

# **SO\_GERICHTE VSBES.2016.314 vom 13. September 2017**

SO Obergericht, 2017-09-13, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so\\_gerichte\\_VSBES.2016.314\\_d20170913](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2016.314_d20170913)

FR: SO\_GERICHTE VSBES.2016.314 du 13 septembre 2017

IT: SO\_GERICHTE VSBES.2016.314 del 13 settembre 2017

## **Regeste**

Invalidenrente

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Es sei die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 26. Oktober 2016 aufzuheben.

### **E. 2**

Es sei dem Beschwerdeführer vom 1. Januar 2015 bis 31. Mai 2015 eine ganze Invalidenrente und ab 1. Mai 2016 bis auf weiteres eine Dreiviertelsrente zuzusprechen.

### **E. 3**

3.1 Wurde eine Rente wegen eines fehlenden oder zu geringen Invaliditätsgrades bereits einmal verweigert bzw. aufgehoben, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die versicherte Person glaubhaft macht, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (Art. 87 Abs. 3 und 4 IVV). Dies gilt in analoger Weise auch für Revisionsgesuche im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG (BGE 130 V 351 E. 3.5.3) sowie dann, wenn die versicherte Person nach vorausgegangener rechtskräftiger Ablehnung erneut eine Eingliederungsmassnahme beantragt (BGE 113 V 27; ZAK 1991 S. 262 E. 1a). Mit dieser Bestimmung soll verhindert werden, dass sich die Verwaltung nach vorausgegangener rechtskräftiger Rentenverweigerung immer wieder mit gleichlautenden und nicht näher begründeten, d.h. keine Veränderung des Sachverhalts darlegenden Rentengesuchen befassen muss (BGE 130 V 68 E. 5.2.3, 125 V 412 E. 2b, 117 V 200 E. 4b).

3.2 Tritt die Verwaltung ■ wie im vorliegenden Fall ■ auf eine Neuanmeldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 ATSG vorzugehen (AHI 1999 S. 84 E. 1b mit Hinweisen, bezogen auf Art. 41 a.F. IVG ). Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zusätzlich noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine rentenbegründende Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 133 V 108, 117 V 198 E. 3a, 109 V 115 E. 2b).

Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neuanmeldungsverfahren ■ analog zur Rentenrevision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG, s. BGE 105 V 30 ■ durch Vergleich des

Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der Ablehnungsverfügung bestanden hat, mit demjenigen zur Zeit der streitigen neuen Verfügung (BGE 130 V 73 E. 3.1 mit Hinweisen; AHI 1999 S. 84 E. 1b).

#### **E. 4**

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

Demgegenüber fällt es nicht in den Aufgabenbereich des Arztes oder der Ärztin, sich zur Höhe einer allfälligen Rente zu äussern, da der Begriff der rentenanspruchs begründenden Invalidität nicht nur von medizinischen, sondern auch von erwerblichen Faktoren bestimmt wird (vgl. Art. 16 ATSG).

4.2 Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (AHI 2001 S. 113 E. 3a).

Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 125 V 352 E. 3a; AHI 2001 S. 113 f. E. 3a; RKUV 2003 U 487 S. 345 E. 5.1).

#### **E. 5**

5.1 In der angefochtenen Verfügung vom 26. Oktober 2016 (A.S. 1 ff.) hält die Beschwerdegegnerin im Wesentlichen fest, die Abklärungen hätten ergeben, dass der Beschwerdeführer seit dem 30. Januar 2014 in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Produktionsmitarbeiter bei der Firma F.\_\_\_\_ in [...] eingeschränkt sei. Das Arbeitsverhältnis sei per 31. August 2014 aus gesundheitlichen Gründen aufgelöst worden. Den vorliegenden medizinischen Unterlagen entnehme man jedoch, dass in einer körperlich angepassten Tätigkeit keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestehe. Eine solche Tätigkeit sei dem Beschwerdeführer zumutbar. Dabei könne er ein Renten ausschliessendes Einkommen erzielen. Bei der Berechnung des Invalideneinkommens habe man dem Umstand der erschwerten Eingliederung Rechnung getragen und einen Abzug von 10 % vorgenommen. Die Beschwerdegegnerin stelle zur Beurteilung des Leistungsanspruches auf das

psychiatrische Gutachten von Frau Dr. med. G.\_\_\_\_ vom 1. Dezember 2014 ab, welches von der Krankentaggeldversicherung, der Helsana Versicherungen AG, in Auftrag gegeben worden sei. Frau Dr. med. G.\_\_\_\_ habe der Bericht des behandelnden Psychiaters Dr. med. D.\_\_\_\_ vom 7. August 2014 vorgelegen. In Übereinstimmung mit Dr. med. D.\_\_\_\_ habe Frau Dr. med. G.\_\_\_\_ die Diagnose einer Anpassungsstörung gestellt, codiere diese aber im Gegensatz zum behandelnden Psychiater nicht unter F 43.2 (mit längerer depressiver Reaktion) sondern unter F 43.23 (mit vorwiegender Störung anderer Gefühle). Frau Dr. med. G.\_\_\_\_ habe anlässlich der Untersuchung vom 19. November 2014 keine Hinweise für ein depressives Zustandsbild erkennen können. Aufgrund der erhobenen Befunde habe sie keine anhaltende Arbeitsunfähigkeit aus psychiatrischer Sicht bestätigen können. Die von Dr. med. D.\_\_\_\_ im Bericht vom

### **E. 5.1**

In der angefochtenen Verfügung vom 26. Oktober 2016 (A.S. 1 ff.) hält die Beschwerdegegnerin im Wesentlichen fest, die Abklärungen hätten ergeben, dass der Beschwerdeführer seit dem 30. Januar 2014 in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Produktionsmitarbeiter bei der Firma F.\_\_\_\_ in [...] eingeschränkt sei. Das Arbeitsverhältnis sei per 31. August 2014 aus gesundheitlichen Gründen aufgelöst worden. Den vorliegenden medizinischen Unterlagen entnehme man jedoch, dass in einer körperlich angepassten Tätigkeit keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestehe. Eine solche Tätigkeit sei dem Beschwerdeführer zumutbar. Dabei könne er ein Renten ausschliessendes Einkommen erzielen. Bei der Berechnung des Invalideneinkommens habe man dem Umstand der erschwerten Eingliederung Rechnung getragen und einen Abzug von 10 % vorgenommen. Die Beschwerdegegnerin stelle zur Beurteilung des Leistungsanspruches auf das psychiatrische Gutachten von Frau Dr. med. G.\_\_\_\_ vom 1. Dezember 2014 ab, welches von der Krankentaggeldversicherung, der Helsana Versicherungen AG, in Auftrag gegeben worden sei. Frau Dr. med. G.\_\_\_\_ habe der Bericht des behandelnden Psychiaters Dr. med. D.\_\_\_\_ vom 7. August 2014 vorgelegen. In Übereinstimmung mit Dr. med. D.\_\_\_\_ habe Frau Dr. med. G.\_\_\_\_ die Diagnose einer Anpassungsstörung gestellt, codiere diese aber im Gegensatz zum behandelnden Psychiater nicht unter F 43.2 (mit längerer depressiver Reaktion) sondern unter F 43.23 (mit vorwiegender Störung anderer Gefühle). Frau Dr. med. G.\_\_\_\_ habe anlässlich der Untersuchung vom 19. November 2014 keine Hinweise für ein depressives Zustandsbild erkennen können. Aufgrund der erhobenen Befunde habe sie keine anhaltende Arbeitsunfähigkeit aus psychiatrischer Sicht bestätigen können. Die von Dr. med. D.\_\_\_\_ im Bericht vom

### **E. 5.3**

Mit Eingabe vom 9. Februar 2017 (A.S. 45 f.) führt der Beschwerdeführer aus, gemäss Art. 53 Abs. 3 ATSG könne der Versicherungsträger eine Verfügung während eines Beschwerdeverfahrens solange wiedererwägen, bis er gegenüber der Beschwerdebehörde Stellung nehme. Eine rechtzeitig pendente lite erlassene Verfügung beende den Streit grundsätzlich nur insoweit, als sie den Anträgen der Beschwerde führenden Person entspreche; soweit damit den Anträgen nicht stattgegeben worden sei, bestehe der Rechtsstreit weiter (vgl. BGE 127 V 228 E. 2b/bb). In diesem Fall müsse die Beschwerdeinstanz auf die Sache eintreten, ohne dass die Beschwerde führende Person die zweite Verfügung anzufechten brauche (vgl. BGE 113V 237; BGer H 350/00 E. 5.1). In der Beschwerde vom 28. November 2016 sei im Wesentlichen geltend gemacht worden, dass auf Grund der vorhandenen Akten ein Anspruch auf eine ganze Rente ab 1. Januar 2015

und eine Dreiviertelsrente ab 1. Mai 2016 begründet sei; eine entsprechende Rentenzusprache sei im Rechtsbegehren 2 auch beantragt worden. Mit der Wiedererwägungsverfügung vom 7. Februar 2017 werde diesem Antrag nicht entsprochen. Diese entspreche vielmehr sinngemäss nur einer Rückweisung zur Durchführung weiterer Abklärungen. Damit werde das Verfahren vor dem Versicherungsgericht nicht gegenstandslos und könne nicht abgeschlossen werden. Das Gericht werde also zuerst zu prüfen haben, ob die Aktenlage ausreichend sei, um dem Beschwerdeführer die beantragte Invalidenrente zusprechen zu können. Gegebenenfalls wäre die Beschwerde vollumfänglich gutzuheissen. Sollte dies nicht der Fall sein, müsste der entsprechende Antrag abgewiesen werden. Ein Antrag auf Zusprache einer Leistung beinhalte allerdings immer auch den stillschweigenden Eventualantrag auf Rückweisung zur Durchführung weiterer Abklärungen. Sollte also der beantragten Rentenzusprache nicht stattgegeben werden können, verbliebe immer noch der (stillschweigende) Eventualantrag auf Rückweisung. Dieser entspräche dann dem Inhalt der Wiedererwägungsverfügung vom 7. Februar 2017, sodass das Gericht in diesem Falle das Verfahren als gegenstandslos abschreiben könnte.

5.4 In ihrer Stellungnahme vom 14. März 2017 (A.S. 51) hält die Beschwerdegegnerin fest, die RAD-Ärztin Frau Dr. med. H.\_\_\_\_ habe befunden, dass aufgrund der Berichte von Dr. med. E.\_\_\_\_ vom 7. November 2016 und 20. Dezember 2016 von einer relevanten Befundverschlechterung noch vor Erlass der angefochtenen Verfügung ausgegangen werden müsse (s. Protokolleintrag vom 23. Januar 2017). Die Beschwerdegegnerin habe deshalb die Verfügung vom 26. Oktober 2016 zwecks weiterer Abklärungen wiedererwägungsweise pendente lite aufgehoben. Aus den Berichten von Dr. med. E.\_\_\_\_ ergäben sich nach Meinung der Beschwerdegegnerin Hinweise dafür, dass die gesundheitliche Situation in somatischer Hinsicht weiter abgeklärt werden müsse. Eine abschliessende Beurteilung des medizinischen Sachverhaltes, wie er sich bis zum Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung d.h. bis am 26. Oktober 2016 dargestellt habe, sei aufgrund der Akten in somatischer Hinsicht nicht möglich. Die Beschwerdegegnerin stelle deshalb den Antrag, die Verfügung vom 26. Oktober 2016 sei aufzuheben und die Angelegenheit sei zu weiteren Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

6. Wie vorgehend in E. I. 4. festgehalten, hat die Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 7. Februar 2017 die Verfügung vom 26. Oktober 2016 zwecks weiterer Abklärungen wiedererwägungsweise lite pendente aufgehoben. Nach Art. 53 Abs. 3 ATSG kann der Versicherungsträger eine Verfügung oder einen Einspracheentscheid, gegen die Beschwerde erhoben worden ist, so lange wiedererwägen, bis er gegenüber der Beschwerdebehörde Stellung nimmt. Insbesondere steht es dem Versicherungsträger frei, während des laufenden Beschwerdeverfahrens ohne Beachtung der besonderen Wiedererwägungsvoraussetzungen (insbesondere ohne Annahme einer zweifellosen Unrichtigkeit) auf den Entscheid zurückzukommen. Insofern ist die verfügte Wiedererwägung grundsätzlich zulässig. Entspricht die Wiedererwägung jedoch, wie im vorliegenden Fall, nicht dem im Beschwerdeverfahren gestellten Antrag, kommt sie bloss einem Antrag an das Gericht gleich (Zum Ganzen: Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 3. Auflage 2015, Art. 53, Rz 76 ff., mit vielen Hinweisen auf Rechtsprechung und Literatur).

7. Zu prüfen ist somit im Folgenden, ob die Beschwerdegegnerin das im Rahmen der Neuanmeldung des Beschwerdeführers vom 21. Juli 2014 beantragte Leistungsbegehren mit Verfügung vom 26. Oktober 2016 aufgrund eines errechneten IV-Grades von 29 % zu Recht abgewiesen hat. Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im

Neuanmeldungsverfahren – analog zur Rentenrevision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG (BGE 105 V 29 S. 30) – durch Vergleich des Sachverhalts, wie er im Zeitpunkt der letzten Ablehnungsverfügung, welcher eine materielle Abklärung vorangegangen war – vorliegend die Verfügung vom 12. September 2008 – bestanden hat, mit demjenigen zur Zeit der streitigen neuen Verfügung vom 26. Oktober 2016 (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts I 783/05 vom 18. April 2006 E. 1; BGE 130 V 71 E. 3.1 S. 73, mit Hinweisen; AHI 1999 S. 84 E. 1b; Urteil des Bundesgerichts 8C\_819/2013 vom 4. Februar 2014 E. 2).

7.1 Im Zeitpunkt der in Rechtskraft erwachsenen letzten Rentenverfügung vom 12. September 2008 (IV-Nr. 66) stützte sich die Beschwerdegegnerin im Wesentlichen auf das rheumatologische Gutachten von Dr. med. B.\_\_\_\_ vom 27. März 2007 (IV-Nr. 52) sowie das psychiatrische Gutachten von Prof. Dr. med. C.\_\_\_\_ vom 16. Januar 2008 (IV-Nr. 55).

7.1.1 Im rheumatologischen Gutachten vom 27. März 2007 (IV-Nr. 52) stellte Dr. med. B.\_\_\_\_ folgende Diagnosen: 1. Chronische untere Rückenbeschwerden ohne Hinweis für akutes radikuläres Reiz- oder Ausfallsyndrom, vordergründig nicht somatisch abstützbar - 2002 passageres radikuläres Ausfallsyndrom von L4 rechts mit Parese und fehlendem PSR-Reflex 2. Adipositas mit Body Mass Index von 31 3. Diffuse idiopathische skelettale Hyperostose 4. Gestörte Gluconeogenese 5. Anamnestisch Dyspepsie Zur Beurteilung hielt Dr. med. B.\_\_\_\_ fest, bezüglich der Adipositas liege mit einem Body-Mass-Index von 31, ein Übergewicht von 21 kg, bezogen auf das statistische Normalgewicht, vor. Damit belaste sich dieser Versicherte körperlich. Gewichtsreduzierende Massnahmen seien dringendst indiziert und in der Umsetzung auch zumutbar. Während der klinischen Untersuchung, habe eine schmerzvermittelnde Mimik und Gestik imponiert. So sei das Bewegungsmuster teilweise verlangsamt gewesen und bei einer zunächst harmonischen Entfaltung der axialen Bewegungssegmente, insbesondere lumbal, habe plötzlich ein muskulärer Widerstand eingesetzt, der das Bewegungsspiel abrupt abgeblockt habe. Erst nach wiederholter klinischer Untersuchung sei es dann möglich gewesen, abschliessende Aussagen zur Restbeweglichkeit formulieren zu können. Diese schmerzvermittelnde Mimik und Gestik könne vordergründig nicht auf ein bekanntes somatisch-pathologisches Krankheitsbild abgestützt werden. An den oberen Extremitäten habe Dr. med. B.\_\_\_\_ keinen klinisch-pathologischen Befund und keine funktionelle Einschränkung objektivieren können. An der Wirbelsäule habe er im Bereich der Hals- und der Brustwirbelsäule keinen klinisch-pathologischen Befund objektivieren können, diese Bewegungen seien schmerzfrei durchgeführt worden und auch bei der Palpation der paravertebralen Weichteile habe der Versicherte keine Druckschmerzen beschrieben. Im Bereich der Lendenwirbelsäule habe der Versicherte sämtliche Bewegungen als gleich schmerzhaft beschrieben, egal ob die Bewegungen in aufrechter, stehender oder sitzender Körperhaltung, in der die axialen Bewegungssegmente durch das Körpergewicht belastet würden, oder in möglichst entspannter, liegender Körperhaltung erfolgt seien. Dies weise auf vordergründig nicht somatisch abstützbare Beschwerden hin, denn bei vordergründig somatisch abstützbaren Beschwerden seien solche Beschwerden zu erwarten, die eindeutig mit beschwerdeverstärkenden, respektive mit eindeutig schmerzlindernden Schmerzmechanismen verbunden seien. In der klinischen Untersuchung habe in der segmentalen Funktionsprüfung lumbal keine gesicherte Bewegungseinschränkung objektiviert werden können. Die Palpation der paravertebralen Weichteile der Lendenwirbelsäule sei als diskret schmerzhaft, insbesondere jedoch nicht als sehr schmerzhaft beschrieben worden, und da habe Dr. med. B.\_\_\_\_ keinen klinisch-pathologischen Weichteilbefund objektivieren können. Aufgrund der

Beschwerdeschilderung und der klinischen Befunde liege auch kein Hinweis für ein akutes radikuläres Reiz- oder Ausfallsyndrom, für einen Nervendehnungsschmerz oder für einen engen Spinalkanal vor. Der anlässlich dieser Begutachtung als höchstens leichtgradig abgeschwächt einzustufende PSR-Reflex rechts, und dies geschätzt ausschliesslich aufgrund des Seitenvergleiches, sei grundsätzlich vereinbar mit einem Zustand, wie er nach einer radikulären Kompressionssymptomatik als Residuum noch angetroffen werden könne. Der als höchstens leichtgradig abgeschwächt einzustufende PSR-Reflex rechts bei zudem fehlenden Hinweisen für einen Nervendehnungsschmerz sei als ein altes radikuläres Zeichen für eine stattgehabte Läsion der Wurzel L4 rechts zu interpretieren. Unterdessen, wie im neurochirurgischen Konsiliumsbericht vom 10. Oktober 2002 erwähnt, könne Dr. med. B.\_\_\_\_ weiterhin keinen Hinweis für eine Parese objektivieren und die damals beschriebene leichtgradige Quadrizephypotrophie rechts habe sich unterdessen vollständig zurückgebildet. Das heisse, dass ein sehr erfreulicher Verlauf vorliege, wenn auf objektivierbare Faktoren abgestützt werde. Des Weiteren seien konventionellradiologisch in den hochlumbalen Bewegungssegmenten diskrete Deck- und Bodenplattenunregelmässigkeiten zur Darstellung gekommen, die verursacht seien durch eine kongenitale Dysplasie der Osteochondrosis juvenilis Scheuermann. Bezüglich dieser kongenitalen Dysplasie sei, aufgrund von epidemiologischen Untersuchungen, bekannt, dass dann Beschwerden durch diese Dysplasie verursacht würden, wenn sie vor dem 16. bis 18. Lebensjahr auftreten würden. Dies treffe bei diesem Versicherten jedoch nicht zu. An den unteren Extremitäten habe er sodann keine relevanten klinisch-pathologischen Befunde und keine Hinweise für eine funktionelle Einschränkung objektivieren können. Die Hüftgelenke seien beidseits frei beweglich und lösten lokal keine Schmerzen aus. Die Kniegelenke wiesen beidseits einen altersentsprechenden Normalbefund auf mit einem höchstens diskreten Streckdefizit von wenigen Graden. Insbesondere habe er, Dr. med. B.\_\_\_\_, keinen Hinweis für eine beginnende Arthrosebildung objektivieren können, wie zum Beispiel mit einem die Altersnorm überschreitenden Ausmass eines retropatellären Reibens, einem Meniskuszeichen, einem Gelenkerguss oder einer Gelenksinstabilität. Bezüglich der Arbeitsfähigkeit gelte es darauf hinzuweisen, dass sich dieser Versicherte im Rahmen seines Übergewichtes körperlich belaste. Insofern falle es ihm, Dr. med. B.\_\_\_\_, grundsätzlich schwer, eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit für weniger körperlich belastende Arbeiten zu formulieren. Andererseits könnten die oben erwähnten somatisch-pathologischen Befunde objektiviert werden. Die Arbeitsfähigkeit sei, aus rein somatisch-rheumatologischer Sicht beurteilt, für körperlich schwergradig belastende Arbeiten und für solche, die verbunden seien mit dem repetitiven beruflichen Bewegen von Gewichten über 7,5 bis 10 kg und für solche, die das Einhalten der Rückenergonomie nicht zulassen würden, nicht mehr gegeben. Für Haushaltsarbeiten mit einem leicht- bis mässiggradig körperlich belastenden Arbeitsprofil könne, aus rein somatisch-rheumatologischer Sicht beurteilt, keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit formuliert werden, zumal diese Tätigkeiten in idealer Weise mit reduziertem Tempo über den Tag verteilt abgeleistet werden könnten. Für die frühere berufliche Tätigkeit dieses Versicherten und für eine geeignete Verweistätigkeit könne derzeit, aus rein somatisch-rheumatologischer Sicht beurteilt, keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit angenommen werden. Die geeignete Verweistätigkeit für diesen Versicherten liege in einem klimatisierten Raum, beschränke sich auf leicht- bis mässiggradig körperlich belastende Arbeiten und lasse die Möglichkeit zu, zu wechseln zwischen sitzender, stehender und gehender Körperhaltung. Das Einhalten der Rückenergonomie sei

wünschenswert. Die repetitiv zu bewegendem Gewichte sollten nicht schwerer als 7,5 bis 10 kg sein.

7.1.2 Prof. Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte in seinem psychiatrischen Gutachten vom 16. Januar 2008 (IV-Nr. 55) eine Dysthymie (ICD-10 F34.1). Zur Beurteilung hielt er fest, in der psychopathologischen Untersuchung präsentiere sich ein misstrauisch dysphorisch gereizter und wenig offener Proband, der durchaus - wenn auch zum Negativen hin - schwingungsfähig sei. Der Affekt sei nicht anhaltend depressiv. Es hätten Hinweise für situationsbedingte Bedrücktheit bestanden. Schuldgefühle oder Gefühle des mangelnden Selbstwertes seien nicht vorhanden. Im Gegenteil werde der kranken Ehefrau die Übernahme der Hausarbeit zugemutet ohne Auswirkungen auf das eigene Selbstwertgefühl. Auffälligkeiten fänden sich bei der Prüfung der seriellen Subtraktion, die in Anbetracht des Ausbildungsniveaus des Probanden zu viele einfache Fehler aufweise und durch Intervention überwunden werden könne, so dass es sich hierbei um bewusstseinsnahe Verdeutlichungstendenzen handle. Im Weiteren habe der Explorand die gestellten Fragen zurückhaltend beantwortet und sei in seinen Äusserungen eher beschwerde- und defizitorientiert gewesen. Gemäss dem Befundstatus könnten beim Exploranden ausser einer situationsabhängigen Bedrücktheit, gewisser dysphorischer gereizter Affektivität und Gedanken über Lebensüberdross keine weiteren Befunde festgestellt werden, welche für die Diagnose einer affektiven Störung sprechen würden. Die vorgenannten Befunde würden nicht ausreichen, um eine eigenständige depressive Episode zu diagnostizieren.

Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, habe ferner von einer reaktiven depressiven Problematik berichtet und wiederholt beschrieben, dass die Prognose der depressiven Symptomatik von der Schmerzsymptomatik und von der familiären Problematik abhängen. Auf dieser Basis werde die von Herr Dr. med. D.\_\_\_\_ beschriebene depressive Symptomatik im Rahmen einer länger anhaltenden depressiven Störung im Sinne einer Anpassungsstörung interpretiert. Hier handle es sich um einen gestörten Anpassungsprozess nach einer einschneidenden Lebensveränderung oder nach belastenden Lebensereignissen. Die Betroffenen beklagten sich über depressive Stimmung, Angst, andauernde Besorgnis oder einer Mischung dieser Symptome. Die Betroffenen fühlten sich beeinträchtigt, sie hätten in der gegenwärtigen Situation Mühe, voranzuplanen und dementsprechend zu handeln. Oft werde auch von einer Einschränkung bei der Bewältigung der alltäglichen Routine berichtet. Hingegen seien die festgestellten Symptome nicht schwer genug oder so markant, dass die Diagnose einer affektiven Störung gestellt werden könne. Die Störung beginne im Allgemeinen innerhalb eines Monats nach dem belastenden Ereignis oder der Lebensveränderung und die Symptome würden meist nicht länger als sechs Monate anhalten, ausser bei der längeren depressiven Reaktion. Bei einer längeren depressiven Reaktion könnten die Symptome während maximal zwei Jahren persistieren. Daher werde in erster Linie aufgrund der Zeitkriterien und der vom Exploranden beschriebenen Symptomatik sowie der im Rahmen der gutachterlichen Untersuchung festgestellten Pathologie eine Dysthymie gemäss ICD-10 F34.1 diagnostiziert. Dabei handle es sich um eine chronische depressive Verstimmung, die nach Schweregrad und Dauer der einzelnen Episoden gegenwärtig nicht die Kriterien für eine rezidivierende leichte oder mittelgradige depressive Störung erfülle. Die Betroffenen hätten gewöhnlich zusammenhängende Perioden von Tagen oder Wochen, in denen sie ein gutes Befinden beschreiben würden. Aber meistens, oft monatelang, fühlten sie sich müde und depressiv. Alles sei für die Betroffenen eine Anstrengung, und nichts werde genossen. Sie seien in der Regel jedoch fähig, mit den wesentlichen Anforderungen des täglichen Lebens fertig zu werden. Eine

Dysthymia beginne gewöhnlich früh im Erwachsenenleben und dauere mindestens mehrere Jahre, manchmal lebenslang. Bei Beginn im höheren Lebensalter trete die Störung häufig nach einer abgrenzbaren depressiven Episode (F32) auf. Die Störung könne nach einem Trauerfall oder nach einer anderen offensichtlichen Belastung im höheren Lebensalter auftreten. Auf dieser Basis könnten auch die von Dr. med. D.\_\_\_\_ beschriebenen reaktiven Anteile und die interfamiliäre Problematik sowie deren anhaltenden Einfluss auf den psychischen Zustand des Exploranden erklärt werden. Eine Dysthymie als affektive Störung begründe aus versicherungspsychiatrischer Sicht grundsätzlich keine Arbeitsunfähigkeit. Aufgrund der langen Dauer und der feststellbaren geringen Einschränkungen in der Affektivität sowie in der affektiven Belastbarkeit könne höchstens eine geringgradige Minderung der Leistungsfähigkeit in der Höhe von 10 % formuliert werden. Bezüglich des Schweregrades der subjektiven Klagen des Beschwerdeführers sei Folgendes festzuhalten: Er habe den Weg zur Gutachterstelle selbstständig ohne Begleitung mit öffentlichen Verkehrsmitteln zurückgelegt. Hiermit und durch seinen Tagesablauf habe er gezeigt, dass er durchaus in der Lage sei, mit den Anforderungen des täglichen Lebens fertig zu werden. Er bringe zudem Interesse an seinen Kindern auf und vermöge sie auch zu Aktivitäten zu begleiten. Für den Urlaub sei er in der Lage, eine lange Busfahrt nach Kroatien zu überstehen. Der Beschwerdeführer habe ohne Schwierigkeiten die zweistündige Exploration toleriert. Dies weise auf eine ausreichende psychische Belastbarkeit hin. 7.2 Im Zeitpunkt der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 26. Oktober 2016 (A.S. 1 ff.) präsentierte sich der medizinische Sachverhalt im Wesentlichen wie folgt: 7.2.1 Am 6. Dezember 2013 wurden beim Beschwerdeführer aufgrund der Diagnosen «Degenerative medial und laterale Meniskusläsionen bei fortgeschrittener, lateralbetonter Pangoarthrose rechts sowie freier Gelenkkörper im Recessus lateralis» eine Knie-Arthroskopie rechts mit Teilmenisektektomie medial und lateral sowie eine Gelenkstoilette und eine Entfernung des freien Gelenkkörpers durchgeführt (IV-Nr. 89, S. 8). 7.2.2 Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie FMH, diagnostizierte in seinem Bericht vom 25. März 2014 (IV-Nr. 89, S. 7) eine fortgeschrittene Pangoarthrose rechts. Weiter führte er aus, im Dezember sei eine arthroskopische Gelenkstoilette durchgeführt worden, was leider keine nachhaltige Linderung gebracht habe. Ebenso seien Steroid-Instillationen ohne Erfolg geblieben. Der Leidensdruck sei derart, dass sich der Beschwerdeführer nicht in der Lage sehe, seine mehrheitlich stehenden und gehenden Arbeiten in einer Druckerei auszuführen. 7.2.3 Mit Bericht vom 22. April 2014 (IV-Nr. 89, S. 3) hielt Dr. med. E.\_\_\_\_ fest, am 27. März 2014 sei beim Beschwerdeführer eine Knie-Totalprothese implantiert worden. Aktuell bestehe aufgrund des postoperativen Schwellungs- und Schmerzzustandes eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. 7.2.4 Im Bericht vom 4. Juni 2014 (IV-Nr. 89, S. 1) führte Dr. med. E.\_\_\_\_ aus, zwei Monate nach der durchgeführten Knie-Totalprothese präsentiere sich ein durchaus noch zeitgerechter Verlauf. Physiotherapeutisch unterstützt erwarte er, Dr. med. E.\_\_\_\_, eine weitere Verbesserung der Beweglichkeit, ebenso erwarte er einen Rückgang des Schwellungszustandes bis zur nächsten klinischen Verlaufskontrolle in weiteren 8 Wochen. Bis dann scheine eine Vermittelbarkeit aufgrund des Knies nicht gegeben zu sein, entsprechend werde die Arbeitsunfähigkeit bis dann zu 100 % attestiert. Durch die Kündigung der bisherigen Arbeitsstelle habe sich sicher eine bedeutende psychosoziale Verschärfung ergeben. Entsprechend stellten der Beschwerdeführer und seine Ehefrau die Frage nach der Invalidität, da sie kaum an eine Jobfindung im Alter von 58 Jahren mit frisch operiertem Knie glaubten. Aufgrund dieser Belastung sei der Beschwerdeführer nun auch in psychiatrischer Behandlung. 7.2.5 Der behandelnde

Psychiater, Dr. med. D.\_\_\_\_, diagnostizierte in seinem Bericht vom 7. August 2014 (IV-Nr. 114) agitiert-depressive Anpassungsstörungen in anhaltenden stressvollen schwierigen psychosozialen Lebensumständen (ICD-10: F43.2, invalidisierte Ehefrau, invalidisierter Sohn, Arbeitsplatzkündigung per 31. August 2014). Es bestünden eine anhaltende agitiert-depressive Grundstimmung mit starken existentiellen Zukunftsängsten, eine starke innere Unruhe und Nervosität, agitiert-impulsives Verhalten, Konzentrationsprobleme, Vergesslichkeit, Kraftlosigkeit, Müdigkeit, Antriebslosigkeit, anhaltende Schlafstörungen mit nächtlichen Schweissausbrüchen, Stress- und Frustintoleranz, anhaltende belastungsabhängige schmerzhaftes LWS- und Kniebeschwerden rechts, stark verminderte Belastbarkeit und Ausdauervermögen, anhaltender sozialer Rückzug mit ausgeprägten Isolationstendenzen, stark beeinträchtigte Leistungsfähigkeit sowie Arbeitsunfähigkeit. Der Patient wirke in seinem Alltag weiterhin handlungsunfähig, unbelastbar, arbeitsunfähig, sozial stark zurückgezogen und isoliert. Er sei noch nicht in der Lage, akzeptable Zukunftspläne und eine neue berufliche Perspektive zu entwickeln. In den nächsten 2-3 Monaten rechne er, Dr. med. D.\_\_\_\_, aus psychiatrischer Sicht mit einer weiteren Zustandsverbesserung und somit Verbesserung der Arbeitsfähigkeit des Patienten.

7.2.6 In seinem Bericht vom 13. August 2014 (IV-Nr. 98) hielt Dr. med. E.\_\_\_\_ fest, viereinhalb Monate nach der Knie-Totalprothese erachte er die Befunde als durchaus zeitgerecht, sehe er doch ein Potenzial über 1 - 2 Jahre für eine weitere Verbesserung. In der Diskussion mit dem Patienten scheine auch primär die Frage bezüglich des Attestes der weiteren Arbeitsunfähigkeit zu sein und eine allfällige IV-Abklärung. Der Beschwerdeführer sehe sich aktuell überhaupt nicht in der Lage, wieder eine Arbeit aufzunehmen, wie zuletzt auch aus Gründen des psychischen Druckes nach der Kündigung. Er, Dr. med. E.\_\_\_\_, habe die Arbeitsunfähigkeit auf 100 % weiter attestiert.

7.2.7 Im Psychiatrischen Gutachten vom 1. Dezember 2014 (IV-Nr. 102, S. 3), welches Dr. med. G.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, zu Handen der Taggeldversicherung Helsana erstellte, wurde eine Anpassungsstörung mit vorwiegender Störung von anderen Gefühlen (F43.23) diagnostiziert. Weiter führte Dr. med. G.\_\_\_\_ aus, bei der Untersuchung zeige der Beschwerdeführer eine dysphorische Verstimmung, sobald er über die Folgen der Knieschädigung und den Stellenverlust berichte. Hinweise für ein depressives Zustandsbild habe sie, Dr. med. G.\_\_\_\_, nicht gefunden. Der Versicherte könne sich schnell entscheiden, die Sprache sei flüssig, Mimik und Gestik lebhaft, die Stimmung sei nicht durchwegs zum negativen Pol hin verschoben. Der Antrieb sei unauffällig. Insuffizienz- oder Schuldgefühle würden fehlen. Die Kriterien für eine depressive Episode seien zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht erfüllt. Aufgrund der vorliegenden Befunde stelle sie, Dr. med. G.\_\_\_\_, in Übereinstimmung mit dem behandelnden Psychiater die Diagnose einer Anpassungsstörung, codiere diese aber im Gegensatz zum behandelnden Psychiater nicht unter F 43.2 (mit längerer depressiver Reaktion), sondern unter F 43.23 (mit vorwiegender Störung anderer Gefühle). Bezüglich der eingesetzten Medikation lasse sich feststellen, dass der Versicherte das Antidepressivum entgegen seinen Angaben nicht gemäss Verordnung einnehme. Bei Surmontil, das eine Halbwertszeit von 24 Stunden habe, müsste der Medikamentenblutspiegel bei regelmässiger Einnahme nachweisbar sein. Aus psychiatrischer Sicht lasse sich aufgrund der vorliegenden Beschwerden und Befunde keine anhaltende Arbeitsunfähigkeit bestätigen. Vielmehr sei davon auszugehen, dass sich der Versicherte besser fühlen würde, wenn er einer angepassten Arbeit nachgehen könnte.

7.2.8 Dr. med. E.\_\_\_\_ diagnostizierte in seinem Bericht vom 4. Dezember 2014 (IV-Nr. 102, S. 2) infrapatelläre Anlauf- und Belastungsschmerzen rechts bei Verdacht auf

peripatellärer Arthrofibrose nach Knie-Totalprothese rechts am 27. März 2014. Die Steroid-Instillation am 30. Oktober 2014 habe keine wesentliche Veränderung gebracht. Obwohl der Beschwerdeführer den Alltag meistern könne, seien durch die omnipräsenten infrapatellären Beschwerden die Kniebelastbarkeit, die Kraft und die Ausdauer erheblich eingeschränkt. Bereits anlässlich der letzten Konsultation habe er mit dem Beschwerdeführer die Operation der arthroskopischen Evaluierung und allenfalls Sanierung bei vermuteter Arthrofibrose erläutert. Der Beschwerdeführer möchte dies nicht unversucht lassen. So sei ein solcher Eingriff am 16. Januar 2015 geplant, worüber er wieder berichten werde. Die Arbeitsunfähigkeit habe er bis dann weiter auf 100 % belassen. 7.2.9 Am 16. Januar 2015 wurde beim Beschwerdeführer aufgrund der Diagnose einer ausgeprägten infra- und parapatellären Arthrofibrose bei Status nach Knie-Totalprothese rechts eine arthroskopische peri- und infrapatelläre Arthrolyse mit Narben-Resektion im rechten Knie durchgeführt (IV-Nr. 105, S. 6). 7.2.10 Im Bericht vom 10. März 2015 (IV-Nr. 105, S. 4) führte Dr. med. E. \_\_\_ aus, der Beschwerdeführer gebe an, dass der Alltag zwischenzeitlich wieder gut gemeistert werden könne, die Arthroskopie habe aber nur geringe Linderung gebracht. Das Knie bereite nach einer Gehstrecke von 15 Minuten zunehmend Beschwerden. In Ruhe, liegend und im Sitzen seien kaum Beschwerden vorhanden, ebenso gehe das Velofahren recht gut. Ein Jahr nach Knie-Totalprothese ziehe der Beschwerdeführer die Bilanz, dass das Knie zwar nicht ganz gut sei, im Vergleich zu den vorbestehenden Beschwerden habe sich der Eingriff aber doch gelohnt. Die scharfen, stechenden, präoperativen Schmerzen seien nicht mehr vorhanden, die Beschwerden jetzt seien eher diffus und dumpf. In seiner Beurteilung hielt Dr. med. E. \_\_\_ sodann fest, bezüglich des Knies sei sechs Wochen nach Arthroskopie sicher noch ein gewisses Mehrpotential vorhanden. Alles in allem stufe er, Dr. med. E. \_\_\_, das aktuelle Bild als regelrechtes Jahresergebnis ein. Entsprechend scheine ihm aus orthopädischer Sicht die Vermittelbarkeit in einer angepassten Tätigkeit (mehrheitlich sitzend, ohne Tragen und Heben von schweren Lasten) durchaus gegeben. 7.2.11 Im Bericht vom 4. Februar 2016 (IV-Nr. 111) diagnostizierte Dr. med. E. \_\_\_ ein Reizknie bei Patella baja bei Status nach Knie-Totalprothese rechts am 27. März 2014 und arthroskopischer peripatellärer Arthrolyse am 16. Januar 2015. Der Beschwerdeführer beklage persistierende positions- und belastungsabhängige Knieschmerzen. So seien längeres Sitzen, Stehen oder auch Gehen schmerzhaft und würden ihn zum Einnehmen von unbelasteten Ruhepositionen mit gestrecktem Bein zwingen. Das Knie zeige auch eine belastungsabhängige Schwellungstendenz. Je mehr Schwellung da sei, desto mehr Beschwerden mache das Knie. Aufgrund der Beschwerden seien nicht nur kniebelastende, sondern auch sitzende Tätigkeiten kaum vorstellbar, entsprechend sehe der Beschwerdeführer keine Vermittelbarkeit auf dem Arbeitsmarkt. Weiter führte Dr. med. E. \_\_\_ aus, es präsentiere sich ein Reizknie, welches er auf persistierende erhebliche peripatelläre Vernarbungen und eine Patella baja zurückführe, wie sie sich in den radiologischen Voraufnahmen abzeichne. So zeige auch die letzte Röntgenaufnahme im vergangenen Jahr einen Kontakt der Patellaspitze mit der tibialen Polyäthylen-Komponente. Er habe heute 25 ml strohgelben Reizerguss abpunktiert und eine Ampulle Kenacort 40 ins Knie instilliert. Durch die Ergussentlastung habe sich bereits eine gewisse Entschärfung eingestellt durch weniger Druckgefühl im Knie. Es gelte nun die Steroid-Wirkung abzuwarten. Diese Massnahmen könnten 1 - 2 Mal jährlich wiederholt werden. Sollte aber ein bedeutender Erfolg ausbleiben, dürfte bei entsprechendem Leidensdruck die offene Arthrolyse eventuell in Verbindung mit Retropatellarersatz und Proximalisierung der Patella via

Tuberositas-Osteotomie erwogen werden. 7.2.12 Mit Bericht vom 14. Juni 2016 (IV-Nr. 115, S. 2) hielt Dr. med. E.\_\_\_\_ fest, wie er bereits mit Bericht vom 2. Februar 2016 ausgeführt habe, bestünden bedeutende Restbeschwerden zwei Jahre nach Knie-Totalprothese rechts infolge peripatellärer Vernarbungen und Palla baja. Bezüglich der Arbeitsfähigkeit sei die Gewichtung dieser Beschwerden sehr schwierig: Eine bedeutende Beeinträchtigung der Kniefunktion liege sicher vor, so dass die subjektive Einschätzung des Beschwerdeführers realistisch sei, dass er so mit seinem Gesundheitszustand, seinem Alter und seinem Bildungsstand auch für ein reduziertes Arbeitspensum auf dem Arbeitsmarkt keine Chance habe. Bei streng isolierter Betrachtung des Knies könnte ein rund 50%iges Arbeitspensum in mehrheitlich sitzender, wechselnd stehender und nicht kniebelastender Tätigkeit zugemutet werden. Dabei wären aber begleitende, nicht den Bewegungsapparat betreffende Diagnosen ausgeschlossen. 7.2.13 In ihrer Stellungnahme vom 8. September 2016 (IV-Nr. 117) hielt Dr. med. H.\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeine Medizin, vom RAD fest, dem Versicherten sei, bei schwerer Pangoarthrose rechts, am 27. März 2014 eine Knie-Totalendoprothese implantiert worden. Aufgrund vermehrter stechender Schmerzen postoperativ sei am 16. Januar 2015 eine arthroskopische peri- und infrapatelläre Arthrolyse mit Narbenresektion im rechten Knie durchgeführt worden. Postoperativ seien in Ruhe, im Liegen und im Sitzen kaum Beschwerden vorhanden gewesen, allerdings hätten sich nach einer Gehzeit von 15 Minuten zunehmend Beschwerden im rechten Kniegelenk entwickelt (Arztbericht vom 10. März 2015, Dr. med. E.\_\_\_\_). Dr. med. E.\_\_\_\_ habe zu diesem Zeitpunkt die Vermittelbarkeit in einer angepassten Tätigkeit durchaus als gegeben angesehen. In dem IV-Bericht vom 14. Juni 2016 habe Dr. med. E.\_\_\_\_ dann die Arbeitsfähigkeit des Versicherten in einer angepassten Tätigkeit mit 50 % beurteilt, infolge peripatellärer Vernarbungen und Patella baja. Zudem habe Dr. med. E.\_\_\_\_ in diesem IV-Bericht von der tiefen Überzeugung des Versicherten berichtet, so auf dem Arbeitsmarkt nicht mehr bestehen zu können. Laut dem Chirurgen würden sich diese IV-fremden Probleme des Versicherten sicher auch noch zusätzlich auf das Knie als Somatisierungs-Fokus projizieren. Der Versicherte habe schon in Rahmen des Früherfassungsgespräches am 7. August 2014 erwähnt, regelmässig spazieren zu gehen und vermöge also sein Kniegelenk bis zu einem gewissen Grade zu belasten. Es sei daher die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit von Dr. med. E.\_\_\_\_ vom 10. März 2015 zu übernehmen. Dem Versicherten sei zuzumuten, in einer angepassten, überwiegend sitzenden Tätigkeit, mit Möglichkeit zur Bewegung zu 100 % zu arbeiten. 7.2.14 In seiner Stellungnahme vom 7. November 2016 (IV-Nr. 120) führte Dr. med. E.\_\_\_\_ aus, der ablehnende Entscheid der IV-Stelle werde unter anderem damit begründet, dass er, Dr. med. E.\_\_\_\_, im Bericht vom 10. März 2015 von einer uneingeschränkten Vermittelbarkeit in einer angepassten Tätigkeit ausgegangen sei. In seiner Stellungnahme vom 14. Juni 2016 sei er jedoch von einem 50%ig zumutbaren Arbeitspensum in mehrheitlich sitzender, wechselnd stehender und nicht in belastender Tätigkeit ausgegangen. Die RAD-Ärztin habe diese Einschätzung der Arbeitsfähigkeit nicht nachvollziehen können. Weiter werde ausgeführt, dass keine Anhaltspunkte dafür bestünden, dass sich die gesundheitliche Situation in Bezug auf die Knieproblematik verschlechtert habe. In seinem Bericht vom 2. Februar 2016, zu welchem die ergänzende Stellungnahme vom 14. Juni 2016 erfolgt sei, stelle er aber fest, dass eine zunehmende Patella baja vorhanden sei. Im Entscheid der IV-Stelle werde auch nicht gewürdigt, dass die Beschwerden und der Leidensdruck derart seien, dass der Beschwerdeführer zu einer erneuten Knie-Revision bereit sei. So sei am 30. November 2016 die offene Arthrolyse mit

Bereitschaft zum Retropatellar-Ersatz und zur Proximalisierung der Patella geplant. Obwohl der Erfolg nicht versprochen werden könne, nehme der Beschwerdeführer die Unannehmlichkeiten und die Risiken einer erneuten Operation in Kauf, was den bedeutenden Leidensdruck dokumentiere. So halte Dr. med. E. \_\_\_ an seiner Einschätzung einer 50%igen Arbeitsunfähigkeit fest. 7.2.15 Am 30. November 2016 wurden beim Beschwerdeführer aufgrund der Diagnose «Vordere Knieschmerzen und Funktionsdefizit bei Patella baja und Arthrofibrose» eine offene Arthrolyse, Retropatellarersatz und Patellatrimmung rechts durchgeführt (A.S. 42). 7.2.16 In seinem Bericht vom 18. Januar 2017 (A.S. 43) hielt Dr. med. E. \_\_\_ fest, 7 Monate (recte: 7 Wochen) nach offener Arthrolyse und Retropatellarersatz im rechten Knie könne der Beschwerdeführer den Alltag gut meistern, Spaziergänge über 15 Minuten Dauer führten dann aber wieder zu vermehrten Spannungsbeschwerden im Knie, insbesondere auch popliteal. Der Beschwerdeführer könne im Moment noch nicht sagen, wieviel der Eingriff gebracht habe. Im Moment sei er etwa gleichweit wie präoperativ. Velofahren tue gut, entsprechend aktiv sei der Beschwerdeführer auf dem Home-Trainer. Weiter führte Dr. med. E. \_\_\_ aus, im Moment sei der Verlauf soweit befriedigend, dass keine Verschlechterung eingetreten sei, tatsächlich bestehe jetzt auch wieder ein grosses weiteres Spontanverbesserungspotenzial. 8. Der Beschwerdeführer meldete sich am 21. Juli 2014 (Eingang bei der IV-Stelle) – wie vorgehend unter Ziff. I. 2. festgehalten – erneut zum Leistungsbezug bei der Beschwerdegegnerin an. Gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG entsteht der Rentenanspruch frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Artikel 29 Absatz 1 ATSG. Vorliegend ist somit eine allfällige Rentenleistung ab 1. Januar 2015 umstritten. Wie aus den vorstehend aufgeführten Arztberichten ersichtlich, attestierte der behandelnde orthopädische Chirurg, Dr. med. E. \_\_\_, dem Beschwerdeführer ab Durchführung der Kniearthroskopie vom 6. Dezember 2013 bis 10. März 2015 durchgehend eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (vgl. IV-Nrn.: 89, S. 3 f.; 89, S. 8; 89, S. 1; 98; 102, S. 2, 105, S. 4). Zudem wurden beim Beschwerdeführer am 27. März 2014 eine Knie totalprothese implantiert sowie am 16. Januar 2015 eine arthroskopische peri- und infrapatelläre Arthrolyse mit Narbenresektion durchgeführt (vgl. IV-Nr. 105, S. 6), was die von Dr. med. E. \_\_\_ attestierte Arbeitsunfähigkeit nachvollziehbar erscheinen lässt. Des Weiteren machte Dr. med. E. \_\_\_ in seinem Bericht vom 4. Februar 2016 mit der neuen Diagnose «Reizknie bei Patella baja» wiederum eine Verschlechterung geltend und attestierte dem Beschwerdeführer infolgedessen mit Bericht vom 14. Juni 2016 eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit. Die RAD-Ärztin Dr. med. H. \_\_\_, stellte in ihrer Stellungnahme vom 8. September 2016 – auf welche sich die Beschwerdegegnerin in ihrem Entscheid abstützte – jedoch lediglich auf die Beurteilung von Dr. med. E. \_\_\_ im Bericht vom 10. März 2015 ab, worin dieser dem Beschwerdeführer wiederum eine volle Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit attestierte. Dagegen verneinte sie in ihrer Stellungnahme vom 8. September 2016 eine Verschlechterung. So habe Dr. med. E. \_\_\_ von der tiefen Überzeugung des Versicherten berichtet, so auf dem Arbeitsmarkt nicht mehr bestehen zu können. Laut dem Chirurgen würden sich diese IV-fremden Probleme des Versicherten sicher auch noch zusätzlich auf das Knie als Somatisierungs-Fokus projizieren. Der Versicherte habe schon im Rahmen des Früherfassungsgesprächs am 7. August 2014 erwähnt, regelmässig spazieren zu gehen und vermöge also sein Kniegelenk bis zu einem gewissen Grade zu belasten. Es sei daher die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit von Dr. med. E. \_\_\_ vom 10. März 2015 zu übernehmen. Diese Ausführungen von Dr. med. H. \_\_\_ vermögen nicht zu überzeugen. So hat Dr. med. E. \_\_\_ eine Verschlechterung

aufgrund neuer objektivierbarer Diagnosen begründet. Somit lässt sich diese Verschlechterung nicht einfach mit dem Hinweis auf eine allfällige Krankheitsüberzeugung des Beschwerdeführers verneinen, zumal die Argumentation, der Beschwerdeführer gehe regelmässig spazieren und vermöge also sein Kniegelenk bis zu einem gewissen Grade zu belasten, zur Begründung einer vollen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit nicht ausreicht. Zu diesem Schluss kam die Beschwerdegegnerin schliesslich auch selbst, indem sie die angefochtene Verfügung wiedererwägungsweise aufhob bzw. dem Versicherungsgericht beantragte, die Sache sei zu weiteren Abklärungen an sie zurückzuweisen. Dass der Sachverhalt im Verfügungszeitpunkt am 26. Oktober 2016 ungenügend abgeklärt war, zeigt sich auch darin, dass beim Beschwerdeführer am 30. November 2016 aufgrund des vordiagnostizierten Funktionsdefizits bei Patella baja und Arthrofibrose eine offene Arthrolyse, Retropatellarersatz und Patellatrimmung rechts durchgeführt wurden. Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers kann aufgrund dieses unvollständig abgeklärten Sachverhalts keine Rentenzusprechung erfolgen. So liegen diesbezüglich lediglich die Arbeitsunfähigkeitseinschätzungen des behandelnden orthopädischen Chirurgen, Dr. med. E.\_\_\_\_, vor. Diese erscheinen zwar grundsätzlich nachvollziehbar, sind aber zu wenig eingehend begründet, um alleine gestützt darauf einen Entscheid zu fällen. Da es sich bei der Frage, welchen Einfluss die neu gestellten Diagnosen auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers haben, um eine gänzlich ungeklärte Frage handelt, ist die Sache zur Vornahme der genannten Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen (vgl. BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4). Diese hat nach den erfolgten Abklärungen neu über den Rentenanspruch des Beschwerdeführers zu befinden. Demnach ist die Beschwerde in Aufhebung der Verfügung vom 26. Oktober 2016 im Sinne der Erwägungen gutzuheissen.

#### **E. 7**

August 2014 gestellte Prognose, der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers werde sich in psychiatrischer Hinsicht in den nächsten 2-3 Monaten verbessern, habe sich demnach bestätigt. Der Beschwerdeführer mache keine Anhaltspunkte für eine psychische Verschlechterung seit der Begutachtung durch Frau Dr. med. G.\_\_\_\_ geltend. Sodann lasse sich für eine angepasste Tätigkeit aufgrund der bestehenden Knieproblematik keine längerdauernde Arbeitsunfähigkeit begründen. Gemäss dem Regional Ärztlichen Dienst (RAD) bestehe seit dem 10. März 2015 - einige Wochen nach der Kniearthroskopie rechts am 16. Januar 2015 - für eine angepasste, überwiegend sitzende Tätigkeit mit der Möglichkeit zur Bewegung wieder eine volle Arbeitsfähigkeit. Der behandelnde Orthopäde Dr. med. E.\_\_\_\_ gehe in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 14. Juni 2016 zum Sprechstundenbericht vom 4. Februar 2016 zwar von einem zumutbaren 50%igen Arbeitspensum in mehrheitlich sitzender, wechselnd stehender und nicht kniebelastender Tätigkeit aus. Diese Einschätzung der Arbeitsfähigkeit sei für die RAD-Ärztin jedoch nicht nachvollziehbar (s. Ausführungen in der RAD-Stellungnahme vom 8. September 2016). Noch im Bericht vom 10. März 2015 sei Dr. med. E.\_\_\_\_ von einer uneingeschränkten Vermittelbarkeit in einer angepassten Tätigkeit ausgegangen. Es bestünden keine Anhaltspunkte dafür, dass sich die gesundheitliche Situation des Beschwerdeführers in Bezug auf die Knieproblematik seither verschlechtert habe.

6. Wie vorgehend in E. I. 4. festgehalten, hat die Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 7. Februar 2017 die Verfügung vom 26. Oktober 2016 zwecks weiterer Abklärungen wiedererwägungsweise lite pendente aufgehoben. Nach Art. 53 Abs. 3 ATSG kann der

Versicherungsträger eine Verfügung oder einen Einspracheentscheid, gegen die Beschwerde erhoben worden ist, so lange wiedererwägen, bis er gegenüber der Beschwerdebehörde Stellung nimmt. Insbesondere steht es dem Versicherungsträger frei, während des laufenden Beschwerdeverfahrens ohne Beachtung der besonderen Wiedererwägungsvoraussetzungen (insbesondere ohne Annahme einer zweifellosen Unrichtigkeit) auf den Entscheid zurückzukommen. Insofern ist die verfügte Wiedererwägung grundsätzlich zulässig. Entspricht die Wiedererwägung jedoch, wie im vorliegenden Fall, nicht dem im Beschwerdeverfahren gestellten Antrag, kommt sie bloss einem Antrag an das Gericht gleich (Zum Ganzen: Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 3. Auflage 2015, Art. 53, Rz 76 ff., mit vielen Hinweisen auf Rechtsprechung und Literatur).

7. Zu prüfen ist somit im Folgenden, ob die Beschwerdegegnerin das im Rahmen der Neuanmeldung des Beschwerdeführers vom 21. Juli 2014 beantragte Leistungsbegehren mit Verfügung vom 26. Oktober 2016 aufgrund eines errechneten IV-Grades von 29 % zu Recht abgewiesen hat. Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neuanmeldungsverfahren ■ analog zur Rentenrevision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG (BGE 105 V 29 S. 30) ■ durch Vergleich des Sachverhalts, wie er im Zeitpunkt der letzten Ablehnungsverfügung, welcher eine materielle Abklärung vorangegangen war ■ vorliegend die Verfügung vom 12. September 2008 ■ bestanden hat, mit demjenigen zur Zeit der streitigen neuen Verfügung vom 26. Oktober 2016 (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts I 783/05 vom 18. April 2006 E. 1; BGE 130 V 71 E. 3.1 S. 73, mit Hinweisen; AHI 1999 S. 84 E. 1b; Urteil des Bundesgerichts 8C\_819/2013 vom 4. Februar 2014 E. 2).

7.1 Im Zeitpunkt der in Rechtskraft erwachsenen letzten Rentenverfügung vom 12. September 2008 (IV-Nr. 66) stützte sich die Beschwerdegegnerin im Wesentlichen auf das rheumatologische Gutachten von Dr. med. B.\_\_\_\_ vom 27. März 2007 (IV-Nr. 52) sowie das psychiatrische Gutachten von Prof. Dr. med. C.\_\_\_\_ vom 16. Januar 2008 (IV-Nr. 55).

7.1.1 Im rheumatologischen Gutachten vom 27. März 2007 (IV-Nr. 52) stellte Dr. med. B.\_\_\_\_ folgende Diagnosen:

Zur Beurteilung hielt Dr. med. B.\_\_\_\_ fest, bezüglich der Adipositas liege mit einem Body-Mass-Index von 31, ein Übergewicht von 21 kg, bezogen auf das statistische Normalgewicht, vor. Damit belaste sich dieser Versicherte körperlich. Gewichtsreduzierende Massnahmen seien dringendst indiziert und in der Umsetzung auch zumutbar. Während der klinischen Untersuchung, habe eine schmerzvermittelnde Mimik und Gestik imponiert. So sei das Bewegungsmuster teilweise verlangsamt gewesen und bei einer zunächst harmonischen Entfaltung der axialen Bewegungssegmente, insbesondere lumbal, habe plötzlich ein muskulärer Widerstand eingesetzt, der das Bewegungsspiel abrupt abgeblockt habe. Erst nach wiederholter klinischer Untersuchung sei es dann möglich gewesen, abschliessende Aussagen zur Restbeweglichkeit formulieren zu können. Diese schmerzvermittelnde Mimik und Gestik könne vordergründig nicht auf ein bekanntes somatisch-pathologisches Krankheitsbild abgestützt werden. An den oberen Extremitäten habe Dr. med. B.\_\_\_\_ keinen klinisch-pathologischen Befund und keine funktionelle Einschränkung objektivieren können. An der Wirbelsäule habe er im Bereich der Hals- und der Brustwirbelsäule keinen klinisch-pathologischen Befund objektivieren können, diese Bewegungen seien schmerzfrei durchgeführt worden und auch bei der Palpation der paravertebralen Weichteile habe der Versicherte keine Druckschmerzen beschrieben. Im

Bereich der Lendenwirbelsäule habe der Versicherte sämtliche Bewegungen als gleich schmerzhaft beschrieben, egal ob die Bewegungen in aufrechter, stehender oder sitzender Körperhaltung, in der die axialen Bewegungssegmente durch das Körpergewicht belastet würden, oder in möglichst entspannter, liegender Körperhaltung erfolgt seien. Dies weise auf vordergründig nicht somatisch abstützbare Beschwerden hin, denn bei vordergründig somatisch abstützbaren Beschwerden seien solche Beschwerden zu erwarten, die eindeutig mit beschwerdeverstärkenden, respektive mit eindeutig schmerzlindernden Schmerzmechanismen verbunden seien. In der klinischen Untersuchung habe in der segmentalen Funktionsprüfung lumbal keine gesicherte Bewegungseinschränkung objektiviert werden können. Die Palpation der paravertebralen Weichteile der Lendenwirbelsäule sei als diskret schmerzhaft, insbesondere jedoch nicht als sehr schmerzhaft beschrieben worden, und da habe Dr. med. B.\_\_\_\_ keinen klinisch-pathologischen Weichteilbefund objektivieren können. Aufgrund der Beschwerdeschilderung und der klinischen Befunde liege auch kein Hinweis für ein akutes radikuläres Reiz- oder Ausfallsyndrom, für einen Nervendehnungsschmerz oder für einen engen Spinalkanal vor. Der anlässlich dieser Begutachtung als höchstens leichtgradig abgeschwächt einzustufende PSR-Reflex rechts, und dies geschätzt ausschliesslich aufgrund des Seitenvergleiches, sei grundsätzlich vereinbar mit einem Zustand, wie er nach einer radikulären Kompressionssymptomatik als Residuum noch angetroffen werden könne. Der als höchstens leichtgradig abgeschwächt einzustufende PSR-Reflex rechts bei zudem fehlenden Hinweisen für einen Nervendehnungsschmerz sei als ein altes radikuläres Zeichen für eine stattgehabte Läsion der Wurzel L4 rechts zu interpretieren. Unterdessen, wie im neurochirurgischen Konsiliumsbericht vom 10. Oktober 2002 erwähnt, könne Dr. med. B.\_\_\_\_ weiterhin keinen Hinweis für eine Parese objektivieren und die damals beschriebene leichtgradige Quadrizephypotrophie rechts habe sich unterdessen vollständig zurückgebildet. Das heisse, dass ein sehr erfreulicher Verlauf vorliege, wenn auf objektivierbare Faktoren abgestützt werde. Des Weiteren seien konventionellradiologisch in den hochlumbalen Bewegungssegmenten diskrete Deck- und Bodenplattenunregelmässigkeiten zur Darstellung gekommen, die verursacht seien durch eine kongenitale Dysplasie der Osteochondrosis juvenilis Scheuermann. Bezüglich dieser kongenitalen Dysplasie sei, aufgrund von epidemiologischen Untersuchungen, bekannt, dass dann Beschwerden durch diese Dysplasie verursacht würden, wenn sie vor dem 16. bis 18. Lebensjahr auftreten würden. Dies treffe bei diesem Versicherten jedoch nicht zu. An den unteren Extremitäten habe er sodann keine relevanten klinisch-pathologischen Befunde und keine Hinweise für eine funktionelle Einschränkung objektivieren können. Die Hüftgelenke seien beidseits frei beweglich und lösten lokal keine Schmerzen aus. Die Kniegelenke wiesen beidseits einen altersentsprechenden Normalbefund auf mit einem höchstens diskreten Streckdefizit von wenigen Graden. Insbesondere habe er, Dr. med. B.\_\_\_\_, keinen Hinweis für eine beginnende Arthrosebildung objektivieren können, wie zum Beispiel mit einem die Altersnorm überschreitenden Ausmass eines retropatellären Reibens, einem Meniskuszeichen, einem Gelenkserguss oder einer Gelenksinstabilität. Bezüglich der Arbeitsfähigkeit gelte es darauf hinzuweisen, dass sich dieser Versicherte im Rahmen seines Übergewichtes körperlich belaste. Insofern falle es ihm, Dr. med. B.\_\_\_\_, grundsätzlich schwer, eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit für weniger körperlich belastende Arbeiten zu formulieren. Andererseits könnten die oben erwähnten somatisch-pathologischen Befunde objektiviert werden. Die Arbeitsfähigkeit sei, aus rein somatisch-rheumatologischer Sicht beurteilt, für körperlich schwergradig belastende

Arbeiten und für solche, die verbunden seien mit dem repetitiven beruflichen Bewegen von Gewichten über 7,5 bis 10 kg und für solche, die das Einhalten der Rückenergonomie nicht zulassen würden, nicht mehr gegeben. Für Haushaltsarbeiten mit einem leicht- bis mässiggradig körperlich belastenden Arbeitsprofil könne, aus rein somatisch-rheumatologischer Sicht beurteilt, keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit formuliert werden, zumal diese Tätigkeiten in idealer Weise mit reduziertem Tempo über den Tag verteilt abgeleistet werden könnten. Für die frühere berufliche Tätigkeit dieses Versicherten und für eine geeignete Verweistätigkeit könne derzeit, aus rein somatisch-rheumatologischer Sicht beurteilt, keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit angenommen werden. Die geeignete Verweistätigkeit für diesen Versicherten liege in einem klimatisierten Raum, beschränke sich auf leicht- bis mässiggradig körperlich belastende Arbeiten und lasse die Möglichkeit zu, zu wechseln zwischen sitzender, stehender und gehender Körperhaltung. Das Einhalten der Rückenergonomie sei wünschenswert. Die repetitiv zu bewegendenden Gewichte sollten nicht schwerer als 7,5 bis 10 kg sein.

7.1.2 Prof. Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte in seinem psychiatrischen Gutachten vom 16. Januar 2008 (IV-Nr. 55) eine Dysthymie (ICD-10 F34.1). Zur Beurteilung hielt er fest, in der psychopathologischen Untersuchung präsentiere sich ein misstrauisch dysphorisch gereizter und wenig offener Proband, der durchaus - wenn auch zum Negativen hin - schwingungsfähig sei. Der Affekt sei nicht anhaltend depressiv. Es hätten Hinweise für situationsbedingte Bedrücktheit bestanden. Schuldgefühle oder Gefühle des mangelnden Selbstwertes seien nicht vorhanden. Im Gegenteil werde der kranken Ehefrau die Übernahme der Hausarbeit zugemutet ohne Auswirkungen auf das eigene Selbstwertgefühl. Auffälligkeiten fänden sich bei der Prüfung der seriellen Subtraktion, die in Anbetracht des Ausbildungsniveaus des Probanden zu viele einfache Fehler aufweise und durch Intervention überwunden werden könne, so dass es sich hierbei um bewusstseinsnahe Verdeutlichungstendenzen handle. Im Weiteren habe der Explorand die gestellten Fragen zurückhaltend beantwortet und sei in seinen Äusserungen eher beschwerde- und defizitorientiert gewesen. Gemäss dem Befundstatus könnten beim Exploranden ausser einer situationsabhängigen Bedrücktheit, gewisser dysphorischer gereizter Affektivität und Gedanken über Lebensüberdruß keine weiteren Befunde festgestellt werden, welche für die Diagnose einer affektiven Störung sprechen würden. Die vorgenannten Befunde würden nicht ausreichen, um eine eigenständige depressive Episode zu diagnostizieren. Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, habe ferner von einer reaktiven depressiven Problematik berichtet und wiederholt beschrieben, dass die Prognose der depressiven Symptomatik von der Schmerzsymptomatik und von der familiären Problematik abhängen. Auf dieser Basis werde die von Herr Dr. med. D.\_\_\_\_ beschriebene depressive Symptomatik im Rahmen einer länger anhaltenden depressiven Störung im Sinne einer Anpassungsstörung interpretiert. Hier handle es sich um einen gestörten Anpassungsprozess nach einer einschneidenden Lebensveränderung oder nach belastenden Lebensereignissen. Die Betroffenen beklagten sich über depressive Stimmung, Angst, andauernde Besorgnis oder einer Mischung dieser Symptome. Die Betroffenen fühlten sich beeinträchtigt, sie hätten in der gegenwärtigen Situation Mühe, voranzuplanen und dementsprechend zu handeln. Oft werde auch von einer Einschränkung bei der Bewältigung der alltäglichen Routine berichtet. Hingegen seien die festgestellten Symptome nicht schwer genug oder so markant, dass die Diagnose einer affektiven Störung gestellt werden könne. Die Störung beginne im Allgemeinen innerhalb eines Monats nach

dem belastenden Ereignis oder der Lebensveränderung und die Symptome würden meist nicht länger als sechs Monate anhalten, ausser bei der längeren depressiven Reaktion. Bei einer längeren depressiven Reaktion könnten die Symptome während maximal zwei Jahren persistieren. Daher werde in erster Linie aufgrund der Zeitkriterien und der vom Exploranden beschriebenen Symptomatik sowie der im Rahmen der gutachterlichen Untersuchung festgestellten Pathologie eine Dysthymie gemäss ICD-10 F34.1 diagnostiziert. Dabei handle es sich um eine chronische depressive Verstimmung, die nach Schweregrad und Dauer der einzelnen Episoden gegenwärtig nicht die Kriterien für eine rezidivierende leichte oder mittelgradige depressive Störung erfülle. Die Betroffenen hätten gewöhnlich zusammenhängende Perioden von Tagen oder Wochen, in denen sie ein gutes Befinden beschreiben würden. Aber meistens, oft monatelang, fühlten sie sich müde und depressiv. Alles sei für die Betroffenen eine Anstrengung, und nichts werde genossen. Sie seien in der Regel jedoch fähig, mit den wesentlichen Anforderungen des täglichen Lebens fertig zu werden. Eine Dysthymia beginne gewöhnlich früh im Erwachsenenleben und dauere mindestens mehrere Jahre, manchmal lebenslang. Bei Beginn im höheren Lebensalter trete die Störung häufig nach einer abgrenzbaren depressiven Episode (F32) auf. Die Störung könne nach einem Trauerfall oder nach einer anderen offensichtlichen Belastung im höheren Lebensalter auftreten. Auf dieser Basis könnten auch die von Dr. med. D. \_\_\_ beschriebenen reaktiven Anteile und die interfamiliäre Problematik sowie deren anhaltenden Einfluss auf den psychischen Zustand des Exploranden erklärt werden. Eine Dysthymie als affektive Störung begründe aus versicherungspsychiatrischer Sicht grundsätzlich keine Arbeitsunfähigkeit. Aufgrund der langen Dauer und der feststellbaren geringen Einschränkungen in der Affektivität sowie in der affektiven Belastbarkeit könne höchstens eine geringgradige Minderung der Leistungsfähigkeit in der Höhe von 10 % formuliert werden. Bezüglich des Schweregrades der subjektiven Klagen des Beschwerdeführers sei Folgendes festzuhalten: Er habe den Weg zur Gutachterstelle selbstständig ohne Begleitung mit öffentlichen Verkehrsmitteln zurückgelegt. Hiermit und durch seinen Tagesablauf habe er gezeigt, dass er durchaus in der Lage sei, mit den Anforderungen des täglichen Lebens fertig zu werden. Er bringe zudem Interesse an seinen Kindern auf und vermöge sie auch zu Aktivitäten zu begleiten. Für den Urlaub sei er in der Lage, eine lange Busfahrt nach Kroatien zu überstehen. Der Beschwerdeführer habe ohne Schwierigkeiten die zweistündige Exploration toleriert. Dies weise auf eine ausreichende psychische Belastbarkeit hin.

7.2 Im Zeitpunkt der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 26. Oktober 2016 (A.S. 1 ff.) präsentierte sich der medizinische Sachverhalt im Wesentlichen wie folgt:

7.2.1 Am 6. Dezember 2013 wurden beim Beschwerdeführer aufgrund der Diagnosen «Degenerative medial und laterale Meniskusläsionen bei fortgeschrittener, lateralbetonter Pangenarthrose rechts sowie freier Gelenkkörper im Recessus lateralis» eine Knie-Arthroskopie rechts mit Teilmenisektomie medial und lateral sowie eine Gelenkstoilette und eine Entfernung des freien Gelenkkörpers durchgeführt (IV-Nr. 89, S. 8).

7.2.2 Dr. med. E. \_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie FMH, diagnostizierte in seinem Bericht vom 25. März 2014 (IV-Nr. 89, S. 7) eine fortgeschrittene Pangenarthrose rechts. Weiter führte er aus, im Dezember sei eine arthroskopische Gelenkstoilette durchgeführt worden, was leider keine nachhaltige Linderung gebracht habe. Ebenso seien Steroid-Instillationen ohne Erfolg geblieben. Der Leidensdruck sei derart, dass sich der

Beschwerdeführer nicht in der Lage sehe, seine mehrheitlich stehenden und gehenden Arbeiten in einer Druckerei auszuführen.

7.2.3 Mit Bericht vom 22. April 2014 (IV-Nr. 89, S. 3) hielt Dr. med. E.\_\_\_\_ fest, am 27. März 2014 sei beim Beschwerdeführer eine Knie-Totalprothese implantiert worden. Aktuell bestehe aufgrund des postoperativen Schwellungs- und Schmerzzustandes eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit.

7.2.4 Im Bericht vom 4. Juni 2014 (IV-Nr. 89, S. 1) führte Dr. med. E.\_\_\_\_ aus, zwei Monate nach der durchgeführten Knie-Totalprothese präsentiere sich ein durchaus noch zeitgerechter Verlauf. Physiotherapeutisch unterstützt erwarte er, Dr. med. E.\_\_\_\_, eine weitere Verbesserung der Beweglichkeit, ebenso erwarte er einen Rückgang des Schwellungszustandes bis zur nächsten klinischen Verlaufskontrolle in weiteren 8 Wochen. Bis dann scheine eine Vermittelbarkeit aufgrund des Knies nicht gegeben zu sein, entsprechend werde die Arbeitsunfähigkeit bis dann zu 100 % attestiert. Durch die Kündigung der bisherigen Arbeitsstelle habe sich sicher eine bedeutende psychosoziale Verschärfung ergeben. Entsprechend stellten der Beschwerdeführer und seine Ehefrau die Frage nach der Invalidität, da sie kaum an eine Jobfindung im Alter von 58 Jahren mit frisch operiertem Knie glaubten. Aufgrund dieser Belastung sei der Beschwerdeführer nun auch in psychiatrischer Behandlung.

7.2.5 Der behandelnde Psychiater, Dr. med. D.\_\_\_\_, diagnostizierte in seinem Bericht vom 7. August 2014 (IV-Nr. 114) agitiert-depressive Anpassungsstörungen in anhaltenden stressvollen schwierigen psychosozialen Lebensumständen (ICD-10: F43.2, invalidisierte Ehefrau, invalidisierter Sohn, Arbeitsplatzkündigung per 31. August 2014). Es bestünden eine anhaltende agitiert-depressive Grundstimmung mit starken existentiellen Zukunftsängsten, eine starke innere Unruhe und Nervosität, agitiert-impulsives Verhalten, Konzentrationsprobleme, Vergesslichkeit, Kraftlosigkeit, Müdigkeit, Antriebslosigkeit, anhaltende Schlafstörungen mit nächtlichen Schweißausbrüchen, Stress- und Frustintoleranz, anhaltende belastungsabhängige schmerzhafte LWS- und Kniebeschwerden rechts, stark verminderte Belastbarkeit und Ausdauervermögen, anhaltender sozialer Rückzug mit ausgeprägten Isolationstendenzen, stark beeinträchtigte Leistungsfähigkeit sowie Arbeitsunfähigkeit. Der Patient wirke in seinem Alltag weiterhin handlungsunfähig, unbelastbar, arbeitsunfähig, sozial stark zurückgezogen und isoliert. Er sei noch nicht in der Lage, akzeptable Zukunftspläne und eine neue berufliche Perspektive zu entwickeln. In den nächsten 2-3 Monaten rechne er, Dr. med. D.\_\_\_\_, aus psychiatrischer Sicht mit einer weiteren Zustandsverbesserung und somit Verbesserung der Arbeitsfähigkeit des Patienten.

7.2.6 In seinem Bericht vom 13. August 2014 (IV-Nr. 98) hielt Dr. med. E.\_\_\_\_ fest, viereinhalb Monate nach der Knie-Totalprothese erachte er die Befunde als durchaus zeitgerecht, sehe er doch ein Potenzial über 1 - 2 Jahre für eine weitere Verbesserung. In der Diskussion mit dem Patienten scheine auch primär die Frage bezüglich des Attestes der weiteren Arbeitsunfähigkeit zu sein und eine allfällige IV-Abklärung. Der Beschwerdeführer sehe sich aktuell überhaupt nicht in der Lage, wieder eine Arbeit aufzunehmen, wie zuletzt auch aus Gründen des psychischen Druckes nach der Kündigung. Er, Dr. med. E.\_\_\_\_, habe die Arbeitsunfähigkeit auf 100 % weiter attestiert.

7.2.7 Im Psychiatrischen Gutachten vom 1. Dezember 2014 (IV-Nr. 102, S. 3), welches Dr. med. G.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, zu Händen der

Taggeldversicherung Helsana erstellte, wurde eine Anpassungsstörung mit vorwiegender Störung von anderen Gefühlen (F43.23) diagnostiziert. Weiter führte Dr. med. G.\_\_\_\_ aus, bei der Untersuchung zeige der Beschwerdeführer eine dysphorische Verstimmung, sobald er über die Folgen der Knieschädigung und den Stellenverlust berichte. Hinweise für ein depressives Zustandsbild habe sie, Dr. med. G.\_\_\_\_, nicht gefunden. Der Versicherte könne sich schnell entscheiden, die Sprache sei flüssig, Mimik und Gestik lebhaft, die Stimmung sei nicht durchwegs zum negativen Pol hin verschoben. Der Antrieb sei unauffällig. Insuffizienz- oder Schuldgefühle würden fehlen. Die Kriterien für eine depressive Episode seien zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht erfüllt. Aufgrund der vorliegenden Befunde stelle sie, Dr. med. G.\_\_\_\_, in Übereinstimmung mit dem behandelnden Psychiater die Diagnose einer Anpassungsstörung, codiere diese aber im Gegensatz zum behandelnden Psychiater nicht unter F 43.2 (mit längerer depressiver Reaktion), sondern unter F 43.23 (mit vorwiegender Störung anderer Gefühle). Bezüglich der eingesetzten Medikation lasse sich feststellen, dass der Versicherte das Antidepressivum entgegen seinen Angaben nicht gemäss Verordnung einnehme. Bei Surmontil, das eine Halbwertszeit von 24 Stunden habe, müsste der Medikamentenblutspiegel bei regelmässiger Einnahme nachweisbar sein. Aus psychiatrischer Sicht lasse sich aufgrund der vorliegenden Beschwerden und Befunde keine anhaltende Arbeitsunfähigkeit bestätigen. Vielmehr sei davon auszugehen, dass sich der Versicherte besser fühlen würde, wenn er einer angepassten Arbeit nachgehen könnte.

7.2.8 Dr. med. E.\_\_\_\_ diagnostizierte in seinem Bericht vom 4. Dezember 2014 (IV-Nr. 102, S. 2) infrapatelläre Anlauf- und Belastungsschmerzen rechts bei Verdacht auf peripatellärer Arthrofibrose nach Knie-Totalprothese rechts am 27. März 2014. Die Steroid-Instillation am 30. Oktober 2014 habe keine wesentliche Veränderung gebracht. Obwohl der Beschwerdeführer den Alltag meistern könne, seien durch die omnipräsenten infrapatellären Beschwerden die Kniebelastbarkeit, die Kraft und die Ausdauer erheblich eingeschränkt. Bereits anlässlich der letzten Konsultation habe er mit dem Beschwerdeführer die Operation der arthroskopischen Evaluierung und allenfalls Sanierung bei vermuteter Arthrofibrose erläutert. Der Beschwerdeführer möchte dies nicht unversucht lassen. So sei ein solcher Eingriff am 16. Januar 2015 geplant, worüber er wieder berichten werde. Die Arbeitsunfähigkeit habe er bis dann weiter auf 100 % belassen.

7.2.9 Am 16. Januar 2015 wurde beim Beschwerdeführer aufgrund der Diagnose einer ausgeprägten infra- und parapatellären Arthrofibrose bei Status nach Knie-Totalprothese rechts eine arthroskopische peri- und infrapatelläre Arthrolyse mit Narben-Resektion im rechten Knie durchgeführt (IV-Nr. 105, S. 6).

7.2.10 Im Bericht vom 10. März 2015 (IV-Nr. 105, S. 4) führte Dr. med. E.\_\_\_\_ aus, der Beschwerdeführer gebe an, dass der Alltag zwischenzeitlich wieder gut gemeistert werden könne, die Arthroskopie habe aber nur geringe Linderung gebracht. Das Knie bereite nach einer Gehstrecke von 15 Minuten zunehmend Beschwerden. In Ruhe, liegend und im Sitzen seien kaum Beschwerden vorhanden, ebenso gehe das Velofahren recht gut. Ein Jahr nach Knie-Totalprothese ziehe der Beschwerdeführer die Bilanz, dass das Knie zwar nicht ganz gut sei, im Vergleich zu den vorbestehenden Beschwerden habe sich der Eingriff aber doch gelohnt. Die scharfen, stechenden, präoperativen Schmerzen seien nicht mehr vorhanden, die Beschwerden jetzt seien eher diffus und dumpf. In seiner Beurteilung hielt Dr. med. E.\_\_\_\_ sodann fest, bezüglich des Knies sei sechs Wochen nach Arthroskopie sicher noch ein gewisses Mehrpotential vorhanden. Alles in allem stuft er, Dr. med. E.\_\_\_\_, das aktuelle Bild als regelrechtes Jahresergebnis ein. Entsprechend scheine ihm aus orthopädischer Sicht

die Vermittelbarkeit in einer angepassten Tätigkeit (mehrheitlich sitzend, ohne Tragen und Heben von schweren Lasten) durchaus gegeben.

7.2.11 Im Bericht vom 4. Februar 2016 (IV-Nr. 111) diagnostizierte Dr. med. E.\_\_\_\_ ein Reizknie bei Patella baja bei Status nach Knie-Totalprothese rechts am 27. März 2014 und arthroskopischer peripatellärer Arthrolyse am 16. Januar 2015. Der Beschwerdeführer beklage persistierende positions- und belastungsabhängige Knieschmerzen. So seien längeres Sitzen, Stehen oder auch Gehen schmerzhaft und würden ihn zum Einnehmen von unbelasteten Ruhepositionen mit gestrecktem Bein zwingen. Das Knie zeige auch eine belastungsabhängige Schwellungstendenz. Je mehr Schwellung da sei, desto mehr Beschwerden mache das Knie. Aufgrund der Beschwerden seien nicht nur kniebelastende, sondern auch sitzende Tätigkeiten kaum vorstellbar, entsprechend sehe der Beschwerdeführer keine Vermittelbarkeit auf dem Arbeitsmarkt. Weiter führte Dr. med. E.\_\_\_\_ aus, es präsentiere sich ein Reizknie, welches er auf persistierende erhebliche peripatelläre Vernarbungen und eine Patella baja zurückführe, wie sie sich in den radiologischen Voraufnahmen abzeichne. So zeige auch die letzte Röntgenaufnahme im vergangenen Jahr einen Kontakt der Patellaspitze mit der tibialen Polyäthylen-Komponente. Er habe heute 25 ml strohgelben Reizerguss abpunktiert und eine Ampulle Kenacort 40 ins Knie instilliert. Durch die Ergussentlastung habe sich bereits eine gewisse Entschärfung eingestellt durch weniger Druckgefühl im Knie. Es gelte nun die Steroid-Wirkung abzuwarten. Diese Massnahmen könnten 1 - 2 Mal jährlich wiederholt werden. Sollte aber ein bedeutender Erfolg ausbleiben, dürfte bei entsprechendem Leidensdruck die offene Arthrolyse eventuell in Verbindung mit Retropatellarersatz und Proximalisierung der Patella via Tuberositas-Osteotomie erwogen werden.

7.2.12 Mit Bericht vom 14. Juni 2016 (IV-Nr. 115, S. 2) hielt Dr. med. E.\_\_\_\_ fest, wie er bereits mit Bericht vom 2. Februar 2016 ausgeführt habe, bestünden bedeutende Restbeschwerden zwei Jahre nach Knie-Totalprothese rechts infolge peripatellärer Vernarbungen und Palla baja. Bezüglich der Arbeitsfähigkeit sei die Gewichtung dieser Beschwerden sehr schwierig: Eine bedeutende Beeinträchtigung der Kniefunktion liege sicher vor, so dass die subjektive Einschätzung des Beschwerdeführers realistisch sei, dass er so mit seinem Gesundheitszustand, seinem Alter und seinem Bildungsstand auch für ein reduziertes Arbeitspensum auf dem Arbeitsmarkt keine Chance habe. Bei streng isolierter Betrachtung des Knies könnte ein rund 50%iges Arbeitspensum in mehrheitlich sitzender, wechselnd stehender und nicht kniebelastender Tätigkeit zugemutet werden. Dabei wären aber begleitende, nicht den Bewegungsapparat betreffende Diagnosen ausgeschlossen.

7.2.13 In ihrer Stellungnahme vom 8. September 2016 (IV-Nr. 117) hielt Dr. med. H.\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeine Medizin, vom RAD fest, dem Versicherten sei, bei schwerer Pagonarthrose rechts, am 27. März 2014 eine Knie-Totalendoprothese implantiert worden. Aufgrund vermehrter stechender Schmerzen postoperativ sei am 16. Januar 2015 eine arthroskopische peri- und infrapatelläre Arthrolyse mit Narbenresektion im rechten Knie durchgeführt worden. Postoperativ seien in Ruhe, im Liegen und im Sitzen kaum Beschwerden vorhanden gewesen, allerdings hätten sich nach einer Gehzeit von 15 Minuten zunehmend Beschwerden im rechten Kniegelenk entwickelt (Arztbericht vom 10. März 2015, Dr. med. E.\_\_\_\_). Dr. med. E.\_\_\_\_ habe zu diesem Zeitpunkt die Vermittelbarkeit in einer angepassten Tätigkeit durchaus als gegeben angesehen. In dem IV-Bericht vom 14. Juni 2016 habe Dr. med. E.\_\_\_\_ dann die Arbeitsfähigkeit des Versicherten in einer angepassten Tätigkeit mit 50 % beurteilt, infolge peripatellärer

Vernarbungen und Patella baja. Zudem habe Dr. med. E.\_\_\_\_ in diesem IV-Bericht von der tiefen Überzeugung des Versicherten berichtet, so auf dem Arbeitsmarkt nicht mehr bestehen zu können. Laut dem Chirurgen würden sich diese IV-fremden Probleme des Versicherten sicher auch noch zusätzlich auf das Knie als Somatisierungs-Fokus projizieren. Der Versicherte habe schon in Rahmen des Früherfassungsgesprächs am 7. August 2014 erwähnt, regelmässig spazieren zu gehen und vermöge also sein Kniegelenk bis zu einem gewissen Grade zu belasten. Es sei daher die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit von Dr. med. E.\_\_\_\_ vom 10. März 2015 zu übernehmen. Dem Versicherten sei zuzumuten, in einer angepassten, überwiegend sitzenden Tätigkeit, mit Möglichkeit zur Bewegung zu 100 % zu arbeiten.

7.2.14 In seiner Stellungnahme vom 7. November 2016 (IV-Nr. 120) führte Dr. med. E.\_\_\_\_ aus, der ablehnende Entscheid der IV-Stelle werde unter anderem damit begründet, dass er, Dr. med. E.\_\_\_\_, im Bericht vom 10. März 2015 von einer uneingeschränkten Vermittelbarkeit in einer angepassten Tätigkeit ausgegangen sei. In seiner Stellungnahme vom 14. Juni 2016 sei er jedoch von einem 50%ig zumutbaren Arbeitspensum in mehrheitlich sitzender, wechselnd stehender und nicht in belastender Tätigkeit ausgegangen. Die RAD-Ärztin habe diese Einschätzung der Arbeitsfähigkeit nicht nachvollziehen können. Weiter werde ausgeführt, dass keine Anhaltspunkte dafür bestünden, dass sich die gesundheitliche Situation in Bezug auf die Knieproblematik verschlechtert habe. In seinem Bericht vom 2. Februar 2016, zu welchem die ergänzende Stellungnahme vom 14. Juni 2016 erfolgt sei, stelle er aber fest, dass eine zunehmende Patella baja vorhanden sei. Im Entscheid der IV-Stelle werde auch nicht gewürdigt, dass die Beschwerden und der Leidensdruck derart seien, dass der Beschwerdeführer zu einer erneuten Knie-Revision bereit sei. So sei am 30. November 2016 die offene Arthrolyse mit Bereitschaft zum Retropatellar-Ersatz und zur Proximalisierung der Patella geplant. Obwohl der Erfolg nicht versprochen werden könne, nehme der Beschwerdeführer die Unannehmlichkeiten und die Risiken einer erneuten Operation in Kauf, was den bedeutenden Leidensdruck dokumentiere. So halte Dr. med. E.\_\_\_\_ an seiner Einschätzung einer 50%igen Arbeitsunfähigkeit fest.

7.2.15 Am 30. November 2016 wurden beim Beschwerdeführer aufgrund der Diagnose «Vordere Knieschmerzen und Funktionsdefizit bei Patella baja und Arthrofibrose» eine offene Arthrolyse, Retropatellarersatz und Patellatrimmung rechts durchgeführt (A.S. 42).

7.2.16 In seinem Bericht vom 18. Januar 2017 (A.S. 43) hielt Dr. med. E.\_\_\_\_ fest, 7 Monate(recte: 7 Wochen)nach offener Arthrolyse und Retropatellarersatz im rechten Knie könne der Beschwerdeführer den Alltag gut meistern, Spaziergänge über 15 Minuten Dauer führten dann aber wieder zu vermehrten Spannungsbeschwerden im Knie, insbesondere auch popliteal. Der Beschwerdeführer könne im Moment noch nicht sagen, wieviel der Eingriff gebracht habe. Im Moment sei er etwa gleichweit wie präoperativ. Velofahren tue gut, entsprechend aktiv sei der Beschwerdeführer auf dem Home-Trainer. Weiter führte Dr. med. E.\_\_\_\_ aus, im Moment sei der Verlauf soweit befriedigend, dass keine Verschlechterung eingetreten sei, tatsächlich bestehe jetzt auch wieder ein grosses weiteres Spontanverbesserungspotenzial.

8. Der Beschwerdeführer meldete sich am 21. Juli 2014 (Eingang bei der IV-Stelle) ■ wie vorgehend unter Ziff. I. 2. festgehalten ■ erneut zum Leistungsbezug bei der Beschwerdegegnerin an. Gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG entsteht der Rentenanspruch frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs

nach Artikel 29 Absatz 1 ATSG. Vorliegend ist somit eine allfällige Rentenleistung ab 1. Januar 2015 umstritten. Wie aus den vorstehend aufgeführten Arztberichten ersichtlich, attestierte der behandelnde orthopädische Chirurg, Dr. med. E.\_\_\_\_, dem Beschwerdeführer ab Durchführung der Kniearthroskopie vom 6. Dezember 2013 bis 10. März 2015 durchgehend eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (vgl. IV-Nrn.: 89, S. 3 f.; 89, S. 8; 89, S. 1; 98; 102, S. 2, 105, S. 4). Zudem wurden beim Beschwerdeführer am 27. März 2014 eine Knie totalprothese implantiert sowie am 16. Januar 2015 eine arthroskopische peri- und infrapatelläre Arthrolyse mit Narbenresektion durchgeführt (vgl. IV-Nr. 105, S. 6), was die von Dr. med. E.\_\_\_\_ attestierte Arbeitsunfähigkeit nachvollziehbar erscheinen lässt. Des Weiteren machte Dr. med. E.\_\_\_\_ in seinem Bericht vom 4. Februar 2016 mit der neuen Diagnose «Reizknie bei Patella baja» wiederum eine Verschlechterung geltend und attestierte dem Beschwerdeführer infolgedessen mit Bericht vom 14. Juni 2016 eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit.

Die RAD-Ärztin Dr. med. H.\_\_\_\_, stellte in ihrer Stellungnahme vom 8. September 2016 ■ auf welche sich die Beschwerdegegnerin in ihrem Entscheid abstützte ■ jedoch lediglich auf die Beurteilung von Dr. med. E.\_\_\_\_ im Bericht vom 10. März 2015 ab, worin dieser dem Beschwerdeführer wiederum eine volle Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit attestierte. Dagegen verneinte sie in ihrer Stellungnahme vom 8. September 2016 eine Verschlechterung. So habe Dr. med. E.\_\_\_\_ von der tiefen Überzeugung des Versicherten berichtet, so auf dem Arbeitsmarkt nicht mehr bestehen zu können. Laut dem Chirurgen würden sich diese IV-fremden Probleme des Versicherten sicher auch noch zusätzlich auf das Knie als Somatisierungs-Fokus projizieren. Der Versicherte habe schon im Rahmen des Früherfassungsgesprächs am 7. August 2014 erwähnt, regelmässig spazieren zu gehen und vermöge also sein Kniegelenk bis zu einem gewissen Grade zu belasten. Es sei daher die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit von Dr. med. E.\_\_\_\_ vom 10. März 2015 zu übernehmen. Diese Ausführungen von Dr. med. H.\_\_\_\_ vermögen nicht zu überzeugen. So hat Dr. med. E.\_\_\_\_ eine Verschlechterung aufgrund neuer objektivierbarer Diagnosen begründet. Somit lässt sich diese Verschlechterung nicht einfach mit dem Hinweis auf eine allfällige Krankheitsüberzeugung des Beschwerdeführers verneinen, zumal die Argumentation, der Beschwerdeführer gehe regelmässig spazieren und vermöge also sein Kniegelenk bis zu einem gewissen Grade zu belasten, zur Begründung einer vollen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit nicht ausreicht.

Zu diesem Schluss kam die Beschwerdegegnerin schliesslich auch selbst, indem sie die angefochtene Verfügung wiedererwägungsweise aufhob bzw. dem Versicherungsgericht beantragte, die Sache sei zu weiteren Abklärungen an sie zurückzuweisen. Dass der Sachverhalt im Verfügungszeitpunkt am 26. Oktober 2016 ungenügend abgeklärt war, zeigt sich auch darin, dass beim Beschwerdeführer am 30. November 2016 aufgrund des vordiagnostizierten Funktionsdefizits bei Patella baja und Arthrofibrose eine offene Arthrolyse, Retropatellarersatz und Patellatrimmung rechts durchgeführt wurden.

Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers kann aufgrund dieses unvollständig abgeklärten Sachverhalts keine Rentenzusprechung erfolgen. So liegen diesbezüglich lediglich die Arbeitsunfähigkeitseinschätzungen des behandelnden orthopädischen Chirurgen, Dr. med. E.\_\_\_\_, vor. Diese erscheinen zwar grundsätzlich nachvollziehbar, sind aber zu wenig eingehend begründet, um alleine gestützt darauf einen Entscheid zu fällen. Da es sich bei der Frage, welchen Einfluss die neu gestellten Diagnosen auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers haben, um eine gänzlich ungeklärte Frage

handelt, ist die Sache zur Vornahme der genannten Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen (vgl. BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4). Diese hat nach den erfolgten Abklärungen neu über den Rentenanspruch des Beschwerdeführers zu befinden. Demnach ist die Beschwerde in Aufhebung der Verfügung vom 26. Oktober 2016 im Sinne der Erwägungen gutzuheissen.

## **E. 9**

9.1 Bei diesem Verfahrensausgang steht dem Beschwerdeführer eine ordentliche Parteientschädigung zu (formelles Obsiegen), welche grundsätzlich gleich zu gewähren ist wie für ein Obsiegen im materiellen Sinne (BGE 127 V 228 E. 2b/bb S. 234, 110 V 54 E. 3a S. 57; ZAK 1987 S. 268 E. 5a). Diese Entschädigung bemisst sich ohne Rücksicht auf den Streitwert nach dem zu beurteilenden Sachverhalt sowie der Schwierigkeit des Prozesses und ist in einer Pauschalsumme festzusetzen (Art. 61 lit. g ATSG). Die Parteientschädigung ist von der Beschwerdegegnerin zu bezahlen. Da von deren Solvenz auszugehen ist, erübrigt sich das Festsetzen des amtlichen Honorars im Rahmen der unentgeltlichen Rechtspflege. In Anbetracht von Aufwand und Schwierigkeit des Prozesses ist die Parteientschädigung auf CHF 2'458.10 festzusetzen (9.5 Stunden zu CHF 230.00 [§ 160 Abs. 2 GT], zuzügl. Auslagen von CHF 91.00 und 8 % MwSt).

Die Differenz zur eingereichten Kostennote resultiert unter anderem darin, dass der Vertreter des Beschwerdeführers mehrere Positionen geltend macht, die Kanzleiaufwand darstellen und nicht gesondert vergütet werden: Orientierungskopien an den Klienten vom 30. November 2016, 28. Dezember 2016, 16. Februar 2017; Prüfung der UP-Unterlagen und diesbezügliche Eingaben an das Gericht vom 21. Dezember 2016 und 3. Januar 2016; Einreichung der Honorarnote. Ebenfalls nicht vergütet wird praxisgemäss der im Zusammenhang mit dem Studium der Verfügungen des Versicherungsgerichts geltend gemachte Aufwand. So sind diese Verfügungen selten umfangreich und deren Studium erfordert keinen besonderen Aufwand. Schliesslich wird für den nachprozessualen Aufwand praxisgemäss 1 Stunde vergütet.

9.2 Aufgrund von Art. 69 Abs. 1bisIVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200 ■ 1 000 festgelegt. Nach dem Ausgang des vorliegenden Verfahrens hat die IV-Stelle die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen.

Demnach widerkannt:

1. In Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung der IV-Stelle des Kantons Solothurn vom 26. Oktober 2016 aufgehoben und die Sache an diese zurückgewiesen, damit sie im Sinne der Erwägungen verfährt und hierauf neu entscheidet.

2. Die IV-Stelle des Kantons Solothurn hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von CHF 2'458.10 (inkl. Auslagen und MwSt) zu bezahlen.

3. Die IV-Stelle des Kantons Solothurn hat die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen.

Rechtsmittel

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

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Die Vizepräsidentin                      Der Gerichtsschreiber

Weber-Probst                              Isch

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