

# **SO\_GERICHTE VSBES.2017.185 vom 6. Juni 2017**

SO Obergericht, 2017-06-06, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so\\_gerichte\\_VSBES.2017.185](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2017.185)

FR: SO\_GERICHTE VSBES.2017.185 du 6 juin 2017

IT: SO\_GERICHTE VSBES.2017.185 del 6 giugno 2017

## **Erwägungen**

### **E. 1**

1.1 Die Sachurteilsvoraussetzungen (Einhaltung der Frist und Form, örtliche und sachliche Zuständigkeit des angerufenen Gerichts) sind erfüllt. Auf die Beschwerde ist einzutreten.

1.2 Für die Beurteilung eines Falles hat das Sozialversicherungsgericht grundsätzlich auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügung (hier: 6. Juni 2017) eingetretenen Sachverhalt abzustellen (BGE 131 V 242 E. 2.1 S. 243, 121 V 366 E. 1b).

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

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

2.2 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 196, 132 V 93 E. 4 S. 99 f., 125 V 261 E. 4).

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

2.3 Nach Art. 8 Abs. 1 IVG haben Invalide oder von einer Invalidität bedrohte Versicherte Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen, soweit diese notwendig und geeignet sind, die Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, wieder herzustellen, zu erhalten oder zu verbessern (lit. a); und die Voraussetzungen für den Anspruch auf die einzelnen Massnahmen erfüllt sind (lit. b).

## **E. 2**

Es seien weitere tatsächliche und medizinische Abklärungen zu treffen und es sei in der Angelegenheit neu zu verfügen. Insbesondere sei eine erneute polydisziplinäre Begutachtung (Innere Medizin, Angiologie, Neurologie und Psychiatrie) durchzuführen.

## **E. 3**

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

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

## **E. 4**

4.1 Tritt die Verwaltung ■ wie im vorliegenden Fall ■ auf die Neuanschuldung 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).

4.2 Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neuanschuldungsverfahren ■ 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.

5. Es ist zunächst zu prüfen, ob die Beschwerdegegnerin im Verwaltungsverfahren den Anspruch des Beschwerdeführers auf rechtliches Gehör verletzt hat, indem sie ihm die Stellungnahme des RAD vom 10. April 2017 (vgl. A.S. 9, Ziff. 5), auf welche sie sich in der hier angefochtenen Verfügung vom 6. Juni 2017 stützt, nicht zugestellt und dem Beschwerdeführer somit keine Gelegenheit eingeräumt hat, sich dazu zu äussern.

5.1 Aus den vorliegenden Akten ergibt sich diesbezüglich Folgendes: Nach den am 26. Januar 2017 durch den Beschwerdeführer erhobenen Einwänden (IV-Nr. 157) betreffend den ihm in Aussicht gestellten, leistungsablehnenden Vorbescheid vom 15. Dezember 2016 (IV-Nr. 154), erkundigte sich die Beschwerdegegnerin bei der Begutachtungsstelle H. \_\_\_ (IV-Nr. 146) am 10. März 2017 (IV-Nr. 164) nach der Notwendigkeit einer zusätzlichen neurologischen Begutachtung. Das Antwortschreiben der Begutachtungsstelle H. \_\_\_ vom 16. März 2017 (IV-Nr. 165) legte die Beschwerdegegnerin anschliessend dem RAD-Arzt Dr. med. J. \_\_\_ vor. Aufgrund dessen Stellungnahme vom 10. April 2017 (IV-Nr. 169) verfügte die Beschwerdegegnerin mit der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 6. Juni 2017 die Abweisung der Leistungsansprüche des Beschwerdeführers auf berufliche Massnahmen und eine Invalidenrente (A.S. 1 ff.).

Mit prozessleitender Verfügung vom 26. Februar 2018 (A.S. 44) gewährte der Präsident des Versicherungsgerichts dem Beschwerdeführer mit Blick auf die von ihm gerügte Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör, Gelegenheit, sich nochmals schriftlich zu äussern, sofern dies in Kenntnis der vollständigen Aktenlage als angezeigt erachtet werde. Mit Eingabe vom 19. April 2018 (A.S. 51 ff.) liess der Beschwerdeführer u.a. festhalten, die Beschwerdegegnerin habe den Bericht des RAD-Arztes Dr. med. J. \_\_\_ vom 10. April 2017 vollständig und korrekt zitiert. Auf eine zusätzliche Stellungnahme zu diesem Bericht könne folglich verzichtet und vollumfänglich auf die Beschwerdeschrift vom 10. Juli 2017 verwiesen werden.

5.2 Gemäss Art. 29 Abs. 2 Schweizerische Bundesverfassung (BV, SR 101) haben die Parteien Anspruch auf rechtliches Gehör. Das rechtliche Gehör dient einerseits der Sachaufklärung. Andererseits stellt es ein persönlichkeitsbezogenes Mitwirkungsrecht beim Erlass eines Entscheides dar, der in die Rechtsstellung des Einzelnen eingreift. Dazu gehört insbesondere das Recht des Betroffenen, sich vor Erlass eines solchen Entscheides zur Sache zu äussern, erhebliche Beweise beizubringen, Einsicht in die Akten zu nehmen, mit erheblichen Beweisanträgen gehört zu werden und an der Erhebung wesentlicher Beweise entweder mitzuwirken oder sich zumindest zum Beweisergebnis zu äussern, wenn dieses geeignet ist, den Entscheid zu beeinflussen. Der Anspruch auf rechtliches Gehör umfasst als Mitwirkungsrecht alle Befugnisse, die einer Partei einzuräumen sind, damit sie in einem Verfahren ihren Standpunkt wirksam zur Geltung bringen kann (BGE 143 V 71 E. 4.1 S. 72, 135 I 279 E. 2.3 S. 282, 135 II 286 E. 5.1 S. 293, 132 V 368 E. 3.1 S. 370 mit Hinweisen).

Nach Art. 29 Abs. 2 BV und Art. 42 Satz 1 ATSG haben die Parteien Anspruch auf rechtliches Gehör. Sie müssen nicht angehört werden vor Verfügungen, die durch Einsprache anfechtbar sind (Art. 42 Satz 2 ATSG). Diese Ausnahme kommt vorliegend indes nicht zum Tragen (Art. 69 Abs. 1 IVG).

5.3 Die Partei muss ganz allgemein zu Fragen tatsächlicher Natur, die für die Entscheidung der Streitsache erheblich sind, angehört werden. Der Anspruch auf rechtliches Gehör besteht und ist zu gewähren, wenn eine Verwaltungs- oder Gerichtsbehörde ihren Entscheid mit einer Rechtsnorm oder einem Rechtsgrund zu begründen beabsichtigt, die oder der im bisherigen Verfahren nicht herangezogen wurde, auf die sich die beteiligten Parteien nicht berufen haben und mit deren Erheblichkeit im konkreten Fall sie nicht rechnen konnten (vgl. BGE 131 V 9 E. 5.4.1 mit weiteren Hinweisen). Dagegen hat eine Partei grundsätzlich keinen Anspruch, zur rechtlichen Würdigung von (ihr bekannten) Tatsachen oder, ganz allgemein, zur juristischen Begründung des Entscheides angehört zu werden (vgl. BGE 128 V 272 E. 5b/bb S. 278, 126 I 19 E. 2c/aa S. 22, 125 V 368 E. 4a S. 370; AHI 1998 S. 253 E. 3b; RKUV 1998 U 309 S. 460 E. 4a).

Der Anspruch auf rechtliches Gehör verschafft folglich das Recht, sich zu den tatsächlichen, nicht aber zu den rechtlichen Fragen zu äussern (Ueli Kieser: ATSG-Kommentar, 3. Aufl. 2015, Art. 42 ATSG N 21).

5.4 Das Recht, angehört zu werden, ist formeller Natur. Die Verletzung der aus dem Anspruch auf rechtliches Gehör nach Art. 29 Abs. 2 BV und Art. 61 lit. h ATSG sowie Art. 112 Abs. 1 lit. b Bundesgesetz über das Bundesgericht (BGG, SR 173.110) abgeleiteten Prüfungs- und Begründungspflicht durch das kantonale Gericht (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C\_54/2013 vom 8. Mai 2013 E. 4.2, 9C\_416/2012 vom 19. November 2012 E. 4.1 mit Hinweisen) führt ungeachtet der Erfolgsaussichten der Beschwerde in der Sache selbst grundsätzlich zur Aufhebung des angefochtenen Entscheides. Es kommt nicht darauf an, ob die Anhörung im konkreten Fall für die materielle Entscheidung von Bedeutung ist, ob das vorinstanzliche Gericht oder sonst eine mitwirkende Behörde also zu einer Änderung der bisherigen Ansicht veranlasst werden oder nicht (BGE 132 V 387 E. 5.1 S. 390, 127 V 431 E. 3d/aa S. 437 f.). Nach der Rechtsprechung kann eine ■ nicht besonders schwerwiegende ■ Verletzung des rechtlichen Gehörs ausnahmsweise als geheilt gelten, wenn die daran interessierte Person die Möglichkeit erhält, sich vor einer Beschwerdeinstanz zu äussern, die sowohl den Sachverhalt wie auch die Rechtslage frei

überprüfen kann (BGE 135 I 279 E. 2.6.1 S. 285). Von einer Rückweisung der Sache ist selbst bei einer schwerwiegenden Verletzung des rechtlichen Gehörs abzusehen, wenn und soweit die Rückweisung zu einem formalistischen Leerlauf und damit zu unnötigen Verzögerungen führen würde, die mit dem (der Anhörung gleichgestellten) Interesse der betroffenen Partei an einer beförderlichen Beurteilung der Sache nicht zu vereinbaren wären (BGE 136 V 117 E. 4.2.2.2 S. 126 f. mit Hinweisen).

5.5 Aufgrund des vorliegenden Sachverhalts (vgl. E. II. 5.1 hiervor) ist davon auszugehen, dass die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer die Stellungnahme des RAD-Arztes Dr. med. J. \_\_\_ vom 10. April 2017 (IV-Nr. 169) nicht zugestellt hat. Sie hat jedoch den Inhalt dieser Stellungnahme in ihrer hier angefochtenen Verfügung vom 6. Juni 2017 korrekt wiedergegeben, indem sie auf S. 2 ihrer Verfügung explizit festhielt: « [der RAD] hält in seinem Bericht vom 10. April 2017 fest, dass » (A.S. 2). Dies wird auch nicht bestritten. So stellte der Beschwerdeführer im Rahmen seiner Eingabe vom 19. April 2018 (A.S. 51 ff.) fest, die Beschwerdegegnerin habe den Bericht des RAD-Arztes Dr. med. J. \_\_\_ vom 10. April 2017 «vollständig und korrekt» zitiert. Somit war dem Beschwerdeführer der Inhalt der entsprechenden Stellungnahme von Dr. med. J. \_\_\_ vom 10. April 2017 bereits mit Zugang der Verfügung vom 6. Juni 2017 bekannt und er hatte Gelegenheit, sich dazu im Rahmen seiner Beschwerdeschrift zu äussern. Dem Beschwerdeführer wurde ausserdem mit prozessleitender Verfügung vom 26. Februar 2018 (A.S. 44) Gelegenheit gegeben, sich anlässlich des laufenden Beschwerdeverfahrens in Kenntnis sämtlicher medizinischer Akten ■ und somit auch der Stellungnahme des RAD-Arztes Dr. med. J. \_\_\_ vom 10. April 2017 ■ nochmals umfassend zu äussern. Auf eine zusätzliche Stellungnahme zum Bericht des RAD-Arztes vom 10. April 2017 verzichtete der Beschwerdeführer indes mit Eingabe vom 19. April 2018 (A.S. 51 ff.), da diese ■ wie oben festgehalten ■ von der Beschwerdegegnerin korrekt zitiert worden sei. Aufgrund des sich präsentierenden Sachverhalts kann daher nur von einer leichtgradigen Verletzung des rechtlichen Gehörs ausgegangen werden, die im vorliegenden Beschwerdeverfahren als geheilt zu betrachten ist. So hatte der Beschwerdeführer über sämtliche relevanten medizinischen Vorakten Kenntnis, auf die sich die Beschwerdegegnerin in ihrer Verfügung vom 6. Juni 2017 stützte, und konnte sich dazu im Rahmen des Beschwerdeverfahrens äussern.

6. Der von der Beschwerdegegnerin verneinte Leistungsanspruch wird durch den Vergleich des Sachverhalts, wie er im Zeitpunkt der letztmaligen materiellen Rentenprüfung ■ Verfügung vom 16. März 2012 (IV-Nr. 108) ■ und demjenigen, wie er zur Zeit der streitigen Verfügung vom 6. Juni 2017 (A.S. 1 ff.) bestanden hat, beurteilt (BGE 130 V 73 E. 3.1 mit Hinweisen, AHI 1999 S. 84 E. 1b).

6.1 Im Zeitpunkt der mit Verfügung vom 16. März 2012 (IV-Nr. 108) erfolgten Rentenbeurteilung stellte die Beschwerdegegnerin im Wesentlichen auf das voll beweiswertige polydisziplinäre Gutachten von Dr. med. K. \_\_\_, FMH für Allgemeinmedizin, Dr. med. L. \_\_\_, FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, und Dr. med. M. \_\_\_, FMH für Angiologie, Begutachtungsstelle E. \_\_\_, vom 30. November 2010 (IV-Nr. 91.1) ab. Dies wurde durch das Versicherungsgericht mit Urteil VSBES.2012.124 vom 23. Dezember 2013 gestützt (IV-Nr. 124). Im Gutachten vom 30. November 2010 wurden folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt (IV-Nr. 91.1 S. 25 f.):

Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit seien:

DD: Anpassungsstörung (ICD-10 F43.2)

Entsprechend der Anamneseerhebung bei Dr. med. K.\_\_\_\_ mache der Beschwerdeführer seine schweren und starken Depressionen für die aktuelle Arbeitsunfähigkeit geltend. Auch habe er festgehalten, dass eine leichte sitzende Arbeit wegen der Depression nicht möglich sei. Die angiologische Problematik werde in der Anamneseerhebung nicht erwähnt, respektive nicht als Grund für die Arbeitsunfähigkeit angegeben. Die aktuelle umfangreiche psychiatrische Evaluation durch Dr. med. L.\_\_\_\_, FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, ergebe, dass beim Beschwerdeführer eine leichte depressive Entwicklung vorliege. Differentialdiagnostisch sei an eine Anpassungsstörung zu denken. Die erhobenen Befunde rechtfertigten aus psychiatrischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Somit sei dem Beschwerdeführer aus fachärztlicher psychiatrischer Sicht jegliche körperlich adaptierte Tätigkeit vollumfänglich möglich. Die aktuelle angiologische Beurteilung durch Dr. med. M.\_\_\_\_ ergebe, dass dem Beschwerdeführer die angestammte Tätigkeit zu mindestens siebenzig Prozent zugemutet werden könne. Bei einer angepassten Tätigkeit, bei welcher nur kurze Gehstrecken wiederholt möglich seien, bestehe eine hundertprozentige Arbeitsfähigkeit. In der Anamneseerhebung habe der Beschwerdeführer festgehalten, dass die gesundheitliche Situation seit Mai 2007 stabil sei.

Gesamtmedizinisch sei somit festzuhalten, dass dem Beschwerdeführer seit Mai 2007 die angestammte Tätigkeit zu mindestens siebenzig Prozent zumutbar sei. In einer adaptierten Tätigkeit bestehe entsprechend den obigen Überlegungen eine vollschichtige Arbeitsfähigkeit (IV-Nr. 91.1 S. 26 f.). Entsprechend den Überlegungen im Fachgutachten von Dr. med. L.\_\_\_\_ sei festzuhalten, dass der Explorand ausgesprochen insuffiziente Bewältigungsstrategien aufweise. Er verhalte sich sehr passiv. Unter den gegebenen Umständen wären allenfalls verhaltenstherapeutische Massnahmen angezeigt, der Explorand sollte sich dringend vermehrt aktivieren und Aufgaben übernehmen. Aus somatischer Sicht seien keine zusätzlichen Massnahmen zu ergreifen. Berufliche Massnahmen seien dem Beschwerdeführer zumutbar. Aufgrund der Krankheitsüberzeugung sei jedoch davon auszugehen, dass allfällige Massnahmen scheitern würden. Die Prognose müsse tendenziell als eher ungünstig eingestuft werden, da der Explorand mittlerweile schon seit fünf Jahren keiner Arbeit nachgehe, er hinterlasse auch einen demotivierten Eindruck, weise ausgesprochen insuffiziente Bewältigungsstrategien auf, was gesamthaft als ungünstiger Faktor zu werten sei.

6.2 Folgender medizinischer Sachverhalt zeigte sich im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 6. Juni 2017 (A.S. 1 ff.):

6.2.1 Dr. med. N.\_\_\_\_, Chirurg, hielt in seinem in [...] Sprache verfassten Austrittsbericht betreffend die Hospitalisation des Beschwerdeführers vom 8. bis 11. Juli 2012 (IV-Nr. 123 S. 9 ff.) folgende Diagnosen fest: *Commotio cerebri; Contusio capitis et corporis, VLC region capitis et region palmae mani I.sin, et region cruris I.dex, Excoriatio cutis et haemathoma region cubiti bill, Haemathoma region toracis posterior, Haemathoma region lumbalis I.sin, Haemathoma region brachi bill et region antebrachi bill, Haemathoma region dorsalis pedis I.dex.*

6.2.2 In der E-Mail vom 26. Juli 2012 (IV-Nr. 123 S. 3) hielt Dr. med. I.\_\_\_\_, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, fest, der Beschwerdeführer habe im Hamilton-Test ausgesprochen schlecht abgeschnitten, da er einen Score von 42 erzielt habe, was einer schweren Depression laut ICD-10 F32.2 entspreche (bei maximal 52 möglichen Punkten).

Aktuell seien keine psychotischen Symptome vorhanden. Die szenischen, filmartigen Intrusionen würden im Rahmen einer PTBS gewertet.

Seit der letzten Konsultation habe sich etwas aussergewöhnlich Belastendes ereignet: Kürzlich, als sich der Beschwerdeführer aus familiären Gründen für einige Tage in seiner Heimat aufgehalten habe, sei er 50 Meter von einem Haus entfernt von vier Personen überfallen und auf offener Strasse bewusstlos geschlagen worden. Angeblich von einem Vater und dessen Söhnen. Die Familie sei im Dorf für solche Taten bekannt, werde aber von der Polizei geschont, da man munkle, dass einer der Söhne ein Informant sei. Der Beschwerdeführer zeige mehrere genähte Schnittwunden am Kopf, ein Hämatom am linken Unterarm und ein weiteres Hämatom an der rechten Schulter. Seit diesem Ereignis habe er Angst auf die Strasse zu gehen (er sei in Begleitung gekommen), habe Albträume, erlebe den Überfall wie in einem Film mehrmals täglich. Diagnostisch dürfte es sich um eine Posttraumatische Belastungsstörung handeln, Status nascendi. Es werde sich zeigen, ob er dieses Trauma adäquat verarbeiten könne.

6.2.3 Dr. med. I.\_\_\_\_ stellte im Schreiben vom 3. September 2012 (IV-Nr. 134 S. 9) an die O.\_\_\_\_, Spezialsprechstunde für PTBS, fest, der Beschwerdeführer befinde sich seit 2009 in seiner Behandlung und zwar wegen einer schweren depressiven Episode und einer Schmerzstörung. Einzelheiten seien der psychiatrischen Anamnese der psychiatrischen Berichte zu entnehmen. Diesen Sommer, während eines Aufenthalts in seinem Heimatland ([...]) sei der Beschwerdeführer unweit von seinem Haus von drei Männern überfallen und aufs Übelste zugerichtet worden Der Spital-Austrittsbericht liege vor. Obschon Dr. med. I.\_\_\_\_ der Landessprache nicht mächtig sei, seien die lateinisch gehaltenen Diagnosen selbstsprechend. Seit diesem Ereignis klage der Beschwerdeführer über szenische Intrusionen mit Wiedererleben des Überfalls, Schlafstörungen, Schreckhaftigkeit, Hyperarousal und vegetative Begleitsymptome. Es erübrige sich, hinzuzufügen, dass die Depression auch verstärkt in den Vordergrund rücke. Der Beschwerdeführer habe am 25. Juli 2012 einen Hamilton-Score von 42 erzielt. Das klinische Bild persistiere. Es bestehe ein wohl begründeter Verdacht auf eine PTBS. Um die Diagnose zu validieren und allenfalls Behandlungsmöglichkeiten aufzuzeigen, werde die O.\_\_\_\_ gebeten, den Beschwerdeführer konsiliarisch anzubieten.

6.2.4 Prof. Dr. med. P.\_\_\_\_, Klinikdirektorin und Chefärztin, und Dr. med. Q.\_\_\_\_, Assistenzarzt, R.\_\_\_\_, Departement für Herz und Gefässe, Angiologisch-Gefässchirurgische Poliklinik, wiesen im Bericht vom 13. Januar 2015 (IV-Nr. 132 S. 16 ff.) folgende Diagnosen aus:

Nebendiagnosen seien:

Beurteilung / Procedere: Trotz subjektiv stabilem Verlauf der Durchblutungssituation im Bereich der linken Extremität zeige sich in der heutigen duplexsonographischen Kontrolle eine Zunahme der Flussbeschleunigung im Bereich des Bypasses im distalen Oberschenkel auf 1,83 m/s (Voruntersuchung 5. Dezember 2014: 1,45 m/s) was einer > 50%igen Stenose entspreche. Dabei sei im Januar 2014 in diesem Bereich noch keine Flussbeschleunigung feststellbar gewesen, so dass insgesamt eine progrediente Stenosierung in diesem Bereich angenommen werden müsse. Trotz heute guter arterieller Ausmessung (ABI 0,96 links, IV-Nr. 132 S. 19) werde empfohlen, aufgrund der Vorgeschichte des Patienten mit rezidivierenden Bypass-Re-Verschlüssen eine diagnostische Angiographie in PTA-Bereitschaft im Januar 2015 durchzuführen. Der Beschwerdeführer sei mit diesem

Vorgehen einverstanden und sie würden ihn, auf seinen Wunsch hin, nach dem 20. Januar für den Eingriff direkt aufbieten. Am Vortag des Eintritts solle der Beschwerdeführer das Marcoumar nicht einnehmen und Dr. med. S.\_\_\_\_, FMH für Allgemeine und Innere Medizin, werde gebeten, an diesem Tag ebenfalls eine Quick-Kontrolle durchzuführen.

6.2.5 Im Verlaufsbericht vom 20. November 2015 (IV-Nr. 132 S. 3 f.) hielt Dr. med. I.\_\_\_\_ fest, der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers habe sich verschlechtert. Folgende Diagnosen hätten einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit:

Jede der Diagnosen verringere die Arbeitsfähigkeit, die langjährige Komorbidität erhöhe deren pathogene Wirkung und vermindere die Chancen einer erfolgreichen Behandlung. Seit 2012 deutliche Verschlechterung. Aktuell und mit grosser Wahrscheinlichkeit bis auf Weiteres bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit.

Die langjährige Psychopathologie werde in den Vorakten ausgiebig beschrieben. Nach wie vor feststellbar: Verlangsamung des Denkens, umständliche «versandende» Schilderungen, Perseverationen, inhaltlich auf die Schmerzbekämpfung fixiert, die seinen Tagesablauf bestimme. Durch die Opiat-Einnahme komme es zu einer Verstärkung der Apathie und der Verlangsamung. Diese «Pseudodemenz» dürfte ätiologisch sowohl depressiven als auch opiatbedingten Ursprungs sei. Affekt bedrückt-verzweifelt, des Öfteren suizidale Ideationen, bis anhin kein Tentamen bekannt. Eine Wiederholung des Hamilton-Kurztests anlässlich der letzten Untersuchung ergebe erneut 42 Punkte, was einer schweren Depression entspreche.

Es hätten früher monatliche, seit Beginn 2015 zwei- bis dreiwöchentliche Sitzungen stattgefunden, teils mit Übersetzungshilfe. Die Analgesie erfolge durch den Hausarzt, Venlafaxin 300, Trittico 150, Lyrica 150, Imovane unregelmässig. Die Prognose ■ quo ad restitutionem ■ müsse angesichts der Dauer, der Schwere und der zahlreichen Komorbiditäten als infaust bezeichnet werden. Die Behandlung habe palliativen Charakter: Es werde versucht, Schlimmeres zu verhindern (z.B. Suizid). Der Beschwerdeführer sei bei den alltäglichen Lebensverrichtungen nicht auf die Hilfe von Drittpersonen angewiesen.

6.2.6 Dr. med. I.\_\_\_\_ hielt im Verlaufsbericht vom 30. Januar 2016 fest (IV-Nr. 132 S. 1 f.), der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers habe sich verschlechtert. Er stellte folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit:

Jede der Diagnosen und insbesondere deren komorbides Auftreten verringere die Arbeitsfähigkeit, die nunmehr seit längerer Zeit als vernachlässigbar betrachtet werden dürfte. Die Arbeitsunfähigkeit betrage bis auf Weiteres 100 %.

Seit dem letzten Bericht vom 20. November 2015 (vgl. E. II. 6.2.5 hiervor) habe sich das klinische Bild kaum verändert: Es seien nach wie vor alle Kriterien einer schweren depressiven Episode erfüllt, wobei immer wieder suizidale Äusserungen gemacht würden; die chronische, therapieresistente Schmerzstörung sei ebenfalls nachweisbar, die leider je länger desto schlechter behandelbar sei, da die interkurrente Komplikation einer komplexen Analgetika-Abhängigkeit weitere Dosis-Steigerungen als fraglich wirksam erscheinen lasse. Es fänden zweiwöchentliche Sitzungen, teils kognitiv, teils psychoedukativ orientiert, statt. Es werde mit Anafranil 75 SR und Mianserin 30 behandelt. Die Prognose sei quo ad restitutionem wohl infaust. Es seien weder berufliche Massnahmen angezeigt noch sei der Beschwerdeführer bei den alltäglichen Lebensverrichtungen regelmässig auf die Hilfe von Drittpersonen angewiesen. Es fänden laufend ergänzende medizinische Abklärungen statt.

6.2.7 In der Stellungnahme vom 12. April 2016 (IV-Nr. 139) hielt Dr. med. G.\_\_\_\_, Allgemeine Medizin FMH, RAD, folgende Beurteilung der medizinischen Situation (inkl. Verlauf / Prognose) fest: Der Beschwerdeführer habe sich am 30. Mai 2005 erstmals für Leistungen der Beschwerdegegnerin angemeldet. Mit Gerichtsurteil vom 10. Juli 2008 sei die Verfügung (IV-Grad 30 %) vom 2. Juli 2007 rechtskräftig geworden. Der Beschwerdeführer habe sich am 7. Mai 2010 zum zweiten Mal für Leistungen der Beschwerdegegnerin angemeldet. Mit Urteil vom 7. Januar 2014 sei die Verfügung vom 16. März 2012 (Begutachtungsstelle E.\_\_\_\_ 8. Dezember 2010: Restarbeitsfähigkeit von mindestens 70 % in der bisherigen Tätigkeit als Profilschleifer und vollumfänglicher Arbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit) rechtskräftig geworden. Am 23. Februar 2016 habe sich der Beschwerdeführer zum dritten Mal für Leistungen der Beschwerdegegnerin angemeldet, wegen einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes. Eingereicht worden seien im wesentlichen Berichte des Psychiaters, der den Beschwerdeführer seit 2009 betreut habe. Um eine Verschlechterung zu beurteilen, sei der Gesundheitszustand zum Zeitpunkt der jetzigen Anmeldung mit der Beurteilung des Gesundheitszustandes am 8. Dezember 2010 (Gutachten der Begutachtungsstelle E.\_\_\_\_) zu vergleichen. Es werde durch den Anwalt des Beschwerdeführers geltend gemacht: Jede Diagnose, insbesondere deren komorbides Auftreten verringere die Arbeitsfähigkeit, welche nunmehr seit längerer Zeit als vernachlässigbar betrachtet werden dürfte. Die Arbeitsfähigkeit betrage auf weiteres 100 % (wobei das wohl ein Verschreiber sein dürfte). Die Wiederanmeldung stütze sich auf die Berichte des behandelnden Psychiaters vom 30. Januar 2016 (vgl. E. II. 6.2.6 hiervor), vom 22. November 2015 (recte: 20. November 2015, vgl. E. II. 6.2.5 hiervor), auf das Schreiben vom 3. September 2015 (recte: 2012) an die O.\_\_\_\_ (vgl. E. II. 6.2.3 hiervor), auf einen Bericht des R.\_\_\_\_ vom 13. Januar 2015 (vgl. E. II. 6.2.4 hiervor). Den Berichten von Dr. med. I.\_\_\_\_ sei zu entnehmen, dass sich der Gesundheitszustand unter anderem als Folge eines Ereignisses im Sommer 2012 verschlechtert habe, dass Dr. med. I.\_\_\_\_ nebst der Diagnose einer depressiven Episode schweren Grades neu von einem Abhängigkeitssyndrom (Opiate und diverse andere Analgetika), einer chronischen Schmerzstörung und der Verdachtsdiagnose «Posttraumatische Belastungsstörung» ausgehe. Der Beschwerdeführer sei diesbezüglich am 3. September 2012 an die O.\_\_\_\_, Sprechstunde für PTBS, verwiesen worden. Ein Untersuchungsbericht liege nicht vor. Der Bericht des R.\_\_\_\_ über das somatische Leiden des Beschwerdeführers nehme nicht Stellung zur (Rest-) Arbeitsfähigkeit. Die vorliegenden Dokumente erlaubten keine medizinische Beurteilung. Es ist ein polydisziplinäres Gutachten (Allgemeine innere Medizin, Psychiatrie, Angiologie) zu veranlassen.

6.2.8 Im polydisziplinären Gutachten der Begutachtungsstelle H.\_\_\_\_ vom 6. September 2016 (IV-Nrn. 146.1 - 146.2) hielten Dr. med. T.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, Dr. med. U.\_\_\_\_, Facharzt für Angiologie, Prof. Dr. med. V.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie, und Dr. med. W.\_\_\_\_, Ärztliche Leitung, Facharzt für Neurologie, fest, es gebe keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Folgende Diagnosen seien ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 48 f.):

Der heute gut 60jährige, aus [...] stammende, gut integrierte Beschwerdeführer habe sich erstmals 2005 bei der Beschwerdegegnerin angemeldet, nachdem er seinen bisherigen, langjährigen Arbeitsplatz infolge einer Serie mit (nicht ungewöhnlichen) Komplikationen behafteten Gefässoperationen am linken Beckenstamm und den Beinarterien verloren habe. Im Vordergrund stünden seither neuralgiforme Schmerzen, die nach offenen

Gefässeingriffen mit dadurch unvermeidlichen Läsionen zumindest kleiner Nervenäste (wie auch in diesem Falle) möglich seien, die jedoch hier fachärztlich, d.h. neurologisch sehr unterschiedlich beurteilt worden seien. Jedenfalls liege eine rechtskräftige, rentenausschliessende Verfügung (IV-Grad 30 %) vom 16. März 2012 (basierend auf einem polydisziplinären Gutachten vom 30. November 2010) vor. Eine Neuanschuldung sei wegen angeblicher Verschlechterung des Gesundheitszustandes am 23. Februar 2016 erfolgt (S. 49 f.).

Aus angiologischer Sicht liege zurzeit eine periphere arterielle Verschlusskrankheit Stadium IIa nach La Fontaine vor. Die Perfusion des Beins sei laut eingehenden Untersuchungen intakt. Eine schmerzfreie Gehstrecke von 700 bis 800 Meter stelle weder im Alltag noch am bisherigen Arbeitsplatz eine funktionelle Einschränkung dar, was auch vom Beschwerdeführer durchaus so gesehen werde. Der Beschwerdeführer sei zwingend auf eine zuverlässige Dauerantikoagulation angewiesen. Verschlechterungen der Gefässsituation seien jederzeit möglich. Die Situation scheine aber derzeit stabil zu sein. Der Angiologe möchte zu den beklagten «neuralgiformen» Schmerzen nicht weiter Stellung nehmen und habe an eine neurologische Stellungnahme gedacht. Eine relevante intra- oder postoperativ objektivierbare Nervenläsion sei seitens der behandelnden Ärzte allerdings nicht festgestellt worden. Die vom Beschwerdeführer geklagten Ausbreitungsgebiete der nervösen Sensationen liessen sich nicht einer definierten peripheren Nervenläsion zuordnen. Feinere Nervenläsionen fänden bei jedem grösseren chirurgischen Eingriff statt, führten jedoch kaum zu Problemen. Dem erfahrenen angiologischen Gutachter sei ein so ausgeprägtes neuralgisches Beschwerdebild nach einem Gefässengriff nicht bekannt. Der Eingriff sei in diesem Fall komplikationsfrei gewesen (d.h. heisst, es sei nur ein im Wesen der peripheren arteriellen Verschlusskrankheit liegender komplizierter Verlauf eingetreten). Somit blieben alle bisherigen Aussagen über einen kausalen Zusammenhang zwischen den wiederholten Eingriffen und den Beschwerden spekulativ. Der Angiologe habe noch festgestellt, was auch aktenkundig sei, dass der Beschwerdeführer von Anfang an behauptet habe, es sei etwas schiefgegangen, was somit nicht zutreffe. Die Frage scheine sich auch insofern aus versicherungsrechtlicher Sicht gar nicht zu stellen, da ja zu diesen seit langem dokumentierten Schmerzen sowohl viele Gutachten als auch ein rechtskräftiges Urteil vorlägen (S. 50).

Aus psychiatrischer Sicht liege eine Dysthymie vor, also seit Jahren andauernde, wechselnde reaktive Verstimmungen. Das anamnestische Aktivitätsprofil und die aktuellen Befunde liessen eine rezidivierende depressive Störung ausschliessen. Die Kriterien für ein schweres Psychotrauma anlässlich des Überfalls träfen nicht zu und es gebe keine Hinweise für eine Persönlichkeitsveränderung, weder durch die langwierige und gewiss belastende Behandlung, noch durch das neulich behauptete Psychotrauma. Der Beschwerdeführer sei offenbar nach dem Unfall wieder an den Ort des Geschehens gereist. Somit sei dieser Überfall vom 26. Juli 2012 zum Anlass genommen worden, endlich doch noch zu einer Entschädigung für angebliche Behandlungsfehler zu kommen.

Anlässlich der aktuellen Untersuchung bestehe eine Verweigerung des Beschwerdeführers, das «Problembein» zu belasten. Sonst sei kein auffallend demonstrativer, insgesamt konsistenter Auftritt festzustellen. Die Anstrengungs- und Kooperationsbereitschaft des Beschwerdeführers sei bisher von einer passiven Erwartungshaltung und von einer Verweigerungshaltung geprägt, die nicht krankheitsbedingt sei. Der Beschwerdeführer sei der Meinung, für eine angeblich falsche Behandlung entschädigt werden zu müssen. Im

Vorfeld habe eine mangelnde Compliance nicht ausgeschlossen werden können. Aktuell lägen bezüglich Psychopharmakaspiegel keine Hinweise auf eine unzureichende therapeutische Compliance vor. Allerdings liege ein subtherapeutischer Analgetikaspiegel vor, was den tatsächlichen Leidensdruck relativieren dürfte (S. 51). Psychoreaktive Verstimmungen seien bei jahrelangen Auseinandersetzungen mit Versicherungen unvermeidlich. Die in diesem Zusammenhang verordneten Medikamente würden gemäss den Serumspiegelmessungen zurzeit eingenommen. Bislang habe nur eine Massnahme der B.\_\_\_\_ im Jahr 2005 stattgefunden, die aufgrund einer mangelnden Bereitschaft zur Steigerung der Arbeitsleistung nach drei Wochen habe abgebrochen werden müssen. Der Beschwerdeführer verfüge über gute persönliche Ressourcen und über ein intaktes soziales Umfeld. Ein Suchtleiden liegt nicht vor.

In der angestammten, bisherigen Tätigkeit bestehe eine volle Arbeitsfähigkeit bzw. sei keine Veränderung seit der letzten rechtskräftigen Verfügung nachweisbar (S. 52).

6.2.9 Dr. med. I.\_\_\_\_ hielt in seinen E-Mails vom 15. und 16. September 2016 (IV-Nrn. 148, 151 S. 7) fest, er könne sich kompetenzhalber nur zum psychiatrischen Teilgutachten äussern. Es sei ein depressiver Zustand leichten Grades festgestellt und daraus gefolgert worden, es handle sich um eine Dysthymia, ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Würde es sich tatsächlich um eine Dysthymia handeln, wäre die Folgerung richtig. Indes: Es sei bei Depressionen die Regel, dass der Langzeitverlauf mit grossen Schwankungen einhergehe. Bei diesem Beschwerdeführer seien in der Vorgeschichte, voneinander unabhängig, sowohl im klinischen als auch im ambulanten Setting, mehrfach mittelgradige und schwere depressive Zustände beschrieben worden. Zum Zeitpunkt der Begutachtung habe er sich in einer besseren Phase befunden, dies sei konzidiert. Die Verringerung der Arbeitsfähigkeit fusse nicht auf einer einzigen, punktuellen Querschnitt-Beobachtung, sondern auf einer langjährigen Observation. Der Beschwerdeführer möge zwar in einer «besseren» Phase einer Tätigkeit nachgehen, würde aber seine Stelle, und welche Stelle auch immer, bei der nächsten höhergradigen depressiven Episode wieder verlieren.

Der Gutachter müsse retrospektiv aufgrund einer punktuellen Untersuchung den Beweis erbringen, dass höhergradige depressive Episoden in der Vergangenheit nie stattgefunden hätten; ferner müsse er den Beweis erbringen, dass sowohl ambulant tätige Fachärzte als auch Klinikärzte voneinander unabhängig allesamt in den vergangenen Jahren falsche Diagnosen gestellt hätten.

Aus dem oben Ausgeführten erhellte, dass die Schlussfolgerung, auch wenn zum Zeitpunkt der Begutachtung nur eine leichtgradige Depressivität vorgelegen habe, gar nicht stimmen könne, da der langzeitliche Rahmen weder bedacht noch erfasst worden sei.

6.2.10 Dr. med. G.\_\_\_\_, RAD, hielt in seiner Stellungnahme vom 28. November 2016 (IV-Nr. 153 S. 2) Folgendes fest: In seiner Stellungnahme vom 15. September schreibe Dr. med. I.\_\_\_\_ (vgl. E. II. 6.2.9 hiervor), dass im Gutachten der langzeitliche Rahmen weder bedacht noch erfasst worden sei. Das Gutachten habe den langzeitlichen Rahmen sowohl bedacht wie erfasst. Die Schlussfolgerungen könnten so nicht in Zweifel gezogen werden. Medizinische Funktionsprüfungen bedürften obligat der Aufklärung, sonst seien sie nicht durchführbar. Die Behauptung des Rechtsvertreters, es sei (bei durchgeführter Funktionsprüfung) die Aufklärung ausgeblieben, sei nicht nachvollziehbar. Der Angiologe habe unter Berücksichtigung der Klagen des Beschwerdeführers die gesundheitliche

Einschränkung in quantitativer und qualitativer Hinsicht und umfassend für die strittigen Belange geschildert. Er habe einleuchtende Schlüsse gezogen. Ätiologie, Pathogenes und Kausalität der Erkrankung habe er in der Diskussion unnötigerweise angesprochen. Das Teilgutachten verliere damit nicht an Glaubwürdigkeit.

Er sei mit der Beurteilung der Gutachter einverstanden. Der Gesundheitszustand habe sich seit der letzten Verfügung vom 16. März 2013 verändert, indem die vormals diagnostizierte PAVK nicht mehr gestellt worden sei. Die ehemals maximal 30 % betragende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aufgrund nötigerweise längeren Gehstrecken entfalle.

6.2.11 Der RAD-Arzt Dr. med. J. \_\_\_\_, Facharzt Allgemeine Medizin, beantragte in seiner Stellungnahme vom 10. März 2017 (IV-Nr. 163), es sei bei der Gutachterstelle zurückzufragen, ob aus ihrer Sicht eine zusätzliche neurologische Begutachtung zur Klärung des versicherungsmedizinischen Sachverhalts notwendig sei. Falls nicht, werde um eine klare Begründung gebeten. Ansonsten würden im Einwandverfahren keine neuen medizinischen Fakten geltend gemacht.

6.2.12 In Bezug auf die Anfrage der Beschwerdegegnerin, ob noch eine neurologische Untersuchung notwendig sei, führten Dr. med. T. \_\_\_\_ und Dr. med. W. \_\_\_\_, Begutachtungsstelle H. \_\_\_\_, in ihrer Stellungnahme vom 16. März 2017 Folgendes aus (IV-Nr. 165): Weder in ihrem noch im polydisziplinären Gutachten der Begutachtungsstelle E. \_\_\_\_ von 2010 seien diese seit 2004 manifesten neuralgiformen Schmerzen durch einen Neurologen beurteilt worden. (Die psychiatrische Untersuchung sei 2016 u.a. notwendig gewesen, um die Frage der Verschlechterung [Wiederanmeldung von 2016] wegen einer angeblich 2012 in der Heimat erlittenen Posttraumatischen Belastungsstörung zu klären). Ihr Angiologe habe zu den neuralgiformen Schmerzen wie folgt Stellung genommen: «Im Anschluss an den stationären Aufenthalt in [ ] (also 2003) manifestierten sich in Intensität und Ausdehnung progrediente, neuralgiforme Schmerzen in der linken Leiste und an der Innenseite des linken Beines, welche die anhaltende Krankschreibung des Beschwerdeführers bewirkten. Verschiedene fachärztliche Stellungnahmen (Neurologie, Neurochirurgie, Schmerztherapie) seien dabei zu unterschiedlichsten Einschätzungen der Schmerzgenese gekommen ( ) eine abschliessende Beurteilung dieses Schmerzgeschehens sei angiologischerseits nicht möglich und müsste abschliessend gegebenenfalls durch einen Neurologen erfolgen.».

In der Gesamtbeurteilung hätten sie sich wie folgt geäussert: «Eine relevante intra- oder postoperativ objektivierbare Nervenläsion sei seitens der behandelnden Ärzte (...) nicht festgestellt worden. Die vom Beschwerdeführer geklagten Ausbereitungsgebiete der nervösen Sensationen liessen sich nicht einer definierten peripheren Nervenläsion zuordnen. Feinere Nervenläsionen fänden bei jedem grösseren chirurgischen Eingriff statt, führten jedoch kaum zu Problemen. Unserem erfahrenen angiologischen Gutachter sei ein so ausgeprägtes neuralgisches Beschwerdebild nach einem Gefässengriff nicht bekannt. Der Eingriff sei in diesem Fall komplikationsfrei gewesen (d.h. heisst, es sei nur ein im Wesen der peripheren arteriellen Verschlusskrankheit liegender komplizierter Verlauf eingetreten). Somit blieben alle bisherigen Aussagen über einen kausalen Zusammenhang zwischen den wiederholten Eingriffen und den Beschwerden spekulativ.».

Es dürfe nach ihrer Erfahrung weiterhin schwierig sein, die Beschwerden auf eine organische Basis zurückzuführen, da bisher also keine periphere (feststellbar nur als motorisch, sensibel) Nervenläsion beschrieben worden sei, die eine Erklärung dafür

abgeben könnte, warum die Schmerzleitung der entsprechenden Nervenfasern geschädigt worden sein könnte. Es falle ihnen dennoch schwer, bei beschriebener Sachlage gegen eine neurologische Untersuchung zu argumentieren. Dies hänge wohl auch davon ab, ob der Beschwerdeführer deswegen ärztliche Betreuung in Anspruch nehme.

6.2.13 Der RAD-Arzt Dr. med. J.\_\_\_\_ hielt in seiner Stellungnahme vom 10. April 2017 (IV-Nr. 169) fest, gemäss dem Antwortschreiben der Begutachtungsstelle H.\_\_\_\_ «dürfte es schwer sein, die Beschwerden auf eine organische Basis zurückzuführen». Es falle ihnen dennoch schwer, bei beschriebener Sachlage gegen eine neurologische Untersuchung zu argumentieren ( ). Angesichts der Tatsache, dass neurologische Abklärungen bereits 2004 (Dr. med. X.\_\_\_\_, [...]) sowie 2008 (Dr. med. Y.\_\_\_\_, Z.\_\_\_\_) stattgefunden hätten, erübrigten sich weitere solche aus Sicht des Referenten. Die entsprechenden Beschwerden seien sowohl im aktuellen Gutachten als auch den Vorgutachten mitberücksichtigt worden, weshalb nun ohne weitere Abklärungen auf die Beurteilung der «H.\_\_\_\_» abgestellt werden könne.

7. Da sich die Beschwerdegegnerin in ihrer Verfügung vom 6. Juni 2017 im Wesentlichen auf das polydisziplinäre Gutachten der Begutachtungsstelle H.\_\_\_\_ vom 6. September 2016 stützte (vgl. E. II. 6.2.5 hiervoor), ist zu prüfen, ob diesem Beweiswert zukommt:

7.1 Das Gutachten von Dr. med. T.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, Dr. med. U.\_\_\_\_, Facharzt für Angiologie, Prof. Dr. med. V.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie, und Dr. med. W.\_\_\_\_, Ärztliche Leitung, Facharzt für Neurologie, wird den von der Rechtsprechung entwickelten Anforderungen (Vollständigkeit, Schlüssigkeit, Nachvollziehbarkeit; vgl. II. E. 3.2 hiervoor) grundsätzlich in allen Punkten gerecht: So wurde der Beschwerdeführer einer ausführlichen internistischen, angiologischen und psychiatrischen Exploration durch die jeweiligen Fachärzte unterzogen (IV-Nr. 146.1 S. 7 ff., 20 ff., 60 ff.). Damit wurden auch die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden berücksichtigt. Im Rahmen des internistischen Teilgutachtens wurde zudem eine klinisch-internistische Untersuchung durchgeführt (IV-Nr. 146.1 S. 11 f.) und anlässlich des angiologischen Teilgutachtens fanden eine Systemanamnese / vegetative Anamnese sowie Zusatzuntersuchungen im Sinne einer farbkodierten Duplexsonographie der Becken-, Beinarterien beidseits, eine oszillographische Bestimmung des Knöchel-Arm-Index, Ankle-Brachial-Index ABI (rechts / links) und eine Laufbandergometrie statt (IV-Nr. 146.1 S. 23 ff.). Im Rahmen des psychiatrischen Teilgutachtens wurden weiter ein psychiatrischer Untersuchungsbefund nach AMDP erhoben sowie Laboruntersuchungen durchgeführt (IV-Nr. 146.1 S. 41 f.). Damit beruht das Gutachten auf allseitigen Untersuchungen. Durch das Zusammentragen sämtlicher Akten, insbesondere der Arztberichte in chronologischer Reihenfolge unter dem Titel «Aktenauszug / Fachübergreifende Aktenzusammenfassung» (IV-Nr. 146 S. 2 ff.) sowie den im angiologischen und psychiatrischen Teilgutachten aufgeführten fachspezifisch relevanten Akten (IV-Nr. 146.1 S. 15 ff, 30 ff.), wurde das Gutachten in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben. Zudem sind die Ausführungen der Gutachter schlüssig und nachvollziehbar: So ist aufgrund der Blutdruckmessungen mit einem Blutdruck im Liegen von rechts 150/100 und links 148/98 sowie einem regelmässigen Puls von 68 (IV-Nr. 146.1 S. 12 oben) nachvollziehbar, dass der internistische Gutachter Dr. med. T.\_\_\_\_ darlegte, es sei bei der Untersuchung ein leicht erhöht gemessener arterieller Blutdruck aufgefallen, ansonsten imponiere ein altersentsprechend guter Allgemeinzustand ohne klinische Hinweise auf weitere

kardiovaskuläre Folgekrankheiten (IV-Nr. 146.1 S. 13 unten). Aufgrund der Angaben des Beschwerdeführers betreffend die eingenommenen Medikamente (u.a. Marcoumar nach Quick, IV-Nr. 146.1 S. 11) überzeugt auch die weitere Ausführung des Allgemeinmediziners, dass beim Beschwerdeführer wegen der Dauerantikoagulation mit Marcoumar bei sturzgefährdenden Arbeiten und fehlender Verfügbarkeit von medizinischer Versorgung / Bluttransfusionsdiensten (z.B. Einsätze in Entwicklungsländern) Vorsicht geboten sei; überwiegend schwere, gelegentlich schwere körperliche Arbeiten und solche mit grosser Verletzungsgefahr seien bei Dauerantikoagulation mit Marcoumar nicht zumutbar (IV-Nr. 146.1 S. 14 oben). Da der Beschwerdeführer bei der klinischen Untersuchung die Funktionstests mit dem linken Bein nicht ausführte (IV-Nr. 146.1 S. 12), so u.a. die Hocke und den Einbeinstand links, und er diesbezüglich gegenüber dem internistischen Experten angegeben habe, er sehe sich als Folge der jahrelangen «Fehlbehandlungen» wegen Schmerzen in der linken Leiste und an der Innenseite des Beines als vollkommen arbeitsunfähig an (IV-Nr. 146.1 S. 10 oben), vermag der in diesem Zusammenhang beim Gutachter entstandene Eindruck einzuleuchten, wonach die diffusen und schwer fassbaren Klagen des Beschwerdeführers ausschliesslich betreffend das linke Bein Ausdruck seiner Vorstellung seien, er sei von den Ärzten falsch behandelt worden (IV-Nr. 146.1 S. 14). Die Schmerzen im Bereich der linken Innenseite des Oberschenkels mit Ausstrahlung ins gesamte linke Bein und in die linke Leiste gab der Beschwerdeführer auch gegenüber dem angiologischen Gutachter Dr. med. U.\_\_\_\_ an (IV-Nr. 146.1 S. 20 unten). Dabei habe er eine Belastungsabhängigkeit verneint, eine Verschlechterung bei kalter Witterung geschildert und eine Verbesserung in liegender Körperposition angegeben. Aufgrund der durchgeführten Untersuchungen hielt der Angiologe in nachvollziehbarer Weise fest, die vom Beschwerdeführer geschilderten Schmerzen im Bereich der Innenseite des linken Oberschenkels mit Ausstrahlung nach distal und proximal seien durch die gefässchirurgischen Massnahmen nur schwer zu erklären (IV-Nr. 146.1 S. 27). Ohne Zweifel könnten operative Massnahmen zu Läsionen kutaner Nervenäste führen, die im Einzelfall auch anhaltende, subjektiv als sehr unangenehm empfundene Symptome bedingen könnten. Dennoch überrasche den angiologischen Experten das Ausmass und die Lokalisation der vom Beschwerdeführer geschilderten Beschwerden und ihm seien diese, auch bei langjähriger Tätigkeit in einem sehr aktiven, operativ ausgerichteten gefässmedizinischen Zentrum, noch nie begegnet. Daher vermag die gutachterliche Schlussfolgerung zu überzeugen, dass aus angiologischer Sicht eine abschliessende Beurteilung dieses Schmerzgeschehens nicht möglich sei und abschliessend gegebenenfalls durch einen Neurologen erfolgen müsse.

Der psychiatrische Gutachter Prof. Dr. med. V.\_\_\_\_ hielt aufgrund seiner Exploration fest, es bestehe aktuell ein psychopathologisch im Wesentlichen unauffälliger Befund, allerdings unter einer zum gutachterlichen Zeitpunkt adäquat dosierten Psychopharmakotherapie (IV-Nr. 146.1 S. 44 unten). Diese Einschätzung erscheint plausibel, da der psychiatrische Untersuchungsbefund nach AMDP weitgehend unauffällig ausfiel. So wurden u.a. die Orientierung, das Verhalten in der Gesprächssituation, die Aufmerksamkeit, die Konzentrationsfähigkeit / Konzentrationsbereitschaft und die Auffassungsgabe, das formale und inhaltliche Denken, der Affekt sowie der Antrieb des Beschwerdeführers als nicht beeinträchtigt bezeichnet (IV-Nr. 146.1 S. 40). Zudem konnte anhand der durchgeführten Laboruntersuchungen (IV-Nr. 146.1 S. 42 oben) mit Ausnahme des Paracetamols sowohl bei Trazodon, Venlafaxin, Desmethylvenlafaxin sowie Pregabalin je ein Wert im therapeutischen Bereich festgestellt werden.

Damit kann dem Gutachten der Begutachtungsstelle H.\_\_\_\_ vom 6. September 2016 grundsätzlich voller Beweiswert zugesprochen werden.

7.2 Nachfolgend ist zu prüfen, ob die vorliegenden medizinischen Akten dem grundsätzlichen Beweiswert der Diagnosen und Ergebnisse der Gutachter der Begutachtungsstelle H.\_\_\_\_ vom 6. September 2016 allenfalls entgegenstehen.

7.2.1 Im allgemeininternistischen Teilgutachten vom 14. Juni 2016 (IV-Nr. 146.1 S. 1) hielt Dr. med. T.\_\_\_\_ fest, es lägen ab dem Referenzdatum keine Einschätzungen vor, die er diskutieren und versicherungsmedizinisch würdigen könne (vgl. IV-Nr. 146.1 S. 14). Diesen Ausführungen kann gestützt auf die vorliegenden medizinischen Akten gefolgt werden.

Demnach wird der Beweiswert des allgemeininternistischen Teilgutachtens der Begutachtungsstelle H.\_\_\_\_ nicht verringert.

7.2.2 Eingehend auf das angiologische Teilgutachten von Dr. med. U.\_\_\_\_ vom 13. Juni 2016 (IV-Nr. 146.1 S. 1) ist auf den Bericht des R.\_\_\_\_ vom 13. Januar 2015 (vgl. E. II. 6.2.4 hiervor) einzugehen. Bereits in diesem Bericht wurde die Diagnose einer «PAVK Stadium IIa links» aufgeführt, die durch den angiologischen Gutachter im Rahmen seines Teilgutachtens bestätigt wurde, indem er die Hauptdiagnose «Periphere arterielle Verschlusskrankheit vom Mehretagentyp links, klinisches Studium II a nach Fontaine» auswies, dieser indes keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit zusprach. Damit liegt kein Widerspruch zum Bericht des R.\_\_\_\_ vor. So äusserten sich die Ärzte im damaligen Bericht nicht zur Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers. In diesem Sinn führte bereits der RAD-Arzt Dr. med. G.\_\_\_\_ in seiner Stellungnahme vom 12. April 2016 (vgl. E. II. 6.2.7 hiervor) aus, der Bericht des R.\_\_\_\_ nehme nicht Stellung zur (Rest-) Arbeitsfähigkeit.

Die im Rahmen des Berichts vom 13. Januar 2015 ausserdem ausgewiesene Zunahme der Flussbeschleunigung im Bereich des Bypasses im distalen Oberschenkel auf 1,83 m/s, entsprechend einer «> 50%igen Stenose», seit der Voruntersuchung vom 5. Dezember 2014 liess sich anlässlich der Untersuchungen im angiologischen Teilgutachten nicht bestätigen. So hielt der angiologische Gutachter fest, der iliako-femoro-popliteale Bypass links weise im distalen Drittel eine «maximal 50%ige Stenose» auf (IV-Nr. 146.1 S. 25). Es ist daher nachvollziehbar, dass der angiologische Gutachter eine aktuell bestehende hämodynamisch stabile Situation auswies (IV-Nr. 146.1 S. 28 oben).

Damit vermag der Bericht des R.\_\_\_\_ vom 13. Januar 2015 die beweismässigen Ausführungen und Befunde des angiologischen Gutachters nicht zu schmälern.

7.2.3 In Bezug auf das psychiatrische Teilgutachten von Prof. Dr. med. V.\_\_\_\_ vom 11. Juli 2016 (IV-Nr. 146.1 S. 1, S. 30 ff.) ist im Wesentlichen auf die Einschätzungen des den Beschwerdeführer seit 2009 behandelnden Psychiaters und Psychotherapeuten Dr. med. I.\_\_\_\_ einzugehen: Dr. med. I.\_\_\_\_ führte in seinen Berichten bzw. Schreiben stets die Diagnose einer «depressiven Episode schweren Grades gemäss ICD-10 F32.2» auf. In seiner E-Mail vom 26. Juli 2012 (vgl. E. II. 6.2.2 hiervor) stützte er sich dabei insbesondere auf den anlässlich der Durchführung des Hamilton-Tests vom 25. Juli 2012 (vgl. E. II. 6.2.3 hiervor) erzielten Score von 42 Punkten, was einer schweren Depression gemäss ICD-10 F32.2 entspreche. Dieser Einschätzung kann indes nicht ohne weiteres gefolgt werden. So kann zwar gestützt auf eine entsprechende Fremdbeurteilungsskala der Schweregrad einer depressiven Episode erhoben werden. Da jedoch aus dieser E-Mail nicht ersichtlich ist, auf

welche Befunde sich der behandelnde Psychiater bei dieser Diagnosestellung konkret stützte, vermag diese Diagnose nicht einzuleuchten. In diesem Sinn hielt auch der psychiatrische Gutachter Prof. Dr. med. V.\_\_\_\_ fest, die Hamilton Skala sei nicht geeignet, eine depressive Erkrankung zu diagnostizieren (IV-Nr. 146.1 S. 43). Auch im Schreiben vom 3. September 2012 an die O.\_\_\_\_ (vgl. E. II. 6.2.3 hiervor) ergibt sich diesbezüglich nichts Neues. So hielt der behandelnde Psychiater einzig fest, der Beschwerdeführer befinde sich u.a. wegen der schweren depressiven Störung seit 2009 bei ihm in Behandlung und verwies in Bezug auf weitere Einzelheiten auf die psychiatrischen Anamnesen der psychiatrischen Berichte, ohne sich mit diesen substantiiert auseinanderzusetzen. Ähnliches ergibt sich auch aus dem Verlaufsbericht von Dr. med. I.\_\_\_\_ vom 20. November 2015 (vgl. E. II. 6.2.5 hiervor), in welchem ebenfalls eine depressive Episode schweren Grades (ICD-10 F32.2.) ausgewiesen wurde, aber keine Auseinandersetzung mit den dafür notwendigen Kriterien stattfand. Jedenfalls ist eine solche dem entsprechenden Bericht nicht zu entnehmen. In diesem Bericht finden sich indes zum ersten Mal nähere Angaben zu den psychiatrischen Befunden. So wurde das Denken als verlangsamt beschrieben, es gebe umständliche «versandende» Schilderungen, Perseverationen und der Beschwerdeführer sei inhaltlich auf die Schmerzbekämpfung fixiert. Es fehlt jedoch auch hier an einer Begründung, wie sich aus diesen festgestellten Befunden eine schwere depressive Episode herleiten lässt. Deshalb und aufgrund der in diesem Verlaufsbericht ebenfalls festgestellten 42 Punkte beim Hamilton-Test vom 25. Juli 2012, ist auch hier davon auszugehen, dass Dr. med. I.\_\_\_\_ seine Diagnose einer schweren depressiven Störung im Wesentlichen auf dieses Testverfahren stützte. Folglich kann den Ausführungen in diesem Bericht nicht gefolgt werden. Die Tatsache, wonach es dem Beschwerdeführer möglich gewesen sei, im Sommer 2012 in sein Herkunftsland zu reisen (IV-Nr. 146.1 S. 36), spreche ausserdem gemäss dem psychiatrischen Gutachter als weiterer Beleg dafür, dass keine schwerwiegende depressive Störung vorgelegen haben könne. So könne im Fall einer schwerwiegenden Störung doch keinesfalls eine anstrengende Reise unternommen werden. Diese gutachterliche Einschätzung ist nachvollziehbar. Prof. Dr. med. V.\_\_\_\_ führte in diesem Zusammenhang in schlüssiger Weise aus (IV-Nr. 146.1 S. 45), es handle sich beim Beschwerdeführer um eine chronische, mehrere Jahre dauernde depressive Verstimmung, die in der Regel weder schwer noch hinsichtlich einzelner Episoden anhaltend genug sei, um die Kriterien einer schweren, mittelgradigen oder leichten rezidivierenden Störung zu erfüllen. Diese Beurteilung vermag aufgrund der vorliegenden medizinischen Akten einzuleuchten. So befindet sich der Beschwerdeführer auch seit 2008 in psychiatrischer Behandlung. Der Gutachter hielt weiter fest, dass sich eine Dysthymie auf dem Boden von wiederholt auftretenden depressiven Verstimmungen oder auch depressiven Episoden entwickeln könne und einer früher sogenannten depressiven Entwicklung entspreche. Insgesamt könne nach den vorliegenden Dokumenten von einer anlassbezogenen Verschlechterung des Befindens ausgegangen werden, z.B. nach Kündigung des Arbeitsverhältnisses und der Attestierung einer Eingliederungsfähigkeit von 2 x 3 Stunden / Tag oder durch das Verhalten der Söhne 2011, dem Vater weitere Unterstützung zukommen zu lassen. Der Beschwerdeführer führe ein unverändert strukturiertes, wenn auch erkennbar eintöniges Leben im Kreis seiner Familie, er halte die Tagesstruktur aufrecht, Erklärungen für mangelnde Initiative oder Änderungen in seinem Alltagsverhalten seien Geldmangel oder Gewohnheiten. Hier seien Persönlichkeitszüge zu erkennen, die bereits in vorliegenden Dokumenten aus dem Jahr 2005, 2006 und 2010 erkennbar seien. Der Beschwerdeführer zeige eine Fremdattribution und ein passives Bewältigungsverhalten

und auch eine geringe Anstrengungsbereitschaft. Umgekehrt zeige er durchaus ein erkennbares Interesse am politischen und allgemeinen Weltgeschehen und könne sich im geeigneten Milieu an neue Anforderungen anpassen. Diese gutachterlichen Ausführungen lassen sich aufgrund der Angaben des Beschwerdeführers im Rahmen der psychiatrischen Exploration nachvollziehen (IV-Nr. 146.1 S. 37). So habe dieser angegeben, einmal pro Tag albanisches Fernsehen und die Tagesschau in der Schweiz zu schauen. Aufgrund seiner weiteren Schilderungen bezüglich des IS (was der IS mache, sei nicht der Islam, sie würden von irgendjemandem belohnt, so wie bei Hussein, wo es Öl-Interessen gewesen seien, die zum Krieg geführt hätten) und der Angabe, gerne Fussball zu schauen und auch die Europameisterschaft verfolgt zu haben, ist davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer am politischen und allgemeinen Weltgeschehen interessiert ist. Aufgrund seiner weiteren Angaben zum Tagesablauf (IV-Nr. 146.1 S. 36), wonach er nach dem Aufstehen die Toilette mache, fernsehe, bei schönem Wetter etwa 300 m auf der Strasse gehe, aber nicht einkaufen gehe, um circa 7.00 Uhr einen Kaffee bei der Schwiegertochter trinke, einmal eine Runde mit ihr laufen gehe (circa 700 m), das von der Schwiegertochter vorbereitete Essen um circa 12.00 bis 13.00 Uhr einnehme, und mit ihr dann bis circa 15.00 Uhr oder 16.00 Uhr im Haus bleibe und sie bei gutem Wetter wieder eine Runde laufen würden, er dann und nach dem Abendessen bis 24.00 Uhr fernsehe, aber im Haus gar nichts mache, leuchtet zudem ein, wenn der psychiatrische Gutachter von einem eintönigen und passiven Lebensstil spricht. Da der Beschwerdeführer im Weiteren als psychopathologisch weitgehend unauffällig beschrieben wurde, erscheint plausibel, wenn der psychiatrische Gutachter zum Schluss gelangt, dass eine schwerwiegendere depressive Störung aus jetziger Sicht nicht diagnostiziert werden könne (IV-Nr. 146.1 S. 45).

In Bezug auf die im Bericht des R. \_\_\_ vom 13. Januar 2015 (vgl. E. II. 6.2.4 hiervor) gestellte Nebendiagnose eines «depressiven Syndroms» kann festgehalten werden, dass die den Bericht verfassenden Ärzte auf die medizinischen Fachgebiete der Angiologie und Gefässchirurgie spezialisiert sind und ihrer psychiatrischen Diagnosestellung daher kaum Beweiswert zukommt. Es ist daher nicht weiter darauf einzugehen.

Im Verlaufsbericht vom 20. November 2015 wurde die zuvor durch Dr. med. I. \_\_\_ in der E-Mail vom 26. Juli 2012 und im Schreiben vom 3. September 2012 (vgl. E. II. 6.2.2 f. hiervor) ausgewiesene Verdachtsdiagnose auf eine PTBS weder diagnostiziert noch diskutiert. Es ist somit davon auszugehen, dass das im Sommer 2012 Erlebte bzw. Erlittene (vgl. E. II. 6.2.1 hiervor) nicht zu einer ärztlich gesicherten Diagnosestellung einer Posttraumatischen Belastungsstörung geführt hat. Dem entsprechen auch die Ausführungen im Verlaufsbericht vom 30. Januar 2016 (vgl. E. II. 6.2.6 hiervor), in welchem von einer PTBS keine Rede (mehr) ist. In diesem Sinn hielt Prof. Dr. med. V. \_\_\_ in seinem psychiatrischen Teilgutachten fest (IV-Nr. 146.1 S. 43), es gebe keine Hinweise auf eine entsprechende Behandlung der PTBS oder auf entsprechende weitere Klagen des Beschwerdeführers. Diesen Ausführungen kann gefolgt werden. So findet sich bspw. in den vorliegenden Akten in Bezug auf die durch den behandelnden Psychiater mit Schreiben vom 3. September 2012 (vgl. E. II. 6.2.3 hiervor) initiierte Überweisung in die O. \_\_\_, Spezialsprechstunde für PTBS, zur Behandlung, kein entsprechender Bericht. Zudem erwähnte der Beschwerdeführer bei der psychiatrischen Exploration im Rahmen des polydisziplinären Gutachtens vom 11. Juli 2016 keine Anhaltspunkte für eine PTBS (IV-Nr. 146.1 S. 33 f.). Der psychiatrische Gutachter ging auf die Diagnose einer PTBS ein und hielt dabei fest, eine solche ereigne sich nach einer aussergewöhnlichen Bedrohung von

katastrophenartigem Ausmass, die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde. Typische Merkmale einer Posttraumatischen Belastungsstörung gemäss ICD-10 seien das wiederholte Erleben des Traumas in sich aufdrängenden Erinnerungen (Nachhallerinnerungen, Flashbacks), Träumen oder Albträumen, die vor dem Hintergrund eines andauernden Gefühls von Betäubtsein und emotionaler Stumpfheit aufträten. Ferner fänden sich Gleichgültigkeit gegenüber anderen Menschen, Teilnahmslosigkeit der Umgebung gegenüber. Gemäss dem Gutachter sei dies beim Beschwerdeführer gerade nicht der Fall. Diese Einschätzung leuchtet ein, da er weiter darlegte, dass sich der Beschwerdeführer mit Familienangehörigen auseinandersetze, sich z.B. mit seinen Söhnen und mit den Grosskindern beschäftige und sich eher als reizbar beschreibe. So gab der Beschwerdeführer bei der Begutachtung an (IV-Nr. 146.1 S. 36), es fänden zweimal pro Woche gegenseitige Besuche mit seiner Schwester statt und die beiden Brüder treffe er im Schnitt jeweils einmal pro Woche. Zudem gab er betreffend die Sozialkontakte an, fast täglich alle (vier) Kinder und die neun Enkelkinder zu sehen, wobei er sich nicht immer für die Kinder interessiere. Der Gutachter führte weiter aus, es könne ferner eine Freudlosigkeit bestehen sowie eine Vermeidung von Aktivitäten und Situationen, die Erinnerungen an das Trauma wachrufen könnten. Eine gewisse Freudlosigkeit könne schon seit vielen Jahren vor dem Überfall in [...] angenommen werden, wie die Angaben zur Einschränkung der Genussfähigkeiten im ehelichen Bereich erkennen liessen. Diese Ausführungen lassen sich verifizieren, da der Beschwerdeführer angegeben habe, er habe schon seit 2008 keine Sexualität mehr (IV-Nr. 146.1 S. 38). Meist trete auch ein Zustand von vegetativer Übererregtheit mit Vigilanzsteigerung oder eine übermässige Schreckhaftigkeit auf, die nicht zu explorieren gewesen seien. Eine relevante Schlafstörung liege nicht vor. Dies kann nachvollzogen werden, da der Beschwerdeführer ausführte (IV-Nr. 146.1 S. 38), gegen 24.00 Uhr ins Bett zu gehen und zwischen 4.00 und 4.30 Uhr ohne Wecker aufzuwachen, wobei er öfter schlecht träume und geschlagen oder auch überfahren werde. Da Angst und Depression bei der PTBS ebenfalls häufig mit den genannten Symptomen und Merkmalen assoziiert seien und Suizidgedanken nicht selten seien, führte der psychiatrische Experte aus, beim Beschwerdeführer hätten schon vor dem Unfall Sorgen um seine Zukunft bestanden und er habe in den Jahren 2011 und 2014 Suizidgedanken angegeben. Dies kann bestätigt werden, da der Beschwerdeführer dem psychiatrischen Gutachter mitteilte (IV-Nr. 146.1 S. 33 unten), seit den letzten sechs oder sieben Jahren viel Ärger in sich hineinzufressen, und er 2011 sogar versucht habe, von einer Brücke zu springen und 2014 nach der fünften Operation versucht habe, sich vor einen Zug zu werfen. Es kann aufgrund dieser nachvollziehbaren und überzeugenden Ausführungen von Prof. Dr. med. V. \_\_\_ nicht von einer PTBS ausgegangen werden.

Auf die im Verlaufsbericht vom 20. November 2015 durch Dr. med. I. \_\_\_ erstmals gestellten und anschliessend im Verlaufsbericht vom 30. Januar 2016 bestätigten (vgl. E. II. 6.2.5 f. hiervor) Diagnosen einer «chronischen Schmerzstörung (ICD-10 F45.41)» sowie eines «Abhängigkeitssyndroms Opiate + diverse andere Analgetika (ICD-10 F11.2, F11.3)» ging Dr. med. I. \_\_\_ nicht näher ein, weshalb diese Diagnosestellungen nicht zu überzeugen vermögen. So kann nicht ausgeschlossen werden, dass die chronische Schmerzstörung insbesondere auf den subjektiven Angaben des Beschwerdeführers beruht. Der behandelnde Psychiater führte im Verlaufsbericht vom 30. Januar 2016 diesbezüglich einzig aus, es sei eine chronische, therapieresistente Schmerzstörung nachweisbar. Aus den Berichten erhellt im Weiteren auch nicht, um welche Opiate es sich dabei konkret handeln soll. Es hat folglich keine nähere Auseinandersetzung mit diesem Opiatgebrauch stattgefunden. Da der

Beschwerdeführer bei der psychiatrischen gutachterlichen Exploration angab, noch nie Alkohol getrunken zu haben und auch sonst keine Drogen zu konsumieren (IV-Nr. 146.1 S. 38 unten), leuchtet ein, dass der Psychiater Prof. Dr. med. V.\_\_\_\_ sich damit nicht weiter auseinandergesetzt hat.

Folglich vermögen die Berichte und Schreiben von Dr. med. I.\_\_\_\_ das psychiatrische Teilgutachten von Prof. Dr. med. V.\_\_\_\_ nicht einzuschränken.

7.2.4 Der Beweiswert des polydisziplinären Gutachtens der Begutachtungsstelle H.\_\_\_\_ vom 6. September 2016 wird durch die zeitlich vorangehenden medizinischen Berichte nicht geschmälert.

7.2.5 Es ist zu prüfen, ob der Beweiswert des polydisziplinären Gutachtens allenfalls durch die zeitlich später verfassten ärztlichen Berichte eingeschränkt wird. Diesbezüglich ist einzig auf die beiden E-Mails des behandelnden Psychiaters Dr. med. I.\_\_\_\_ vom 15. und 16. September 2016 einzugehen (vgl. E. II. 6.2.9 hiervor). Dessen allgemein gehaltene Ausführung, wonach es bei Depressionen die Regel sei, dass der Langzeitverlauf einer Depression mit grossen Schwankungen einhergehe, leuchtet zwar ein. Dennoch vermag der behandelnde Psychiater auch hier nicht überzeugend darzutun, weshalb der Beschwerdeführer an einer Depression anstatt an einer Dysthymie leiden soll. Eine substantiierte Auseinandersetzung mit diesen beiden Diagnosen ist nicht ersichtlich. Zudem vermag Dr. med. I.\_\_\_\_ auch nicht schlüssig zu begründen, wann beim Beschwerdeführer die voneinander als unabhängig beschriebenen, mehrfachen mittelgradigen und schwer depressiven Zustände bestanden hätten. Seine Kritik am Gutachten, wonach der langzeitliche Rahmen weder bedacht noch erfasst worden sei, überzeugt ebenfalls nicht. So äusserte sich diesbezüglich einerseits der RAD-Arzt Dr. med. G.\_\_\_\_ in seiner Stellungnahme vom 28. November 2016 (vgl. E. II. 6.2.10 hiervor) dahingehend, dass der langzeitliche Rahmen erfasst und bedacht worden sei. Dieser Einschätzung kann zugestimmt werden. Denn Prof. Dr. med. V.\_\_\_\_ hielt fest (IV-Nr. 146.1 S. 47 unten), es falle angesichts der vom behandelnden Psychiater zuvor diagnostizierten Störungen und deren Dauer auf, dass bei unzureichendem Ansprechen auf eine ambulant eingeleitete Therapie bis zur stationären Behandlung intensive Massnahmen zur Kontrolle der Compliance und gegebenenfalls deren Verbesserung erforderlich gewesen wären. Auch wäre im Gefolge des im Sommer 2012 erlittenen Überfalls für die Behandlung einer etwaigen posttraumatischen Belastungsstörung ein intensives Debriefing oder ähnliche Massnahmen zu erwarten gewesen. Beides habe nicht stattgefunden. Dies leuchtet ein, da Dr. med. I.\_\_\_\_ in seinem Verlaufsbericht vom 20. November 2015 (vgl. E. II. 6.2.5 hiervor) festhielt, es hätten früher monatliche Sitzungen stattgefunden und seit Beginn 2015 fänden zwei- bis dreiwöchentliche Sitzungen statt. Daraus kann geschlossen werden, dass die Intensivierung der Frequenz der psychotherapeutischen Sitzungen nicht zeitnah zum Ereignis im Sommer 2012 erfolgte, sondern erst ungefähr 2,5 Jahre später. Folglich ist ■ wie dies der Gutachter darlegte ■ unmittelbar nach dem Ereignis 2012 nicht von einer Therapieintensivierung auszugehen. Diesen Ausführungen kann gestützt auf die vorliegenden Akten gefolgt werden. Auch die Überweisung an eine Spezialsprechstunde für PTBS sei, so der psychiatrische Gutachter, soweit erkennbar, nicht weiterverfolgt worden, zumindest berichte der Beschwerdeführer nicht davon. Auch diese Einschätzung erweist sich gestützt auf die vorliegenden Akten als nachvollziehbar. So ist jedenfalls kein entsprechender Bericht dokumentiert.

Folglich vermögen auch die E-Mails von Dr. med. I.\_\_\_\_ vom 15. und 16. September 2016 den Beweiswert des polydisziplinären Gutachtens vom 6. September 2016 nicht in Frage zu stellen.

7.3 Wie nachfolgend darzulegen ist, vermögen auch die gegen den Beweiswert des Gutachtens der Begutachtungsstelle H.\_\_\_\_ gerichteten Vorbringen des Beschwerdeführers (vgl. A.S. 17 ff.) dessen Beweiswert nicht zu schmälern:

7.3.1 Der Beschwerdeführer lässt vorbringen, er habe die Funktionsprüfung bei der Untersuchung betreffend das linke Bein verweigert und der internistische Gutachter habe ihn ■ da im Gutachten nicht ersichtlich ■ nicht auf seine Mitwirkungspflicht hingewiesen, weshalb davon ausgegangen werden müsse, es habe keine solche Aufklärung stattgefunden (A.S. 10). Da diese wichtige Funktionsprüfung betreffend das linke Bein, wo der Beschwerdeführer den zentralen Ort seiner Beschwerden angebe, nicht durchgeführt worden sei, sei es nicht nachvollziehbar, dass der Gutachter die Fragen Ziff. 6, 6.1 - 6.5 trotzdem habe beantworten können. Aus den vorliegenden Akten ergibt sich, dass der Beschwerdeführer im Rahmen der Mitteilung der Beschwerdegegnerin vom 3. Mai 2016 (IV-Nr. 143), mit welcher ihm sowohl die gemäss dem Zufallsprinzip zugewiesene Begutachtungsstelle (vgl. E-Mail abraxas vom 30. April 2016, IV-Nr. 142) als auch die Gutachterpersonen inkl. Fachdisziplinen mitgeteilt wurden, auch auf seine Mitwirkungspflicht aufmerksam gemacht wurde. So wurde u.a. explizit festgehalten, dass «soweit ärztliche oder fachliche Untersuchungen für die Beurteilung notwendig und zumutbar» seien, sich die «versicherte Person diesen zu unterziehen» habe. Der Beschwerdeführer wurde zudem darauf aufmerksam gemacht, dass wenn er den Auskunfts- und Mitwirkungspflichten in unentschuldbarer Weise nicht nachkomme, die Beschwerdegegnerin auf Grund der Akten verfügen oder die Erhebungen einstellen und Nichteintreten beschliessen könne (Art. 43 ATSG). Somit war der Beschwerdeführer durch die Beschwerdegegnerin vor der Begutachtung durch die Begutachtungsstelle H.\_\_\_\_ über seine Mitwirkungspflichten korrekt in Kenntnis gesetzt worden. Dies ist nicht zu beanstanden. Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers fällt es nicht in den Aufgabenbereich eines Begutachters, den Exploranden bei der Verweigerung einer bestimmten Übung bzw. eines bestimmten Tests während einer laufenden Begutachtung auf seine Mitwirkungspflichten hinzuweisen. So können u.a. auch aus dem Verhalten eines Exploranden bzw. dessen Verweigerung bestimmter Übungen gutachterlich wertvolle Schüsse gezogen werden. Es ist im Übrigen darauf hinzuweisen, dass sich der Beschwerdeführer bereits in der Vergangenheit mehreren Begutachtungen unterziehen musste, weshalb auch deshalb davon ausgegangen werden kann, dass er über seine Pflicht zur Mitwirkung bzw. generell über den Ablauf einer Begutachtung hinreichende Kenntnisse hatte. Aufgrund dieser Ausführungen läuft auch das weitere Vorbringen des Beschwerdeführers (A.S. 10), wonach auch bei der angiologischen Begutachtung, in deren Rahmen er die Laufbandergometrie-Untersuchung nach wenigen Metern aufgrund mangelnder Kooperation abgebrochen habe, kein Hinweis auf die Mitwirkungspflicht erfolgt sei, ins Leere.

Es kann in diesem Zusammenhang weiter festgehalten werden, dass es den Gutachtern auch möglich ist, Fragen der Beschwerdegegnerin zu beantworten, obschon sich der Beschwerdeführer nicht sämtlichen beabsichtigten Untersuchungen unterzogen hat. Diesbezüglich können die Gutachter u.a. auf ■ wie dies die Beschwerdegegnerin korrekt festhielt (A.S. 2) ■ Angaben aus den medizinischen Vorakten zurückgreifen. Das

Vorbringen des Beschwerdeführers (A.S. 12), wonach dieser Argumentation nicht gefolgt werden könne, da solchenfalls geradesogut ein reines Aktengutachten hätte durchgeführt werden können, vermag nicht zu überzeugen. So war es vorliegend nicht primär die Aufgabe der Gutachter des Begutachtungsinstituts H.\_\_\_\_, aufgrund der zeitlich zuvor verfassten medizinischen Berichte eine Beurteilung abzugeben. Die Gutachter können die Vorakten indes bspw. heranziehen, wenn die durch sie durchgeführten Untersuchungen nicht zu einem eindeutigen Ergebnis kommen. Es kann daher in diesem Zusammenhang nicht von einem «Aktengutachten» gesprochen werden.

7.3.2 Der Beschwerdeführer lässt weiter geltend machen, das polydisziplinäre Gutachten des Begutachtungsinstituts H.\_\_\_\_ vom 6. September 2016 sei unvollständig, weil keine neurologische Begutachtung erfolgt sei (A.S. 14).

Es trifft zu, dass die Begutachtung ■ wie bereits diejenige der Begutachtungsstelle E.\_\_\_\_ vom 30. November 2010 (vgl. E. II. 6.1 hiavor) ■ keine neurologische Untersuchung umfasste. Angesprochen wurde eine mögliche neurologische Abklärung im Rahmen des aktuellen Gutachtens durch den angiologischen Teilgutachter Dr. med. U.\_\_\_\_. Dieser führt in seiner Beurteilung aus (IV-Nr. 146.1 S. 27), objektiv nachweisbar sei aus Sicht seines Fachgebiets eine Claudicatio intermittens im Stadium IIa / IIb nach Fontaine links im Jahr 2003, die zur ersten Bypassoperation Anlass gegeben habe. Der weitere, komplizierte Verlauf mit rezidivierenden Bypassverschlüssen sei durchaus nicht untypisch, auch wenn klassische vaskuläre Risikofaktoren nicht hätten nachgewiesen werden können und eine thrombophile Diathese ausgeschlossen worden sei. Aktuell bestehe eine stabile Symptomatik im Stadium IIa nach Fontaine, die plausibel erscheine. Die vom Beschwerdeführer geschilderten Schmerzen im Bereich der Innenseite des linken Oberschenkels mit Ausstrahlung nach distal und proximal seien durch die gefässchirurgischen Massnahmen nur schwer zu erklären. Ohne Zweifel könnten operative Massnahmen zu Läsionen kutaner Nervenäste führen, die im Einzelfall auch anhaltende, subjektiv als sehr unangenehm empfundene Symptome bedingen könnten. Das Ausmass und die Lokalisation der vom Beschwerdeführer geschilderten Beschwerden überrasche jedoch und sei dem Gutachter, auch bei langjähriger Tätigkeit in einem sehr aktiven, operativ ausgerichteten gefässmedizinischen Zentrum, noch nie begegnet. Hinsichtlich der Genese seien die zur Verfügung stehenden Unterlagen widersprüchlich. Eine abschliessende Beurteilung dieses Schmerzgeschehens sei angiologischerseits nicht möglich und müsste abschliessend gegebenenfalls durch einen Neurologen erfolgen.

Der angiologische Teilgutachter hält also zusammengefasst fest, er sei nicht in der Lage zu beurteilen, ob die vom Beschwerdeführer geklagten Schmerzen im Bereich der Innenseite des linken Oberschenkels mit Ausstrahlung nach distal und proximal auf eine Läsion eines Nervenastes zurückgingen, zu der es bei den operativen Eingriffen im Jahr 2003 gekommen sein könnte. Er weist darauf hin, dass diesbezüglich unterschiedliche Beurteilungen vorlägen. Dr. med. U.\_\_\_\_ nimmt damit Bezug auf die Berichte und Stellungnahmen des Neurologen Dr. med. X.\_\_\_\_ vom 19. Februar 2004 (IV-Nr. 132 S. 23 f.), des Neurochirurgen Dr. med. AA.\_\_\_\_ vom 10. November 2004 (IV-Nr. 8 S. 12 ff.) sowie des Neurologen Dr. med. Y.\_\_\_\_, Z.\_\_\_\_, vom 5. März 2009 (IV-Nrn. 65, 80) und vom 24. September 2009 (IV-Nr. 83).

Die Berichte von Dr. med. X.\_\_\_\_ und Dr. med. AA.\_\_\_\_, welche übereinstimmend eine objektivierbare neurologische Ursache für die vom Beschwerdeführer geschilderten Beschwerden verneinen, waren dem Versicherungsgericht bereits bekannt, als es das Urteil

vom 10. Juli 2008 (IV-Nr. 60) fällt. Sie verneinen das Vorliegen einer objektivierbaren neurologischen Pathologie und sind auch deshalb von vornherein nicht geeignet, die aktuelle Einschätzung zu verändern. Die Stellungnahmen von Dr. med. Y.\_\_\_\_, der es für möglich hält, dass es anlässlich der Operation vom 2. Mai 2007 zu einer Nervenläsion gekommen sein könnte, lagen dem Begutachtungsinstitut E.\_\_\_\_ vor, als das Gutachten vom 30. November 2010 (IV-Nr. 91) erstattet wurde. Die Gutachter fanden keinen Anlass, eine ergänzende neurologische Untersuchung durchzuführen. Diese Einschätzung wurde durch die Beschwerdegegnerin mit der Verfügung vom 16. März 2012 übernommen und im Rechtsmittelverfahren durch das Versicherungsgericht in seinem Urteil vom 23. Dezember 2013 bestätigt. Nach Lage der Akten hat seit 2009 keine neurologische Untersuchung oder Behandlung mehr stattgefunden. Auch die Beschwerdeschilderung hat sich nicht in einer Weise verändert, welche nunmehr stärker auf eine entsprechende Symptomatik hinweisen würde. Die Neuanmeldung vom 23. Februar 2016 erfolgte vielmehr wegen einer Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes bei ansonsten «weiterhin» bestehenden Schmerzen (vgl. IV-Nr. 134). Der angiologische Gutachter Dr. med. U.\_\_\_\_ hält überdies sinngemäss fest, die vom Beschwerdeführer geschilderten Beschwerden passten gemäss seiner langjährigen Erfahrung nicht zu einer Nervenverletzung, welche bei einem derartigen Eingriff vorkommen könnte. Es besteht daher kein Anlass, die damalige, in rechtskräftigen Entscheiden festgehalten Einschätzung, eine neurologische Abklärung sei für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nicht erforderlich, infrage zu stellen. Wenn die Beschwerdegegnerin auf eine ergänzende neurologische Begutachtung verzichtet hat, lässt sich dies somit nicht beanstanden.

7.4 Dem polydisziplinären Gutachten der Begutachtungsstelle H.\_\_\_\_ vom 16. September 2016 ist somit der volle Beweiswert zuzusprechen. Die Beschwerdegegnerin hat mit Verfügung vom 6. Juni 2017 (A.S. 1 ff.) zu Recht auf dieses Gutachten abgestellt. Es ist daher davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer in seiner angestammten Tätigkeit voll arbeitsfähig ist.

8. Im Vergleich zum letzten rechtskräftigen Entscheid der Beschwerdegegnerin vom 16. März 2012 (IV-Nr. 108) hat sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 6. Juni 2017 in rechtsrelevanter Weise verändert. So wurde dem Beschwerdeführer im Zeitpunkt des Entscheids vom 16. März 2012 gestützt auf die diagnostizierte «PAVK der unteren Extremität links Stadium I» eine Arbeitsfähigkeit von 70 % ab circa Mai 2007 in der angestammten Tätigkeit und eine volle Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit zugesprochen (IV-Grad 30 %). Im Zeitpunkt der Verfügung vom 6. Juni 2017 ergab sich in Bezug auf die gesundheitliche Situation des Beschwerdeführers gemäss dem polydisziplinären Gutachten der Begutachtungsstelle H.\_\_\_\_ vom 6. September 2016 keine krankheitswertige gesundheitliche, insbesondere auch keine angiologische Problematik mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit mehr. Es ist daher in Bezug auf die somatische Gesundheitssituation des Beschwerdeführers von einer Verbesserung auszugehen.

Bei der psychiatrischen gesundheitlichen Situation ist nicht von einer wesentlichen Veränderung auszugehen. So wurden im Gutachten der E.\_\_\_\_ vom 30. November 2010 (vgl. E. II. 6.1 hiervor) als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine depressive Entwicklung (ICD-10 F32.0) sowie als Differentialdiagnose eine Anpassungsstörung (ICD-10 F43.2) ausgewiesen. Dementsprechend wurde auch im Rahmen des Gutachtens der H.\_\_\_\_ vom 6. September 2016 eine Dysthymie (ICD-10 F34.1)

festgestellt, welcher keine Auswirkungen auf eine Arbeitsfähigkeit beigemessen wurden.

9. Da im Zeitpunkt des Gutachtens vom 6. Juni 2016 insgesamt eine Verbesserung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers ausgewiesen ist (vgl. E. II. 8 hiavor) und dem Beschwerdeführer eine volle Arbeitsfähigkeit in seiner angestammten Tätigkeit zumutbar ist, ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin in ihrer Verfügung vom 6. Juni 2017 (A.S. 1 ff.) auf die Durchführung eines Einkommensvergleichs verzichtet hat. In Bezug auf berufliche Massnahmen lässt sich ■ wie bereits unter II. E. 2.3 hiavor ausgeführt ■ festhalten, dass Invalide oder von einer Invalidität bedrohte Versicherte Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen gemäss Art. 8 Abs. 1 IVG haben. Aufgrund der vorangehenden Ausführungen ist der Beschwerdeführer indes weder invalid noch von Invalidität bedroht. Damit erübrigt sich eine entsprechende Prüfung. Die Beschwerdegegnerin hat somit das diesbezügliche Leistungsbegehren des Beschwerdeführers zu Recht abgelehnt.

10. Damit ist die angefochtene Verfügung vom 6. Juni 2017 zu bestätigen und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen. Der Beschwerdeführer hat somit weder Anspruch auf eine Invalidenrente noch auf berufliche Eingliederungsmassnahmen.

11. Da der Beschwerdeführer nicht obsiegt, hat er grundsätzlich keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 61 lit. g ATSG). Allerdings hat der Versicherungsträger bei einer Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör die Gegenpartei insoweit zu entschädigen, als bei dieser nennenswerte (zusätzliche) Kosten entstanden sind, die ohne die Gehörsverletzung nicht angefallen wären (Urteil des Bundesgerichts 8C\_325/2007 vom 18. Februar 2008 mit Hinweis). Hier rechtfertigt sich eine solche Kostenausscheidung: So ist von einer leichtgradigen Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör auszugehen (vgl. E. II. 5.5 hiavor), was einen Zusatzaufwand bewirkt hat. So lag der Vertreterin des Beschwerdeführers zwar die Stellungnahme des RAD-Arztes als solche nicht vor, deren Inhalt wurde aber in der Verfügung vom 6. Juni 2017 korrekt wiedergegeben, was in der Eingabe vom 19. April 2018 auch ausdrücklich anerkannt wird. Somit steht dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von total CHF 540.00 (2 Stunden x CHF 250.00 + 8 % MwSt) zu.

12. Der Beschwerdeführer steht ab Prozessbeginn im Genusse der unentgeltlichen Rechtspflege (vgl. E. I. 8 hiavor).

12.1 Die Kostenforderung ist bei Unterliegen der Partei mit unentgeltlichem Rechtsbeistand vom Gericht festzusetzen. Der Kanton entschädigt die unentgeltliche Rechtsbeiständin oder den unentgeltlichen Rechtsbeistand angemessen (Art. 122 Abs. 1 lit. a Schweizerische Zivilprozessordnung [ZPO, SR 272]). Die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers Barbara Wyler hat am 19. April 2018 eine aktualisierte Kostennote eingereicht (A.S. 54 f.), worin sie einen Kostenersatz von insgesamt CHF 4'509.70 geltend macht. Das auf einem Stundensatz von CHF 250.00 basierende Honorar beruht auf einem Aufwand von total 15,92 Stunden. Bemühungen, die praxisgemäss als Kanzleiaufwand gelten, sind im Stundenansatz einer Rechtsanwältin enthalten und werden nicht gesondert entschädigt. Dies trifft zu auf die beiden Positionen «Fristerstreckungsgesuch» vom 9. März 2018 à 0,25 Std. und vom 28. März 2018 0,17 Std. sowie die beiden Positionen «Eingang Verfügung Versicherungsgericht SO, Eintragen Frist, Schreiben an Klient» vom 23. Oktober 2017 und «Eingang Verfügung Versicherungsgericht SO, Eintragen Frist, Schreiben an Klient und Rückschein Versicherungsgericht SO» vom 28. Februar 2018 à

0,17 Std. Damit reduziert sich der Aufwand um insgesamt 0,76 Std. auf total 15,16 Std. (2017: 12,74 Std. und 2018: 2,42 Std.). Somit betrug der anteilmässige Aufwand im Jahr 2017 84 % und im Jahr 2018 16 %. Unter Berücksichtigung der als Parteientschädigung vergüteten 2 Stunden (vgl. E. II. 11 hiervor), beträgt der Aufwand insgesamt noch 13,16 Stunden (2018: 11,06 Std. und 2017: 2,1 Stunden). Dieser erscheint im Vergleich zu ähnlich gelagerten Fällen als angemessen. Die geltend gemachten Auslagen von total CHF 197.80 werden ebenfalls anteilmässig (84 % : 16 %) aufgeteilt. Damit beträgt der Aufwand 2017 CHF 166.15 und 2018 CHF 31.65. Der Stundenansatz beträgt gemäss § 161 i.V.m. § 160 Abs. 3 Gebührentarif (GT, BGS 615.11) CHF 180.00. Damit ergibt sich eine Entschädigung von CHF 2'770.70 (CHF 2'329.50 [11,06 Stunden x CHF 180.00 = CHF 1'990.80, zuzügl. Auslagen von CHF 166.15 und einer MwSt von 8 % =] + CHF 441.20 [2,1 Std. x CHF 180.00 = CHF 378.00, zuzügl. Auslagen von CHF 31.65 und einer MwSt von 7,7%]), zahlbar durch die Zentrale Gerichtskasse des Kantons Solothurn. Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren, wenn A.\_\_\_\_ zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

12.2 Vorbehalten bleibt auch der Nachzahlungsanspruch des unentgeltlichen Rechtsbeistandes von CHF 710.35, wenn der Beschwerdeführer zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO). Zum Nachzahlungsanspruch des unentgeltlichen Rechtsbeistandes ist anzufügen, dass hier ■ mit Blick auf den Gehörsanspruch des Beschwerdeführers ■ von einem Stundenansatz von CHF 230.00 (vgl. § 160 Abs. 2 GT) auszugehen ist, wenn ■ wie vorliegend der Fall ■ keine Honorarvereinbarung mit dem Klienten vorgelegt wird, die einen höheren Ansatz vorsieht.

12.3 Aufgrund von Art. 69 Abs. 1bisIVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 ■ 1'000.00 festgelegt. Im vorliegenden Fall hat der Beschwerdeführer an die gesamten Verfahrenskosten einen Betrag von CHF 600.00 zu bezahlen, die jedoch infolge Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege durch den Kanton Solothurn zu übernehmen sind (Art. 122 Abs. 1 lit. b ZPO). Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren, wenn A.\_\_\_\_ zur Rückzahlung 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

Jäggi

## E. 5

Dysthymie (ICD-10 F34.1) Der heute gut 60jährige, aus [...] stammende, gut integrierte Beschwerdeführer habe sich erstmals 2005 bei der Beschwerdegegnerin angemeldet, nachdem er seinen bisherigen, langjährigen Arbeitsplatz infolge einer Serie mit (nicht ungewöhnlichen) Komplikationen behafteten Gefässoperationen am linken Beckenstamm und den Beinarterien verloren habe. Im Vordergrund stünden seither neuralgiforme Schmerzen, die nach offenen Gefässeingriffen mit dadurch unvermeidlichen Läsionen zumindest kleiner Nervenäste (wie auch in diesem Falle) möglich seien, die jedoch hier fachärztlich, d.h. neurologisch sehr unterschiedlich beurteilt worden seien. Jedenfalls liege eine rechtskräftige, rentenausschliessende Verfügung (IV-Grad 30 %) vom 16. März 2012 (basierend auf einem polydisziplinären Gutachten vom 30. November 2010) vor. Eine Neuanschuldung sei wegen angeblicher Verschlechterung des Gesundheitszustandes am 23. Februar 2016 erfolgt (S. 49 f.). Aus angiologischer Sicht liege zurzeit eine periphere arterielle Verschlusskrankheit Stadium IIa nach La Fontaine vor. Die Perfusion des Beins sei laut eingehenden Untersuchungen intakt. Eine schmerzfreie Gehstrecke von 700 bis 800 Meter stelle weder im Alltag noch am bisherigen Arbeitsplatz eine funktionelle Einschränkung dar, was auch vom Beschwerdeführer durchaus so gesehen werde. Der Beschwerdeführer sei zwingend auf eine zuverlässige Dauerantikoagulation angewiesen. Verschlechterungen der Gefässsituation seien jederzeit möglich. Die Situation scheine aber derzeit stabil zu sein. Der Angiologe möchte zu den beklagten «neuralgiformen» Schmerzen nicht weiter Stellung nehmen und habe an eine neurologische Stellungnahme gedacht. Eine relevante intra- oder postoperativ objektivierbare Nervenläsion sei seitens der behandelnden Ärzte allerdings nicht festgestellt worden. Die vom Beschwerdeführer geklagten Ausbreitungsgebiete der nervösen Sensationen liessen sich nicht einer definierten peripheren Nervenläsion zuordnen. Feinere Nervenläsionen fänden bei jedem grösseren chirurgischen Eingriff statt, führten jedoch kaum zu Problemen. Dem erfahrenen angiologischen Gutachter sei ein so ausgeprägtes neuralgisches Beschwerdebild nach einem Gefässengriff nicht bekannt. Der Eingriff sei in diesem Fall komplikationsfrei gewesen (d.h. heisst, es sei nur ein im Wesen der peripheren arteriellen Verschlusskrankheit liegender komplizierter Verlauf eingetreten). Somit blieben alle bisherigen Aussagen über einen kausalen Zusammenhang zwischen den wiederholten Eingriffen und den Beschwerden spekulativ. Der Angiologe habe noch festgestellt, was auch aktenkundig sei, dass der Beschwerdeführer von Anfang an behauptet habe, es sei etwas schiefgegangen, was somit nicht zutreffe. Die Frage scheine sich auch insofern aus versicherungsrechtlicher Sicht gar nicht zu stellen, da ja zu diesen seit langem dokumentierten Schmerzen sowohl viele Gutachten als auch ein rechtskräftiges Urteil vorlägen (S. 50). Aus psychiatrischer Sicht liege eine Dysthymie vor, also seit Jahren andauernde, wechselnde reaktive Verstimmungen. Das anamnestische Aktivitätsprofil und die aktuellen Befunde liessen eine rezidivierende depressive Störung ausschliessen. Die Kriterien für ein schweres Psychotrauma anlässlich des Überfalls träfen nicht zu und es gebe keine Hinweise für eine Persönlichkeitsveränderung, weder durch die langwierige und gewiss belastende Behandlung, noch durch das neulich behauptete Psychotrauma. Der Beschwerdeführer sei offenbar nach dem Unfall wieder an den Ort des Geschehens gereist. Somit sei dieser Überfall vom 26. Juli 2012 zum Anlass genommen worden, endlich doch noch zu einer Entschädigung für angebliche Behandlungsfehler zu kommen. Anlässlich der aktuellen Untersuchung bestehe eine Verweigerung des Beschwerdeführers, das «Problembein» zu belasten. Sonst sei kein auffallend demonstrativer, insgesamt konsistenter Auftritt

festzustellen. Die Anstrengungs- und Kooperationsbereitschaft des Beschwerdeführers sei bisher von einer passiven Erwartungshaltung und von einer Verweigerungshaltung geprägt, die nicht krankheitsbedingt sei. Der Beschwerdeführer sei der Meinung, für eine angeblich falsche Behandlung entschädigt werden zu müssen. Im Vorfeld habe eine mangelnde Compliance nicht ausgeschlossen werden können. Aktuell lägen bezüglich Psychopharmakaspiegel keine Hinweise auf eine unzureichende therapeutische Compliance vor. Allerdings liege ein subtherapeutischer Analgetikaspiegel vor, was den tatsächlichen Leidensdruck relativieren dürfte (S. 51). Psychoreaktive Verstimmungen seien bei jahrelangen Auseinandersetzungen mit Versicherungen unvermeidlich. Die in diesem Zusammenhang verordneten Medikamente würden gemäss den Serumspiegelmessungen zurzeit eingenommen. Bislang habe nur eine Massnahme der B.\_\_\_\_ im Jahr 2005 stattgefunden, die aufgrund einer mangelnden Bereitschaft zur Steigerung der Arbeitsleistung nach drei Wochen habe abgebrochen werden müssen. Der Beschwerdeführer verfüge über gute persönliche Ressourcen und über ein intaktes soziales Umfeld. Ein Suchtleiden liegt nicht vor. In der angestammten, bisherigen Tätigkeit bestehe eine volle Arbeitsfähigkeit bzw. sei keine Veränderung seit der letzten rechtskräftigen Verfügung nachweisbar (S. 52).

6.2.9 Dr. med. I.\_\_\_\_ hielt in seinen E-Mails vom 15. und 16. September 2016 (IV-Nrn. 148, 151 S. 7) fest, er könne sich kompetenzhalber nur zum psychiatrischen Teilgutachten äussern. Es sei ein depressiver Zustand leichten Grades festgestellt und daraus gefolgert worden, es handle sich um eine Dysthymia, ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Würde es sich tatsächlich um eine Dysthymia handeln, wäre die Folgerung richtig. Indes: Es sei bei Depressionen die Regel, dass der Langzeitverlauf mit grossen Schwankungen einhergehe. Bei diesem Beschwerdeführer seien in der Vorgeschichte, voneinander unabhängig, sowohl im klinischen als auch im ambulanten Setting, mehrfach mittelgradige und schwere depressive Zustände beschrieben worden. Zum Zeitpunkt der Begutachtung habe er sich in einer besseren Phase befunden, dies sei konzidiert. Die Verringerung der Arbeitsfähigkeit fusse nicht auf einer einzigen, punktuellen Querschnitt-Beobachtung, sondern auf einer langjährigen Observation. Der Beschwerdeführer möge zwar in einer «besseren» Phase einer Tätigkeit nachgehen, würde aber seine Stelle, und welche Stelle auch immer, bei der nächsten höhergradigen depressiven Episode wieder verlieren. Der Gutachter müsse retrospektiv aufgrund einer punktuellen Untersuchung den Beweis erbringen, dass höhergradige depressive Episoden in der Vergangenheit nie stattgefunden hätten; ferner müsse er den Beweis erbringen, dass sowohl ambulant tätige Fachärzte als auch Klinikärzte voneinander unabhängig allesamt in den vergangenen Jahren falsche Diagnosen gestellt hätten. Aus dem oben Ausgeführten erhelle, dass die Schlussfolgerung, auch wenn zum Zeitpunkt der Begutachtung nur eine leichtgradige Depressivität vorgelegen habe, gar nicht stimmen könne, da der langzeitliche Rahmen weder bedacht noch erfasst worden sei.

6.2.10 Dr. med. G.\_\_\_\_, RAD, hielt in seiner Stellungnahme vom 28. November 2016 (IV-Nr. 153 S. 2) Folgendes fest: In seiner Stellungnahme vom 15. September schreibe Dr. med. I.\_\_\_\_ (vgl. E. II. 6.2.9 hiervor), dass im Gutachten der langzeitliche Rahmen weder bedacht noch erfasst worden sei. Das Gutachten habe den langzeitlichen Rahmen sowohl bedacht wie erfasst. Die Schlussfolgerungen könnten so nicht in Zweifel gezogen werden. Medizinische Funktionsprüfungen bedürften obligat der Aufklärung, sonst seien sie nicht durchführbar. Die Behauptung des Rechtsvertreters, es sei (bei durchgeführter Funktionsprüfung) die Aufklärung ausgeblieben, sei nicht nachvollziehbar. Der Angiologe habe unter Berücksichtigung der Klagen des Beschwerdeführers die gesundheitliche Einschränkung in

quantitativer und qualitativer Hinsicht und umfassend für die strittigen Belange geschildert. Er habe einleuchtende Schlüsse gezogen. Ätiologie, Pathogenes und Kausalität der Erkrankung habe er in der Diskussion unnötigerweise angesprochen. Das Teilgutachten verliere damit nicht an Glaubwürdigkeit. Er sei mit der Beurteilung der Gutachter einverstanden. Der Gesundheitszustand habe sich seit der letzten Verfügung vom 16. März 2013 verändert, indem die vormals diagnostizierte PAVK nicht mehr gestellt worden sei. Die ehemals maximal 30 % betragende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aufgrund nötigerweise längeren Gehstrecken entfalle. 6.2.11 Der RAD-Arzt Dr. med. J.\_\_\_\_, Facharzt Allgemeine Medizin, beantragte in seiner Stellungnahme vom 10. März 2017 (IV-Nr. 163), es sei bei der Gutachterstelle zurückzufragen, ob aus ihrer Sicht eine zusätzliche neurologische Begutachtung zur Klärung des versicherungsmedizinischen Sachverhalts notwendig sei. Falls nicht, werde um eine klare Begründung gebeten. Ansonsten würden im Einwandverfahren keine neuen medizinischen Fakten geltend gemacht. 6.2.12 In Bezug auf die Anfrage der Beschwerdegegnerin, ob noch eine neurologische Untersuchung notwendig sei, führten Dr. med. T.\_\_\_\_ und Dr. med. W.\_\_\_\_, Begutachtungsstelle H.\_\_\_\_, in ihrer Stellungnahme vom 16. März 2017 Folgendes aus (IV-Nr. 165): Weder in ihrem noch im polydisziplinären Gutachten der Begutachtungsstelle E.\_\_\_\_ von 2010 seien diese seit 2004 manifesten neuralgiformen Schmerzen durch einen Neurologen beurteilt worden. (Die psychiatrische Untersuchung sei 2016 u.a. notwendig gewesen, um die Frage der Verschlechterung [Wiederanmeldung von 2016] wegen einer angeblich 2012 in der Heimat erlittenen Posttraumatischen Belastungsstörung zu klären). Ihr Angiologe habe zu den neuralgiformen Schmerzen wie folgt Stellung genommen: «Im Anschluss an den stationären Aufenthalt in [...] (also 2003) manifestierten sich in Intensität und Ausdehnung progrediente, neuralgiforme Schmerzen in der linken Leiste und an der Innenseite des linken Beines, welche die anhaltende Krankschreibung des Beschwerdeführers bewirkten. Verschiedene fachärztliche Stellungnahmen (Neurologie, Neurochirurgie, Schmerztherapie) seien dabei zu unterschiedlichsten Einschätzungen der Schmerzgenese gekommen (...) eine abschliessende Beurteilung dieses Schmerzgeschehens sei angiologischerseits nicht möglich und müsste abschliessend gegebenenfalls durch einen Neurologen erfolgen.» In der Gesamtbeurteilung hätten sie sich wie folgt geäussert: «Eine relevante intra- oder postoperativ objektivierbare Nervenläsion sei seitens der behandelnden Ärzte (...) nicht festgestellt worden. Die vom Beschwerdeführer geklagten Ausbreitungsgebiete der nervösen Sensationen liessen sich nicht einer definierten peripheren Nervenläsion zuordnen. Feinere Nervenläsionen fänden bei jedem grösseren chirurgischen Eingriff statt, führten jedoch kaum zu Problemen. Unserem erfahrenen angiologischen Gutachter sei ein so ausgeprägtes neuralgisches Beschwerdebild nach einem Gefässengriff nicht bekannt. Der Eingriff sei in diesem Fall komplikationsfrei gewesen (d.h. heisst, es sei nur ein im Wesen der peripheren arteriellen Verschlusskrankheit liegender komplizierter Verlauf eingetreten). Somit blieben alle bisherigen Aussagen über einen kausalen Zusammenhang zwischen den wiederholten Eingriffen und den Beschwerden spekulativ.» Es dürfe nach ihrer Erfahrung weiterhin schwierig sein, die Beschwerden auf eine organische Basis zurückzuführen, da bisher also keine periphere (feststellbar nur als motorisch, sensibel) Nervenläsion beschrieben worden sei, die eine Erklärung dafür abgeben könnte, warum die Schmerzleitung der entsprechenden Nervenfasern geschädigt worden sein könnte. Es falle ihnen dennoch schwer, bei beschriebener Sachlage gegen eine neurologische Untersuchung zu argumentieren. Dies hänge wohl auch davon ab, ob der Beschwerdeführer deswegen ärztliche Betreuung in Anspruch nehme. 6.2.13 Der RAD-Arzt Dr. med. J.\_\_\_\_ hielt in

seiner Stellungnahme vom 10. April 2017 (IV-Nr. 169) fest, gemäss dem Antwortschreiben der Begutachtungsstelle H.\_\_\_\_ «dürfte es schwer sein, die Beschwerden auf eine organische Basis zurückzuführen». Es falle ihnen dennoch schwer, bei beschriebener Sachlage gegen eine neurologische Untersuchung zu argumentieren (...). Angesichts der Tatsache, dass neurologische Abklärungen bereits 2004 (Dr. med. X.\_\_\_\_, [...]) sowie 2008 (Dr. med. Y.\_\_\_\_, Z.\_\_\_\_) stattgefunden hätten, erübrigten sich weitere solche aus Sicht des Referenten. Die entsprechenden Beschwerden seien sowohl im aktuellen Gutachten als auch den Vorgutachten mitberücksichtigt worden, weshalb nun ohne weitere Abklärungen auf die Beurteilung der «H.\_\_\_\_» abgestellt werden könne. 7. Da sich die Beschwerdegegnerin in ihrer Verfügung vom 6. Juni 2017 im Wesentlichen auf das polydisziplinäre Gutachten der Begutachtungsstelle H.\_\_\_\_ vom 6. September 2016 stützte (vgl. E. II. 6.2.5 hiervor), ist zu prüfen, ob diesem Beweiswert zukommt: 7.1 Das Gutachten von Dr. med. T.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, Dr. med. U.\_\_\_\_, Facharzt für Angiologie, Prof. Dr. med. V.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie, und Dr. med. W.\_\_\_\_, Ärztliche Leitung, Facharzt für Neurologie, wird den von der Rechtsprechung entwickelten Anforderungen (Vollständigkeit, Schlüssigkeit, Nachvollziehbarkeit; vgl. II. E. 3.2 hiervor) grundsätzlich in allen Punkten gerecht: So wurde der Beschwerdeführer einer ausführlichen internistischen, angiologischen und psychiatrischen Exploration durch die jeweiligen Fachärzte unterzogen (IV-Nr. 146.1 S. 7 ff., 20 ff., 60 ff.). Damit wurden auch die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden berücksichtigt. Im Rahmen des internistischen Teilgutachtens wurde zudem eine klinisch-internistische Untersuchung durchgeführt (IV-Nr. 146.1 S. 11 f.) und anlässlich des angiologischen Teilgutachtens fanden eine Systemanamnese / vegetative Anamnese sowie Zusatzuntersuchungen im Sinne einer farbkodierten Duplexsonographie der Becken-, Beinarterien beidseits, eine oszillographische Bestimmung des Knöchel-Arm-Index, Ankle-Brachial-Index ABI (rechts / links) und eine Laufbandergometrie statt (IV-Nr. 146.1 S. 23 ff.). Im Rahmen des psychiatrischen Teilgutachtens wurden weiter ein psychiatrischer Untersuchungsbefund nach AMDP erhoben sowie Laboruntersuchungen durchgeführt (IV-Nr. 146.1 S. 41 f.). Damit beruht das Gutachten auf allseitigen Untersuchungen. Durch das Zusammentragen sämtlicher Akten, insbesondere der Arztberichte in chronologischer Reihenfolge unter dem Titel «Aktenauszug / Fachübergreifende Aktenzusammenfassung» (IV-Nr. 146 S. 2 ff.) sowie den im angiologischen und psychiatrischen Teilgutachten aufgeführten fachspezifisch relevanten Akten (IV-Nr. 146.1 S. 15 ff, 30 ff.), wurde das Gutachten in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben. Zudem sind die Ausführungen der Gutachter schlüssig und nachvollziehbar: So ist aufgrund der Blutdruckmessungen mit einem Blutdruck im Liegen von rechts 150/100 und links 148/98 sowie einem regelmässigen Puls von 68 (IV-Nr. 146.1 S. 12 oben) nachvollziehbar, dass der internistische Gutachter Dr. med. T.\_\_\_\_ darlegte, es sei bei der Untersuchung ein leicht erhöht gemessener arterieller Blutdruck aufgefallen, ansonsten imponiere ein altersentsprechend guter Allgemeinzustand ohne klinische Hinweise auf weitere kardiovaskuläre Folgekrankheiten (IV-Nr. 146.1 S. 13 unten). Aufgrund der Angaben des Beschwerdeführers betreffend die eingenommenen Medikamente (u.a. Marcoumar nach Quick, IV-Nr. 146.1 S. 11) überzeugt auch die weitere Ausführung des Allgemeinmediziners, dass beim Beschwerdeführer wegen der Dauerantikoagulation mit Marcoumar bei sturzgefährdenden Arbeiten und fehlender Verfügbarkeit von medizinischer Versorgung / Bluttransfusionsdiensten (z.B. Einsätze in Entwicklungsländern) Vorsicht geboten sei; überwiegend schwere, gelegentlich schwere körperliche Arbeiten und solche

mit grosser Verletzungsgefahr seien bei Dauerantikoagulation mit Marcoumar nicht zumutbar (IV-Nr. 146.1 S. 14 oben). Da der Beschwerdeführer bei der klinischen Untersuchung die Funktionstests mit dem linken Bein nicht ausführte (IV-Nr. 146.1 S. 12), so u.a. die Hocke und den Einbeinstand links, und er diesbezüglich gegenüber dem internistischen Experten angegeben habe, er sehe sich als Folge der jahrelangen «Fehlbehandlungen» wegen Schmerzen in der linken Leiste und an der Innenseite des Beines als vollkommen arbeitsunfähig an (IV-Nr. 146.1 S. 10 oben), vermag der in diesem Zusammenhang beim Gutachter entstandene Eindruck einzuleuchten, wonach die diffusen und schwer fassbaren Klagen des Beschwerdeführers ausschliesslich betreffend das linke Bein Ausdruck seiner Vorstellung seien, er sei von den Ärzten falsch behandelt worden (IV-Nr. 146.1 S. 14). Die Schmerzen im Bereich der linken Innenseite des Oberschenkels mit Ausstrahlung ins gesamte linke Bein und in die linke Leiste gab der Beschwerdeführer auch gegenüber dem angiologischen Gutachter Dr. med. U.\_\_\_\_ an (IV-Nr. 146.1 S. 20 unten). Dabei habe er eine Belastungsabhängigkeit verneint, eine Verschlechterung bei kalter Witterung geschildert und eine Verbesserung in liegender Körperposition angegeben. Aufgrund der durchgeführten Untersuchungen hielt der Angiologe in nachvollziehbarer Weise fest, die vom Beschwerdeführer geschilderten Schmerzen im Bereich der Innenseite des linken Oberschenkels mit Ausstrahlung nach distal und proximal seien durch die gefässchirurgischen Massnahmen nur schwer zu erklären (IV-Nr. 146.1 S. 27). Ohne Zweifel könnten operative Massnahmen zu Läsionen kutaner Nervenäste führen, die im Einzelfall auch anhaltende, subjektiv als sehr unangenehm empfundene Symptome bedingen könnten. Dennoch überrasche den angiologischen Experten das Ausmass und die Lokalisation der vom Beschwerdeführer geschilderten Beschwerden und ihm seien diese, auch bei langjähriger Tätigkeit in einem sehr aktiven, operativ ausgerichteten gefässmedizinischen Zentrum, noch nie begegnet. Daher vermag die gutachterliche Schlussfolgerung zu überzeugen, dass aus angiologischer Sicht eine abschliessende Beurteilung dieses Schmerzgeschehens nicht möglich sei und abschliessend gegebenenfalls durch einen Neurologen erfolgen müsse. Der psychiatrische Gutachter Prof. Dr. med. V.\_\_\_\_ hielt aufgrund seiner Exploration fest, es bestehe aktuell ein psychopathologisch im Wesentlichen unauffälliger Befund, allerdings unter einer zum gutachterlichen Zeitpunkt adäquat dosierten Psychopharmakotherapie (IV-Nr. 146.1 S. 44 unten). Diese Einschätzung erscheint plausibel, da der psychiatrische Untersuchungsbefund nach AMDP weitgehend unauffällig ausfiel. So wurden u.a. die Orientierung, das Verhalten in der Gesprächssituation, die Aufmerksamkeit, die Konzentrationsfähigkeit / Konzentrationsbereitschaft und die Auffassungsgabe, das formale und inhaltliche Denken, der Affekt sowie der Antrieb des Beschwerdeführers als nicht beeinträchtigt bezeichnet (IV-Nr. 146.1 S. 40). Zudem konnte anhand der durchgeführten Laboruntersuchungen (IV-Nr. 146.1 S. 42 oben) mit Ausnahme des Paracetamols sowohl bei Trazodon, Venlafaxin, Desmethylvenlafaxin sowie Pregabalin je ein Wert im therapeutischen Bereich festgestellt werden. Damit kann dem Gutachten der Begutachtungsstelle H.\_\_\_\_ vom 6. September 2016 grundsätzlich voller Beweiswert zugesprochen werden. 7.2 Nachfolgend ist zu prüfen, ob die vorliegenden medizinischen Akten dem grundsätzlichen Beweiswert der Diagnosen und Ergebnisse der Gutachter der Begutachtungsstelle H.\_\_\_\_ vom 6. September 2016 allenfalls entgegenstehen. 7.2.1 Im allgemeininternistischen Teilgutachten vom 14. Juni 2016 (IV-Nr. 146.1 S. 1) hielt Dr. med. T.\_\_\_\_ fest, es lägen ab dem Referenzdatum keine Einschätzungen vor, die er diskutieren und versicherungsmedizinisch würdigen könne (vgl. IV-Nr. 146.1 S. 14).

Diesen Ausführungen kann gestützt auf die vorliegenden medizinischen Akten gefolgt werden. Demnach wird der Beweiswert des allgemeininternistischen Teilgutachtens der Begutachtungsstelle H.\_\_\_\_ nicht verringert.

7.2.2 Eingehend auf das angiologische Teilgutachten von Dr. med. U.\_\_\_\_ vom 13. Juni 2016 (IV-Nr. 146.1 S. 1) ist auf den Bericht des R.\_\_\_\_ vom 13. Januar 2015 (vgl. E. II. 6.2.4 hiervor) einzugehen. Bereits in diesem Bericht wurde die Diagnose einer «PAVK Stadium IIa links» aufgeführt, die durch den angiologischen Gutachter im Rahmen seines Teilgutachtens bestätigt wurde, indem er die Hauptdiagnose «Periphere arterielle Verschlusskrankheit vom Mehretagentyp links, klinisches Stadium II a nach Fontaine» auswies, dieser indes keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit zusprach. Damit liegt kein Widerspruch zum Bericht des R.\_\_\_\_ vor. So äusserten sich die Ärzte im damaligen Bericht nicht zur Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers. In diesem Sinn führte bereits der RAD-Arzt Dr. med. G.\_\_\_\_ in seiner Stellungnahme vom 12. April 2016 (vgl. E. II. 6.2.7 hiervor) aus, der Bericht des R.\_\_\_\_ nehme nicht Stellung zur (Rest-) Arbeitsfähigkeit. Die im Rahmen des Berichts vom 13. Januar 2015 ausserdem ausgewiesene Zunahme der Flussbeschleunigung im Bereich des Bypasses im distalen Oberschenkel auf 1,83 m/s, entsprechend einer «> 50%igen Stenose», seit der Voruntersuchung vom 5. Dezember 2014 liess sich anlässlich der Untersuchungen im angiologischen Teilgutachten nicht bestätigen. So hielt der angiologische Gutachter fest, der iliako-femoro-popliteale Bypass links weise im distalen Drittel eine «maximal 50%ige Stenose» auf (IV-Nr. 146.1 S. 25). Es ist daher nachvollziehbar, dass der angiologische Gutachter eine aktuell bestehende hämodynamisch stabile Situation auswies (IV-Nr. 146.1 S. 28 oben). Damit vermag der Bericht des R.\_\_\_\_ vom 13. Januar 2015 die beweismässigen Ausführungen und Befunde des angiologischen Gutachters nicht zu schmälern.

7.2.3 In Bezug auf das psychiatrische Teilgutachten von Prof. Dr. med. V.\_\_\_\_ vom 11. Juli 2016 (IV-Nr. 146.1 S. 1, S. 30 ff.) ist im Wesentlichen auf die Einschätzungen des den Beschwerdeführer seit 2009 behandelnden Psychiaters und Psychotherapeuten Dr. med. I.\_\_\_\_ einzugehen: Dr. med. I.\_\_\_\_ führte in seinen Berichten bzw. Schreiben stets die Diagnose einer «depressiven Episode schweren Grades gemäss ICD-10 F32.2» auf. In seiner E-Mail vom 26. Juli 2012 (vgl. E. II. 6.2.2 hiervor) stützte er sich dabei insbesondere auf den anlässlich der Durchführung des Hamilton-Tests vom 25. Juli 2012 (vgl. E. II. 6.2.3 hiervor) erzielten Score von 42 Punkten, was einer schweren Depression gemäss ICD-10 F32.2 entspreche. Dieser Einschätzung kann indes nicht ohne weiteres gefolgt werden. So kann zwar gestützt auf eine entsprechende Fremdbeurteilungsskala der Schweregrad einer depressiven Episode erhoben werden. Da jedoch aus dieser E-Mail nicht ersichtlich ist, auf welche Befunde sich der behandelnde Psychiater bei dieser Diagnosestellung konkret stützte, vermag diese Diagnose nicht einzuleuchten. In diesem Sinn hielt auch der psychiatrische Gutachter Prof. Dr. med. V.\_\_\_\_ fest, die Hamilton Skala sei nicht geeignet, eine depressive Erkrankung zu diagnostizieren (IV-Nr. 146.1 S. 43). Auch im Schreiben vom 3. September 2012 an die O.\_\_\_\_ (vgl. E. II. 6.2.3 hiervor) ergibt sich diesbezüglich nichts Neues. So hielt der behandelnde Psychiater einzig fest, der Beschwerdeführer befinde sich u.a. wegen der schweren depressiven Störung seit 2009 bei ihm in Behandlung und verwies in Bezug auf weitere Einzelheiten auf die psychiatrischen Anamnesen der psychiatrischen Berichte, ohne sich mit diesen substantiiert auseinanderzusetzen. Ähnliches ergibt sich auch aus dem Verlaufsbericht von Dr. med. I.\_\_\_\_ vom 20. November 2015 (vgl. E. II. 6.2.5 hiervor), in welchem ebenfalls eine depressive Episode schweren Grades (ICD-10 F32.2.) ausgewiesen wurde, aber keine Auseinandersetzung mit den dafür notwendigen Kriterien stattfand. Jedenfalls ist eine

solche dem entsprechenden Bericht nicht zu entnehmen. In diesem Bericht finden sich indes zum ersten Mal nähere Angaben zu den psychiatrischen Befunden. So wurde das Denken als verlangsamt beschrieben, es gebe umständliche «versandende» Schilderungen, Perseverationen und der Beschwerdeführer sei inhaltlich auf die Schmerzbekämpfung fixiert. Es fehlt jedoch auch hier an einer Begründung, wie sich aus diesen festgestellten Befunden eine schwere depressive Episode herleiten lässt. Deshalb und aufgrund der in diesem Verlaufsbericht ebenfalls festgestellten 42 Punkte beim Hamilton-Test vom 25. Juli 2012, ist auch hier davon auszugehen, dass Dr. med. I.\_\_\_\_ seine Diagnose einer schweren depressiven Störung im Wesentlichen auf dieses Testverfahren stützte. Folglich kann den Ausführungen in diesem Bericht nicht gefolgt werden. Die Tatsache, wonach es dem Beschwerdeführer möglich gewesen sei, im Sommer 2012 in sein Herkunftsland zu reisen (IV-Nr. 146.1 S. 36), spreche ausserdem gemäss dem psychiatrischen Gutachter als weiterer Beleg dafür, dass keine schwerwiegende depressive Störung vorgelegen haben könne. So könne im Fall einer schwerwiegenden Störung doch keinesfalls eine anstrengende Reise unternommen werden. Diese gutachterliche Einschätzung ist nachvollziehbar. Prof. Dr. med. V.\_\_\_\_ führte in diesem Zusammenhang in schlüssiger Weise aus (IV-Nr. 146.1 S. 45), es handle sich beim Beschwerdeführer um eine chronische, mehrere Jahre dauernde depressive Verstimmung, die in der Regel weder schwer noch hinsichtlich einzelner Episoden anhaltend genug sei, um die Kriterien einer schweren, mittelgradigen oder leichten rezidivierenden Störung zu erfüllen. Diese Beurteilung vermag aufgrund der vorliegenden medizinischen Akten einzuleuchten. So befindet sich der Beschwerdeführer auch seit 2008 in psychiatrischer Behandlung. Der Gutachter hielt weiter fest, dass sich eine Dysthymie auf dem Boden von wiederholt auftretenden depressiven Verstimmungen oder auch depressiven Episoden entwickeln könne und einer früher sogenannten depressiven Entwicklung entspreche. Insgesamt könne nach den vorliegenden Dokumenten von einer anlassbezogenen Verschlechterung des Befindens ausgegangen werden, z.B. nach Kündigung des Arbeitsverhältnisses und der Attestierung einer Eingliederungsfähigkeit von 2 x 3 Stunden / Tag oder durch das Verhalten der Söhne 2011, dem Vater weitere Unterstützung zukommen zu lassen. Der Beschwerdeführer führe ein unverändert strukturiertes, wenn auch erkennbar eintöniges Leben im Kreis seiner Familie, er halte die Tagesstruktur aufrecht, Erklärungen für mangelnde Initiative oder Änderungen in seinem Alltagsverhalten seien Geldmangel oder Gewohnheiten. Hier seien Persönlichkeitszüge zu erkennen, die bereits in vorliegenden Dokumenten aus dem Jahr 2005, 2006 und 2010 erkennbar seien. Der Beschwerdeführer zeige eine Fremdattributierung und ein passives Bewältigungsverhalten und auch eine geringe Anstrengungsbereitschaft. Umgekehrt zeige er durchaus ein erkennbares Interesse am politischen und allgemeinen Weltgeschehen und könne sich im geeigneten Milieu an neue Anforderungen anpassen. Diese gutachterlichen Ausführungen lassen sich aufgrund der Angaben des Beschwerdeführers im Rahmen der psychiatrischen Exploration nachvollziehen (IV-Nr. 146.1 S. 37). So habe dieser angegeben, einmal pro Tag albanisches Fernsehen und die Tagesschau in der Schweiz zu schauen. Aufgrund seiner weiteren Schilderungen bezüglich des IS (was der IS mache, sei nicht der Islam, sie würden von irgendjemandem belohnt, so wie bei Hussein, wo es Öl-Interessen gewesen seien, die zum Krieg geführt hätten) und der Angabe, gerne Fussball zu schauen und auch die Europameisterschaft verfolgt zu haben, ist davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer am politischen und allgemeinen Weltgeschehen interessiert ist. Aufgrund seiner weiteren Angaben zum Tagesablauf (IV-Nr. 146.1 S. 36), wonach er nach dem Aufstehen die Toilette mache, fernsehe, bei schönem Wetter etwa 300 m auf der

Strasse gehe, aber nicht einkaufen gehe, um circa 7.00 Uhr einen Kaffee bei der Schwiegertochter trinke, einmal eine Runde mit ihr laufen gehe (circa 700 m), das von der Schwiegertochter vorbereitete Essen um circa 12.00 bis 13.00 Uhr einnehme, und mit ihr dann bis circa 15.00 Uhr oder 16.00 Uhr im Haus bleibe und sie bei gutem Wetter wieder eine Runde laufen würden, er dann und nach dem Abendessen bis 24.00 Uhr fernsehe, aber im Haus gar nichts mache, leuchtet zudem ein, wenn der psychiatrische Gutachter von einem eintönigen und passiven Lebensstil spricht. Da der Beschwerdeführer im Weiteren als psychopathologisch weitgehend unauffällig beschrieben wurde, erscheint plausibel, wenn der psychiatrische Gutachter zum Schluss gelangt, dass eine schwerwiegendere depressive Störung aus jetziger Sicht nicht diagnostiziert werden könne (IV-Nr. 146.1 S. 45). In Bezug auf die im Bericht des R.\_\_\_\_ vom 13. Januar 2015 (vgl. E. II. 6.2.4 hiervor) gestellte Nebendiagnose eines «depressiven Syndroms» kann festgehalten werden, dass die den Bericht verfassenden Ärzte auf die medizinischen Fachgebiete der Angiologie und Gefässchirurgie spezialisiert sind und ihrer psychiatrischen Diagnosestellung daher kaum Beweiswert zukommt. Es ist daher nicht weiter darauf einzugehen. Im Verlaufsbericht vom 20. November 2015 wurde die zuvor durch Dr. med. I.\_\_\_\_ in der E-Mail vom 26. Juli 2012 und im Schreiben vom 3. September 2012 (vgl. E. II. 6.2.2 f. hiervor) ausgewiesene Verdachtsdiagnose auf eine PTBS weder diagnostiziert noch diskutiert. Es ist somit davon auszugehen, dass das im Sommer 2012 Erlebte bzw. Erlittene (vgl. E. II. 6.2.1 hiervor) nicht zu einer ärztlich gesicherten Diagnosestellung einer Posttraumatischen Belastungsstörung geführt hat. Dem entsprechen auch die Ausführungen im Verlaufsbericht vom 30. Januar 2016 (vgl. E. II. 6.2.6 hiervor), in welchem von einer PTBS keine Rede (mehr) ist. In diesem Sinn hielt Prof. Dr. med. V.\_\_\_\_ in seinem psychiatrischen Teilgutachten fest (IV-Nr. 146.1 S. 43), es gebe keine Hinweise auf eine entsprechende Behandlung der PTBS oder auf entsprechende weitere Klagen des Beschwerdeführers. Diesen Ausführungen kann gefolgt werden. So findet sich bspw. in den vorliegenden Akten in Bezug auf die durch den behandelnden Psychiater mit Schreiben vom 3. September 2012 (vgl. E. II. 6.2.3 hiervor) initiierte Überweisung in die O.\_\_\_\_, Spezialprechstunde für PTBS, zur Behandlung, kein entsprechender Bericht. Zudem erwähnte der Beschwerdeführer bei der psychiatrischen Exploration im Rahmen des polydisziplinären Gutachtens vom 11. Juli 2016 keine Anhaltspunkte für eine PTBS (IV-Nr. 146.1 S. 33 f.). Der psychiatrische Gutachter ging auf die Diagnose einer PTBS ein und hielt dabei fest, eine solche ereigne sich nach einer aussergewöhnlichen Bedrohung von katastrophentem Ausmass, die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde. Typische Merkmale einer Posttraumatischen Belastungsstörung gemäss ICD-10 seien das wiederholte Erleben des Traumas in sich aufdrängenden Erinnerungen (Nachhallerinnerungen, Flashbacks), Träumen oder Albträumen, die vor dem Hintergrund eines andauernden Gefühls von Betäubtsein und emotionaler Stumpfheit aufträten. Ferner fänden sich Gleichgültigkeit gegenüber anderen Menschen, Teilnahmslosigkeit der Umgebung gegenüber. Gemäss dem Gutachter sei dies beim Beschwerdeführer gerade nicht der Fall. Diese Einschätzung leuchtet ein, da er weiter darlegte, dass sich der Beschwerdeführer mit Familienangehörigen auseinandersetze, sich z.B. mit seinen Söhnen und mit den Grosskindern beschäftige und sich eher als reizbar beschreibe. So gab der Beschwerdeführer bei der Begutachtung an (IV-Nr. 146.1 S. 36), es fänden zweimal pro Woche gegenseitige Besuche mit seiner Schwester statt und die beiden Brüder treffe er im Schnitt jeweils einmal pro Woche. Zudem gab er betreffend die Sozialkontakte an, fast täglich alle (vier) Kinder und die neun Enkelkinder zu sehen, wobei er sich nicht immer für

die Kinder interessiere. Der Gutachter führte weiter aus, es könne ferner eine Freudlosigkeit bestehen sowie eine Vermeidung von Aktivitäten und Situationen, die Erinnerungen an das Trauma wachrufen könnten. Eine gewisse Freudlosigkeit könne schon seit vielen Jahren vor dem Überfall in [...] angenommen werden, wie die Angaben zur Einschränkung der Genussfähigkeiten im ehelichen Bereich erkennen liessen. Diese Ausführungen lassen sich verifizieren, da der Beschwerdeführer angegeben habe, er habe schon seit 2008 keine Sexualität mehr (IV-Nr. 146.1 S. 38). Meist trete auch ein Zustand von vegetativer Übererregtheit mit Vigilanzsteigerung oder eine übermässige Schreckhaftigkeit auf, die nicht zu explorieren gewesen seien. Eine relevante Schlafstörung liege nicht vor. Dies kann nachvollzogen werden, da der Beschwerdeführer ausführte (IV-Nr. 146.1 S. 38), gegen 24.00 Uhr ins Bett zu gehen und zwischen 4.00 und 4.30 Uhr ohne Wecker aufzuwachen, wobei er öfter schlecht träume und geschlagen oder auch überfahren werde. Da Angst und Depression bei der PTBS ebenfalls häufig mit den genannten Symptomen und Merkmalen assoziiert seien und Suizidgedanken nicht selten seien, führte der psychiatrische Experte aus, beim Beschwerdeführer hätten schon vor dem Unfall Sorgen um seine Zukunft bestanden und er habe in den Jahren 2011 und 2014 Suizidgedanken angegeben. Dies kann bestätigt werden, da der Beschwerdeführer dem psychiatrischen Gutachter mitteilte (IV-Nr. 146.1 S. 33 unten), seit den letzten sechs oder sieben Jahren viel Ärger in sich hineinzufressen, und er 2011 sogar versucht habe, von einer Brücke zu springen und 2014 nach der fünften Operation versucht habe, sich vor einen Zug zu werfen. Es kann aufgrund dieser nachvollziehbaren und überzeugenden Ausführungen von Prof. Dr. med. V.\_\_\_\_ nicht von einer PTBS ausgegangen werden. Auf die im Verlaufsbericht vom 20. November 2015 durch Dr. med. I.\_\_\_\_ erstmals gestellten und anschliessend im Verlaufsbericht vom 30. Januar 2016 bestätigten (vgl. E. II. 6.2.5 f. hiervor) Diagnosen einer «chronischen Schmerzstörung (ICD-10 F45.41)» sowie eines «Abhängigkeitssyndroms Opiate + diverse andere Analgetika (ICD-10 F11.2, F11.3)» ging Dr. med. I.\_\_\_\_ nicht näher ein, weshalb diese Diagnosestellungen nicht zu überzeugen vermögen. So kann nicht ausgeschlossen werden, dass die chronische Schmerzstörung insbesondere auf den subjektiven Angaben des Beschwerdeführers beruht. Der behandelnde Psychiater führte im Verlaufsbericht vom 30. Januar 2016 diesbezüglich einzig aus, es sei eine chronische, therapieresistente Schmerzstörung nachweisbar. Aus den Berichten erhellt im Weiteren auch nicht, um welche Opiate es sich dabei konkret handeln soll. Es hat folglich keine nähere Auseinandersetzung mit diesem Opiatgebrauch stattgefunden. Da der Beschwerdeführer bei der psychiatrischen gutachterlichen Exploration angab, noch nie Alkohol getrunken zu haben und auch sonst keine Drogen zu konsumieren (IV-Nr. 146.1 S. 38 unten), leuchtet ein, dass der Psychiater Prof. Dr. med. V.\_\_\_\_ sich damit nicht weiter auseinandergesetzt hat. Folglich vermögen die Berichte und Schreiben von Dr. med. I.\_\_\_\_ das psychiatrische Teilgutachten von Prof. Dr. med. V.\_\_\_\_ nicht einzuschränken.

7.2.4 Der Beweiswert des polydisziplinären Gutachtens der Begutachtungsstelle H.\_\_\_\_ vom 6. September 2016 wird durch die zeitlich vorangehenden medizinischen Berichte nicht geschmälert.

7.2.5 Es ist zu prüfen, ob der Beweiswert des polydisziplinären Gutachtens allenfalls durch die zeitlich später verfassten ärztlichen Berichte eingeschränkt wird. Diesbezüglich ist einzig auf die beiden E-Mails des behandelnden Psychiaters Dr. med. I.\_\_\_\_ vom 15. und 16. September 2016 einzugehen (vgl. E. II. 6.2.9 hiervor). Dessen allgemein gehaltene Ausführung, wonach es bei Depressionen die Regel sei, dass der Langzeitverlauf einer Depression mit grossen Schwankungen einhergehe, leuchtet zwar ein. Dennoch vermag der behandelnde Psychiater auch hier nicht überzeugend darzutun, weshalb der Beschwerdeführer an einer

Depression anstatt an einer Dysthymie leiden soll. Eine substantiierte Auseinandersetzung mit diesen beiden Diagnosen ist nicht ersichtlich. Zudem vermag Dr. med. I. \_\_\_ auch nicht schlüssig zu begründen, wann beim Beschwerdeführer die voneinander als unabhängig beschriebenen, mehrfachen mittelgradigen und schwer depressiven Zustände bestanden hätten. Seine Kritik am Gutachten, wonach der langzeitliche Rahmen weder bedacht noch erfasst worden sei, überzeugt ebenfalls nicht. So äusserte sich diesbezüglich einerseits der RAD-Arzt Dr. med. G. \_\_\_ in seiner Stellungnahme vom 28. November 2016 (vgl. E. II. 6.2.10 hiervor) dahingehend, dass der langzeitliche Rahmen erfasst und bedacht worden sei. Dieser Einschätzung kann zugestimmt werden. Denn Prof. Dr. med. V. \_\_\_ hielt fest (IV-Nr. 146.1 S. 47 unten), es falle angesichts der vom behandelnden Psychiater zuvor diagnostizierten Störungen und deren Dauer auf, dass bei unzureichendem Ansprechen auf eine ambulant eingeleitete Therapie bis zur stationären Behandlung intensive Massnahmen zur Kontrolle der Compliance und gegebenenfalls deren Verbesserung erforderlich gewesen wären. Auch wäre im Gefolge des im Sommer 2012 erlittenen Überfalls für die Behandlung einer etwaigen posttraumatischen Belastungsstörung ein intensives Debriefing oder ähnliche Massnahmen zu erwarten gewesen. Beides habe nicht stattgefunden. Dies leuchtet ein, da Dr. med. I. \_\_\_ in seinem Verlaufsbericht vom 20. November 2015 (vgl. E. II. 6.2.5 hiervor) festhielt, es hätten früher monatliche Sitzungen stattgefunden und seit Beginn 2015 fänden zwei- bis dreiwöchentliche Sitzungen statt. Daraus kann geschlossen werden, dass die Intensivierung der Frequenz der psychotherapeutischen Sitzungen nicht zeitnah zum Ereignis im Sommer 2012 erfolgte, sondern erst ungefähr 2,5 Jahre später. Folglich ist – wie dies der Gutachter darlegte – unmittelbar nach dem Ereignis 2012 nicht von einer Therapieintensivierung auszugehen. Diesen Ausführungen kann gestützt auf die vorliegenden Akten gefolgt werden. Auch die Überweisung an eine Spezialprechstunde für PTBS sei, so der psychiatrische Gutachter, soweit erkennbar, nicht weiterverfolgt worden, zumindest berichte der Beschwerdeführer nicht davon. Auch diese Einschätzung erweist sich gestützt auf die vorliegenden Akten als nachvollziehbar. So ist jedenfalls kein entsprechender Bericht dokumentiert. Folglich vermögen auch die E-Mails von Dr. med. I. \_\_\_ vom 15. und 16. September 2016 den Beweiswert des polydisziplinären Gutachtens vom 6. September 2016 nicht in Frage zu stellen.

7.3 Wie nachfolgend darzulegen ist, vermögen auch die gegen den Beweiswert des Gutachtens der Begutachtungsstelle H. \_\_\_ gerichteten Vorbringen des Beschwerdeführers (vgl. A.S. 17 ff.) dessen Beweiswert nicht zu schmälern:

7.3.1 Der Beschwerdeführer lässt vorbringen, er habe die Funktionsprüfung bei der Untersuchung betreffend das linke Bein verweigert und der internistische Gutachter habe ihn – da im Gutachten nicht ersichtlich – nicht auf seine Mitwirkungspflicht hingewiesen, weshalb davon ausgegangen werden müsse, es habe keine solche Aufklärung stattgefunden (A.S. 10). Da diese wichtige Funktionsprüfung betreffend das linke Bein, wo der Beschwerdeführer den zentralen Ort seiner Beschwerden angebe, nicht durchgeführt worden sei, sei es nicht nachvollziehbar, dass der Gutachter die Fragen Ziff. 6, 6.1 - 6.5 trotzdem habe beantworten können. Aus den vorliegenden Akten ergibt sich, dass der Beschwerdeführer im Rahmen der Mitteilung der Beschwerdegegnerin vom 3. Mai 2016 (IV-Nr. 143), mit welcher ihm sowohl die gemäss dem Zufallsprinzip zugewiesene Begutachtungsstelle (vgl. E-Mail abraxas vom 30. April 2016, IV-Nr. 142) als auch die Gutachterpersonen inkl. Fachdisziplinen mitgeteilt wurden, auch auf seine Mitwirkungspflicht aufmerksam gemacht wurde. So wurde u.a. explizit festgehalten, dass «soweit ärztliche oder fachliche Untersuchungen für die Beurteilung notwendig und zumutbar» seien, sich die «versicherte Person diesen zu unterziehen» habe. Der

Beschwerdeführer wurde zudem darauf aufmerksam gemacht, dass wenn er den Auskunfts- und Mitwirkungspflichten in unentschuldbarer Weise nicht nachkomme, die Beschwerdegegnerin auf Grund der Akten verfügen oder die Erhebungen einstellen und Nichteintreten beschliessen könne (Art. 43 ATSG). Somit war der Beschwerdeführer durch die Beschwerdegegnerin vor der Begutachtung durch die Begutachtungsstelle H.\_\_\_\_ über seine Mitwirkungspflichten korrekt in Kenntnis gesetzt worden. Dies ist nicht zu beanstanden. Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers fällt es nicht in den Aufgabenbereich eines Begutachters, den Exploranden bei der Verweigerung einer bestimmten Übung bzw. eines bestimmten Tests während einer laufenden Begutachtung auf seine Mitwirkungspflichten hinzuweisen. So können u.a. auch aus dem Verhalten eines Exploranden bzw. dessen Verweigerung bestimmter Übungen gutachterlich wertvolle Schlüsse gezogen werden. Es ist im Übrigen darauf hinzuweisen, dass sich der Beschwerdeführer bereits in der Vergangenheit mehreren Begutachtungen unterziehen musste, weshalb auch deshalb davon ausgegangen werden kann, dass er über seine Pflicht zur Mitwirkung bzw. generell über den Ablauf einer Begutachtung hinreichende Kenntnisse hatte. Aufgrund dieser Ausführungen läuft auch das weitere Vorbringen des Beschwerdeführers (A.S. 10), wonach auch bei der angiologischen Begutachtung, in deren Rahmen er die Laufbandergometrie-Untersuchung nach wenigen Metern aufgrund mangelnder Kooperation abgebrochen habe, kein Hinweis auf die Mitwirkungspflicht erfolgt sei, ins Leere. Es kann in diesem Zusammenhang weiter festgehalten werden, dass es den Gutachtern auch möglich ist, Fragen der Beschwerdegegnerin zu beantworten, obschon sich der Beschwerdeführer nicht sämtlichen beabsichtigten Untersuchungen unterzogen hat. Diesbezüglich können die Gutachter u.a. auf – wie dies die Beschwerdegegnerin korrekt festhielt (A.S. 2) – Angaben aus den medizinischen Vorakten zurückgreifen. Das Vorbringen des Beschwerdeführers (A.S. 12), wonach dieser Argumentation nicht gefolgt werden könne, da solchenfalls geradesogut ein reines Aktengutachten hätte durchgeführt werden können, vermag nicht zu überzeugen. So war es vorliegend nicht primär die Aufgabe der Gutachter des Begutachtungsinstituts H.\_\_\_\_, aufgrund der zeitlich zuvor verfassten medizinischen Berichte eine Beurteilung abzugeben. Die Gutachter können die Vorakten indes bspw. heranziehen, wenn die durch sie durchgeführten Untersuchungen nicht zu einem eindeutigen Ergebnis kommen. Es kann daher in diesem Zusammenhang nicht von einem «Aktengutachten» gesprochen werden.

7.3.2 Der Beschwerdeführer lässt weiter geltend machen, das polydisziplinäre Gutachten des Begutachtungsinstituts H.\_\_\_\_ vom 6. September 2016 sei unvollständig, weil keine neurologische Begutachtung erfolgt sei (A.S. 14). Es trifft zu, dass die Begutachtung – wie bereits diejenige der Begutachtungsstelle E.\_\_\_\_ vom 30. November 2010 (vgl. E. II. 6.1 hiervor) – keine neurologische Untersuchung umfasste. Angesprochen wurde eine mögliche neurologische Abklärung im Rahmen des aktuellen Gutachtens durch den angiologischen Teilgutachter Dr. med. U.\_\_\_\_. Dieser führt in seiner Beurteilung aus (IV-Nr. 146.1 S. 27), objektiv nachweisbar sei aus Sicht seines Fachgebiets eine Claudicatio intermittens im Stadium IIa / IIb nach Fontaine links im Jahr 2003, die zur ersten Bypassoperation Anlass gegeben habe. Der weitere, komplizierte Verlauf mit rezidivierenden Bypassverschlüssen sei durchaus nicht untypisch, auch wenn klassische vaskuläre Risikofaktoren nicht hätten nachgewiesen werden können und eine thrombophile Diathese ausgeschlossen worden sei. Aktuell bestehe eine stabile Symptomatik im Stadium IIa nach Fontaine, die plausibel erscheine. Die vom Beschwerdeführer geschilderten Schmerzen im Bereich der Innenseite des linken Oberschenkels mit Ausstrahlung nach distal und proximal seien durch die

gefässchirurgischen Massnahmen nur schwer zu erklären. Ohne Zweifel könnten operative Massnahmen zu Läsionen kutaner Nervenäste führen, die im Einzelfall auch anhaltende, subjektiv als sehr unangenehm empfundene Symptome bedingen könnten. Das Ausmass und die Lokalisation der vom Beschwerdeführer geschilderten Beschwerden überrasche jedoch und sei dem Gutachter, auch bei langjähriger Tätigkeit in einem sehr aktiven, operativ ausgerichteten gefässmedizinischen Zentrum, noch nie begegnet. Hinsichtlich der Genese seien die zur Verfügung stehenden Unterlagen widersprüchlich. Eine abschliessende Beurteilung dieses Schmerzgeschehens sei angiologischerseits nicht möglich und müsste abschliessend gegebenenfalls durch einen Neurologen erfolgen. Der angiologische Teilgutachter hält also zusammengefasst fest, er sei nicht in der Lage zu beurteilen, ob die vom Beschwerdeführer geklagten Schmerzen im Bereich der Innenseite des linken Oberschenkels mit Ausstrahlung nach distal und proximal auf eine Läsion eines Nervenastes zurückgingen, zu der es bei den operativen Eingriffen im Jahr 2003 gekommen sein könnte. Er weist darauf hin, dass diesbezüglich unterschiedliche Beurteilungen vorlägen. Dr. med. U. \_\_\_ nimmt damit Bezug auf die Berichte und Stellungnahmen des Neurologen Dr. med. X. \_\_\_ vom 19. Februar 2004 (IV-Nr. 132 S. 23 f.), des Neurochirurgen Dr. med. AA. \_\_\_ vom 10. November 2004 (IV-Nr. 8 S. 12 ff.) sowie des Neurologen Dr. med. Y. \_\_\_, Z. \_\_\_, vom 5. März 2009 (IV-Nrn. 65, 80) und vom 24. September 2009 (IV-Nr. 83). Die Berichte von Dr. med. X. \_\_\_ und Dr. med. AA. \_\_\_, welche übereinstimmend eine objektivierbare neurologische Ursache für die vom Beschwerdeführer geschilderten Beschwerden verneinen, waren dem Versicherungsgericht bereits bekannt, als es das Urteil vom 10. Juli 2008 (IV-Nr. 60) fällte. Sie verneinen das Vorliegen einer objektivierbaren neurologischen Pathologie und sind auch deshalb von vornherein nicht geeignet, die aktuelle Einschätzung zu verändern. Die Stellungnahmen von Dr. med. Y. \_\_\_, der es für möglich hält, dass es anlässlich der Operation vom 2. Mai 2007 zu einer Nervenläsion gekommen sein könnte, lagen dem Begutachtungsinstitut E. \_\_\_ vor, als das Gutachten vom 30. November 2010 (IV-Nr. 91) erstattet wurde. Die Gutachter fanden keinen Anlass, eine ergänzende neurologische Untersuchung durchzuführen. Diese Einschätzung wurde durch die Beschwerdegegnerin mit der Verfügung vom 16. März 2012 übernommen und im Rechtsmittelverfahren durch das Versicherungsgericht in seinem Urteil vom 23. Dezember 2013 bestätigt. Nach Lage der Akten hat seit 2009 keine neurologische Untersuchung oder Behandlung mehr stattgefunden. Auch die Beschwerdeschilderung hat sich nicht in einer Weise verändert, welche nunmehr stärker auf eine entsprechende Symptomatik hinweisen würde. Die Neuanmeldung vom 23. Februar 2016 erfolgte vielmehr wegen einer Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes bei ansonsten «weiterhin» bestehenden Schmerzen (vgl. IV-Nr. 134). Der angiologische Gutachter Dr. med. U. \_\_\_ hält überdies sinngemäss fest, die vom Beschwerdeführer geschilderten Beschwerden passten gemäss seiner langjährigen Erfahrung nicht zu einer Nervenverletzung, welche bei einem derartigen Eingriff vorkommen könnte. Es besteht daher kein Anlass, die damalige, in rechtskräftigen Entscheiden festgehaltene Einschätzung, eine neurologische Abklärung sei für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nicht erforderlich, infrage zu stellen. Wenn die Beschwerdegegnerin auf eine ergänzende neurologische Begutachtung verzichtet hat, lässt sich dies somit nicht beanstanden. 7.4 Dem polydisziplinären Gutachten der Begutachtungsstelle H. \_\_\_ vom 16. September 2016 ist somit der volle Beweiswert zuzusprechen. Die Beschwerdegegnerin hat mit Verfügung vom 6. Juni 2017 (A.S. 1 ff.) zu Recht auf dieses Gutachten abgestellt. Es ist daher davon auszugehen, dass der

Beschwerdeführer in seiner angestammten Tätigkeit voll arbeitsfähig ist. 8. Im Vergleich zum letzten rechtskräftigen Entscheid der Beschwerdegegnerin vom 16. März 2012 (IV-Nr. 108) hat sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 6. Juni 2017 in rechtsrelevanter Weise verändert. So wurde dem Beschwerdeführer im Zeitpunkt des Entscheids vom 16. März 2012 gestützt auf die diagnostizierte «PAVK der unteren Extremität links Stadium I» eine Arbeitsfähigkeit von 70 % ab circa Mai 2007 in der angestammten Tätigkeit und eine volle Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit zugesprochen (IV-Grad 30 %). Im Zeitpunkt der Verfügung vom 6. Juni 2017 ergab sich in Bezug auf die gesundheitliche Situation des Beschwerdeführers gemäss dem polydisziplinären Gutachten der Begutachtungsstelle H.\_\_\_\_ vom 6. September 2016 keine krankheitswertige gesundheitliche, insbesondere auch keine angiologische Problematik mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit mehr. Es ist daher in Bezug auf die somatische Gesundheitssituation des Beschwerdeführers von einer Verbesserung auszugehen. Bei der psychiatrischen gesundheitlichen Situation ist nicht von einer wesentlichen Veränderung auszugehen. So wurden im Gutachten der E.\_\_\_\_ vom 30. November 2010 (vgl. E. II. 6.1 hiervor) als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine depressive Entwicklung (ICD-10 F32.0) sowie als Differentialdiagnose eine Anpassungsstörung (ICD-10 F43.2) ausgewiesen. Dementsprechend wurde auch im Rahmen des Gutachtens der H.\_\_\_\_ vom 6. September 2016 eine Dysthymie (ICD-10 F34.1) festgestellt, welcher keine Auswirkungen auf eine Arbeitsfähigkeit beigemessen wurden. 9. Da im Zeitpunkt des Gutachtens vom 6. Juni 2016 insgesamt eine Verbesserung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers ausgewiesen ist (vgl. E. II. 8 hiervor) und dem Beschwerdeführer eine volle Arbeitsfähigkeit in seiner angestammten Tätigkeit zumutbar ist, ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin in ihrer Verfügung vom 6. Juni 2017 (A.S. 1 ff.) auf die Durchführung eines Einkommensvergleichs verzichtet hat. In Bezug auf berufliche Massnahmen lässt sich – wie bereits unter II. E. 2.3 hiervor ausgeführt – festhalten, dass Invalide oder von einer Invalidität bedrohte Versicherte Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen gemäss Art. 8 Abs. 1 IVG haben. Aufgrund der vorangehenden Ausführungen ist der Beschwerdeführer indes weder invalid noch von Invalidität bedroht. Damit erübrigt sich eine entsprechende Prüfung. Die Beschwerdegegnerin hat somit das diesbezügliche Leistungsbegehren des Beschwerdeführers zu Recht abgelehnt. 10. Damit ist die angefochtene Verfügung vom 6. Juni 2017 zu bestätigen und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen. Der Beschwerdeführer hat somit weder Anspruch auf eine Invalidenrente noch auf berufliche Eingliederungsmassnahmen. 11. Da der Beschwerdeführer nicht obsiegt, hat er grundsätzlich keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 61 lit. g ATSG). Allerdings hat der Versicherungsträger bei einer Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör die Gegenpartei insoweit zu entschädigen, als bei dieser nennenswerte (zusätzliche) Kosten entstanden sind, die ohne die Gehörsverletzung nicht angefallen wären (Urteil des Bundesgerichts 8C\_325/2007 vom 18. Februar 2008 mit Hinweis). Hier rechtfertigt sich eine solche Kostenausscheidung: So ist von einer leichtgradigen Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör auszugehen (vgl. E. II. 5.5 hiervor), was einen Zusatzaufwand bewirkt hat. So lag der Vertreterin des Beschwerdeführers zwar die Stellungnahme des RAD-Arztes als solche nicht vor, deren Inhalt wurde aber in der Verfügung vom 6. Juni 2017 korrekt wiedergegeben, was in der Eingabe vom 19. April 2018 auch ausdrücklich anerkannt wird. Somit steht dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von total CHF 540.00 (2 Stunden x

CHF 250.00 + 8 % MwSt) zu. 12. Der Beschwerdeführer steht ab Prozessbeginn im Genuss der unentgeltlichen Rechtspflege (vgl. E. I. 8 hiervor).

12.1 Die Kostenforderung ist bei Unterliegen der Partei mit unentgeltlichem Rechtsbeistand vom Gericht festzusetzen. Der Kanton entschädigt die unentgeltliche Rechtsbeiständin oder den unentgeltlichen Rechtsbeistand angemessen (Art. 122 Abs. 1 lit. a Schweizerische Zivilprozessordnung [ZPO, SR 272]). Die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers Barbara Wyler hat am 19. April 2018 eine aktualisierte Kostennote eingereicht (A.S. 54 f.), worin sie einen Kostenersatz von insgesamt CHF 4'509.70 geltend macht. Das auf einem Stundensatz von CHF 250.00 basierende Honorar beruht auf einem Aufwand von total 15,92 Stunden. Bemühungen, die praxisgemäss als Kanzleiaufwand gelten, sind im Stundenansatz einer Rechtsanwältin enthalten und werden nicht gesondert entschädigt. Dies trifft zu auf die beiden Positionen «Fristerstreckungsgesuch» vom 9. März 2018 à 0,25 Std. und vom 28. März 2018 0,17 Std. sowie die beiden Positionen «Eingang Verfügung Versicherungsgericht SO, Eintragen Frist, Schreiben an Klient» vom 23. Oktober 2017 und «Eingang Verfügung Versicherungsgericht SO, Eintragen Frist, Schreiben an Klient und Rückschein Versicherungsgericht SO» vom 28. Februar 2018 à 0,17 Std. Damit reduziert sich der Aufwand um insgesamt 0,76 Std. auf total 15,16 Std. (2017: 12,74 Std. und 2018: 2,42 Std.). Somit betrug der anteilmässige Aufwand im Jahr 2017 84 % und im Jahr 2018 16 %. Unter Berücksichtigung der als Parteientschädigung vergüteten 2 Stunden (vgl. E. II. 11 hiervor), beträgt der Aufwand insgesamt noch 13,16 Stunden (2018: 11,06 Std. und 2017: 2,1 Stunden). Dieser erscheint im Vergleich zu ähnlich gelagerten Fällen als angemessen. Die geltend gemachten Auslagen von total CHF 197.80 werden ebenfalls anteilmässig (84 % : 16 %) aufgeteilt. Damit beträgt der Aufwand 2017 CHF 166.15 und 2018 CHF 31.65. Der Stundenansatz beträgt gemäss § 161 i.V.m. § 160 Abs. 3 Gebührentarif (GT, BGS 615.11) CHF 180.00. Damit ergibt sich eine Entschädigung von CHF 2'770.70 (CHF 2'329.50 [11,06 Stunden x CHF 180.00 = CHF 1'990.80, zuzügl. Auslagen von CHF 166.15 und einer MwSt von 8 % =] + CHF 441.20 [2,1 Std. x CHF 180.00 = CHF 378.00, zuzügl. Auslagen von CHF 31.65 und einer MwSt von 7,7%]), zahlbar durch die Zentrale Gerichtskasse des Kantons Solothurn. Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren, wenn A.\_\_\_\_ zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

12.2 Vorbehalten bleibt auch der Nachzahlungsanspruch des unentgeltlichen Rechtsbeistandes von CHF 710.35, wenn der Beschwerdeführer zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO). Zum Nachzahlungsanspruch des unentgeltlichen Rechtsbeistandes ist anzufügen, dass hier – mit Blick auf den Gehörsanspruch des Beschwerdeführers – von einem Stundenansatz von CHF 230.00 (vgl. § 160 Abs. 2 GT) auszugehen ist, wenn – wie vorliegend der Fall – keine Honorarvereinbarung mit dem Klienten vorgelegt wird, die einen höheren Ansatz vorsieht.

12.3 Aufgrund von Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 – 1'000.00 festgelegt. Im vorliegenden Fall hat der Beschwerdeführer an die gesamten Verfahrenskosten einen Betrag von CHF 600.00 zu bezahlen, die jedoch infolge Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege durch den Kanton Solothurn zu übernehmen sind (Art. 122 Abs. 1 lit. b ZPO). Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren, wenn A.\_\_\_\_ zur Rückzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

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