsler Intelligenztest. Bei der

Identifikation von einfachen Gegenständen im Bildergänzen habe der Explorand eine nicht nachvollziehbare und mit seiner Schul- und Berufsausbildung nicht zu vereinbarende Leistung erbracht. Mit einem realen IQ von 55 wären ihm nicht nur seine Ausbildung, sondern auch weitere Lebensaufgaben, welche er zweifellos gut gemeistert habe (Anforderungen einer Ehe, Kindererziehung usw.), kaum möglich. Das tatsächliche Intelligenzniveau müsse zumindest im unteren Durchschnittsbereich angesiedelt werden. Für die Normabweichung in einem weiteren Intelligenztest (Leistungsprüfungssystem) müssten instruktionswidrige Verhaltensweisen verantwortlich gemacht werden und das Ergebnis stelle nicht das tatsächliche Fähigkeitsniveau des Exploranden dar. Nach den Angaben der Psychologin konnte sich der Explorand im Verlauf der neuropsychologischen Untersuchung die Testinstruktionen über einen unterschiedlich langen Zeitraum (Minutenbereich) merken, was auf eine Lernfähigkeit und Aufnahme ins Kurzzeitgedächtnis hinweise. Die klinische Prüfung von Altgedächtnisinhalten habe ebenfalls keine bedeutenden Auffälligkeiten im mnestischen Bereich gezeigt. Im Kurzzeitgedächtnis sei aufgrund der schnelleren Bewältigung der Aufgabe ein gewisser Lerneffekt zu beobachten gewesen und der Explorand habe die Aufgabenstellung noch richtigerweise nach mehreren Minuten gewusst. Dennoch seien bei der Bearbeitung des Kurzzeitgedächtnisses auffällig viele Fehler produziert worden und selbst bei der Wiederholung des Tests liege die Fehlerrate im Zufallsbereich. Da eine gestörte Wahrnehmung eindeutig ausgeschlossen werden können, liege die Vermutung sehr nahe, dass sich der Explorand bewusst bei etwa jedem zweiten Item für einen Fehler entschieden habe. In der Kontrolluntersuchung habe sich das gleiche Bild gezeigt. Eine Tendenz im Sinne einer absichtlichen Produktion von Fehlern könne angenommen werden. Der auditive Gedächtnistest sei ebenfalls sehr auffällig gewesen. Die angesetzten Mindestwerte bei diesen Verfahren würden in der Regel selbst von schwersthirngeschädigten Patienten nicht unterschritten. Demnach müsse bei einer Untersuchung wie im vorliegenden Fall von einem bewusstseinsnahen Verhalten ausgegangen werden. Zusammenfassend liessen sich die vorliegenden Diskrepanzen und Inkonsistenzen nicht mit Defiziten in bestimmten Funktionsbereichen erklären, sondern mit einer unangemessenen Leistungsmotivation sowie einem defizitorientierten Verhalten seitens des Exploranden. Auch in der Kontrolluntersuchung habe er dazu geneigt, seine Leistungen schlechter darzustellen, als diese in Wirklichkeit seien. Die gegenwärtig ermittelten Befunde seien deutlich überlagert und das tatsächlich kognitive Leistungsniveau des Exploranden sei mit hoher Wahrscheinlichkeit zumindest im unteren Normbereich anzusiedeln, eine angemessene Leistungsbereitschaft vorausgesetzt. Verschiedene Fähigkeiten des Exploranden zeigten sich aufgrund der Verhaltensbeobachtung, ähnlich den Aussagen in den Vorbefunden, unbeeinträchtigt, wie Orientierung, Wahrnehmung, Sprachverständnis und -produktion, Konzentration zumindest für kurze Zeit, fokussierte Aufmerksamkeit und auch das Behalten von Informationen (IV-Nr. 147.3).

5.2 Dem Gutachten der H. ___ vom 30. März 2010 kann entnommen werden, dass der Beschwerdeführer dort am 13. Januar internistisch (Dr. med. K. ___, Innere Medizin FMH), am 14. Januar 2010 psychiatrisch (Dr. med. L. ___, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie) und am 15. Januar 2010 rheumatologisch (Dr. med. M. ___, Assistenzarzt der Klinik Rheumatologie des Bethesda-Spitals, [...]) untersucht wurde; die interdisziplinäre Konsensbesprechung fand am 25. Februar 2010 statt. Die Diagnosen (mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit) lauteten wie folgt: «1. Posttraumatische Periarthropathia humeroscapularis rechts (ICD-10: M75.9) bei Status nach AC-Luxation Tossy III rechts am

23.08.1999 mit Implantation einer Hakenplatte 23.08.1999, Status nach Metallentfernung am 25.11.1999, Inaktivitätsatrophie der Schultermuskulatur rechts; 2. Chronisches panvertebrales Schmerzsyndrom (ICD-10: M54.80)». Die weiteren Diagnosen (1. anhaltende somatoforme Schmerzstörung [ICD-10: F45.1]; 2. Persönlichkeitsakzentuierung mit narzisstischen und histrionischen Zügen [ICD-10: Z73.1]; 3. Schlafapnoe-Syndrom) haben nach den gutachterlichen Angaben keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Im Rahmen der medizinischen Beurteilung wurde im Wesentlichen ausgeführt, in der aktuellen Untersuchung wirke der Explorand sehr vordergründig, allgemein und plakativ in seinen Beschwerdeschilderungen, diffus, wenig greifbar, mit wenig ergiebigen Angaben auf gezielte Nachfragen in der Anamnese. Stimmungsmässig imponiere er als eher leicht angetrieben bis subaggressiv gereizt. In der aktuellen rheumatologischen Untersuchung werde eine eingeschränkte Belastbarkeit der rechten Schulter im Rahmen einer posttraumatischen Periarthropathia humeroscapularis rechts infolge der beim Unfall vom 24. (recte: 23.) August 1999 erlittenen AC-Luxation Tossy III – IV mit gleichentags erfolgter operativer Sanierung durch Hakenplatte und Metallentfernung im November 1999 festgestellt. Inaktivitätsbedingt sei es zu einer gewissen Atrophie der Schultergürtelmuskulatur rechts betont gekommen. Aufgrund der erlittenen Verletzung sei sicher von einer verminderten Belastbarkeit für die rechte obere Extremität auszugehen. Somatisch nur ungenügend erklärt und durch eine schwergradige Symptomausweitung und Amplifikation überlagert, bestehe ein chronisches generalisiertes panvertebrales Schmerzsyndrom mit inkonstanten Bewegungseinschränkungen und hochgradiger Diskrepanz zwischen den beklagten Beschwerden, den objektivierbaren Befunden sowie den Bewegungsausmassen spontan und während der Untersuchungssituation. Diese Ausweitung sei im Rahmen der psychiatrischerseits zu diagnostizierenden anhaltenden somatoformen Schmerzstörung auf dem Hintergrund einer Persönlichkeitsakzentuierung mit narzisstischen histrionischen Zügen zu interpretieren. Aus rein rheumatologischer Sicht sei sicher die bisherige körperlich schwere Tätigkeit als Hochbauer nicht mehr möglich. Hingegen sei für leichte bis mittelschwere Tätigkeit in Wechselbelastung mit einer Gewichtslimite von 20 kg und unter Vermeidung von Überkopfarbeiten eine 100%ige Arbeitsfähigkeit zu attestieren. Im Weiteren wurde dargelegt, aus psychiatrischer Sicht halte man derzeit eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit nicht für ausgewiesen. Ganz im Vordergrund stünden die anhaltende somatoforme Schmerzstörung sowie die Persönlichkeitsakzentuierung mit narzisstischen und histrionischen Zügen. Aus aktueller Sicht könnten die in den Vorgutachten aus psychiatrischer Sicht attestierten Leistungseinbussen nicht wirklich nachvollzogen werden. Es bestehe aufgrund der aktuellen Befunde und aktuellen Diagnosen keine Begründung, weshalb die Leistungsfähigkeit nicht voll erbracht werden könnte. So sei insbesondere auch die Verdachtsdiagnose einer andauernden Persönlichkeitsveränderung nach psychischer Erkrankung, wie im psychiatrischen Gutachten von Dr. med. F.____ vom 21. Mai 2004 ausgeführt, überhaupt nicht nachvollziehbar, da die psychische Erkrankung von entsprechender Schwere und Dauer als Grundlage dieser Störung fehle. Eine entsprechende Einschätzung sei auch – in Übereinstimmung mit der eigenen Einschätzung – im versicherungspsychiatrischen G.____-Gutachten vom 11. Dezember 2008 vorgenommen worden. Auch in der damaligen Beurteilung habe man erhebliche Diskrepanzen in den testpsychologischen Verfahren zwischen den subjektiven Einschränkungen und objektivierbaren Einbussen gefunden. Die aktuell vorgebrachten Beschwerden und das gezeigte Verhalten wiesen zum Teil bizarre und deutlich übersteigerte Züge auf, die nicht

einer psychiatrischen Grunderkrankung zuzuschreiben, sondern am ehesten im Rahmen eines kulturell geprägten Krankheitsverhaltens zu interpretieren, jedoch ohne Relevanz für die Arbeitsfähigkeit seien. Dazu passe auch der unübersehbare Berentungswunsch, der mit viel Energie betrieben werde, wohingegen die psychotherapeutischen Behandlungsangebote jeweils situativ aufgesucht würden, vor allem im Rahmen der Bekräftigung des Rentenanspruchs, die sonstigen therapeutischen Angebote aber jeweils bei fehlender Motivationslage wieder abgebrochen würden. Aktuell befinde sich der Explorand gemäss eigenen Angaben und gemäss Aktenlage nicht in psychotherapeutischer Behandlung, nehme jedoch Psychopharmaka ein, die man im Labor auch nachweisen könne, deren Indikation und Zielsetzung jedoch eher fraglich bleibe. So sei insbesondere auch die Einnahme von Orfiril, ein Antiepileptikum, wenig schlüssig indiziert. Der Explorand leide weder an einer Epilepsie noch an einer manisch-depressiven Störung. Das Medikament sollte langsam ausgeschlichen und abgesetzt werden. Anamnestisch bestünden Hinweise auf ein mögliches Schlafapnoe-Syndrom bei zusätzlich überlagernder schlechter Schlafhygiene mit teilweise Tag/Nacht-Umkehr. Diesbezüglich werde nicht davon ausgegangen, dass sich daraus eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ableite, jedoch müsste das Schlafapnoe-Syndrom behandelt werden; trotz vorbeschriebener CPAP-Intoleranz müsste diesbezüglich nochmals ein Versuch durchgeführt werden. Im Weiteren sei eine Verbesserung der Tag/Nachstruktur vor allem durch eine regelmässige Tagesstrukturierung im Sinne einer beruflichen Tätigkeit zu erlangen, sodass einer Berufstätigkeit auch eine therapeutische Dimension zukomme. Zur Arbeitsfähigkeit im angestammten Beruf hielten die H. ___-Gutachter fest, aus gesamtmedizinischer Sicht erachte man die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Bauarbeiter infolge der somatischen Einschränkungen der rechten oberen Extremität wie auch der beginnenden degenerativen Veränderungen der Wirbelsäule für bleibend nicht mehr zumutbar. Sämtliche körperlich leichten bis mittelschweren Verweistätigkeit in Wechselbelastung mit einer Hebelimite von maximal 20 kg und ohne Notwendigkeit von Überkopfarbeiten oder wiederholten Arbeiten über der Horizontalen, insbesondere unter gleichzeitiger Kraftaufwendung, seien aus gesamtmedizinischer Sicht jedoch zu 100 % zumutbar. Die hochgradige Diskrepanz der Selbsteinschätzung einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit und der medizinischen Einschätzung einer 100%igen Arbeitsfähigkeit erkläre sich vor allem durch IV-fremde Gründe der somatoformen Schmerzstörung, der erheblichen Symptomausweitung, der kulturellen Krankheitskonzepte und Prägungen sowie der ausbildungsmässig und infolge der fehlenden Deutschkenntnisse limitierten beruflichen Aussichten. Zum Beginn der Arbeitsfähigkeit führten die Gutachter aus, sie seien – genauso wie der Rechtsdienst und der medizinische Dienst der IV-Stelle – der Ansicht, dass die Zusprache einer halben Invalidenrente ab 1. August 2000 zu Unrecht erfolgt sei, da keine genügenden medizinisch begründbaren Einschränkungen vorhanden gewesen seien. Entsprechend sei man der Ansicht, dass ab Datum der Verfügung vom 20. Januar 2006, worin die Invalidenrente aufgehoben worden sei, die vorerwähnte Arbeitsfähigkeit anzunehmen sei. In der Zwischenzeit vorliegende Berichte seien konsistent mit der eigenen Einschätzung, so insbesondere das ausführliche und in der Schlussfolgerung gestützte versicherungspsychiatrische G. ___-Gutachten vom 11. Dezember 2008. Die urologischen Berichte mit Diagnose einer erektilen Dysfunktion und einer chronischen Prostatitis seien für die Arbeitsfähigkeit irrelevant (IV-Nr. 162.1). 5.3 Das Versicherungsgericht des Kantons [...] erwog in seinem rechtskräftigen Urteil vom 8. Juni 2011 (VSBES.2010.173; IV-Nr. 189 S. 2 ff.) im Wesentlichen Folgendes (S. 9 f., E. II. 5c und d): c) Wie

bereits erwähnt worden ist, hat nebst den expliziten Aussagen im G.____- gleich wie im H.____-Gutachten auch bereits Dr. F.____ das Vorliegen einer komorbiden psychiatrischen Krankheit von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer – wenn auch nur implizit – verneint. Er stellte im Rahmen der diagnostizierten somatoformen Schmerzstörung eine chronifizierte Angst und depressive Störung gemischt (ICD-10 F41.2) fest, wobei die Depression höchstens als mittelschwer zu bewerten sei (IV-Nr. 114 S. 14). Für die Überwindbarkeit der Störung sprechen zudem auch die weiteren Ausführungen des Gutachters, beim Beschwerdeführer bestehe eine eher geringe Bereitschaft zur Mitwirkung an der Schadenminderung, Passivität, eine negative Einstellung sowie eine fragliche Compliance und eine überhöhte Anspruchshaltung. Sodann lassen sich aus dem Gutachten auch die übrigen erforderlichen Kriterien nicht eruieren: Eine chronische körperliche Begleiterkrankung lag zu keinem Zeitpunkt vor, etwas Gegenteiliges behauptet auch der Beschwerdeführer nicht. Hinweise auf einen sozialen Rückzug in allen Belangen des Lebens finden sich im Gutachten von Dr. F.____ nicht. Der Beschwerdeführer berichtet lediglich, er habe infolge seiner Krankheit nur noch einige Leute aus der Verwandtschaft, mit denen er freundschaftliche Beziehungen pflege; den übrigen Freundeskreis habe er nahezu ganz verloren. Dies reicht nicht, um dieses Kriterium als erfüllt zu betrachten, zumal dem G.____-Gutachten zu entnehmen ist, dass er zwischen 2004 und 2007 Ferienreisen nach [...] unternommen hat (IV-Nr. 148.2 S. 23) und (zumindest im Begutachtungszeitpunkt) ab und zu mit seinen Onkeln jeweils nach [...] [...] [...] oder [...] fahre (S. 26). Ebenso wenig bestehen sowohl im Gutachten von Dr. F.____ als auch in denjenigen des G.____ und der H.____ Hinweise auf einen therapeutisch nicht mehr beeinflussbaren innerseelischen Verlauf einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung oder ein Scheitern einer konsequent durchgeführten ambulanten oder stationären Behandlung, wobei dem Beschwerdeführer insbesondere hinsichtlich letzterwähntem Kriterium mindestens eine fehlende kooperative Haltung vorzuwerfen ist (vgl. IV-Nr. 114 S. 14; 148.2 S. 33 f.: schlechte, jedoch nicht erklärbare Testresultate; IV-Nr. 163.1 S. 30, 37). d)

Zusammenfassend ist im Ergebnis festzuhalten, dass weder im Begutachtungszeitpunkt bei Dr. F.____ am 1.3.2004 noch später in den Jahren 2007 und 2008 (G.____-Gutachten) bis hin zum Jahr 2010 (H.____-Gutachten) eine Unüberwindbarkeit der diagnostizierten somatoformen Schmerzstörung nach Massgabe der Foerster-Kriterien (BGE 130 V 352) festgestellt wurde. Damit hat die Beschwerdegegnerin zu Recht die Verfügung vom 30.7.2004 (recte: 30.11.2004) bzw. den Einspracheentscheid vom 12.8.2004 wiedererwägungsweise aufgehoben und die dem Beschwerdeführer bis anhin ausgerichtete halbe Invalidenrente per Ende Februar 2006 eingestellt. Die Beschwerde erweist sich damit als unbegründet und ist abzuweisen.

E. 6

6.1 Dem nach Einleitung des Neuanmeldeverfahrens im Mai 2015 von der Beschwerdegegnerin veranlassten bidisziplinären (rheumatologischen und psychiatrischen) Gutachten der H.____ vom 24. März 2016 kann entnommen werden, dass der Beschwerdeführer dort am 20. Januar 2016 rheumatologisch (Prof. Dr. med. N.____, Innere Medizin und Rheumatologie FMH) und psychiatrisch (wiederum von Dr. med. L.____) untersucht und begutachtet wurde. Unter dem Titel «Schlussfolgerungen der Begutachtung gemäss bidisziplinärer Konsensbesprechung» wurden folgende Diagnosen mit qualitativem Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (Leistungsprofil) gestellt: «1. Posttraumatische AC-Gelenkarthrose rechts, St.n. AC-Luxation Tossy III rechts am 23.08.1999 mit Implantation einer Hakenplatte am 24.08.1999, St.n. Metallentfernung am 25.11.1999;

2. Chronisches panvertebrales Schmerzsyndrom (ICD-10 M54.80)». Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit wurden nicht gestellt. Die medizinische Beurteilung aus psychiatrischer Sicht lautete wie folgt: Es ergebe sich – wie bereits bei der Vorbeurteilung qualifiziert – das Bild eines «abnormal illness-behaviour» ohne Anhaltspunkt für eine nach ICD-10 diagnostizierbare psychische Störung. Es könne nach wie vor nicht bestimmt werden, mit welcher Indikation die ambulante psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung erfolge; es könne auch nicht nachvollzogen werden, zu welchem Zweck dem Exploranden Psychopharmaka verabreicht würden. Auf jeden Fall lasse sich auch im aktuellen psychiatrischen Befund keine Störung von Krankheitswert diagnostizieren, welche eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zur Folge hätte. Aus rheumatologischer Sicht bestehe weiterhin eine klare, posttraumatisch bedingte, beginnende AC-Gelenkarthrose rechts mit wahrscheinlichem Impingement. Daneben könne ein chronisches panvertebrales Schmerzsyndrom ohne Beeinträchtigung neuronaler Strukturen diagnostiziert werden, dessen Stellenwert angesichts des psychiatrischen Befundes und bei letztlich radiologisch altersentsprechenden degenerativen Veränderungen mit Vorbehalt zu werten sei. Die grosse Diskrepanz zwischen den subjektiven Symptomen und den objektivierbaren Untersuchungsbefunden spreche auch somatisch für eine grosse emotionale Überlagerung. Letztlich spreche der ganze bisherige Verfahrensverlauf für eine hohe Rentenfixierung. Der Fall sei eigentlich schon vor 13 Jahren mit der SUVA-Verfügung vom 3. Mai 2002 (volle Arbeitsfähigkeit in angepasster leichter Tätigkeit) abgeschlossen worden und trotzdem sei der Explorand nicht in den Arbeitsprozess zurückgekehrt. Es hätten sich seither weder somatisch noch psychiatrisch wirklich neue Aspekte ergeben. Auch gegenüber der Vorbeurteilung der H. ___ vom 30. März 2010 sei die Situation im Wesentlichen unverändert. Zur Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit führten die Gutachter aus, der Explorand sei zu 100 % arbeitsunfähig für eine schwere Arbeit, insbesondere seien Arbeiten über Schulterhöhe rechts, sowie speziell schulterbelastende Arbeiten wie Schaufeln, Pickeln und Hämmern sowie Arbeiten mit vibrierenden Maschinen ausgeschlossen. Die Einschränkung ergebe sich aufgrund der posttraumatischen AC-Gelenksarthrose rechts. Zur Arbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit wurde ausgeführt, der Explorand sei zu 100 % arbeitsfähig für leichte bis mittelschwere handwerkliche Arbeiten in Wechselbelastung. Es bestehe eine Hebelimite von maximal 10 kg, ausserdem seien Überkopfarbeiten oder wiederholte Arbeiten mit dem rechten Arm über der Horizontalen nicht möglich. Seit der Vorbegutachtung durch die H. ___ vom März 2010 hätten sich keine neuen Aspekte von Relevanz ergeben. Spezifische medizinische Massnahmen seien nicht indiziert (IV-Nr. 237.1).

6.2 Aus dem im Rahmen der vorerwähnten bidisziplinären Begutachtung erstellten psychiatrischen Teilgutachten von Dr. med. L. ___ vom 22. Januar 2016 geht hervor, dass die Exploration am 20. Januar 2016 mit Hilfe eines Dolmetschers durchgeführt wurde. Der begutachtende Psychiater konnte weder eine Diagnose mit noch eine solche ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit stellen. Die Beurteilung lautete im Wesentlichen dahingehend, zum Zeitpunkt der Vorbegutachtung vor 6 Jahren sei der Explorand in keiner psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung gestanden. Diese sei von ihm in der Zwischenzeit aufgenommen worden. Der Explorand beziehe aktuell eine Psychopharmakotherapie aus einem Antidepressivum und einem Benzodiazepin bestehend; berichtet werde zudem von der Einnahme von atypischen Neuroleptika. Über positive Wirkungen der ärztlichen Behandlung werde jedoch nichts mitgeteilt, wobei auffalle, dass der Explorand bei der Schilderung von Behandlungsergebnissen wie auch in den Angaben

hinsichtlich Beschwerden, Alltagsgestaltung und sozialer Situation nebulös bleibe. Anlässlich der aktuellen Untersuchung habe der Explorand ein Zustandsbild präsentiert, welches mit dem bei der Voruntersuchung zum Vorschein gekommenen weitestgehend identisch sei. Auch dieses Mal habe man über die Alltagsgestaltung keine Informationen in Erfahrung bringen können. Die Angaben hinsichtlich Beschwerden seien wiederum pauschal und nicht defizitorientiert gewesen. Im beobachtbaren Teil des psychopathologischen Befundes habe der Explorand keinerlei Defizite gezeigt, was im erheblichen Widerspruch zu seinen diversen Beschwerden gestanden sei. Auch dieses Mal, wie bereits im Jahr 2010, sei in der Untersuchung das Gefühl des Unechten, zur Schau Gestellten entstanden. Das Verhalten des Exploranden sei auch in der aktuellen Untersuchung erheblich demonstrativ gewesen. Der Explorand habe in der aktuellen Untersuchung unverändert zur Situation vor 6 Jahren kein authentisches Bild einer nach ICD-10 diagnostizierten psychischen Störung geboten, sodass die Qualifikation des vom Exploranden dargebotenen Bildes im Vergleich zur Vorbegutachtung vom 15. (recte: 14.) Januar 2010 unverändert bleibe. Zu den seit der Voruntersuchung verfassten Berichten über den Exploranden nahm der psychiatrische Gutachter wie folgt Stellung: Im ärztlichen Bericht der O. ___ vom 5. November 2014 (die Aufnahme der Behandlung sei dort per 15. Januar 2010 erfolgt) sei dem Exploranden das Vorliegen einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradig bestehende depressive Episode ohne somatisches Syndrom, attestiert worden. Eine Begründung dieser Diagnose sei im Bericht ausgeblieben, das Vorliegen von mehreren, voneinander durch Remissionen getrennten depressiven Episoden sei nicht geschildert worden. In Schilderungen des Exploranden habe sich das beklagte Vorliegen von psychischen Beschwerden unverändert oder mit einer Verschlechterungstendenz gleich nach dem von ihm im Jahr 1999 erlittenen Unfall abgebildet. Weshalb bei mehrmaligen ausführlichen Abklärungen in der Vergangenheit eine Auseinandersetzung mit dem Aspekt von «Malingering» (Simulation) im zitierten Bericht nicht erfolgt sei, könne nicht beurteilt werden. Im Bericht werde ferner das Vorliegen einer Persönlichkeitsveränderung bei chronifiziertem, generalisiertem Schmerzsyndrom attestiert. Es werde allerdings angegeben, dass es kaum gelinge, einen differenzierten Blick in das Leben des Exploranden vor dem Unfallgeschehen zu erhalten. Wie unter diesen Umständen das Vorliegen einer relevanten Persönlichkeitsveränderung habe postuliert werden können, sei nicht nachvollziehbar. Beschrieben worden seien zudem verbale Aggressivität sowie Mangel an Impulskontrolle, welche in der aktuellen Untersuchung auch unter Umständen, welche mit hoher Wahrscheinlichkeit aggressive oder impulsive Reaktionen – wenn auch nur teilweise - hätten auslösen können, nicht reproduzierbar gewesen seien. Kognitiv-mnestische Störungen hätten im Gegensatz zu den im Bericht aufgeführten Befunden nicht nachgewiesen werden können. Die Angaben von psychosozialen Verhalten basierten auf defizitorientierten Angaben des Exploranden und seiner Ehefrau, was in der Gesamtschau nicht als Vorliegen einer reliablen Fremdanamnese bezeichnet werden könne. Eine Antriebsminderung habe man in der aktuellen Untersuchung nicht gefunden, auch habe der Explorand während der aktuellen Untersuchung weder starr noch affektiv abgeflacht gewirkt. Zusammenfassend habe sich der Zustand des Exploranden seit dem Befund vom 5. November 2014 erheblich verbessert. Zum Bericht der O. ___ vom 8. Juni 2015 wurde festgehalten, darin sei kein AMDP-konformer psychopathologischer Befund aufgeführt worden. Es werde angegeben, es lasse sich nur eine geringe Veränderung verzeichnen, bei erheblich ausgeprägten kognitiv-mnestischen Defiziten, sehr schwieriger sozialer Situation sowie unverändertem

affektivem Syndrom. Es werde - ohne weitere Differenzierung – angegeben, der Explorand nehme kaum an sozialen Aktivitäten teil, er verfüge über keine sozialen Kontakte und auch innerhalb der Familie erfolge kaum eine Kommunikation. Anhand dieses Berichts habe jedoch nicht sicher beurteilt werden können, ob die vom Exploranden anlässlich der jeweiligen Konsultation präsentierten Defizite auch ausserhalb des Behandlungssettings vorhanden gewesen seien. Auch im Vergleich zu diesem Bericht habe der Explorand aktuell eine umfassende Besserung präsentiert. Die letzte fachpsychiatrische Evaluation des Exploranden sei mit dem Bericht der O.____ vom 11. September 2015 erfolgt. Diagnostisch seien die gleichen Diagnosen wie im ersten Bericht aufgeführt worden. Die Tatsache, dass der Explorand innerhalb des Behandlungszeitraumes zum vierten Mal Vater geworden sei, sei im Bericht erwähnt, aber nicht qualifiziert worden. Der aufgeführte Befund habe sich nur unwesentlich vom Befund aus dem ersten Bericht unterschieden, wobei zahlreiche Sätze wortwörtlich aus dem Vorbericht übernommen worden seien. Die Auseinandersetzung mit dem Aspekt von «Malingering» sei auch in diesem Bericht ausgeblieben. Die psychometrische Untersuchung mittels Hamilton-Depressionsskala, in welcher der Explorand einen Summenwert von 34 präsentiert habe, könne bei rückblickender Kenntnis des Verlaufes als kaum reliabel beurteilt werden. Auch hier sei festzustellen, dass sich der Zustand des Exploranden im objektivierbaren Teil des psychopathologischen Befundes im Vergleich zum Zeitpunkt der aktuellen Untersuchung erheblich verbessert habe. Zusammenfassend ergebe sich das Bild eines, wie bei der Vorbeurteilung bereits qualifiziert, «abnormal illness-behaviour», ohne Anhaltspunkt für eine nach ICD-10 diagnostizierbare psychische Störung. Es könne nach wie vor nicht bestimmt werden, mit welcher Indikation die ambulante psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung erfolge. Auch könne nicht nachvollzogen werden, zu welchem Zweck dem Exploranden Psychopharmaka verabreicht würden. Aus rein psychiatrischer Sicht sei der Explorand voll arbeitsfähig (IV-Nr. 237.4).

E. 7

7.1 Die Beschwerdegegnerin lehnte den Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente und denjenigen auf berufliche Eingliederungsmassnahmen mit vorliegend angefochtener Verfügung vom 14. Oktober 2016 im Wesentlichen mit der Begründung ab, gestützt auf das H.____-Gutachten vom 24. März 2016 ergebe sich aus psychiatrischer Sicht nach wie vor das Bild eines «abnormal illness-behaviour» ohne Anhaltspunkt für eine nach ICD-10 diagnostizierbare psychische Störung. Es hätten sich seit der SUVA-Verfügung vom 3. Mai 2002, worin eine vollumfängliche Arbeitsfähigkeit in angepasster leichter Tätigkeit festgestellt worden sei, weder somatisch noch psychiatrisch wirklich neue Aspekte ergeben. Auch gegenüber der Vorbegutachtung der H.____ vom 30. März 2010 sei die Situation im Wesentlichen unverändert. Es bleibe – wie im Einspracheentscheid vom 11. Juni 2010 ermittelt – bei einem Invaliditätsgrad von 16 %; eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen sei nicht eingetreten. Der Umstand, dass der psychiatrische Teilgutachter die medizinische Situation im Wesentlichen unverändert einschätze, begründe weder eine Befangenheit noch eine Voreingenommenheit. Unsachgemässe Äusserungen des psychiatrischen Experten seien nicht festzustellen (A.S. 1 ff.). Der Beschwerdeführer lässt demgegenüber geltend machen, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und es sei ein neues psychiatrisches Gutachten bei einem unabhängigen Facharzt einzuholen. Zur Begründung wird im Wesentlichen ausgeführt, strittig sei, ob der Beschwerdeführer psychiatrische Diagnosen entwickelt habe, denen nach ICD-10 Krankheitswert zukomme und die ihn in seiner Arbeitsfähigkeit auch

bei körperlich leichten Tätigkeiten beeinträchtigt. Der psychiatrische Teilgutachter Dr. med. L. ___ habe die gesundheitliche Situation anders als vor sechs Jahren eingeschätzt. Im aktuellen Gutachten sei er – im Gegensatz zum Gutachten vom 30. März 2010 - zum Schluss gelangt, dass keine psychiatrischen Diagnosen zu stellen seien. Dies sei erstaunlich, da bisher sämtliche Gutachter der Auffassung gewesen seien, dass der Beschwerdeführer zumindest an einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung nach ICD-10: F45.1 leide. Inwiefern sich sein Gesundheitszustand innert 6 Jahren derart verbessert habe, sei nicht nachvollziehbar. Die aktuelle Diagnose des psychiatrischen Gutachters widerspreche zudem auch sämtlichen Berichten der behandelnden Ärzte, welche mehrfach betont hätten, dass sich seine gesundheitliche Situation zusehends verschlechtere und er insbesondere an einer somatoformen Schmerzstörung sowie an einer Depression leide. Die behandelnden Ärzte seien sogar der Auffassung, dass mittlerweile eine Persönlichkeitsveränderung bei chronifiziertem, generalisiertem Schmerzsyndrom nach ICD-10: F33.10 und F62.80 eingetreten sei. Es sei nicht nachvollziehbar, weshalb sich das aktuelle Gutachten derart von den bisherigen Gutachten und Arztberichten unterscheide. Im Gegensatz zum rheumatologischen Teilgutachten könne das psychiatrische Teilgutachten nicht als objektiv betrachtet werden. Dr. med. L. ___ sei befangen gewesen. Auch der aktuelle Bericht des P. ___ vom 25. Oktober 2016 widerspreche dem H. ___-Gutachten vom 24. März 2016, weshalb dessen psychiatrischer Teil in Frage zu stellen sei (A.S. 7 ff.). In seiner Replik lässt der Beschwerdeführer an seinen in der Beschwerde gestellten Rechtsbegehren festhalten, wobei er nochmals darauf hinweist, seine Rügen zielten auf den psychiatrischen Teil des H. ___-Gutachtens vom 24. März 2016 (A.S. 35 f.).

7.2 Zur vorliegend umstrittenen und hier zu beurteilenden Frage, ob sich seit dem Einspracheentscheid der Beschwerdegegnerin vom 11. Juni 2010, welcher sich im Wesentlichen auf die G. ___-Gutachten vom 18. November und 11. Dezember 2008 sowie auf das H. ___-Gutachten vom 30. März 2010 stützte und vom Versicherungsgericht mit rechtskräftigem Urteil vom 8. Juni 2011 bestätigt wurde, eine Veränderung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers in psychiatrischer Hinsicht eingestellt hat, ist zunächst auf das bidisziplinäre Verlaufsgutachten der H. ___ vom 24. März 2016 (IV-Nr. 237.1), insbesondere auf das psychiatrische Teilgutachten von Dr. med. L. ___ vom 22. Januar 2016 (IV-Nr. 237.4), zu verweisen, worin der Experte aufgrund seiner Untersuchung vom 20. Januar 2016 keine psychiatrische Diagnose stellen konnte und zum Schluss kam, anlässlich der aktuellen Untersuchung habe der Beschwerdeführer ein Zustandsbild präsentiert, welches mit dem bei der Voruntersuchung vom 14. Januar 2010 festgestellten Gesundheitszustand weitestgehend identisch sei. Der psychiatrische Gutachter kam zum Schluss, der Beschwerdeführer habe in der aktuellen Untersuchung - unverändert zur Situation vor 6 Jahren - kein authentisches Bild einer nach ICD-10 diagnostizierbaren psychischen Störung gezeigt, weshalb die Qualifikation des vom Beschwerdeführer dargebotenen Bildes im Vergleich zur Vorbegutachtung vom 14. Januar 2010 unverändert bleibe (IV-Nr. 237.4 S. 8). Damit übereinstimmend hielten die asim-Gutachter bei der bidisziplinären Konsensbesprechung fest, aus psychiatrischer Sicht ergebe sich – wie bereits in der Vorbeurteilung – das Bild eines «abnormal illness-behaviour» ohne Anhaltspunkt für eine nach ICD-10 diagnostizierbare psychische Störung. Es lasse sich keine Störung mit Krankheitswert diagnostizieren, welche eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zur Folge hätte. Dementsprechend stellten die Gutachter bei einer angepassten Verweistätigkeit ausschliesslich Einschränkungen aus rheumatologischer Sicht (Hebelimite von maximal 10 kg, keine Überkopfarbeiten oder wiederholte Arbeiten mit dem rechten Arm über der

Horizontalen) fest und gaben an, der Beschwerdeführer sei für leichte bis mittelschwere handwerkliche Arbeiten in Wechselbelastung zu 100 % arbeitsfähig. Aus rein psychiatrischer Sicht wurde eine volle Arbeitsfähigkeit ohne Einschränkungen attestiert (IV-Nr. 237.1 S. 7 und 237.4 S. 8 ff.). Diese bidisziplinäre Begutachtung vom 24. März 2016 beruht auf den vollständigen Vorakten (vgl. IV-Nr. 237.1 S. 10 ff.) sowie auf den spezialärztlichen Untersuchungen in den Disziplinen «Rheumatologie» und «Psychiatrie» (Beilagen 2 und 3, IV-Nr. 237.3 und 237.4). Die vom Beschwerdeführer angegebenen Beschwerden wurden durch die Gutachter berücksichtigt und in ihre Beurteilung einbezogen. Die Expertise konnte sich somit auf vollständige Grundlagen stützen. Die einzelnen Teilgutachter geben jeweils die fachspezifische Anamnese, die Angaben des Beschwerdeführers und die erhobenen Befunde wieder. Daraus werden die relevanten Diagnosen und die Auswirkungen der Symptomatik auf die Arbeitsfähigkeit hergeleitet. Schliesslich werden die Schlussfolgerungen der Begutachtung gemäss bidisziplinärer Konsensbesprechung wiedergegeben. Sowohl die Teil- als auch das Gesamtgutachten tragen die Unterschriften der beteiligten Gutachter. Inhaltlich gelangen die einzelnen Teilgutachten und das Gesamtgutachten zu schlüssigen Ergebnissen, welche nachvollziehbar hergeleitet werden. Die abweichenden Einschätzungen in den medizinischen Vorakten wurden durch die Gutachter berücksichtigt und es ist erkennbar, warum ihnen nicht oder nur teilweise gefolgt wurde. Das Gutachten wird damit den durch die Rechtsprechung formulierten Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Stellungnahme (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352) gerecht. Es erfüllt die von der Rechtsprechung geforderten Voraussetzungen an ein Verlaufsgutachten (vgl. E. II. 4.4 hiavor).

7.3 Der Beschwerdeführer lässt vorbringen, der psychiatrische H.____-Gutachter Dr. med. L.____ habe seine gesundheitliche Situation in seinem Verlaufsgutachten vom 22. Januar 2016 - im Vergleich zum 6 Jahre zurückliegenden psychiatrischen Teilgutachten – anders eingeschätzt, indem er im aktuellen Gutachten keine psychiatrischen Diagnosen mehr gestellt habe. Dies sei erstaunlich, seien sich doch bisher alle Gutachter darüber einig gewesen, dass der Explorand zumindest an einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung nach ICD-10 F45.1 leide. Inwiefern sich dessen Zustand innert 6 Jahren derart verbessert haben solle, sei nicht nachvollziehbar (Beschwerde, S. 7 f. Ziff. 7). Dazu ist festzuhalten, dass Dr. med. L.____ bereits im Teilgutachten vom 15. Januar 2010 keine psychiatrische Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit stellte (IV-Nr. 162.4 S. 10). Gemäss seinen Angaben hatten die damals von ihm angegebenen Diagnosen (1. Anhaltende somatoforme Schmerzstörung [ICD-10: F45.1]; 2. Persönlichkeitsakzentuierung mit narzisstischen und histrionischen Zügen [ICD-10: Z73.1]; 3. Schlafapnoe-Syndrom) keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Der psychiatrische Teilgutachter hielt aufgrund seiner Untersuchung vom 14. Januar 2010 zu den diagnostischen Kriterien fest, das Schmerzsyndrom habe sich – wie bereits in den früheren Gutachten ausführlich dargestellt - im Sinne einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung auf der Grundlage einer histrionisch gefärbten Fehlverarbeitung des erlittenen Unfalls, d.h. im Sinne eines abnormen «illness behaviour», entwickelt. Die Diagnose einer Somatisierungsstörung könne jedoch nicht gestellt werden. Nach wie vor lege der Beschwerdeführer ein groteskes, bizarres Bild an den Tag, welches hinsichtlich der beklagten kognitiv-mnestischen Defizite keiner diagnostizierbaren bzw. bekannten psychischen Störung entspreche (IV-Nr. 162.4 S. 10 ff.). Im Rahmen der Gesamtbeurteilung wurden die gestellten psychiatrischen Diagnosen (ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit) ebenfalls angegeben, wobei ausgeführt wurde, aus psychiatrischer Sicht sei eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit nicht

ausgewiesen (IV-Nr. 162.1 S. 32 und 37). Demgegenüber stellte Dr. med. L.____ in seinem aktuellen Teilgutachten vom 22. Januar 2016 weder Diagnosen mit noch solche ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit und hielt im Rahmen seiner Beurteilung fest, bei der aktuellen Untersuchung vom 20. Januar 2016 präsentiere der Explorand ein Zustandsbild, welches mit dem bei der Voruntersuchung zum Vorschein gekommenen weitestgehend identisch sei. Im beobachtbaren Teil des psychopathologischen Befundes habe der Beschwerdeführer keinerlei Defizite gezeigt. Er habe in der aktuellen Untersuchung unverändert zur Situation vor 6 Jahren kein authentisches Bild einer nach ICD-10 diagnostizierbaren psychischen Störung gezeigt, sodass die Qualifikation des von ihm dargebotenen Bildes im Vergleich zur Vorbegutachtung vom 15. Januar 2010 unverändert bleibe (IV-Nr. 237.4 S. 8). Dementsprechend wurde auch im Rahmen der bidisziplinären Konsensbesprechung keine psychiatrische Diagnose gestellt und festgehalten, es lasse sich auch im aktuellen psychiatrischen Befund keine Störung von Krankheitswert diagnostizieren, welche eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zur Folge hätte (IV-Nr. 237.1 S. 6). Angesichts der oben wiedergegebenen beiden psychiatrischen Einschätzungen von Dr. med. L.____ vom 14. Januar 2010 und 20. Januar 2016 kann – entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers - nicht gesagt werden, der psychiatrische Gutachter habe die gesundheitliche Situation im Verlaufsgutachten vom 22. Januar 2016 anders eingeschätzt. Vielmehr äusserte er sich dahingehend, es ergebe sich – wie bereits bei der Vorbeurteilung - aus psychiatrischer Sicht das Bild eines «abnormal illness-behaviour» ohne Anhaltspunkt für eine nach ICD-10 diagnostizierbare psychische Störung (IV-Nr. 237.4 S. 10). Dass sich der psychische Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit der letzten Begutachtung durch Dr. med. L.____ vor sechs Jahren nicht verändert bzw. nicht verschlechtert hat, ergibt sich daraus, dass in beiden psychiatrischen Teilgutachten keine relevante psychische Störung mit Krankheitswert diagnostiziert werden konnte und aus psychiatrischer Sicht eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit bestand bzw. aktuell immer noch besteht. Einschränkungen waren gemäss beiden Begutachtungen ausschliesslich im rheumatologischen Bereich festzustellen. Dass der psychiatrische Gutachter im Gutachten vom 15. Januar 2010 – im Gegensatz zum aktuellen Gutachten vom 22. Januar 2016 – noch Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit stellte, ändert nichts am weitgehend unveränderten psychischen Gesundheitszustand des Beschwerdeführers. Bei der Beurteilung, ob eine gesundheitliche Änderung eingetreten ist, ist nicht die Diagnose massgebend, sondern in erster Linie der psychopathologische Befund und der Schweregrad der Symptomatik. Aus einer anderen Diagnose oder einer unterschiedlichen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit aus medizinischer Sicht allein kann somit nicht auf eine für den Invaliditätsgrad erhebliche Tatsachenänderung geschlossen werden (Urteil des Bundesgerichts 9C_602/2016 vom 14. Dezember 2016 E. 5.1 mit Hinweisen). Es besteht vorliegend – auch im Vergleich zu den oben wiedergegebenen G.____-Gutachten vom 18. November und 11. Dezember 2008 (vgl. E. II. 5.1 hiervor) - kein Hinweis für eine relevante Veränderung des psychischen Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers.

7.4 Zum Einwand des Beschwerdeführers, Dr. med. L.____ sei befangen bzw. voreingenommen gewesen, ist Folgendes festzuhalten: Befangenheit ist anzunehmen, wenn Umstände vorliegen, die in objektiver Weise geeignet sind, Misstrauen in die Unparteilichkeit und Unvoreingenommenheit der sachverständigen Person zu erwecken. Dazu genügt nicht, sich schon einmal mit der zu begutachtenden Person befasst zu haben und dabei zu für sie ungünstigen Schlussfolgerungen gelangt zu sein. Entscheidend ist, dass das Ergebnis der Abklärung (nach wie vor) als offen und nicht

vorbestimmt erscheint. Dies ist dann nicht der Fall, wenn der Experte die Schlüssigkeit seiner früheren Beurteilung zu überprüfen oder objektiv zu kontrollieren hat (Urteil des Bundesgerichts 9C_731/2017 vom 30. November 2017 E. 3.1 mit Hinweisen). Im vorliegenden Fall sind keine Umstände ersichtlich, die geeignet sind, Misstrauen in die Unparteilichkeit und Unvoreingenommenheit von Dr. med. L.____ zu erwecken. Dass sich der psychiatrische Gutachter mit dem Beschwerdeführer schon anlässlich seiner Begutachtung vom 14. Januar 2010 befasst hat, genügt hierzu nicht. Entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers kann nicht nachvollzogen werden, weshalb das Ergebnis der Aktualisierung der psychiatrischen Expertise vom 22. Januar 2016 nicht mehr als offen erscheinen sollte. Eine Überprüfung oder objektive Kontrolle der früheren Beurteilung vom 14. Januar 2010, was den Schluss auf eine fehlende Unvoreingenommenheit allenfalls zuliesse, wurde von Dr. med. L.____ nicht vorgenommen; dies war auch nicht sein Auftrag. Vielmehr äusserte er sich zum aktuellen Gesundheitszustand und zu allfälligen Veränderungen seit der früheren Untersuchung, wobei eine Verschlechterung des Gesundheitszustands verneint wurde. Diese Frage lässt sich notwendigerweise nicht losgelöst von seiner früheren Beurteilung beantworten. Die vom Beschwerdeführer angegebenen Textpassagen aus dem Gutachten (vgl. Beschwerde, S. 9 f. Ziff. 8) genügen jedenfalls nicht für die Annahme einer Parteilichkeit oder Voreingenommenheit des psychiatrischen Gutachters. Entgegen den Aussagen des Beschwerdeführers hat der psychiatrische Gutachter sehr wohl untersucht, ob bei diesem eine psychiatrische Einschränkung mit Krankheitswert vorliegt oder nicht und er ist dabei zu schlüssigen und nachvollziehbaren Ergebnissen gelangt. Der psychiatrische Experte hat somit die Probleme des Beschwerdeführers nicht einfach auf dessen kulturellen Hintergrund «abgeschoben». Die Hinweise auf kulturelle Hintergründe sind ebenso wenig als unsachliche oder parteiliche Ausführungen zu qualifizieren wie die Hinweise auf mangelnde Compliance oder auf ein bizarres und groteskes Verhalten. Entsprechende Ausführungen finden sich im Übrigen bereits im Gutachten von Dr. med. E.____ vom 8. Dezember 2002 (IV-Nr. 62), der von einem «ausgesprochen histrionischen und übertriebenem Krankheitsverhalten» schreibt, oder im G.____-Gutachten vom 11. Dezember 2008 (IV-Nr. 147.2), wo im Zusammenhang mit den dargestellten kognitiven Einschränkungen von «bewusstseinsnahen Verhaltensweisen» gesprochen wird. Zur Annahme von Befangenheit müssten weitere Umstände (beispielsweise ein in unsachlichem Duktus verfasster Bericht) hinzukommen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_441/2014 vom 18. Juni 2014 E. 2.2.3 mit Hinweis). Solche Umstände bestehen im vorliegenden Fall jedoch nicht; ebenso wenig sind Anhaltspunkte für eine «negative Grundstimmung» zwischen Explorand und Gutachter vorhanden. 7.5 Im Folgenden ist zu prüfen, ob die vom Beschwerdeführer angeführten Berichte der behandelnden Ärzte (vgl. Beschwerdebeilagen [BB] 24 bis 30) den Beweiswert des bidisziplinären H.____-Gutachtens vom 24. März 2016 zu schmälern vermögen: 7.5.1 Dr. med. Q.____, Allgemeine Medizin FMH, stellte in seinem Bericht vom 1. Juni 2015 (BB 24) folgende Diagnosen: «Chronisch invalidisierendes Schmerzsyndrom im ganzen Körper; depressive Entwicklung mit täglich psychosomatischen Beschwerden und sehr schwerer sozialer Situation; seit 16 Jahren IV- und Sozialhilfebezüger; seit 10 Jahren in psychiatrischer Behandlung inkl. Ehefrau; erektile Dysfunktion mit enormem Krankheitswert, da Depression und Krankheitsverarbeitung beeinträchtigt werden». Der Allgemeinmediziner äusserte sich im Wesentlichen dahingehend, der Patient leide unter persistierenden Schmerzen im ganzen HWS-, BWS- und LWS-Übergang. Ausserdem leide er unter Kopfschmerzen, Brechreiz und

Schulderschmerzen, die beim Bewegen, Bücken und Heben von Gewicht an Intensität zunehmen würden. Er schlafe die ganze Nacht nicht. Er sei sozusagen unruhig, jammernd, vergesslich und vor allem verbal aggressiv. Er könne sich nicht konzentrieren, fühle sich ängstlich und sei verzweifelt. Der Beschwerdeführer lebe zusammen mit seiner Ehefrau (die – obwohl sie krank sei – ihren Ehemann wegen seiner Schmerzen mehrmals täglich massieren müsse) und den noch gesunden Kindern. Er vermeide fast jeden Kontakt zur Aussenwelt, habe Konzentrations- und Schlafstörungen und leide unter einem allgemeinen Unwohlsein. Solange der Patient eine 50%ige IV-Rente erhalten habe, d.h. seine Krankheit als Folge des mittelschweren Unfalles akzeptiert worden sei, sei es ihm seelisch/moralisch besser gegangen. Er habe die Schmerzen besser ertragen können. Nachdem ihm im Jahr 2006 die IV-Rente gestrichen worden sei (für ihn das zweite «Trauma»), sei eine Wesensveränderung festzustellen. Leid, Verzweiflung, Missverständnis, Ärger, Enttäuschung, Hoffnungslosigkeit, Armut an Lebenskraft und Lebensmotivation hätten rapid an Dauer und Intensität zugenommen. Objektiv leide der Patient an einem panvertebralen Schmerzsyndrom bei Hyperkyphose der BWS sowie Streckhaltung der LWS mit Hyperlordose, einer Beweglichkeitseinschränkung, Druckdolenz über den Dornfortsätzen und paravertebral sowie an einer Beweglichkeitseinschränkung der rechten Schulter bei Status nach Fraktur der rechten Clavicula (1999). Die degenerativen Veränderungen im Bereich des lumbovertebralen Übergangs hätten bei den rheumatologischen Untersuchungen stets zugenommen, ohne eine Neurokompression zu finden. Im Weiteren leide der Beschwerdeführer seit 10 Jahren an einer erektilen Dysfunktion. Die Untersuchungen und Behandlungen hätten keine Pathologie und keine Therapieerfolge gebracht. In dieser Kette von Schwierigkeiten, unter denen er schwer leide, bleibe der Patient bis auf Weiteres zu 100 % arbeitsunfähig (BB 24). Im Bericht vom 14. April 2016 hielt Dr. med. Q.____ im Wesentlichen fest, der Patient sei mindestens mittelschwer depressiv. Er habe intensiv versucht, den Patienten für eine Arbeit in der Muttersprache zu motivieren. Dies sei ihm jedoch nicht gelungen. Der Patient seit überzeugt, dass er schwer krank sei. Wenn ein Mensch jahrelang (1 ½ Jahrzehnte) überzeugt sei, schwer krank zu sein, dann sei er krank. Aus diesen Gründen attestiere er dem Patienten eine Arbeitsunfähigkeit von mindestens 60 %. Dies sei von der IV zu überprüfen (BB 25). Zu den vorerwähnten Berichten von Dr. med. Q.____ ist festzuhalten, dass behandelnde Ärzte in einem auftragsrechtlichen Verhältnis zur versicherten Person stehen und sich in erster Linie auf die Behandlung zu konzentrieren haben. Die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag der therapeutisch tätigen Fachpersonen einerseits und Begutachtungsauftrag der amtlich oder gerichtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits lässt es nicht zu, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass für weitere Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die behandelnden Ärzte wichtige Aspekte benennen, die bei der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (statt vieler: Urteile des Bundesgerichts 9C_793/2016 vom 3. März 2017 E. 4.1.2 und 9C_276/2016 vom 19. August 2016 E. 3.1.1 mit Hinweisen). Im vorliegenden Fall benennt Dr. med. Q.____ keine wichtigen Aspekte, welche bei der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben wären. Insbesondere kann nicht vom Bestehen einer depressiven Entwicklung oder einer Depression mittelschweren Grades ausgegangen werden. Der Bericht von Dr. med. Q.____ vom 1. Juni 2015 wurde im H.____-Gutachten vom 24. März 2016 bei den Vorakten aufgeführt und in die Beurteilung

miteinbezogen (vgl. IV-Nr. 237.1 S. 13 f.), wobei vom begutachtenden Psychiater kein depressives Leiden festgestellt werden konnte. Dr. med. L. ___ kam vielmehr zum Schluss, gestützt auf den beobachtbaren Teil des psychopathologischen Befundes bestünden keinerlei psychische Defizite. Das Verhalten des Beschwerdeführers habe auch in der aktuellen Untersuchung einen erheblich demonstrativen Eindruck hinterlassen (vgl. IV-Nr. 237.4 S. 8). Demnach vermögen die Berichte von Dr. med. Q. ___ den Beweiswert des H. ___-Gutachtens vom 24. März 2016 bzw. des psychiatrischen Gutachtens von Dr. med. L. ___ vom 22. Januar 2016 nicht zu relativieren, dies umso mehr, als es sich bei Dr. med. Q. ___ nicht um einen Facharzt für Psychiatrie handelt. Die Berichte von Dr. med. Q. ___ imponieren zudem namentlich durch eine unkritische Wiedergabe der Beschwerdeschilderungen des Beschwerdeführers.

7.5.2 Dies gilt auch für das Zeugnis des Hausarztes Dr. med. R. ___, Allgemeine Medizin FMH, vom 26. Mai 2015 sowie dessen Bericht vom 1. Juli 2015 (BB 26 und 27). Die Berichte von Dr. med. R. ___ vom 26. Mai, 1. Juli und 20. August 2015 wurden im asim-Gutachten vom 24. März 2016 wiedergegeben (vgl. IV-Nr. 237.1 S. 13 und 15 f.) und demnach in die Beurteilung miteinbezogen. Ausserdem wurden die vom Hausarzt erwähnten Beschwerden (chronisches Schmerzsyndrom mit Rücken- und Schulterschmerzen seit Jahren, Depression, Angsterkrankung) von den H. ___-Gutachtern umfassend gewürdigt und beurteilt. Es besteht nach dem Gesagten kein Anlass, aufgrund dieser Hausarztberichte von der Beurteilung der begutachtenden Fachärzte abzuweichen, zumal auch hier der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen ist, dass behandelnde Ärzte im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (vgl. E. II. 4.3 hiavor).

7.5.3 Dr. med. S. ___, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, sowie Dr. med. T. ___, Assistenzärztin Psychiatrie, stellten im Bericht der O. ___ vom 8. Juni 2015 die Diagnosen «Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige bis schwere depressive Episode ohne somatisches Syndrom» sowie «Persönlichkeitsveränderung bei chronifiziertem, generalisiertem Schmerzsyndrom (ICD-10 F33.10, F62.80)» und äusserten sich im Wesentlichen dahingehend, der Patient befinde sich bei ihnen seit dem 15. Januar 2010 in fachärztlicher Behandlung. Es finde eine supportive Einzelpsychotherapie in der Muttersprache des Patienten statt, wobei er mit Psychopharmaka behandelt werde. Flankierend sei zudem eine kognitiv-verhaltenstherapeutisch orientierte Psychotherapie etabliert worden. Bisher sei nebst dem Aufbau und der Festigung einer tragfähigen therapeutischen Beziehung auch die Auseinandersetzung mit den Schmerzen anhand psychoedukativer Methoden erfolgt. Es seien auch Bewältigungsstrategien im Umgang mit den Schmerzen vermittelt worden. Im Weiteren seien auch positive Aktivitäten besprochen worden, die eine bessere Tagerstrukturierung ermöglichen. Ein weiteres durchgehendes therapeutisches Ziel sei auch die Herstellung und Aufrechterhaltung sozialer Kontakte. Die behandelnden Psychiater hielten im Weiteren fest, aufgrund der bisherigen Erfahrungen mit dem Patienten lasse sich jedoch nur eine geringe Veränderung verzeichnen. Der Patient wirke weiterhin in sich gekehrt, lebe sozial zurückgezogen, sei weiterhin auf die Schmerzproblematik eingeeengt, depressiv, gereizt, affektiv nur wenig spürbar sowie hoffnungs- und freudlos. Auch zeigten sich nach wie vor eine deutliche Einschränkung des Auffassungsvermögens sowie eine Verminderung der Konzentrations- und Merkfähigkeit. Des Weiteren beklage er trotz langjähriger Medikation Schlafstörungen, innere Unruhe und Freudlosigkeit. Hinzu komme noch die sehr schwierige soziale Situation, welche die therapeutischen Fortschritte zusätzlich belaste. Ferner verfüge der Patient kaum über geeignete Ressourcen, die ihm die

Auseinandersetzung mit der Depressivität sowie der Schmerzproblematik adäquat ermöglichten. Es bestünden deutliche Defizite in sozialen Fertigkeiten, welche ohnehin schon zu einer negativen Verstärkung und somit sozialen Isolation führten. Er nehme kaum an sozialen Aktivitäten teil, verfüge auch über praktisch keine sozialen Kontakte, bis auf die engsten Familienmitglieder, wobei auch innerhalb der Familie kaum eine Kommunikation stattfinde. Hinzu komme, dass er im vergangenen Jahr seinen Onkel verloren habe, welcher seine engste Bezugsperson dargestellt habe, und die Tatsache, dass er aufgrund der bestehenden sozialen Situation die Rolle als Familienoberhaupt nicht mehr wahrnehmen könne. Diese Faktoren beeinträchtigten ihn zusätzlich stark in seinem Selbstwert und hemmten ihn im Umgang mit sozialen Kontakten. Die Einengung auf die Schmerzproblematik und die vollkommene Identifizierung mit der Krankenrolle lasse sich bei ihm als eine zwar dysfunktionale, jedoch für ihn entlastende Bewältigungsstrategie und Entlastung innerer Konflikte sehen. Die bisher unveränderte Schmerzproblematik trotz mehrjähriger Therapiebemühungen zeige die Chronifizierung der Schmerzproblematik auf. Eine Arbeitstätigkeit auf dem freien Arbeitsmarkt sei ihm nicht zuzumuten. Aus psychiatrischer Sicht wäre er zu 30 bis 40 % in einer angepassten Tätigkeit arbeitsfähig (BB 28). Zum Bericht der Dres. med. S. ___ und T. ___ vom 5. November 2014 (IV-Nr. 225 S. 17 ff.) und zum oben wiedergegebenen Bericht der erwähnten behandelnden Psychiater vom 8. Juni 2015 nahm Dr. med. L. ___ wie folgt Stellung: «Eine Begründung dieser Diagnose (rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradig bestehende depressive Episode ohne somatisches Syndrom) blieb im Bericht aus, das Vorliegen von mehreren, voneinander durch Remissionen getrennten depressiven Episoden wurde nicht geschildert. In den Schilderungen des Versicherten bildete sich das beklagte Vorliegen von psychischen Beschwerden unverändert oder mit einer Verschlechterungstendenz gleich nach dem von ihm im Jahr 1999 erlittenen Unfall ab. Weshalb bei mehrmaligen ausführlichen Abklärungen in der Vergangenheit eine Auseinandersetzung mit dem Aspekt von Mal-inging im zitierten Bericht nicht erfolgte, kann nicht beurteilt werden. Im Bericht wird ferner das Vorliegen einer Persönlichkeitsveränderung bei chronifiziertem, generalisiertem Schmerzsyndrom attestiert. Auf Seite 2 wird allerdings angegeben, «es gelingt kaum, einen differenzierten Einblick in das Leben des Exploranden vor dem Unfallgeschehen zu erhalten». Wie unter diesen Umständen das Vorliegen einer relevanten Persönlichkeitsveränderung postuliert werden konnte, ist nicht nachvollziehbar. Beschrieben werden zudem verbale Aggressivität sowie Mangel an Impulskontrolle, welche in der aktuellen Untersuchung auch unter Umständen, welche mit hoher Wahrscheinlichkeit aggressive oder impulsive Reaktionen, wenn auch nur teilweise, hätten auslösen können, nicht reproduzierbar waren. Kognitiv-mnestische Störungen konnten im Gegensatz zu den im Bericht aufgeführten Befunden nicht nachgewiesen werden. Die Angaben von psychosozialen Verhalten basierten auf defizitorientierten Angaben des Versicherten sowie seiner Ehefrau, was in der Gesamtschau nicht als Vorliegen einer reliablen Fremdanamnese bezeichnet werden kann. Eine Antriebsminderung fand sich in der aktuellen Untersuchung nicht, auch wirkte der Versicherte während der aktuellen Untersuchung weder starr noch affektiv abgeflacht. Zusammenfassend verbesserte sich der Zustand des Versicherten seit dem Befund vom 05.11.2014 erheblich». Im Weiteren äusserte sich der psychiatrische H. ___-Gutachter wie folgt: «Im Bericht vom 08.06.2015 wird kein (mit der Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie [AMDP]) konformer psychopathologischer Befund aufgeführt, es wird angegeben, es lasse sich nur eine geringe Veränderung verzeichnen, bei erheblich ausgeprägten kognitiv-mnestischen

Defiziten, sehr schwieriger sozialer Situation sowie unverändertem affektivem Syndrom. Es wird angegeben, ohne weitere Differenzierung, der Versicherte nehme kaum an sozialen Aktivitäten teil, er verfüge über keine sozialen Kontakte, auch innerhalb der Familie erfolge kaum eine Kommunikation. Anhand dieses Berichts konnte jedoch nicht sicher beurteilt werden, ob die vom Versicherten anlässlich der jeweiligen Konsultation präsentierten Defizite auch ausserhalb des Behandlungssettings vorliegend waren. Auch im Vergleich zu diesem Bericht präsentierte der Versicherte aktuell eine umfassende Besserung» (IV-Nr. 237.4 S. 8 f.). Die anderslautenden Einschätzungen der behandelnden Psychiater Dres. med. S.____ und T.____ vermögen die Beurteilung des psychiatrischen H.____-Gutachters nicht in Frage zu stellen, da keine Aspekte genannt werden, die bei der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben wären. Auch angesichts der oben wiedergegebenen, nachvollziehbaren Kritik des H.____-Gutachters an den Ausführungen der behandelnden Psychiater sind diese Einschätzungen nicht geeignet, den Beweiswert des H.____-Gutachtens vom 24. März 2016 bzw. des psychiatrischen Teilgutachtens vom 22. Januar 2016 in Frage zu stellen.

7.5.4 Im Bericht der O.____ (Dr. med. U.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH; Dr. med. T.____) zu Handen der Beschwerdegegnerin vom 11. September 2015 wurde im Wesentlichen festgehalten, der Gesundheitszustand verschlechtere sich. Der Patient gebe an, dass es ihm psychisch immer schlechter gehe. Er wünschte sich, dass sich der Unfall nie ereignet hätte. Er sehe keine andere Lösung, müsse viel über den Unfall und die vergangenen Jahre sowie seinen immer schlechter werdenden Zustand grübeln. Er komme aus dem Teufelskreis nicht mehr heraus. Zum erhobenen Befund wurde im Wesentlichen angegeben, es bestehe objektiv eine deutlich herabgesetzte Konzentrationsfähigkeit. Das Kurzzeitgedächtnis sei ebenfalls eingeschränkt. Im formalen Denken sei der Patient verlangsamt und auf seine Problematik eingeeengt. Es bestünden Ängste und Befürchtungen hinsichtlich seiner Gesundheit und seiner Zukunft, Stimmenhören von unterschiedlichen Personen sowie optische Halluzinationen. Der Patient beklage sich, dass ihm niemand glaube. Es bestehe eine deutlich depressive Grundstimmung. Der Antrieb sei sowohl subjektiv als auch objektiv deutlich vermindert. Im Weiteren bestünden ein sozialer Rückzug, verbale Aggressivität sowie ein Mangel an Impulskontrolle. In einigen Situationen wisse er nicht, zu was er fähig sei. Ferner seien Ein- und Durchschlafstörungen, Albträume, ein Früherwachen, häufiger Harndrang, Stuhlgangbeschwerden, ein Appetitverlust, Rückenbeschwerden, Potenzstörungen und ein Libidoverlust vorhanden. Der Patient äussere Lebensüberdrussgefühle, vom Suizid könne er sich aber dank seiner Ehefrau distanzieren. Es bestehe kein Anhaltspunkt für eine Fremdgefährdung. Am 25. August 2015 sei der Hamilton-Score erhoben worden. Der Punktescore von 34 deute auf eine schwere depressive Störung hin (BB 29). Dazu hielt der psychiatrische H.____-Gutachter fest, die Tatsache, dass der Explorand innerhalb des Behandlungszeitraumes zum vierten Mal Vater geworden sei, sei im Bericht erwähnt, jedoch nicht qualifiziert worden. Der aufgeführte Befund unterscheide sich nur unwesentlich vom Befund aus dem ersten Bericht. Die Auseinandersetzung mit dem Aspekt des «Malingering» sei auch in diesem Bericht ausgeblieben. Die psychometrische Untersuchung mittels Hamilton-Depressionsskala mit einem Summenwert von 34 könne bei rückblickender Kenntnis des Verlaufs als kaum reliabel beurteilt werden. Auch hier sei festzustellen, dass sich der Zustand des Exploranden im objektivierbaren Teil des psychopathologischen Befundes im Vergleich zum Zeitpunkt der aktuellen Untersuchung erheblich verbessert habe (IV-Nr. 237.4 S. 9). Auch im vorliegend jüngsten Bericht der behandelnden Psychiater vom 13. Mai 2016 (IV-Nr. 240) werden – gleich wie im oben

wiedergegebenen Bericht vom 11. September 2015 - keine neuen Erkenntnisse oder Aspekte genannt, die bei der H.____-Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben wären. Der Bericht vom 11. September 2015 wurde bei den Vorakten im asim-Gutachten aufgeführt (vgl. IV-Nr. 237.1 S. 16), gewürdigt und in die Beurteilung miteinbezogen. Es besteht somit kein Anlass, von der Beurteilung im H.____-Gutachten vom 24. März 2016 abzuweichen.

7.5.5 Aus dem Bericht des P.____, [...] (ambulante Konsultation vom 13. Oktober 2016; Prof. Dr. med. V.____, Stv. Chefarzt; Dr. med. W.____, Assistenzärztin), vom 25. Oktober 2016 gehen folgende (Haupt-)Diagnosen hervor: «1. Chronifiziertes, generalisiertes Schmerzsyndrom, 09/2016 MRI LWS und ISG: degenerative Veränderungen ohne relevante Nervenwurzelkompression. Unauffällige Darstellung der ISG bds, chronische Ganzkörperschmerzen, muskuläre Dekonditionierung, Schmerzausweitung, keine radikuläre Symptomatik; 2. Rezidivierende depressive Störung, in psychiatrischer Behandlung bei Dr. med. S.____ ()». Im Weiteren wurden verschiedene Nebendiagnosen (chronische schmerzhafte Nebenhodenreizung rechts mit diskreter Begleithydrozele, irritative Miktionsbeschwerden, chronisches Beckenschmerz-Syndrom, erektile Dysfunktion, Knick-Senk-Füsse bds, AC-Gelenkspathologie Schulter rechts bei St.n. Trauma und AC-Gelenksseparation mit operativer Sanierung 1999, 03/2015 neurologische Untersuchung inkl. elektrophysiologischer Testungen [Dr. P.]: Keine Schädigung des zentralen oder peripheren Nervensystems feststellbar) gestellt. Im Rahmen der Beurteilung wurde ausgeführt, der Patient leide an einem chronifizierten Schmerzsyndrom mit in der klinischen Untersuchung auffällig demonstrativem Schmerzverhalten, Allodynie (gestörte Schmerzempfindung) und deutlicher Selbstlimitierung. Hinweise für eine entzündliche, rheumatologische Grunderkrankung finde man weder bildgeberisch, laborchemisch noch klinisch. Mit dem Patienten sei die Wichtigkeit eines weiterhin regelmässigen körperlichen Trainings sowie der psychotherapeutischen Begleitung besprochen worden. Zum klinischen Befund wurde u.a. ausgeführt, gemäss den Angaben des Patienten bestehe die Kraft des gesamten rechten Armes M4/5 so seit der Schulteroperation. Die Kraft der Beine sei symmetrisch erhalten. Unbeobachtet sei das Gangbild soweit unauffällig. Bei Beobachtung sei es deutlich verlangsamt und es bestehe ein breitbasiger Gang mit vom Patienten spontaner Schmerzangabe. Die Wirbelsäule sei kaum untersuchbar aufgrund massiver Schmerzangabe schon bei leichtem Druck. Der Patient könne die Wirbelsäule weder flektieren noch extensieren, auch eine Seitneigung scheine ihm unmöglich (unbeobachtet flektiere der Patient seine Wirbelsäule normal beim An- und Auskleiden). Es bestehe eine eingeschränkte Schulterbeweglichkeit rechts. Der Patient gebe Schmerzen an bei der Palpation praktisch aller Gelenke ohne palpable Schwellung. Praktisch alle Fibromyalgiedruckpunkte seien positiv. Es bestehe eine leichte Hyperkyphosierung der Brustwirbelsäule und eine vermehrte Lordose lumbal (BB 30). In Übereinstimmung mit der Auffassung der Beschwerdegegnerin können diesem rheumatologischen Bericht keine objektiven Anhaltspunkte entnommen werden, die vom rheumatologischen H.____-Gutachter nicht berücksichtigt worden wären. Vielmehr wird auch in diesem Bericht auf das auffällig demonstrative Schmerzverhalten, eine Allodynie sowie eine deutliche Selbstlimitierung hingewiesen. Es werden auch hier die bestehenden Diskrepanzen zwischen den subjektiven Symptomen und den objektivierten Untersuchungsbefunden festgehalten (nicht reproduzierbare Hypästhesien; Gangbild unbeobachtet unauffällig; unbeobachtet Flexion der Wirbelsäule beim An- und Auskleiden möglich). Die aktuellen bildgebenden Untersuchungen (MRI der LWS und ISG vom September 2016) sind

unauffällig. Es besteht somit auch angesichts dieses Untersuchungsberichts kein Anlass, von den (rheumatologischen) Untersuchungsergebnissen des H.____-Gutachtens vom 24. März 2016 abzuweichen, zumal der Beschwerdeführer selber darauf hinweist, seine Einwände in der Beschwerdeschrift richteten sich (ausschliesslich) gegen den psychiatrischen Teil (Replik, S. 1; A.S. 35).

E. 8

8.1 Nach dem Gesagten ist aufgrund des bidisziplinären H.____-Gutachtens vom 24. März 2016 keine relevante Veränderung bzw. Verschlechterung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers seit dem rechtskräftigen Einspracheentscheid vom 11. Juni 2010 ausgewiesen (vgl. auch RAD-Bericht vom 15. Juni 2016; IV-Nr. 242). Die Gutachter kommen vielmehr zum Schluss, dass sich seit der SUVA-Verfügung vom 3. Mai 2002 weder somatisch noch psychiatrisch wirklich neue Aspekte ergeben haben. Auch im Vergleich zum interdisziplinären H.____-Gutachten vom 30. März 2010 sowie den versicherungspsychiatrischen und neuropsychologischen G.____-Gutachten vom 18. November und 11. Dezember 2008 ist die Situation nach den gutachterlichen Angaben im Wesentlichen unverändert. Das H.____-Gutachten vom 24. März 2016 erfüllt die von der Rechtsprechung geforderten Voraussetzungen an ein Verlaufsgutachten (vgl. E. II. 4.4 hiervor). Es bestehen sodann keine konkreten Indizien, welche gegen die Zuverlässigkeit des H.____-Gutachtens vom 24. März 2016 sprechen (vgl. E. II. 4.3 hiervor). Gestützt darauf sind keine Anhaltspunkte vorhanden, dass der Beschwerdeführer in Bezug auf seine Schmerzempfindungen psychiatrische Pathologien entwickelt hätte, welche ihn in seiner Arbeitsfähigkeit in relevanter Weise einschränken würden. Der medizinische Sachverhalt wurde von der Beschwerdegegnerin fachärztlich und bidisziplinär und damit im Sinne von Art. 43 Abs. 1 ATSG genügend abgeklärt, weshalb – entgegen den gestellten Anträgen des Beschwerdeführers – kein Anlass besteht, das Prüfverfahren wiederaufzunehmen bzw. ein neues psychiatrisches Gutachten einzuholen. Von solchen weiteren Abklärungen sind keine neuen Erkenntnisse zu erwarten (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 137 V 64 E. 5.2 S. 69).

8.2 Da keine erhebliche Veränderung des Sachverhalts und damit kein Revisionsgrund vorliegt, besteht im vorliegenden Neuanmeldungsverfahren keine Möglichkeit, eine vom vorerwähnten materiell rechtskräftigen Einspracheentscheid vom 11. Juni 2010 abweichende Beurteilung des Rentenanspruchs vorzunehmen. Vielmehr bleibt es beim bisherigen Rechtszustand. Damit erübrigt sich ein neuer Einkommensvergleich. Die Beschwerde ist somit abzuweisen.

E. 9

9.1 Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Parteientschädigung zu Lasten der Beschwerdegegnerin (Art. 61 lit. g ATSG). Der Beschwerdeführer steht ab Prozessbeginn im Genuss der unentgeltlichen Rechtspflege (Verfügung vom 14. Februar 2017, A.S. 32; vgl. E. I. 2.3 hiervor). Die Kostenforderung ist bei Unterliegen der Partei mit unentgeltlichem Rechtsbeistand vom Gericht festzusetzen. Der Kanton entschädigt den unentgeltlichen Rechtsbeistand angemessen (Art. 122 Abs. 1 lit. a ZPO). Rechtsanwältin Weisskopf hat am 3. Mai 2017 eine Kostennote eingereicht, worin sie einen Kostenersatz von insgesamt CHF 4'418.40 (16.17 Std. x CHF 230.00 pro Stunde zuzüglich Spesenersatz von CHF 372.00 und Mehrwertsteuer) geltend macht (A.S. 42). Der angegebene Zeitaufwand von 16.17 Stunden liegt für den vorliegenden, in Bezug auf den Schwierigkeitsgrad durchschnittlichen Fall an der oberen Grenze, kann aber mit Blick auf die umfangreichen Vorakten noch als angemessen gelten. Im Weiteren beträgt

der Stundenansatz gemäss § 161 i.V.m. § 160 Abs. 3 des Gebührentarifs (GT, BGS 615.11) CHF 180.00. Damit beläuft sich die Kostenforderung auf insgesamt CHF 3'545.20 (Honorar von CHF 2'910.60 zuzüglich Auslagen von CHF 372.00 und MwSt. von CHF 262.60). Dieser Betrag ist von der Zentralen Gerichtskasse des Kantons Solothurn zu bezahlen. Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren sowie der Nachzahlungsanspruch der unentgeltlichen Vertreterin im Umfang von CHF 873.20 (Differenz zu dem mit einem Stundenansatz von CHF 230.00 ermittelten Honorar), wenn der Beschwerdeführer zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO). 9.2 Aufgrund von Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 - 1'000.00 festgelegt. Als unterliegende Partei hat der Beschwerdeführer die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen, die jedoch infolge Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege durch den Kanton Solothurn zu übernehmen sind (Art. 122 Abs. 1 lit. b ZPO). Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren, wenn der Beschwerdeführer zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

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