

# **SO\_GERICHTE VSBES.2016.4 vom 23. November 2015**

SO Obergericht, 2015-11-23, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so\\_gerichte\\_VSBES.2016.4](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2016.4)

FR: SO\_GERICHTE VSBES.2016.4 du 23 novembre 2015

IT: SO\_GERICHTE VSBES.2016.4 del 23 novembre 2015

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Die Verfügung der IV-Stelle des Kantons Solothurn vom 23. November 2015 sei aufzuheben und die Sache sei zur weiteren Abklärung und Neuverfügung an die IV-Stelle zurückzuweisen.

### **E. 2**

2.1 Die Beschwerdegegnerin legt in ihrer Verfügung vom 23. November 2015 (A.S. 1 ff.) dar, die medizinischen Abklärungen hätten ergeben, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers klar verbessert habe. Er entspreche jenem anlässlich der Begutachtung vom 17. Januar 2012. Aus psychiatrischer Sicht seien die bisherige Tätigkeit als CNC-Maschinenbediener sowie jede andere Verweistätigkeit ohne Leistungseinschränkung in einem 100%-Pensum zumutbar. Damit könne der Beschwerdeführer ein entsprechendes Erwerbseinkommen erzielen. Es fänden sich keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit mehr. Die Dysthymia und die damit verbundenen Defizite begründeten aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht keine relevante längerfristige Arbeitsunfähigkeit mehr. Der Beschwerdeführer sei zwischenzeitlich 52 Jahre alt und seit 11 Jahren im Besitz einer IV-Rente. Die vom Bundesgericht festgelegten Werte (Alter von 55 Jahren und Rentenbezug seit 15 Jahren) seien damit deutlich unterschritten. Unter diesen Umständen, und weil bei ihm keine Invalidität mehr bestehe, sei es zulässig, von der sofortigen Verwertbarkeit der festgestellten Arbeitsfähigkeit auszugehen, ohne berufliche Massnahmen durchzuführen. Es bestehe keine Invalidität im Sinne des Gesetzes.

Mit dem vorgelegten Bericht des behandelnden Psychotherapeuten, Dr. E.\_\_\_\_, würden keine neuen medizinischen Tatsachen geltend gemacht, die nicht schon dem Gutachten von Dr. med. B.\_\_\_\_ vom 20. Dezember 2014 bekannt gewesen wären. Dementsprechend habe sich Dr. med. B.\_\_\_\_ mit der Einschätzung von Dr. med. E.\_\_\_\_ auseinandergesetzt und dazu Stellung genommen, weshalb nicht auf den behandelnden Psychiater abgestellt werden könne.

Die Rente werde nach Zustellung der Verfügung auf Ende des folgenden Monats aufgehoben. Der Anspruch auf berufliche Massnahmen werde abgewiesen.

2.2 Der Beschwerdeführer lässt dem in seiner Beschwerde vom 11. Januar 2016 (A.S. 4 ff.) entgegenhalten, auch wenn die nach bundesgerichtlicher Rechtsprechung geltenden Schwellenwerte zur Prüfung von Eingliederungsmassnahmen (55. Altersjahr und 15-jähriger Rentenbezug) im Einzelfall nicht erreicht würden, sei aufgrund des Schutzes der versicherten Person und des Prinzips «Eingliederung vor Rente» individuell zu prüfen, ob in Folge eines langjährigen Rentenbezugs eine Eingliederung in den ersten Arbeitsmarkt noch zumutbar sei. Der Beschwerdeführer sei 52 Jahre alt und beziehe seit 11 Jahren eine

Invalidenrente. Die Beschwerdegegnerin hätte vor Aufhebung der Rente berufliche Massnahmen anbieten und die Zumutbarkeit der Selbsteingliederung prüfen müssen. Letzteres sei nicht erfolgt. Seit der IV-Anmeldung im Jahr 2005 und der Rentenrevision im Jahr 2010 sei weder eine konkrete Prüfung von Eingliederungsmassnahmen vorgenommen worden noch habe sich die Beschwerdegegnerin ausreichend damit auseinandergesetzt. Dies obwohl der begutachtende Psychiater und der Hausarzt des Beschwerdeführers explizit darauf hingewiesen hätten, dass berufliche Massnahmen im konkreten Fall zumutbar seien. Zum Antrag im Einwand vom 29. Juni 2013 / 17. September 2013, es seien dem Beschwerdeführer Arbeitsabklärungen in der Vebo zu gewähren, habe sie sich mit keinem Wort geäussert. Die Selbsteingliederung sei nach bundesgerichtlicher Rechtsprechung nur dann zumutbar, wenn die Absenz vom Arbeitsmarkt auf invaliditätsfremde Faktoren zurückzuführen sei, die versicherte Person besonders agil und gewandt sowie im gesellschaftlichen Leben integriert scheine oder wenn sie über eine besonders breite Ausbildung und Berufserfahrung verfüge. Dasselbe gelte, wenn die versicherte Person trotz Rentenbezug regelmässig gearbeitet habe und daher auch keine arbeitsmarktliche Desintegration bestehe. Das Anbieten beruflicher Massnahmen könne auch unterbleiben, wenn von fehlendem Eingliederungswillen bzw. fehlender subjektiver Eingliederungsfähigkeit auszugehen sei.

Der Beschwerdeführer beziehe seit 2006 eine Invalidenrente. Während dieser Zeit sei er mit Ausnahme einer kurzen Temporärarbeit zu Beginn des Rentenbezugs nicht mehr erwerbstätig gewesen. Er verfüge weder über besonders breite Ausbildungen, noch sei er besonders agil oder gewandt. Aufgrund der zahlreichen psychiatrischen und psychotherapeutischen ambulanten Settings und stationären Aufenthalten in spezialisierten Kliniken könne nicht von einem fehlenden Eingliederungswillen ausgegangen werden. Diese Frage sei denn von der Beschwerdegegnerin richtigerweise auch nie zur Diskussion gestellt worden. Es bestehe damit keine genügende Grundlage für eine Rentenaufhebung ohne vorgängige Prüfung von beruflichen Massnahmen.

2.3 In der Beschwerdeantwort vom 10. Februar 2016 (A.S. 22 f.) führt die Beschwerdegegnerin ergänzend aus, der Beschwerdeführer sei nur in der Anfangsphase, nämlich vom 26. November 2004 bis 31. August 2005, vollständig arbeitsunfähig gewesen. Seit dem 1. September 2005 habe eine vollständige, ab dem 7. August 2006 eine 60%ige Arbeitsfähigkeit bestanden. Während der vollständigen Arbeitsfähigkeit sei der Beschwerdeführer auch einer entsprechenden Tätigkeit nachgegangen. Auch anschliessend wäre es ihm durchaus möglich und zumutbar gewesen, eine entsprechende Arbeitstätigkeit aufzunehmen. Dass er dies unterlassen habe, sei auf invaliditätsfremde Faktoren zurückzuführen. Während über zehn Jahren hätte der Beschwerdeführer zumindest eine Teilzeittätigkeit ausüben können, was er unterlassen habe. Das Angebot in der Verfügung vom 31. August 2008, dass er sich mittels eines schriftlichen Gesuchs zwecks Stellenvermittlung bei der Beschwerdegegnerin melden könne, habe er nie wahrgenommen. Er habe somit nie Anstalten getroffen, seine Restarbeitsfähigkeit zu verwerten. Somit könne der Beschwerdeführer trotz langjähriger Bezugsdauer, die den Schwellenwert klar nicht erreiche, auf die Selbsteingliederung verwiesen werden.

### **E. 3**

3.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG, SR 830.1]). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen,

Krankheit oder Unfall sein. Die Invalidität gilt als eingetreten, sobald sie die für die Begründung des Anspruchs auf die jeweilige Leistung erforderliche Art und Schwere erreicht hat (Art. 4 Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG, SR 831.20]).

3.2 In zeitlicher Hinsicht sind ■ vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen ■ grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 132 V 215 E. 3.1.1 S. 220, 131 V 9 E. 1 S. 11 und 107 E. 1 S. 109, 127 V 466 E. 1 S. 467). Im vorliegenden Fall steht die Aufhebung einer seit 2004 bzw. 2006 ausgerichteten Invalidenrente per Ende Dezember 2015 zur Debatte. Somit ist die Rechtslage ab 1. Januar 2012, nach der 6. IV-Revision, massgebend.

3.3 Nach der seit 1. Januar 2012 geltenden Rechtslage (6. IV-Revision) haben nach Art. 28 Abs. 1 IVG jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), und die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. b und c). Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente.

4. Ändert sich der Invaliditätsgrad eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend er-höh't, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG).

Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen (BGE 125 V 368 E. 2 S. 369). Die Invalidenrente ist deshalb nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes revidier-bar, sondern auch dann, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben (BGE 130 V 343 E. 3.5 S. 349 f., 117 V 198 E. 3b S. 199).

Die Frage, ob eine erhebliche, d.h. mit Bezug auf den Invaliditätsgrad rentenwirk-same Änderung der tatsächlichen Verhältnisse eingetreten ist, beurteilt sich auf-grund eines Vergleichs des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenverfügung ■ oder einer späteren, auf einer umfassenden Prüfung beruhen-den Bestätigung oder Änderung ■ bestanden hat, mit demjenigen im Zeitpunkt der streitigen Revisionsverfügung (BGE 133 V 108 E. 5 S. 110 ff.). Das Heranziehen eines Verwaltungsaktes als Vergleichsbasis setzt voraus, dass er auf denjenigen Abklärungen beruht, welche mit Blick auf die möglicherweise veränderten Tatsachen notwendig erscheinen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_3/2012 vom 25. April 2012 E. 3.3).

## **E. 5**

5.1 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 gestellt 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 93 E. 4 S. 99 f.; 125 V 256 E. 4 S. 261).

5.2 Das Administrativverfahren vor der IV-Stelle wie auch der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben IV-Stelle und Sozialversicherungsgericht den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichend Klarheit besteht. Der Untersuchungsgrundsatz weist enge Bezüge zum ■ auf Verwaltungs- und Gerichtsstufe ebenfalls in gleicher Weise geltenden ■ Prinzip der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c in fine ATSG) auf (einschliesslich die antizipierte Beweiswürdigung): Führt die pflichtgemässe, umfassende und sachbezogene Beweiswürdigung den Versicherungsträger oder das Gericht zur Überzeugung, der Sachverhalt sei hinreichend abgeklärt, darf von weiteren Untersuchungen (Beweismassnahmen) abgesehen werden. Ergibt die Beweiswürdigung jedoch, dass erhebliche Zweifel an Vollständigkeit und/oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellungen bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteil des Bundesgerichts 8C\_308/2007 vom 9. April 2008 E. 2.2.1, mit vielen Hinweisen).

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

Die Rechtsprechung erachtet es jedoch als mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (BGE 125 V 351 E. 3b S. 352 ff.). So ist einem im Rahmen des Administrativverfahrens 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 104

V 209 S. 212). Andererseits ist der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Ärzte im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen mitunter eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 353).

5.4 In Revisionsfällen 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 sich die von einer früheren abweichende ärztliche Einschätzung 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).

6. Streitig und zu prüfen ist zunächst, ob die mit Verfügung vom 31. März 2008 (IV-Nr. 64) zugesprochene Invalidenrente (ganze Rente vom 1. November 2004 bis 30. November 2005 und Viertelsrente ab 1. November 2006) zu Recht per Ende Dezember 2015 aufgehoben wurde. Diese Frage wird durch Vergleich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenzusprechung vom 31. März 2008 und demjenigen, wie er zur Zeit der streitigen Revisionsverfügung vom 23. November 2015 bestanden hat, beurteilt (BGE 130 V 73 E. 3.1 mit Hinweisen; AHI 1999 S. 84 E. 1b).

6.1 Ihre ursprüngliche Rentenzusprechung stützte die Beschwerdegegnerin im Wesentlichen auf das von Dr. med. B. \_\_\_ am 15. Mai 2006 erstattete psychiatrisch-psychotherapeutische Gutachten (IV-Nr. 36.1) sowie das am 28. September 2007 erstellte ergänzende psychiatrisch-psychotherapeutische Gutachten (IV-Nr. 53.1). Für den Sachverhaltsvergleich ist unbestrittenermassen darauf abzustellen. Demgemäss bestanden zum damaligen Zeitpunkt beim Beschwerdeführer folgende Diagnosen:

mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

-rezidivierende depressive Störung (leichte Episode ohne somatisches Syndrom im April 2006, mittelgradige Episode ohne somatisches Syndrom im September 2007),

-kombinierte akzentuierte Persönlichkeitszüge (selbstunsicher, zwanghaft, passiv-aggressiv, paranoid).

ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

-anamnestisch Hypercholesterinämie,

-anamnestisch rezidivierende Kopf-, Rücken- und Magenschmerzen,

-anamnestisch Hepatitis B.

Der Beschwerdeführer habe sich sozial und privat integrieren können und beruflich einen teilweise guten Erfolg erzielt. Zwischenmenschliche Konflikte am Arbeitsplatz hätten aber immer wieder zu Kündigungen und ■ vermutlich ab 2001 ■ auch zu einem depressiven Syndrom geführt. Anamnestisch seien depressive Episoden seit den 1990er Jahren bekannt. Die akzentuierten Persönlichkeitszüge seien vor allem therapeutisch bedeutsam. Auch die subjektiv deutliche Aggression sei hier zu beachten. Beides habe aber keinen IV-relevanten Krankheitswert. Im April 2006 zeige sich das Bild einer leichten depressiven Episode ohne somatisches Syndrom. Im Vordergrund stünden starke subjektive Insuffizienzgefühle, eine deutliche innere Unruhe und eine als ausgeprägt geschilderte Hoffnungslosigkeit. Die Prognose sei bei angemessener Therapiestrategie positiv. Eine psychopharmakologische Therapie erscheine dabei hilfreich. Eine ambulante psychotherapeutische Behandlung sei ebenfalls indiziert. Die aktuelle Leistungsfähigkeit sei nicht in einem IV-relevanten Mass gemindert. Eine langdauernde Erkrankung mit relevantem Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit bestehe nicht. Die bisherige Tätigkeit sei vollzeitig zumutbar. Förderlich sei ein familiäres, verständnisvolles Umfeld. Zwischen November 2003 und August 2005 habe indessen eine medizinisch begründete Arbeitsunfähigkeit von mehr als 20 % bestanden (gemäss Arztbericht von Dr. med. E. \_\_\_\_).

Im September 2007 zeige sich das klinische Bild einer mittelgradigen depressiven Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F33.11). Es habe sich damit im Vergleich zum April 2006 eine deutliche Verschlechterung der Störung ergeben. Die bisherige Tätigkeit sei ganztags zumutbar, es bestehe aber eine um 40 % verminderte Leistungsfähigkeit. Die Arbeitsunfähigkeit habe von November 2003 bis August 2005 sowie vom 16. August bis 27. Oktober 2006 (Klinikaufenthalt) 100 % betragen. Objektiv sei die Arbeitsfähigkeit seit dem Klinikaustritt deutlich gebessert und betrage aktuell 60 %.

6.2 Im Zeitpunkt der Revisionsverfügung vom 23. November 2015 präsentierte sich der medizinische Sachverhalt wie folgt:

6.2.1 Im Arztbericht der C. \_\_\_\_ vom 13. September 2010 (IV-Nr. 77) wird die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F33.2), gestellt. Die Arbeitsunfähigkeit betrage 100 % vom 16. August bis 27. Oktober 2006, 12. bis 16. Juni 2009 sowie vom 9. Juni 2010 bis voraussichtlich Ende Oktober 2010. Der Gesundheitszustand sei besserungsfähig, berufliche Massnahmen seien angezeigt. Der bei Klinikeintritt bestehende, schwere depressive Zustand habe sich bis zum heutigen Zeitpunkt etwas gebessert. Seit dem 3. August 2010 sei der Beschwerdeführer in teilstationärer Behandlung. Es bestünden eine schnelle Ermüdbarkeit und Verlangsamung, ein vermehrtes Auftreten von Fehlern aufgrund von Konzentrationsschwierigkeiten und eine geringe Belastbarkeit. Die bisherige Tätigkeit sei nicht zumutbar. Andere Tätigkeiten seien zumutbar, aktuell eher einfachere Routearbeiten, welche den Konzentrationsschwierigkeiten Rechnung trügen, dies maximal drei bis vier Stunden täglich. Vorsichtig geschätzt sei von einer höchstens 30- bis 40%igen Leistungsfähigkeit auszugehen. Um diese besser abklären zu können, wäre eine berufliche Abklärung angezeigt.

6.2.2 Gemäss Verlaufsbericht des behandelnden Psychotherapeuten, Dr. med. E. \_\_\_\_, vom 28. April 2011 (IV-Nr. 81), betrage die Arbeitsunfähigkeit 100 % seit September 2010. Berufliche Massnahmen seien nicht angezeigt.

6.2.3 In seinem psychiatrisch-psychotherapeutischen Gutachten vom 17. Januar 2012 (IV-Nr. 87.1) legt Dr. med. B.\_\_\_\_ dar, der Beschwerdeführer berichte davon, dass es ihm zunehmend schlechter gehe. Im Vordergrund stünden fehlendes Interesse und Kraftlosigkeit. Er sei unglücklich, grüble viel, müsse sich zu allem zwingen, spüre keinen inneren Antrieb, sei unkonzentriert und vergesslich. Er sei ungeduldig, mache sich selbst Vorwürfe und leide an Herzrasen. Er habe Ende 2008 ein Restaurant übernommen. Im März 2009 hätten ihn seine Geschäftspartner im Stich gelassen. Ein neuer Geschäftspartner sei ein Gauner gewesen und habe ihn um ca. CHF 70'000.00 bis 80'000.00 betrogen. Dadurch habe er eine psychische Krise erlitten und sei im Juni 2010 stationär behandelt worden. Er sei niedergeschlagen, befinde sich in einer Sackgasse und habe keinen Halt mehr im Leben. Die Unruhe in der Familie führe zu rezidivierenden Konflikten, was ihn auch belaste. Um seine Trauer nicht zu zeigen, ziehe er sich auch oft zurück. Den Tag beginne er damit, dass er einen Kaffee trinke und dann seinen Hund spazieren führe. Am Nachmittag erledige er administrative Arbeiten. Abends sei er meist zu Hause und sehe fern. Er gehe frühzeitig zu Bett.

Dr. med. B.\_\_\_\_ stellt folgende Diagnose:

Dysthymia (ICD-10 F34.1)

-bei rezidivierender depressiver Störung, gegenwärtig remittiert (ICD-10 F33.4), anamnestisch seit den 1990er Jahren bestehend,

-bei kombinierten akzentuierten Persönlichkeitszügen (selbstunsicher, zwanghaft, passiv-aggressiv, paranoid) (ICD-10 Z73.2).

Wesentliches Merkmal einer Dysthymia sei gemäss ICD-10 eine langandauernde, depressive Verstimmung, die niemals oder nur selten ausgeprägt genug sei, um die Kriterien für eine leichte, mittelgradige depressive Störung zu erfüllen. Es habe sich somit eine wesentliche Verbesserung der Störung im Vergleich zur Untersuchung im Jahr 2007 ergeben. Die damalige depressive Episode sei remittiert. Objektiv bestünden keine Symptome in ausreichender Schwere, um eine lang andauernde depressive Episode nach August 2007 diagnostizieren zu können. Auch die weiteren depressiven Episoden 2009 und 2010, die zu stationären Behandlungen geführt hätten, seien remittiert. Die Diagnose einer Dysthymia sei sicher ab dem Untersuchungszeitpunkt November 2011 und mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ab September 2010 (Austritt aus der Klinik) anzunehmen.

6.2.4 Dr. med. E.\_\_\_\_ hält in seiner Stellungnahme vom 10. September 2012 zum eben erwähnten Gutachten (IV-Nr. 97 S. 5) fest, der Beschwerdeführer habe seit seinem letzten Klinikaustritt 2010 keine Verbesserung erlebt, sondern sei wegen seiner Schuldgefühle in einer Regression geblieben. Er sei immer noch sozial isoliert und erlebe trotz Anstrengungen der Familie einen Lust- und Interessensverlust. Er diagnostiziere eine rezidivierende depressive Störung, schwerer Grad. Dazu komme eine Persönlichkeitsstörung, die in der Heilung eine grosse Rolle spiele.

6.2.5 Gemäss Arztbericht der C.\_\_\_\_ vom 3. April 2013 (IV-Nr. 100) sind die Diagnosen einer rezidivierenden depressiven Störung, aktuell schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F33.2), sowie ein chronifizierter Verlauf im Sinne einer Dysthymie (ICD-10 F34.1) zu stellen. Die Arbeitsunfähigkeit betrage seit dem 1. Februar 2013 bis auf weiteres 100 %. Der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers

verschlechtere sich, berufliche Massnahmen seien nicht angezeigt. Aktuell sei er seit dem 1. Februar 2013 hospitalisiert. Aufgrund vielfacher, vor allem finanzieller Belastungen habe er seit Anfang 2013 ein zunehmend schweres depressives Zustandsbild entwickelt mit Antriebslosigkeit, Freud- und Hoffnungslosigkeit, starken Zukunfts- und Existenzängsten, innerer Unruhe und starkem Gedankenkreisen. Wiederholt seien suizidale Gedanken aufgetreten. Im letzten Monat habe er 5 kg an Gewicht verloren. Ein- und Durchschlafstörungen hätten sich bereits vor dem Eintritt unter der Gabe von Zyprexa gebessert. Unter integrierter psychiatrisch-psychotherapeutischer Betreuung sowie Intensivierung der bereits ausgebauten psychopharmakologischen Behandlung habe bis anhin keine wesentliche Besserung des depressiven Zustandsbildes erreicht werden können. Aktuell bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 100 %. Die bisherige Tätigkeit sei nicht zumutbar. Andere Tätigkeiten, höchstens einfache in einem geschützten Rahmen, seien zumutbar, zu 1-2 Stunden pro Tag. Die Leistungsfähigkeit betrage höchstens 20 - 30 %.

6.2.6 Dr. med. E. \_\_\_ legt in seinem Bericht vom 5. Oktober 2013 (IV-Nr. 108) eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % seit Anfang 2013 fest. Es sei zu einem Rückfall in eine schwere Depression gekommen, woraufhin man entschieden habe, den Beschwerdeführer für eine Elektro-Konvulsiv-Therapie (EKT) in die Privatklinik D. \_\_\_ einzuweisen.

6.2.7 Gemäss Austrittsbericht der Privatklinik D. \_\_\_ vom 18. Februar 2014 (IV-Nr. 111 S. 3 ff.) bestehe beim Beschwerdeführer eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F33.2). Aufgrund der seit Anfang 2002 wiederkehrenden schweren, therapieresistenten depressiven Episoden mit aktuell aufgetretenen finanziellen und begleitenden familiären Belastungsfaktoren sei man zu dieser Diagnose gekommen. Ab dem 20. Januar 2014 habe man eine Behandlungsserie von 13 Elektrokrampftherapien (EKT) durchgeführt. Darunter habe sich der Antrieb gebessert. Der Beschwerdeführer habe aber weiterhin Mühe gehabt, seinen Tag aktiv zu strukturieren. Er sei aktuell offener und die Stimmung sei deutlich heller als beim Eintritt. Auf der Station habe er sich aber weiterhin sehr zurückgezogen verhalten. Formal gedanklich sei er weiterhin verlangsamt, jedoch weniger als beim Eintritt. Aufgrund des Teileffekts des EKT habe man einen 14-Tage-Rhythmus einführen wollen, was der Beschwerdeführer abgelehnt habe. Er sei der Meinung, EKT habe ihm nicht wesentlich mehr gebracht als die medikamentöse Behandlung und Akupunktur. Der Beschwerdeführer habe sich unter der Gesamtbehandlung deutlich besser gefühlt. Ihrer Meinung nach habe die EKT-Behandlung doch eine deutliche Zustandsbesserung gebracht, weshalb man den Entscheid des Beschwerdeführers bedaure. Der Austritt sei am 18. Februar 2014 in deutlich gebessertem Zustand erfolgt, die Arbeitsunfähigkeit betrage 100 % vom 9. Januar bis 4. März 2014.

6.2.8 Dr. med. E. \_\_\_ hält in seinem Bericht vom 7. Juni 2014 (IV-Nr. 115) fest, trotz Hospitalisation habe beim Beschwerdeführer keine Stabilisation erreicht werden können. Dieser habe vom EKT nicht profitiert, sondern sei sehr regressiv geworden.

6.2.9 Im psychiatrisch-psychotherapeutischen Gutachten vom 20. Dezember 2014 (IV-Nr. 121.1) führt Dr. med. B. \_\_\_ aus, der Beschwerdeführer berichte, eine Last für seine Kinder zu sein. Es gehe ihm schlecht. Er spüre keine Lebensfreude und könne nicht lachen. Er habe an nichts Interesse und grüble oft. Er empfinde Angst vor der Zukunft, habe eine innere Unruhe und eine dauerhaft niedergeschlagene Stimmung. Er sei unzufrieden, unglücklich, unkonzentriert und vergesslich. Ausserdem seien beide Arme schmerzhaft, weil er sich diese einmal verletzt habe (ohne weitere Angaben dazu). Zum Essen müsse er

sich zwingen. Der Schlaf sei schlecht, mit Hilfe von Medikamenten aber möglich. Er habe innerhalb von zwei Monaten 3 - 4 kg abgenommen. Der Gesundheitszustand sei seit Jahren stabil und ohne Veränderung, habe sich nach November 2011 aber zunehmend verschlechtert. Er sei Folge der vielen verschiedenen Lebensprobleme. Zum Beispiel habe er mehrmals den Arbeitsplatz verloren und finanzielle Schulden bekommen. Alle Therapiemassnahmen, auch der Aufenthalt in der Privatklinik D.\_\_\_\_, wobei die EKT-Therapie «völlig nutzlos» gewesen sei, seien ohne Erfolg geblieben.

Den Tag verbringe der Beschwerdeführer strukturiert. Am Morgen frühstücke er regelmässig. Er kümmere sich um den Hund und gehe spazieren. Er lese und sehe fern. Er fahre gerne mit dem Velo. Am Nachmittag gehe er in ein Café-Restaurant und sei ab und zu mit Kollegen zusammen. Er wohne mit der Ehefrau und den beiden Kindern zur Miete in einer 4-Zimmerwohnung. Die Ehefrau sei erwerbslos und ebenfalls «psychisch krank». Die finanziellen Verhältnisse seien sehr knapp und belastend. Er habe ca. CHF 90'000.00 Schulden. Nach November 2011 sei er keiner Erwerbstätigkeit nachgegangen. Im Sommer 2013 sei er zuletzt auf einer Reise gewesen, wobei er ca. sechs Wochen bei seiner Schwester in [...] verbracht habe.

Im Befund fänden sich keine Hinweise auf Denkstörungen. Intelligenz, Auffassung, Merkfähigkeit und Konzentration seien unauffällig. Im Affekt sei der Beschwerdeführer ruhig, klagsam, dysthym und wenig moduliert. Von Suizidalität distanzieren er sich. 2011 und 2014 könne jeweils knapp eine leichte Ausprägung eines depressiven Syndroms erkannt werden. Es sei somit eine wesentliche Verbesserung des depressiven Syndroms gegenüber 2007 zu erkennen.

Als (unveränderte) Diagnose hält Dr. med. B.\_\_\_\_ fest:

Dysthymia (ICD-10 F34.1)

-bei rezidivierender depressiver Störung, gegenwärtig remittiert (ICD-10 F33.4), anamnestisch seit den 1990er Jahren bestehend, mit zuletzt 2013/2014 klinisch relevantem depressivem Syndrom in der Folge sozialer Belastungen,

-bei kombinierten akzentuierten Persönlichkeitszügen (selbstunsicher, zwanghaft, passiv-aggressiv, paranoid) (ICD-10 Z73.2).

6.2.10 In seiner Stellungnahme vom 27. Mai 2015 (IV-Nr. 131 S. 7) führt Dr. med. E.\_\_\_\_ aus, der Beschwerdeführer sei nicht bei jeder Gelegenheit in die Klinik geschickt worden. Dieser habe die extraordinäre Therapie der Elektrokrampftherapie akzeptiert, was nicht jeder könne. Man könne aus einer chronischen Krankheit nicht so einfach herauskommen. Auch die Privatklinik D.\_\_\_\_ diagnostiziere eine rezidivierende depressive Störung mit schwerem Grad.

7. Die Beschwerdegegnerin stellt in der angefochtenen Verfügung im Wesentlichen auf das aktuellste, von Dr. med. B.\_\_\_\_ erstellte Gutachten vom 20. Dezember 2014 (IV-Nr. 121.1) ab, welches in Zusammenhang mit seinem Gutachten vom 17. Januar 2012 (IV-Nr. 87.1) gesehen werden muss. Der Beweiswert beider Gutachten wird vom Beschwerdeführer nicht explizit bestritten und er kann auch als gegeben erachtet werden. Die Gutachten von Dr. med. B.\_\_\_\_ erfüllen die bundesgerichtlichen Voraussetzungen an eine beweiskräftige Begutachtung. Sämtliche relevanten Akten lagen dem Gutachter vor. Er hat den Beschwerdeführer eingehend untersucht und sich bei seiner Einschätzung wissenschaftlich anerkannter Testverfahren bedient. Die vom Beschwerdeführer geklagten

Beschwerden werden wiedergegeben und der Gutachter kommt nach Erörterung der Befundlage jeweils zu einem schlüssig hergeleiteten Ergebnis.

So erklärt Dr. med. B.\_\_\_\_ im Rahmen der Begutachtung vom 17. Januar 2012 unter Zuhilfenahme verschiedener Testverfahren nachvollziehbar, dass sich die subjektiv empfundene Beeinträchtigung durch körperliche und psychische Symptome beim Beschwerdeführer zwischen April 2006 und August 2007 sowie August 2007 und November 2011 nicht verändert habe. Qualitativ habe sich indessen das psychopathologische Syndrom von einer ängstlich-aggressiv-paranoid-sozial unsicheren Ausprägung über eine ängstlich-somatoforme zu einer heute vor allem depressiven Ausprägung entwickelt. Eine wesentliche Veränderung sei nicht zu erkennen. Das subjektiv empfundene depressive Syndrom habe sich quantitativ und qualitativ zwischen 2007 und 2011 ebenfalls nicht wesentlich verändert. Hingegen habe sich die subjektiv empfundene Beeinträchtigung durch körperliche Beschwerden quantitativ und qualitativ zwischen 2007 und 2011 wesentlich verbessert. Im Jahr 2011 könne noch knapp eine leichte Ausprägung eines depressiven Syndroms erkannt werden. Der relative Anteil der subjektiv berichteten Beschwerden habe sich indessen wesentlich erhöht. Insgesamt sei eine wesentliche Verbesserung des depressiven Syndroms zu erkennen. Dies stehe in Einklang mit dem Bericht der C.\_\_\_\_, worin eine erfolgreiche Behandlung einer depressiven Episode dokumentiert werde. Hingegen würden darin ■ wie vom Gutachter zu Recht erwähnt wird ■ die genannten weiteren «psychosozialen Schwierigkeiten» nicht erläutert. Ebenso richtig hält der Gutachter fest, dass im Verlaufsbericht von Dr. med. E.\_\_\_\_ Konzentrationsstörungen, Antriebsminderung, Gewichtsverlust genannt und eine vollständige Arbeitsunfähigkeit postuliert würden, ohne dass sich hierzu weitere relevante Angaben fänden oder eine eingehende Auseinandersetzung stattfinde. Die damalige depressive Episode ist nach Ansicht von Dr. med. B.\_\_\_\_ remittiert, was sich durch die Befunde im Psychostatus, die Testbefunde und die Anamnese bestätigen lässt. Die widersprüchliche subjektive Einschätzung des Beschwerdeführers erklärt der Gutachter dabei schlüssig mit psychosozialen Faktoren, die bei ihm aufgrund der finanziellen Sorgen infolge des gescheiterten Versuchs, sich selbständig zu machen, der familiären Konflikte oder der Krankheit der Ehefrau zweifellos gegeben sind. Die ICD-Kriterien einer depressiven Episode erachtet der Gutachter als nicht mehr erfüllt, da der Schweregrad nicht das notwendige Ausmass erreiche. Weiter sieht er auch die depressiven Episoden 2009 und 2010, die zu stationären Behandlungen geführt haben, als remittiert an. Die Dysthymia habe sich als Reaktion auf multiple psychosoziale Faktoren entwickelt und begründe im Fall des Beschwerdeführers aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht keine relevante längerfristige Arbeitsunfähigkeit mehr. Zudem seien keine Hinweise vorhanden, die schwere Defizite aufgrund eines Gesundheitsschadens oder eine Unzumutbarkeit zu deren Überwindung begründen könnten. Auch die bekannten akzentuierten Persönlichkeitszüge seien als Varianten der Norm in Schwere und Ausprägung nicht ausreichend, um eine Persönlichkeitsstörung zu begründen. Diese Einschätzung stehe auch nicht in Widerspruch zu den Akten. Diese Feststellung ist korrekt, obwohl der behandelnde Psychotherapeut zwar vom Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung spricht, dies aber nicht weiter erläutert und nicht einmal darlegt, welche Form einer Persönlichkeitsstörung gegeben sein solle. Hingegen sind gemäss Dr. B.\_\_\_\_ vielfältige krankheitsfremde Aspekte bekannt, die die Motivation zur Steigerung der Leistungsfähigkeit deutlich minderten. Diese Beurteilung ist mit Blick auf die Aktenlage und die Befunderhebungen des Gutachters stimmig.

Den Verlauf der Arbeitsunfähigkeit zeichnet Dr. med. B.\_\_\_\_ ebenfalls nachvollziehbar nach: Für den Zeitraum August 2007 bis September 2010 sei jeweils für die Dauer der dokumentierten teil- und vollstationären Aufenthalte von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit auszugehen. Bei solchen Hospitalisationen muss naturgemäss eine vollständige Arbeitsunfähigkeit angenommen werden. Für die Zeiten vor und nach diesen Hospitalisationen kann der Gutachter keine objektiven Angaben ausmachen, er weist aber richtigerweise auf die regelmässige berufliche Aktivität des Beschwerdeführers ab Ende 2008 (Versuch einer selbständigen Erwerbstätigkeit im Gastronomiebereich) hin. Daraus leitet er ab, dass für diese Zeit nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit angenommen werden kann, dass die rezidivierende depressive Störung nach Ende 2008 eine wesentliche Minderung der Arbeitsfähigkeit begründet habe. Konsequenterweise wird die bisherige Tätigkeit als ganztags zumutbar erachtet, ohne Bestehen einer verminderten Leistungsfähigkeit. Somit lässt sich eine medizinisch begründete Arbeitsunfähigkeit ab September 2010 nicht mehr begründen. Damit liegt auch klarerweise eine wesentliche Verbesserung des Gesundheitszustandes im Vergleich zum August 2007 vor. Der Gutachter hält abschliessend fest, dass die Motivation des Beschwerdeführers für berufliche Massnahmen nicht ausreichend sei.

Im Rahmen der jüngsten Begutachtung vom 20. Dezember 2014 kommt Dr. B.\_\_\_\_ zum gleichen Ergebnis. Eine relevante Veränderung des Gesundheitszustandes seit der letzten Begutachtung kann er nach der Untersuchung und Durchführung verschiedener Testverfahren nicht erkennen. Er setzt sich in der Folge mit den divergierenden Berichten des behandelnden Arztes, Dr. med. E.\_\_\_\_, auseinander und erachtet dessen Einschätzung als nicht kritisch differenziert nachvollziehbar. Zum Arztbericht der C.\_\_\_\_ vom 3. April 2013, der von einer Zustandsverschlechterung aufgrund vielfacher (vor allem finanzieller) Belastungen spricht, führt er aus, die Belastungen würden zwar nicht ausdrücklich aufgeführt, es sei jedoch davon auszugehen, dass es sich neben den bereits bekannten multiplen psychosozialen Faktoren insbesondere um eine Zunahme der finanziellen Sorgen in der Folge der angekündigten Aufhebung der IV-Rente handle. Diese Einschätzung ist ebenso nachvollziehbar wie die gutachterliche Beurteilung des Austrittsberichts der Privatklinik D.\_\_\_\_ vom 18. Februar 2014, der ebenfalls eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes bei aktuell aufgetretenen finanziellen und begleitenden familiären Belastungsfaktoren nennt. Dr. med. B.\_\_\_\_ stellt korrekterweise fest, es werde ein klinisch relevantes Syndrom beschrieben, das in der Folge der sozialen Belastungen zugenommen und sich im Verlauf der Therapie gebessert habe. Die subjektive Einschätzung des Beschwerdeführers, dass ihm die EKT-Therapie in der Privatklinik D.\_\_\_\_ überhaupt nicht geholfen habe, lässt sich nach Durchsicht des Austrittsberichts der Privatklinik D.\_\_\_\_ denn auch nicht nachvollziehen. Darin ist vielmehr davon die Rede, dass sich unter der EKT-Therapie eine deutliche Besserung des Zustands habe beobachten lassen. Zuzustimmen ist dem Gutachter auch in der Einschätzung, dass die Berichte des behandelnden Arztes, Dr. med. E.\_\_\_\_, nur schwerlich differenziert gewürdigt werden können, da sie sich auf die Beschreibung der geklagten Beschwerden beschränken, ohne diese in irgendeiner Art zu kommentieren.

Weiter erklärt Dr. med. B.\_\_\_\_ schlüssig, dass sich die objektivierbaren psychopathologischen Befunde in der Untersuchung vom 16. Oktober 2014 gering ausgeprägt zeigten, weshalb er seine Einschätzung aus dem Gutachten vom 17. Januar 2012 ■ remittierte rezidivierende depressive Störung, Vorliegen einer Dysthymia ■ bestätigt.

Das zuletzt 2013 / 2014 kurzfristig (die Hospitalisationen dauerten vom 1. Februar bis 5. April 2013, IV-Nr. 105, sowie vom 9. Januar bis 18. Februar 2014, IV-Nr. 111 S. 3) klinisch relevante depressive Syndrom erachtet er als in der Folge sozialer Belastungen (sowohl der bekannten, als auch der zunehmenden finanziellen Sorgen bei drohender Einstellung der IV-Rente) entstanden. Zum Untersuchungszeitpunkt sind für ihn die ICD-Kriterien einer depressiven Episode nicht erfüllt, was gestützt auf die Untersuchungsbefunde korrekt erscheint. Das dysthyme Syndrom wird ■ wie zurecht festgehalten ■ im Fall des Beschwerdeführers weit überwiegend durch psychosoziale Faktoren aufrechterhalten und begründet für sich alleine nicht ausreichend eine depressive Episode. Somit lässt sich auch keine relevante, längerfristige Arbeitsunfähigkeit mehr begründen. Dies mit Ausnahme der dokumentierten Hospitalisation 2013 bzw. 2014, bei welcher von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen ist. Hingegen sind diese Arbeitsunfähigkeiten zu kurz, um eine anspruchrelevante Arbeitsunfähigkeit begründen zu können. Der Widerspruch zur Einschätzung des behandelnden Arztes lässt sich dabei mit dem zwischen Patient und behandelndem Arzt bestehenden Vertrauensverhältnis begründen. Zudem vermag Dr. med. E. \_\_\_ nicht schlüssig darzulegen, wie sich die von ihm postulierte, weiterhin bestehende vollständige Arbeitsunfähigkeit begründen lässt. Wie Dr. med. B. \_\_\_ stichhaltig ausführt, bestehen beim Beschwerdeführer zahlreiche (psycho)soziale Faktoren, die für den Verlauf der Störung relevant sind; so die Herkunft, Migration, der fehlende berufliche Abschluss, mangelhafte Deutschkenntnisse, finanzielle Sorgen / Schulden, ein langjähriger Rentenbezug, Gerichtsprozesse, familiäre Konflikte, die Krankheit der Ehefrau, die Absenz vom Arbeitsmarkt, die Lage auf dem Arbeitsmarkt sowie das Lebensalter. Es handelt sich dabei um krankheitsfremde Faktoren, die die Diskrepanz zwischen der subjektiven Einschätzung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers und der objektiven Einschätzung des Gutachters erklären. Eine Dysthymie führt rechtsprechungsgemäss grundsätzlich nicht zu einer Invalidität (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_225/2009 vom 6. Juli 2009 E. 3.3). Das Bundesgericht hat verschiedentlich festgehalten, dass eine Dysthymie nach der im gebräuchlichen ICD-Klassifikationssystem enthaltenen Umschreibung eine chronische depressive Verstimmung ist, die weder schwer noch hinsichtlich einzelner Episoden anhaltend genug ist, um die Kriterien einer schweren, mittelgradigen oder leichten rezidivierenden depressiven Störung zu erfüllen; daher sei sie nicht invalidisierend. Ausnahmen könnten vorliegen, wenn eine Dysthymie zusammen mit einer ernsthaften Persönlichkeitsstörung auftritt (Urteil des Bundesgerichts 8C\_303/2012 vom 6. Dezember 2012 E. 4.2).

Zu teilen ist schliesslich die gutachterliche Einschätzung, dass im vorliegenden Fall keine Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer vorhanden ist. Insbesondere werden zwar akzentuierte Persönlichkeitszüge ■ nicht aber eine Persönlichkeitsstörung diagnostiziert. Dies begründet Dr. med. B. \_\_\_ schlüssig damit, dass eine angemessene Teilnahme am sozialen Leben gegeben ist und die ausgeprägten depressiv gefärbten Muster Teil der Definition der Dysthymia sind.

8. Insgesamt lässt sich damit festhalten, dass sich im Vergleich zur Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 31. März 2008 im Zeitpunkt der hier angefochtenen Verfügung eine erhebliche Verbesserung des Gesundheitszustands eingestellt hat. Es besteht keine Arbeitsunfähigkeit mehr, weder in der angestammten noch in einer Verweistätigkeit. Es besteht daher kein Anspruch mehr auf eine Invalidenrente.

9. Der Beschwerdeführer war zum Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung 52 Jahre alt und hatte vom 1. November 2004 bis 30. November 2005 eine ganze, ab dem 1. November 2006 eine Viertelsrente bezogen. Der Rentenanspruch bestand damit seit elf Jahren. Er lässt geltend machen, die Beschwerdegegnerin hätte prüfen müssen, ob ihm eine Selbsteingliederung ohne vorgängige berufliche Massnahmen zumutbar ist.

9.1 Im Gebiet der Invalidenversicherung gilt ganz allgemein der Grundsatz, dass die invalide Person, bevor sie Leistungen verlangt, alles ihr Zumutbare selber vorzukehren hat, um die Folgen ihrer Invalidität bestmöglich zu mildern (BGE 113 V 28 E. 4a mit Hinweisen). Von den Versicherten können jedoch nur Vorkehrungen verlangt werden, die unter Berücksichtigung der gesamten objektiven und subjektiven Gegebenheiten des Einzelfalles zumutbar sind (BGE 113 V 22 E. 4a S. 28 mit Hinweisen auf Lehre und Rechtsprechung; ZAK 1989 S. 214 E. 1c). Die Wiedereingliederung von Versicherten im fortgeschrittenen Alter oder nach invaliditätsbedingt langjährigem Fernbleiben von der Arbeitswelt ist oft schwierig. Laut ständiger Rechtsprechung ist zwar im Regelfall eine medizinisch attestierte Verbesserung der Arbeitsfähigkeit grundsätzlich auf dem Weg der Selbsteingliederung zu verwerten. Nach langjährigem Rentenbezug können jedoch ausnahmsweise Erfordernisse des Arbeitsmarktes der Anrechnung einer medizinisch vorhandenen Leistungsfähigkeit und medizinisch möglichen Leistungsentfaltung entgegenstehen, wenn aus den Akten einwandfrei hervorgeht, dass die Verwertung eines bestimmten Leistungspotenzials ohne vorgängige Durchführung befähigender Massnahmen allein mittels Eigenanstrengung der versicherten Person nicht möglich ist (Urteil 9C\_163/2009 vom 10. September 2010 E. 4.1 und 4.2.2). Die Verwaltung muss sich vor der Herabsetzung oder Aufhebung einer Invalidenrente vergewissern, ob sich ein medizinisch-theoretisch wiedergewonnenes Leistungsvermögen ohne Weiteres in einem entsprechend tieferen Invaliditätsgrad niederschlägt oder ob dafür ■ ausnahmsweise ■ im Einzelfall eine erwerbsbezogene Abklärung (der Eignung, Belastungsfähigkeit usw.) und / oder die Durchführung von Eingliederungsmassnahmen im Rechtssinne vorausgesetzt ist (Urteil des Bundesgerichts 9C\_768/2009 vom 10. September 2010 E. 4.1.2). Wie das Bundesgericht mit Urteil 9C\_228/2010 vom 26. April 2011 E. 3.3-3.5 entschieden hat, ist die Rechtsprechung gemäss 9C\_163/2009 E. 4.2.2 grundsätzlich auf Fälle zu beschränken, in denen die revisions- oder wiedererwägungsweise Herabsetzung oder Aufhebung der Invalidenrente eine versicherte Person betrifft, welche das 55. Altersjahr zurückgelegt oder die Rente seit mehr als 15 Jahren bezogen hat.

Damit wird dem Umstand Rechnung getragen, dass diese Personen auf Grund ihres fortgeschrittenen Alters und / oder der langen Rentendauer und der daraus folgenden langjährigen Arbeitsabstinenz in der Regel nicht selber in der Lage sind, sich dem Arbeitsmarkt zu stellen und sich dort selbständig wieder einzugliedern. Die Übernahme der beiden Abgrenzungskriterien (vgl. lit. a Abs. 4 der Schlussbestimmungen der Änderung vom 18. März 2011 [6. IV-Revision, erstes Massnahmenpaket]) bedeutet jedoch nicht, dass die betroffenen Rentnerinnen und Rentner einen Besitzstandsanspruch geltend machen könnten. Es wird ihnen lediglich, aber immerhin, zugestanden, dass die Rente grundsätzlich erst nach geleisteter Eingliederungshilfe eingestellt werden darf (BGE 141 V 5 E. 4.2.2 S. 8; erwähntes Urteil des Bundesgerichts 9C\_228/2010 vom 26. April 2011 E. 3.5, in: SVR 2011 IV Nr. 73 S. 220).

9.2 Der Beschwerdeführer hat die vom Bundesgericht festgelegten Grenzwerte nicht überschritten. Er war zum Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung weder 55 Jahre alt noch

hatte er seit 15 Jahren eine Rente bezogen. Er hat keine berufliche Ausbildung abgeschlossen. Seit seiner Immigration in die Schweiz war er als Küchenhilfe, Betriebsmitarbeiter und Maschinenführer tätig. Ab 2001 arbeitete er als CNC-Operateur, bis er dann 2003 erstmals längerfristig krankgeschrieben wurde. Seither ist er keiner unselbständigen Erwerbstätigkeit mehr nachgegangen. Ab November 2006 bezog er eine Viertelsrente, im Jahr 2008 versuchte er, sich mit einem Restaurant selbständig zu machen, wobei das Projekt (nicht aus gesundheitlichen Gründen) scheiterte. Mit Blick auf die Restaurantübernahme 2008 ist die Behauptung des Beschwerdeführers, nach einer kurzen Temporärarbeit 2006 nicht mehr erwerbstätig gewesen zu sein, nicht korrekt. Hinzu kommt, dass er seit November 2006 aufgrund einer Arbeitsunfähigkeit von 40 % eine Viertelsrente bezog. Das Bundesgericht hat die Zumutbarkeit der Selbsteingliederung bei einer stets vorhandenen, aber nicht verwerteten Restarbeitsfähigkeit wiederholt bejaht (Urteile des Bundesgerichts 9C\_754/2014 vom 11. Juni 2015 E. 5.3, mit Hinweis auf die Urteile 9C\_726/2011 vom 1. Februar 2012 E. 5.2 und 9C\_752/2013 vom 27. Juni 2014 E. 4.3; vgl. auch Urteil 9C\_819/2014 vom 19. Juni 2015 E. 4, mit weiteren Hinweisen). Diese Konstellation liegt hier vor, bestand doch während des Rentenbezugs eine Restarbeitsfähigkeit von 60 %. Die Selbsteingliederung kann dem Beschwerdeführer unter diesen Umständen zugemutet werden. Aus der von ihm angerufenen bundesgerichtlichen Rechtsprechung, wonach er davon ausgeht, die Selbsteingliederung erscheine zumutbar, wenn die Absenz vom Arbeitsmarkt auf invaliditätsfremde Faktoren zurückzuführen sei, die versicherte Person besonders agil und gewandt sowie im gesellschaftlichen Leben integriert sei (Urteil des Bundesgerichts 9C\_68/2011 E. 3.3), lässt sich nichts zu seinen Gunsten ableiten. Im vorliegenden Fall ist es gerade so, dass der Beschwerdeführer aus invaliditätsfremden Gründen seine Restarbeitsfähigkeit während Jahren nicht verwertet hat, und die Kriterien der Agilität und Gewandtheit hat das Bundesgericht im betreffenden Fall zum Anlass genommen, eine Ausnahme vom Grundsatz zu machen, dass ab einem Alter von 55 Jahren von der Unzumutbarkeit der Selbsteingliederung auszugehen sei. Im Gegensatz zum Beschwerdeführer hatte die im bundesgerichtlichen Fall betroffene Person nämlich das 55. Altersjahr bereits längst überschritten. Mit Blick auf die subjektive Krankheitsüberzeugung ist indessen auch nicht zu erwarten, dass berufliche Massnahmen die gewünschten Resultate erzielen könnten. Ein Anspruch auf berufliche Massnahmen ist nach dem Gesagten abzulehnen.

10. Die Beschwerde ist gestützt auf diese Erwägungen abzuweisen. Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung.

Aufgrund von Art. 69 Abs. 1bisIVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 - 1'000.00 festgelegt. Im vorliegenden Fall hat der Beschwerdeführer die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen, die mit dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe zu verrechnen sind.

Demnach widerkannt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Es wird keine Parteientschädigung ausgerichtet.

3. Der Beschwerdeführer hat Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen, die mit dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe verrechnet werden.

## Rechtsmittel

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

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Die Vizepräsidentin                      Die Gerichtsschreiberin

Weber-Probst                              Fischer

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