

# **SO\_GERICHTE VSBES.2017.119 vom 10. Oktober 2018**

SO Obergericht, 2018-10-10, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so\\_gerichte\\_VSBES.2017.119\\_d20181010](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2017.119_d20181010)

FR: SO\_GERICHTE VSBES.2017.119 du 10 octobre 2018

IT: SO\_GERICHTE VSBES.2017.119 del 10 ottobre 2018

## **Regeste**

Invalidenrente und berufliche Massnahmen

## **Erwägungen**

### **E. 1**

1.1 Der 1971 geborene A.\_\_\_\_ (nachfolgend: Beschwerdeführer) meldete sich mit Eingang vom 28. September 2012 bei der IV-Stelle des Kantons Solothurn (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) zum Leistungsbezug an (IV-Stelle Beleg Nr. [IV-Nr.] 2). Daraufhin holte die Beschwerdegegnerin medizinische Unterlagen ein, u.a. auch die Akten der Krankentaggeldversicherungen B.\_\_\_\_ (IV-Nr. 7) sowie C.\_\_\_\_ (IV-Nr. 26, 27), und tätigte Abklärungen in erwerblicher Hinsicht. Sodann veranlasste sie eine polydisziplinäre (internistische, rheumatologische und psychiatrische) Begutachtung bei der Begutachtungsstelle D.\_\_\_\_. Das entsprechende Gutachten wurde am 17. April 2014 erstattet (IV-Nr. 41.1 ff.). Daraufhin lehnte sie den Anspruch des Beschwerdeführers auf berufliche Massnahmen sowie eine Invalidenrente mit Verfügung vom 11. September 2014 ab (IV-Nr. 52). Diese Verfügung erwuchs unangefochten in Rechtskraft.

1.2 Am 11. September 2015 meldete sich der Beschwerdeführer wegen verschiedener Beschwerden (u.a. Schmerzen, Schlaf- und Blutproblemen, Leidensdruck und Suizidgedanken) erneut bei der Beschwerdegegnerin zum Leistungsbezug an (IV-Nr. 55). Die Beschwerdegegnerin tätigte in der Folge medizinische Abklärungen und leitete schliesslich auf Empfehlung des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD; IV-Nr. 66) eine bidisziplinäre (rheumatologische und psychiatrische) Begutachtung in die Wege. Das Gutachten wurde am 2. Mai 2016 durch die Begutachtungsstelle E.\_\_\_\_ erstattet (IV-Nr. 69). Hierzu nahmen der behandelnde Psychiater Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, mit Eingabe vom 25. Juni 2016 (IV-Nr. 76) und der Beschwerdeführer mit Eingabe vom 18. August 2016 Stellung (IV-Nr. 79). Nach Rücksprache mit dem RAD ersuchte die Beschwerdegegnerin die Begutachtungsstelle E.\_\_\_\_ um eine Stellungnahme zur genannten Eingabe des behandelnden Psychiaters, welche am 24. Oktober 2016 erstattet wurde (IV-Nr. 83). Mit Vorbescheid vom 8. November 2016 stellte die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer die Abweisung des Leistungsbegehrens auf berufliche Eingliederungsmassnahmen sowie die Ausrichtung einer Invalidenrente in Aussicht (IV-Nr. 84). Die dagegen erhobenen Einwände (IV-Nr. 90) wies sie nach erneuter Rücksprache mit dem RAD (IV-Nr. 92) mit Verfügung vom 7. März 2017 ab (A.S. [Akten-Seite] 1 ff.).

### **E. 2**

2.1 Nach Art. 28 Abs. 1 Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die

Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a) und zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG, SR 830.1]) gewesen sind (lit. b) sowie nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind. Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente.

2.2 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein. Die Invalidität gilt als eingetreten, sobald sie die für die Begründung des Anspruchs auf die jeweilige Leistung erforderliche Art und Schwere erreicht hat (Art. 4 IVG).

2.3 Versicherungsträger und Sozialversicherungsrichter haben die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen (Art. 61 lit. c ATSG). Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass der Sozialversicherungsrichter alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf er bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum er auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (Urteil des Bundesgerichts 8C\_63/2011 vom 27.Mai 2011 E. 4.4.2; BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a S. 352; AHI 2001 S. 113 f. E. 3a; RKUV 2003 U 487 S. 345 E. 5.1).

### **E. 3**

3.1 Tritt die Verwaltung ■ wie im vorliegenden Fall ■ auf die 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). 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 141 V 585 E. 5.3, 134 V 131 E. 3 S. 132, 117 V 198 E. 3a, 109 V 115 E. 2b).

3.2 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 ersten Ablehnungsverfügung bestanden hat, mit demjenigen zur Zeit der streitigen neuen Verfügung (Urteil des Eidg. Versicherungsgerichts [EVG] I 783/05 vom 18. April 2006 E. 1; BGE 133 V 108 E. 5 S. 110 ff., 130 V 71 E. 3.1 S. 73 mit Hinweisen). Dies gilt jedoch nur in Fällen, in denen seit der ersten Verfügung keine materielle Prüfung des Rentenanspruchs mehr stattgefunden hat, sondern einzig Nichteintretensverfügungen ergangen sind.

4. Im vorliegenden Fall ist zu prüfen, ob nach einem Vergleich des medizinischen Sachverhalts im Zeitpunkt der rechtskräftigen Verfügung vom 11. September 2014 (IV-Nr. 52) mit demjenigen im Zeitpunkt der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 7. März 2017 (A.S. 1 f.) eine anspruchswirksame Veränderung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers ausgewiesen ist.

4.1 Im Zeitpunkt der Verfügung vom 11. September 2014 (IV-Nr. 52) stützte sich die Beschwerdegegnerin im Wesentlichen auf das polydisziplinäre (internistische, rheumatologische und psychiatrische) Gutachten der Begutachtungsstelle D. \_\_\_ vom 17. April 2014 (IV-Nr. 41.1 ff.). Darin wurden keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt. Als solche ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit stellten die Gutachter die folgenden Diagnosen (IV-Nr. 41.1 S. 29):

1. Chronisches lumbo-spondylogenes Schmerzsyndrom rechts seit anfangs 2012  
- ausgeprägte Zeichen einer Schmerzfehlverarbeitung (nicht einem organischen Krankheitsbild entsprechend)  
- radiologisch altersentsprechende degenerative Veränderungen der distalen LWS gemäss MRT vom 08.03.2012 mit Diskopathie lumbo-sacral und Spondylarthrosen distal-lumbal
2. Klinisch begleitendes Piriformis-Syndrom rechts
3. Spreizfüsse
4. Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen (ICD-10 F68.0)

Aus rheumatologischer Sicht hielt Dr. med. K. \_\_\_, Facharzt FMH für Rheumatologie, fest, in guter Übereinstimmung mit der fachspezifischen Aktenlage könne keine längerdauernde Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestätigt werden. Initial nach Beginn der Arbeitsunfähigkeit im Mai 2012 seien zunächst diagnostische und therapeutische Massnahmen durchgeführt worden. Spätestens nach dem Austritt im Rahmen der stationären Therapie im Spital L. \_\_\_ im Oktober 2012 mit Bestätigung einer Arbeitsunfähigkeit von 100 % bis 30. November 2012 könne aus rheumatologischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit mehr attestiert werden. Im Vordergrund stehe eine Beschwerdesymptomatik, die in dieser Art organisch nicht erklärt werden könne. Es würden sich zudem deutliche Zeichen einer Schmerzfehlverarbeitung finden, die nicht in die rheumatologische Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einflüsse. Bezüglich einer anderen Tätigkeit sei festzuhalten, dass eine körperliche Schwerarbeit nicht zu empfehlen sei (IV-Nr. 41.1 S. 30).

Aus psychiatrischer Sicht führte Dr. med. M. \_\_\_, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, aus, es finde sich wohl vordergründig ein sehr leidend wirkender

Explorand, was auch eindrücklich durch die Mimik zu verstehen gegeben werde, doch falle auf, dass der Beschwerdeführer affektiv nicht beeinträchtigt, insbesondere nicht depressiv sei. Auch finde sich keine kognitive und psychomotorische Beeinträchtigung, affektiv sei er durchaus moduliert, wenn auch eher einseitig verschoben. Es finde sich doch ein auffallend demonstratives Verhalten, zudem seien seine Angaben auch zu hinterfragen, in dem er eine durchwegs dauernde Schmerzintensität auf der höchsten Stufe angebe. Dennoch gelinge es ihm, Kontakte zu pflegen, gewissen Interessen nachzugehen, das heisst vor allem zu lesen und dies auch noch gerne zu tun. Dies stehe in klarem Widerspruch dazu, dass eine wesentliche affektive Störung vorliegen und, dass die Schmerzstörung wirklich derart gravierend sein könnte. Bezüglich der Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung bedürfe es neben den somatisch nicht erklärbaren Befunden zusätzlich einer Verbindung der Schmerzen mit einem emotionalen Konflikt oder psychosozialen Problemen, die schwerwiegend genug seien, um als entscheidende ursächliche Einflüsse zu gelten. Derartige äussere Einflüsse könnten aber beim Beschwerdeführer nicht vorgefunden werden, er verneine alle möglichen gravierenden Einflüsse. Aus diesem Grund lasse sich die Diagnose nicht stellen und es müsse daher angenommen werden, dass anlässlich der letzten gutachterlichen Beurteilung diesbezüglich eine Fehlbeurteilung vorgenommen worden sei. Weiterhin lasse sich, wie erwähnt worden sei, die depressive Symptomatik nicht im angegebenen Ausmass nachvollziehen. Insbesondere habe der Beschwerdeführer nicht depressiv gewirkt, auch sei die Schwingungsfähigkeit nicht eingeschränkt gewesen, es habe sich auch keine Einschränkung im Antrieb und Denken gefunden und kognitiv sei er ebenfalls unauffällig gewesen. Es könne daher einzig vermutet werden, dass er möglicherweise unter affektiven Schwankungen leide, doch aktuell lasse sich keine depressive Störung bestätigen. Es könne daher mangels weiterer psychiatrischer Befunde einzig die Schmerzproblematik diskutiert werden. Es müsse die Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen angenommen werden. Möglicherweise spielten primär gewisse körperliche Beschwerden durchaus eine Rolle, immerhin seien auch minime degenerative Befunde gefunden worden, welche allerdings das Beschwerdeausmass bei Weitem nicht erklären würden. Es falle auf, wie der Beschwerdeführer mittlerweile von der Ehefrau umsorgt werde, was auf einen sekundären Krankheitsgewinn hindeute (IV-Nr. 41.1 S. 25 f.). Aus psychiatrischer Sicht könne demnach eine dauerhafte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit nicht begründet werden. Im Vordergrund stehe eine Schmerzverarbeitungsstörung. Die Störung sei durchaus überwindbar, dem Beschwerdeführer sollte es möglich sein, die bisherige wie auch jegliche alternative Tätigkeit zu verrichten (IV-Nr. 41.1 S. 30).

Gesamtmedizinisch ergebe sich, dass aktuell keine Diagnose mit länger dauernder Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werde könne. Dem Beschwerdeführer könne dementsprechend eine vollschichtige Arbeitsfähigkeit in angestammter wie auch in adaptierter Tätigkeit attestiert werden, wobei eine körperliche Schwerarbeit nicht zu empfehlen sei. Diese Einschätzung gelte sicherlich ab Ende November 2012 (IV-Nr. 41.1 S. 31).

4.2 Im Zeitpunkt der aktuellen Verfügung vom 7. März 2017 (A.S. 1 ff.) präsentierte sich der medizinische Sachverhalt wie folgt:

4.2.1 Dem Bericht der Klinik N.\_\_\_\_ vom

**E. 4**

Es sei eine öffentliche Gerichtsverhandlung nach Art. 6 Ziff. 1 EMRK mit Publikums- und Presseanwesenheit einzuberufen und durchzuführen.

## **E. 5**

Dem Beschwerdeführer sei die volle unentgeltliche Rechtspflege und Rechtsverteidigung unter gleichzeitiger Einsetzung des unterzeichneten Rechtsanwalts als unentgeltlicher Rechtsbeistand zu gewähren.

### **E. 5.1**

5.1.1 Der psychiatrische Gutachter Dr. med. U.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, führt aus, an objektiven Befunden hätten sich im Untersuchungsgespräch depressive Verstimmungen mit verminderter Freudeempfindungsfähigkeit ergeben. Der Beschwerdeführer beklage vor allem auch erhöhte Ermüdbarkeit, Schlafstörungen mit morgendlichen Schwierigkeiten, vermindertem Appetit mit Übelkeit und Erbrechen und gebe ausgeweitete, diffuse Schmerzen im Bewegungsapparat an (IV-Nr. 69 S. 9). Ein aggravatorisches Verhalten sei nicht deutlich ersichtlich. Deutlich affektive Persönlichkeitszüge für die Achse-2-Diagnose einer Persönlichkeitsstörung bestünden nicht. Gegen diese Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit spreche vor allem auch der Verlauf mit vor der Erkrankung sonst normaler Sozialisation und voller Leistungsfähigkeit. Es bestehe eine chronische Schmerzproblematik, die sich bis heute trotz Behandlungen nicht gebessert habe. Der Beschwerdeführer habe angelernt gearbeitet und die Arbeit auch als anstrengend empfunden. Er sei anhaltend arbeitsunfähig geschrieben geblieben und sei keiner Arbeit mehr nachgegangen. Jetzt könne er sich nicht mehr vorstellen zu arbeiten und begründe dies mit Schmerzen, die er auch auf seine frühere, auch als anstrengend empfundene Arbeit zurückführe. Er gebe auch konsekutive Depressionen an. Ferner lebe er zusammen mit seiner Ehefrau und den drei Töchtern zusammen. Die Ehefrau helfe ihm viel, begleite ihn auch überall hin, da er sich zu unsicher fühle, auch wegen Schwindel, das Haus alleine zu verlassen. Es bestehe eine ambulante psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung auch mit antidepressiver Medikation. Die Medikamentenspiegel würden auf eine unzuverlässige Medikamenteneinnahme hinweisen. Der Lithiumspiegel sei im therapeutischen Bereich. Der Medikamentenspiegel des Antidepressivums sei nicht nachweisbar. Das Neuroleptikum zeige einen weit unter dem therapeutischen Bereich liegenden Medikamentenspiegel. Der Wirkstoff des Benzodiazepins sei im Serum auch nicht nachweisbar. Aufgrund der Medikamentenspiegel könne die Behandlung durchaus intensiviert werden. Zudem sei eine regelmässige Benzodiazepineinnahme ungünstig, da dadurch affektive Symptome noch verstärkt werden könnten. Ob hier die ausgebaute Analgetikamedikation wirklich notwendig sei, müsse auch aus somatischer Sicht beurteilt werden. Ferner gebe der Beschwerdeführer an, trotz seiner Beschwerden selber Auto fahren zu können, wenn auch kurze Strecken, was doch auch gegen das Vorliegen von deutlichen Konzentrationsschwierigkeiten spreche. Auch im Untersuchungsgespräch könne er sich eigentlich konzentrieren und die Lebensdaten, die er angegeben habe, seien richtig gewesen. Aufgrund der Medikamentenspiegel, die bestimmt worden seien, scheine die Compliance zwar bezüglich der Einnahme des Lithiums gegeben, was auch absolut notwendig sei für die Verordnung dieses Medikamentes, nicht aber bei der übrigen psychopharmakologischen Medikation. In einer Erwerbstätigkeit fühle sich der Beschwerdeführer nicht mehr arbeitsfähig. Im Haushalt fühle er sich auch kaum fähig mitzuhelfen, er lasse Teller fallen, wenn er den Tisch decke, wodurch die Ehefrau noch mehr beunruhigt sei und ihm wiederum noch mehr verbiete, selber etwas zu machen. In der

Freizeit lasse er sich vor allem von der Ehefrau praktisch überall hinbegleiten. Dadurch könne sein regressives Verhalten im Sinne eines sekundären Krankheitsgewinns noch verstärkt werden (IV-Nr. 69 S. 10 f.). Zusammenfassend liege beim Beschwerdeführer diagnostisch eine leichte depressive Episode vor, gekennzeichnet nach ICD-10 durch depressive Verstimmungen mit verminderter Freudeempfindungsfähigkeit, erhöhte Ermüdbarkeit, Antriebsstörung, Schlafstörungen mit Morgentiefs und vermindertem Appetit. Es bestehe diagnostisch auch eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren gekennzeichnet durch diffuse, ausgeweitete Schmerzen am Bewegungsapparat, deren Ausmass mit somatischen Befunden nicht hinreichend objektiviert werden könne. Es bestünden psychosoziale und emotionale Belastungsfaktoren, die eine Rolle spielten. Deutlich schwere lebensgeschichtliche Belastungen, die eine deutliche Relevanz hätten, um sich negativ auf die Gesundheitsentwicklung auszuwirken (wie lebensgeschichtlich frühe Belastungen mit zerrütteten Familienverhältnissen in der Kindheit), lägen keine vor. Es liege ein chronischer Verlauf, aber auch eine deutlich ausgeprägte Krankheits- und Behinderungsüberzeugung vor, indem es sich der Beschwerdeführer nicht vorstellen könne, auch mit Schmerzen zu arbeiten. Die Prognose sei ungünstig (IV-Nr. 69 S. 11 f.). Im polydisziplinären Gutachten durch die Begutachtungsstelle D.\_\_\_\_ im Jahr 2014 habe aus psychiatrischer Sicht auch keine Arbeitsunfähigkeit attestiert werden können. Es sei die Diagnose «Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen» gestellt worden. Mittlerweile bestehe nun aber doch eine Schmerzstörung und eine leichte depressive Episode. Es sei also zu einer leichten Verschlechterung ohne Einschränkung der Arbeitsfähigkeit gekommen. Der Beschwerdeführer zeige nämlich auch eine deutliche Selbstlimitierung und es bestünden Hinweise auf einen sekundären Krankheitsgewinn. Es könne ihm durchaus auch eine Willensanstrengung zugemutet werden, um trotz seiner Beschwerden zu arbeiten. Für den früheren Verlauf könne auf das D.\_\_\_\_-Gutachten auch aus heutiger Sicht abgestützt werden. Der seit 2013 behandelnde Psychiater Dr. med. F.\_\_\_\_ habe im Jahr 2015 eine schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen seit 2015 und eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung diagnostiziert. Der Beschwerdeführer habe aber im heutigen Untersuchungsgespräch keine psychotische Symptomatik mit Halluzinationen, Wahnsystem oder Ich-Störungen gezeigt. Bei einer schweren depressiven Episode wäre eine ambulante Behandlung auch kaum möglich. Tätigkeiten und Aktivitäten wären dann gar nicht möglich, wie die ICD-10 festhalte, und es bestünden deutliche Konzentrationsstörungen, Schuldgedanken und allumfassende negative Zukunftsperspektiven, was beim Beschwerdeführer nicht der Fall sei. Er gebe auch an, dass es ihm durchaus möglich sei, selber Auto zu fahren, wenn auch kurze Strecken. Dies sei mit einer schweren depressiven Episode auch nicht vereinbar. Auf die Beurteilung von Dr. med. F.\_\_\_\_ könne nicht abgestützt werden. In der Psychosomatischen Abteilung der Klinik N.\_\_\_\_ sei es zu akuter Suizidalität mit Überweisung in die Klinik in [...] gekommen, wo 2015 eine schwere depressive Störung diagnostisch festgehalten worden sei. Es sei gut möglich, dass punktuell die depressive Episode schwerer ausgeprägt gewesen sei. Gemittelt über den Verlauf könne hier aber eine Arbeitsunfähigkeit nicht bestätigt werden (IV-Nr. 69 S. 12 f.). Zusammenfassend hielt der psychiatrische Gutachter fest, beim Beschwerdeführer bestehe in allen seinen Fähigkeiten entsprechenden Tätigkeiten eine 100%ige Arbeitsfähigkeit ohne Leistungseinschränkung, abzüglich der Arbeitsunfähigkeit aus somatischer Sicht. Auch gemittelt über den Verlauf könne hier seit dem Gutachten durch die Begutachtungsstelle D.\_\_\_\_ im Jahr 2014 eine Arbeitsunfähigkeit aus psychiatrischer

Sicht nicht bestätigt werden. Für den Verlauf davor könne auf das damalige Gutachten auch aus heutiger Sicht abgestellt werden (IV-Nr. 69 S. 13).

5.1.2 Der psychiatrische Gutachter äussert sich in seinem Teilgutachten umfassend und nachvollziehbar über die psychiatrische Komponente. Die Beurteilung orientiert sich zudem inhaltlich – entgegen der Behauptung des Beschwerdeführers an der öffentlichen Verhandlung vom 10. Oktober 2018 (vgl. Protokoll vom 10. Oktober 2018, A.S. 73 ff.) – an den durch das Bundesgericht entwickelten Indikatoren für die Beurteilung psychosomatischer Beschwerdebilder (vgl. BGE 141 V 281 E. 4 S. 296 ff.). Die Frage, ob ein psychisches Leiden zu einer ganzen oder teilweisen Arbeitsunfähigkeit führt, beurteilt sich nach einem strukturierten, normativen Prüfungsraster. Anhand eines Kataloges von Indikatoren erfolgt eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens (BGE 141 V 281 E. 3.6 S. 294 f.). Die massgeblichen Standardindikatoren lauten wie folgt (a.a.O. E. 4.1.3 S. 297):

1) Kategorie «funktioneller Schweregrad» (E. 4.3) a) Komplex «Gesundheitsschädigung» (E. 4.3.1) - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde (E. 4.3.1.1) - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz (E. 4.3.1.2) - Komorbiditäten (E. 4.3.1.3) b) Komplex «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen; E. 4.3.2) c) Komplex «Sozialer Kontext» (E. 4.3.3)

2) Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens; E. 4.4) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2)

Bei der Anspruchsprüfung nach BGE 141 V 281 ist zunächst auf den Verlauf und Ausgang von Therapien als wichtige Schweregradindikatoren (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_841/2016 vom 20. November 2017 E. 4.5.2) einzugehen. Diesbezüglich ist dem E.\_\_\_\_-Gutachten zu entnehmen, es erfolge eine ambulante psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung, auch mit antidepressiver Medikation. Der Beschwerdeführer sei in psychiatrischer Behandlung bei Dr. med. F.\_\_\_\_, den er ein- bis zweimal im Monat konsultiere (IV-Nr. 69 S. 7). Bezüglich der Compliance bei der Einnahme der verordneten Medikamente hielt der psychiatrische Gutachter fest, der Medikamentenspiegel weise auf eine unzuverlässige Medikamenteneinnahme hin. Der Lithiumspiegel sei im therapeutischen Bereich. Der Medikamentenspiegel des Antidepressivums sei nicht nachweisbar. Das Neuroleptikum zeige eine weit unter dem therapeutischen Bereich liegenden Medikamentenspiegel. Der Wirkstoff des Benzodiazepins sei im Serum auch nicht nachweisbar gewesen. Aufgrund der Medikamentenspiegel könne die Behandlung durchaus intensiviert werden (IV-Nr. 69 S. 10 f.). Weiter ist beim Indikator Behandlung- und Eingliederungserfolg und -resistenz (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.2 S. 299 f.) zu berücksichtigen, dass Eingliederungsmassnahmen theoretisch ab sofort zumutbar seien, hier aber keinen Sinn wegen der deutlich ausgeprägten Krankheits- und Behinderungsüberzeugung machen würden (IV-Nr. 69 S. 11). Beim Indikator «Komorbiditäten» ist eine Gesamtbetrachtung der Wechselwirkungen und sonstigen Bezüge der psychischen Störungen zu sämtlichen begleitenden krankheitswertigen Störungen erforderlich. Eine Störung, welche nach der Rechtsprechung als solche nicht invalidisierend sein kann (vgl. E. 4.3.1.2; Urteil 9C\_98/2010 vom 28. April 2010 E. 2.2.2, in: SVR 2011 IV Nr. 17 S. 44) ist keine Komorbidität. In diesem Zusammenhang ist dem Gutachten zu entnehmen, dass aus rheumatologischer Sicht keine Erkrankung diagnostiziert werden könne, welche die geschilderte Symptomatik adäquat

begründen könne. Es bestehen zwar gewisse Einschränkungen, welche es dem Beschwerdeführer nicht mehr erlauben, körperlich schwere Tätigkeiten mit starker Rückenbelastung auszuüben. Jedoch bestehen in einer körperlich leichten bis intermittierend mittelschweren Tätigkeit mit leichter bis teilweise mittelschwerer Rückenbelastung aus rein rheumatologischer Sicht keine Einschränkungen (vgl. zum Ganzen E. II. 5.2 hiernach; IV-Nr. 69 S. 17 f.), weshalb bereits aus diesem Grund eine erhebliche Ausprägung einer Wechselwirkung zwischen den psychischen Störungen und den Komorbiditäten zu verneinen ist. Mit Bezug auf den Komplex der Persönlichkeit (BGE 141 V 281 E. 4.3.2 S. 302) enthält die Expertise keinen Hinweis auf eine (erhebliche) Einschränkung der sogenannten «komplexen Ich-Funktionen». Deutlich auffällige Persönlichkeitszüge für die Achse-2-Diagnose einer Persönlichkeitsstörung bestünden sonst nicht und gegen diese Diagnose spreche vor allem auch der Verlauf mit vor der Erkrankung sonst normaler Sozialisation und voller Leistungsfähigkeit (IV-Nr. 69 S. 10). Der «soziale Kontext» (BGE 141 V 281 E. 4.3.3 S. 303) weist insbesondere betreffend die Familienverhältnisse Ressourcen auf, auf welche der Versicherte zurückgreifen kann. Gemäss den Ausführungen des psychiatrischen Gutachters lebe der Beschwerdeführer zusammen mit seiner Ehefrau und den drei Töchtern. Er habe Kontakte, wenn jeweils Besuch komme. Sonst lebe er zurückgezogen in der Familie. Er sei aber sozial gut eingebettet und zeige keine deutliche Abstumpfung der Umgebung gegenüber. Nach dem Aufstehen morgens nehme er die Tabletten und frühstücke. Danach müsse er sich erholen und gehe dann zusammen mit der Ehefrau spazieren. Die Ehefrau mache das Mittagessen. Die Kinder kämen dann von der Schule nach Hause. Je nachdem wie er sich körperlich fühle, gehe er auch am Nachmittag nach draussen zusammen mit der Ehefrau. Er versuche im Haushalt mitzuhelfen, so räume er den Tisch ab oder decke den Tisch, wobei ihm auch Teller aus der Hand gefallen seien. Einkaufen gehe er nur zusammen mit der Ehefrau. Zum Teil kämen noch Kollegen zu Besuch. Er fahre auch selber Auto, aber nur kurze Strecken. Zuletzt sei er 2012 in die Heimat gereist (vgl. IV-Nr. 69 S. 8). Schliesslich geht aus dem Gutachten hinsichtlich der Kategorie «Konsistenz» hervor, dem Exploranden sei es auch möglich, trotz seiner Beschwerden selber Autofahren zu können, wenn auch kurze Strecken, was doch auch gegen das Vorliegen von deutlichen Konzentrationsstörungen spreche. Auch im Untersuchungsgespräch habe er sich konzentrieren und die Lebensdaten gut angeben können (IV-Nr. 69 S. 11). Er habe zwar müde gewirkt, sei aber wach, bewusstseinsklar und allseits orientiert gewesen (IV-Nr. 69 S. 9). Es werde ihm im Haushalt doch viel von der Familie abgenommen und er werde auch überallhin begleitet, wenn es notwendig sei oder er es wolle. Dadurch könne sein regressives Verhalten im Sinne eines sekundären Krankheitsgewinns noch verstärkt werden (IV-Nr. 69 S. 11). In einer Erwerbstätigkeit fühle sich der Explorand nicht arbeitsfähig. Die Selbsteinschätzung des Beschwerdeführers, gar nicht mehr arbeiten zu können und auch noch keine Schritte hin auf eine Erwerbstätigkeit machen zu können, könne mit objektiv erheblichen psychiatrischen Befunden nicht gestützt werden (IV-Nr. 69 S. 12). Nach dem Gesagten erweist sich das psychiatrische Teilgutachten der Gutachterstelle E.\_\_\_\_ auch im Lichte der neuen bundesgerichtlichen Rechtsprechung betreffend Indikatorenprüfung als beweismässig und es kann auf die schlüssigen Ausführungen zum Leistungsvermögen des Beschwerdeführers verwiesen werden, welches unter der Beachtung der vorgängig geprüften Indikatoren festgelegt wurde.

5.1.3 Gemäss dem psychiatrischen Gutachter bestehe beim Beschwerdeführer diagnostisch eine leichte depressive Episode, gekennzeichnet nach ICD-10 durch depressive Verstimmungen mit verminderter Freudeempfindungsfähigkeit,

erhöhte Ermüdbarkeit, Antriebsstörung, Schlafstörungen mit Morgentiefs und vermindertem Appetit (IV-Nr. 69 S. 11). Indem der Beschwerdeführer vorbringen lässt, es lägen damit fünf der für eine mittelgradige depressive Episode typischen Symptome vor (vgl. Protokoll der Verhandlung vom 10. Oktober 2018, A.S. 73 ff.), vermag dies die diagnostische Einordnung der depressiven Störung im Gutachten nicht stichhaltig in Frage zu stellen. In erster Linie ist festzuhalten, dass grundsätzlich die begutachtende Arztperson zuständig ist für die Beschreibung des Gesundheitszustands und Stellung der Diagnosen. In diesem Zusammenhang ist ferner zu berücksichtigen, dass die psychiatrische Exploration von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei erfolgen kann und dem oder der medizinischen Sachverständigen deshalb praktisch immer einen gewissen Spielraum eröffnet, innerhalb welchem verschiedene Interpretationen möglich, zulässig und im Rahmen einer Exploration lege artis zu respektieren sind (Urteil des Bundesgerichts 8C\_260/2017 vom 1. Dezember 2017 E. 5.2.2 mit Hinweisen). Ferner ist der Beschwerdeführer darauf hinzuweisen, dass eine leichte depressive Episode - gemäss den Kriterien der ICD-10 - mindestens vier der aufgeführten Symptome aufweisen muss. Die Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode verlangt eine Gesamtzahl von mindestens sechs oder sieben Symptomen und eine schwere depressive Episode eine Gesamtzahl von mindestens acht Symptomen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_260/2017 vom 1. Dezember 2017 E. 5.2.3 mit Hinweis auf Dilling/Freyberger [Hrsg.], Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen, 8. Aufl. 2016, S. 132 ff.). Schliesslich hängt die Bezeichnung einer depressiven Episode als leicht, mittelgradig oder schwer nicht nur von der Anzahl der Symptome ab, sondern auch von deren Ausprägung (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_302/2018 vom 12. Juli 2018 E. 4.1 mit Hinweis auf BGE 141 V 281 E. 4.3.1.1 S. 298 f.). Die vom psychiatrischen Gutachter auf der Grundlage dieses Gutachtens getroffene Tatsachenfeststellung zum Schweregrad der depressiven Störung bei Vorliegen von fünf Symptomen ist somit – auch im Hinblick auf die Ausführungen zu den Indikatoren (vgl. E. II. 5.1.2 hiervor) – nicht zu beanstanden. 5.1.4 Soweit der Beschwerdeführer vorbringen lässt, das psychiatrische Teilgutachten sei unvollständig, zumal die zahlreichen stationären Behandlungen nicht berücksichtigt worden seien (vgl. Protokoll der Verhandlung vom 10. Oktober 2018, A.S. 73 ff.), ist ihm zu entgegnen, dass es im Ermessen der Experten liegt, ob und gegebenenfalls welche Berichte im Gutachten erwähnt und diskutiert werden. Entscheidend ist, dass ihnen sämtliche Unterlagen zur Verfügung standen (Urteil des Bundesgerichts 9C\_276/2017 vom 23. April 2018 E. 4.3.2), was hier der Fall war (vgl. IV-Nr. 69 S. 5 ff.). Sodann nahm der psychiatrische Gutachter auch zu den im Anschluss an die stationären Behandlungen verfassten Berichte Stellung. Er legte dar, dass es gut möglich sei, dass punktuell die depressive Episode schwerer ausgeprägt gewesen sei. Gemittelt über den Verlauf könne hier aber eine Arbeitsunfähigkeit nicht bestätigt werden (IV-Nr. 69 S. 13). 5.1.5 Zusammenfassend ist festzuhalten, dass sich das psychiatrische Teilgutachten der Gutachterstelle E.\_\_\_\_ vom 10. Mai 2016 an die massgebenden normativen Vorgaben von BGE 141 V 281 hält, die Schlussfolgerungen zu den funktionellen Einschränkungen sowie die Zumutbarkeitsbeurteilung in sich widerspruchsfrei und nachvollziehbar sind und dem Gutachten daher volle Beweiskraft beizumessen ist. Damit besteht aus psychiatrischer Sicht keine anspruchsrelevante Veränderung des Gesundheitszustandes seit dem letzten rechtskräftigen Entscheid der Beschwerdegegnerin vom 11. September 2014 bzw. keine invalidenversicherungsrechtlich relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit.

## **E. 5.2**

5.2.1 Ebenfalls einleuchtend leitet der rheumatologische Teilgutachter Dr. med. V.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Rheumatologie, seine Beurteilung her: Bei der rheumatologischen Untersuchung fänden sich deutliche Zeichen eines verstärkten Schmerzgebarens mit durchwegs positiven Waddell-Zeichen. Eine ISG-Hypomobilität rechts sei nicht eindeutig nachweisbar, allerdings bei erschwerter Untersuchung aufgrund einer vorzugsweise eingenommenen Schonhaltung mit Entlastung des rechten Beines. Hinweise für ein lumboradikuläres Syndrom rechts seien nicht fassbar, es liege auch keine muskuläre Atrophie am rechten Bein vor, bereits die geschilderte Schmerzlokalisierung mit diffuser Verteilung am rechten Bein spreche neuroanatomisch gegen ein lumboradikuläres Syndrom. Die Flexion der LWS sei deutlich vermindert bei allerdings auch ungewisser Kooperation, die Extension sei nicht relevant eingeschränkt. Ungewöhnlich und durch ein rein organisches Geschehen nicht erklärbar sei der Befund, dass durch leichte Palpation der Dornfortsätze an der gesamten LWS ein diffuser Beinschmerz rechts bis zur Fusssohle ausgelöst werde. Die Glutealmuskulatur rechts sei deutlich druckdolent. Die Untersuchung der übrigen Bereiche des Bewegungsapparates sei unauffällig. Zusammenfassend könne aus rheumatologischer Sicht keine Erkrankung diagnostiziert werden, welche die geschilderte Symptomatik adäquat begründen könnte. Das Beschwerdebild und die klinische Präsentation seien nicht vereinbar mit einem lumboradikulären Syndrom oder einer isolierten ISG-Hypomobilität, auch eher nicht mit einem rein spondylogenen Geschehen. Nicht ganz auszuschliessen sei eine Symptomatik im Rahmen eines myofaszialen Glutealsyndroms rechts, wobei der chronifizierte Verlauf und die vollständige Therapieresistenz recht atypisch wären. Aus rheumatologischer Sicht könnte pathologisch erwogen werden, dass initial eine vertebtrage Schmerzsymptomatik vorgelegen sei mit konsekutiv chronifizierter Schonhaltung und entsprechender Schmerzpersistenz im Bereich der Lumbalregion und des rechten Beines, wobei jedoch die hohe Schmerzintensität und die massive Behinderung aus rheumatologischer Sicht nicht durch organische Veränderungen/Befunde erklärt werden könne. Klinisch fänden sich deutliche Hinweise für eine Relevanz von nicht-somatischen Faktoren bei der Beschwerdepräsentation, so dass differenzialdiagnostisch am ehesten das Vorliegen einer Schmerzfehlverarbeitung in Frage komme. Funktionell bestehe aufgrund der nachweisbaren Degeneration an der unteren LWS eine leicht- bis knapp mässiggradig eingeschränkte Rückenbelastbarkeit (IV-Nr. 69 S. 18). Körperlich schwere Tätigkeiten mit starker Rückenbelastung seien dem Beschwerdeführer nicht zumutbar. Für eine körperlich leichte bis intermittierend mittelschwere Tätigkeit mit leichter bis teilweise mittelschwerer Rückenbelastung könne jedoch aus rein rheumatologischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit attestiert werden. Aufgrund der Aktenlage sei davon auszugehen, dass eine Einschränkung für körperlich schwere Tätigkeiten seit Beginn der Arbeitsunfähigkeit im Mai 2012 bestehe, dass aber nach Austritt aus der stationären Therapie im Spital L.\_\_\_\_ im Oktober 2012 (mit Bestätigung einer Arbeitsunfähigkeit von 100 % bei Austritt bis 30. November 2012) aus rein rheumatologischer Sicht wieder eine volle Arbeitsfähigkeit für eine geeignete Tätigkeit erreicht worden sei. In Übereinstimmung mit dem orthopädischen Gutachten vom 2013 und dem rheumatologischen Gutachten vom 2014 werde auch aktuell für eine geeignete Tätigkeit keine Arbeitsunfähigkeit attestiert. Diagnostisch bestehe weitgehende Übereinstimmung mit dem rheumatologischen Teilgutachten vom 2014; eine das gesamte Ausmass der Symptomatik erklärende Pathologie am Bewegungsapparat könne nicht nachgewiesen werden (IV-Nr. 69 S. 18).

5.2.2 Diese Ausführungen des rheumatologischen Gutachters sind schlüssig, in sich widerspruchsfrei und überzeugend.

Auch die attestierte Arbeitsfähigkeit von 100 % in einer angepassten Tätigkeit wird nachvollziehbar begründet. Dem Einwand des Beschwerdeführers, der rheumatologische Gutachter habe keine bildgebenden Untersuchungen veranlasst, sondern auf solche aus dem Jahr 2012 abgestellt (vgl. Protokoll vom 10. Oktober 2018, A.S. 73 ff.), kann nicht gefolgt werden. Ob eine Abklärungsstelle sodann zur Untersuchung Röntgenbilder anfertigt oder andere bildgebende Verfahren einsetzt oder nicht, liegt in ihrem Ermessen. Die Notwendigkeit, Röntgenaufnahmen zu veranlassen oder vergleichbare Methoden anzuwenden, haben die beteiligten Gutachter zu beurteilen. Das Fehlen bildgebender Untersuchungen lässt jedenfalls nicht auf unzureichende fachärztliche Abklärungen schliessen (Urteil des Bundesgerichts 9C\_575/2011 vom 12. Oktober 2011 E. 3.3). 5.3 Gestützt auf die schlüssigen Teilgutachten vermag schliesslich auch die Konsensbeurteilung im E.\_\_\_\_-Gutachten zu überzeugen. Insgesamt resultiere aus bidisziplinärer Sicht, dass beim Beschwerdeführer in leichten bis mittelschweren Tätigkeiten eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 100 % bestehe. Dies treffe auch auf die zuletzt durchgeführte Tätigkeit des Beschwerdeführers zu. Auch in der Vergangenheit sei die Arbeitsfähigkeit nie höhergradig und längerfristig im Sinne einer invalidisierenden Erkrankung eingeschränkt gewesen (IV-Nr. 69 S. 19 f.). Zusammenfassend ist somit festzuhalten, dass die Gutachter zu klaren, schlüssigen Ergebnissen gelangt sind, welche nachvollziehbar und überzeugend begründet werden. Demnach erweist sich das von der Beschwerdegegnerin eingeholte bidisziplinäre Gutachten als voll beweiswertig. Das Gutachten wird damit den durch die Rechtsprechung formulierten Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Stellungnahme (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352) gerecht. Es erfüllt die von der Rechtsprechung geforderten Voraussetzungen an ein Verlaufsgutachten (vgl. E. II. 2.3 hiervor). Gestützt darauf steht fest, dass seit dem letzten rechtskräftigen Entscheid der Beschwerdegegnerin vom 11. September 2014 (IV-Nr. 52) bis zur Verlaufsbeurteilung keine anspruchsrelevante Verschlechterung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers mit Einfluss auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit eingetreten ist.

#### **E. 5.4**

5.4.1 Daran vermag auch der Einwand des Beschwerdeführers nichts zu ändern, die Beschwerdegegnerin habe ihm vorgängig der Begutachtung keinen Fragenkatalog zur Stellungnahme unterbreitet und damit die Verfahrensrechte gemäss BGE 137 V 210 verletzt, weshalb das Gutachten der Begutachtungsstelle E.\_\_\_\_ bereits aus formellen Gründen beweisrechtlich nicht verwertbar sei (A.S. 8 f.). Es ist dem Beschwerdeführer insoweit zuzustimmen, als die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer zusammen mit der Verfügungsmässigen Anordnung der Begutachtung den vorgesehenen Katalog der Expertenfragen zur Stellungnahme hätte unterbreiten sollen (vgl. BGE 137 V 210 E. 3.4.2.9 S. 258). Dass dies vorliegend nicht geschehen ist, wird von der Beschwerdegegnerin denn auch nicht bestritten (vgl. A.S. 3). Damit ist festzuhalten, dass das Vorgehen der Beschwerdegegnerin bei der Durchführung des Begutachtungsauftrages zwar nicht regelkonform war. Indes besteht vorliegend keine Veranlassung für eine neue Begutachtung. Aus der vorliegenden Aktenlage geht nicht hervor, dass der Beschwerdeführer ergänzende Fragen überhaupt vorgebracht hätte. So hat er weder mit der Stellungnahme zum entsprechenden Gutachten vom 18. August 2016 (IV-Nr. 79) noch mit Einwand vom 13. Februar 2017 betreffend den Vorbescheid der Beschwerdegegnerin vom 8. November 2016 (IV-Nr. 90) entsprechende Fragen eingereicht. Es ist folglich nicht nachvollziehbar, welche zusätzlichen Fragen den E.\_\_\_\_-Gutachtern explizit hätten unterbreitet werden sollen. Daher erweisen sich die diesbezüglichen Vorbringen als

unbegründet und sind nicht geeignet, den Beweiswert des E.\_\_\_\_-Gutachtens vom 2. Mai 2016 zu erschüttern. 5.4.2 Zum Einwand des Beschwerdeführers, die Beschwerdegegnerin wäre verpflichtet gewesen, eine polydisziplinäre medizinische Expertise nach dem Zufallsprinzip einzuholen (vgl. A.S. 5 f.), ist Folgendes festzuhalten: Es existieren keine festen Kriterien zur allgemeingültigen Abgrenzung der Anwendungsfelder der verschiedenen Kategorien von Expertisen. Die grosse Vielfalt von Begutachtungssituationen erfordert Flexibilität. In groben Zügen jedoch lassen sich die jeweiligen Einsatzbereiche wie folgt umreissen: Die umfassende administrative Erstbegutachtung wird regelmässig polydisziplinär und damit zufallsbasiert anzulegen sein; eine direkte Auftragserteilung soll die Ausnahme bleiben. Eine polydisziplinäre Expertise ist auch dann einzuholen, wenn der Gesundheitsschaden zwar bloss als auf eine oder zwei medizinische Disziplinen fokussiert erscheint, die Beschaffenheit der Gesundheitsproblematik aber noch nicht vollends gesichert ist. In begründeten Fällen kann von einer polydisziplinären Begutachtung abgesehen und eine mono- oder bidisziplinäre durchgeführt werden, sofern die medizinische Situation offenkundig ausschliesslich ein oder zwei Fachgebiete beschlägt; weder dürfen weitere interdisziplinäre Bezüge (z.B. internistischer Art) notwendig sein, noch darf ein besonderer arbeitsmedizinischer bzw. eingliederungsbezogener Klärungsbedarf bestehen. Diese Voraussetzungen werden vor allem bei Verlaufsbegutachtungen erfüllt sein (BGE 139 V 349 E. 3.2 S. 352). Entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers ist nicht zu beanstanden, wenn die Beschwerdegegnerin im vorliegenden Fall anstelle einer polydisziplinären Abklärung eine bidisziplinäre vorgenommen hat. Der Beschwerdeführer wurde bereits im Rahmen der Erstanmeldung im Jahr 2012 durch die Begutachtungsstelle D.\_\_\_\_ polydisziplinär (internistisch, rheumatologisch und psychiatrisch) begutachtet. Im vorliegend relevanten Zeitpunkt vor der Auftragsvergabe an das E.\_\_\_\_ lagen einzig die Berichte der Klinik N.\_\_\_\_ vom 8. Juli 2015 und 1. Oktober 2015 (vgl. E. II. 4.2.1 und 4.2.3 hiervor), der I.\_\_\_\_ vom 24. Juli 2015 (vgl. E. II. 4.2.2 hiervor) sowie des behandelnden Psychiaters Dr. med. F.\_\_\_\_ vom 26. Oktober 2015 (vgl. E. II. 4.2.4) vor. In all den genannten Berichten wurde aus internistischer Sicht – wie die Beschwerdegegnerin korrekt festhielt (vgl. A.S. 3) - einzig die Diagnose eines Diabetes mellitus Typ II bestehend seit dem Jahr 2008 als solche ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt. Es sind keine (weiteren) internistischen medizinischen Faktoren ersichtlich, welche die Arbeitsfähigkeit beeinflussen könnten. Im Übrigen ist darauf hinzuweisen, dass Dr. med. P.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Medizin FMH, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD) den Beschwerdeführer vorgängig untersuchte (IV-Nr. 66), ohne dabei auffällige internistische Befunde zu erheben. So bestätigte der behandelnde Psychiater Dr. med. F.\_\_\_\_ in seinem Bericht vom 8. Dezember 2016 abermals, dass der Diabetes mellitus medikamentös gut eingestellt sei und sich nicht auf die Arbeitsfähigkeit auswirke (vgl. E. II. 4.2.8 hiervor). Vom Beschwerdeführer wird denn auch nicht dargelegt, welche neuen Aspekte eine zusätzliche internistische Begutachtung allenfalls hätte hervorbringen können. Es gilt in diesem Zusammenhang zu beachten, dass es den Gutachtern freisteht, die von der IV-Stelle bzw. dem RAD (oder im Beschwerdefall durch ein Gericht) bezeichneten Disziplinen gegenüber der Auftraggeberin zur Diskussion zu stellen, wenn ihnen die Vorgaben nicht einsichtig sind (BGE 139 V 349 E. 3.3 S. 353). Es besteht vorliegend kein Hinweis für die Notwendigkeit einer zusätzlichen internistischen Begutachtung oder einer Begutachtung in einer anderen Fachdisziplin. Sodann ist im vorliegenden Fall auch kein besonderer arbeitsmedizinischer bzw. eingliederungsbezogener Klärungsbedarf gegeben. Eine umfassende polydisziplinäre Neubegutachtung ist entgegen

der Auffassung des Beschwerdeführers somit nicht erforderlich. Die von der Beschwerdegegnerin veranlasste Begutachtung ist damit zu Recht bidisziplinär erfolgt.

5.4.3 Inwiefern der rheumatologische E.\_\_\_\_-Experte fachlich nicht resp. ungenügend qualifiziert sein soll, die Leiden des Beschwerdeführers in somatischer Hinsicht zu beurteilen (vgl. A.S. 10), ist nicht ersichtlich und wird auch nicht substantiiert dargelegt. (Chronische) Schmerzen des Bewegungsapparates bilden Gegenstand sowohl der Rheumatologie als auch der Orthopädie (Urteile des Bundesgerichts 9C\_275/2016 vom 19. August 2016 E. 4.3.1; 9C\_644/2015 vom 3. Mai 2016 E. 3.4; 9C\_320/2015 vom 25. August 2015 E. 3.3.3).

5.4.4 Nicht gefolgt werden kann dem Beschwerdeführer, soweit er vorbringt, das E.\_\_\_\_-Gutachten sei unverwertbar, da diese Gutachterstelle per se weder ergebnisoffen noch neutral sei (vgl. A.S. 11 f.). Einerseits kann sich ein Ausstandsbegehren stets nur gegen einzelne Gutachterpersonen und nicht gegen die Gutachterstelle als solche richten (s. BGE 137 V 210 E. 1.3.3 S. 227; Urteil des Bundesgerichts 9C\_294/2016 vom 27. Mai 2016 E. 2). Genau auf Letzteres zielen aber die Ausführungen in der Beschwerde ab, indem geltend gemacht wird, sämtliche Gutachter des E.\_\_\_\_ seien befangen (s. A.S. 12). Dies ändert aber nichts daran, dass diese Gutachterstelle als solche, unabhängig von den im konkreten Einzelfall beteiligten Gutachtern, als befangen erklärt werden soll. Andererseits kann die vom Beschwerdeführer behauptete systematische Benachteiligung versicherter Personen durch die Gutachter einer Gutachterstelle nicht mit einer Aufzählung einzelner Vergleichsfälle bewiesen werden. Es ist zwar nicht völlig ausgeschlossen, den Beweis einer systematischen Voreingenommenheit eines Experten mittels verlässlicher Statistiken über seine Gutachtertätigkeit zu führen. Allerdings müsste man dazu auch die entsprechenden Daten für alle anderen Experten, die in der Schweiz in einem bestimmten Fachbereich tätig sind, erheben und auswerten. Dies wäre mit einem vor allem auch zeitlich immensen Aufwand verbunden, welcher sich mit dem Gebot der Einfachheit und Raschheit des Verfahrens (s. Art. 61 lit. a ATSG) nicht vereinbaren liesse. Da zudem die Schätzung der Arbeitsunfähigkeit im Einzelfall nicht mathematisch exakt vorgenommen werden kann, sondern Ermessenselemente enthält, wäre bei einer Auswertung der Häufigkeitsverteilung der attestierten Arbeitsunfähigkeiten mit einem gewissen Streubereich zu rechnen; aussagekräftig könnten daher von vornherein nur starke Abweichungen sein. Wäre erstellt, dass diese Häufigkeitsverteilung hoch signifikant von den Resultaten anderer Gutachter abweicht, so würde dies zwar Fragen aufwerfen. Auch beim Nachweis einer starken Abweichung könnte allerdings nicht direkt auf eine Befangenheit des fraglichen Experten geschlossen werden; vielmehr müsste zunächst noch überprüft werden, ob die Abweichung nicht durch andere Faktoren besser erklärbar wäre (Urteil des Bundesgerichts 8C\_599/2014 vom 18. Dezember 2015 E. 6.5), wozu dem Gericht die Sachkunde fehlt. Ist aber die beantragte Datenedition bei der Beschwerdegegnerin resp. dem E.\_\_\_\_ von vornherein nicht geeignet, den erforderlichen Beweis zu erbringen, so kann sich die Weigerung, die Daten bekannt zu geben, nicht zu Ungunsten der Beschwerdegegnerin auswirken. Eine Umkehr der Beweislast in dem Sinne, dass von einer Voreingenommenheit der Gutachter des E.\_\_\_\_ auszugehen wäre, kommt daher nicht in Frage. Es besteht vorliegend – auch im Hinblick auf das Urteil des Bundesgerichts 1C\_467/2017 vom 27. Juni 2018 (vgl. Protokoll vom 10. Oktober 2018, A.S. 73 ff.) – kein Anlass zu einer abweichenden Betrachtungsweise, zumal es sich im genannten Urteil in erster Linie um die Frage des Dokumentenzuganges handelt. So hielt das Bundesgericht fest, ob eine Tendenz, dass ein Gutachter Arbeitsunfähigkeiten eher zurückhaltend oder grosszügig anerkennt, aussagekräftig ist und ob sich daraus auch rechtliche Folgerungen ziehen lassen, sei erst im einzelnen

Leistungsverfahren definitiv zu beantworten (vgl. Urteil des Bundesgerichts 1C\_467/2017 vom 27. Juni 2018 E. 7.6). 5.5 Im Weiteren wird in der Beschwerde angeführt, der psychiatrische Gutachter habe sich nicht oder zu wenig mit den unisono abweichenden Stellungnahmen des behandelnden Psychiaters Dr. med. F. \_\_\_ vom 25. Juni 2016 (IV-Nr. 76) auseinandergesetzt (A.S. 12 f.). In der Tat weicht die Beurteilung von Dr. med. F. \_\_\_ von jener der E. \_\_\_-Gutachter ab. Der behandelnde Psychiater hat dem Beschwerdeführer mehrfach eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % attestiert und festgehalten, aus seiner Sicht handle es sich um eine stark ausgeprägte Rückenschmerzproblematik und ein eigenständiges endogen depressives Leiden unabhängig von psychosozialen Faktoren (vgl. E. II. 4.2.6 hiervor). Zu dieser Stellungnahme äusserte sich der psychiatrische Gutachter am 24. Oktober 2016 und legte dar, aus dem genannten Bericht des behandelnden Psychiaters ergäben sich keine neuen Gesichtspunkte als diejenigen, die er bereits ausgeführt habe und zu denen im psychiatrischen Teilgutachten eingehend Stellung genommen worden sei (vgl. IV-Nr. 83). Zu erinnern ist in diesem Zusammenhang daran, dass die psychiatrische Exploration von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei erfolgen kann und die Rechtsprechung der begutachtenden Person deshalb praktisch einen gewissen Spielraum gewährt, innerhalb dessen verschiedene medizinische Interpretationen möglich, zulässig und zu respektieren sind, sofern dabei lege artis vorgegangen worden ist. Behandelnde und begutachtende Psychiater können, mit der gleichen Person als Patientin oder Explorandin in verschiedenen Zeitpunkten und Situationen konfrontiert, zu ganz unterschiedlichen Beurteilungen der psychischen Beeinträchtigungen und – invalidenversicherungsrechtlich entscheidend – deren Schweregrades mitsamt den sich daraus ergebenden Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit gelangen. Diese in der Natur der Sache begründete, weitgehend fehlende Validierbarkeit («Reliabilität») psychiatrischer Diagnosen, namentlich im depressiven Formenkreis sowie bei den neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen gemäss ICD-10, kann nicht automatisch zu Beweisweiterungen bei sich widersprechenden psychiatrischen Berichten und Expertisen führen (Urteil des Bundesgerichts 9C\_661/2009 vom 29. September 2009 E. 3.2). Daher und unter Beachtung der Divergenz von medizinischem Behandlungs- und Abklärungsauftrag (BGE 124 I 170 E. 4 S. 175; Urteil des Bundesgerichts I 701/05 vom 5. Januar 2007 E. 2 in fine, mit Hinweisen) kann eine medizinische Administrativ- oder Gerichtsexpertise nicht stets in Frage gestellt und zum Anlass weiterer Abklärungen genommen werden, wenn die behandelnden Ärzte zu unterschiedlichen Einschätzungen gelangen oder an vorgängig geäusserten abweichenden Auffassungen festhalten. Anders verhält es sich nur, wenn diese objektiv feststellbare Gesichtspunkte vorbringen, die im Rahmen der psychiatrischen Begutachtung unerkannt geblieben und geeignet sind, zu einer abweichenden Beurteilung zu führen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_558/2010 vom 27. Dezember 2010 E. 2.2.2, 8C\_694/2008 vom 5. März 2009 E. 5.1 und Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts I 51/06 vom 19. September 2006 E. 3.1.2). Derartige Aspekte finden sich in der Stellungnahme von Dr. med. F. \_\_\_ vom 25. Juni 2016 nicht. Auch in seinem Bericht vom 8. Dezember 2016, worin er von einer Verschlechterung berichtet (vgl. E. II. 4.2.8 hiervor), lassen sich keine Aspekte entnehmen, die unerkannt und unberücksichtigt geblieben wären. Begründet wird die angebliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers nicht. Vielmehr scheint sich diese Beurteilung einzig auf die subjektiven Angaben des Beschwerdeführers abzustützen. Dem Einwand des Beschwerdeführers, der psychiatrische Gutachter habe seine abweichende Beurteilung nicht begründet und nicht nachvollziehbar dargelegt (A.S. 8 f.), kann demnach

nicht gefolgt werden; es kann auf die Ausführungen in Erwägung II. 5.1.1 hiervor verwiesen werden. Ferner gilt es zu berücksichtigen, dass das Gericht in Bezug auf Atteste von Hausärzten der Erfahrungstatsache Rechnung tragen darf und soll, wonach Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zugunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 353 E. 3b cc, 122 V 160 E. 1c); dies gilt nicht nur für den allgemein praktizierenden Hausarzt, sondern ebenso für die behandelnden Spezialärzte (Urteil des Bundesgerichts 9C\_794/2012 vom 4. März 2013 E. 2.1 mit Hinweisen). Folglich vermögen die Berichte von Dr. med. F.\_\_\_\_ die Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der Ergebnisse des psychiatrischen Administrativgutachtens nicht in Frage zu stellen. Weitere medizinische Abklärungen sind nicht erforderlich, da eine taugliche Beurteilungsgrundlage vorliegt.

## **E. 5.6**

5.6.1 An der beweismässigen Beurteilung der E.\_\_\_\_-Gutachter vermag auch der im Beschwerdeverfahren eingereichte Bericht des H.\_\_\_\_ vom 20. Juni 2017 (vgl. E. II. 4.2.10 hiervor) nichts zu ändern. Im vorliegenden Verfahren sind die Verhältnisse bis zum Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 7. März 2017 massgebend sind (vgl. E. II. 1.2 hiervor). Die Entwicklung der Verhältnisse nach Erlass der angefochtenen Verfügung ist ausnahmsweise in die sozialversicherungsrechtliche Beurteilung einzubeziehen, wenn sich daraus Rückschlüsse auf den Sachverhalt bis zum Zeitpunkt des Verwaltungsaktes ziehen lassen (vgl. statt vieler Urteil des Bundesgerichts 9C\_3872016 vom 24. Oktober 2016 E. 3.4.2 mit Hinweisen). Inwiefern dieser nach Erlass der angefochtenen Verfügung vom 7. März 2017 ergangene Befundbericht sodann Rückschlüsse auf die Verhältnisse im relevanten Zeitraum zulassen soll, ist nicht ersichtlich. Soweit der Beschwerdeführer vorbringen lässt, es sei davon auszugehen, dass diese Befunde bereits vor Erlass der vorliegend angefochtenen Verfügung vorgelegen haben (vgl. Protokoll vom 10. Oktober 2018, A.S. 73 ff.), ist dem nicht zu folgen. Beim Beschwerdeführer standen im vorliegend relevanten Zeitpunkt vor der Auftragsvergabe an das E.\_\_\_\_ in erster Linie die psychischen Beschwerden im Vordergrund. Es lagen einzig die Berichte der N.\_\_\_\_ vom 8. Juli 2015 und 1. Oktober 2015 (vgl. E. II. 4.2.1 und 4.2.3 hiervor), der I.\_\_\_\_ vom 24. Juli 2015 (vgl. E. II. 4.2.2 hiervor) sowie des behandelnden Psychiaters Dr. med. F.\_\_\_\_ vom 26. Oktober 2015 (vgl. E. II. 4.2.4) vor. Hinweise für eine allfällige Verschlechterung des Gesundheitszustandes in somatischer Hinsicht oder für allfällige Behandlungen in dieser Richtung lagen keine vor. Sodann ist davon auszugehen, dass der klinische Befund anlässlich der Begutachtung durch die E.\_\_\_\_-Gutachter unauffällig gewesen war, zumal sie auf die Anfertigung neuer Röntgenbilder verzichteten (vgl. hierzu Urteil des Bundesgerichts 9C\_210/211 vom 21. April 2011 E. 2.1 mit Hinweisen). Selbst wenn davon ausgegangen würde – wofür aber keine genügende Grundlage besteht – die entsprechenden Befunde im Bericht des H.\_\_\_\_ vom 20. Juni 2017 seien bereits im Zeitpunkt der Untersuchung durch das E.\_\_\_\_ im April 2016 vorgelegen und hätten die Arbeitsfähigkeit eingeschränkt, würde dies an der vorliegend angefochtenen Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 7. März 2017 nichts ändern. Mit Blick auf das zunächst zurückzulegende Wartejahr (Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG; vgl. E. II. 2.1) könnten die Anspruchsvoraussetzungen dabei frühestens per 1. April 2017 erfüllt sein, was folglich nach Erlass der vorliegend angefochtenen Verfügung wäre.

5.6.2 Dasselbe gilt sodann auch für den Bericht der I.\_\_\_\_ vom 8. November 2017 (vgl. E. II. 4.2.11 hiervor). Inwiefern dieser acht Monate nach Erlass der angefochtenen Verfügung vom 7. März 2017 verfasste Bericht Rückschlüsse auf die Verhältnisse im relevanten Zeitraum zulassen soll, ist nicht ersichtlich. Ausserdem werden darin keine

objektiv feststellbaren Gesichtspunkte vorgebracht, die im Rahmen der psychiatrischen Begutachtung unerkant geblieben und geeignet sind, zu einer abweichenden Beurteilung zu führen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_558/2010 vom 27. Dezember 2010 E. 2.2.2, 8C\_694/2008 vom 5. März 2009 E. 5.1 und Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts I 51/06 vom 19. September 2006 E. 3.1.2). Begründet wird die angebliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers nicht. Auch ist nicht ersichtlich, dass die genannten Diagnosen die Arbeitsfähigkeit andauernd beeinträchtigen würden. Was die Diagnose des Parkinsonsyndroms anbelangt, so handelt es sich hierbei lediglich um eine Verdachtsdiagnose, was zur Anerkennung eines invalidisierenden Gesundheitsschadens grundsätzlich nicht ausreicht (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C\_795/2017 vom 19. März 2018 E. 3.1.2; 8C\_468/2013 vom 24. Februar 2014 E. 6 mit Hinweisen). Eine sachgerechte fachärztliche Diagnosestellung ( BGE 141 V 281 E. 2.1.1 S. 285) liegt damit nicht vor. 5.6.3 Was sodann die am 28. September 2018 (Eingang) erst im Beschwerdeverfahren eingereichten Austrittsberichte der I. \_\_\_ vom 3. August 2018 und 10. September 2018 (vgl. E. II. 4.2.12 hiavor) anbelangt, so wurden auch diese Berichte erst viel später verfasst und beziehen sich somit nicht auf den hier interessierenden Gesundheitszustand bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 7. März 2017 und sind damit nicht entscheidungswesentlich. 5.7 Zusammenfassend ist somit festzuhalten, dass die E. \_\_\_-Gutachter zu klaren, schlüssigen Ergebnissen gelangt sind, welche nachvollziehbar und überzeugend begründet werden. Das Gutachten leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge sowie in der Beurteilung der medizinischen Situation ein. Des Weiteren sind die Schlussfolgerungen der Experten begründet. Damit ist diesem Gutachten voller Beweiswert zuzumessen. 6. Nach dem Gesagten ist angesichts der oben (unter E. II. 4. hiavor) wiedergegebenen medizinischen Unterlagen seit der rechtskräftigen Verfügung vom 11. September 2014 bis zum 7. März 2017 keine relevante Verschlechterung des Gesundheitszustands mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit ausgewiesen. Die Prüfung der ins Recht gelegten medizinischen Unterlagen ergibt somit einen grundsätzlich stationären und stabilen Gesundheitszustand des Beschwerdeführers bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 7. März 2017. Es besteht sodann kein Anlass, noch weitere medizinische Abklärungen zu veranlassen, da von solchen keine neuen Erkenntnisse zu erwarten sind (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 137 V 64 E. 5.2 S. 69). Ebenso wenig sind berufliche Eingliederungsmassnahmen oder vorgängige Integrationsmassnahmen angezeigt. Da keine andauernde und erhebliche Änderung des Sachverhalts und damit kein Revisionsgrund vorliegen, besteht im vorliegenden Neuanmeldungsverfahren keine Möglichkeit, eine von der rechtskräftigen Verfügung vom 11. September 2014 abweichende Beurteilung des Anspruchs auf eine Invalidenrente sowie des Anspruchs auf berufliche Eingliederungsmassnahmen vorzunehmen (vgl. E. II. 3.1 hiavor). Die Beschwerde ist somit abzuweisen. 7. 7.1 Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Parteientschädigung zu Lasten der Beschwerdegegnerin (Art. 61 lit. g ATSG). 7.2 Der Beschwerdeführer steht ab Prozessbeginn im Genuss der unentgeltlichen Rechtspflege (Verfügung vom 25. September 2017; A.S. 48 f.; vgl. E. I. 2.6 hiavor). Da er unterlegen ist, entschädigt der Kanton diesen Rechtsbeistand angemessen (Art. 122 Abs. 1 lit a Schweizerische Zivilprozessordnung / ZPO, SR 272). Das Gericht setzt die Kostenforderung des Rechtsbeistands fest, wobei der Stundenansatz CHF 180.00 beträgt (§ 160 Abs. 3 i.V.m. § 161 Gebührentarif / GT, BGS 615.11). Rechtsanwalt Claude Wyssmann macht mit seiner Kostennote vom 10. Oktober 2018 (A.S. 70 ff.) – unter

Berücksichtigung der handschriftlich korrigierten Verhandlungsdauer – einen Zeitaufwand von 16.19 Stunden geltend. Darin ist Kanzleiaufwand enthalten, der im Stundenansatz eines Anwaltes bereits inbegriffen und nicht separat zu vergüten ist. Es betrifft dies die Klientenbriefe («Brief an Klient»), bei denen mangels eindeutiger Bezeichnung praxismässig von Orientierungskopien u.ä. auszugehen ist (8 x 0,17 = 1,36 Stunden; 3 x 0,33 = 0,99 Stunden). Anzurechnen ist folglich ein Aufwand von insgesamt 13,84 Stunden (8,33 Stunden bis 31. Dezember 2017 und 5,51 Stunden ab 1. Januar 2018), woraus sich mit dem massgeblichen Ansatz von CHF 180.00 eine Entschädigung von CHF 2'491.20 ergibt. Was die Auslagen über CHF 173.90 betrifft, so sind die 86 Kopien (77 Stück bis 31. Dezember 2017 und neun Stück ab 1. Januar 2018) pro Stück nur mit CHF 0.50 zu vergüten (§ 161 i.V.m. § 160 Abs. 5 GT) und nicht mit CHF 1.00, wie in der Kostennote geltend gemacht wird. Andererseits ist die Anfahrt zur Verhandlung sowie die Rückreise über insgesamt 45,4 km analog zur Regelung für Staatsangestellte (s. § 160 Abs. 5 i.V.m. § 157 Abs. 3 GT und § 161 lit. a GAV) mit CHF 0.70 pro Kilometer und nicht mit CHF 1.00 zu entschädigen. Die Auslagen reduzieren sich so auf CHF 117.30 (CHF 71.70 bis 31. Dezember 2017 und CHF 45.60 ab 1. Januar 2018). Einschliesslich CHF 205.55 Mehrwertsteuer (8 % bis 31. Dezember 2017 resp. 7,7 % ab 1. Januar 2018) beläuft sich die Entschädigung demnach auf total CHF 2'814.05. Diese Summe ist zahlbar durch die Zentrale Gerichtskasse des Kantons Solothurn. Vorbehalten bleiben der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren sowie der Nachzahlungsanspruch des unentgeltlichen Rechtsbeistandes im Umfang von CHF 746.55 (Differenz zum vollen Honorar von CHF 3'560.60), wenn der Beschwerdeführer zur Nachzahlung in der Lage ist (§ 123 ZPO). Zum Nachzahlungsanspruch des unentgeltlichen Rechtsbeistandes ist anzufügen, dass hier nicht – wie vom Rechtsvertreter in der Kostennote geltend gemacht – von einem Stundenansatz von CHF 250.00, sondern lediglich von CHF 230.00 auszugehen ist. Da sich der Beschwerdeführer vor der Beurteilung der Kostentragung nicht äussern konnte und ein rechtskräftiger Entscheid über die Kosten einen definitiven Rechtsöffnungstitel darstellt, wäre sein Anspruch auf rechtliches Gehör verletzt (BGE 136 V 351 E. 4.4). Deshalb richtet sich der Nachzahlungsanspruch nach dem Stundenansatz von CHF 230.00 (vgl. § 160 Abs. 2 i.V.m. § 161 GT), wenn wie hier keine Honorarvereinbarung mit dem Klienten vorliegt, die einen höheren Ansatz vorsieht (die Vollmacht vom 23. Juni 2016, A.S. 15, verweist auf die «nachfolgenden» Honoraransätze, welche sich jedoch nicht in den Akten befinden). 6.2 Aufgrund von Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 - 1'000.00 festgelegt. Als unterliegende Partei hat der Beschwerdeführer die Verfahrenskosten von CHF 1'000.00 zu bezahlen, die jedoch infolge Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege durch den Kanton Solothurn zu übernehmen sind (Art. 122 Abs. 1 lit. b ZPO). Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren, wenn der Beschwerdeführer zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

## **E. 6**

Vor der Eröffnung des materiellen Endentscheides sei dem unterzeichneten Rechtsanwalt Gelegenheit zur Einreichung einer detaillierten Kostennote zur Geltendmachung einer Parteientschädigung resp. einer armenrechtlichen Entschädigung zu geben.

## E. 7

Alles unter Kosten- und Entschädigungsfolge zu Lasten der Beschwerdegegnerin. U.K.u.E.F. 2.2 Mit Eingabe vom 27. Juni 2017 (A.S. 36 ff.) lässt der Beschwerdeführer folgende Beweisanträge stellen: 1. Es sei der beiliegende Befundbericht über die MR-Untersuchung der LWS/ISG vom 20. Juni 2017 in Kopie als Urkunde 4 zu den Akten zu nehmen und zum Beweis zuzulassen. 2. Es sei die beiliegende CD-ROM über die am 20. Juni 2017 durchgeführten bildgebenden Abklärungen der LWS/ISG als Urkunde 5 zu den Akten zu nehmen und zum Beweis zuzulassen. 3. Es sei bei Dr. med. G.\_\_\_\_, Orthopädische Chirurgie FMH, ein medizinischer Verlaufsbericht einzuholen mit den folgenden Fragen: 1. Welche Beschwerde äussert Herr A.\_\_\_\_? 2. Welche objektiven Befunde erheben Sie? 3. Welche Diagnosen stellen Sie? 4. Wie beurteilen Sie die Arbeitsfähigkeit von Herr A.\_\_\_\_ in seiner angestammten Tätigkeit als ehemaliger Anlageführer im 2- und 3-Schichtbetrieb? 5. Wie beurteilen Sie die Arbeitsfähigkeit von Herr A.\_\_\_\_ in einer angepassten Tätigkeit? Was wäre dabei zu beachten (Bitte um Angabe eines möglichst detaillierten Zumutbarkeitsprofils)? In welchem zeitlichen Rahmen wäre eine solche Tätigkeit zumutbar? Bestünde innerhalb der von Ihnen angegebenen zeitlichen Belastbarkeit eine reduzierte Leistungsfähigkeit und/oder ein erhöhter Pausenbedarf? 6. Kann Herr A.\_\_\_\_ die von Ihnen angegebene Verweistätigkeit nur unter Einnahme von Medikamenten ausüben? 4. Alles unter Kosten- und Entschädigungsfolge zu Lasten der Beschwerdegegnerin. U.K.u.E.F. 2.3 Mit Verfügung vom 2. Mai 2017 (A.S. 27) weist der Präsident das Begehren des Beschwerdeführers, das vorliegende Beschwerdeverfahren sei bis zum Abschluss des datenschutzrechtlichen Beschwerdeverfahrens VWBES.2017.86 zu sistieren, ab. 2.4 Mit Eingabe vom 16. August 2017 (A.S. 42) lässt sich die Beschwerdegegnerin abschliessend vernehmen und auf Abweisung der Beschwerde schliessen. 2.5 Mit Eingabe vom 13. September 2017 lässt der Beschwerdeführer den – zuvor unvollständig eingereichten – kompletten Befundbericht des H.\_\_\_\_ vom 20. Juni 2017 in Kopie als Urkunde 4 sowie weitere Unterlagen im Zusammenhang mit dem «Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege nach Art. 119 ZPO» einreichen (A.S. 46 ff.). 2.6 Mit Verfügung vom 25. September 2017 wird dem Beschwerdeführer ab Prozessbeginn die unentgeltliche Rechtspflege bewilligt und Rechtsanwalt Claude Wyssmann, [...], als unentgeltlicher Rechtsbeistand bestellt (A.S. 48 f.). 2.7 Mit Verfügung vom 13. November 2017 stellt der Präsident fest, dass die Beschwerdegegnerin innert erstreckter Frist auf eine ergänzende Stellungnahme zum kompletten Befundbericht des H.\_\_\_\_ vom 20. Juni 2017 verzichtet hat. 2.8 Mit Eingabe vom 7. Dezember 2017 (A.S. 55 ff.) lässt der Beschwerdeführer eine Kopie des Austrittsberichts der I.\_\_\_\_ vom 8. November 2017 zu den Akten reichen. 2.9 Mit Verfügung vom 9. Mai 2018 (A.S. 64 f.) werden die Parteien zur öffentlichen Verhandlung auf den 10. Oktober 2018, 14.00 Uhr, vorgeladen. 2.10 Mit Eingabe vom 28. September 2018 (A.S. 67 f.) lässt der Beschwerdeführer je eine Kopie der Austrittsberichte der I.\_\_\_\_ vom 3. August 2018 und 10. September 2018 als Urkunden 7 und 8 zu den Akten reichen. 2.11 Am 10. Oktober 2018 führt das Versicherungsgericht die erwähnte öffentliche Verhandlung durch (vgl. Protokoll der Verhandlung vom 10. Oktober 2018, A.S. 73 ff.). Der im Rahmen der öffentlichen Verhandlung vom 10. Oktober 2018 gestellte Beweisantrag, wonach bei Dr. med. G.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, ein Bericht über Therapien und Untersuchungen (inkl. externe Untersuchungen bei Dr. med. J.\_\_\_\_) einzuholen sei, wird abgewiesen. Der Beweisantrag, wonach die Urkunden 9 bis 10 zu den Akten zu nehmen

und zum Beweis zuzulassen seien, werden gutgeheissen. Der Verfahrens Antrag, es sei das vorliegende Beschwerdeverfahren bis zum Abschluss des datenschutzrechtlichen Verfahrens VWBES.2018.301 betreffend Herausgabe der Begutachtungsergebnisse der Gutachterstelle E. \_\_\_ zu sistieren, wird abgewiesen. Der Beschwerdeführer lässt das bisherige Rechtsbegehren 2 wie folgt modifizieren: 2. a) Dem Beschwerdeführer seien die versicherten IV-Leistungen (berufliche Eingliederungsmassnahmen, Invalidenrente) nach Massgabe einer Erwerbsunfähigkeit von mindestens 40 % zzgl. einem Verzugszins zu 5 % ab wann rechtens zuzusprechen und auszurichten. b) Eventualiter: Es sei die Beschwerdesache an die IV-Stelle zu neuen medizinischen (internistischen, rheumatologischen, orthopädischen, neurologischen und psychiatrischen) und beruflich-erwerbsbezogenen Abklärungen sowie zur Neuverfügung zurückzuweisen. Schliesslich hält der Vertreter des Beschwerdeführers sein Plädoyer. In der Folge schliesst der Präsident des Versicherungsgerichts die öffentliche Verhandlung. Im Nachgang zur Verhandlung reicht der Vertreter des Beschwerdeführers eine Kostennote ein (A.S. 70 ff.).

2.12 Auf die Ausführungen in den Rechtsschriften der Parteien wird, soweit erforderlich, in den folgenden Erwägungen eingegangen. Im Übrigen wird auf die Akten verwiesen. II.

1. 1.1 Die Sachurteilsvoraussetzungen (Einhaltung von Frist und Form, örtliche und sachliche Zuständigkeit des angerufenen Gerichts) sind erfüllt. Auf die Beschwerde ist einzutreten. 1.2 Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin das im Rahmen der Neuanschuldung vom 11. September 2015 beantragte Leistungsbegehren des Beschwerdeführers auf berufliche Massnahmen und die Ausrichtung einer Invalidenrente mit Verfügung vom 7. März 2017 (A.S. 1 ff.) zu Recht abgewiesen hat. Bei der Beurteilung des Falles ist grundsätzlich auf den Sachverhalt abzustellen, der bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 7. März 2017 eingetreten ist (BGE 132 V 215 E. 3.1.1 S. 220 mit Hinweisen).

2. 2.1 Nach Art. 28 Abs. 1 Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a) und zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG, SR 830.1]) gewesen sind (lit. b) sowie nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind. Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente.

2.2 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein. Die Invalidität gilt als eingetreten, sobald sie die für die Begründung des Anspruchs auf die jeweilige Leistung erforderliche Art und Schwere erreicht hat (Art. 4 IVG).

2.3 Versicherungsträger und Sozialversicherungsrichter haben die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen (Art. 61 lit. c ATSG). Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass der Sozialversicherungsrichter alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf er bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen,

ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum er auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (Urteil des Bundesgerichts 8C\_63/2011 vom 27. Mai 2011 E. 4.4.2; BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a S. 352; AHI 2001 S. 113 f. E. 3a; RKUV 2003 U 487 S. 345 E. 5.1). 3. 3.1 Tritt die Verwaltung – wie im vorliegenden Fall – auf die 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). 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 141 V 585 E. 5.3, 134 V 131 E. 3 S. 132, 117 V 198 E. 3a, 109 V 115 E. 2b). 3.2 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 ersten Ablehnungsverfügung bestanden hat, mit demjenigen zur Zeit der streitigen neuen Verfügung (Urteil des Eidg. Versicherungsgerichts [EVG] I 783/05 vom 18. April 2006 E. 1; BGE 133 V 108 E. 5 S. 110 ff., 130 V 71 E. 3.1 S. 73 mit Hinweisen). Dies gilt jedoch nur in Fällen, in denen seit der ersten Verfügung keine materielle Prüfung des Rentenanspruchs mehr stattgefunden hat, sondern einzig Nichteintretensverfügungen ergangen sind. 4. Im vorliegenden Fall ist zu prüfen, ob nach einem Vergleich des medizinischen Sachverhalts im Zeitpunkt der rechtskräftigen Verfügung vom 11. September 2014 (IV-Nr. 52) mit demjenigen im Zeitpunkt der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 7. März 2017 (A.S. 1 f.) eine anspruchswirksame Veränderung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers ausgewiesen ist. 4.1 Im Zeitpunkt der Verfügung vom

## **E. 8**

Juli 2015 lässt sich entnehmen, dass sich der Beschwerdeführer in der Zeit vom 1. Juni bis 6. Juli 2015 in stationärer Behandlung befand. Es wurden folgende Diagnosen gestellt (IV-Nr. 58 S. 2):

1. Rezidivierende depressive Episoden, aktuell schwer (ICD-10 F32.1)  
- Suizidalität
2. Chronisches Schmerzsyndrom des Rückens und des rechten Beines mit psychischen und somatischen Faktoren (ICD-10 F45.41)
3. Diabetes mellitus Typ II seit 2008 (ICD-10 E11.90)

Der Beschwerdeführer sei vom behandelnden Psychiater bei schwer chronifizierter Depression und Schmerzsyndrom zur stationären Behandlung zugewiesen worden. Durch das Grübeln seien Suizidgedanken immer wieder verstärkt worden. Zu Beginn der Behandlung habe sich der Beschwerdeführer von einem Suizid glaubhaft distanzieren können. Im Verlauf sei dies jedoch immer weniger möglich gewesen. Auch verschiedene psychopharmakologische Anpassungen hätten die Situation nicht verbessert. Wegen fehlender Absprachefähigkeit sei er am 6. Juli in die psychiatrische Klinik in [...] eingewiesen worden. Durch diese Massnahme sei ein Abschluss der Behandlung nicht mehr möglich gewesen. Der Beschwerdeführer habe auch die psychometrischen Messinstrumente nicht mehr ausfüllen und die Anmeldung für das Tageszentrum habe nicht mehr erfolgen können. Während der Hospitalisation und bis auf Weiteres liege eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % vor (IV-Nr. 58 S. 4 f.).

4.2.2 Im Austrittsbericht der I.\_\_\_\_, vom 24. Juli 2015 (3. Hospitalisation) wurden folgende psychiatrische Diagnosen nach ICD-10 gestellt (IV-Nr. 58 S. 1):

1. Schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen (ICD-10 F32.3)
2. Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) des Rückens und des rechten Beines

Im Weiteren leide der Beschwerdeführer seit 2008 an einem Diabetes mellitus Typ 2. Er sei vom 6. bis 24. Juli 2015 in stationärer Behandlung gewesen.

4.2.3 Dr. med. O.\_\_\_\_, Leitende Ärztin in der Klinik N.\_\_\_\_ stellte in ihrem Bericht mit Eingang vom 1. Oktober 2015 folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (IV-Nr. 61 S. 1):

1. Rezidivierende depressive Episoden, aktuell schwer (ICD-10 F32.1)  
- Suizidalität
2. Chronisches Schmerzsyndrom des Rückens und des rechten Beines mit psychischen und somatischen Faktoren (ICD-10 F45.41)

Sodann führte Dr. med. O.\_\_\_\_ aus, der Beschwerdeführer sei notfallmässig wegen akuter Suizidalität in die psychiatrische Klinik in [...] verlegt worden. Die Prognose sei eher ungünstig, da es bereits stark chronifiziert sei. Die bisherige Tätigkeit sei dem Beschwerdeführer aus medizinischer Sicht nicht zumutbar. Es liege eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % vor. Mit einer Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit bzw. Erhöhung der Einsatzfähigkeit sei nicht zu rechnen (IV-Nr. 3 f.).

4.2.4 Dem Bericht des behandelnden Psychiaters Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 26. Oktober 2015 lassen sich die Diagnosen einer schweren depressiven Episode mit psychotischen Symptomen (ICD-10 F32.3) und einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) als solche mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit entnehmen. Für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Anlageführer attestierte er dem Beschwerdeführer ab dem 1. April 2015 bis auf Weiteres eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % (IV-Nr. 62 S. 1). Im Weiteren führte Dr. med. F.\_\_\_\_ aus, die vorhandene schwergradig ausgeprägte depressive Symptomatik in Korrelation mit als sehr belastend erlebter Schmerzverarbeitungsstörung sowie die beschriebenen, intermittierend auftretenden Impulsdurchbrüche bei Überforderungsgefühlen würden beim Beschwerdeführer zur erheblichen Beeinträchtigung der Alltagsbewältigung führen. Dies

geprägt von den folgenden Symptomen: Nachlassen von Interessen und Freuden, Nahrungsverweigerung, Vernachlässigung der Körperpflege, vermehrt Kribbeln im ganzen Körper, Kraftlosigkeit, stark reduzierter Antrieb, Beeinträchtigung der kognitiven Funktionen und des Durchhaltevermögens, welche das regelmässige Einhalten einer Arbeitsstruktur nicht ermöglichen würden. Der Beschwerdeführer sei dann überfordert, wodurch es auch im Rahmen der Affektlabilität zu Impulsdurchbrüchen komme. Dem Beschwerdeführer sei weder die angestammte noch eine andere Tätigkeit zumutbar (IV-Nr. 62 S. 5 f.).

4.2.5 Im bidisziplinären (psychiatrischen und rheumatologischen) Gutachten der Begutachtungsstelle E.\_\_\_\_, das am 2. Mai 2016 erstattet wurde, wurden folgende Diagnosen gestellt (IV-Nr. 69 S. 19):

Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit

1. Chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom mit diffusem Beinschmerz rechts (Erstmanifestation 2012) (ICD-10 M54.5)

Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit

1. Leichte depressive Episode (ICD-10 F32.0)
2. Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41)

Im Weiteren führten die Gutachter aus rheumatologischer Sicht aus, die Situation am Bewegungsapparat sei in der rheumatologischen Untersuchung evaluiert worden. Beschreibend könne von einem chronischen lumbospondylogenen Schmerzsyndrom mit diffusen Beinschmerzen rechts gesprochen werden. Es bestünden geringgradige degenerative Veränderungen, klinisch bestünden keine wesentlichen Befunde, es könne ein begleitendes myofasziales Syndrom gluteal rechts festgestellt werden. Körperlich schwere Tätigkeiten seien nicht mehr geeignet. Für körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeiten liege hingegen aus rheumatologischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit vor (IV-Nr. 69 S. 19).

Aus psychiatrischer Sicht könne beim Beschwerdeführer keine gravierende aktive Diagnose festgestellt werden. Auf affektiver Ebene liege eine leichte depressive Episode vor. Die somatisch nur ungenügend erklärbaren Befunde für die angegebenen subjektiven Beschwerden und vor allem subjektiven Limitierungen seien einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren zuzuordnen. Gemäss Prüfung der Indikatoren ergebe sich aufgrund der Schmerzstörung keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Die depressive Episode sei geringgradig, erreiche nicht das Ausmass, dass die Leistungsfähigkeit wesentlich tangiert wäre. Insgesamt bestehe somit aus psychiatrischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (IV-Nr. 69 S. 19).

Zusammenfassend resultiere aus bidisziplinärer Sicht, dass beim Beschwerdeführer in leichten bis mittelschweren Tätigkeiten eine 100%ige Arbeits- und Leistungsfähigkeit bestehe. Dies treffe auch auf die zuletzt durchgeführte Tätigkeit des Beschwerdeführers zu. Auch in der Vergangenheit sei die Arbeitsfähigkeit nie höhergradig und längerfristig im Sinne einer invalidisierenden Erkrankung eingeschränkt gewesen (IV-Nr. 69 S. 19 f.).

4.2.6 Am 25. Juni 2016 nahm der behandelnde Psychiater Dr. med. F.\_\_\_\_ Stellung zum bidisziplinären Gutachten der Begutachtungsstelle E.\_\_\_\_ (IV-Nr.76). Er führte aus, im

Rahmen der erfolgten Sitzungen habe der Beschwerdeführer über seit einigen Jahren bestehende starke Rückenschmerzen berichtet. Zudem bestehe eine chronische Belastungssituation mit dem inneren Gefühl des Gestresstseins. Daraus resultierten affektive Beschwerden mit Gedankenkreisen und Bedrücktheit mit Freudeverlust. Tagsüber bestehe ein ständiger Zustand der Erschöpfung, das Konzentrationsvermögen sei herabgesetzt, der Antrieb erheblich vermindert und er beklage ein Rückzugsverhalten. Zudem leide er an einem mangelnden Erholungsgefühl und es bestehe eine übersteigerte Befürchtung vor den subjektiv als unüberwindbar eingestuften Beschwerden des Bewegungsapparates mit Angst vor Lähmungserscheinungen und Rollstuhlmobilität. Des Weiteren könnten auch dysphorische Zustände geprägt von deutlich verminderter Stresstoleranz und folglich wiederholtem Kontrollverlust mit Impulsreaktionen in der Sprechstunde beobachtet werden, weshalb der Beschwerdeführer in solchen Situationen sein Verhalten nicht adäquat kontrolliert reguliere. Infolge der Antriebsproblematik und Lustlosigkeit bestünden Überwindungsanstrengungen im Sinne eines deutlichen Initiativmangels zur Bewältigung einfacher alltäglicher Verpflichtungen. Daraus resultiere die Diagnose einer chronifizierten schweren depressiven Episode (F32.2) mit Lebensüberdruß und vermehrt wiederholten Impulsdurchbrüchen. Weiter hielt Dr. med. F.\_\_\_\_ fest, aus seiner Sicht seien keine psychosozialen Belastungsfaktoren ausschlaggebend für die aktuelle krankheitsbedingte Störung. Es handle sich um eine stark ausgeprägte Rückenschmerzproblematik und ein eigenständiges endogen depressives Leiden unabhängig von psychosozialen Faktoren. Er halte deshalb nach wie vor an seiner Beurteilung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit fest. Es liege weiterhin eine 100 % reduzierte Leistungsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Anlageführer vor.

4.2.7 Die Beschwerdegegnerin legte nach Rücksprache mit dem Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD; IV-Nr. 81) die Stellungnahme des behandelnden Psychiaters Dr. med. F.\_\_\_\_ vom 25. Juni 2016 der Begutachtungsstelle E.\_\_\_\_ vor. Diese führte im Schreiben vom 24. Oktober 2016 (IV-Nr. 83) aus, aus dem Bericht des behandelnden Psychiaters ergäben sich keine neuen Gesichtspunkte als diejenigen, die er bereits ausgeführt habe und zu denen im psychiatrischen Teilgutachten eingehend Stellung genommen worden sei. Wie der RAD in seiner Stellungnahme vom 28. September 2016 bereits festgestellt habe, handle es sich dabei um eine andere Beurteilung eines ähnlichen Gesundheitszustandes.

4.2.8 Im Vorbescheidverfahren liess der Beschwerdeführer sodann einen weiteren Bericht des behandelnden Psychiaters Dr. med. F.\_\_\_\_ vom 8. Dezember 2016 (IV-Nr. 89) einreichen. Dr. med. F.\_\_\_\_ stellte die Diagnose einer chronifizierten schweren depressiven Störung (F32.2) im Sinne einer Erschöpfungsdepression mit impulsiver Färbung, eines chronischen Schmerzsyndroms des Rückens und des rechten Beines mit psychischen und somatischen Faktoren seit anfangs 2012 (ICD-10 F45.41), eines Diabetes mellitus sowie eines chronischen lumbo-spondylogenen Schmerzsyndroms mit diffusem Beinschmerz (Erstmanifestation 2012). Ferner führte er aus, seit seinem letzten Arztbericht vom 25. Juni 2016 könne er eine Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes beobachten. Dies zeige sich vor allem mit dem Gefühl der Lebens Sinnlosigkeit und mit einem zunehmenden pessimistischen Gedankengut. Der Beschwerdeführer äussere vermehrt Befürchtungen aufgrund der Krankheitsentwicklung mit den daraus resultierenden Defiziten. Letztere sei bedingt durch die verminderte Belastbarkeit im Zusammenhang mit dem Antriebsverlust. Es sei in letzter Zeit zu einer Akzentuierung der Schmerzsymptomatik gekommen, wodurch sich auch der Allgemeinzustand verschlechtert habe. In der

Gesamtschau zeige sich eine deutlich herabgesetzte psychische Belastbarkeit. Diese liesse sich mit dem Antriebsmangel und der verminderten Stressresistenz begründen. Zudem sei die Aufnahmefähigkeit bedingt durch Konzentrationsdefizite gestört, Prozessabläufe müssten folglich mehrmals wiederholt werden. Aus dem genannten Symptomkomplex erschliesse sich auch das verminderte Durchhaltevermögen. Aus psychiatrischer Sicht bestehe zurzeit eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Im Rahmen der medizinischen Zumutbarkeit sehe er zurzeit auch eine Verweistätigkeit als realisierbar (recte wohl: nicht realisierbar) an.

4.2.9 Zum genannten Bericht von Dr. med. F.\_\_\_\_ vom 8. Dezember 2016 nahm Dr. med. P.\_\_\_\_, Facharzt Allgemeine Medizin FMH, RAD, am 1. März 2017 Stellung (IV-Nr. 92). Es bestünden keine wesentlichen Anhaltspunkte dafür, dass der Sachverhalt nun anders zu beurteilen sei. Aus streng versicherungsmedizinischer Sicht könne darum weiterhin auf den Sachverhalt abgestellt werden, welcher dem Vorbescheid vom 8. November 2016 zugrunde gelegen sei.

4.2.10 Der im Beschwerdeverfahren eingereichte Befundbericht des H.\_\_\_\_ vom 20. Juni 2017 (Urkunde 4) ergab eine Facettengelenksarthrose in der unteren LWS mit Flüssigkeit in den Facettengelenksspalten beidseits im Segment LWK4/5 sowie eine disko-ossär bedingte Einengung des Rezessus links und des linken Neuroforamens im Segment LWK5/SWK1 mit Kompression der S1 Wurzel links rezessal und der L5 Wurzel links neuroforaminal.

4.2.11 Dem ebenfalls im Beschwerdeverfahren eingereichten Bericht der I.\_\_\_\_ vom 8. November 2017 lassen sich folgende Diagnosen entnehmen (A.S. 57 ff.):

Psychiatrische Diagnosen nach ICD-10

1. Rezidivierende depressive Störung, ggf. schwere Episode ohne psychotische Symptome (F32.2)

Andere relevante Diagnosen

1. Verdacht auf Parkinsonsyndrom unklarer Ätiologie, ED 10/2017

2. Diabetes mellitus Typ 2, ED 2008, unter oralen Antidiabetika HbA1c vom 24.10.17 8 %

3. Arterielle Hypertonie

4. St. n. Thoraxschmerzen unklarer Ursachen

- ( )

5. St. n. helicobacter-positiver Gastritis 07/2012

Der Beschwerdeführer sei durch Dr. med. F.\_\_\_\_ bei Niedergeschlagenheit, depressiver Verstimmung und Schlafstörungen im Rahmen der bekannten rezidivierenden depressiven Störung zur stationären Behandlung zugewiesen worden. In der körperlichen Untersuchung falle ein Parkinsonsyndrom auf. Der Beschwerdeführer weise beim Durchbewegen der Extremitäten ein klares Zahnradphänomen, einen Rigor generalisiert sowie ein unsicheres schlurfendes und verlangsamtes Gangbild auf. Sicherlich sei die Symptomatik zum Teil überlagert durch die lumboischialgieformen Schmerzen, weswegen der Beschwerdeführer immer wieder eine Schonhaltung einnehme. Eine medikamentöse Genese sei eher unwahrscheinlich. Der Beschwerdeführer sei am 10. Oktober 2017 in der Neurologie/Neurochirurgie von Herrn Dr. J.\_\_\_\_ in [...] neurologisch beurteilt worden. Der

Befund sei noch ausstehend.

4.2.12 Mit Eingabe vom 27. September 2018 (A.S.67 f.) liess der Beschwerdeführer sodann die Austrittsberichte der I.\_\_\_\_ vom 3. August (Urkunde 7) und 10. September 2018 (Urkunde 8) einreichen. Im Austrittsbericht vom 3. August 2018 stellten Dr. med. Q.\_\_\_\_, Oberarzt, und Dr. med. R.\_\_\_\_, Ärztin, die folgenden Diagnosen:

Psychiatrische Diagnosen nach ICD-10

1. Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen (F33.3)
2. Chronisches Schmerzsyndrom mit somatischen und psychischen Faktoren (F45.41)

Andere relevante Diagnosen

3. Diabetes mellitus Typ 2, ED 2008

- unter oralen Antidiabetika

- HbA1c vom 13.03.2018: 8.3 %

4. Arterielle Hypertonie

5. St. n. Thoraxschmerzen unklarer Ursache

6. Herzkatheter-Untersuchung vom 24.08.2012: Verschluss eines kleinen Seitenastes bei ansonsten normalen Koronararterien und normaler systolischer LV-Funktion

- Ruhe-EKG in Klinik Barmelweid vom 02.06.2015 bland

Im Weiteren führten die Ärzte aus, der Beschwerdeführer sei durch Dr. med. F.\_\_\_\_ wegen allgemeiner Zustandsverschlechterung mit zunehmenden körperlichen Schmerzen aufgrund Stimmenhören im Rahmen der bekannten rezidivierenden depressiven Störung zur Krisenintervention zugewiesen worden. Der Beschwerdeführer sei bei Eintritt formalgedanklich geordnet, orientiert und absprachefähig gewesen.

Psychopharmakotherapeutisch sei die Medikation mit Risperdal 2 mg wieder eingesetzt und wegen persistierendem Stimmenhören im Verlauf auf Abilify umgestellt worden. Trotzdem berichte der Beschwerdeführer weiterhin über ständiges Stimmenhören. Er sei in leicht gebessertem Zustand bei fehlender akuter Selbst- sowie Fremdgefährdung in die bisherigen häuslichen Verhältnisse ausgetreten. Auf Wunsch des Beschwerdeführers sei ein Arbeitsunfähigkeitszeugnis zu 100 % vom 12. bis 26. Juli 2018 ausgestellt worden.

Im Austrittsbericht vom 10. September 2018 stellten Dr. med. S.\_\_\_\_, Oberärztin, und Dr. med. T.\_\_\_\_, Ärztin, zusätzlich zu den oben genannten Diagnosen die Differentialdiagnose einer schizoaffektiven Störung (F25) sowie die Diagnose «Refluxösophagitis» (Urkunde 8). Sodann führten sie aus, der Beschwerdeführer habe sich wegen allgemeiner Zustandsverschlechterung mit zunehmend körperlichen Schmerzen bei rezidivierender depressiver Störung mit ständigem Stimmenhören selbst zugewiesen. Sie interpretierten die Beschwerden im Rahmen einer schweren depressiven Episode mit psychotischen Symptomen. Differentialdiagnostisch sei auch an eine schizoaffektive Störung zu denken, was im Verlauf zu evaluieren sei. Es sei eine eingehende Psychoedukation und die Hervorhebung der regelmässigen Medikamenteneinnahme (vorzugsweise zum Mittagessen) zur Sicherung eines ausreichenden Plasmaspiegels von Lurasidon erfolgt. Es sei vereinbart worden, die aktuelle Medikation zunächst beizubehalten und erneute Wechsel möglichst zu

vermeiden.

5.

Da sich die Beschwerdegegnerin in ihrer Verfügung vom 7. März 2017 in der Hauptsache auf das bidisziplinäre Gutachten der Begutachtungsstelle E.\_\_\_\_ vom 2. Mai 2016 stützt, ist im Folgenden dessen Beweiswert zu prüfen. Das Gutachten beruht auf den vollständigen Vorakten (vgl. IV-Nr. 69 S. 5 ff.) sowie auf spezialärztlichen Untersuchungen in den Disziplinen «Psychiatrie» (IV-Nr. 69 S. 7 ff.) und «Rheumatologie» (IV-Nr. 69 S. 13 ff.). Weiterberücksichtigt es auch die geklagten Beschwerden, welche in die Beurteilung einbezogen wurden. Die Expertise konnte sich somit auf vollständige Grundlagen stützen. Sodann sind die Einschätzungen, die von den jeweiligen Teilgutachtern getroffen werden, inhaltlich nachvollziehbar. Die Beweiskraft des Gutachtens ist grundsätzlich als gegeben zu erachten.

5.1

5.1.1 Der psychiatrische Gutachter Dr. med. U.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, führt aus, an objektiven Befunden hätten sich im Untersuchungsgespräch depressive Verstimmungen mit verminderter Freudeempfindungsfähigkeit ergeben. Der Beschwerdeführer beklage vor allem auch erhöhte Ermüdbarkeit, Schlafstörungen mit morgendlichen Schwierigkeiten, vermindertem Appetit mit Übelkeit und Erbrechen und gebe ausgeweitete, diffuse Schmerzen im Bewegungsapparat an (IV-Nr. 69 S. 9). Ein aggravatorisches Verhalten sei nicht deutlich ersichtlich. Deutlich affektive Persönlichkeitszüge für die Achse-2-Diagnose einer Persönlichkeitsstörung bestünden nicht. Gegen diese Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit spreche vor allem auch der Verlauf mit vor der Erkrankung sonst normaler Sozialisation und voller Leistungsfähigkeit. Es bestehe eine chronische Schmerzproblematik, die sich bis heute trotz Behandlungen nicht gebessert habe. Der Beschwerdeführer habe angelernt gearbeitet und die Arbeit auch als anstrengend empfunden. Er sei anhaltend arbeitsunfähig geschrieben geblieben und sei keiner Arbeit mehr nachgegangen. Jetzt könne er sich nicht mehr vorstellen zu arbeiten und begründe dies mit Schmerzen, die er auch auf seine frühere, auch als anstrengend empfundene Arbeit zurückführe. Er gebe auch konsekutive Depressionen an. Ferner lebe er zusammen mit seiner Ehefrau und den drei Töchtern zusammen. Die Ehefrau helfe ihm viel, begleite ihn auch überall hin, da er sich zu unsicher fühle, auch wegen Schwindel, das Haus alleine zu verlassen. Es bestehe eine ambulante psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung auch mit antidepressiver Medikation. Die Medikamentenspiegel würden auf eine unzuverlässige Medikamenteneinnahme hinweisen. Der Lithiumspiegel sei im therapeutischen Bereich. Der Medikamentenspiegel des Antidepressivums sei nicht nachweisbar. Das Neuroleptikum zeige einen weit unter dem therapeutischen Bereich liegenden Medikamentenspiegel. Der Wirkstoff des Benzodiazepins sei im Serum auch nicht nachweisbar. Aufgrund der Medikamentenspiegel könne die Behandlung durchaus intensiviert werden. Zudem sei eine regelmässige Benzodiazepineinnahme ungünstig, da dadurch affektive Symptome noch verstärkt werden könnten. Ob hier die ausgebaute Analgetikamedikation wirklich notwendig sei, müsse auch aus somatischer Sicht beurteilt werden. Ferner gebe der Beschwerdeführer an, trotz seiner Beschwerden selber Auto fahren zu können, wenn auch kurze Strecken, was doch auch gegen das Vorliegen von deutlichen Konzentrationsschwierigkeiten spreche. Auch im Untersuchungsgespräch könne er sich eigentlich konzentrieren und die Lebensdaten, die er angegeben habe, seien richtig gewesen. Aufgrund der Medikamentenspiegel, die bestimmt

worden seien, scheine die Compliance zwar bezüglich der Einnahme des Lithiums gegeben, was auch absolut notwendig sei für die Verordnung dieses Medikamentes, nicht aber bei der übrigen psychopharmakologischen Medikation. In einer Erwerbstätigkeit fühle sich der Beschwerdeführer nicht mehr arbeitsfähig. Im Haushalt fühle er sich auch kaum fähig mitzuhelfen, er lasse Teller fallen, wenn er den Tisch decke, wodurch die Ehefrau noch mehr beunruhigt sei und ihm wiederum noch mehr verbiete, selber etwas zu machen. In der Freizeit lasse er sich vor allem von der Ehefrau praktisch überall hinbegleiten. Dadurch könne sein regressives Verhalten im Sinne eines sekundären Krankheitsgewinns noch verstärkt werden (IV-Nr. 69 S. 10 f.). Zusammenfassend liege beim Beschwerdeführer diagnostisch eine leichte depressive Episode vor, gekennzeichnet nach ICD-10 durch depressive Verstimmungen mit verminderter Freudeempfindungsfähigkeit, erhöhte Ermüdbarkeit, Antriebsstörung, Schlafstörungen mit Morgentiefs und vermindertem Appetit. Es bestehe diagnostisch auch eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren gekennzeichnet durch diffuse, ausgeweitete Schmerzen am Bewegungsapparat, deren Ausmass mit somatischen Befunden nicht hinreichend objektiviert werden könne. Es bestünden psychosoziale und emotionale Belastungsfaktoren, die eine Rolle spielten. Deutlich schwere lebensgeschichtliche Belastungen, die eine deutliche Relevanz hätten, um sich negativ auf die Gesundheitsentwicklung auszuwirken (wie lebensgeschichtlich frühe Belastungen mit zerrütteten Familienverhältnissen in der Kindheit), lägen keine vor. Es liege ein chronischer Verlauf, aber auch eine deutlich ausgeprägte Krankheits- und Behinderungsüberzeugung vor, indem es sich der Beschwerdeführer nicht vorstellen könne, auch mit Schmerzen zu arbeiten. Die Prognose sei ungünstig (IV-Nr. 69 S. 11 f.).

Im polydisziplinären Gutachten durch die Begutachtungsstelle D.\_\_\_\_ im Jahr 2014 habe aus psychiatrischer Sicht auch keine Arbeitsunfähigkeit attestiert werden können. Es sei die Diagnose «Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen» gestellt worden. Mittlerweile bestehe nun aber doch eine Schmerzstörung und eine leichte depressive Episode. Es sei also zu einer leichten Verschlechterung ohne Einschränkung der Arbeitsfähigkeit gekommen. Der Beschwerdeführer zeige nämlich auch eine deutliche Selbstlimitierung und es bestünden Hinweise auf einen sekundären Krankheitsgewinn. Es könne ihm durchaus auch eine Willensanstrengung zugemutet werden, um trotz seiner Beschwerden zu arbeiten. Für den früheren Verlauf könne auf das D.\_\_\_\_-Gutachten auch aus heutiger Sicht abgestützt werden. Der seit 2013 behandelnde Psychiater Dr. med. F.\_\_\_\_ habe im Jahr 2015 eine schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen seit 2015 und eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung diagnostiziert. Der Beschwerdeführer habe aber im heutigen Untersuchungsgespräch keine psychotische Symptomatik mit Halluzinationen, Wahnsystem oder Ich-Störungen gezeigt. Bei einer schweren depressiven Episode wäre eine ambulante Behandlung auch kaum möglich. Tätigkeiten und Aktivitäten wären dann gar nicht möglich, wie die ICD-10 festhalte, und es bestünden deutliche Konzentrationsstörungen, Schuldgedanken und allumfassende negative Zukunftsperspektiven, was beim Beschwerdeführer nicht der Fall sei. Er gebe auch an, dass es ihm durchaus möglich sei, selber Auto zu fahren, wenn auch kurze Strecken. Dies sei mit einer schweren depressiven Episode auch nicht vereinbar. Auf die Beurteilung von Dr. med. F.\_\_\_\_ könne nicht abgestützt werden. In der Psychosomatischen Abteilung der Klinik N.\_\_\_\_ sei es zu akuter Suizidalität mit Überweisung in die Klinik in [...] gekommen, wo 2015 eine schwere depressive Störung diagnostisch festgehalten worden sei. Es sei gut möglich, dass punktuell die depressive Episode schwerer ausgeprägt gewesen sei. Gemittelt

über den Verlauf könne hier aber eine Arbeitsunfähigkeit nicht bestätigt werden (IV-Nr. 69 S. 12 f.).

Zusammenfassend hielt der psychiatrische Gutachter fest, beim Beschwerdeführer bestehe in allen seinen Fähigkeiten entsprechenden Tätigkeiten eine 100%ige Arbeitsfähigkeit ohne Leistungseinschränkung, abzüglich der Arbeitsunfähigkeit aus somatischer Sicht. Auch gemittelt über den Verlauf könne hier seit dem Gutachten durch die Begutachtungsstelle D.\_\_\_\_ im Jahr 2014 eine Arbeitsunfähigkeit aus psychiatrischer Sicht nicht bestätigt werden. Für den Verlauf davor könne auf das damalige Gutachten auch aus heutiger Sicht abgestellt werden (IV-Nr. 69 S. 13).

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

a) Komplex «Gesundheitsschädigung» (E. 4.3.1)

- Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde (E. 4.3.1.1)

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

- Komorbiditäten (E. 4.3.1.3)

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

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

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

- gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1)

- behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2)

Bei der Anspruchsprüfung nach BGE 141 V 281 ist zunächst auf den Verlauf und Ausgang von Therapien als wichtige Schweregradindikatoren (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_841/2016 vom 20. November 2017 E. 4.5.2) einzugehen. Diesbezüglich ist dem E.\_\_\_\_-Gutachten zu entnehmen, es erfolge eine ambulante psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung, auch mit antidepressiver Medikation. Der Beschwerdeführer sei in psychiatrischer Behandlung bei Dr. med. F.\_\_\_\_, den er ein- bis zweimal im Monat konsultiere (IV-Nr. 69 S. 7). Bezüglich der Compliance bei der Einnahme der verordneten Medikamente hielt der psychiatrische Gutachter fest, der Medikamentenspiegel weise auf eine unzuverlässige Medikamenteneinnahme hin. Der Lithiumspiegel sei im therapeutischen Bereich. Der Medikamentenspiegel des Antidepressivums sei nicht nachweisbar. Das Neuroleptikum zeige eine weit unter dem therapeutischen Bereich liegenden Medikamentenspiegel. Der Wirkstoff des Benzodiazepins sei im Serum auch nicht nachweisbar gewesen. Aufgrund der Medikamentenspiegel könne die Behandlung durchaus intensiviert werden (IV-Nr. 69 S. 10 f.). Weiter ist beim Indikator Behandlung- und Eingliederungserfolg und -resistenz (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.2 S. 299 f.) zu berücksichtigen, dass Eingliederungsmassnahmen theoretisch ab sofort zumutbar seien, hier aber keinen Sinn wegen der deutlich ausgeprägten Krankheits- und Behinderungsüberzeugung machen würden (IV-Nr. 69 S. 11).

Beim Indikator «Komorbiditäten» ist eine Gesamtbetrachtung der Wechselwirkungen und sonstigen Bezüge der psychischen Störungen zu sämtlichen begleitenden

krankheitswertigen Störungen erforderlich. Eine Störung, welche nach der Rechtsprechung als solche nicht invalidisierend sein kann (vgl. E. 4.3.1.2; Urteil 9C\_98/2010 vom 28. April 2010 E. 2.2.2, in: SVR 2011 IV Nr. 17 S. 44) ist keine Komorbidität. In diesem Zusammenhang ist dem Gutachten zu entnehmen, dass aus rheumatologischer Sicht keine Erkrankung diagnostiziert werden könne, welche die geschilderte Symptomatik adäquat begründen könne. Es bestehen zwar gewisse Einschränkungen, welche es dem Beschwerdeführer nicht mehr erlauben, körperlich schwere Tätigkeiten mit starker Rückenbelastung auszuüben. Jedoch bestehen in einer körperlich leichten bis intermittierend mittelschweren Tätigkeit mit leichter bis teilweise mittelschwerer Rückenbelastung aus rein rheumatologischer Sicht keine Einschränkungen (vgl. zum Ganzen E. II. 5.2 hiernach; IV-Nr. 69 S. 17 f.), weshalb bereits aus diesem Grund eine erhebliche Ausprägung einer Wechselwirkung zwischen den psychischen Störungen und den Komorbiditäten zu verneinen ist.

Mit Bezug auf den Komplex der Persönlichkeit (BGE 141 V 281 E. 4.3.2 S. 302) enthält die Expertise keinen Hinweis auf eine (erhebliche) Einschränkung der sogenannten «komplexen Ich-Funktionen». Deutlich auffällige Persönlichkeitszüge für die Achse-2-Diagnose einer Persönlichkeitsstörung bestünden sonst nicht und gegen diese Diagnose spreche vor allem auch der Verlauf mit vor der Erkrankung sonst normaler Sozialisation und voller Leistungsfähigkeit (IV-Nr. 69 S. 10).

Der «soziale Kontext» (BGE 141 V 281 E. 4.3.3 S. 303) weist insbesondere betreffend die Familienverhältnisse Ressourcen auf, auf welche der Versicherte zurückgreifen kann. Gemäss den Ausführungen des psychiatrischen Gutachters lebe der Beschwerdeführer zusammen mit seiner Ehefrau und den drei Töchtern. Er habe Kontakte, wenn jeweils Besuch komme. Sonst lebe er zurückgezogen in der Familie. Er sei aber sozial gut eingebettet und zeige keine deutliche Abstumpfung der Umgebung gegenüber. Nach dem Aufstehen morgens nehme er die Tabletten und frühstücke. Danach müsse er sich erholen und gehe dann zusammen mit der Ehefrau spazieren. Die Ehefrau mache das Mittagessen. Die Kinder kämen dann von der Schule nach Hause. Je nachdem wie er sich körperlich fühle, gehe er auch am Nachmittag nach draussen zusammen mit der Ehefrau. Er versuche im Haushalt mitzuhelfen, so räume er den Tisch ab oder decke den Tisch, wobei ihm auch Teller aus der Hand gefallen seien. Einkaufen gehe er nur zusammen mit der Ehefrau. Zum Teil kämen noch Kollegen zu Besuch. Er fahre auch selber Auto, aber nur kurze Strecken. Zuletzt sei er 2012 in die Heimat gereist (vgl. IV-Nr. 69 S. 8).

Schliesslich geht aus dem Gutachten hinsichtlich der Kategorie «Konsistenz» hervor, dem Exploranden sei es auch möglich, trotz seiner Beschwerden selber Autofahren zu können, wenn auch kurze Strecken, was doch auch gegen das Vorliegen von deutlichen Konzentrationsstörungen spreche. Auch im Untersuchungsgespräch habe er sich konzentrieren und die Lebensdaten gut angeben können (IV-Nr. 69 S. 11). Er habe zwar müde gewirkt, sei aber wach, bewusstseinsklar und allseits orientiert gewesen (IV-Nr. 69 S. 9). Es werde ihm im Haushalt doch viel von der Familie abgenommen und er werde auch überallhin begleitet, wenn es notwendig sei oder er es wolle. Dadurch könne sein regressives Verhalten im Sinne eines sekundären Krankheitsgewinns noch verstärkt werden (IV-Nr. 69 S. 11). In einer Erwerbstätigkeit fühle sich der Explorand nicht arbeitsfähig. Die Selbsteinschätzung des Beschwerdeführers, gar nicht mehr arbeiten zu können und auch noch keine Schritte hin auf eine Erwerbstätigkeit machen zu können, könne mit objektiv erheblichen psychiatrischen Befunden nicht gestützt werden (IV-Nr. 69 S. 12).

Nach dem Gesagten erweist sich das psychiatrische Teilgutachten der Gutachterstelle E.\_\_\_\_ auch im Lichte der neuen bundesgerichtlichen Rechtsprechung betreffend Indikatorenprüfung als beweiswertig und es kann auf die schlüssigen Ausführungen zum Leistungsvermögen des Beschwerdeführers verwiesen werden, welches unter der Beachtung der vorgängig geprüften Indikatoren festgelegt wurde.

5.1.3 Gemäss dem psychiatrischen Gutachter bestehe beim Beschwerdeführer diagnostisch eine leichte depressive Episode, gekennzeichnet nach ICD-10 durch depressive Verstimmungen mit verminderter Freudeempfindungsfähigkeit, erhöhte Ermüdbarkeit, Antriebsstörung, Schlafstörungen mit Morgentiefs und vermindertem Appetit (IV-Nr. 69 S. 11). Indem der Beschwerdeführer vorbringen lässt, es lägen damit fünf der für eine mittelgradige depressive Episode typischen Symptome vor (vgl. Protokoll der Verhandlung vom 10. Oktober 2018, A.S. 73 ff.), vermag dies die diagnostische Einordnung der depressiven Störung im Gutachten nicht stichhaltig in Frage zu stellen. In erster Linie ist festzuhalten, dass grundsätzlich die begutachtende Arztperson zuständig ist für die Beschreibung des Gesundheitszustands und Stellung der Diagnosen. In diesem Zusammenhang ist ferner zu berücksichtigen, dass die psychiatrische Exploration von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei erfolgen kann und dem oder der medizinischen Sachverständigen deshalb praktisch immer einen gewissen Spielraum eröffnet, innerhalb welchem verschiedene Interpretationen möglich, zulässig und im Rahmen einer Exploration lege artis zu respektieren sind (Urteil des Bundesgerichts 8C\_260/2017 vom 1. Dezember 2017 E. 5.2.2 mit Hinweisen). Ferner ist der Beschwerdeführer darauf hinzuweisen, dass eine leichte depressive Episode - gemäss den Kriterien der ICD-10 - mindestens vier der aufgeführten Symptome aufweisen muss. Die Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode verlangt eine Gesamtzahl von mindestens sechs oder sieben Symptomen und eine schwere depressive Episode eine Gesamtzahl von mindestens acht Symptomen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_260/2017 vom 1. Dezember 2017 E. 5.2.3 mit Hinweis auf Dilling/Freyberger [Hrsg.], Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen, 8. Aufl. 2016, S. 132 ff.). Schliesslich hängt die Bezeichnung einer depressiven Episode als leicht, mittelgradig oder schwer nicht nur von der Anzahl der Symptome ab, sondern auch von deren Ausprägung (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_302/2018 vom 12. Juli 2018 E. 4.1 mit Hinweis auf BGE 141 V 281 E. 4.3.1.1 S. 298 f.). Die vom psychiatrischen Gutachter auf der Grundlage dieses Gutachtens getroffene Tatsachenfeststellung zum Schweregrad der depressiven Störung bei Vorliegen von fünf Symptomen ist somit ■ auch im Hinblick auf die Ausführungen zu den Indikatoren (vgl. E. II. 5.1.2 hiervor) ■ nicht zu beanstanden.

5.1.4 Soweit der Beschwerdeführer vorbringen lässt, das psychiatrische Teilgutachten sei unvollständig, zumal die zahlreichen stationären Behandlungen nicht berücksichtigt worden seien (vgl. Protokoll der Verhandlung vom 10. Oktober 2018, A.S. 73 ff.), ist ihm zu entgegen, dass es im Ermessen der Experten liegt, ob und gegebenenfalls welche Berichte im Gutachten erwähnt und diskutiert werden. Entscheidend ist, dass ihnen sämtliche Unterlagen zur Verfügung standen (Urteil des Bundesgerichts 9C\_276/2017 vom 23. April 2018 E. 4.3.2), was hier der Fall war (vgl. IV-Nr. 69 S. 5 ff.). Sodann nahm der psychiatrische Gutachter auch zu den im Anschluss an die stationären Behandlungen verfassten Berichte Stellung. Er legte dar, dass es gut möglich sei, dass punktuell die depressive Episode schwerer ausgeprägt gewesen sei. Gemittelt über den Verlauf könne hier aber eine Arbeitsunfähigkeit nicht bestätigt werden (IV-Nr. 69 S. 13).

5.1.5 Zusammenfassend ist festzuhalten, dass sich das psychiatrische Teilgutachten der Gutachterstelle E.\_\_\_\_ vom 10. Mai 2016 an die massgebenden normativen Vorgaben von BGE 141 V 281 hält, die Schlussfolgerungen zu den funktionellen Einschränkungen sowie die Zumutbarkeitsbeurteilung in sich widerspruchsfrei und nachvollziehbar sind und dem Gutachten daher volle Beweiskraft beizumessen ist. Damit besteht aus psychiatrischer Sicht keine anspruchsrelevante Veränderung des Gesundheitszustandes seit dem letzten rechtskräftigen Entscheid der Beschwerdegegnerin vom 11. September 2014 bzw. keine invalidenversicherungsrechtlich relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit.

## 5.2

5.2.1 Ebenfalls einleuchtend leitet der rheumatologische Teilgutachter Dr. med. V.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Rheumatologie, seine Beurteilung her: Bei der rheumatologischen Untersuchung fänden sich deutliche Zeichen eines verstärkten Schmerzgebarens mit durchwegs positiven Waddell-Zeichen. Eine ISG-Hypomobilität rechts sei nicht eindeutig nachweisbar, allerdings bei erschwerter Untersuchung aufgrund einer vorzugsweise eingenommenen Schonhaltung mit Entlastung des rechten Beines. Hinweise für ein lumboradikuläres Syndrom rechts seien nicht fassbar, es liege auch keine muskuläre Atrophie am rechten Bein vor, bereits die geschilderte Schmerzlokalisierung mit diffuser Verteilung am rechten Bein spreche neuroanatomisch gegen ein lumboradikuläres Syndrom. Die Flexion der LWS sei deutlich vermindert bei allerdings auch ungewisser Kooperation, die Extension sei nicht relevant eingeschränkt. Ungewöhnlich und durch ein rein organisches Geschehen nicht erklärbar sei der Befund, dass durch leichte Palpation der Dornfortsätze an der gesamten LWS ein diffuser Beinschmerz rechts bis zur Fusssohle ausgelöst werde. Die Glutealmuskulatur rechts sei deutlich druckdolent. Die Untersuchung der übrigen Bereiche des Bewegungsapparates sei unauffällig.

Zusammenfassend könne aus rheumatologischer Sicht keine Erkrankung diagnostiziert werden, welche die geschilderte Symptomatik adäquat begründen könnte. Das Beschwerdebild und die klinische Präsentation seien nicht vereinbar mit einem lumboradikulären Syndrom oder einer isolierten ISG-Hypomobilität, auch eher nicht mit einem rein spondylogenen Geschehen. Nicht ganz auszuschliessen sei eine Symptomatik im Rahmen eines myofaszialen Glutealsyndroms rechts, wobei der chronifizierte Verlauf und die vollständige Therapieresistenz recht atypisch wären. Aus rheumatologischer Sicht könnte pathologisch erwogen werden, dass initial eine vertebrale Schmerzsymptomatik vorgelegen sei mit konsekutiv chronifizierter Schonhaltung und entsprechender Schmerzpersistenz im Bereich der Lumbalregion und des rechten Beines, wobei jedoch die hohe Schmerzintensität und die massive Behinderung aus rheumatologischer Sicht nicht durch organische Veränderungen/Befunde erklärt werden könne. Klinisch fänden sich deutliche Hinweise für eine Relevanz von nicht-somatischen Faktoren bei der Beschwerdepräsentation, so dass differenzialdiagnostisch am ehesten das Vorliegen einer Schmerzfehlverarbeitung in Frage komme. Funktionell bestehe aufgrund der nachweisbaren Degeneration an der unteren LWS eine leicht- bis knapp mässiggradig eingeschränkte Rückenbelastbarkeit (IV-Nr. 69 S. 18).

Körperlich schwere Tätigkeiten mit starker Rückenbelastung seien dem Beschwerdeführer nicht zumutbar. Für eine körperlich leichte bis intermittierend mittelschwere Tätigkeit mit leichter bis teilweise mittelschwerer Rückenbelastung könne jedoch aus rein rheumatologischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit attestiert werden. Aufgrund der Aktenlage sei davon auszugehen, dass eine Einschränkung für körperlich

schwere Tätigkeiten seit Beginn der Arbeitsunfähigkeit im Mai 2012 bestehe, dass aber nach Austritt aus der stationären Therapie im Spital L.\_\_\_\_ im Oktober 2012 (mit Bestätigung einer Arbeitsunfähigkeit von 100 % bei Austritt bis 30. November 2012) aus rein rheumatologischer Sicht wieder eine volle Arbeitsfähigkeit für eine geeignete Tätigkeit erreicht worden sei. In Übereinstimmung mit dem orthopädischen Gutachten vom 2013 und dem rheumatologischen Gutachten vom 2014 werde auch aktuell für eine geeignete Tätigkeit keine Arbeitsunfähigkeit attestiert. Diagnostisch bestehe weitgehende Übereinstimmung mit dem rheumatologischen Teilgutachten vom 2014; eine das gesamte Ausmass der Symptomatik erklärende Pathologie am Bewegungsapparat könne nicht nachgewiesen werden (IV-Nr. 69 S. 18).

5.2.2 Diese Ausführungen des rheumatologischen Gutachters sind schlüssig, in sich widerspruchsfrei und überzeugend. Auch die attestierte Arbeitsfähigkeit von 100 % in einer angepassten Tätigkeit wird nachvollziehbar begründet. Dem Einwand des Beschwerdeführers, der rheumatologische Gutachter habe keine bildgebenden Untersuchungen veranlasst, sondern auf solche aus dem Jahr 2012 abgestellt (vgl. Protokoll vom 10. Oktober 2018, A.S. 73 ff.), kann nicht gefolgt werden. Ob eine Abklärungsstelle sodann zur Untersuchung Röntgenbilder anfertigt oder andere bildgebende Verfahren einsetzt oder nicht, liegt in ihrem Ermessen. Die Notwendigkeit, Röntgenaufnahmen zu veranlassen oder vergleichbare Methoden anzuwenden, haben die beteiligten Gutachter zu beurteilen. Das Fehlen bildgebender Untersuchungen lässt jedenfalls nicht auf unzureichende fachärztliche Abklärungen schliessen (Urteil des Bundesgerichts 9C\_575/2011 vom 12. Oktober 2011 E. 3.3).

5.3 Gestützt auf die schlüssigen Teilgutachten vermag schliesslich auch die Konsensbeurteilung im E.\_\_\_\_-Gutachten zu überzeugen. Insgesamt resultiere aus bidisziplinärer Sicht, dass beim Beschwerdeführer in leichten bis mittelschweren Tätigkeiten eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 100 % bestehe. Dies treffe auch auf die zuletzt durchgeführte Tätigkeit des Beschwerdeführers zu. Auch in der Vergangenheit sei die Arbeitsfähigkeit nie höhergradig und längerfristig im Sinne einer invalidisierenden Erkrankung eingeschränkt gewesen (IV-Nr. 69 S. 19 f.).

Zusammenfassend ist somit festzuhalten, dass die Gutachter zu klaren, schlüssigen Ergebnissen gelangt sind, welche nachvollziehbar und überzeugend begründet werden. Demnach erweist sich das von der Beschwerdegegnerin eingeholte bidisziplinäre Gutachten als voll beweiswertig. Das Gutachten wird damit den durch die Rechtsprechung formulierten Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Stellungnahme (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352) gerecht. Es erfüllt die von der Rechtsprechung geforderten Voraussetzungen an ein Verlaufsgutachten (vgl. E. II. 2.3 hiervor). Gestützt darauf steht fest, dass seit dem letzten rechtskräftigen Entscheid der Beschwerdegegnerin vom 11. September 2014 (IV-Nr. 52) bis zur Verlaufsbeurteilung keine anspruchsrelevante Verschlechterung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers mit Einfluss auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit eingetreten ist.

## 5.4

5.4.1 Daran vermag auch der Einwand des Beschwerdeführers nichts zu ändern, die Beschwerdegegnerin habe ihm vorgängig der Begutachtung keinen Fragenkatalog zur Stellungnahme unterbreitet und damit die Verfahrensrechte gemäss BGE 137 V 210 verletzt, weshalb das Gutachten der Begutachtungsstelle E.\_\_\_\_ bereits aus formellen

Gründen beweisrechtlich nicht verwertbar sei (A.S. 8 f.). Es ist dem Beschwerdeführer insoweit zuzustimmen, als die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer zusammen mit der Verfügungsmässigen Anordnung der Begutachtung den vorgesehenen Katalog der Expertenfragen zur Stellungnahme hätte unterbreiten sollen (vgl. BGE 137 V 210 E. 3.4.2.9 S. 258). Dass dies vorliegend nicht geschehen ist, wird von der Beschwerdegegnerin denn auch nicht bestritten (vgl. A.S. 3). Damit ist festzuhalten, dass das Vorgehen der Beschwerdegegnerin bei der Durchführung des Begutachtungsauftrages zwar nicht regelkonform war. Indes besteht vorliegend keine Veranlassung für eine neue Begutachtung. Aus der vorliegenden Aktenlage geht nicht hervor, dass der Beschwerdeführer ergänzende Fragen überhaupt vorgebracht hätte. So hat er weder mit der Stellungnahme zum entsprechenden Gutachten vom 18. August 2016 (IV-Nr. 79) noch mit Einwand vom 13. Februar 2017 betreffend den Vorbescheid der Beschwerdegegnerin vom 8. November 2016 (IV-Nr. 90) entsprechende Fragen eingereicht. Es ist folglich nicht nachvollziehbar, welche zusätzlichen Fragen den E.\_\_\_\_-Gutachtern explizit hätten unterbreitet werden sollen. Daher erweisen sich die diesbezüglichen Vorbringen als unbegründet und sind nicht geeignet, den Beweiswert des E.\_\_\_\_-Gutachtens vom 2. Mai 2016 zu erschüttern.

5.4.2 Zum Einwand des Beschwerdeführers, die Beschwerdegegnerin wäre verpflichtet gewesen, eine polydisziplinäre medizinische Expertise nach dem Zufallsprinzip einzuholen (vgl. A.S. 5 f.), ist Folgendes festzuhalten: Es existieren keine festen Kriterien zur allgemeingültigen Abgrenzung der Anwendungsfelder der verschiedenen Kategorien von Expertisen. Die grosse Vielfalt von Begutachtungssituationen erfordert Flexibilität. In groben Zügen jedoch lassen sich die jeweiligen Einsatzbereiche wie folgt umreissen: Die umfassende administrative Erstbegutachtung wird regelmässig polydisziplinär und damit zufallsbasiert anzulegen sein; eine direkte Auftragserteilung soll die Ausnahme bleiben. Eine polydisziplinäre Expertise ist auch dann einzuholen, wenn der Gesundheitsschaden zwar bloss als auf eine oder zwei medizinische Disziplinen fokussiert erscheint, die Beschaffenheit der Gesundheitsproblematik aber noch nicht vollends gesichert ist. In begründeten Fällen kann von einer polydisziplinären Begutachtung abgesehen und eine mono- oder bidisziplinäre durchgeführt werden, sofern die medizinische Situation offenkundig ausschliesslich ein oder zwei Fachgebiete beschlägt; weder dürfen weitere interdisziplinäre Bezüge (z.B. internistischer Art) notwendig sein, noch darf ein besonderer arbeitsmedizinischer bzw. eingliederungsbezogener Klärungsbedarf bestehen. Diese Voraussetzungen werden vor allem bei Verlaufsbegutachtungen erfüllt sein (BGE 139 V 349 E. 3.2 S. 352).

Entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers ist nicht zu beanstanden, wenn die Beschwerdegegnerin im vorliegenden Fall anstelle einer polydisziplinären Abklärung eine bidisziplinäre vorgenommen hat. Der Beschwerdeführer wurde bereits im Rahmen der Erstanmeldung im Jahr 2012 durch die Begutachtungsstelle D.\_\_\_\_ polydisziplinär (internistisch, rheumatologisch und psychiatrisch) begutachtet. Im vorliegend relevanten Zeitpunkt vor der Auftragsvergabe an das E.\_\_\_\_ lagen einzig die Berichte der Klinik N.\_\_\_\_ vom 8. Juli 2015 und 1. Oktober 2015 (vgl. E. II. 4.2.1 und 4.2.3 hiervor), der I.\_\_\_\_ vom 24. Juli 2015 (vgl. E. II. 4.2.2 hiervor) sowie des behandelnden Psychiaters Dr. med. F.\_\_\_\_ vom 26. Oktober 2015 (vgl. E. II. 4.2.4) vor. In all den genannten Berichten wurde aus internistischer Sicht ■ wie die Beschwerdegegnerin korrekt festhielt (vgl. A.S. 3) - einzig die Diagnose eines Diabetes mellitus Typ II bestehend seit dem Jahr 2008 als solche ohne

Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt. Es sind keine (weiteren) internistischen medizinischen Faktoren ersichtlich, welche die Arbeitsfähigkeit beeinflussen könnten. Im Übrigen ist darauf hinzuweisen, dass Dr. med. P.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Medizin FMH, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD) den Beschwerdeführer vorgängig untersuchte (IV-Nr. 66), ohne dabei auffällige internistische Befunde zu erheben. So bestätigte der behandelnde Psychiater Dr. med. F.\_\_\_\_ in seinem Bericht vom 8. Dezember 2016 abermals, dass der Diabetes mellitus medikamentös gut eingestellt sei und sich nicht auf die Arbeitsfähigkeit auswirke (vgl. E. II. 4.2.8 hiavor). Vom Beschwerdeführer wird denn auch nicht dargelegt, welche neuen Aspekte eine zusätzliche internistische Begutachtung allenfalls hätte hervorbringen können. Es gilt in diesem Zusammenhang zu beachten, dass es den Gutachtern freisteht, die von der IV-Stelle bzw. dem RAD (oder im Beschwerdefall durch ein Gericht) bezeichneten Disziplinen gegenüber der Auftraggeberin zur Diskussion zu stellen, wenn ihnen die Vorgaben nicht einsichtig sind (BGE 139 V 349 E. 3.3 S. 353). Es besteht vorliegend kein Hinweis für die Notwendigkeit einer zusätzlichen internistischen Begutachtung oder einer Begutachtung in einer anderen Fachdisziplin. Sodann ist im vorliegenden Fall auch kein besonderer arbeitsmedizinischer bzw. eingliederungsbezogener Klärungsbedarf gegeben. Eine umfassende polydisziplinäre Neubegutachtung ist entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers somit nicht erforderlich. Die von der Beschwerdegegnerin veranlasste Begutachtung ist damit zu Recht bidisziplinär erfolgt.

5.4.3 Inwiefern der rheumatologische E.\_\_\_\_-Experte fachlich nicht resp. ungenügend qualifiziert sein soll, die Leiden des Beschwerdeführers in somatischer Hinsicht zu beurteilen (vgl. A.S. 10), ist nicht ersichtlich und wird auch nicht substantiiert dargelegt. (Chronische) Schmerzen des Bewegungsapparates bilden Gegenstand sowohl der Rheumatologie als auch der Orthopädie (Urteile des Bundesgerichts 9C\_275/2016 vom 19. August 2016 E. 4.3.1; 9C\_644/2015 vom 3. Mai 2016 E. 3.4; 9C\_320/2015 vom 25. August 2015 E. 3.3.3).

5.4.4 Nicht gefolgt werden kann dem Beschwerdeführer, soweit er vorbringt, das E.\_\_\_\_-Gutachten sei unverwertbar, da diese Gutachterstelle per se weder ergebnisoffen noch neutral sei (vgl. A.S. 11 f.).

Einerseits kann sich ein Ausstandsbegehren stets nur gegen einzelne Gutachterpersonen und nicht gegen die Gutachterstelle als solche richten (s. BGE 137 V 210 E. 1.3.3 S. 227; Urteil des Bundesgerichts 9C\_294/2016 vom 27. Mai 2016 E. 2). Genau auf Letzteres zielen aber die Ausführungen in der Beschwerde ab, indem geltend gemacht wird, sämtliche Gutachter des E.\_\_\_\_ seien befangen (s. A.S. 12). Dies ändert aber nichts daran, dass diese Gutachterstelle als solche, unabhängig von den im konkreten Einzelfall beteiligten Gutachtern, als befangen erklärt werden soll.

Andererseits kann die vom Beschwerdeführer behauptete systematische Benachteiligung versicherter Personen durch die Gutachter einer Gutachterstelle nicht mit einer Aufzählung einzelner Vergleichsfälle bewiesen werden. Es ist zwar nicht völlig ausgeschlossen, den Beweis einer systematischen Voreingenommenheit eines Experten mittels verlässlicher Statistiken über seine Gutachtertätigkeit zu führen. Allerdings müsste man dazu auch die entsprechenden Daten für alle anderen Experten, die in der Schweiz in einem bestimmten Fachbereich tätig sind, erheben und auswerten. Dies wäre mit einem vor allem auch zeitlich immensen Aufwand verbunden, welcher sich mit dem Gebot der Einfachheit und Raschheit des Verfahrens (s. Art. 61 lit. a ATSG) nicht vereinbaren liesse. Da zudem die Schätzung der Arbeitsunfähigkeit im Einzelfall nicht mathematisch exakt vorgenommen werden kann,

sondern Ermessenselemente enthält, wäre bei einer Auswertung der Häufigkeitsverteilung der attestierten Arbeitsunfähigkeiten mit einem gewissen Streubereich zu rechnen; aussagekräftig könnten daher von vornherein nur starke Abweichungen sein. Wäre erstellt, dass diese Häufigkeitsverteilung hoch signifikant von den Resultaten anderer Gutachter abweicht, so würde dies zwar Fragen aufwerfen. Auch beim Nachweis einer starken Abweichung könnte allerdings nicht direkt auf eine Befangenheit des fraglichen Experten geschlossen werden; vielmehr müsste zunächst noch überprüft werden, ob die Abweichung nicht durch andere Faktoren besser erklärbar wäre (Urteil des Bundesgerichts 8C\_599/2014 vom 18. Dezember 2015 E. 6.5), wozu dem Gericht die Sachkunde fehlt. Ist aber die beantragte Datenedition bei der Beschwerdegegnerin resp. dem E.\_\_\_\_ von vornherein nicht geeignet, den erforderlichen Beweis zu erbringen, so kann sich die Weigerung, die Daten bekannt zu geben, nicht zu Ungunsten der Beschwerdegegnerin auswirken. Eine Umkehr der Beweislast in dem Sinne, dass von einer Voreingenommenheit der Gutachter des E.\_\_\_\_ auszugehen wäre, kommt daher nicht in Frage. Es besteht vorliegend ■ auch im Hinblick auf das Urteil des Bundesgerichts 1C\_467/2017 vom 27. Juni 2018 (vgl. Protokoll vom 10. Oktober 2018, A.S. 73 ff.) ■ kein Anlass zu einer abweichenden Betrachtungsweise, zumal es sich im genannten Urteil in erster Linie um die Frage des Dokumentenzuganges handelt. So hielt das Bundesgericht fest, ob eine Tendenz, dass ein Gutachter Arbeitsunfähigkeiten eher zurückhaltend oder grosszügig anerkennt, aussagekräftig ist und ob sich daraus auch rechtliche Folgerungen ziehen lassen, sei erst im einzelnen Leistungsverfahren definitiv zu beantworten (vgl. Urteil des Bundesgerichts 1C\_467/2017 vom 27. Juni 2018 E. 7.6).

5.5 Im Weiteren wird in der Beschwerde angeführt, der psychiatrische Gutachter habe sich nicht oder zu wenig mit den unisono abweichenden Stellungnahmen des behandelnden Psychiaters Dr. med. F.\_\_\_\_ vom 25. Juni 2016 (IV-Nr. 76) auseinandergesetzt (A.S. 12 f.). In der Tat weicht die Beurteilung von Dr. med. F.\_\_\_\_ von jener der E.\_\_\_\_-Gutachter ab. Der behandelnde Psychiater hat dem Beschwerdeführer mehrfach eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % attestiert und festgehalten, aus seiner Sicht handle es sich um eine stark ausgeprägte Rückenschmerzproblematik und ein eigenständiges endogen depressives Leiden unabhängig von psychosozialen Faktoren (vgl. E. II. 4.2.6 hiervor). Zu dieser Stellungnahme äusserte sich der psychiatrische Gutachter am 24. Oktober 2016 und legte dar, aus dem genannten Bericht des behandelnden Psychiaters ergäben sich keine neuen Gesichtspunkte als diejenigen, die er bereits ausgeführt habe und zu denen im psychiatrischen Teilgutachten eingehend Stellung genommen worden sei (vgl. IV-Nr. 83).

Zu erinnern ist in diesem Zusammenhang daran, dass die psychiatrische Exploration von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei erfolgen kann und die Rechtsprechung der begutachtenden Person deshalb praktisch einen gewissen Spielraum gewährt, innerhalb dessen verschiedene medizinische Interpretationen möglich, zulässig und zu respektieren sind, sofern dabei lege artis vorgegangen worden ist. Behandelnde und begutachtende Psychiater können, mit der gleichen Person als Patientin oder Explorandin in verschiedenen Zeitpunkten und Situationen konfrontiert, zu ganz unterschiedlichen Beurteilungen der psychischen Beeinträchtigungen und ■ invalidenversicherungsrechtlich entscheidend ■ deren Schweregrades mitsamt den sich daraus ergebenden Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit gelangen. Diese in der Natur der Sache begründete, weitgehend fehlende Validierbarkeit («Reliabilität») psychiatrischer Diagnosen, namentlich im depressiven Formenkreis sowie bei den neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen gemäss

ICD-10, kann nicht automatisch zu Beweisweiterungen bei sich widersprechenden psychiatrischen Berichten und Expertisen führen (Urteil des Bundesgerichts 9C\_661/2009 vom 29. September 2009 E. 3.2). Daher und unter Beachtung der Divergenz von medizinischem Behandlungs- und Abklärungsauftrag (BGE 124 I 170 E. 4 S. 175; Urteil des Bundesgerichts I 701/05 vom 5. Januar 2007 E. 2 in fine, mit Hinweisen) kann eine medizinische Administrativ- oder Gerichtsexpertise nicht stets in Frage gestellt und zum Anlass weiterer Abklärungen genommen werden, wenn die behandelnden Ärzte zu unterschiedlichen Einschätzungen gelangen oder an vorgängig geäusserten abweichenden Auffassungen festhalten. Anders verhält es sich nur, wenn diese objektiv feststellbare Gesichtspunkte vorbringen, die im Rahmen der psychiatrischen Begutachtung unerkannt geblieben und geeignet sind, zu einer abweichenden Beurteilung zu führen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_558/2010 vom 27. Dezember 2010 E. 2.2.2, 8C\_694/2008 vom 5. März 2009 E. 5.1 und Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts I 51/06 vom 19. September 2006 E. 3.1.2). Derartige Aspekte finden sich in der Stellungnahme von Dr. med. F.\_\_\_\_ vom 25. Juni 2016 nicht. Auch in seinem Bericht vom 8. Dezember 2016, worin er von einer Verschlechterung berichtet (vgl. E. II. 4.2.8 hiervor), lassen sich keine Aspekte entnehmen, die unerkannt und unberücksichtigt geblieben wären. Begründet wird die angebliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers nicht. Vielmehr scheint sich diese Beurteilung einzig auf die subjektiven Angaben des Beschwerdeführers abzustützen. Dem Einwand des Beschwerdeführers, der psychiatrische Gutachter habe seine abweichende Beurteilung nicht begründet und nicht nachvollziehbar dargelegt (A.S. 8 f.), kann demnach nicht gefolgt werden; es kann auf die Ausführungen in Erwägung II. 5.1.1 hiervor verwiesen werden. Ferner gilt es zu berücksichtigen, dass das Gericht in Bezug auf Atteste von Hausärzten der Erfahrungstatsache Rechnung tragen darf und soll, wonach Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zugunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 353 E. 3b cc, 122 V 160 E. 1c); dies gilt nicht nur für den allgemein praktizierenden Hausarzt, sondern ebenso für die behandelnden Spezialärzte (Urteil des Bundesgerichts 9C\_794/2012 vom 4. März 2013 E. 2.1 mit Hinweisen). Folglich vermögen die Berichte von Dr. med. F.\_\_\_\_ die Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der Ergebnisse des psychiatrischen Administrativgutachtens nicht in Frage zu stellen. Weitere medizinische Abklärungen sind nicht erforderlich, da eine taugliche Beurteilungsgrundlage vorliegt.

## 5.6

5.6.1 An der beweiswertigen Beurteilung der E.\_\_\_\_-Gutachter vermag auch der im Beschwerdeverfahren eingereichte Bericht des H.\_\_\_\_ vom 20. Juni 2017 (vgl. E. II. 4.2.10 hiervor) nichts zu ändern. Im vorliegenden Verfahren sind die Verhältnisse bis zum Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 7. März 2017 massgebend sind (vgl. E. II. 1.2 hiervor). Die Entwicklung der Verhältnisse nach Erlass der angefochtenen Verfügung ist ausnahmsweise in die sozialversicherungsrechtliche Beurteilung einzubeziehen, wenn sich daraus Rückschlüsse auf den Sachverhalt bis zum Zeitpunkt des Verwaltungsaktes ziehen lassen (vgl. statt vieler Urteil des Bundesgerichts 9C\_387/2016 vom 24. Oktober 2016 E. 3.4.2 mit Hinweisen). Inwiefern dieser nach Erlass der angefochtenen Verfügung vom 7. März 2017 ergangene Befundbericht sodann Rückschlüsse auf die Verhältnisse im relevanten Zeitraum zulassen soll, ist nicht ersichtlich. Soweit der Beschwerdeführer vorbringen lässt, es sei davon auszugehen, dass diese Befunde bereits vor Erlass der vorliegend angefochtenen Verfügung vorgelegen haben (vgl. Protokoll vom 10. Oktober

2018, A.S. 73 ff.), ist dem nicht zu folgen. Beim Beschwerdeführer standen im vorliegend relevanten Zeitpunkt vor der Auftragsvergabe an das E. \_\_\_ in erster Linie die psychischen Beschwerden im Vordergrund. Es lagen einzig die Berichte der N. \_\_\_ vom 8. Juli 2015 und 1. Oktober 2015 (vgl. E. II. 4.2.1 und 4.2.3 hiervor), der I. \_\_\_ vom 24. Juli 2015 (vgl. E. II. 4.2.2 hiervor) sowie des behandelnden Psychiaters Dr. med. F. \_\_\_ vom 26. Oktober 2015 (vgl. E. II. 4.2.4) vor. Hinweise für eine allfällige Verschlechterung des Gesundheitszustandes in somatischer Hinsicht oder für allfällige Behandlungen in dieser Richtung lagen keine vor. Sodann ist davon auszugehen, dass der klinische Befund anlässlich der Begutachtung durch die E. \_\_\_-Gutachter unauffällig gewesen war, zumal sie auf die Anfertigung neuer Röntgenbilder verzichteten (vgl. hierzu Urteil des Bundesgerichts 9C\_210/211 vom 21. April 2011 E. 2.1 mit Hinweisen). Selbst wenn davon ausgegangen würde ■ wofür aber keine genügende Grundlage besteht - die entsprechenden Befunde im Bericht des H. \_\_\_ vom 20. Juni 2017 seien bereits im Zeitpunkt der Untersuchung durch das E. \_\_\_ im April 2016 vorgelegen und hätten die Arbeitsfähigkeit eingeschränkt, würde dies an der vorliegend angefochtenen Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 7. März 2017 nichts ändern. Mit Blick auf das zunächst zurückzulegende Wartejahr (Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG; vgl. E. II. 2.1) könnten die Anspruchsvoraussetzungen dabei frühestens per 1. April 2017 erfüllt sein, was folglich nach Erlass der vorliegend angefochtenen Verfügung wäre.

5.6.2 Dasselbe gilt sodann auch für den Bericht der I. \_\_\_ vom 8. November 2017 (vgl. E. II. 4.2.11 hiervor). Inwiefern dieser acht Monate nach Erlass der angefochtenen Verfügung vom 7. März 2017 verfasste Bericht Rückschlüsse auf die Verhältnisse im relevanten Zeitraum zulassen soll, ist nicht ersichtlich. Ausserdem werdendarin keine objektiv feststellbaren Gesichtspunkte vorgebracht, die im Rahmen der psychiatrischen Begutachtung unerkannt geblieben und geeignet sind, zu einer abweichenden Beurteilung zu führen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_558/2010 vom 27. Dezember 2010 E. 2.2.2, 8C\_694/2008 vom 5. März 2009 E. 5.1 und Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts I 51/06 vom 19. September 2006 E. 3.1.2). Begründet wird die angebliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers nicht. Auch ist nicht ersichtlich, dass die genannten Diagnosen die Arbeitsfähigkeit andauernd beeinträchtigen würden. Was die Diagnose des Parkinsonsyndroms anbelangt, so handelt es sich hierbei lediglich um eine Verdachtsdiagnose, was zur Anerkennung eines invalidisierenden Gesundheitsschadens grundsätzlich nicht ausreicht (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C\_795/2017 vom 19. März 2018 E. 3.1.2; 8C\_468/2013 vom 24. Februar 2014 E. 6 mit Hinweisen). Eine sachgerechte fachärztliche Diagnosestellung (BGE 141 V 281 E. 2.1.1 S. 285) liegt damit nicht vor.

5.6.3 Was sodann die am 28. September 2018 (Eingang) erst im Beschwerdeverfahren eingereichten Austrittsberichte der I. \_\_\_ vom 3. August 2018 und 10. September 2018 (vgl. E. II. 4.2.12 hiervor) anbelangt, so wurden auch diese Berichte erst viel später verfasst und beziehen sich somit nicht auf den hier interessierenden Gesundheitszustand bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 7. März 2017 und sind damit nicht entscheidungswesentlich.

5.7 Zusammenfassend ist somit festzuhalten, dass die E. \_\_\_-Gutachter zu klaren, schlüssigen Ergebnissen gelangt sind, welche nachvollziehbar und überzeugend begründet werden. Das Gutachten leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge sowie in der Beurteilung der medizinischen Situation ein. Des Weiteren sind die Schlussfolgerungen der Experten begründet. Damit ist diesem Gutachten voller Beweiswert

zuzumessen.

6. Nach dem Gesagten ist angesichts der oben (unter E. II. 4. hiavor) wiedergegebenen medizinischen Unterlagen seit der rechtskräftigen Verfügung vom 11. September 2014 bis zum 7. März 2017 keine relevante Verschlechterung des Gesundheitszustands mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit ausgewiesen. Die Prüfung der ins Recht gelegten medizinischen Unterlagen ergibt somit einen grundsätzlich stationären und stabilen Gesundheitszustand des Beschwerdeführers bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 7. März 2017. Es besteht sodann kein Anlass, noch weitere medizinische Abklärungen zu veranlassen, da von solchen keine neuen Erkenntnisse zu erwarten sind (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 137 V 64 E. 5.2 S. 69). Ebenso wenig sind berufliche Eingliederungsmassnahmen oder vorgängige Integrationsmassnahmen angezeigt.

Da keine andauernde und erhebliche Änderung des Sachverhalts und damit kein Revisionsgrund vorliegen, besteht im vorliegenden Neuanmeldungsverfahren keine Möglichkeit, eine von der rechtskräftigen Verfügung vom 11. September 2014 abweichende Beurteilung des Anspruchs auf eine Invalidenrente sowie des Anspruchs auf berufliche Eingliederungsmassnahmen vorzunehmen (vgl. E. II. 3.1 hiavor). Die Beschwerde ist somit abzuweisen.

7.

7.1 Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Parteientschädigung zu Lasten der Beschwerdegegnerin (Art. 61 lit. g ATSG).

7.2 Der Beschwerdeführer steht ab Prozessbeginn im Genuss der unentgeltlichen Rechtspflege (Verfügung vom 25. September 2017; A.S. 48 f.; vgl. E. I. 2.6 hiavor). Da er unterlegen ist, entschädigt der Kanton diesen Rechtsbeistand angemessen (Art. 122 Abs. 1 lit a Schweizerische Zivilprozessordnung / ZPO, SR 272). Das Gericht setzt die Kostenforderung des Rechtsbeistands fest, wobei der Stundenansatz CHF 180.00 beträgt (§ 160 Abs. 3 i.V.m. § 161 Gebührentarif / GT, BGS 615.11).

Rechtsanwalt Claude Wyssmann macht mit seiner Kostennote vom 10. Oktober 2018 (A.S. 70 ff.) ■ unter Berücksichtigung der handschriftlich korrigierten Verhandlungsdauer ■ einen Zeitaufwand von 16.19 Stunden geltend. Darin ist Kanzleiaufwand enthalten, der im Stundenansatz eines Anwaltes bereits inbegriffen und nicht separat zu vergüten ist. Es betrifft dies die Klientenbriefe («Brief an Klient»), bei denen mangels eindeutiger Bezeichnung praxisgemäss von Orientierungskopien u.ä. auszugehen ist (8 x 0,17 = 1,36 Stunden; 3 x 0,33 = 0,99 Stunden). Anzurechnen ist folglich ein Aufwand von insgesamt 13,84 Stunden (8,33 Stunden bis 31. Dezember 2017 und 5,51 Stunden ab 1. Januar 2018), woraus sich mit dem massgeblichen Ansatz von CHF 180.00 eine Entschädigung von CHF 2'491.20 ergibt.

Was die Auslagen über CHF 173.90 betrifft, so sind die 86 Kopien (77 Stück bis 31. Dezember 2017 und neun Stück ab 1. Januar 2018) pro Stück nur mit CHF 0.50 zu vergüten (§ 161 i.V.m. § 160 Abs. 5 GT) und nicht mit CHF 1.00, wie in der Kostennote geltend gemacht wird. Andererseits ist die Anfahrt zur Verhandlung sowie die Rückreise über insgesamt 45,4 km analog zur Regelung für Staatsangestellte (s. § 160 Abs. 5 i.V.m. § 157 Abs. 3 GT und § 161 lit. a GAV) mit CHF 0.70 pro Kilometer und nicht mit CHF 1.00 zu entschädigen. Die Auslagen reduzieren sich so auf CHF 117.30 (CHF 71.70 bis 31.

Dezember 2017 und CHF 45.60 ab 1. Januar 2018).

Einschliesslich CHF 205.55 Mehrwertsteuer (8 % bis 31. Dezember 2017 resp. 7,7 % ab 1. Januar 2018) beläuft sich die Entschädigung demnach auf total CHF 2'814.05. Diese Summe ist zahlbar durch die Zentrale Gerichtskasse des Kantons Solothurn. Vorbehalten bleiben der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren sowie der Nachzahlungsanspruch des unentgeltlichen Rechtsbeistandes im Umfang von CHF 746.55 (Differenz zum vollen Honorar von CHF 3'560.60), wenn der Beschwerdeführer zur Nachzahlung in der Lage ist (§ 123 ZPO). Zum Nachzahlungsanspruch des unentgeltlichen Rechtsbeistandes ist anzufügen, dass hier nicht ■ wie vom Rechtsvertreter in der Kostennote geltend gemacht ■ von einem Stundenansatz von CHF 250.00, sondern lediglich von CHF 230.00 auszugehen ist. Da sich der Beschwerdeführer vor der Beurteilung der Kostentragung nicht äussern konnte und ein rechtskräftiger Entscheid über die Kosten einen definitiven Rechtsöffnungstitel darstellt, wäre sein Anspruch auf rechtliches Gehör verletzt (BGE 136 V 351 E. 4.4). Deshalb richtet sich der Nachzahlungsanspruch nach dem Stundenansatz von CHF 230.00 (vgl. § 160 Abs. 2 i.V.m. § 161 GT), wenn wie hier keine Honorarvereinbarung mit dem Klienten vorliegt, die einen höheren Ansatz vorsieht (die Vollmacht vom 23. Juni 2016, A.S. 15, verweist auf die «nachfolgenden» Honoraransätze, welche sich jedoch nicht in den Akten befinden).

6.2 Aufgrund von Art. 69 Abs. 1bisIVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 - 1'000.00 festgelegt. Als unterliegende Partei hat der Beschwerdeführer die Verfahrenskosten von CHF 1'000.00 zu bezahlen, die jedoch infolge Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege durch den Kanton Solothurn zu übernehmen sind (Art. 122 Abs. 1 lit. b ZPO). Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren, wenn der Beschwerdeführer zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

Demnach wird erkannt:

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

Der Präsident

Die Gerichtsschreiberin

Flückiger

Yalcin

Der vorliegende Entscheid wurde vom Bundesgericht mit Urteil 8C\_827/2018 vom 10. April 2019 bestätigt.

**E. 11**

September 2014 (IV-Nr. 52) stützte sich die Beschwerdegegnerin im Wesentlichen auf das polydisziplinäre (internistische, rheumatologische und psychiatrische) Gutachten der Begutachtungsstelle D.\_\_\_\_ vom 17. April 2014 (IV-Nr. 41.1 ff.). Darin wurden keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt. Als solche ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit stellten die Gutachter die folgenden Diagnosen (IV-Nr. 41.1 S. 29):

1. Chronisches lumbo-spondylogenes Schmerzsyndrom rechts seit anfangs 2012 - ausgeprägte Zeichen einer Schmerzfehlverarbeitung (nicht einem organischen Krankheitsbild entsprechend) - radiologisch altersentsprechende degenerative Veränderungen der distalen LWS gemäss MRT vom 08.03.2012 mit Diskopathie lumbo-sacral und Spondylarthrosen distal-lumbal 2. Klinisch begleitendes Piriformis-Syndrom rechts 3. Spreizfüsse 4. Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen (ICD-10 F68.0) Aus rheumatologischer Sicht hielt Dr. med. K.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Rheumatologie, fest, in guter Übereinstimmung mit der fachspezifischen Aktenlage könne keine längerdauernde Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestätigt werden. Initial nach Beginn der Arbeitsunfähigkeit im Mai 2012 seien zunächst diagnostische und therapeutische Massnahmen durchgeführt worden. Spätestens nach dem Austritt im Rahmen der stationären Therapie im Spital L.\_\_\_\_ im Oktober 2012 mit Bestätigung einer Arbeitsunfähigkeit von 100 % bis 30. November 2012 könne aus rheumatologischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit mehr attestiert werden. Im Vordergrund stehe eine Beschwerdesymptomatik, die in dieser Art organisch nicht erklärt werden könne. Es würden sich zudem deutliche Zeichen einer Schmerzfehlverarbeitung finden, die nicht in die rheumatologische Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einflüsse. Bezüglich einer anderen Tätigkeit sei festzuhalten, dass eine körperliche Schwerarbeit nicht zu empfehlen sei (IV-Nr. 41.1 S. 30). Aus psychiatrischer Sicht führte Dr. med. M.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, aus, es finde sich wohl vordergründig ein sehr leidend wirkender Explorand, was auch eindrücklich durch die Mimik zu verstehen gegeben werde, doch falle auf, dass der Beschwerdeführer affektiv nicht beeinträchtigt, insbesondere nicht depressiv sei. Auch finde sich keine kognitive und psychomotorische Beeinträchtigung, affektiv sei er durchaus moduliert, wenn auch eher einseitig verschoben. Es finde sich doch ein auffallend demonstratives Verhalten, zudem seien seine Angaben auch zu hinterfragen, in dem er eine durchwegs dauernde Schmerzintensität auf der höchsten Stufe angebe. Dennoch gelinge es ihm, Kontakte zu pflegen, gewissen Interessen nachzugehen, das heisst vor allem zu lesen und dies auch noch gerne zu tun. Dies stehe in klarem Widerspruch dazu, dass eine wesentliche affektive Störung vorliegen und, dass die Schmerzstörung wirklich derart gravierend sein könnte. Bezüglich der Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung bedürfe es neben den somatisch nicht erklärbaren Befunden zusätzlich einer Verbindung der Schmerzen mit einem emotionalen Konflikt oder psychosozialen Problemen, die schwerwiegend genug seien, um als entscheidende ursächliche Einflüsse zu gelten. Derartige äussere Einflüsse könnten aber beim Beschwerdeführer nicht vorgefunden werden, er verneine alle möglichen gravierenden Einflüsse. Aus diesem Grund lasse sich die Diagnose nicht stellen und es müsse daher angenommen werden, dass anlässlich der letzten gutachterlichen Beurteilung diesbezüglich eine Fehlbeurteilung vorgenommen worden sei. Weiterhin lasse sich, wie erwähnt worden sei, die depressive Symptomatik nicht im angegebenen Ausmass nachvollziehen. Insbesondere habe der Beschwerdeführer nicht depressiv gewirkt, auch sei die Schwingungsfähigkeit nicht eingeschränkt gewesen, es habe sich auch keine Einschränkung im Antrieb und Denken gefunden und kognitiv sei er ebenfalls unauffällig

gewesen. Es könne daher einzig vermutet werden, dass er möglicherweise unter affektiven Schwankungen leide, doch aktuell lasse sich keine depressive Störung bestätigen. Es könne daher mangels weiterer psychiatrischer Befunde einzig die Schmerzproblematik diskutiert werden. Es müsse die Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen angenommen werden. Möglicherweise spielten primär gewisse körperliche Beschwerden durchaus eine Rolle, immerhin seien auch minime degenerative Befunde gefunden worden, welche allerdings das Beschwerdeausmass bei Weitem nicht erklären würden. Es falle auf, wie der Beschwerdeführer mittlerweile von der Ehefrau umsorgt werde, was auf einen sekundären Krankheitsgewinn hindeute (IV-Nr. 41.1 S. 25 f.). Aus psychiatrischer Sicht könne demnach eine dauerhafte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit nicht begründet werden. Im Vordergrund stehe eine Schmerzverarbeitungsstörung. Die Störung sei durchaus überwindbar, dem Beschwerdeführer sollte es möglich sein, die bisherige wie auch jegliche alternative Tätigkeit zu verrichten (IV-Nr. 41.1 S. 30). Gesamtmedizinisch ergebe sich, dass aktuell keine Diagnose mit länger dauernder Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werde könne. Dem Beschwerdeführer könne dementsprechend eine vollschichtige Arbeitsfähigkeit in angestammter wie auch in adaptierter Tätigkeit attestiert werden, wobei eine körperliche Schwerarbeit nicht zu empfehlen sei. Diese Einschätzung gelte sicherlich ab Ende November 2012 (IV-Nr. 41.1 S. 31).

4.2 Im Zeitpunkt der aktuellen Verfügung vom 7. März 2017 (A.S. 1 ff.) präsentierte sich der medizinische Sachverhalt wie folgt:

4.2.1 Dem Bericht der Klinik N.\_\_\_\_ vom 8. Juli 2015 lässt sich entnehmen, dass sich der Beschwerdeführer in der Zeit vom 1. Juni bis 6. Juli 2015 in stationärer Behandlung befand. Es wurden folgende Diagnosen gestellt (IV-Nr. 58 S. 2):

1. Rezidivierende depressive Episoden, aktuell schwer (ICD-10 F32.1) - Suizidalität
2. Chronisches Schmerzsyndrom des Rückens und des rechten Beines mit psychischen und somatischen Faktoren (ICD-10 F45.41)
3. Diabetes mellitus Typ II seit 2008 (ICD-10 E11.90)

Der Beschwerdeführer sei vom behandelnden Psychiater bei schwer chronifizierter Depression und Schmerzsyndrom zur stationären Behandlung zugewiesen worden. Durch das Grübeln seien Suizidgedanken immer wieder verstärkt worden. Zu Beginn der Behandlung habe sich der Beschwerdeführer von einem Suizid glaubhaft distanzieren können. Im Verlauf sei dies jedoch immer weniger möglich gewesen. Auch verschiedene psychopharmakologische Anpassungen hätten die Situation nicht verbessert. Wegen fehlender Absprachefähigkeit sei er am 6. Juli in die psychiatrische Klinik in [...] eingewiesen worden. Durch diese Massnahme sei ein Abschluss der Behandlung nicht mehr möglich gewesen. Der Beschwerdeführer habe auch die psychometrischen Messinstrumente nicht mehr ausfüllen und die Anmeldung für das Tageszentrum habe nicht mehr erfolgen können. Während der Hospitalisation und bis auf Weiteres liege eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % vor (IV-Nr. 58 S. 4 f.).

4.2.2 Im Austrittsbericht der I.\_\_\_\_, vom 24. Juli 2015 (3. Hospitalisation) wurden folgende psychiatrische Diagnosen nach ICD-10 gestellt (IV-Nr. 58 S. 1):

1. Schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen (ICD-10 F32.3)
2. Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) des Rückens und des rechten Beines

Im Weiteren leide der Beschwerdeführer seit 2008 an einem Diabetes mellitus Typ 2. Er sei vom 6. bis 24. Juli 2015 in stationärer Behandlung gewesen.

4.2.3 Dr. med. O.\_\_\_\_, Leitende Ärztin in der Klinik N.\_\_\_\_ stellte in ihrem Bericht mit Eingang vom 1. Oktober 2015 folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (IV-Nr. 61 S. 1):

1. Rezidivierende depressive Episoden, aktuell schwer (ICD-10 F32.1) - Suizidalität
2. Chronisches Schmerzsyndrom des Rückens und des rechten Beines mit psychischen und

somatischen Faktoren (ICD-10 F45.41) Sodann führte Dr. med. O.\_\_\_\_ aus, der Beschwerdeführer sei notfallmässig wegen akuter Suizidalität in die psychiatrische Klinik in [...] verlegt worden. Die Prognose sei eher ungünstig, da es bereits stark chronifiziert sei. Die bisherige Tätigkeit sei dem Beschwerdeführer aus medizinischer Sicht nicht zumutbar. Es liege eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % vor. Mit einer Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit bzw. Erhöhung der Einsatzfähigkeit sei nicht zu rechnen (IV-Nr. 3 f.). 4.2.4 Dem Bericht des behandelnden Psychiaters Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 26. Oktober 2015 lassen sich die Diagnosen einer schweren depressiven Episode mit psychotischen Symptomen (ICD-10 F32.3) und einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) als solche mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit entnehmen. Für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Anlageführer attestierte er dem Beschwerdeführer ab dem 1. April 2015 bis auf Weiteres eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % (IV-Nr. 62 S. 1). Im Weiteren führte Dr. med. F.\_\_\_\_ aus, die vorhandene schwergradig ausgeprägte depressive Symptomatik in Korrelation mit als sehr belastend erlebter Schmerzverarbeitungsstörung sowie die beschriebenen, intermittierend auftretenden Impulsdurchbrüche bei Überforderungsgefühlen würden beim Beschwerdeführer zur erheblichen Beeinträchtigung der Alltagsbewältigung führen. Dies geprägt von den folgenden Symptomen: Nachlassen von Interessen und Freuden, Nahrungsverweigerung, Vernachlässigung der Körperpflege, vermehrt Kribbeln im ganzen Körper, Kraftlosigkeit, stark reduzierter Antrieb, Beeinträchtigung der kognitiven Funktionen und des Durchhaltevermögens, welche das regelmässige Einhalten einer Arbeitsstruktur nicht ermöglichen würden. Der Beschwerdeführer sei dann überfordert, wodurch es auch im Rahmen der Affektlabilität zu Impulsdurchbrüchen komme. Dem Beschwerdeführer sei weder die angestammte noch eine andere Tätigkeit zumutbar (IV-Nr. 62 S. 5 f.). 4.2.5 Im bidisziplinären (psychiatrischen und rheumatologischen) Gutachten der Begutachtungsstelle E.\_\_\_\_, das am 2. Mai 2016 erstattet wurde, wurden folgende Diagnosen gestellt (IV-Nr. 69 S. 19): Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit 1. Chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom mit diffusem Beinschmerz rechts (Erstmanifestation 2012) (ICD-10 M54.5) - Begleitendes myofasiales Syndrom gluteal rechts - Radiomorphologisch kleine Diskushernie mediolateral links L5/S1, flache Diskusprotrusion L4/5 und beginnende Facettenarthrosen L4/5 und L5/S1 (MRI 03/2012) Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit 1. Leichte depressive Episode (ICD-10 F32.0) 2. Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) Im Weiteren führten die Gutachter aus rheumatologischer Sicht aus, die Situation am Bewegungsapparat sei in der rheumatologischen Untersuchung evaluiert worden. Beschreibend könne von einem chronischen lumbospondylogenen Schmerzsyndrom mit diffusen Beinschmerzen rechts gesprochen werden. Es bestünden geringgradige degenerative Veränderungen, klinisch bestünden keine wesentlichen Befunde, es könne ein begleitendes myofasiales Syndrom gluteal rechts festgestellt werden. Körperlich schwere Tätigkeiten seien nicht mehr geeignet. Für körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeiten liege hingegen aus rheumatologischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit vor (IV-Nr. 69 S. 19). Aus psychiatrischer Sicht könne beim Beschwerdeführer keine gravierende aktive Diagnose festgestellt werden. Auf affektiver Ebene liege eine leichte depressive Episode vor. Die somatisch nur ungenügend erklärbaren Befunde für die angegebenen subjektiven Beschwerden und vor allem subjektiven Limitierungen seien einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren zuzuordnen. Gemäss Prüfung der Indikatoren ergebe sich aufgrund

der Schmerzstörung keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Die depressive Episode sei geringgradig, erreiche nicht das Ausmass, dass die Leistungsfähigkeit wesentlich tangiert wäre. Insgesamt bestehe somit aus psychiatrischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (IV-Nr. 69 S. 19). Zusammenfassend resultiere aus bidisziplinärer Sicht, dass beim Beschwerdeführer in leichten bis mittelschweren Tätigkeiten eine 100%ige Arbeits- und Leistungsfähigkeit bestehe. Dies treffe auch auf die zuletzt durchgeführte Tätigkeit des Beschwerdeführers zu. Auch in der Vergangenheit sei die Arbeitsfähigkeit nie höhergradig und längerfristig im Sinne einer invalidisierenden Erkrankung eingeschränkt gewesen (IV-Nr. 69 S. 19 f.).

4.2.6 Am 25. Juni 2016 nahm der behandelnde Psychiater Dr. med. F.\_\_\_\_ Stellung zum bidisziplinären Gutachten der Begutachtungsstelle E.\_\_\_\_ (IV-Nr.76). Er führte aus, im Rahmen der erfolgten Sitzungen habe der Beschwerdeführer über seit einigen Jahren bestehende starke Rückenschmerzen berichtet. Zudem bestehe eine chronische Belastungssituation mit dem inneren Gefühl des Gestresstseins. Daraus resultierten affektive Beschwerden mit Gedankenkreisen und Bedrücktheit mit Freudeverlust. Tagsüber bestehe ein ständiger Zustand der Erschöpfung, das Konzentrationsvermögen sei herabgesetzt, der Antrieb erheblich vermindert und er beklage ein Rückzugsverhalten. Zudem leide er an einem mangelnden Erholungsgefühl und es bestehe eine übersteigerte Befürchtung vor den subjektiv als unüberwindbar eingestuftem Beschwerden des Bewegungsapparates mit Angst vor Lähmungserscheinungen und Rollstuhlmobilität. Des Weiteren könnten auch dysphorische Zustände geprägt von deutlich verminderter Stresstoleranz und folglich wiederholtem Kontrollverlust mit Impulsreaktionen in der Sprechstunde beobachtet werden, weshalb der Beschwerdeführer in solchen Situationen sein Verhalten nicht adäquat kontrolliert reguliere. Infolge der Antriebsproblematik und Lustlosigkeit bestünden Überwindungsanstrengungen im Sinne eines deutlichen Initiativmangels zur Bewältigung einfacher alltäglicher Verpflichtungen. Daraus resultiere die Diagnose einer chronifizierten schweren depressiven Episode (F32.2) mit Lebensüberdruß und vermehrt wiederholten Impulsdurchbrüchen. Weiter hielt Dr. med. F.\_\_\_\_ fest, aus seiner Sicht seien keine psychosozialen Belastungsfaktoren ausschlaggebend für die aktuelle krankheitsbedingte Störung. Es handle sich um eine stark ausgeprägte Rückenschmerzproblematik und ein eigenständiges endogenes depressives Leiden unabhängig von psychosozialen Faktoren. Er halte deshalb nach wie vor an seiner Beurteilung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit fest. Es liege weiterhin eine 100 % reduzierte Leistungsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Anlageführer vor.

4.2.7 Die Beschwerdegegnerin legte nach Rücksprache mit dem Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD; IV-Nr. 81) die Stellungnahme des behandelnden Psychiaters Dr. med. F.\_\_\_\_ vom 25. Juni 2016 der Begutachtungsstelle E.\_\_\_\_ vor. Diese führte im Schreiben vom 24. Oktober 2016 (IV-Nr. 83) aus, aus dem Bericht des behandelnden Psychiaters ergäben sich keine neuen Gesichtspunkte als diejenigen, die er bereits ausgeführt habe und zu denen im psychiatrischen Teilgutachten eingehend Stellung genommen worden sei. Wie der RAD in seiner Stellungnahme vom 28. September 2016 bereits festgestellt habe, handle es sich dabei um eine andere Beurteilung eines ähnlichen Gesundheitszustandes.

4.2.8 Im Vorbescheidverfahren liess der Beschwerdeführer sodann einen weiteren Bericht des behandelnden Psychiaters Dr. med. F.\_\_\_\_ vom 8. Dezember 2016 (IV-Nr. 89) einreichen. Dr. med. F.\_\_\_\_ stellte die Diagnose einer chronifizierten schweren depressiven Störung (F32.2) im Sinne einer Erschöpfungsdepression mit impulsiver Färbung, eines chronischen Schmerzsyndroms des Rückens und des rechten Beines mit psychischen und somatischen Faktoren seit anfangs 2012 (ICD-10 F45.41), eines Diabetes mellitus sowie eines

chronischen lumbo-spondylogenen Schmerzsyndroms mit diffusem Beinschmerz (Erstmanifestation 2012). Ferner führte er aus, seit seinem letzten Arztbericht vom 25. Juni 2016 könne er eine Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes beobachten. Dies zeige sich vor allem mit dem Gefühl der Lebens Sinnlosigkeit und mit einem zunehmenden pessimistischen Gedankengut. Der Beschwerdeführer äussere vermehrt Befürchtungen aufgrund der Krankheitsentwicklung mit den daraus resultierenden Defiziten. Letztere sei bedingt durch die verminderte Belastbarkeit im Zusammenhang mit dem Antriebsverlust. Es sei in letzter Zeit zu einer Akzentuierung der Schmerzsymptomatik gekommen, wodurch sich auch der Allgemeinzustand verschlechtert habe. In der Gesamtschau zeige sich eine deutlich herabgesetzte psychische Belastbarkeit. Diese liesse sich mit dem Antriebsmangel und der verminderten Stressresistenz begründen. Zudem sei die Aufnahmefähigkeit bedingt durch Konzentrationsdefizite gestört, Prozessabläufe müssten folglich mehrmals wiederholt werden. Aus dem genannten Symptomkomplex erschliesse sich auch das verminderte Durchhaltevermögen. Aus psychiatrischer Sicht bestehe zurzeit eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Im Rahmen der medizinischen Zumutbarkeit sehe er zurzeit auch eine Verweistätigkeit als realisierbar (recte wohl: nicht realisierbar) an.

4.2.9 Zum genannten Bericht von Dr. med. F. \_\_\_ vom 8. Dezember 2016 nahm Dr. med. P. \_\_\_, Facharzt Allgemeine Medizin FMH, RAD, am 1. März 2017 Stellung (IV-Nr. 92). Es bestünden keine wesentlichen Anhaltspunkte dafür, dass der Sachverhalt nun anders zu beurteilen sei. Aus streng versicherungsmedizinischer Sicht könne darum weiterhin auf den Sachverhalt abgestellt werden, welcher dem Vorbescheid vom 8. November 2016 zugrunde gelegen sei.

4.2.10 Der im Beschwerdeverfahren eingereichte Befundbericht des H. \_\_\_ vom 20. Juni 2017 (Urkunde 4) ergab eine Facettengelenksarthrose in der unteren LWS mit Flüssigkeit in den Facettengelenksspalten beidseits im Segment LWK4/5 sowie eine disko-ossäre bedingte Einengung des Rezessus links und des linken Neuroforamens im Segment LWK5/SWK1 mit Kompression der S1 Wurzel links rezessal und der L5 Wurzel links neuroforaminal.

4.2.11 Dem ebenfalls im Beschwerdeverfahren eingereichten Bericht der I. \_\_\_ vom 8. November 2017 lassen sich folgende Diagnosen entnehmen (A.S. 57 ff.):

Psychiatrische Diagnosen nach ICD-10

1. Rezidivierende depressive Störung, ggw. schwere Episode ohne psychotische Symptome (F32.2) (...) Andere relevante Diagnosen
1. Verdacht auf Parkinsonsyndrom unklarer Ätiologie, ED 10/2017 - Medikamentöse Genese unwahrscheinlich - Klinisch: deutlich spürbares Zahnradphänomen sowie Rigor bei Durchbewegen der Extremitäten, unsicheres schlurfendes Gangbild, zum Teil Überlagerung durch die bestehenden lumboischialgieformen Schmerzen rechts mehr als links - chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom, langjährig bekannt, derzeit unter Targin (...)
2. Diabetes mellitus Typ 2, ED 2008, unter oralen Antidiabetika HbA1c vom 24.10.17 8 %
3. Arterielle Hypertonie
4. St. n. Thoraxschmerzen unklarer Ursachen - (...)
5. St. n. helicobacter-positiver Gastritis 07/2012

Der Beschwerdeführer sei durch Dr. med. F. \_\_\_ bei Niedergeschlagenheit, depressiver Verstimmung und Schlafstörungen im Rahmen der bekannten rezidivierenden depressiven Störung zur stationären Behandlung zugewiesen worden. In der körperlichen Untersuchung falle ein Parkinsonsyndrom auf. Der Beschwerdeführer weise beim Durchbewegen der Extremitäten ein klares Zahnradphänomen, einen Rigor generalisiert sowie ein unsicheres schlurfendes und verlangsamtes Gangbild auf. Sicherlich sei die Symptomatik zum Teil überlagert durch die lumboischialgieformen Schmerzen, weswegen der Beschwerdeführer immer wieder eine Schonhaltung einnehme. Eine medikamentöse Genese sei eher

unwahrscheinlich. Der Beschwerdeführer sei am 10. Oktober 2017 in der Neurologie/Neurochirurgie von Herrn Dr. J. \_\_\_ in [...] neurologisch beurteilt worden. Der Befund sei noch ausstehend. 4.2.12 Mit Eingabe vom 27. September 2018 (A.S.67 f.) liess der Beschwerdeführer sodann die Austrittsberichte der I. \_\_\_ vom 3. August (Urkunde 7) und 10. September 2018 (Urkunde 8) einreichen. Im Austrittsbericht vom 3. August 2018 stellten Dr. med. Q. \_\_\_, Oberarzt, und Dr. med. R. \_\_\_, Ärztin, die folgenden Diagnosen: Psychiatrische Diagnosen nach ICD-10 1. Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen (F33.3) 2. Chronisches Schmerzsyndrom mit somatischen und psychischen Faktoren (F45.41) Andere relevante Diagnosen 3. Diabetes mellitus Typ 2, ED 2008 - unter oralen Antidiabetika - HbA1c vom 13.03.2018: 8.3 % 4. Arterielle Hypertonie 5. St. n. Thoraxschmerzen unklarer Ursache 6. Herzkatheter-Untersuchung vom 24.08.2012: Verschluss eines kleinen Seitenastes bei ansonsten normalen Koronararterien und normaler systolischer LV-Funktion - Ruhe-EKG in Klinik Barmelweid vom 02.06.2015 bland Im Weiteren führten die Ärzte aus, der Beschwerdeführer sei durch Dr. med. F. \_\_\_ wegen allgemeiner Zustandsverschlechterung mit zunehmenden körperlichen Schmerzen aufgrund Stimmenhören im Rahmen der bekannten rezidivierenden depressiven Störung zur Krisenintervention zugewiesen worden. Der Beschwerdeführer sei bei Eintritt formalgedanklich geordnet, orientiert und absprachefähig gewesen. Psychopharmakotherapeutisch sei die Medikation mit Risperdal 2 mg wieder eingesetzt und wegen persistierendem Stimmenhören im Verlauf auf Abilify umgestellt worden. Trotzdem berichte der Beschwerdeführer weiterhin über ständiges Stimmenhören. Er sei in leicht gebessertem Zustand bei fehlender akuter Selbst- sowie Fremdgefährdung in die bisherigen häuslichen Verhältnisse ausgetreten. Auf Wunsch des Beschwerdeführers sei ein Arbeitsunfähigkeitszeugnis zu 100 % vom 12. bis 26. Juli 2018 ausgestellt worden. Im Austrittsbericht vom 10. September 2018 stellten Dr. med. S. \_\_\_, Oberärztin, und Dr. med. T. \_\_\_, Ärztin, zusätzlich zu den oben genannten Diagnosen die Differentialdiagnose einer schizoaffektiven Störung (F25) sowie die Diagnose «Refluxösophagitis» (Urkunde 8). Sodann führten sie aus, der Beschwerdeführer habe sich wegen allgemeiner Zustandsverschlechterung mit zunehmend körperlichen Schmerzen bei rezidivierender depressiver Störung mit ständigem Stimmenhören selbst zugewiesen. Sie interpretierten die Beschwerden im Rahmen einer schweren depressiven Episode mit psychotischen Symptomen. Differentialdiagnostisch sei auch an eine schizoaffektive Störung zu denken, was im Verlauf zu evaluieren sei. Es sei eine eingehende Psychoedukation und die Hervorhebung der regelmässigen Medikamenteneinnahme (vorzugsweise zum Mittagessen) zur Sicherung eines ausreichenden Plasmaspiegels von Lurasidon erfolgt. Es sei vereinbart worden, die aktuelle Medikation zunächst beizubehalten und erneute Wechsel möglichst zu vermeiden. 5. Da sich die Beschwerdegegnerin in ihrer Verfügung vom 7. März 2017 in der Hauptsache auf das bidisziplinäre Gutachten der Begutachtungsstelle E. \_\_\_ vom 2. Mai 2016 stützt, ist im Folgenden dessen Beweiswert zu prüfen. Das Gutachten beruht auf den vollständigen Vorakten (vgl. IV-Nr. 69 S. 5 ff.) sowie auf spezialärztlichen Untersuchungen in den Disziplinen «Psychiatrie» (IV-Nr. 69 S. 7 ff.) und «Rheumatologie» (IV-Nr. 69 S. 13 ff.). Weiter berücksichtigt es auch die geklagten Beschwerden, welche in die Beurteilung einbezogen wurden. Die Expertise konnte sich somit auf vollständige Grundlagen stützen. Sodann sind die Einschätzungen, die von den jeweiligen Teilgutachtern getroffen werden, inhaltlich nachvollziehbar. Die Beweiskraft des Gutachtens ist grundsätzlich als gegeben zu erachten.

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