

SO_GERICHTE VSBES.2017.214 vom 17. Oktober 2018

SO Obergericht, 2018-10-17, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2017.214_d20181017

FR: SO_GERICHTE VSBES.2017.214 du 17 octobre 2018

IT: SO_GERICHTE VSBES.2017.214 del 17 ottobre 2018

Regeste

Invalidenrente und berufliche Massnahmen

Erwägungen

E. 1

Die Verfügung der IV-Stelle Solothurn vom 27. Juli 2017 sei aufzuheben.

E. 2

a) Dem Beschwerdeführer seien weiterhin die gesetzlichen IVG-Leistungen (weitere berufliche Eingliederungsmassnahmen, Invalidenrente) bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % zzgl. einem Verzugszins von 5 % auszurichten. b) Eventualiter: Es sei ein medizinisches Gerichtsgutachten unter Einbezug mindestens der orthopädischen, internistischen, psychiatrischen, rheumatologischen, neurologischen und neuropsychologischen Fachrichtungen einzuholen. c) Subeventualiter: Die Beschwerdesache sei zur medizinischen Neubegutachtung und zu beruflich-erwerbsbezogenen Abklärungen an die IV-Stelle Solothurn zurückzuweisen.

E. 3

Es seien festzustellen, dass kein rechtsgenügendes Mahn-Bedenkzeit-Verfahren durchgeführt wurde.

E. 3.1

Sowohl im Verwaltungsverfahren wie auch im kantonalen Sozialversicherungsprozess gilt der Untersuchungsgrundsatz (Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben Verwaltung 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 geltenden – Grundsatz der freien Beweiswürdigung auf. Führen die im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen den Versicherungsträger oder das Gericht bei umfassender, sorgfältiger, objektiver und inhaltsbezogener Beweiswürdigung (BGE 132 V 393 E. 4.1 S. 400) zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich (BGE 126 V 353 E. 5b S. 360, 125 V 193 E. 2 S. 195, je mit Hinweisen) zu betrachten, und es könnten weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, so liegt im Verzicht auf die Abnahme weiterer Beweise keine Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 134 I 140 E. 5.3 S. 148, 124 V 90 E. 4b S. 94). Bleiben jedoch erhebliche Zweifel an Vollständigkeit und/oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellung bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von

zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteile des Bundesgerichts 8C_909/2010 vom 1. März 2011 E. 4.1, 8C_1021/2009 vom 3. November 2010 E. 4.2, 8C_101/2010 vom 3. Mai 2010 E. 4.1 und 9C_167/2009 vom 28. Mai 2009 E. 3.1).

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; BGE 125 V 352 E. 3a). 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 (BGE 135 V 465 E. 4.4 S. 470, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

4. Strittig ist, ob die Beschwerdegegnerin die dem Beschwerdeführer mit Verfügung vom 15. Februar 2008 (IV-Nr. 64) rückwirkend ab 1. Mai 2007 zugesprochene ganze Rente mit der angefochtenen Verfügung vom 27. Juli 2017 (A.S. 1 ff.) zu Recht aufgehoben hat. Das Vorbringen des Vertreters des Beschwerdeführers anlässlich der Verhandlung vom 28. August 2018, wonach als Referenzzeitpunkt nicht auf das Datum der Verfügung vom 15. Februar 2008 abgestellt werden könne, da der Sachverhalt nicht rechtskonform abgeklärt worden sei, läuft ins Leere. So bildet – wie bereits in E. II. 2.7 hiervor ausgeführt – der zeitliche Referenzpunkt für die Prüfung einer anspruchserheblichen Änderung die letzte rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs beruht. Unter einer Sachverhaltsabklärung im Sinne von BGE 133 V 108 muss eine Abklärung verstanden werden, die – wenn sie inhaltlich zu einem anderen Ergebnis führt – geeignet ist, eine Rentenerhöhung, -herabsetzung oder -aufhebung zu begründen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_213/2015 vom 5. November 2015 E. 4.3.2). Dies trifft vorliegend auf die Verfügung vom 15. Februar 2008 zu. Die Beschwerdegegnerin geht davon aus, dass gestützt auf das polydisziplinäre Gutachten der Begutachtungsstelle J. ___ vom 4. Februar 2016 von einer Verbesserung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers auszugehen sei. So hätten sich die neurokompressiven Diskushernien deutlich verbessert, was einen Revisionsgrund darstelle. Nach Bejahung eines Revisionsgrundes sei im Rahmen der vorzunehmenden Neueinschätzung von Gesundheitszustand und Arbeitsfähigkeit die gesundheitliche Gesamtsituation zu würdigen. Die Neueinschätzung ergebe sich ohne weiteres aus dem polydisziplinären Gutachten vom 4. Februar 2016. Die mit der Bestimmung von Art. 17 Abs. 1 ATSG geregelte Rentenrevision setzt zunächst voraus, dass ein Revisionsgrund im Sinne einer erheblichen Veränderung des relevanten Sachverhalts mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen ist. Trifft dies zu, ist der Invaliditätsgrad auf der Grundlage eines richtig und vollständig festgestellten Sachverhalts neu und ohne Bindung an frühere Invaliditätsschätzungen zu ermitteln (vgl. BGE 141 V 9). Zu prüfen ist somit zunächst, ob ein Revisionsgrund im dargelegten Sinne erfüllt ist. Die

Beschwerdegegnerin macht geltend, der somatische Gesundheitszustand (die neurokompressiven Diskushernien) habe sich erheblich verbessert und die dadurch bewirkte Arbeitsunfähigkeit habe sich entsprechend reduziert. Der Beschwerdeführer bestreitet dies. 4.1 Im Zeitpunkt der Zusprechung einer ganzen IV-Rente vom 15. Februar 2008 (IV-Nr. 64) lagen der Beschwerdegegnerin insbesondere die Berichte des Hausarztes des Beschwerdeführers Dr. med. E.____ vom 25. Juni 2007 und des behandelnden Psychiaters Dr. med. F.____ vom 25. September 2007 (IV-Nrn. 57, 59) sowie die Stellungnahme des RAD-Arztes Dr. med. D.____ vom 25. Oktober 2007 (IV-Nr. 60) vor.

4.1.1 Der den Beschwerdeführer seit 1992 behandelnde Hausarzt Dr. med. E.____, Arzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, hielt in seinem Arztbericht vom 25. Juni 2007 (IV-Nr. 57) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit fest: – Grosse nach kaudal luxierte Diskushernie L5/S1 mit S1-Nervenwurzelkompression und S1-Radikulopathie rechts, seit 5. Mai 2006 – Chronisches lumbospondylogenes Syndrom links bei Diskusprotrusion L4/5 und L5/S1 links, enger Spinalkanal, muskuläre Dysbalance und Fehlstatik, seit 1995 – Chronische Cephalaea – Depressive Verstimmung Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit seien: – Adipositas BMI 32 – Status nach grossem posttraumatischem Ulcus cruris links, seit 1999 – Status nach Distorsion der HWS, seit 18. August 2005 – Status nach Acetabulum-Fraktur links, seit 18. August 2005 – Anosmie, seit 2003 – Chronisches Hämorrhoidalleiden – Status nach Meniskushinterhornresektion links lateral, seit 2000 Der Beschwerdeführer gehe seit dem 6. August 1999 keiner Arbeit mehr nach. Er sei zuletzt als Betriebsarbeiter / Lackierer tätig gewesen. Der Gesundheitszustand sei sich verschlechternd. Wahrscheinlich könne die Arbeitsfähigkeit durch medizinische Massnahmen nicht verbessert werden. Berufliche Massnahmen seien nicht erfolgversprechend. Der Beschwerdeführer benötige Gehstöcke. Die bisherige Tätigkeit als Industrielackierer sei dem Beschwerdeführer nicht mehr möglich. Relativ kurzdauerndes Stehen oder sogar Arbeiten ohne die beiden Stöcke sei nicht mehr möglich. Die bisherige Tätigkeit sei dem Beschwerdeführer nicht mehr zumutbar. Die Arbeitsfähigkeit am bisherigen Arbeitsplatz bzw. im bisherigen Tätigkeitsbereich könne nicht verbessert werden. Es sei dem Beschwerdeführer auch keine andere Tätigkeit zumutbar. Eine andere, zumutbare Tätigkeit müsste an zwei Stöcken ausführbar sei, ohne langes Stehen oder Sitzen und ohne das Tragen von Lasten. Schon bisher sei längerdauerndes Sitzen oder Stehen nicht möglich gewesen, ebenso nicht das Tragen von Lasten. Zudem depressive Verstimmung mit Konzentrations- und Schlafstörungen. Neu sei nun 2006 die grosse Diskushernie L5/S1 mit Radikulopathie dazugekommen. Eine höhergradige Berentung werde für angezeigt gehalten.

4.1.2 Der den Beschwerdeführer seit 22. August 2003 behandelnde Dr. med. F.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, hielt in seinem Arztbericht vom 25. September 2007 (IV-Nr. 59) die folgenden Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit fest: – Anhaltende mittelgradige depressive Störung (ICD-10 F33.01) mit / bei – sozialer Vereinsamung, chronifiziertem, therapierefraktärem lumbospondylogenen Syndrom links, bei konstitutionell engem Spinalkanal – nicht-neurokompressiver Diskusprotrusion L4/L5 und L5/S1 – Weitere somatische Diagnostik mit und ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit gemäss zuweisendem Hausarzt Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit seien: – Nikotinabusus – Adipositas In Bezug auf die dem Beschwerdeführer in seiner zuletzt ausgeübten Tätigkeit zumutbare Arbeitsfähigkeit wurde auf den Hausarzt verwiesen. Der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers sei stationär. Unter dem Titel «erhobene Befunde» wurden Folgende angegeben: Es finde sich ein

grossgewachsener, eher älter wirkender, wenig gepflegter sechsundvierzigjähriger [...] von muslimischer Religionszugehörigkeit. Im letztgenannten Zusammenhang wenig verwurzelt, zeigten sich bei ihm vorderhand keine Hinweise auf Auffassungs-, Merkfähigkeits-, Konzentrations-, oder Gedächtnisstörungen. Der formale Gedankengang sei weitgehend unauffällig, inhaltlich auf das somatische und psychische Beschwerdebild eingeeignet: Der Beschwerdeführer, zu dem ein affektiver Rapport herstellbar sei, wirke ausgeprägt dysphorisch und deprimiert. Es zeigten sich des Weiteren eine psychomotorische Verlangsamung und Antriebshemmung, des Weiteren würden Sorgen, innere Anspannung, Insomnie, Anhedonie, Libidoverlust, Angst sowie diverse somatische Beschwerden beklagt. Es seien Einzelpsychotherapie in der Muttersprache des Beschwerdeführers sowie Psychopharmaka angezeigt. In Bezug auf die Frage, wie sich die bisherige Tätigkeit auf die gesundheitliche Störung des Beschwerdeführers auswirke, verwies Dr. med. F. ___ auf die Diagnostik und hielt fest, dies sei gegebenenfalls abklärungsbedürftig.

4.1.3 Dr. med. D. ___, Allgemeine Medizin FMH, RAD, hielt in seiner Stellungnahme vom 25. Oktober 2007 (IV-Nr. 60) fest, im Bericht des Hausarztes Dr. med. E. ___ vom 27. Juni 2007 (recte: 25. Juni 2007, vgl. E. II. 4.1.1 hiervor) bestehe neu seit 2006 eine grosse nach kaudal luxierte Diskushernie mit Radikulopathie. Somit sei schon allein somatisch eine Verschlechterung der medizinischen Situation ausgewiesen. Die Angaben von Dr. med. E. ___ und Dr. med. F. ___ rechtfertigten eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % ab dem Revisionsdatum (vorliegend ab dem 10. Mai 2007, IV-Nr. 55). Es sei ein Rentenentscheid ohne weitere Abklärungen vorzunehmen.

4.2 Im Zeitpunkt der Verfügung vom 27. Juli 2017 (A.S. 1 ff.) sind im Wesentlichen die folgenden Akten relevant:

4.2.1 Im Bericht des T. ___, Chirurgische Klinik, vom 29. Februar 2008 (IV-Nr. 67 S. 8 f.) wurden in Bezug auf die Hospitalisation des Beschwerdeführers vom 5. bis 20. Februar 2008 folgende Diagnosen aufgeführt: – Ulkus Unterschenkel links lateral bei: – Status nach Débridement und Thierschung bei infiziertem posttraumatischem Ulcus cruris lateral links Januar 2000 – Status nach erneuter Thierschung bei Infekt mit Wundheilungsstörung Nebendiagnose: – Chronisches lumbospondylogenes Syndrom beidseits Ein präoperativ entnommener Abstrich ergebe das Wachstum von E. coli (++) und einem Staphylococcus aureus (+). Gemäss Antibiogramm sei eine Therapie mit Ciprofloxacin angesetzt worden. Der Eingriff habe sich komplikationslos gestaltet (vgl. OP-Bericht, IV-Nr. 67 S. 6) und direkt postoperativ sei die Anlage eines Vakuumverbands erfolgt. Der Beschwerdeführer müsse bei Incompliance wiederholte Male auf die Bettruhe hingewiesen werden. Der erste Vakuumwechsel zeige eine Anheilung des Thiersch zu gut 50 %. Es sei am 18. Februar 2008 mit Jelonet-Verbänden begonnen worden und der Beschwerdeführer habe am 20. Februar 2008 nach Hause entlassen werden können. Er sei instruiert worden, die antibiotische Therapie während insgesamt vier Wochen durchzuführen. Die Verbände erfolgten täglich mit Jelonet und die Wunde sollte nach dem Verbandswechsel offen gelassen werden, wobei empfohlen worden sei, die Dauer täglich um eine Stunde zu steigern.

4.2.2 Dr. med. U. ___, Leitender Arzt, T. ___, Allgemeine Orthopädie, Wirbelsäulenchirurgie, stellte im Bericht vom 29. Januar 2010 die folgende Diagnose (IV-Nr. 67 S. 7): Bisegmentale Degeneration L4/S1, Zustand nach grosser sequestrierter Diskushernie L4/S1 rechts Die erneute MRT-Untersuchung zeige erstaunlicherweise eine Resorption der grossen Diskushernie, die 2006 erstmalig dokumentiert worden sei. Leider zeige sich jedoch auch eine verbliebene Schwellung und wahrscheinlich auch Schädigung der Nervenwurzel S1 auf der rechten Seite bzw. ein verbliebener Nervenschaden. Die Situation sei jetzt natürlich nicht einfacher, die Diskushernie sei nicht mehr nachweisbar,

insofern mache eine operative Dekompression natürlich keinen Sinn mehr. Die neuronale Situation sei natürlich weiterhin unbefriedigend, ein Nervenschaden sei zu vermuten. Es sei ein Rezept zur Physiotherapie ausgestellt worden, um auf diesem Wege jetzt eine Verbesserung der Beweglichkeit und der muskulären Situation zu erreichen, andere invasive Massnahmen sehe er zum jetzigen Zeitpunkt nicht erfolgversprechend.

4.2.3 Dr. med. E.____ hielt in seinem Arztbericht vom 22. Juni 2011 (IV-Nr. 67 S. 1 ff.) folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit fest: – Chronisches lumbospondylogenes Syndrom links bei bisegmentaler Degeneration L4/S1, Status nach grosser sequestrierter Diskushernie L4/S1 rechts; Dysbalance und Fehlstatik – Chronische Cephalaea, seit 1995 – Depressive Verstimmung Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit seien: – Adipositas BMI 34,5 – Status nach grossem posttraumatischem Ulcus cruris links, seit 1999 – Ulcusrezidiv, seit 2008 – Acetabulumfraktur links, seit 2005 – Distorsion der HWS, seit 2005 – Anosmie, seit 2003 – Chronisches Hämorrhoidalleiden – Status nach Meniskushinterhornresektion links lateral, seit 2000 Zuletzt sei der Beschwerdeführer als Betriebsmitarbeiter / Lackierer tätig gewesen. Seit dem 6. August 1999 gehe er keiner Tätigkeit mehr nach. Der Gesundheitszustand sei stationär. Der Beschwerdeführer benötige Hilfsmittel in Form von Gehstöcken. Die frühere Tätigkeit als Industrielackierer sei nicht mehr möglich. Die Arbeitsfähigkeit am bisherigen Arbeitsplatz bzw. im bisherigen Tätigkeitsbereich könne auch nicht verbessert werden. Es sei keine zumutbare Tätigkeit bekannt: Eine solche müsste mit zwei Stöcken ausführbar sein, ohne längeres Stehen oder Sitzen und ohne Tragen von Lasten. Es sei eine unveränderte Situation seit 2007 gegeben. Die Berentung sollte beibehalten werden.

4.2.4 Im Bericht vom 21. September 2011 (IV-Nr. 83.2) hielten Dr. med. V.____, Oberarzt, und Dr. med. W.____, Assistenzarzt, T.____, Orthopädische Klinik, betreffend die Sprechstunde vom 12. September 2011 folgende Diagnosen fest: – Femoropatellararthrose beidseits – Chondropathie des medialen und lateralen Kniekompartimentes sowie der Patella maximal Grad II nach Outerbridge – Vertikaler Unterflächeneinriss des Innenmeniskus links, begleitender Substanzdefekt der Pars intermedia – Status nach Kniearthroskopie und Teilmeniskektomie links lateral 2000 Beurteilung und Procedere: Der Beschwerdeführer stelle sich mit circa seit zwei Monaten neu bestehenden Knieschmerzen beidseits in der Sprechstunde vor. Es handle sich um belastungsabhängige Schmerzen, ein Anlaufschmerz werde verneint. In der MRT des linken Kniegelenks könne eine Chondropathie in allen Kompartimenten dokumentiert werden. Zusätzlich finde sich ein Unterflächeneinriss des Innenmeniskus auf der linken Seite. Konventionell radiologisch finde sich rechtsseitig eine diskrete mediale Gelenkspaltverschmälerung. In Zusammenschau der Befunde sei davon auszugehen, dass die beklagten Beschwerden am ehesten von einer Retropatellararthrose beidseits herrühren. Der dokumentierte Meniskusriss stehe momentan nicht im Vordergrund, zumal der Beschwerdeführer an Stöcken mobil sei. Die Situation sei mit dem Beschwerdeführer besprochen worden und es werde ein konservatives Procedere vorgeschlagen. Dies umfasse Physiotherapie zur Stabilisierung beider Kniegelenke, unterstützt mit einer analgetischen Therapie unter PPI-Schutz. Die erste Serie Physiotherapie sei rezeptiert worden und könne natürlich nochmals repetiert werden. Als nächster Schritt solle eine diagnostische / therapeutische Infiltration in Erwägung gezogen werden.

4.2.5 Aufgrund der MRT der LWS vom 24. Oktober 2011 (IV-Nr. 72) hielt Dr. med. X.____, FMH Radiologie / Neuroradiologie, Y.____, folgende Beurteilung fest: Erosive Osteochondrose in den Segmenten LWK4/5 sowie LWK5/SWK1 mit diskret begleitender aktivierter Komponente (Modic I/II). Begleitende Steilstellung der LWS; nur moderate

discodegenerative Veränderungen mit kleiner medialer Diskushernie im Segment LWK5/SWK1 sowie etwas asymmetrischen Veränderungen im Bereich des rechtsseitigen recessalen, periradikulären Fellgewebes der Wurzel S1; keine nachweisbare Wurzelkompression, keine passende klinische Beschwerdesymptomatik; die angegebenen lumbosacralen Lumbalgien dürften hierbei primär auf die erosive Osteochondrose zurückzuführen sein.

4.2.6 Im polydisziplinären Gutachten der Begutachtungsstelle G. ____ (Innere Medizin, Psychiatrie, Rheumatologie und Neurologie) vom 21. Juni 2012 (IV-Nr. 83.1) wurden folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit festgehalten (S. 26):

1. Chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom mit residueller sensibler S1-Symptomatik rechts (ICD-10 M54.4, M51.1) – degenerative Diskopathie L4/5 und L5/S1 mit Diskushernien auf beiden Höhen (MRI Dezember 2004), grosse sequestrierte Diskushernie paramedian rechts L5/S1 mit Kompression der Wurzel S1 rechts (MRI Mai 2006) und zuletzt leicht erosive Osteochondrose L4/5 mit Diskusbulging und leicht erosive Osteochondrose L5/S1 mit kleiner medianer Diskushernie ohne Neurokompromittierung (MRI Oktober 2011) – ungünstige Zusatzfaktoren: physische Dekonditionierung und erhebliche Adipositas
2. Chronisches zervikospondylogenes und zervikozephalales Schmerzsyndrom (ICD-10 M53.1, M53.0) – klinisch nur leichte Bewegungseinschränkungen der HWS und keine Hinweise für eine neurologische Komplikation
3. Gonarthrose beidseits (ICD-10 M17.0) – anamnestisch Status nach arthroskopischer Meniskusoperation beidseits – Chondropathie Grad II nach Outerbridge in sämtlichen Kniekompartimenten links (MRI August 2011)
4. Linksseitige Beinschmerzen mit deutlicher Sensibilitätsstörung im Bereich des linken lateralen Unterschenkels, gering auch im Bereich des linken lateralen Oberschenkels sowie dem ventralen Oberschenkel und medialen Oberschenkel links, unklarer Ätiologie – DD: Läsion des Nervus cutaneus surae lateralis, welche jedoch nur die Sensibilitätsstörung im Bereich des linken lateralen Unterschenkels erklärt (ICD-10 G62.9) – Status nach grossem posttraumatischem Ulcus curis mit Débridement und Thierschung Januar 2000, erneute Thierschung Februar 2008

Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit seien:

1. Leichte depressive Episode (ICD-10 F32.0)
2. Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4)
3. Vorbestehende Anosmie (respiratorisch) (ICD-10 R43.0)
4. Hyperthyreose (ICD-10 E05.9)
5. Adipositas, BMI 35 kg/m² (ICD-10 E66.0)
6. Unterschenkelödeme, unklarer Ätiologie (ICD-10 R60.0)
7. Status nach Verkehrsunfall am 18. August 2005 – Acetabulum-Fraktur links, konservativ behandelt – erneute HWS-Distorsion
8. Atypische Thoraxschmerzen

Zusammenfassend könnten dem Beschwerdeführer körperlich schwere und mittelschwere Tätigkeiten bleibend nicht mehr zugemutet werden (S. 28). Für eine körperlich leichte, adaptierte Tätigkeit bestehe eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 50 %, halbtags realisierbar. Aufgrund der anamnestischen Angaben, der Untersuchungsbefunde, der vorliegenden Dokumente sowie der früher attestierten Arbeitsunfähigkeiten sei davon auszugehen, dass die Einschätzung einer 50%igen Arbeitsfähigkeit in einer körperlich leichten, adaptierten Tätigkeit seit der Rückbildung der Diskushernie und Regredienz der radikulären Symptomatik approximativ seit anfangs 2010 (Bericht der Orthopädischen Klinik am T. ____ vom 29. Januar 2010, vgl. E. II. 4.2.2 hiervor) mit Sicherheit jedoch ab dem Datum der heutigen Untersuchung anzunehmen sei. Vorgängig sei auf die durch die behandelnden Ärzte attestierte Arbeitsunfähigkeit abzustellen mit Zusprechung einer ganzen Rente ab dem 1. Mai 2007. Psychiatrisch habe sich seit 2004 eine Besserung eingestellt, eine mittelschwere Depression habe sich auf eine leichte remittiert, wodurch die Arbeitsfähigkeit psychiatrisch nicht mehr relevant eingeschränkt sei. Der Explorand erachte

sich aus somatischen und psychischen Gründen als nicht mehr arbeitsfähig in jeglicher Tätigkeit, was in deutlichem Gegensatz zur gutachterlichen Beurteilung stehe, wonach eine körperlich leichte, optimal adaptierte Tätigkeit zu 50 % zumutbar wäre. Diese Diskrepanz begründe sich wohl dadurch, dass der Explorand davon ausgehe, sich vollständig gesund fühlen zu müssen und zu keiner Zeit Schmerzen verspüren zu dürfen, um einer beruflichen Erwerbstätigkeit nachgehen zu können, wogegen die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit aus medizinisch-theoretischer Sicht auf einer anderen Grundlage festgelegt werde. Im Weiteren bestünden bei somatoformen Schmerzstörungen stets höhere Selbstlimitierungen, als es medizinisch-theoretisch, insbesondere im Sinne der Willensanstrengung aus psychiatrischer Sicht zumutbar wäre. Im Weiteren habe sich der Explorand durch die frühe Rentenzusprechung mit Ausrichtung einer ganzen Rente seit dem 1. Mai 2007 in seinem Krankheitsverständnis bestätigt gefühlt, wonach keine Arbeitstätigkeit mehr möglich sein solle. Die weitere erklärende Dynamik sei dem psychiatrischen Teilgutachten zu entnehmen.

4.2.7 Dr. med. I. ____, Fachärztin Allgemeine Medizin, RAD, hielt in ihrer Stellungnahme vom 2. Oktober 2012 (IV-Nr. 86 S. 2 ff.) fest, zur Beurteilung der aktuellen medizinischen Situation beziehe sie sich auf das Gutachten der Begutachtungsstelle G. ____ vom 22. Juni 2012 [recte: 21. Juni 2012, vgl. E. II. 4.2.6 hiervor], welches medizinisch korrekt und nachvollziehbar sei. Zur Abklärung der veränderten gesundheitlichen Situation sei seitens der Beschwerdegegnerin das erwähnte polydisziplinäre Gutachten in Auftrag gegeben worden. Im Rahmen dieses Gutachtens habe aus psychiatrischer Sicht spätestens ab Mai 2012 keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit mehr attestiert werden können. Sowohl der neurologische Gutachter Dr. med. Z. ____ als auch der rheumatologische Gutachter Dr. med. AA. ____ hätten den Beschwerdeführer in einer adaptierten, leichten Tätigkeit zu mindestens 50 % arbeitsfähig beurteilt. Für körperlich schwere und mittelschwere Tätigkeiten und somit auch für die vom Beschwerdeführer früher durchgeführten Tätigkeiten habe – laut Gutachter – bleibend eine volle Arbeitsunfähigkeit bestanden. Dr. med. I. ____ führte sodann die im Gutachten der Begutachtungsstelle G. ____ festgestellten Diagnosen mit und ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit auf und hielt fest, das Gutachten vom 22. Juni 2012 [recte: 21. Juni 2012] sei schlüssig und nachvollziehbar. Der Gesundheitszustand habe sich seit der Rentenzusprache verbessert. Der Psychiater Dr. med. AB. ____, habe keine Erkrankung seines Fachgebiets mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit mehr feststellen können. Nach aktuell kernspintomographisch (Oktober 2011) nachgewiesener Resorption der grossen sequestrierten Diskushernie paramedian rechts (MRI 2006), welche zu der vollen Rente seit 2007 geführt hätten, sei nun keine Neurokompromittierung mehr gegeben. Dies habe Auswirkung auf die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit durch den neurologischen und den rheumatologischen Gutachter. In der schweren bis mittelschweren Tätigkeit als Industrielackierer bestehe weiterhin 100%ige Arbeitsunfähigkeit. In einer angepassten leichteren Verweistätigkeit sei von einer 50%igen Arbeitsfähigkeit auszugehen.

4.2.8 Im ärztlichen Zeugnis vom 8. April 2013 (IV-Nr. 94) hielt Dr. med. AC. ____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie fest, es sei keine Arbeitsfähigkeit gegeben. Er bestätigte, dass sich der Beschwerdeführer seit dem 23. Januar 2003 auf Zuweisung seines Hausarztes in fachärztlicher Behandlung befinde. Es finde eine supportive Einzelpsychotherapie in der Muttersprache des Beschwerdeführers sowie eine Behandlung mit Psychopharmaka Anwendung. Flankierend sei zudem eine verhaltenstherapeutisch orientierte delegierte Psychotherapie etabliert worden. Aus psychiatrischer Sicht benötige der Beschwerdeführer eine fachkundige Begleitung.

4.2.9 Im definitiven Schlussbericht der Firma H. ____ vom 20. Februar 2014 (IV-Nr. 110)

betreffend das Aufbautraining vom 25. November 2013 bis 20. Februar 2014 hielt die Leiterin des Teilnehmenden-Managements AD. ___ fest, der Beschwerdeführer habe geringe Fehlzeiten aufgewiesen, sei pünktlich zur Arbeit gekommen und habe angegeben, es wenigstens versuchen zu wollen. Er sei ihm gelungen, sich immer wieder zu motivieren und er sei stets freundlich gewesen und habe einen adäquaten Umgang mit den Vorgesetzten, der Bezugsperson und anderen Teilnehmenden gepflegt. Auf sein Umfeld habe er leidend gewirkt, habe sich langsam bewegt und immer auf Krücken gestützt. Nach den Beobachtungen eröffneten sich keinerlei neue Tätigkeitsfelder für den Beschwerdeführer. Er habe nicht stehend arbeiten können und auch nur halb liegend auf dem Stuhl mit vielen Bewegungspausen. Der Beschwerdeführer habe nicht länger als 15 Minuten aufrecht sitzen können, oder habe sich dann jeweils weit zurücklehnen müssen, so dass er sich in einer sehr ungünstigen, halb auf den Stuhl liegenden Arbeitsposition befunden habe. Er habe berichtet, dass er fast doppelt so viele Schmerzmittel einnehmen müsse, seitdem er in der Firma H. ___ arbeite. Auch habe er sich regelmässig Cortisonspritzen setzen lassen müssen. Fein- wie mittelmotorisch habe er grosse Schwierigkeiten beim Arbeiten. Seine Deutschkenntnisse erschwerten zudem die Vermittlung der Arbeitsgänge sowie Aufträge. Es werde keine Weiterführung des Trainings empfohlen.

4.2.10 Dr. med. AC. ___ hielt im Bericht vom 6. August 2014 (IV-Nr. 122 S. 5 ff.) folgende Diagnosen fest: – Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwergradige depressive Episode ohne psychotische Symptome, vor dem Hintergrund mehrerer Belastungsfaktoren (ICD-10 F33.11) – Chronisches multilokuläres Schmerzsyndrom mit / bei – Chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom mit residualer sensibler S1-Symptomatik rechts – degenerative Diskopathie L4/5 und L5/S1 mit Diskushernien auf beiden Höhen – grosse sequestrierte Diskushernie paramedian rechts L5/S1 mit Kompression der Wurzel S1 rechts – leicht erosive Osteochondrose L4/5 – leicht erosive Osteochondrose L5/S1 mit kleiner medianer Diskushernie ohne Neurokompromittierung – Chronisches zervikospodylogenes und zervikozephalisches Schmerzsyndrom – Gonarthrose beidseits, anamnestisch Status nach arthroskopischer Meniskus-operation beidseits – Chondropathie Grad II in sämtlichen Kniekompartimenten links – Linksseitige Beinschmerzen mit deutlicher Sensibilitätsstörung im Bereich des linken lateralen Unterschenkels, gering auch im Bereich des linken lateralen Oberschenkels sowie dem ventralen Oberschenkel und medialen Oberschenkel links, unklarer Ätiologie – DD: Läsion des Nervus cutaneus surae lateralis, welche jedoch nur die Sensibilitätsstörung im Bereich des linken lateralen Unterschenkels erkläre – Status nach grossem posttraumatischem Ulcus cruris mit Débridement und Thierschung Januar 2000, erneute Thierschung Februar 2008 In den letzten sechs bis 12 Monaten sei es im Verlauf der Therapie immer wieder insbesondere in Belastungssituationen zu einer Zustandsverschlechterung bzw. Zunahme der depressiven Symptomatik gekommen. Durch adäquate Massnahmen im Sinne der Entlastung und Ressourcen orientierte Stützung sowie kurzfristige Intensivierung der Therapie habe eine weitere Verschlechterung abgewendet und eine erneute Stabilisierung erreicht werden können. Eine anhaltende und vor allem stabile Erhöhung der emotionalen und psychischen Belastbarkeit habe nicht erreicht werden können. Hinsichtlich der willentlichen Beeinflussbarkeit der Symptomatik sei davon auszugehen, dass aufgrund der mittel- bis schwer ausgeprägten depressiven Störung eine willentliche Überwindung seiner Beeinträchtigungen derzeit verunmöglicht sei. Die mittel- bis schwergradige depressive Episode könne nicht alleine mittels einer Willensanstrengung überwunden werden. Aufgrund seiner depressiven Symptomatik sei der Beschwerdeführer

in seiner Flexibilität- und Umstellungsfähigkeit sowie in seiner Durchhaltefähigkeit beeinträchtigt. Er sei durch die depressive Symptomatik in seiner Stresstoleranz und emotionalen Belastbarkeit sowie vor allem hinsichtlich eines funktionellen Umgangs mit Konflikten bzw. konflikthaft erlebten Beziehungskonstellationen eingeschränkt. Aufgrund des aktuellen psychopathologischen Befunds und des dokumentierten Behandlungsverlaufs sei gesamthaft von einer ungünstigen Entwicklung mit zunehmender Symptomfixierung und Chronifizierung auszugehen. Die aktuell depressiv-regressive getönte Symptomatik schränke die Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers ein. Unter diesen Voraussetzungen sei eine Steigerung der Leistungs- und Arbeitsfähigkeit mittel- bis langfristig nicht zu erwarten. Einschränkend und mit der Depression konform sei ein deutlich gestörter Tagesablauf geprägt von Schlafstörungen, Albträumen, Antriebslosigkeit, deutlichem Rückzugsverhalten, welche die Arbeitsfähigkeit auch für leichte Arbeiten klar auf 0 % reduziere. Stellungnahme zum Gutachten der Begutachtungsstelle G.____: Die psychiatrische Untersuchung sei in der Begutachtungsstelle G.____ am 9. Mai 2012 durch Dr. med. AB.____, FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, erfolgt. Der Begutachter könne aufgrund seiner Untersuchungsbefunde keine Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit feststellen. Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit bestünden eine leichte depressive Episode und eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung. Der Beschwerdeführer sei bereits am 25. Februar 2004 bei der Begutachtungsstelle C.____ begutachtet worden. Es seien die Diagnosen einer anhaltenden, leicht- bis eventuell mittelgradigen depressiven Störung, mit engem Zusammenhang mit sozialer Vereinsamung, laufendem Scheidungsverfahren und Rückenschmerzen gestellt worden. Die von den vorbehandelnden Psychiatern (Dres. med. F.____ und AC.____) gestellte Diagnose einer anhaltenden mittel- bis schwergradigen depressiven Störung werde ohne ausführliche Begründung nicht bestätigt. Für die Diagnosestellung in der Psychiatrie gälten gemäss der ICD-10 diagnostische Leitlinien oder Kriterien. In der ICD-10 könne man unter diagnostischen Leitlinien für schwere depressive Episoden (ICD-10 F32.2) Folgendes lesen: «...Allerdings sei es möglich, dass besonders agitierte oder gehemmte Patienten viele Symptome nicht in allen Einzelheiten beschreiben wollen oder können. In solchen Fällen sei eine zusammenfassende Einschätzung als schwere Episode dennoch gerechtfertigt...». Dies zeige, dass das Stellen einer psychiatrischen Diagnose nicht immer einfach sei und neben der beschriebenen Psychopathologie schlussendlich die Gesamteinschätzung des Patienten durch den Psychiater wichtiger sei als das Vorliegen oder Fehlen einzelner psychopathologischer Befunde. Aus diesem Grunde sei Dr. med. AC.____ mit der Beurteilung des Gutachters nicht einverstanden, zumal bei im gesamten Behandlungsverlauf weder eine Aggravation noch Simulation zu verzeichnen gewesen sei.

4.2.11 Die RAD-Ärztin Dr. med. I.____ hielt in ihrer Stellungnahme vom 10. Oktober 2014 (IV-Nr. 126 S. 2) fest, es gebe keinen medizinischen Grund, nicht am Entscheid festzuhalten. Nur bedingt durch die lange Phase der Eingliederung sei das Gutachten der Begutachtungsstelle G.____, auf das sie sich gestützt hätten, tatsächlich über zwei Jahre her. Da eher zu erwarten sei, dass sich eine weitere Befundverbesserung ereignet habe, werde ein Kontrollgutachten empfohlen. Zuvor sollte ein Kontroll-MRT der LWS durchgeführt werden.

4.2.12 Im Rahmen des polydisziplinären Gutachtens der Begutachtungsstelle J.____ vom 4. Februar 2016 (IV-Nr. 144.1) wurden die folgenden Diagnosen mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit ausgewiesen (S. 28 f.): – Chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom – Radiologisch mit degenerativer Diskopathie und schwergradiger Facettengelenksarthrose mit lateraler Rezessuseinengung beidseits, jeweils auf den Etagen

L4/5 und L5/S1 sowie Osteochondrose Modic II L5/S1, – Klinisch-neurologisch und elektromyografisch ohne Zeichen einer radikulären Reiz- oder relevanten axonalen Schädigung (abgesehen von einem residuellen sensiblen, im Alltag nicht relevanten S1-Defizit rechts) – Gonarthrose beidseits bei Status nach arthroskopischer Teilmenishektomie beidseits Diagnosen ohne Relevanz für die Arbeitsfähigkeit seien: – Wiederkehrende Zervikalgien – Wiederkehrende Schulterarthralgien links – Kleiner Fersensporn beidseits – Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen (ICD-10 F68.0) – Anamnestisch Stadium nach Anpassungsstörung mit emotionaler Symptomatik – Adipositas Grad I, BMI 33 kg/m² – Hämorrhoidalleiden Erstdiagnose September 1995 – Diabetes mellitus Typ 2 Erstdiagnose März 2014 ohne diabetische Retinopathie – Hyperopie – Presbyopie Zumutbarkeitsprofil: Idealerweise arbeite der Beschwerdeführer in einer ausschliesslich leichten körperlich wechselbelastenden Tätigkeit zwischen Stehen, Gehen und Sitzen mit einem Überwiegen des im Sitzen zu erbringenden Anteils der Arbeit. Nicht mehr zugemutet werden sollten Tätigkeiten verbunden mit dem Heben von Lasten über 10 kg. Ausschluss auch von Nässe, Kälte und Zugluft. Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit (angelernter Industrielackierer): Der angestammte Arbeitsplatz des Beschwerdeführers habe ein Profil, das ihm nicht ermögliche, an diesen zurückzukehren. Arbeitsfähigkeit 0 %. Arbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit: Bei verminderter Rücken- und Kniebelastbarkeit bestehe aus interdisziplinärer Sicht beim Beschwerdeführer medizinisch-theoretisch in einer solch dem Leiden ideal angepassten Tätigkeit unter konsequenter Einhaltung eines rückenergonomischen Verhaltens und der Meidung kniegelenkbelastender Tätigkeiten eine Arbeitsfähigkeit mit mindestens 60 % Leistung und einem Zeitpensum von 8,5 Stunden pro Tag. Die obige Bewertung beinhalte für den Beschwerdeführer eine Besserung seiner Arbeitsfähigkeiten auf dem für die gutachterliche Bewertung führenden orthopädischen Fachgebiet gegenüber dem Gutachten der Begutachtungsstelle G.____ im Jahr 2012 (vgl. E. II. 4.2.6 hiervor). Diese Besserung sei mit aller Wahrscheinlichkeit graduell eingetreten und lasse sich in diesem anzunehmenden graduellen Verlauf schlecht beziffern. Die obige Bewertung gelte somit spätestens ab dem heutigen Begutachtungsdatum. Aus psychiatrischer Sicht sei der Aktenlage nicht zu entnehmen, dass vor dem Hintergrund einer psychiatrischen Diagnose eine Arbeitsunfähigkeit gestellt worden sei. Die Mitbedingtheit, wie aus der Aktenlage zu entnehmen, möge bestanden haben, wenn im Vorfeld die in der Aktenlage beschriebene Symptomatik, die sich heute jedoch nicht mehr verifizieren lasse und zum heutigen Zeitpunkt auch nicht mehr bestehe, bestanden haben sollte. Im Einzelnen lasse sich dies retrospektiv nicht mehr klären. Aus internistischer Sicht wie auch internistisch-rheumatologisch sei auch in der retrospektiven Bewertung und unter Bezugnahme auf die Aktenlage keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit feststellbar. Auch aus ophthalmologischer Sicht würden mit Bezugnahme auf die Aktenlage keine Augenprobleme genannt. Vorgeschlagen sei von orthopädischer Seite für den Beschwerdeführer die konsequente Durchführung einer morgendlichen Wirbelsäulengymnastik und das Tragen stossdämpfender Schuhzurichtungen zur Behandlung der Fersenspornsymptomatik. Sollte sich ein Leidensdruck bezüglich der Kniegelenksymptomatik aufbauen, so gäbe es gute konservative Therapieansätze, wie im Gutachten der Begutachtungsstelle G.____ seinerzeit bereits ausgeführt. Operative Massnahmen stünden sowohl im Blick auf die Wirbelsäule, als auch im Blick auf die Kniegelenke aus Sicht des Unterzeichners nicht zur Erwägung. Empfohlen sei im Weiteren eine deutliche Reduktion des Körpergewichts zum einen durch diätetische Massnahmen,

zum anderen durch ein Mehr an Bewegung. Um mögliche im Vorfeld stattgehabte depressive Symptome zu verhindern, sollte die bestehende Medikation überdacht werden und der Beschwerdeführer angehalten werden, diese regelmässig einzunehmen. Die antidepressive Therapie und Medikation könnte sich auch positiv auf die beklagte körperliche Symptomatik auswirken. Regelmässige augenärztliche Kontrollen des Augenfundus und Intraokulardruckes seien angezeigt, damit pathologische Befunde rechtzeitig erkannt und behandelt werden könnten. Das halte der Beschwerdeführer ein. Ebenfalls sei der Blutzucker engmaschig zu überprüfen. So sollte es in den nächsten Jahren keine Augenkomplikationen geben; die Prognose sei für günstig einzuschätzen.

4.2.13 Dr. med. AC.____ hielt in seinem Arztzeugnis vom 14. März 2016 (IV-Nrn. 150 S. 7 ff., 187 S. 83 ff.) folgende Diagnosen fest: – Anhaltende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F34.1, F32.3) – Chronisches therapierefraktäres Ganzkörperschmerzsyndrom Mit / bei – Chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom – degenerative Diskopathie und schwergradige Facettengelenksarthrose mit lateraler Rezessuseinengung beidseits, jeweils auf den Etagen L4/5 und L5/S1 sowie Osteochondrose Modic II L5/S1 – Gonarthrose beidseits bei Status nach arthroskopischer Teilmeniskektomie beidseits – Chronisches zervikospondylogenes und zervikozephalisches Schmerzsyndrom – Schulterarthralgien links – Kleiner Fersensporn beidseits – Adipositas Grad I – Diabetes mellitus Typ 2 Erstdiagnose März 2014 ohne diabetische Retinopathie Der Beschwerdeführer befinde sich seit dem 23. Januar 2003 wegen einer Schmerz- und depressiven Störung in psychiatrische Behandlung. Er komme regelmässig und zuverlässig zu den zwei- bis dreiwöchentlich anberaumten Gesprächen von circa 60 Minuten Dauer. Es fänden eine supportive Einzelpsychotherapie, die Behandlung mit Psychopharmaka sowie flankierend eine verhaltenstherapeutisch orientierte delegierte Psychotherapie statt. Der Krankheitsverlauf und der aktuelle Zustand des Beschwerdeführers bestätigten die Diagnose einer andauernden depressiven Störung, welche die Arbeitsfähigkeit auch für leichte Arbeiten auf mindestens 50 % reduziere. Die Leistungsfähigkeit werde beeinträchtigt durch eine depressive Apathie mit Energiemangel und Konzentrationsstörungen. Aus psychiatrischer Sicht sei prognostisch in Anbetracht der Komorbidität, des langjährigen Krankheitsverlaufs mit Tendenz zur Verschlechterung und der generell verminderten psychischen Belastbarkeit sowie regressiven Abwehrhaltung auf absehbare Zeit keine weitere Besserung der Arbeitsfähigkeit zu erwarten.

4.2.14 Dr. med. AE.____, Praktische Ärztin FMH, hielt in ihrer Stellungnahme zum Gutachten vom 15. März 2016 (IV-Nr. 150 S. 10 ff.) fest, die im Gutachten gemachten Feststellung zum Gesundheitszustand des Beschwerdeführers betreffend die Aggravation stimmten nicht. Aufgrund der erhobenen radiologischen und klinischen Befunde sei es offensichtlich, dass die Beschwerden und die Einschränkungen bestünden. Der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers habe sich kontinuierlich und zunehmend verschlechtert. Seit 1995 sei es immer wieder zu neuen Einschränkungen und Unfällen ohne erfolgreiche Heilung und Therapie gekommen. Sie stellte folgende Diagnosen: – Chronische Schmerzstörung lumboschialgieform rechts ausgeprägter als links – Altes sensibles Reizsyndrom rechts S1 – Diskushernie L5/S1 – Breitbasige Bandscheibenprotrusion und schwere Facettengelenksarthrose mit Einengung des lateralen Recessus beidseits und mögliche Irritation L5 beidseits – Bandscheibenherniation, Extrusion und beidseitig schwere Facettengelenksarthrose L5/S1 – Gonarthrose beidseits bei Status nach arthroskopischer Teilmeniskektomie beidseits – Wiederkehrende Zervikalgien – Wiederkehrende Schulterarthralgien links – Kleiner Fersensporn beidseits – Entwicklung

körperlicher Symptome aus psychischen Gründen – Anamnestisch Stadium nach Anpassungsstörung mit emotionaler Symptomatik – Adipositas Grad I – Hämorrhoidalleiden Erstdiagnose September 1995 – Diabetes mellitus Typ II Erstdiagnose März 2014 ohne diabetische Retinopathie – Hyperopie – Presbyopie Der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers habe sich verschlechtert. Nach eigener Einschätzung liege die aktuelle Invalidität beim Beschwerdeführer bei 80 %. Dieser könne 20 % ganz leichte, abwechselnde Arbeit leisten. Dem Beschwerdeführer seien heute im Berufsleben und im Alltag noch ganz leichte angepasste Tätigkeiten, evtl. in geschützten Rahmen, möglich. Für die Invalidität im bisherigen Ausmass sprächen radiologische- und endokrinologische Befunde. 4.2.15 Die RAD-Ärztin Dr. med. I. ___ hielt in ihrer Stellungnahme vom 29. April 2016 (IV-Nr. 153 S. 2 f.) folgende Beurteilung der medizinischen Situation fest: Die aktuelle medizinische Situation des Beschwerdeführers sei dem polydisziplinären (Orthopädie, Psychiatrie, Innere Medizin, Ophthalmologie, Rheumatologie und Neurologie) Gutachten der Begutachtungsstelle J. ___ vom 4. Februar 2016 zu entnehmen. Im Rahmen des Gutachtens sei der Beschwerdeführer von den begutachtenden Ärzten ausführlich untersucht und befragt worden, die medizinische Beurteilung der Gutachter sei nachvollziehbar, bei einer schlüssigen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit. Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit seien: – Chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom – Radiologisch mit degenerativer Diskopathie und schwergradiger Facettengelenksarthrose mit lateraler Rezessuseinengung beidseits, jeweils auf den Etagen L4/S und L5/S1 sowie Osteochondrose Modic II L5/S1 – Klinisch-neurologisch und elektromyografisch ohne Zeichen einer radikulären Reiz- oder relevanten axonalen Schädigung (abgesehen von einem residuellen sensiblen, im Alltag nicht relevanten S1-Defizit rechts) – Gonarthrose beidseits bei Status nach arthroskopischer Teilmeniskektomie beidseits Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit seien: – Wiederkehrende Zervikalgien – Wiederkehrende Schulterarthralgien links – Kleiner Fersensporn beidseits – Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen (ICD-10 F68.0) – Anamnestisch Stadium nach Anpassungsstörung mit emotionaler Symptomatik – Adipositas Grad I, BMI 33 kg/m² – Hämorrhoidalleiden Erstdiagnose September 1995 – Diabetes mellitus Typ 2 Erstdiagnose März 2014 ohne diabetische Retinopathie – Hyperopie – Presbyopie In einer Verweistätigkeit, bei verminderter Rücken- und Kniebelastbarkeit bestehe aus interdisziplinärer Sicht beim Beschwerdeführer medizinisch-theoretisch in einer solch dem Leiden ideal angepassten Tätigkeit unter konsequenter Einhaltung eines rückenergonomischen Verhaltens und der Meidung kniegelenkbelastender Tätigkeiten eine Arbeitsfähigkeit mit mindestens 60 % Leistung und einem Zeitpensum von 8,5 Stunden pro Tag. Idealerweise arbeite der Beschwerdeführer in einer ausschliesslich leichten körperlich wechselbelastenden Tätigkeit zwischen Stehen, Gehen und Sitzen mit einem Überwiegen des im Sitzen zu erbringenden Anteils der Arbeit. Nicht mehr zugemutet werden sollten Tätigkeiten verbunden mit dem Heben von Lasten über 10 kg. Ausschluss auch von Nässe, Kälte und Zugluft. Der angestammte Arbeitsplatz des Beschwerdeführers habe ein Profil, das ihm nicht ermögliche an diesen zurückzukehren. Arbeitsfähigkeit 0 %. Das Gutachten sei schlüssig und nachvollziehbar. Der Gesundheitszustand habe sich verändert. Die in den Akten ausgeführten, zeitweilig neurokompressiven Diskushernien hätten sich deutlich gebessert. Die Verbesserung des Gesundheitszustandes sei mit aller Wahrscheinlichkeit graduell eingetreten und gelte spätestens ab dem Zeitpunkt der Erstellung des Gutachtens vom 4. Februar 2016. Es müssten keine weiteren Abklärungen vorgenommen werden. Das Gutachten sei sehr

ausführlich, weitere Abklärungen seien nicht notwendig. 4.2.16 Dr. med. AC.____ hielt in seiner Stellungnahme vom 24. November 2016 (IV-Nr. 179 S. 4 f.) betreffend den Vorbescheid der Beschwerdegegnerin vom 7. November 2016 (IV-Nr. 163) fest, die bisherigen Erfahrungen mit dem Beschwerdeführer seit 2003, die Explorationen sowie testpsychologische Unterzeichnungen zeigten, dass beim Beschwerdeführer eine anhaltende depressive Störung bestehe sowie eine Schmerzproblematik. Dies zeige sich durch innere Unruhe, Gereiztheit, Freud- und Interessenlosigkeit, Störung der Vitalgefühle, Angstzustände, Insuffizienzgefühle sowie sozialen Rückzug, verbale Aggressivität, Mangel an Impulskontrolle, Ein- und Durchschlafstörungen, Albträume, Früherwachen, Appetitmangel, Bein- und Rückenbeschwerden. In diagnostischer Hinsicht bestünden in Anwendung der ICD-10 auch chronische Schmerzen mit psychischen und somatischen Anteilen F45.41, weil an der Auslösung auch körperliche Faktoren substantiell beteiligt seien. Schmerzen bestünden seit Jahren in einer oder mehreren anatomischen Regionen, die ihren Ausgangspunkt in einer körperlichen Störung hätten. Der Schmerz verursache in klinisch bedeutsamer Weise Leiden und Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen. Psychischen Faktoren werde eine wichtige Rolle für Schweregrad, Exazerbation oder Aufrechterhaltung der Schmerzen beigemessen, jedoch nicht die ursächliche Rolle für deren Beginn. Den psychischen Faktoren in Verhalten, Kognitionen, Emotionen und Veränderungen psychosozialer Bedingungen komme eine zentrale Stellung für die Chronifizierung zu. Aufrechterhaltende psychische Faktoren beim Beschwerdeführer lägen vor: Stress und Belastungssituationen führten zur Beeinflussung des Schmerzerlebens, schmerzbezogene Angst führe auf der Verhaltensebene zu Passivität, Schonung und Fehlhaltungen. Ausgeprägte emotionale Belastungen (z.B. Verzweiflung, Demoralisierung) seien nachweisbar. Es bestünden weiter maladaptive Kognitionen: Gedankliche Einengung auf das Schmerzerleben, Katastrophisieren von Körperempfindungen und Krankheitsfolgen, Grübeln über schmerzassoziierte Inhalte. Die Überzeugung, körperlich nicht mehr belastbar zu sein, habe zu veränderten Rollen in der Familie geführt, sei mit reduzierten Kontakten im Freundeskreis (sozialer Rückzug) und Problemen im Beruf (Krankschreibung, Kündigung, vorzeitige Berentung) sowie in Beziehungen verbunden. Differentialdiagnostisch sei auch eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung zu erwägen. Hierbei liege ein primärer psychischer Faktor vor, der für die Auslösung der Schmerzsymptomatik identifiziert werden könne, beim Beschwerdeführer liege dagegen Ausgangspunkt in einer körperlichen Störung. Der Beschwerdeführer sei aus psychiatrischer Sicht, in seiner Leistungsfähigkeit eingeschränkt und vermindert belastbar. Seine Arbeitsfähigkeit sei aus psychiatrischer Sicht auch für leichte Arbeiten auf mindestens 50 % reduziert, durch die Schmerzstörung erhöhe sich die Einschränkung jedoch noch relevant. Aus klinisch-psychiatrischer Erfahrung heraus erscheine es aber überwiegend unwahrscheinlich, dass der Beschwerdeführer in der Lage sei, 30 % zu leisten. Dafür sei er mittlerweile zu sehr von seinen Beschwerden chronisch eingenommen und frustriert. 4.2.17 Anlässlich der Adipositas-Sprechstunde vom 18. Januar 2017 hielten Dr. med. AF.____, Spitalfachärztin Endokrinologie / Adipositas, und Prof. Dr. med. AG.____, Leitender Arzt Endokrinologie / Diabetologie, T.____, Interdisziplinäre Adipositas-Sprechstunde, im Bericht vom 20. Januar 2017 folgende Diagnosen fest (IV-Nr. 179 S. 2 ff.): 1. Diabetes mellitus Typ 2 (Erstdiagnose Mai 2014) – HbA1c aktuell 7,9 % (zuletzt 7,0 %; HbA1c-Zielbereich: 6,5 - 7,3 %) – Verdacht auf diabetische Polyneuropathie – keinen Anhalt auf diabetische Nephropathie 2. Adipositas Grad I nach WHO – Gewicht aktuell 120,4 kg, zuletzt 124,9 kg, Maximalgewicht 127,3 kg,

Erstkonsultation 124,5 kg – BMI aktuell 34,4 kg/m², zuletzt 35,7 kg/m², Maximal-BMI 36,4 kg/m², Erstkonsultation 35,6 kg/m² 3. Typ-B-Gastritis – Helicobacter pylori positiv, Eradikationstherapie März 2016 4. Hypercholesterinämie 5. Dorsale Analfissur 6. Status nach Nikotinkonsum – sistiert 2007 7. Status nach Verkehrsunfall 1995 – Langzeitfolgen Sensibilitäts- und Motorikstörung des linken Beines 8. Multisegmentale degenerative Veränderungen der LWS mit / bei – Bandscheibenprotrusion L4/5 sowie bekannte Bandscheibenprotrusion L5/S1 – Osteochondrose Stadium II nach Modic L4/5 sowie L5/S1 – epidurale Infiltration L4/5 und L5/S1 rechts am 15. Dezember 2016 9. Status nach Cholezystektomie am 17. Oktober 2016 – bei Steinabgang mit biliärer Pankreatitis bei symptomatischer Cholezystolithiasis Der Beschwerdeführer stelle sich zur Verlaufskontrolle vor. Bei bekanntem Diabetes mellitus Typ 2 seien nach telefonischer Rücksprache am 12. Oktober 2016 bei Durchfall und abdominalen Schmerzen Victoza und Metformin gestoppt worden. Am 16. Oktober 2016 sei der Beschwerdeführer dann notfallmässig auf der Chirurgie eingetreten, wegen einer symptomatischen Cholezystolithiasis mit begleitender Pankreatitis mit Steinabgang. Am 17. Oktober 2016 sei eine laparoskopische Cholezystektomie durchgeführt worden. Er habe sich hiervon nun vollständig erholt. Seither sei keine Diabetes-Therapie mehr installiert worden. Das HbA1c sei nun wieder angestiegen und liege aktuell bei 7,9 %. Es werde empfohlen, wieder mit einer Therapie zu beginnen und es sei daher Glucophage 1'000 mg verordnet worden. Der Beschwerdeführer sei instruiert worden, mit 500 mg/Tag für eine Woche zu beginnen und die Dosis pro Woche um 500 mg zu erhöhen, bis eine Dosis von 2'000 mg erreicht worden sei. Es sollte ein Ziel-HbA1c von 6,5 - 7,3 % angestrebt werden. Der Beschwerdeführer sei weiterhin bestrebt, das Gewicht weiter zu reduzieren. Problematisch bleibe weiterhin die eingeschränkte Gehfähigkeit aufgrund der ausgeprägten Schmerzen bei multisegmentalen degenerativen Veränderungen der LWS. Hier sei er erneut in intensiver Abklärung und Behandlung auf der Wirbelsäulenchirurgie im T.____. Auf Wunsch werde die Therapie beendet.

4.2.18 Dr. med. AC.____ führte in seinem ärztlichen Zeugnis vom 6. Februar 2017 (IV-Nr. 174 S. 8) aus, der Beschwerdeführer sei nicht arbeitsfähig. Weitere Bemerkungen: Der Beschwerdeführer stehe seit 2003 wegen einer depressiven und Schmerzstörung in fachärztlicher Behandlung. Hiermit werde bestätigt, dass der Beschwerdeführer aus psychiatrischer Sicht nicht mehr in der Lage sei, seine finanziellen, juristischen (insbesondere die Rentensituation) und organisatorischen Angelegenheiten selber zu besorgen. Es werde der Antrag unterstützt, ihm einen Beistand für die genannten Bereiche zu bestellen.

4.2.19 Die RAD-Ärztin Dr. med. I.____ hielt in ihrer Stellungnahme vom 25. Juli 2017 (IV-Nr. 182 S. 2 ff.) fest, die medizinische Situation des Beschwerdeführers lasse sich bei fehlendem Anhalt für eine intermittierende Beschwerdezunahme aus dem immer noch aktuellen polydisziplinären Gutachten der Begutachtungsstelle J.____ vom 4. Februar 2016 entnehmen (eine Anmeldung des Beschwerdeführers bei der KESB bedeute nicht per se eine Beschwerdeverschlimmerung, bzw. eine IV-Relevanz). Die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit (mindestens 60 % bei vollschichtigem Zeitrendement in einer angepassten Tätigkeit) der Gutachter der Begutachtungsstelle J.____, aufgrund folgender Diagnosen, besitze somit weiterhin Gültigkeit. Dr. med. I.____ bestätigte sodann die bereits in ihrer Stellungnahme vom 29. April 2016 (vgl. E. II. 4.2.15 hiervor) ausgewiesenen Diagnosen, wobei sie die Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit «Diabetes mellitus Typ 2 Erstdiagnose März 2014 ohne diabetische Retinopathie» wie folgte ergänzte: «ohne diabetische Nephropathie» und im Weiteren einen «Status nach Cholezystektomie am 17. Oktober 2016» und «bei Steinabgang mit biliärer

Pankreatitis bei symptomatischer Cholezystolithiasis» feststellte. In der angestammten Tätigkeit als angelernter Lackierer vermöge der Beschwerdeführer aufgrund seiner WS-Problematik nicht mehr zu arbeiten (0 % Arbeitsfähigkeit). Idealerweise arbeite der Beschwerdeführer in einer ausschliesslich leichten körperlich wechselbelastenden Tätigkeit zwischen Stehen, Gehen und Sitzen mit einem Überwiegen des im Sitzen zu erbringenden Anteils der Arbeit. Nicht mehr zugemutet werden sollten Tätigkeiten verbunden mit dem Heben von Lasten über 10 kg. Ausschluss auch von Nässe, Kälte und Zugluft (mindestens 60 % Arbeitsfähigkeit). Der Gesundheitszustand habe sich seit den Begutachtungen nicht verändert. Im Rahmen des Arztberichts der Adipositas-Sprechstunde vom 20. Januar 2017 (vgl. E. II. 4.2.17 hiervor) sei von einer Cholezystolithiasis berichtet worden, mit begleitender Pankreatitis und Steinabgang. Von der Cholecystektomie am 17. Oktober 2016 habe sich der Beschwerdeführer bald wieder vollständig erholt gehabt. Weitere, bisher nicht bekannte Diagnosen oder Befundverschlechterungen seien im Arztbericht nicht erwähnt worden; insbesondere habe das Verhalten, die Gesprächsführung des Beschwerdeführers im Rahmen dieser Sprechstunde nicht auf kognitive Einschränkungen oder auf Unfähigkeit zur Selbstbestimmung schliessen lassen. Auf Wunsch des Beschwerdeführers sei die Behandlung in der Adipositas-Sprechstunde beendet worden. Der Psychiater Dr. med. AC.____ habe in seiner Stellungnahme vom 24. November 2016 (vgl. E. II. 4.2.16 hiervor) zum Vorbescheid der Beschwerdegegnerin vom 7. November 2016 von seinen bisherigen Erfahrungen mit dem Beschwerdeführer seit 2003 berichtet und seine psychiatrische Einschätzung des Beschwerdeführers während dieser Jahre geschildert. In seinen Bericht würden keine neuen Tatsachen geltend gemacht. Es handle sich also um den gleichen Sachverhalt wie von den Gutachtern beurteilt, bei anderer Einschätzung durch den behandelnden Psychiater. Seit der Begutachtung vom 4. Februar 2016 sei aus den vorliegenden ärztlichen Unterlagen keine neu aufgetretene, anhaltende, invalidisierende Veränderung des Gesundheitszustandes zu entnehmen. Weitere medizinische Abklärungen seien daher nicht indiziert. 4.2.20 Dr. med. AE.____ bestätigte im Arztzeugnis vom 7. August 2017 (IV-Nr. 187 S. 86), dass der Beschwerdeführer wegen kontinuierlicher Verschlechterung des allgemeinen Gesundheitszustandes bis auf weiteres zu 100 % arbeitsunfähig ist. 4.2.21 Dr. med. AC.____ führte im ärztlichen Zeugnis vom 8. August 2017 (IV-Nr. 187 S. 87) aus, es sei keine Arbeitsfähigkeit gegeben. Der Beschwerdeführer stehe seit 2003 wegen einer depressiven und Schmerzstörung in fachärztlicher Behandlung. Letztere beinhalte eine supportive Einzelpsychotherapie in der Muttersprache des Beschwerdeführers sowie eine Behandlung mit Psychopharmaka; des Weiteren seien flankierend eine verhaltenstherapeutisch orientierte delegierte Psychotherapie etabliert worden. Des Weiteren werde an dieser Stelle festgehalten, dass der Beschwerdeführer gemäss medizinischer Gesamtbeurteilung (somatisch / psychiatrisch, wie bereits seitens des langjährigen Hausarztes festgehalten worden sei) bis auf Weiteres zu 100 % arbeitsunfähig (= 0%ige Arbeitsfähigkeit) sei. 4.2.22 Anlässlich der öffentlichen Verhandlung vom 28. August 2018 reichte der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers weitere medizinische Akten ein (Urkunden Nrn. 14 - 30). Dabei handelt es sich um folgende Urkunden: Ein Bericht betreffend die MRI der LWS vom 6. März 2018 (Urkunde 14), den definitiven Austrittsbericht der AH.____ vom 14. Februar 2018 (Urkunde 15), den Bericht betreffend die Durchführung einer Endoskopie vom 23. Oktober 2017 (Urkunde 16), den urologischen Bericht vom 18. September 2017 (Urkunde 17), den Abschlussbericht der Physiotherapie vom 19. Juni 2017 des T.____ (Urkunde 18), den Bericht betreffend die Adipositas-Sprechstunde vom 20. Januar 2017 (Urkunde 19), den Sprechstundenbericht

vom 13. Januar 2017 der AI.____ (Urkunde 20), den Bericht von Dr. med. U.____ vom 23. Dezember 2016 (Urkunde 21), den Bericht des T.____ vom 5. Dezember 2016 (Urkunde 22), den Bericht von Dr. med. U.____ vom 8. Dezember 2016 (Urkunde 23), die Berichte der Y.____ vom 18. November 2016 und vom 17. November 2016 (Urkunden 24, 25), den Operationsbericht vom 17. Oktober 2017 des T.____ (Urkunde 26), die Stellungnahme von Dr. med. AJ.____, Facharzt für Neurologie FMH, vom 28. Oktober 2016 zum Gutachten (Urkunde 27), dessen Bericht vom 13. September 2016 (Urkunde 28), der Bericht der Y.____ vom 27. März 2018 (Urkunde 29) und der Arztbericht von Dr. med. AE.____ vom 5. Oktober 2017 (Urkunde 30). 5. Da die Beschwerdegegnerin in ihrer Verfügung vom 27. Juli 2017 auf das Gutachten der Begutachtungsstelle J.____ vom 4. Februar 2016 abstützte (A.S. 3), ist zunächst zu prüfen, ob diesem Gutachten Beweiswert zukommt:

5.1 Das von Dr. med. K.____, Facharzt für Innere Medizin, Dr. med. L.____, Facharzt für Neurologie FMH, Dr. med. M.____, Fachärztin FMH für Ophthalmologie und Ophthalmochirurgie, med. pract. N.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie und Rheumatologie, Dr. med. O.____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin und Rheumatologie, und Dr. med. P.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, verfasste Gutachten vom 4. Februar 2016 (IV-Nrn. 144.1, 144.2) wird den von der Rechtsprechung entwickelten Anforderungen (Vollständigkeit, Schlüssigkeit, Nachvollziehbarkeit; vgl. II. E. 3.2 hiervor) grundsätzlich in allen Punkten gerecht. So wurden zunächst sowohl die Vorgeschichte und der Untersuchungsauftrag als auch sämtliche Vorakten ab dem 31. August 1995 (Unfallmeldung) unter dem Titel «Aktenanalyse» zusammengefasst (IV-Nr. 144.1 S. 5 ff.). Es kann daher bei den Gutachterinnen und Gutachtern von der Kenntnis sämtlicher Vorakten ausgegangen werden. Weiter wurde der Beschwerdeführer unter Beizug eines Dolmetschers je einer separaten Exploration durch die jeweiligen Fachärztinnen / Fachärzte unterzogen, womit auch seine geklagten Beschwerden mitberücksichtigt worden sind (IV-Nr. 144.1 S. 14 ff., 32 ff., 42 ff., 52 ff., 58 ff., 144.2 S. 8). Zudem beruht das Gutachten auf allseitigen Untersuchungen, indem der muskuloskeletale, orthopädische, internistische und rheumatologische Status erhoben wurden (IV-Nr. 144.1 S. 18, S. 36 f., 55 f., 60 f.). Ferner wurden am 3. November 2015 eine MRI der LWS und ISG, am 15. November 2015 Laboruntersuchungen (IV-Nr. 144.1 S. 19, 37, 47 oben) und am 9. Oktober 2015 orthopädische Abklärungen durchgeführt (IV-Nr. 144.2 S. 1 ff.). Am 23. und 29. Oktober 2015 fanden ophthalmologische Untersuchungen statt (IV-Nr. 144.2 S. 5 ff., 10 ff.) und am 29. Oktober 2015 wurde der EMG-Befund erhoben (IV-Nr. 144.1 S. 19). Auch die Darstellung der medizinischen Zusammenhänge und die Beurteilung der medizinischen Situation leuchten ein: So hielt der neurologische Gutachter Dr. med. L.____ fest (IV-Nr. 144.1 S. 23 oben), wenn man die gesamte Aktenlage betrachte, ziehe sich von Anfang an eine erhebliche Überlagerung dysfunktionalen Verhaltens bis zum gegenwärtigen Gutachten durch. Es möge zwar ein gewisser organischer Kern bestehen, mit Diskushernie in den Etagen L4/5 und L5/S1, ehemals linksdominant, zuletzt rechtsseitig im Sinne eines S1-Syndroms, jedoch sei die hochgradige und therapieresistente Symptomatik nicht in dieser Ausprägung und Dauer plausibel. Auffallend sei auch das verhältnismässig geringe Behandlungsniveau, was nicht mit dem angegebenen Beschwerdeausmass korreliere. Diese gutachterlichen Darlegungen überzeugen zum einen aufgrund der durchgeführten bildgebenden Röntgenuntersuchungen vom 3. November 2015 (vgl. IV-Nr. 144.1 S. 19), in deren Rahmen u.a. im Segment LWK4/5 eine breitbasige Bandscheibenprotrusion und schwere Facettengelenksarthrose mit Einengung des lateralen

Recessus beidseits und hierdurch möglicher Irritation der rezessal sich generierenden Nervenwurzel L5 beidseits objektiviert werden konnten. Es ist somit von einem somatischen bzw. gewissen «organischen Kern» der gesundheitlichen Beeinträchtigungen des Beschwerdeführers auszugehen. In Bezug auf die durchgeführten Therapien kann festgehalten werden, dass bei der Laboruntersuchung vom 15. November 2015 (IV-Nr. 144.1 S. 19) einzig die Einnahme von Naproxen (Schmerzmittel) bestätigt werden konnte (IV-Nr. 144.1 S. 19). Pregabalin (Antiepileptika) habe nicht den therapeutischen Bereich erreicht, trotz der relativ hohen Dosierung von 150 mg/d, was auf eine eher nicht konsequente Einnahme zurückzuführen sei. Fluoxetin (Antidepressiva) liege zumindest im unteren therapeutischen Bereich. Zudem habe der Beschwerdeführer berichtet, sich bei Dr. med. AE.____ in hausärztlicher und seit circa sechs Jahren bei Dr. med. AC.____ bzw. Frau AK.____ (zuvor bei Dr. med. F.____) in psychiatrischer Behandlung zu befinden, wobei er alle zwei bis drei Wochen zu Frau AK.____ und alle zwei Monate zur Herrn AC.____ gehe (IV-Nr. 144.1 S. 16). Er befinde sich jedoch nicht in orthopädischer Behandlung und sei vor circa zwei Jahren zuletzt bei einem Rückenspezialisten gewesen. Eine Infiltration habe er 1997 und vor ein paar Monaten erhalten, diese seien jedoch wirkungslos gewesen und hätten die Symptome sogar noch verschlimmert. Aufgrund dieser relativ gering ausfallenden therapeutischen sowie medikamentösen Interventionen, erweisen sich die vom Beschwerdeführer während der Exploration als umfassend beklagten Schmerzen – wie dies Dr. med. L.____ entsprechend darlegte (vgl. oben) – als nicht ohne weiteres nachvollziehbar. So habe der Beschwerdeführer betreffend die Schmerzintensität von meistens bestehenden Schmerzen in der Stärke VAS 8 bis 10 berichtet, die im Liegen bei circa VAS 5/10 lägen (IV-Nr. 144.1 S. 16). Die Nacken-, und Kopfschmerzen hätten eine Schmerzstärke von VAS 7. Daher vermag die Einschätzung des neurologischen Gutachters zu überzeugen, wonach die therapeutischen Massnahmen und die beklagten Schmerzen nicht gänzlich übereinstimmen. Aufgrund der bei den durchgeführten klinischen Abklärungen festgestellten Befunden leuchtet ferner ein, wenn Dr. med. L.____ im Weiteren davon ausging, dass beim Beschwerdeführer Verdeutlichungs- und Aggravationszeichen bestünden (IV-Nr. 144.1 S. 23). So hielt der Gutachter fest, der Beschwerdeführer habe bereits beim Aufrufen aus dem Wartezimmer ein mühsames Aufstehen und langsames Gehen zum Untersuchungszimmer gezeigt und sei während der gesamten gut zweieinhalbstündigen Anamnese an der Liege angelehnt gestanden, gelegentlich etwas schrittweise mit beiden Unterarmstützen gehend, das rechte Bein ab und zu ausschüttelnd. Dies im Gegensatz zu den Beobachtungen des Beschwerdeführers nach dem Verlassen des Instituts. Dort habe dieser ein doch auffallend kontrastierend zügiges und lockeres Gangbild gezeigt, wenngleich beide Unterarmgehhilfen weiter benutzt worden seien. Jedoch sei die zuvor gezeigte intensive Symptomatik und Beeinträchtigung hierbei in auffälliger Weise nicht mehr in dieser Ausprägung sichtbar gewesen. In ähnlicher Weise äusserte sich auch der Orthopäde Dr. med. P.____, der zwar aufgrund der durchgeführten bildgebenden röntgenologischen Abklärungen zunächst überzeugend festhielt (IV-Nr. 144.1 S. 39), die vom Beschwerdeführer beklagten Schmerzen und Funktionseinbussen im Lendenwirbelbereich und in den Beinen seien über die bildmorphologischen Gegebenheiten zumindest teilweise objektivierbar. Funktionelle Irritationen an der Wirbelsäule des Beschwerdeführers würden so nachvollziehbar und verständlich. Dennoch hielt er daraufhin fest, es verbleibe aus orthopädischer Sicht jedoch eine Diskrepanz zwischen körperlichem Untersuchungsbefund und den radiologischen Befunden einerseits zu der vom Beschwerdeführer beklagten Intensität und dem «immer» seiner Schmerzen andererseits.

Diese Einschätzung leuchtet ein, da der orthopädische Gutachter aufgrund der Röntgenuntersuchungen der LWS und den MRI-Aufnahmen darlegte (IV-Nr. 144.1 S. 39 oben), dass eine geringe Rechtsseitausbiegung der Lendenwirbelsäule bestehe und aufgrund der durchgeführten bildgebenden Untersuchungen neben der geringen Rechtsausbiegung der Wirbelsäule auch degenerative Veränderungen hätten festgestellt werden können. Daher erscheint die gutachterliche Schlussfolgerung schlüssig, wonach beim Beschwerdeführer zweifellos ein fortgeschrittenes Lendenwirbelsäulenleiden bestehe. Die vom orthopädischen Gutachter festgestellte Befundinkonsistenz (IV-Nr. 144.1 S. 39 f.) erscheint ebenfalls plausibel. So wies er bspw. darauf hin, dass bei Betrachtung nur des körperlich orthopädischen Untersuchungsbefunds keine schwerwiegende Pathologie an der Wirbelsäule und Gelenken zu erheben sei, was in einem gewissen Widerspruch zu den vom Beschwerdeführer geklagten, immer bestehenden Schmerzen und der berichteten Schmerzintensität stehe. Diese Ausführungen vermögen einzuleuchten, da der Beschwerdeführer gegenüber dem Gutachter angegeben habe (IV-Nr. 144.1 S. 34, 38 Mitte), die Schmerzen seien in den letzten zehn Jahren betreffend die Lendenwirbelsäule und das rechte Bein in etwa gleicher Ausprägung vorhanden, wobei der als stumpf und manchmal stechend beschriebene Schmerz «immer» vorhanden sei und gemäss VAS in der Lendenwirbelsäule 7 - 8 beim Stehen, Gehen und Sitzen betrage und beim Liegen 4. Im rechten Bein und Fuss betrage der Schmerz gemäss VAS 5 - 9 (IV-Nr. 144.1 S. 38). Die gutachterliche Einschätzung des Allgemeinmediziners Dr. med. K.____ betreffend den gemäss den Laboruntersuchungen u.a. festgestellten HbA1-Wert von 48 mmol/molHb, wonach dieser ein Hinweis für einen suboptimal eingestellten Diabetes mellitus sei (IV-Nr. 144.1 S. 55 f.), ist insbesondere aufgrund seiner anschliessenden Ausführung nachvollziehbar, wonach der Normwert < 43 mmol/molHb betrage. Aufgrund der bei der körperlichen Untersuchung vom 15. Oktober 2015 festgestellten Grösse von 188 cm und des Gewichts von 118 kg, entsprechend einem BMI von 33 kg/m^2 , überzeugt zudem die festgestellte Diagnose einer Adipositas Grad I (IV-Nr. 144.1 S. 57). Auch die in diesem Zusammenhang vorgeschlagene weitere Gewichtsreduktion sowie Ernährungsberatung überzeugen (IV-Nr. 144.1 S. 58 oben). Anlässlich der rheumatologischen gutachterlichen Untersuchung vom 26. Oktober 2015 (IV-Nr. 144.1 S. 58 ff.) stellte die rheumatologische Gutachterin Dr. med. O.____ fest, es hätten keine pathologischen Befunde erhoben werden können. Diese Einschätzung leuchtet ein, da bei der durchgeführten körperlichen Untersuchung des Beschwerdeführers unauffällige Befunde betreffend die unteren und oberen Extremitäten erhoben werden konnten (IV-Nr. 144.1 S. 60 f.). Daher ist auch die gutachterliche Schlussfolgerung schlüssig, wonach aus internistischer / rheumatologischer Sicht zum jetzigen Zeitpunkt kein krankhafter Befund habe erhoben werden können (IV-Nr. 144.1 S. 62 unten). Aufgrund der durchgeführten ophthalmologischen Abklärungen sowie der Laboruntersuchungen im AL.____ diagnostizierte Dr. med. M.____ einen Diabetes mellitus Typ 2 ohne Zeichen einer beginnenden Retinopathie. Diese gutachterliche Beurteilung erscheint plausibel, da anschliessend ausgeführt wird, dass der Augenbefund altersentsprechend regelrecht, der Visus beidseits voll und die Tension im Normbereich seien. Zudem ist dem ophthalmologischen Teilgutachten zu entnehmen, dass nach akutem Diabetes mellitus starke Visusstörungen in Richtung Myopisierung oder Hyperopisierung gut bekannt seien und sich nach einer Blutzuckereinstellung wieder normalisieren würden. Im Rahmen des psychiatrischen Teilgutachtens führte med. pract. N.____ aus (IV-Nr. 144.1 S. 47 unten) bei der heutigen Untersuchung und Exploration ergebe sich kein Hinweis auf eine schwerwiegende psychiatrische Erkrankung. Diese Ausführungen erweisen sich unter

Heranziehung der festgestellten psychiatrischen Befunde als korrekt (IV-Nr. 144.1 S. 46). So wurde der Beschwerdeführer als bewusstseinsklar und allseits orientiert beschrieben, das Ich-Bewusstsein sei ungestört, die Aufmerksamkeit und Merkfähigkeit nicht eingeschränkt bzw. reduziert, das Denken sei flüssig und kohärent und es seien keine Anhaltspunkte für formale und inhaltliche Denkstörungen ersichtlich, die Affektivität sei stabil und situationsadäquat, es bestünden weder Zwänge noch Phobien und die Willensbildung sei nicht beeinträchtigt. Zudem sei auch der Antrieb nicht reduziert und die Motivation vorhanden. Aufgrund dieser Feststellungen leuchtet die Einschätzung des psychiatrischen Experten ein, wonach der psychiatrische Befund als weitgehend unauffällig zu bezeichnen sei (IV-Nr. 144.1 S. 47 unten) und keine psychiatrische versicherungsmedizinisch relevante Diagnose gestellt werden könne (IV-Nr. 144.1 S. 48). Damit kann dem polydisziplinären Gutachten der Begutachtungsstelle J.____ vom 4. Februar 2016 grundsätzlich Beweiswert zugesprochen werden.

5.2 Nachfolgend ist zu prüfen, ob die zeitlich vorangehenden Arztberichte den Beweiswert des Gutachtens der Begutachtungsstelle J.____ allenfalls zu schmälern vermögen. Dabei ist zunächst auf den psychischen (vgl. II. E. 5.2.1 hiernach) und anschliessend auf den somatischen (vgl. II. E. 5.2.2 hiernach) Gesundheitszustand des Beschwerdeführers einzugehen:

5.2.1 In Bezug auf den psychischen Gesundheitszustand des Beschwerdeführers ergibt sich Folgendes:

5.2.1.1 Es ist zunächst auf das ärztliche Zeugnis vom 8. April 2013 und den Arztbericht vom 6. August 2014 des behandelnden Psychiaters Dr. med. AC.____ einzugehen (vgl. E. II. 4.2.8, 4.2.10 hiervor). Im ärztlichen Zeugnis vom 8. April 2013 stellte Dr. med. AC.____ einzig fest, es sei keine Arbeitsfähigkeit gegeben und führte sodann die stattfindenden Therapien (supportive Einzelpsychotherapie in der Muttersprache des Beschwerdeführers, Behandlung mit Psychopharmaka und verhaltenstherapeutisch orientierte delegierte Psychotherapie) auf. Da sich Dr. med. AC.____ mit dem Gesundheitszustand des Beschwerdeführers nicht auseinandersetzte, ist seine Einschätzung einer vollen Arbeitsunfähigkeit nicht nachvollziehbar. So beruht diese weder auf Befunden noch auf Diagnosestellungen. Folglich kann dieser Beurteilung nicht gefolgt werden. Es ist zudem der Erfahrungstatsache, wonach behandelnde Ärzte im Zweifelsfall eher zugunsten ihrer Patienten aussagen, Rechnung zu tragen (BGE 125 V 351 E. 3b/cc S. 353). Im Arztbericht vom 6. August 2014 diagnostizierte Dr. med. AC.____ sodann u.a. eine «rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwergradige depressive Episode ohne psychotische Symptome, vor dem Hintergrund mehrerer Belastungsfaktoren (ICD-10 F33.11)». Diesbezüglich hielt der psychiatrische Gutachter med. pract. N.____ fest (IV-Nr. 144.1 S. 51), diese schwerwiegende depressive Symptomatik könne heute in keinsten Weise gestellt oder nachvollzogen werden. Es könne auch nicht exploriert werden, dass sie zum Zeitpunkt zu dem der psychiatrische Bericht erstellt worden sei, bestanden habe. Weiter führte er aus, es stelle sich die Frage, warum bei einer so schwerwiegenden Symptomatik nicht eine Psychopharmakotherapie intensiviert und überwacht worden sei (nach Angaben des Beschwerdeführers fragliche regelmässige Einnahme der Medikation) oder gar eine Hospitalisation stattgefunden habe. Diese gutachterlichen Überlegungen erweisen sich als plausibel. So geht aus dem Arztbericht von Dr. med. AC.____ vom 6. August 2014 nicht hervor, dass die Behandlung trotz der ausgewiesenen «schwergradigen depressiven Episode» intensiviert worden wäre. Jedenfalls sind die vom behandelnden Psychiater im Arztbericht vom 6. August 2014 aufgeführten Therapiemassnahmen (supportive Einzelpsychotherapie in der Muttersprache, Behandlung mit Psychopharmaka, flankierend auch eine verhaltenstherapeutisch orientierte delegierte Psychotherapie bei lic. phil. AK. ____, IV-Nr. 122 S. 5) identisch mit denjenigen, die er

zuvor bereits im ärztlichen Zeugnis vom 8. April 2013 (vgl. E. II. 4.2.8 hiervor, vgl. oben) aufgeführt hatte. Dies, obschon es gemäss Ausführungen von Dr. med. AC.____ im Bericht vom 6. August 2014 erst in den letzten sechs bis 12 Monaten immer wieder zu einer Zustandsverschlechterung gekommen sei (vgl. E. II. 4.2.10 hiervor) und daher davon ausgegangen werden kann, dass im Zeitpunkt des Verfassens des ärztlichen Zeugnisses vom 8. April 2013 die psychische gesundheitliche Situation des Beschwerdeführers noch besser war. Da im Rahmen des polydisziplinären Gutachtens der J.____ keine depressive Episode (mehr) ausgewiesen werden konnte, leuchtet die Ausführung von med. pract. N.____ ein, wonach davon ausgegangen werde könne, dass eine Besserung stattgefunden habe. Dies auch aufgrund der gutachterlichen Begründung, dass abschliessend ausgesagt werden könne, dass depressive Störungen eine gute Prognose hätten und meist phasenhaft verliefen. Folglich vermögen die Berichte des behandelnden Psychiaters den Beweiswert des psychiatrischen Teilgutachtens nicht zu schmälern. 5.2.1.2 Es ist ferner auf das psychiatrische Teilgutachten vom 9. Mai 2012 (IV-Nr. 83.1 S. 12 ff.) im Rahmen der polydisziplinären Begutachtungen der Begutachtungsstelle G.____ einzugehen (vgl. E. II. 4.2.6 hiervor). Darin diagnostizierte Dr. med. AB.____ eine «leichte depressive Episode (ICD-10 F32.0)», der er aber keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit beimass. Diesbezüglich hielt med. pract. N.____ fest (IV-Nr. 144.1 S. 50), es könne zum heutigen Zeitpunkt weder eine leichte noch eine mittelschwere depressive Störung diagnostiziert werden. Er führte im Weiteren in Bezug auf das psychiatrische Teilgutachten der Begutachtungsstelle G.____ aus, es werde allerdings in diesem Bericht die Reintegration als eher schwierig vor dem Hintergrund der ausgeprägten subjektiven Krankheitsüberzeugungen gesehen, was gemäss korrekter Einschätzung von med. pract. N.____ als nicht IV-relevant bezeichnet werden dürfe. Folglich vermag das psychiatrische Teilgutachten von Dr. med. AB.____ vom 9. Mai 2012 den Beweiswert des Teilgutachtens von med. pract. N.____ nicht zu verringern. 5.2.2 Es ist auf den somatischen Gesundheitszustand des Beschwerdeführers einzugehen: 5.2.2.1 In Bezug auf das neurologische Teilgutachten von Dr. med. L.____ (IV-Nr. 144.1 S. 14 ff.) ist auf das im Rahmen des polydisziplinären Gutachtens der Begutachtungsstelle G.____ vom 21. Juni 2012 (vgl. E. II. 4.2.6 hiervor) verfasste neurologische Teilgutachten von Dr. med. AM.____ vom 9. Mai 2012 einzugehen (vgl. IV-Nr. 83.1 S. 22 ff.). Dr. med. L.____ führte in Bezug auf den damals erhobenen neurologischen Status aus (IV-Nr. 144.1 S. 22 Mitte), der damalige Befund (u.a. Gangbild hinkend mit steifem linkem Bein, Fersen- und Zehenabstand und sogar beidseits möglichem Zehen-Ein-Bein-Stand, kein typischer Lasègue, PSR negativ, ASR rechts erloschen und links mittellebhaft, keine Paresen, Sensibilitätsminderung am rechten lateralen Fussrand und Zehen III bis V, Ferse und distaler lateraler Unterschenkel rechts, deutlich verminderte Berührungs- und Schmerzempfindung im Bereich des linken lateralen Unterschenkels im Narbenbereich, geringer ausgeprägt auch im Bereich des linken lateralen Oberschenkels, wo die Hauttransplantate entnommen worden seien, gering auch im Bereich ventral linker Oberschenkel und diskret auch im Bereich linker medianer Oberschenkel) decke sich im Wesentlichen mit der aktuellen Befundlage, abgesehen davon, dass die Sensibilitätsstörungen recht diffus und aktuell nur schwer nachvollziehbar seien. Konstant und deckungsgleich zum damaligen Gutachten der Begutachtungsstelle G.____ seien die Sensibilitätsstörungen am Fussaussenrand als altes sensibles Defizit zu werten. Die aktuelle Situation mit Lasègue sei kaum prüfbar, eine objektivierbare Parese könne aber auch aktuell nicht festgestellt werden. Damit ergeben sich keine im Wesentlichen voneinander

abweichenden neurologischen Feststellungen zwischen Dres. med. L.____ und Z.____ in den beiden Gutachten der Begutachtungsstellen G.____ vom 21. Juni 2012 und der J.____ vom 4. Februar 2016. Somit wird das beweismässige neurologische Teilgutachten von Dr. med. L.____ durch jenes von Dr. med. Z.____ nicht beeinträchtigt.

5.2.2.2 Im orthopädischen Teilgutachten der Begutachtungsstelle J.____ vom 9. Oktober 2015 (IV-Nr. 144.1 S. 32 ff.) hielt der orthopädische Gutachter Dr. med. P.____ fest (IV-Nr. 144.1 S. 41), es bestünden zwischen den heute erhobenen Befunden und den Untersuchungsakten in den Akten des vorliegenden Dossiers keine Diskrepanzen. Diese Einschätzung erweist sich als korrekt. So wurde bereits im Bericht vom 29. Januar 2010 (vgl. E. II. 4.2.2. hiervor) eine «bisegmentale Degeneration L4/S1, Zustand nach grosser sequestrierter Diskushernie» ausgewiesen, was sich denn auch anlässlich des am 24. Oktober 2011 durchgeführten bildgebenden Verfahrens mittels MRT der LWS objektivieren liess (vgl. E. II. 4.2.5 hiervor). Es konnten damals keine nachweisbaren Wurzelkompressionen festgestellt werden. Es leuchtet daher auch ein, dass Dr. med. P.____ im Rahmen des orthopädischen Teilgutachtens «chronisch wiederkehrende Lumbalgien bei degenerativen Lendenwirbelsäulenveränderungen» feststellte (IV-Nr. 144.1 S. 41). Zudem wurde im Bericht vom 21. September 2011 (vgl. E. II. 4.2.4 hiervor) bereits von neu bestehenden Knieschmerzen berichtet, welche aufgrund der durchgeführten MRT am ehesten im Sinne einer Retropatellararthrose beidseits gesehen wurden. Auch hier besteht eine Übereinstimmung mit den Ausführungen des orthopädischen Experten. So hielt Dr. med. P.____ aufgrund seiner Untersuchungen und den durchgeführten Röntgenabklärungen vom 15. Oktober 2015 fest, es liege eine beginnende Gonarthrose beidseits vor (IV-Nr. 144.1 S. 39 Mitte). Somit gehen die orthopädischen Fachärzte in Bezug auf die Knie des Beschwerdeführers übereinstimmend von einem degenerativen Geschehen aus. Dr. med. P.____ hielt weiter fest, in der Begutachtung der Begutachtungsstelle G.____ habe Dr. med. AN.____ am 9. Mai 2012 erkannt, dass aufgrund der von ihm erhobenen rheumatologischen Befunde für den Beschwerdeführer eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aufgrund der bestehenden Rückenproblematik um 50 % bestehe. Angesichts der damals erhobenen Befunde erscheine die damalige Einschätzung für eine ideal dem Leiden angepasste Verweistätigkeit als grenzwertig pessimistisch, jedoch nachvollziehbar. In Zusammenschau aller Faktoren müsse jedoch aktuell davon ausgegangen werden, dass zwischenzeitlich eine weitere Besserung eingetreten sei, wie in Bezug auf die Befundkonsistenz dargelegt. Somit vermag das rheumatologische Teilgutachten von Dr. med. AN.____ den Beweiswert des orthopädischen Teilgutachtens von Dr. med. P.____ nicht zu verringern. Weitere zeitlich nach dem Gutachten der G.____ verfasste orthopädische Arztberichte sind gemäss den vorliegenden Akten nicht ersichtlich. Dies erkannte auch Dr. med. P.____, der ausführte, dass weitere etwaige zu diskutierende Aktenstücke betreffend das orthopädische Fachgebiet seit der Begutachtung durch die Begutachtungsstelle G.____ nicht vorlägen.

5.2.2.3 In Bezug auf das internistische Teilgutachten von Dr. med. K.____ vom 15. Oktober 2015 (IV-Nr. 144.1 S. 52 ff.) ist auf den Bericht des Hausarztes Dr. med. E.____ vom 22. Juni 2011 (vgl. E. II. 4.2.3 hiervor) einzugehen. Da sich Letzterer auf das medizinische Fachgebiet der Allgemeinen Medizin spezialisiert hat, kommt den durch ihn ausgewiesenen psychiatrischen und rheumatologischen Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit («depressive Verstimmung» und «chronisches lumbospondylogenes Syndrom links bei bisegmentaler Degeneration L4/5, Status nach grosser sequestrierter Diskushernie L4/S1 rechts, Dysbalance und Fehlstatik») kaum Beweiswert zu. Zudem vermögen die Ausführungen des behandelnden Arztes zur Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers nicht einzuleuchten. So

hielt er fest, der Beschwerdeführer gehe seit dem 6. August 1999 keiner Tätigkeit mehr nach und führte weiter aus, dem Beschwerdeführer sei weder die frühere Tätigkeit als Industrielackierer noch eine andere Tätigkeit möglich, da eine solche an zwei Stöcken ausführbar sein und ohne längeres Stehen, Sitzen oder Tragen von Lasten erfolgen müsste. Eine eingehende und substantiierte Auseinandersetzung mit den dem Beschwerdeführer allenfalls noch zumutbaren beruflichen Tätigkeiten hat jedoch nicht stattgefunden. Folglich vermag die Einschätzung einer vollen Arbeitsunfähigkeit nicht zu überzeugen. Daher wird der Beweiswert des Teilgutachtens von Dr. med. K.____ durch den Bericht von Dr. med. E.____ vom 22. Juni 2011 nicht vermindert. Es ist im Weiteren auf das internistische Teilgutachten von Dr. med. AO.____ anlässlich des Gutachtens der Begutachtungsstelle G.____ vom 21. Juni 2012 einzugehen (IV-Nr. 83.1 S. 9 ff.). Diesbezüglich fällt auf, dass bereits damals eine Adipositas bei einem BMI von 35 kg/m² festgestellt wurde, der anlässlich des internistischen Teilgutachtens von Dr. med. K.____ mit 33 kg/m² beziffert wurde und sich somit nur unwesentlich verändert hat. Auch das durch dieses ausgewiesene Hämorrhoidalleiden bestand schon im Zeitpunkt des Gutachtens vom 21. Juni 2012 (vgl. IV-Nrn. 144.1 S. 57 und 83.1 S. 11). Somit vermag das internistische Teilgutachten von Dr. med. AO.____ den Beweiswert des allgemeinmedizinischen Teilgutachtens von Dr. med. K.____ nicht zu verringern.

5.2.2.4 Da sich in den vorliegenden Akten ausser dem rheumatologischen Teilgutachten der Begutachtungsstelle G.____ von Dr. med. AN.____ keine rheumatologischen Arztberichte befinden, wird der Beweiswert des rheumatologischen Teilgutachtens von Dr. med. O.____ nicht eingeschränkt. In diesem Sinn hielt Dr. med. O.____ denn auch explizit fest (IV-Nr. 144.1 S. 63), es ergebe sich aus internistisch / rheumatologischer Sicht weder anhand der Aktenlage noch aufgrund des aktuellen Untersuchungsbefunds ein Hinweis für das Vorliegen einer entzündlich rheumatologischen Systemerkrankung. Vielmehr würden von Beginn an vorzugsweise orthopädische Beschwerden angegeben. Es erfolge ein orthopädisches Teilgutachten aus dem Fachbereich der Orthopädie, so dass sich eventuelle Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit allenfalls in diesem Rahmen ergäben. Diesbezüglich kann auf die Ausführungen unter E. II. 5.2.2.2 hiavor verwiesen werden. Das rheumatologische Teilgutachten wird in seinem Beweiswert nicht beeinträchtigt.

5.2.2.5 Da sich in Bezug auf das ophtalmologische Teilgutachten von Dr. med. M.____ (IV-Nr. 144.2 S. 7 ff.) in den vorliegenden medizinischen Akten keine Vorberichte finden, ist nicht von einer beweiswertigen Verringerung auszugehen.

5.2.3 Der Beweiswert des polydisziplinären Gutachtens der Begutachtungsstelle J.____ vom 4. Februar 2016 wird durch die zeitlich vorangehenden medizinischen Berichte nicht geschmälert.

5.3 Es ist nachfolgend zu prüfen, ob der grundsätzliche Beweiswert des Gutachtens der Begutachtungsstelle J.____ allenfalls durch die zeitlich nachfolgend verfassten medizinischen Akten in Frage gestellt wird:

5.3.1 Bezugnehmend auf die relativ kurz ausgefallene Stellungnahme zum Gutachten der Praktischen Ärztin Dr. med. AE.____ vom 15. März 2016 (vgl. E. II. 4.2.14 hiavor) kann festgehalten werden, dass sie in Bezug auf die im polydisziplinären Gutachten vom 4. Februar 2016 ausgewiesene «Aggravation» einzig ausführte, diese Feststellungen stimmten nicht und dies mit einem Verweis auf die erhobenen radiologischen und klinischen Befunde begründete, gemäss denen die Beschwerden und Einschränkungen bestünden. Da Dr. med. AE.____ indes nicht näher auf das im polydisziplinären Gutachten beschriebene aggravorische Verhalten des Beschwerdeführers einging, vermag ihre Schlussfolgerung, wonach keine Aggravation gegeben sei, nicht einzuleuchten. Es kommt hinzu, dass die Praktische Ärztin anschliessend die Diagnosen auflistete, ohne diese näher

zu begründen oder auf entsprechende Befunderhebungen zu stützen. Damit erweisen sich diese Diagnosestellungen als nicht nachvollziehbar und ihre Stellungnahme vermag insgesamt den Beweiswert des Gutachtens nicht zu schmälern. Dasselbe gilt auch für das Arzzeugnis vom 7. August 2017 (vgl. E. II. 4.2.20 hiervor), in welchem Dr. med. AE. ___ einzig eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit wegen kontinuierlicher Verschlechterung des allgemeinen Gesundheitszustandes auswies. Da auch hier keine substantiierte Auseinandersetzung mit dem Gesundheitszustand des Beschwerdeführers ersichtlich ist, kann die volle Arbeitsunfähigkeit ebenfalls nicht nachvollzogen werden.

5.3.2 Eingehend auf das Arzzeugnis von Dr. med. AC. ___ vom 14. März 2016 (vgl. E. II. 4.2.13 hiervor) fällt auf, dass sich der behandelnde Psychiater nicht mit dem am 4. Februar 2016 verfassten Gutachten konkret auseinandergesetzt hat. Da der psychiatrische Teilgutachter med. pract. N. ___ im Rahmen seines polydisziplinären Gutachtens keine auch nur leichte depressive Episode feststellen konnte, vermag die Darlegung von Dr. med. AC. ___, wonach der Krankheitsverlauf und der aktuelle Zustand des Beschwerdeführers die Diagnose einer andauernden depressiven Störung bestätigten, nicht zu überzeugen. Damit ist auch die durch Dr. med. AC. ___ auf dieser Grundlage beruhende und entsprechend hergeleitete Arbeitsfähigkeit von 50 % nicht nachvollziehbar. Diese Einschätzung vermag auch deshalb nicht zu überzeugen, weil Dr. med. AC. ___ sowohl somatische als auch psychiatrische Diagnosen auswies und sich nicht dazu äusserte, welche davon überhaupt einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers hätten. Dazu ist im Weiteren festzuhalten, dass sich Dr. med. AC. ___ auf das medizinische Fachgebiet der Psychiatrie und Psychotherapie spezialisiert hat und daher den durch ihn ausgewiesenen somatischen Diagnosestellungen kaum Beweiswert zukommt. Daher kann seiner Diagnosestellung nicht gefolgt werden. Es ist zudem auch hier der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, wonach, wonach behandelnde Ärzte im Zweifelsfall eher zugunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b/cc S. 353). Aufgrund der vorangegangenen Ausführungen erweist sich auch die Stellungnahme von Dr. med. AC. ___ vom 24. November 2016 (vgl. E. II. 4.2.16 hiervor), betreffend den Vorbescheid der Beschwerdegegnerin vom 7. November 2016 als nicht schlüssig. Dr. med. AC. ___ wies in dieser nicht auf einer eigenen aktuellen Untersuchung bzw. Abklärung des Beschwerdeführers beruhenden Stellungnahme u.a. darauf hin, dass beim Beschwerdeführer seit Jahren Schmerzen in einer oder mehreren anatomischen Regionen bestünden, die ihren Ausgangspunkt in einer körperlichen Störung hätten. Ein entsprechender Zusammenhang wurde auch bereits von med. pract. N. ___ beschrieben, der die Diagnose «Entwicklung körperliche Symptome aus psychischen Gründen (ICD-10 F68.0)» stellte. Weiter erhellt sowohl aus dem psychiatrischen Teilgutachten als auch aus der Stellungnahme von Dr. med. AC. ___ übereinstimmend, dass beim Beschwerdeführer in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit invaliditätsfremde Gründe eine Rolle spielten. So hielt Dr. med. N. ___ fest (IV-Nr. 144.1 S. 45), die Motivation in Bezug auf eine berufliche Tätigkeit erscheine reduziert, was vom Beschwerdeführer vorwiegend mit dem Bestehen körperlicher Beschwerden und den damit verbundenen Einschränkungen begründet werde. Dr. med. AC. ___ führte diesbezüglich aus, dass es aus klinisch-psychiatrischer Erfahrung überwiegend unwahrscheinlich sei, dass der Beschwerdeführer in der Lage wäre, 30 % zu arbeiten, da er mittlerweile zu sehr von seinen Beschwerden chronisch eingenommen und frustriert sei. Damit vermag die Stellungnahme von Dr. med. AC. ___ vom 24. November 2016 (vgl. E. II. 4.2.16 hiervor) das beweismässige Teilgutachten von med. pract. N. ___ nicht umzustossen. In diesem Sinn hielt auch die RAD-Ärztin Dr. med. I. ___ in ihrer Stellungnahme vom 25. Juli 2017 (vgl. E. II. 4.2.19 hiervor) fest, Dr. med. AC. ___ habe in

seinem Bericht vom 24. November 2017 von seinen bisherigen Erfahrungen mit dem Beschwerdeführer berichtet und seine psychiatrische Einschätzung während dieser Jahre geschildert. Es würden keine neuen Tatsachen geltend gemacht. So handle es sich um denselben Sachverhalt wie von den Gutachtern beurteilt, bei anderer Einschätzung durch den behandelnden Psychiater. Dies gilt im Übrigen auch für das ärztliche Zeugnis vom 6. Februar 2017 (vgl. E. II. 4.2.18 hiervor), in welchem Dr. med. AC.____ aufgrund der Tatsache, wonach sich der Beschwerdeführer seit 2003 wegen einer depressiven Störung und einer Schmerzstörung in Behandlung befinde und Dr. med. AC.____ daher die Bestellung eines Beistandes unterstütze. Diesen Ausführungen kann gefolgt werden. Im Weiteren kann auch dem ärztlichen Zeugnis von Dr. med. AC.____ vom 8. August 2017 (vgl. E. II. 4.2.21 hiervor) nichts Neues entnommen werden. So führte der behandelnde Psychiater darin einzig aus, dass der Beschwerdeführer seit 2003 bei ihm in Behandlung stehe, erwähnte sodann die Arten der Behandlung und wies wiederum eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit aus, welche er nicht substanzliert begründete, sondern in generell-abstrakter Weise auf eine medizinische Gesamtbeurteilung (somatisch und psychiatrisch) zurückführte. Damit vermögen die Berichte von Dr. med. AC.____ nicht zu überzeugen und den Beweiswert des psychiatrischen Teilgutachtens von med. pract. N.____ nicht zu schmälern.

5.3.3 Im Bericht betreffend die Adipositas-Sprechstunde vom 18. Januar 2017 (vgl. E. II. 4.2.17 hiervor) wurde im Wesentlichen die Diagnose eines «Diabetes mellitus Typ 2» festgehalten, welche auch bereits anlässlich der Begutachtung der Begutachtungsstelle J.____ vom 4. Februar 2016 ausgewiesen worden war (vgl. E. II. 4.2.12 hiervor) und somit keine gesundheitliche Veränderung darstellt. Da sich der Beschwerdeführer von der im Bericht vom 20. Januar 2017 (vgl. E. II. 4.2.17 hiervor) ebenfalls erwähnten laparoskopischen Cholezystektomie vollständig erholt habe, kann auch diesbezüglich nicht von einer seit dem Zeitpunkt des Gutachtens veränderten gesundheitlichen Situation ausgegangen werden. Es ist zudem nicht auszuschliessen, dass die im Bericht weiter aufgeführten Diagnosestellungen aus den medizinischen Vorakten übernommen worden sind. Denn Dres. med. AF.____ und AG.____ haben sich auf das medizinische Fachgebiet der Endokrinologie / Adipositas und Diabetologie spezialisiert, weshalb der durch sie zusätzlich ausgewiesenen rheumatologischen Diagnose von «multisegmentalen degenerativen Veränderungen der LWS» kaum Beweiswert zukommt. Ausserdem – so wurde im Bericht festgehalten – sei die Adipositas-Sprechstunde auf Wunsch des Beschwerdeführers beendet worden. Eine ähnliche Einschätzung ist denn auch der Stellungnahme von Dr. med. I.____ vom 25. Juli 2017 zu entnehmen (vgl. E. II. 4.2.19 hiervor), in welcher diese darlegte, dass sich der Beschwerdeführer von der am 17. Oktober 2016 durchgeführten Cholezystektomie bald wieder vollständig erholt habe und der Bericht vom 20. Januar 2017 keine weiter bisher nicht bekannte Diagnose oder Befundverschlechterung beinhalte.

5.3.4 In Bezug auf die durch den Beschwerdeführer anlässlich der durchgeführten Verhandlung vom 28. August 2018 eingereichten medizinischen Akten (Urkunden 14 - 30, vgl. E. II. 4.2.22 hiervor) kann festgehalten werden, dass einige dieser Arztberichte (Urkunden 14 - 17, 29 f.) nach dem hier relevanten Zeitpunkt vom 27. Juli 2017 (vgl. E. II. 1.2 hiervor) verfasst wurden und eine der Urkunden bereits zuvor zu den Akten gereicht worden war (Urkunde 19, vgl. E. II. 4.2.17 hiervor). Im Weiteren ist keinem der eingereichten Berichte eine Auseinandersetzung mit der dem Beschwerdeführer zumutbaren Arbeitsfähigkeit zu entnehmen. Einzugehen ist auf den durch den Vertreter des Beschwerdeführers an der Verhandlung vom 28. August 2018 im Besonderen hervorgehobenen Bericht von Dr. med. AJ.____, Facharzt für Neurologie FMH,

vom 28. Oktober 2016 (Urkunde 27; vgl. Protokoll vom 28. August 2018, A.S. 92), in welchem sich dieser mit dem Gutachten der Begutachtungsstelle J.____ und insbesondere mit dem neurologischen Teilgutachten auseinandersetzte. Es kann festgehalten werden, dass dieser relativ kurz und knapp ausgefallene Bericht nicht unterzeichnet ist und Dr. med. AJ.____ gleich zu Beginn explizit darlegte, dass er das Gutachten der Begutachtungsstelle J.____ nicht ganz durchgelesen habe. So habe er für das Durchlesen aller 63 Seiten, insbesondere für die 3,5 Seiten der Anamnese, inkl. Biographie des Beschwerdeführers sowie für die medizinischen und versicherungsmedizinischen Beurteilungen (S. 20/63 bis 24/63) keine Valenzen gehabt. Er habe sich auf «B. objektive Befunde» (S. 17/63 bis 19/63) und die Zusammenfassung (S. 25/63) konzentriert. Da das Gutachten somit nur unvollständig gelesen bzw. zur Kenntnis genommen wurde, ist den Ausführungen und insbesondere der Kritik von Dr. med. AJ.____ am Gutachten der J.____ jegliche Beweiskraft abzuspochen. Es kommt hinzu, dass die Angaben im Bericht unvollständig sind. So werden in diesem die Daten einzig mit «xxxxxxx» oder «XXXX» bezeichnet. Ausserdem kritisierte Dr. med. AJ.____ im Wesentlichen konkrete Stellen bzw. Befunde im neurologischen Gutachten aus dem Blickwinkel von allgemeinen neurologischen Standards. Hingegen setzte er sich nicht mit eigens erhobenen Befunden oder durchgeführten Untersuchungen auseinander. Nicht ersichtlich ist denn auch eine Auseinandersetzung mit der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers. Somit erweisen sich die Ausführungen im Bericht von Dr. med. AJ.____ insgesamt als nicht nachvollziehbar.

5.3.5 Die zeitlich nach dem Gutachten der Begutachtungsstelle J.____ verfassten medizinischen Akten vermögen dessen Beweiswert nicht zu schmälern.

5.4 Nachfolgend ist auf die gegen den Beweiswert des Gutachtens der Begutachtungsstelle J.____ gerichteten Vorbringen des Beschwerdeführers einzugehen (vgl. A.S. 17 ff.):

5.4.1 Der Beschwerdeführer stellt sich auf den Standpunkt (A.S. 20 f.), das Gutachten der Begutachtungsstelle J.____ vom 4. Februar 2016 bzw. die entsprechenden Untersuchungen vom 9. bis 29. Oktober 2015 seien im Zeitpunkt der Einreichung der Beschwerde vor annähernd zwei Jahren erfolgt, weshalb die Frage der Aktualität aufzuwerfen sei. Bei dieser Argumentation verkennt der Beschwerdeführer, dass im vorliegenden Verfahren nicht auf den Zeitpunkt der Beschwerdeerhebung, sondern auf den Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 27. Juli 2017 abzustellen ist (vgl. E. II. 1.2 hiervor). In diesem Zeitpunkt war das Gutachten vom 4. Februar 2016 17 Monate alt. Es ist – wie oben ausgeführt – zudem nicht zu beanstanden, dass sich die Beschwerdegegnerin auf dieses Gutachten stützte. Es kann ergänzend darauf hingewiesen werden, dass die eingereichten medizinischen Akten keinen Hinweis auf eine seit dem Gutachten der Begutachtungsstelle J.____ veränderte gesundheitlichen Situation des Beschwerdeführers ergeben und somit kein Anlass für die Vornahme von weiteren Abklärungen bestand.

5.4.2 Dem auf das psychiatrische Teilgutachten von Dr. med. N.____ bezogenen Vorbringen des Beschwerdeführers (A.S. 22 unten), wonach die nach einer kurzen Exploration von bloss 90 Minuten behauptete Diagnose, dass weder zurzeit der Untersuchung noch bei der Erstellung der vorerwähnten Berichte durch die behandelnden Ärzte eine psychische Störung vorliege, völlig unverständlich und verstörend sei, erweist sich als haltlos. So gab der psychiatrische Gutachter an, seine Untersuchung vom 13. Oktober 2015 habe von 09.00 Uhr bis 10.35 Uhr gedauert (IV-Nr. 144.1 S. 42), was zwar ungefähr der vom Beschwerdeführer behaupteten Dauer entspricht. Für den Aussagegehalt eines Teilgutachtens kommt es indes nicht auf die Dauer der Untersuchung an. Massgebend ist vielmehr, ob das Gutachten vollständig und im Ergebnis schlüssig ist. Dies trifft – wie oben ausführlich dargelegt (vgl. E. II. 5.1 hiervor) – auf das psychiatrische Teilgutachten von

med. pract. N.____ vollumfänglich zu. 5.4.3 Der Beschwerdeführer argumentiert im Weiteren (A.S. 24), es gebe in den Vorakten klare Anzeichen für eine somatoforme Störung, weshalb die entsprechenden Anforderungen ans Beweisverfahren bei psychosomatischen Leiden bei der Begutachtung zwingend zu beachten seien. Da dies vorliegend nicht der Fall sei, sei das Gutachten insoweit unverwertbar. Dazu kann festgehalten werden, dass med. pract. N.____ in seinem psychiatrischen Teilgutachten weder die Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung noch einer sonstigen psychischen Erkrankung mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit auswies, weshalb auch nicht einzusehen ist, inwiefern er sich mit dem im BGE 141 V 281 vom 3. Juni 2015 formulierten Prüfungsraster bzw. den entsprechenden Indikatoren hätte auseinandersetzen müssen (vgl. auch BGE 143 V 409, 143 V 418). Damit läuft dieses Vorbringen ins Leere. 5.4.4 Der Beschwerdeführer vermag mit seinem weiteren Vorbringen (A.S. 32 f.), wonach die Beschwerdegegnerin trotz angeordneter Beistandschaft mögliche kognitive Einschränkungen oder die Unfähigkeit zur Selbstbestimmung verneine, nichts zu seinen Gunsten abzuleiten. Aus dem Entscheid der KESB [...] vom 24. Februar 2017 (IV-Nr. 176) geht u.a. hervor, dass dem Beschwerdeführer eine Vertretungsbeistandschaft mit Vermögensverwaltung gemäss Art. 394 Schweizerisches Zivilgesetzbuch (ZGB, SR 210) i.V.m. Art. 395 ZGB bestellt worden sei. Es wurde zudem festgehalten, dass der Beschwerdeführer aus psychiatrischer Sicht nicht mehr in der Lage sei, seine finanziellen, juristischen und organisatorischen Angelegenheiten zu besorgen (vgl. Ziff. 2.4), wobei in diesem Zusammenhang die Diagnosen einer «depressiven Störung» sowie einer «Schmerzstörung» ausgewiesen wurden, welche einen Schwächezustand im Sinne des Gesetzes begründeten. Gestützt auf das vorliegende Gutachten der Begutachtungsstelle J.____ vom 4. Februar 2016 kann von diesen beiden Diagnosestellungen indes nicht ausgegangen werden. In diesem Zusammenhang hielt die RAD-Ärztin Dr. med. I.____ in ihrer Stellungnahme vom 25. Juli 2017 (vgl. E. II. 4.2.18 hiervor) zudem korrekterweise fest, eine Anmeldung des Beschwerdeführers bei der KESB bedeute nicht per se eine Beschwerdeverschlimmerung bzw. eine IV-Relevanz. Es ist daher nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin die über den Beschwerdeführer errichtete Beistandschaft in ihrer Verfügung vom 27. Juli 2017 unter dem Titel «Sachverhalt» erwähnt (A.S. 2), diese aber in ihre Beurteilung zu Recht nicht miteinbezogen hat. 5.5 Dem polydisziplinären Gutachten der Begutachtungsstelle J.____ vom 4. Februar 2016 ist somit der volle Beweiswert zuzusprechen. Die Beschwerdegegnerin hat mit Verfügung vom 27. Juli 2017 (A.S. 1 ff.) zu Recht auf dieses Gutachten abgestellt. Es ist daher auch von dem in diesem Gutachten formulierten Zumutbarkeitsprofil auszugehen. Demzufolge ist der Beschwerdeführer in seiner angestammten Tätigkeit als angelernter Industrielackierer nicht mehr arbeitsfähig. Bei verminderter Rücken- und Kniebelastbarkeit optimal angepassten Tätigkeit besteht beim Beschwerdeführer unter konsequenter Einhaltung eines rückenergometrischen Verhaltens und der Meidung von kniegelenksbelastender Tätigkeiten eine Arbeitsfähigkeit von mindestens 60 % bei einem Zeitpensum von 8,5 Stunden pro Tag. 5.6 Da im polydisziplinären Gutachten der Begutachtungsstelle J.____ vom 4. Februar 2016 teilweise auf das Gutachten der Begutachtungsstelle G.____ vom 21. Juni 2012 verwiesen wird und der Beschwerdeführer anlässlich der öffentlichen Verhandlung vom 28. August 2018 vorbringt, es könne nicht auf das Gutachten der Begutachtungsstelle G.____ abgestellt werden, da dieses nicht unter Einhaltung der Auftragsvergabe nach dem Zufallsprinzip gemäss BGE 137 V 210 eingeholt worden sei (vgl. Protokoll der Verhandlung A.S. 92), ist kurz darauf einzugehen. Im vorliegenden Fall ist davon

auszugehen, dass die Begutachtungsstelle G.____ am 15. März 2012 mit der Begutachtung beauftragt worden ist (vgl. IV-Nr. 83.1 S. 2). Daher hätte die Auftragsvergabe gemäss dem ab dem 1. März 2012 in Kraft getretenen Anhang V des Kreisschreibens über das Verfahren in der Invalidenversicherung (nachfolgend: KSVI) grundsätzlich nach dem Zufallsprinzip via SuisseMED@P erfolgen müssen. Da jedoch im vorliegenden Fall nicht auf das Gutachten der Begutachtungsstelle G.____ abzustellen ist, sondern – wie unter E. II. 5.3 hiervor dargelegt – auf das Gutachten der Begutachtungsstelle J.____, hat diese Tatsache weder einen Einfluss auf den Beweiswert des Gutachtens der Begutachtungsstelle J.____ noch auf das Ergebnis des vorliegenden Verfahrens. 6. Im Vergleich zum letzten rechtskräftigen Entscheid der Beschwerdegegnerin vom 15. Februar 2008 (IV-Nr. 64) hat sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 27. Juli 2017 in anspruchsvollere Weise verändert. Dies entgegen den Ausführungen des Beschwerdeführers (A.S. 31). So wurde dem Beschwerdeführer im Zeitpunkt der Verfügung vom 15. Februar 2008 im Wesentlichen gestützt auf die diagnostizierte «kaudal luxierte Diskushernie L5/S1 mit S1-Nervenwurzelkompression und S1-Radikulopathie rechts» eine volle Arbeitsunfähigkeit sowohl in der angestammten als auch in einer Verweistätigkeit ab dem Revisionsdatum attestiert (vgl. E. II. 4.1.1 ff. hiervor). Der RAD-Arzt Dr. med. D.____ hielt in seiner Stellungnahme vom 25. Oktober 2007 (vgl. E. II. 4.1.3 hiervor) daher fest, dass schon allein somatisch eine Verschlechterung der medizinischen Situation ausgewiesen sei und die Angaben von Dr. med. F.____ und Dr. med. E.____ eine Arbeitsunfähigkeit ab dem Revisionsdatum rechtfertigten. Im Zeitpunkt der Verfügung vom 27. Juli 2017 ergaben sich in Bezug auf die somatische gesundheitliche Situation des Beschwerdeführers gemäss dem polydisziplinären Gutachten der Begutachtungsstelle J.____ vom 2. Februar 2016 insbesondere eine Verbesserung der neurokompressiven Diskushernien. So hielt der neurologische Gutachter Dr. med. L.____ u.a. fest (IV-Nr. 144.1 S. 22), das eingeschätzte Zumutbarkeitsprofil gelte mindestens seit dem Gutachten der Begutachtungsstelle G.____ vom 21. Juni 2012 (vgl. E. II. 4.2.6 hiervor). Diese Einschätzung leuchtet ein, da er weiter ausführte (IV-Nr. 144.1 S. 22), es sei in Zusammenschau mit ausgefallenem ASR rechts von einer residuellen, sensiblen S1-Symptomatik bei früher nachgewiesener grosser kaudal luxierter Diskushernie L5/S1 rechts mit Wurzelkompression S1 rechts ausgegangen worden, wobei sich die Diskushernie zwischenzeitlich spontan resorbiert habe, gemäss MRI LWS vom 24. Oktober 2011 (vgl. E. II. 4.2.5 hiervor) sei nur noch eine kleine mediane Diskushernie im Segment L4/S1 ohne Wurzelkompression nachweisbar gewesen. Somit hat sich die im Zeitpunkt der rentenzusprechenden Verfügung vom 15. Februar 2008 im Vordergrund stehende gesundheitliche Problematik betreffend die Diskushernie verbessert. Dr. med. L.____ hielt fest (IV-Nr. 144.1 S. 22): Im Wesentlichen deckte sich der damalige Befund (d.h. zur Zeit der Untersuchung bei der G.____) auch mit der aktuellen Befundlage, abgesehen davon, dass die Sensibilitätsstörung recht diffus und aktuell nur schwer nachvollziehbar sei. Wie bereits damals seien die Sensibilitätsstörungen am Fussaussenrand als altes sensibles Defizit zu werten. Die aktuelle Situation mit Lasègue sei kaum prüfbar, eine objektivierbare Parese könne aber auch aktuell nicht festgestellt werden. Folglich ist seit der Verfügung vom 15. Februar 2008 insbesondere von einem aus somatischer Sicht verbesserten somatischen Gesundheitszustand auszugehen. Dementsprechend führten die Gutachter betreffend den Fragenkatalog (IV-Nr. 144.1 S. 30) denn auch aus, die Bewertung beinhalte für den Beschwerdeführer eine Besserung seiner Arbeitsfähigkeit auf dem für die gutachterliche Bewertung führenden orthopädischen Fachgebiet. Diese Besserung sei mit aller

Wahrscheinlichkeit graduell eingetreten und lasse sich in diesem anzunehmenden graduellen Verlauf schlecht beziffern. Die Bewertung gelte somit spätestens ab dem aktuellen Begutachtungszeitpunkt. Damit ist ein Revisionsgrund nach Art. 17 Abs. 1 ATSG ausgewiesen (vgl. E. II. 2.6 hiervor). 7. Da im Zeitpunkt des Gutachtens vom 4. Februar 2016 insgesamt eine Verbesserung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers ausgewiesen ist (vgl. E. II. 6 hiervor) und dem Beschwerdeführer die Ausübung einer angestammten Tätigkeit zu 60 % zumutbar ist, ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin in ihrer Verfügung vom 27. Juli 2017 (A.S. 1 ff.) einen Einkommensvergleich durchgeführt hat. 8. Es ist nachfolgend auf den Einkommensvergleich der Beschwerdegegnerin einzugehen (vgl. E. II. 2.5 hiervor) und zu prüfen, ob der errechnete IV-Grad von 32 % (A.S. 3) korrekt ist. Hinsichtlich der Berechnung des Invaliditätsgrades wird durch den Vertreter des Beschwerdeführers anlässlich der Verhandlung vom 28. August 2018 erstmals vorgebracht, es sei vorliegend eine Parallelisierung der Vergleichseinkommen vorzunehmen (Verhandlungsprotokoll, A.S. 93). 8.1 Wie beim Invalideneinkommen handelt es sich auch beim Valideneinkommen um eine hypothetische Grösse, indem nicht auf den – unter Umständen schon länger zurückliegenden – zuletzt tatsächlich erzielten Verdienst abzustellen ist (BGE 114 V 310 E. 3b S. 314; Urteil des Eidg. Versicherungsgerichts I 559/04 vom 16. Februar 2005 E. 2.1), sondern darauf, was die versicherte Person im Zeitpunkt des Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da es empirischer Erfahrung entspricht, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre (BGE 134 V 322 E. 4.1 S. 325; SVR 2011 IV Nr. 55 S. 163 8C_671/2010 E. 4.5.1; Ulrich Meyer / Marco Reichmuth: Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG], 3. Aufl. 2014, S. 327).

E. 4

Es seien geeignete Abklärungs- und Eingliederungsmassnahmen durchzuführen.

E. 5

% vom branchenüblichen Tabellenlohn abweicht. Eine Parallelisierung der Vergleichseinkommen hat jedoch bei Erfüllung der übrigen Voraussetzungen nur in dem Umfang zu erfolgen, in welchem die prozentuale Abweichung den Erheblichkeitsgrenzwert von 5 % übersteigt (Urteil des Bundesgerichts 8C_4/2014 vom 11. März 2014 E. 3.2 m.H.a. BGE 135 V 297 E. 6.1 S. 302 ff. sowie Urteil des Bundesgerichts 8C_902/2009 vom 1. April 2010 E. 5.1.1).

8.2.2 Mit Urteil 8C_141/2016 und 8C_142/2016 vom 17. Mai 2016 E. 5.2.2.3 hat das Bundesgericht entschieden, dass das Einkommen ungelernter Bauarbeiter, welches dem Mindestverdienst gemäss dem Landesmantelvertrag für das schweizerische Bauhauptgewerbe (GAV-LMV) entspreche oder diesen gar übersteige, nicht als unterdurchschnittlich im Sinne von E. 2.2 hiervor qualifiziert werden könne, auch wenn es erheblich unter dem in der LSE ausgewiesenen Durchschnittslohn im Bauhauptgewerbe liegt. Dies wird im Wesentlichen mit der Aussage unterlegt, der Mindestverdienst gemäss GAV-LMV bilde das branchenübliche Einkommen präziser ab als der entsprechende LSE-Lohn (Urteil des Bundesgericht 8C_759/2017 vom 8. Mai 2018 E. 3.2.2).

8.2.3 Der Beschwerdeführer arbeitete zuletzt bei der Firma S.____ (Baumalerei, Beschichtungen stationär, Beschichtungen mobil, Electropainting) als Industrielackierer. Aufgrund der höchstrichterlichen Rechtsprechung gemäss E. II. 8.2.2 hat sich das Versicherungsgericht am 3. September 2018 bei der Firma S.____ telefonisch im Sinne einer Vorabklärung erkundigt, ob die Industrielackierer gemäss GAV entschädigt würden (vgl. interne Aktennotiz vom 3. September 2018, A.S. 94). Da diese Frage durch die Firma S.____ verneint wurde, drängte sich das Einholen von weiteren Informationen im Rahmen einer Beweismassnahme nicht auf. Eine Kopie der internen Aktennotiz betreffend das Telefonat mit der Firma S.____ wurde den Parteien mit Verfügung vom 6. September 2018 zur Kenntnisnahme (A.S. 95) zugestellt. Da es sich hierbei nicht um eine Beweismassnahme handelte, laufen die Anträge des Beschwerdeführers in der Eingabe vom 24. September 2018 (vgl. E. I. 15 hiervor) ins Leere. Es ist ausserdem nicht einzusehen, inwiefern in diesem Zusammenhang erneut eine öffentliche Verhandlung ■ wie diese der Beschwerdeführer beantragte ■ durchgeführt werden soll.

Die Frage nach einer allfälligen Unterdurchschnittlichkeit des Verdienstes bei der Firma S.____ ist somit, da der Beschwerdeführer keinem GAV unterstand, bezogen auf den Wert für «Baugewerbe» (vgl. Schweizerische Lohnstrukturerhebung 2014, TA1_tirage_skill_level, Männer, Branche 41 - 43, Kompetenzniveau 1) von CHF 5'507.00 zu beurteilen. Nach der Hochrechnung auf die durchschnittliche betriebsübliche Arbeitszeit in diesem Gewerbe im Jahr 2015 von 41,4 Stunden (: 40 x 41,4) sowie der Anpassung an die Teuerung im Jahr 2015 (: 103,3 x 103,7) resultiert ein Jahreslohn von CHF 68'661.80. Im vorliegenden Fall liegt der auf das Jahr 2015 aufgerechnete Monatslohn bei der Firma S.____ bei CHF 56'269.00 (vgl. Verfügung der IV-Stelle vom 27. Juli 2017, A.S. 3). Damit liegt dieser Verdienst knapp 18 % unter dem branchenüblichen Durchschnittswert, womit eine Parallelisierung auf CHF 65'228.70 (Wert 2014; CHF 5'507.00 [: 40 x 41,7] [: 103,3 x 103,7] x 12 [: 100 % x 95 %]) vorzunehmen ist.

8.3

8.3.1 Da es dem Beschwerdeführer möglich ist, ab dem Zeitpunkt des Gutachtens der Begutachtungsstelle J.____ ■ folglich ab dem 4. Februar 2016 ■ eine körperlich leichte wechselbelastende Tätigkeit zu 60 % in einem ganztägigen Pensum von 8,5 Stunden täglich auszuüben, muss das Invalideneinkommen aufgrund der Tabellenlöhne gemäss der vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) festgesetzt werden. Gemäss LSE 2014, TA1_tirage_skill-level ist von einem ordentlichen Bruttolohn für Männer von CHF 5'312.00 auszugehen (LSE 2014 TA1_tirage_skill_level, Total Männer, Kompetenzniveau 1 «einfache Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art»). Dieser Betrag ist auf die üblichen Wochenstunden von 41,7 im Jahr hochzurechnen (CHF 5'312.00 x 12 [: 40 x 41,8] = CHF 66'453.15) und an den Nominallohnindex für das Jahr 2015 anzupassen (: 103,3 x 103,7). Damit ergibt sich ein Invalideneinkommen von CHF 66'710.45. Unter Einbezug der 60%igen Arbeitsfähigkeit beträgt das Invalideneinkommen insgesamt CHF 40'026.30.

8.3.2 Wird das Invalideneinkommen ■ wie hier der Fall ■ auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert (Tabellenlohn) allenfalls zu kürzen. Damit soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass persönliche und berufliche Merkmale, wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können (BGE 124 V 321 E. 3b/aa S. 323; Urteil des

Bundesgerichts 8C_185/2013 vom 4. Juli 2013 E. 3) und je nach Ausprägung die versicherte Person deswegen die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten kann (BGE 126 V 75 E. 5b/aa in fine, S. 80). Der Abzug ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen. Er darf 25 % nicht übersteigen (BGE 126 V 75 E. 5b/bb-cc S. 80; Urteil des Bundesgerichts 9C_368/2009 vom 17. Juli 2009 E. 2.1). Nach der Rechtsprechung ist insbesondere dann ein Abzug zu gewähren, wenn eine versicherte Person selbst im Rahmen körperlich leichter Hilfsarbeitertätigkeit in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist (BGE 126 V 75 E. 5a/bb S. 78).

Im vorliegenden Fall gebietet das Alter des Beschwerdeführers von 56 Jahren zur Zeit des Einkommensvergleichs keinen Abzug, da es die Möglichkeit, das Lohnniveau gesunder Hilfskräfte in diesem Arbeitssegment zu erreichen, erfahrungsgemäss nicht zusätzlich schmälert (vgl. LSE 2004 TA9 S. 65). Auch hinsichtlich der Nationalität gebietet sich kein Abzug, da der Beschwerdeführer über die Niederlassungsbewilligung C verfügt (IV-Nr. 4.5 S. 1) und somit im Anforderungsniveau 4 nicht schlechter entlohnt wird als Schweizer und Ausländer zusammen (LSE 2008 TA12). Zudem sind auch die gemäss den vorliegenden Akten ausgewiesenen, mangelnden Sprachkenntnisse des Beschwerdeführers nicht geeignet, einen leidensbedingten Abzug zu begründen. Es ist folglich nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin aufgrund der leidensbedingt erschwerten Eingliederung einen Abzug von 5 % vorgenommen hat. Die Bestimmung der Höhe eines leidensbedingten Abzugs stellt weitgehend eine Ermessensfrage dar. Allerdings darf das Gericht sein Ermessen nicht ohne triftigen Grund an die Stelle desjenigen der Verwaltung setzen; es muss sich vielmehr auf Gegebenheiten stützen, welche seine abweichende Ermessensausübung als nahe liegender erscheinen lassen (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts I 447/06 vom 5. September 2006 E. 3.2. und 3.2.1 m.w.H.). Daher kann dem vom Beschwerdeführer im Rahmen der Verhandlung vom 28. August 2018 geforderten leidensbedingten Abzug von 20 % (vgl. Verhandlungsprotokoll S. 3) nicht gefolgt werden.

Das Vorbringen des Beschwerdeführers (A.S. 45 unten), wonach die Beschwerdegegnerin keinen angemessenen Leidensabzug gewährt oder transparent gemacht habe, läuft damit ins Leere. Das Invalideneinkommen beträgt folglich gerundet CHF 38'025.00.

8.4 Damit ergibt sich bei einem Valideneinkommen von CHF 65'228.70 und einem Invalideneinkommen von CHF 38'025.00 eine Erwerbseinbusse von CHF 27'203.70, die einem IV-Grad von gerundet 42 % entspricht. Damit hat der Beschwerdeführer Anspruch auf eine Viertelsrente (vgl. E. II. 2.2 hiervor). Die Berechnung der Beschwerdegegnerin in der Verfügung vom 27. Juli 2017 erweist sich daher als nicht korrekt.

9. Es ist auf die vom Beschwerdeführer beantragten beruflichen Eingliederungsmassnahmen (vgl. E. I. 6 Ziff. 2a hiervor) einzugehen:

9.1 Gemäss den vorliegenden Akten kann festgehalten werden, dass der Beschwerdeführer zwar in seiner angestammten Tätigkeit nicht mehr arbeitsfähig ist, ihm aber eine angepasste Tätigkeit in einem Arbeitspensum von 60 % zumutbar wäre. Bei einem errechneten IV-Grad von gerundet 42 % (vgl. E. I. 8.4 hiervor) bestünde grundsätzlich die Möglichkeit für berufliche Massnahmen im Sinne einer «Umschulung» (vgl. E. II. 2.4 hiervor). Voraussetzung hierzu bildet u.a. auch die subjektive

Eingliederungsfähigkeit. Aus den vorliegenden Akten ist beim Beschwerdeführer indes kein wirkliches Motivationspotential ersichtlich: So wurde bereits im Gutachten der Begutachtungsstelle G.____ vom 19. Juni 2012 (vgl. E. II. 4.2.6 hiervor) festgehalten (IV-Nr. 83.1 S. 28), der Beschwerdeführer erachte sich aus somatischen und psychischen Gründen als nicht mehr arbeitsfähig, was in deutlichem Gegensatz zur Beurteilung stehe, wonach dem Beschwerdeführer eine körperlich leichte, optimal adaptierte Tätigkeit zu 50 % zumutbar wäre. Die Gutachter hielten weiter fest, dass sich die Diskrepanz wohl daraus ergebe, dass der Beschwerdeführer davon ausgehe, sich vollständig gesund fühlen zu müssen und keinerlei Schmerzen verspüren zu dürfen, um einer beruflichen Erwerbstätigkeit nachgehen zu können. Im definitiven Schlussbericht der Firma H.____ vom 20. Februar 2014 (vgl. E. II. 4.2.9 hiervor) wurde sodann festgehalten, es sei dem Beschwerdeführer immer wieder gelungen, sich zu motivieren, er habe aber auf sein Umfeld leidend gewirkt, sich langsam bewegt und auf seine Krücken gestützt. Er habe nicht stehend arbeiten können und auch nur halb liegend auf dem Stuhl mit vielen Bewegungspausen. Zudem hätten seine Deutschkenntnisse die Vermittlung der Arbeitsgänge sowie Aufträge erschwert. Es wurde empfohlen, das Training nicht weiterzuführen. Beim Abschlussgespräch in der Firma H.____ vom 26. Februar 2014 (vgl. Protokolleintrag vom 26. Februar 2014) wurde u.a. festgehalten, der Beschwerdeführer habe sich in der Firma H.____ besser verständigen können als bei der Beschwerdegegnerin und die Leiterin R.____ habe das Gefühl, der Beschwerdeführer sei selbstlimitierend und wolle nicht über seine Schmerzgrenze hinausgehen. Die Gutachter der Begutachtungsstelle J.____ gingen in diesem Zusammenhang in ihrem Gutachten vom 4. Februar 2016 gar von einem «erheblichen Verdeutlichungs- und Aggravationsverhalten» aus. So führten sie im Rahmen der interdisziplinären Beurteilung aus (IV-Nr. 144.1 S. 27), hinsichtlich der mehrfach auffälligen Befundinkonsistenzen, welche bereits 1995 vielfach beschrieben worden seien, zeigten sich auch in der gegenwärtigen Begutachtung wiederum vielfältige Auffälligkeiten, die als deutliches aggravatorisches und suboptimales Anstrengungsverhalten zu bewerten seien. Es wurde daraufhin auf das neurologische Teilgutachten verwiesen, in welchem Dr. med. L.____ u.a. darlegte (vgl. IV-Nr. 144.1 S. 24), dass das vermeintlich schlechte Abschneiden im Rahmen der Integrationsmassnahme vom Februar 2014 mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht durch den objektiven medizinischen Sachverhalt hinreichend zu erklären sei, hier mit hoher Wahrscheinlichkeit ebenfalls der Einfluss eines selbstlimitierten Verhaltens anzunehmen sei. So seien auch damals IV-fremde Gründe wie eine Sprachbarriere, fehlender Wille zur Veränderung und fehlendes Interesse an der Arbeit beschrieben worden. Diese Ausführungen lassen sich unter Heranziehung des Abschlussgesprächs in der Firma H.____ vom 26. Februar 2014 verifizieren (vgl. Protokolleintrag). Entsprechende Angaben finden sich auch im Abschlussbericht der beruflichen Eingliederung vom 30. April 2014 (IV-Nr. 112), in welchem der Eingliederungsfachmann der Beschwerdegegnerin darlegte, der Beschwerdeführer sehe sich einerseits aufgrund seiner körperlichen Beschwerden nicht in der Lage zu arbeiten, andererseits fehlten ihm sprachliche Kenntnisse, um sich bei der Arbeit zu verständigen. Er bezeichnete die Eingliederung gestützt auf die gemachte Erfahrung und aus IV-fremden Gründen (Sprache, fehlender Wille zur Veränderung, fehlendes Interesse bei der Arbeit) als unrealistisch, weshalb die Bemühungen abgeschlossen würden. Das vom Beschwerdeführer vorgebrachte Argument, wonach er sich in deutscher Sprache hinreichend ausdrücken könne (A.S. 36), überzeugt demzufolge nicht. So ist gemäss den vorliegenden Akten von mangelhaften Deutschkenntnissen des

Beschwerdeführers auszugehen. In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass die Deutschkenntnisse des Beschwerdeführers, entgegen den Vorbringen in der Verhandlung vom 28. August 2018 (vgl. Protokoll der Verhandlung, A.S. 92 ff.), für den Abbruch der Eingliederungsmassnahme in der Firma H. ___ nicht ursächlich waren. So erfolgte der Abbruch des Aufbautrainings im Wesentlichen aufgrund der fein- und mittelmotorischen Schwierigkeiten bei der Ausübung der Tätigkeit (vgl. E. II. 4.2.9 hiervor). Die mangelhaften Deutschkenntnisse hätten lediglich die Vermittlung erschwert. Dies entspricht jedoch einem IV-fremden Faktor.

Zusammenfassend muss damit innerhalb des im vorliegenden Verfahren zu beurteilenden Zeitraums ■ bis am 27. Juli 2017 (vgl. E. II. 1.2 hiervor) ■ die subjektive Eingliederungsfähigkeit des Beschwerdeführers verneint werden. Daran vermag die im Beschwerdeverfahren eingereichte und vom 4. September 2017 datierende «Bestätigung» des Beschwerdeführers (vgl. Beschwerdebeilage Nr. 13), in welcher er seine Bereitschaft und Motivation zur Teilnahme an beruflichen Massnahmen bestätigt, nichts zu ändern. Denn diese könnte doch bewusst oder unbewusst von nachträglichen Überlegungen versicherungsrechtlicher oder anderer Art beeinflusst sein. Es ist unter diesen Umständen nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin den Anspruch auf berufliche Eingliederungsmassnahmen wegen fehlender subjektiver Eingliederungsfähigkeit verneint hat. Einer Umschulung stehen überdies mit Blick darauf, dass der Beschwerdeführer über keine berufliche Erstausbildung verfügt, die Prinzipien der Gleichwertigkeit und der Verhältnismässigkeit entgegen. Der vorgängigen Durchführung eines Mahn- und Bedenkzeitverfahrens nach Art. 21 Abs. 4 ATSG bedurfte es ■ entgegen den Vorbringen des Beschwerdeführers (vgl. E. I. 6 Ziff. 3 hiervor, A.S. 41 f.) ■ nicht (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C_442/2017 vom 8. Juni 2018 E. 3.2.3, 9C_59/2017 vom 21. Juni 2017 E. 3.3). Die Beschwerdegegnerin hat daher dieses Leistungsbegehren mit Verfügung vom 27. Juli 2017 (A.S. 1 ff.) zu Recht abgewiesen. Es ist daher nicht weiter auf die vom Beschwerdeführer beantragten Eingliederungsmassnahmen (A.S. 43 f.) einzugehen.

9.2 An den vorangehenden Ausführungen vermag das Alter des Beschwerdeführers von 56 Jahren im Zeitpunkt der Rentenaufhebung vom 27. Juli 2017 nichts zu ändern:

9.2.1 Soll die Rente nach einer Bezugsdauer von mindestens fünfzehn Jahren herabgesetzt oder aufgehoben werden oder hat die betreffende versicherte Person im Zeitpunkt der Rentenherabsetzung oder -aufhebung nach Art. 88bis Abs. 2 lit. a IVV (BGE 141 V 5) das 55. Altersjahr zurückgelegt, sind in der Regel vorgängig Massnahmen zur Eingliederung durchzuführen, bis sie in der Lage ist, das medizinisch-theoretisch (wieder) ausgewiesene Leistungspotenzial mittels Eigenanstrengung auszuschöpfen und erwerblich zu verwerten. Die IV-Stelle trägt die Beweislast dafür, dass in einem konkreten Fall dieser Grundsatz nicht zur Anwendung kommt und von der Zumutbarkeit der Selbsteingliederung auszugehen ist.

Nach der Rechtsprechung darf bei fehlender subjektiver Eingliederungsfähigkeit, d.h. wenn die Eingliederungsbereitschaft aus invaliditätsfremden Gründen nicht gegeben ist, die Rente ohne vorgängige Prüfung von Massnahmen der (Wieder-) Eingliederung und ohne Durchführung des Mahn- und Bedenkzeitverfahrens nach Art. 21 Abs. 4 ATSG herabgesetzt oder aufgehoben werden (Urteil des Bundesgerichts 9C_317/2017 vom 19. Juni 2017 E. 3.1 m.w.H.).

9.2.2 Da im vorliegenden Fall mit überwiegender Wahrscheinlichkeit von einer fehlenden subjektiven Eingliederungsfähigkeit des Beschwerdeführers auszugehen ist (vgl. E. II. 9.1 hiervor), ist auch unter dem Aspekt des Alters des Beschwerdeführers von 56 Jahren im Zeitpunkt der Rentenaufhebung nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin vorgängig auf die Durchführung eines Mahn- und Bedenkzeitverfahrens verzichtet hat. Die Beschwerde ist demnach auch in diesem Punkt unbegründet (vgl. A.S. 40 f.).

10. Im Übrigen ist betreffend weiterer Beweismassnahmen auf die Praxis zum Umfang der Beweisabnahmepflicht hinzuweisen, wonach der Richter auf die Abnahme weiterer Beweise verzichten kann, wenn er auf Grund pflichtgemässer Beweiswürdigung zur Überzeugung gelangt, dass ein bestimmter Sachverhalt als überwiegend wahrscheinlich zu betrachten ist und dass weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern können (BGE 122 V 157 E. 1d S. 162, 104 V 209 E. a S. 211; Urteil des Bundesgerichts 8C_364/2011 vom 11. Oktober 2011 E. 3.1). Da weder ■ wie vom Beschwerdeführer beantragt (vgl. E. I. 6 Ziff. 2b und 2c) ■ von einem medizinischen Gerichtsgutachten noch von weiteren beruflich-erwerbsbezogenen Abklärungen weiterführenden Erkenntnisse zu erwarten sind, ist von solchen abzusehen.

11. Die Beschwerde ist somit teilweise gutzuheissen. Die angefochtene Verfügung vom 27. Juli 2017 (A.S. 1 ff.) ist insoweit abzuändern, als der Beschwerdeführer ab dem 1. September 2017 Anspruch auf eine Viertelsrente hat. Über einen allfälligen Anspruch auf einen Verzugszins nach Art. 26 Abs. 2 ATSG (vgl. E. I. 6 Ziff. 2a hiervor) wird die Beschwerdegegnerin noch zu entscheiden haben. Die Sache wird daher an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen. Im Übrigen ist die Beschwerde abzuweisen.

12. Bei diesem Verfahrensausgang ■ teilweises Obsiegen ■ steht dem Beschwerdeführer eine ordentliche Parteientschädigung zu, die von der Beschwerdegegnerin zu bezahlen ist.

12.1 Nach der Rechtsprechung ist bei bloss teilweisem Obsiegen nur dann eine ungekürzte Parteientschädigung zuzusprechen, wenn die versicherte Person im Grundsatz obsiegt und lediglich im Masslichen (teilweise) unterliegt. In Streitigkeiten um die Höhe einer Invalidenrente trifft dies zu, wenn nicht die beantragte ganze oder höhere Rente, sondern eine geringere Teilrente zugesprochen wird (SVR 2011 IV Nr. 38 S. 112, 9C_580/2010 E. 4.1). Dahinter steht die Überlegung, dass eine «Überklagung» eine Reduktion der Parteientschädigung nicht rechtfertigt, soweit das Rechtsbegehren keinen Einfluss auf den Prozessaufwand ausübt (BGE 117 V 401 E. 2c S. 407; Georg Wilhelm, in: Christian Zünd / Brigitte Pfiffner Rauber [Hrsg.], Kommentar zum Gesetz über das Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich, 2. Aufl. 2009, § 34 GSVG N 8). Wird anstelle der beantragten Dauerrente lediglich eine auf einen vergleichsweise kurzen Zeitraum befristete Rente zugesprochen, ist eine anteilmässige Kürzung regelmässig angebracht, weil sich das Rechtsbegehren im Normalfall auf den Prozessaufwand auswirkt (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_478/2015 vom 12. Februar 2016 E. 5 [nicht publ. in BGE 142 V 106]). Weiter ist die Parteientschädigung auch insoweit zu reduzieren, als zusätzlich weitere Leistungen der Invalidenversicherung wie berufliche Massnahmen beantragt worden sind, welchen nicht entsprochen werden kann (Urteil des Bundesgerichts 8C_568/2010 vom 3. Dezember 2010 E. 4.1).

Im vorliegenden Fall wird die Beschwerde einzig bezüglich des Leistungsbegehrens in Bezug auf eine Invalidenrente teilweise gutgeheissen, indem dem Beschwerdeführer aufgrund der anlässlich der öffentlichen Verhandlung vom 28. August 2018 beantragten

Parallelisierung der Vergleichseinkommen eine Viertelsrente zugesprochen wird. Dagegen wird die Beschwerde ansonsten bezüglich der in umfassender Weise beantragten Leistungen, insbesondere weiterer beruflicher Massnahmen, eventualiter eines umfassenden medizinischen Gerichtsgutachtens sowie in Bezug auf das beantragte Mahn- und Bedenkzeitverfahren abgewiesen. Diese Rechtsbegehren haben damit den Prozessaufwand erheblich erhöht. Die Rechtsschriften und die Vorbringen an der öffentlichen Verhandlung konzentrierten sich zum weitaus grössten Teil auf Argumente, welche das Gutachten der Begutachtungsstelle J.____ betreffen. Im Lichte der dargelegten Grundsätze erscheint es deshalb gerechtfertigt, im Rahmen der Parteientschädigung nur 1/4 des gesamten Aufwandes zu vergüten.

12.2 Der anwaltliche Stundenansatz bewegt sich in einem Rahmen von CHF 230.00 bis 330.00 (§ 161 i.V.m. § 160 Abs. 2 Kantonaler Gebührentarif [GT, BGS 615.11], in der ab 1. Januar 2018 geltenden Fassung).

12.2.1 Der frühere Rechtsvertreter Martin Rindlisbacher hat am 22. September 2017 (A.S. 75 ff.) eine Kostennote eingereicht, worin er einen Kostenersatz von insgesamt CHF 4'815.30 geltend macht. Dabei beträgt der Aufwand total 18,59 Stunden à CHF 230.00 und die Auslagen CHF 182.90. Mehrere der geltend gemachten Positionen stellen jedoch Kanzleiaufwand dar (Kurzbriefe an Beschwerdegegnerin vom 7. August 2017 à 0,1 Std., Kurzbrief an Klient vom 31. August 2017 à 0,17 Std., Kurzbriefe an Beistand Thomas Wyss vom 5. September 2017 à 0,17 Std., 7. September 2017 à 0,17 Std., 12. September 2017 à 0,15 Std., 15. September 2017 à 0,17 Std. und 22. September 2017 à 0,17 Std.), der bereits im Stundenansatz enthalten ist und nicht gesondert entschädigt wird. Somit reduziert sich der Aufwand um 1,1 Std. auf 17,49 Stunden. Sodann sind die insgesamt 155 Kopien pro Stück nur mit CHF 0.50 zu vergüten (§ 160 Abs. 5 GT) und nicht mit CHF 1.00, wie in der Kostennote geltend gemacht wird. Damit reduzieren sich die Auslagen um CHF 77.50 auf total CHF 105.40.

12.2.2 Der aktuelle unentgeltliche Rechtsvertreter Rechtsanwalt Claude Wyssmann reichte anlässlich der öffentlichen Verhandlung vom 28. August 2018 eine aktualisierte Kostennote ein (A.S. 88 f.). Darin wird ein Kostenersatz von total CHF 1'711.50 geltend gemacht. Der geltend gemachte Aufwand beträgt 6,14 Std. à CHF 250.00 und die Auslagen betragen CHF 54.00. Mehrere der geltend gemachten Positionen stellen Kanzleiaufwand dar (Kurzbriefe an Klient vom 2. November 2017 und 7. Mai 2018 und Kurzbrief an Thomas Wyss vom 7. Mai 2018 à je 0,17 Std.), der bereits im Stundenansatz enthalten ist und nicht gesondert entschädigt wird. Damit reduziert sich der Aufwand um 0,51 Std. auf 5,63 Std. Da dem Vertreter nach der Durchführung der Verhandlung vom 28. August 2018 durch das Einreichen zweier Eingaben vom 11. September 2018 (A.S. 96) und 24. September 2018 (A.S. 99 ff.) ein weiterer, jedoch als gering zu bezeichnender Aufwand erwachsen ist, werden hierfür weitere 0,5 Std. berücksichtigt. Der vom Rechtsvertreter mit Eingabe vom 24. September 2018 (vgl. A.S. 100) beantragte Aufwand von total etwas mehr als einer Stunde erscheint nicht gerechtfertigt. Damit beträgt der Aufwand 6,13 Stunden. Da die öffentliche Verhandlung vom 28. August 2018 nicht wie in der Kostennote geltend gemacht 1 Stunde, sondern 1 Stunde und 20 Minuten dauerte, beläuft sich der Aufwand insgesamt auf 6,46 Stunden. Dieser fiel im Jahr 2018 an. Bei den ausgewiesenen Auslagen werden die total 5 Kopien pro Stück nur mit CHF 0.50 vergütet (§ 160 Abs. 5 GT) und nicht mit CHF 1.00, wie in der Kostennote geltend gemacht wird. Damit verringern sich die Auslagen auf CHF 51.50. Zudem beträgt der Ansatz für die Vergütung von Fahrtspesen CHF 0.70 pro

Kilometer (§ 157 Abs. 3 GT i.V.m. 161 lit. a GAV) und nicht CHF 1.00, wie beantragt. Daher reduzieren sich die Auslagen weiter um CHF 13.80 auf CHF 37.70. Davon entfallen CHF 1.50 auf das Jahr 2017 und CHF 36.20 auf das Jahr 2018.

12.2.3 Damit würde sich der Aufwand beider Rechtsvertreter während des gesamten Verfahrens auf total 23,92 Stunden belaufen (17,49 Std. + 6,46 Std.). Dieser Aufwand erscheint in Anbetracht des vorliegenden Streitgegenstandes und im Vergleich zu ähnlich gelagerten Fällen als unverhältnismässig und ist daher ermessensweise auf total 16 Stunden zu kürzen. Im Verhältnis der im vorliegenden Fall geltend gemachten Vertretungsverhältnisse der beiden Rechtsvertreter werden davon 10,66 Stunden dem Rechtsvertreter Rindlisbacher und 5,33 Stunden dem Rechtsvertreter Wyssmann zugerechnet. Davon ist je 1/4 über die Parteientschädigung zu entschädigen (vgl. E. II. 12.1 hiervor) und je 3/4 über die unentgeltliche Rechtspflege (vgl. E. II. 13.5 hiernach).

12.2.4 Damit ergibt sich in Bezug auf die Parteientschädigung folgende Berechnung: Der Aufwand von Rechtsanwalt Rindlisbacher beträgt CHF 612.95 (1/4 von 10,66 Stunden à CHF 230.00) und die Auslagen CHF 26.35 (1/4 von CHF 105.40). Unter Berücksichtigung einer MwSt für das Jahr 2017 von 8 % beträgt die Parteientschädigung CHF 690.45.

In Bezug auf die Vertretung durch Rechtsanwalt Wyssmann beträgt die Parteientschädigung im Jahr im Jahr 2017 CHF 0.40 (1/4 von CHF 1.50 x 8 % MwSt) und im Jahr 2018 CHF 368.55 [1/4 von 5,33 Stunden à CHF 250.00 = CHF 333.15] + [1/4 von CHF 36.20 = CHF 9.05] x 7,7 % MwSt). Damit beträgt die Parteientschädigung total CHF 368.95.

Insgesamt beläuft sich somit die Parteientschädigung des Beschwerdeführers für das gesamte vorliegende Verfahren auf CHF 1'059.40 (CHF 690.45 + CHF 368.95). Diese ist durch die Beschwerdegegnerin zu bezahlen.

13. Der Beschwerdeführer steht ab Prozessbeginn im Genuss der unentgeltlichen Rechtspflege (vgl. E. I. 10 hiervor). Bis zum 22. September 2017 wurde er durch Rechtsanwalt Martin Rindlisbacher vertreten, ab dem 20. Oktober 2017 (Datum Eingang Anwaltsvollmacht) durch Rechtsanwalt Claude Wyssmann.

13.1 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]). Der Beschwerdeführer ist im vorliegenden Verfahren zu 3/4 unterlegen. Der Stundenansatz beträgt aufgrund des Kreisschreibens Nr. 1 der Gerichtsverwaltungskommission des Kantons Solothurn vom 18. September 2006 seit 1. Oktober 2006 bzw. § 161 Abs. 3 GT i.V.m. § 160 GT CHF 180.00.

13.2 In Bezug auf die Vertretung durch Rechtsvertreter Rindlisbacher ergibt sich somit ein zu entschädigender Aufwand von 7,99 Stunden (3/4 von 10,66 Stunden) à CHF 180.00. Damit beläuft sich der Aufwand auf CHF 1'438.20. Hinzu kommen Auslagen von CHF 79.05 (3/4 der Auslagen von CHF 105.40) sowie die MwSt von 8 %. Dies führt zu einer Kostenforderung von Rechtsanwalt Rindlisbacher von CHF 1'638.65.

In Bezug auf die Vertretung durch Rechtsvertreter Wyssmann ergibt sich ein zu entschädigender Aufwand von 3,99 Stunden (3/4 von 5,33 Stunden) à CHF 180.00. Dieser Aufwand von 3,99 Stunden im Verhältnis der in der eingereichten Kostennote für die Jahre

2017 und 2018 ermessensweise auf 1/5 (2017: 0,8 Std.) zu 4/5 (2018: 3,2 Std.) aufzuteilen. Für das Jahr 2017 ergibt sich somit eine Entschädigung von CHF 156.70 ($[0,8 \text{ Stunden} \times \text{CHF } 180.00 = \text{CHF } 144.00] + [3/4 \text{ der Auslagen von CHF } 1.50 = \text{CHF } 1.15] \times 8 \% \text{ MwSt}$). Für das Jahr 2018 ergibt sich eine Kostenforderung von CHF 649.60 ($[3,2 \text{ Std.} \times \text{CHF } 180.00 = \text{CHF } 576.00] + [3/4 \text{ der Auslagen von CHF } 36.20 = \text{CHF } 27.15] \times 7,7 \% \text{ MwSt}$). Total beläuft sich die Kostenforderung von Rechtsanwalt Wyssmann somit auf CHF 806.30.

Die Kostenforderungen von Rechtsanwalt Rindlisbacher und von Rechtsanwalt Wyssmann betragen CHF 1'638.65 bzw. CHF 806.30 und sind zahlbar durch die Zentrale Gerichtskasse des Kantons Solothurn.

13.3 Vorbehalten bleiben der Rückforderungsanspruch des Staates sowie der Nachforderungsanspruch von Rechtsanwalt Rindlisbacher im Umfang von CHF 431.45 (Differenz zum vollen Honorar $[7,99 \text{ Std.} \times \text{CHF } 50.00 \times 8 \% \text{ MwSt.}]$) bzw. von Rechtsanwalt Wyssmann im Umfang von CHF 506.40 ($[3,99 \text{ Stunden} \times \text{CHF } 70.00, \text{ da Honorarvereinbarung} = \text{CHF } 279.30] + [0,6 \text{ Std.} \times \text{CHF } 70.00 \times 8 \% \text{ MwSt} = \text{CHF } 3.35] + [3,2 \text{ Std.} \times \text{CHF } 70.00 \times 7,7 \% = \text{CHF } 17.25]$) während zehn Jahren, wenn A.____ zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

14. 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 entsprechend dem Verfahrensausgang an die gesamten Kosten von CHF 1'000.00 einen Betrag von CHF 500.00 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 Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO). Die übrigen CHF 500.00 sind von der Beschwerdegegnerin zu bezahlen.

Demnach wird erkannt:

5. Die Kostenforderung des unentgeltlichen Rechtsbeistandes, Rechtsanwalt Martin Rindlisbacher, wird auf CHF 1'638.65 (inkl. Auslagen und MwSt) festgesetzt, zahlbar durch die Zentrale Gerichtskasse des Kantons Solothurn. Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates und der Nachforderungsanspruch von Rechtsanwalt Rindlisbacher von CHF 431.45 während zehn Jahren, wenn A.____ zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

6. Die Kostenforderung des unentgeltlichen Rechtsbeistandes, Rechtsanwalt Claude Wyssmann, wird auf CHF 806.30 (inkl. Auslagen und MwSt) festgesetzt, zahlbar durch die Zentrale Gerichtskasse des Kantons Solothurn. Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates und der Nachforderungsanspruch von Rechtsanwalt Wyssmann von CHF 506.40 während zehn Jahren, wenn A.____, zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

7. Eine Kopie der Eingabe des Vertreters des Beschwerdeführers vom 24. September 2018 geht zur Kenntnisnahme an die Beschwerdegegnerin.

Rechtsmittel

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

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Die Vizepräsidentin Der Gerichtsschreiber

Weber-Probst Isch

E. 6

Es sei festzustellen, dass beim Beschwerdeführer die in der Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 27. Juli 2017 behauptete medizinische Versorgung der Arbeitsfähigkeit auf dem Weg der Selbsteingliederung nicht verwertbar ist.

E. 7

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

E. 8

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

E. 8.2

8.2.1 Hat eine versicherte Person aus invaliditätsfremden Gründen wie geringe Schulbildung, fehlende berufliche Ausbildung, mangelnde Deutschkenntnisse oder beschränkte Anstellungsmöglichkeiten zufolge Saisonierstatus ein deutlich unterdurchschnittliches Einkommen bezogen, ist diesem Umstand bei der Invaliditätsbemessung nach Art. 16 ATSG Rechnung zu tragen, sofern keine Anhaltspunkte dafür bestehen, dass sie sich aus freien Stücken mit einem bescheideneren Einkommen begnügen wollte. Nur dadurch ist der Grundsatz gewahrt, dass auf invaliditätsfremde Gesichtspunkte zurückzuführende Lohneinbussen entweder überhaupt nicht oder aber bei beiden Vergleichseinkommen gleichmässig zu berücksichtigen sind. Praxisgemäss wird diese so genannte Parallelisierung der Vergleichseinkommen entweder beim Valideneinkommen durch eine entsprechende Heraufsetzung des effektiv erzielten Lohnes oder durch Abstellen auf statistische Werte oder aber beim Invalideneinkommen durch eine entsprechende Herabsetzung des statistischen Wertes vorgenommen. Zugrunde liegt dabei die Überlegung, dass bei einer versicherten Person, welche in derjenigen Tätigkeit, die sie als Gesunde ausgeübt hat, einen deutlich unterdurchschnittlichen Lohn erzielte, weil persönliche Eigenschaften (namentlich fehlende Ausbildung oder Sprachkenntnisse, ausländerrechtlicher Status) die Erzielung eines Durchschnittslohnes verunmöglichten, nicht anzunehmen ist, dass sie mit gesundheitlicher Beeinträchtigung einen durchschnittlichen Lohn erreichen könnte (BGE 135 V 297 E. 5.1 S. 300 f. mit Hinweisen; vgl. dazu Meyer / Reichmuth, a.a.O., S. 354 ff.; Ueli Kieser: Die Parallelisierung der

Vergleichseinkommen bei der Bestimmung des Invaliditätsgrades, in: Ueli Kieser [Hrsg.], Validen- und Invalideneinkommen, 2013, S. 49 ff., 85) (Urteil des Bundesgerichts 9C_192/2014 vom 23. September 2014 E. 3.3). Dabei gilt der vor Eintritt des Gesundheitsschadens tatsächlich erzielte Verdienst erst dann im Sinne der Rechtsprechung als deutlich unterdurchschnittlich, wenn er mindestens 5 % vom branchenüblichen Tabellenlohn abweicht. Eine Parallelisierung der Vergleichseinkommen hat jedoch bei Erfüllung der übrigen Voraussetzungen nur in dem Umfang zu erfolgen, in welchem die prozentuale Abweichung den Erheblichkeitsgrenzwert von 5 % übersteigt (Urteil des Bundesgerichts 8C_4/2014 vom 11. März 2014 E. 3.2 m.H.a. BGE 135 V 297 E. 6.1 S. 302 ff. sowie Urteil des Bundesgerichts 8C_902/2009 vom 1. April 2010 E. 5.1.1). 8.2.2 Mit Urteil 8C_141/2016 und 8C_142/2016 vom 17. Mai 2016 E. 5.2.2.3 hat das Bundesgericht entschieden, dass das Einkommen ungelernter Bauarbeiter, welches dem Mindestverdienst gemäss dem Landesmantelvertrag für das schweizerische Bauhauptgewerbe (GAV-LMV) entspreche oder diesen gar übersteige, nicht als unterdurchschnittlich im Sinne von E. 2.2 hiervor qualifiziert werden könne, auch wenn es erheblich unter dem in der LSE ausgewiesenen Durchschnittslohn im Bauhauptgewerbe liegt. Dies wird im Wesentlichen mit der Aussage unterlegt, der Mindestverdienst gemäss GAV-LMV bilde das branchenübliche Einkommen präziser ab als der entsprechende LSE-Lohn (Urteil des Bundesgericht 8C_759/2017 vom 8. Mai 2018 E. 3.2.2). 8.2.3 Der Beschwerdeführer arbeitete zuletzt bei der Firma S.____ (Baumalerei, Beschichtungen stationär, Beschichtungen mobil, Electropainting) als Industrielackierer. Aufgrund der höchstrichterlichen Rechtsprechung gemäss E. II. 8.2.2 hat sich das Versicherungsgericht am 3. September 2018 bei der Firma S.____ telefonisch im Sinne einer Vorabklärung erkundigt, ob die Industrielackierer gemäss GAV entschädigt würden (vgl. interne Aktennotiz vom 3. September 2018, A.S. 94). Da diese Frage durch die Firma S.____ verneint wurde, drängte sich das Einholen von weiteren Informationen im Rahmen einer Beweismassnahme nicht auf. Eine Kopie der internen Aktennotiz betreffend das Telefonat mit der Firma S.____ wurde den Parteien mit Verfügung vom 6. September 2018 zur Kenntnisnahme (A.S. 95) zugestellt. Da es sich hierbei nicht um eine Beweismassnahme handelte, laufen die Anträge des Beschwerdeführers in der Eingabe vom 24. September 2018 (vgl. E. I. 15 hiervor) ins Leere. Es ist ausserdem nicht einzusehen, inwiefern in diesem Zusammenhang erneut eine öffentliche Verhandlung – wie diese der Beschwerdeführer beantragte – durchgeführt werden soll. Die Frage nach einer allfälligen Unterdurchschnittlichkeit des Verdienstes bei der Firma S.____ ist somit, da der Beschwerdeführer keinem GAV unterstand, bezogen auf den Wert für «Baugewerbe» (vgl. Schweizerische Lohnstrukturerhebung 2014, TA1_tirage_skill_level, Männer, Branche 41 - 43, Kompetenzniveau 1) von CHF 5'507.00 zu beurteilen. Nach der Hochrechnung auf die durchschnittliche betriebsübliche Arbeitszeit in diesem Gewerbe im Jahr 2015 von 41,4 Stunden (: 40 x 41,4) sowie der Anpassung an die Teuerung im Jahr 2015 (: 103,3 x 103,7) resultiert ein Jahreslohn von CHF 68'661.80. Im vorliegenden Fall liegt der auf das Jahr 2015 aufgerechnete Monatslohn bei der Firma S.____ bei CHF 56'269.00 (vgl. Verfügung der IV-Stelle vom 27. Juli 2017, A.S. 3). Damit liegt dieser Verdienst knapp 18 % unter dem branchenüblichen Durchschnittswert, womit eine Parallelisierung auf CHF 65'228.70 (Wert 2014; CHF 5'507.00 [: 40 x 41,7] [: 103,3 x 103,7] x 12 [: 100 % x 95 %]) vorzunehmen ist.

E. 8.3

8.3.1 Da es dem Beschwerdeführer möglich ist, ab dem Zeitpunkt des Gutachtens der Begutachtungsstelle J.____ – folglich ab dem 4. Februar 2016 – eine körperlich leichte wechselbelastende Tätigkeit zu 60 % in einem ganztägigen Pensum von 8,5 Stunden täglich auszuüben, muss das Invalideneinkommen aufgrund der Tabellenlöhne gemäss der vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) festgesetzt werden. Gemäss LSE 2014, TA1_tirage_skill-level ist von einem ordentlichen Bruttolohn für Männer von CHF 5'312.00 auszugehen (LSE 2014 TA1_tirage_skill_level, Total Männer, Kompetenzniveau 1 «einfache Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art»). Dieser Betrag ist auf die üblichen Wochenstunden von 41,7 im Jahr hochzurechnen ($\text{CHF } 5'312.00 \times 12 \text{ [: } 40 \times 41,8] = \text{CHF } 66'453.15$) und an den Nominallohnindex für das Jahr 2015 anzupassen ($\text{: } 103,3 \times 103,7$). Damit ergibt sich ein Invalideneinkommen von CHF 66'710.45. Unter Einbezug der 60%igen Arbeitsfähigkeit beträgt das Invalideneinkommen insgesamt CHF 40'026.30.

8.3.2 Wird das Invalideneinkommen – wie hier der Fall – auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert (Tabellenlohn) allenfalls zu kürzen. Damit soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass persönliche und berufliche Merkmale, wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können (BGE 124 V 321 E. 3b/aa S. 323; Urteil des Bundesgerichts 8C_185/2013 vom 4. Juli 2013 E. 3) und je nach Ausprägung die versicherte Person deswegen die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten kann (BGE 126 V 75 E. 5b/aa in fine, S. 80). Der Abzug ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen. Er darf 25 % nicht übersteigen (BGE 126 V 75 E. 5b/bb-cc S. 80; Urteil des Bundesgerichts 9C_368/2009 vom 17. Juli 2009 E. 2.1). Nach der Rechtsprechung ist insbesondere dann ein Abzug zu gewähren, wenn eine versicherte Person selbst im Rahmen körperlich leichter Hilfsarbeitertätigkeit in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist (BGE 126 V 75 E. 5a/bb S. 78). Im vorliegenden Fall gebietet das Alter des Beschwerdeführers von 56 Jahren zur Zeit des Einkommensvergleichs keinen Abzug, da es die Möglichkeit, das Lohnniveau gesunder Hilfskräfte in diesem Arbeitssegment zu erreichen, erfahrungsgemäss nicht zusätzlich schmälert (vgl. LSE 2004 TA9 S. 65). Auch hinsichtlich der Nationalität gebietet sich kein Abzug, da der Beschwerdeführer über die Niederlassungsbewilligung C verfügt (IV-Nr. 4.5 S. 1) und somit im Anforderungsniveau 4 nicht schlechter entlohnt wird als Schweizer und Ausländer zusammen (LSE 2008 TA12). Zudem sind auch die gemäss den vorliegenden Akten ausgewiesenen, mangelnden Sprachkenntnisse des Beschwerdeführers nicht geeignet, einen leidensbedingten Abzug zu begründen. Es ist folglich nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin aufgrund der leidensbedingt erschwerten Eingliederung einen Abzug von 5 % vorgenommen hat. Die Bestimmung der Höhe eines leidensbedingten Abzugs stellt weitgehend eine Ermessensfrage dar. Allerdings darf das Gericht sein Ermessen nicht ohne triftigen Grund an die Stelle desjenigen der Verwaltung setzen; es muss sich vielmehr auf Gegebenheiten stützen, welche seine abweichende Ermessensausübung als nahe liegender erscheinen lassen (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts I 447/06 vom 5. September 2006 E. 3.2. und 3.2.1 m.w.H.). Daher kann dem vom Beschwerdeführer im Rahmen der Verhandlung vom 28. August 2018 geforderten leidensbedingten Abzug von 20 % (vgl. Verhandlungsprotokoll S. 3) nicht gefolgt werden. Das Vorbringen des Beschwerdeführers (A.S. 45 unten), wonach die Beschwerdegegnerin keinen angemessenen Leidensabzug gewährt oder transparent

gemacht habe, läuft damit ins Leere. Das Invalideneinkommen beträgt folglich gerundet CHF 38'025.00. 8.4 Damit ergibt sich bei einem Valideneinkommen von CHF 65'228.70 und einem Invalideneinkommen von CHF 38'025.00 eine Erwerbseinbusse von CHF 27'203.70, die einem IV-Grad von gerundet 42 % entspricht. Damit hat der Beschwerdeführer Anspruch auf eine Viertelsrente (vgl. E. II. 2.2 hiavor). Die Berechnung der Beschwerdegegnerin in der Verfügung vom 27. Juli 2017 erweist sich daher als nicht korrekt. 9. Es ist auf die vom Beschwerdeführer beantragten beruflichen Eingliederungsmassnahmen (vgl. E. I. 6 Ziff. 2a hiavor) einzugehen: 9.1 Gemäss den vorliegenden Akten kann festgehalten werden, dass der Beschwerdeführer zwar in seiner angestammten Tätigkeit nicht mehr arbeitsfähig ist, ihm aber eine angepasste Tätigkeit in einem Arbeitspensum von 60 % zumutbar wäre. Bei einem errechneten IV-Grad von gerundet 42 % (vgl. E. I. 8.4 hiavor) bestünde grundsätzlich die Möglichkeit für berufliche Massnahmen im Sinne einer «Umschulung» (vgl. E. II. 2.4 hiavor). Voraussetzung hierzu bildet u.a. auch die subjektive Eingliederungsfähigkeit. Aus den vorliegenden Akten ist beim Beschwerdeführer indes kein wirkliches Motivationspotential ersichtlich: So wurde bereits im Gutachten der Begutachtungsstelle G.____ vom 19. Juni 2012 (vgl. E. II. 4.2.6 hiavor) festgehalten (IV-Nr. 83.1 S. 28), der Beschwerdeführer erachte sich aus somatischen und psychischen Gründen als nicht mehr arbeitsfähig, was in deutlichem Gegensatz zur Beurteilung stehe, wonach dem Beschwerdeführer eine körperlich leichte, optimal adaptierte Tätigkeit zu 50 % zumutbar wäre. Die Gutachter hielten weiter fest, dass sich die Diskrepanz wohl daraus ergebe, dass der Beschwerdeführer davon ausgehe, sich vollständig gesund fühlen zu müssen und keinerlei Schmerzen verspüren zu dürfen, um einer beruflichen Erwerbstätigkeit nachgehen zu können. Im definitiven Schlussbericht der Firma H.____ vom 20. Februar 2014 (vgl. E. II. 4.2.9 hiavor) wurde sodann festgehalten, es sei dem Beschwerdeführer immer wieder gelungen, sich zu motivieren, er habe aber auf sein Umfeld leidend gewirkt, sich langsam bewegt und auf seine Krücken gestützt. Er habe nicht stehend arbeiten können und auch nur halb liegend auf dem Stuhl mit vielen Bewegungspausen. Zudem hätten seine Deutschkenntnisse die Vermittlung der Arbeitsgänge sowie Aufträge erschwert. Es wurde empfohlen, das Training nicht weiterzuführen. Beim Abschlussgespräch in der Firma H.____ vom 26. Februar 2014 (vgl. Protokolleintrag vom 26. Februar 2014) wurde u.a. festgehalten, der Beschwerdeführer habe sich in der Firma H.____ besser verständigen können als bei der Beschwerdegegnerin und die Leiterin R.____ habe das Gefühl, der Beschwerdeführer sei selbstlimitierend und wolle nicht über seine Schmerzgrenze hinausgehen. Die Gutachter der Begutachtungsstelle J.____ gingen in diesem Zusammenhang in ihrem Gutachten vom 4. Februar 2016 gar von einem «erheblichen Verdeutlichungs- und Aggravationsverhalten» aus. So führten sie im Rahmen der interdisziplinären Beurteilung aus (IV-Nr. 144.1 S. 27), hinsichtlich der mehrfach auffälligen Befundinkonsistenzen, welche bereits 1995 vielfach beschrieben worden seien, zeigten sich auch in der gegenwärtigen Begutachtung wiederum vielfältige Auffälligkeiten, die als deutliches aggravatorisches und suboptimales Anstrengungsverhalten zu bewerten seien. Es wurde daraufhin auf das neurologische Teilgutachten verwiesen, in welchem Dr. med. L.____ u.a. darlegte (vgl. IV-Nr. 144.1 S. 24), dass das vermeintlich schlechte Abschneiden im Rahmen der Integrationsmassnahme vom Februar 2014 mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht durch den objektiven medizinischen Sachverhalt hinreichend zu erklären sei, hier mit hoher Wahrscheinlichkeit ebenfalls der Einfluss eines selbstlimitierten Verhaltens anzunehmen sei. So seien auch damals IV-fremde Gründe wie eine Sprachbarriere, fehlender Wille zur

Veränderung und fehlendes Interesse an der Arbeit beschrieben worden. Diese Ausführungen lassen sich unter Heranziehung des Abschlussgesprächs in der Firma H.____ vom 26. Februar 2014 verifizieren (vgl. Protokolleintrag). Entsprechende Angaben finden sich auch im Abschlussbericht der beruflichen Eingliederung vom 30. April 2014 (IV-Nr. 112), in welchem der Eingliederungsfachmann der Beschwerdegegnerin darlegte, der Beschwerdeführer sehe sich einerseits aufgrund seiner körperlichen Beschwerden nicht in der Lage zu arbeiten, andererseits fehlten ihm sprachliche Kenntnisse, um sich bei der Arbeit zu verständigen. Er bezeichnete die Eingliederung gestützt auf die gemachte Erfahrung und aus IV-fremden Gründen (Sprache, fehlender Wille zur Veränderung, fehlendes Interesse bei der Arbeit) als unrealistisch, weshalb die Bemühungen abgeschlossen würden. Das vom Beschwerdeführer vorgebrachte Argument, wonach er sich in deutscher Sprache hinreichend ausdrücken könne (A.S. 36), überzeugt demzufolge nicht. So ist gemäss den vorliegenden Akten von mangelhaften Deutschkenntnissen des Beschwerdeführers auszugehen. In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass die Deutschkenntnisse des Beschwerdeführers, entgegen den Vorbringen in der Verhandlung vom 28. August 2018 (vgl. Protokoll der Verhandlung, A.S. 92 ff.), für den Abbruch der Eingliederungsmassnahme in der Firma H.____ nicht ursächlich waren. So erfolgte der Abbruch des Aufbautrainings im Wesentlichen aufgrund der fein- und mittelmotorischen Schwierigkeiten bei der Ausübung der Tätigkeit (vgl. E. II. 4.2.9 hiavor). Die mangelhaften Deutschkenntnisse hätten lediglich die Vermittlung erschwert. Dies entspricht jedoch einem IV-fremden Faktor. Zusammenfassend muss damit innerhalb des im vorliegenden Verfahren zu beurteilenden Zeitraums – bis am 27. Juli 2017 (vgl. E. II. 1.2 hiavor) – die subjektive Eingliederungsfähigkeit des Beschwerdeführers verneint werden. Daran vermag die im Beschwerdeverfahren eingereichte und vom 4. September 2017 datierende «Bestätigung» des Beschwerdeführers (vgl. Beschwerdebeilage Nr. 13), in welcher er seine Bereitschaft und Motivation zur Teilnahme an beruflichen Massnahmen bestätigt, nichts zu ändern. Denn diese könnte doch bewusst oder unbewusst von nachträglichen Überlegungen versicherungsrechtlicher oder anderer Art beeinflusst sein. Es ist unter diesen Umständen nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin den Anspruch auf berufliche Eingliederungsmassnahmen wegen fehlender subjektiver Eingliederungsfähigkeit verneint hat. Einer Umschulung stehen überdies mit Blick darauf, dass der Beschwerdeführer über keine berufliche Erstausbildung verfügt, die Prinzipien der Gleichwertigkeit und der Verhältnismässigkeit entgegen. Der vorgängigen Durchführung eines Mahn- und Bedenkzeitverfahrens nach Art. 21 Abs. 4 ATSG bedurfte es – entgegen den Vorbringen des Beschwerdeführers (vgl. E. I. 6 Ziff. 3 hiavor, A.S. 41 f.) – nicht (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C_442/2017 vom 8. Juni 2018 E. 3.2.3, 9C_59/2017 vom 21. Juni 2017 E. 3.3). Die Beschwerdegegnerin hat daher dieses Leistungsbegehren mit Verfügung vom 27. Juli 2017 (A.S. 1 ff.) zu Recht abgewiesen. Es ist daher nicht weiter auf die vom Beschwerdeführer beantragten Eingliederungsmassnahmen (A.S. 43 f.) einzugehen.

9.2 An den vorangehenden Ausführungen vermag das Alter des Beschwerdeführers von 56 Jahren im Zeitpunkt der Rentenaufhebung vom 27. Juli 2017 nichts zu ändern:

9.2.1 Soll die Rente nach einer Bezugsdauer von mindestens fünfzehn Jahren herabgesetzt oder aufgehoben werden oder hat die betreffende versicherte Person im Zeitpunkt der Rentenherabsetzung oder -aufhebung nach Art. 88 bis Abs. 2 lit. a IVV (BGE 141 V 5) das 55. Altersjahr zurückgelegt, sind in der Regel vorgängig Massnahmen zur Eingliederung durchzuführen, bis sie in der Lage ist, das medizinisch-theoretisch (wieder) ausgewiesene Leistungspotenzial mittels Eigenanstrengung auszuschöpfen und erwerblich

zu verwerten. Die IV-Stelle trägt die Beweislast dafür, dass in einem konkreten Fall dieser Grundsatz nicht zur Anwendung kommt und von der Zumutbarkeit der Selbsteingliederung auszugehen ist. Nach der Rechtsprechung darf bei fehlender subjektiver Eingliederungsfähigkeit, d.h. wenn die Eingliederungsbereitschaft aus invaliditätsfremden Gründen nicht gegeben ist, die Rente ohne vorgängige Prüfung von Massnahmen der (Wieder-) Eingliederung und ohne Durchführung des Mahn- und Bedenkzeitverfahrens nach Art. 21 Abs. 4 ATSG herabgesetzt oder aufgehoben werden (Urteil des Bundesgerichts 9C_317/2017 vom 19. Juni 2017 E. 3.1 m.w.H.). 9.2.2 Da im vorliegenden Fall mit überwiegender Wahrscheinlichkeit von einer fehlenden subjektiven Eingliederungsfähigkeit des Beschwerdeführers auszugehen ist (vgl. E. II. 9.1 hiavor), ist auch unter dem Aspekt des Alters des Beschwerdeführers von 56 Jahren im Zeitpunkt der Rentenaufhebung nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin vorgängig auf die Durchführung eines Mahn- und Bedenkzeitverfahrens verzichtet hat. Die Beschwerde ist demnach auch in diesem Punkt unbegründet (vgl. A.S. 40 f.). 10. Im Übrigen ist betreffend weiterer Beweismassnahmen auf die Praxis zum Umfang der Beweisabnahmepflicht hinzuweisen, wonach der Richter auf die Abnahme weiterer Beweise verzichten kann, wenn er auf Grund pflichtgemässer Beweiswürdigung zur Überzeugung gelangt, dass ein bestimmter Sachverhalt als überwiegend wahrscheinlich zu betrachten ist und dass weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern können (BGE 122 V 157 E. 1d S. 162, 104 V 209 E. a S. 211; Urteil des Bundesgerichts 8C_364/2011 vom 11. Oktober 2011 E. 3.1). Da weder – wie vom Beschwerdeführer beantragt (vgl. E. I. 6 Ziff. 2b und 2c) – von einem medizinischen Gerichtsgutachten noch von weiteren beruflich-erwerbsbezogenen Abklärungen weiterführenden Erkenntnisse zu erwarten sind, ist von solchen abzusehen. 11. Die Beschwerde ist somit teilweise gutzuheissen. Die angefochtene Verfügung vom 27. Juli 2017 (A.S. 1 ff.) ist insoweit abzuändern, als der Beschwerdeführer ab dem 1. September 2017 Anspruch auf eine Viertelsrente hat. Über einen allfälligen Anspruch auf einen Verzugszins nach Art. 26 Abs. 2 ATSG (vgl. E. I. 6 Ziff. 2a hiavor) wird die Beschwerdegegnerin noch zu entscheiden haben. Die Sache wird daher an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen. Im Übrigen ist die Beschwerde abzuweisen. 12. Bei diesem Verfahrensausgang – teilweises Obsiegen – steht dem Beschwerdeführer eine ordentliche Parteientschädigung zu, die von der Beschwerdegegnerin zu bezahlen ist. 12.1 Nach der Rechtsprechung ist bei bloss teilweisem Obsiegen nur dann eine ungekürzte Parteientschädigung zuzusprechen, wenn die versicherte Person im Grundsatz obsiegt und lediglich im Masslichen (teilweise) unterliegt. In Streitigkeiten um die Höhe einer Invalidenrente trifft dies zu, wenn nicht die beantragte ganze oder höhere Rente, sondern eine geringere Teilrente zugesprochen wird (SVR 2011 IV Nr. 38 S. 112, 9C_580/2010 E. 4.1). Dahinter steht die Überlegung, dass eine «Überklagung» eine Reduktion der Parteientschädigung nicht rechtfertigt, soweit das Rechtsbegehren keinen Einfluss auf den Prozessaufwand ausübt (BGE 117 V 401 E. 2c S. 407; Georg Wilhelm, in: Christian Zünd / Brigitte Pfiffner Rauber [Hrsg.], Kommentar zum Gesetz über das Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich, 2. Aufl. 2009, § 34 GSVG N 8). Wird anstelle der beantragten Dauerrente lediglich eine auf einen vergleichsweise kurzen Zeitraum befristete Rente zugesprochen, ist eine anteilmässige Kürzung regelmässig angebracht, weil sich das Rechtsbegehren im Normalfall auf den Prozessaufwand auswirkt (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_478/2015 vom 12. Februar 2016 E. 5 [nicht publ. in BGE 142 V 106]). Weiter ist die Parteientschädigung auch insoweit zu reduzieren, als

zusätzlich weitere Leistungen der Invalidenversicherung wie berufliche Massnahmen beantragt worden sind, welchen nicht entsprochen werden kann (Urteil des Bundesgerichts 8C_568/2010 vom 3. Dezember 2010 E. 4.1). Im vorliegenden Fall wird die Beschwerde einzig bezüglich des Leistungsbegehrens in Bezug auf eine Invalidenrente teilweise gutgeheissen, indem dem Beschwerdeführer aufgrund der anlässlich der öffentlichen Verhandlung vom 28. August 2018 beantragten Parallelisierung der Vergleichseinkommen eine Viertelsrente zugesprochen wird. Dagegen wird die Beschwerde ansonsten bezüglich der in umfassender Weise beantragten Leistungen, insbesondere weiterer beruflicher Massnahmen, eventualiter eines umfassenden medizinischen Gerichtsgutachtens sowie in Bezug auf das beantragte Mahn- und Bedenkzeitverfahren abgewiesen. Diese Rechtsbegehren haben damit den Prozessaufwand erheblich erhöht. Die Rechtsschriften und die Vorbringen an der öffentlichen Verhandlung konzentrierten sich zum weitaus grössten Teil auf Argumente, welche das Gutachten der Begutachtungsstelle J.____ betreffen. Im Lichte der dargelegten Grundsätze erscheint es deshalb gerechtfertigt, im Rahmen der Parteientschädigung nur 1/4 des gesamten Aufwandes zu vergüten.

12.2 Der anwaltliche Stundenansatz bewegt sich in einem Rahmen von CHF 230.00 bis 330.00 (§ 161 i.V.m. § 160 Abs. 2 Kantonaler Gebührentarif [GT, BGS 615.11], in der ab 1. Januar 2018 geltenden Fassung).

12.2.1 Der frühere Rechtsvertreter Martin Rindlisbacher hat am 22. September 2017 (A.S. 75 ff.) eine Kostennote eingereicht, worin er einen Kostenersatz von insgesamt CHF 4'815.30 geltend macht. Dabei beträgt der Aufwand total 18,59 Stunden à CHF 230.00 und die Auslagen CHF 182.90. Mehrere der geltend gemachten Positionen stellen jedoch Kanzleiaufwand dar (Kurzbriefe an Beschwerdegegnerin vom 7. August 2017 à 0,1 Std., Kurzbrief an Klient vom 31. August 2017 à 0,17 Std., Kurzbriefe an Beistand Thomas Wyss vom 5. September 2017 à 0,17 Std., 7. September 2017 à 0,17 Std., 12. September 2017 à 0,15 Std., 15. September 2017 à 0,17 Std. und 22. September 2017 à 0,17 Std.), der bereits im Stundenansatz enthalten ist und nicht gesondert entschädigt wird. Somit reduziert sich der Aufwand um 1,1 Std. auf 17,49 Stunden. Sodann sind die insgesamt 155 Kopien pro Stück nur mit CHF 0.50 zu vergüten (§ 160 Abs. 5 GT) und nicht mit CHF 1.00, wie in der Kostennote geltend gemacht wird. Damit reduzieren sich die Auslagen um CHF 77.50 auf total CHF 105.40.

12.2.2 Der aktuelle unentgeltliche Rechtsvertreter Rechtsanwalt Claude Wyssmann reichte anlässlich der öffentlichen Verhandlung vom 28. August 2018 eine aktualisierte Kostennote ein (A.S. 88 f.). Darin wird ein Kostenersatz von total CHF 1'711.50 geltend gemacht. Der geltend gemachte Aufwand beträgt 6,14 Std. à CHF 250.00 und die Auslagen betragen CHF 54.00. Mehrere der geltend gemachten Positionen stellen Kanzleiaufwand dar (Kurzbriefe an Klient vom 2. November 2017 und 7. Mai 2018 und Kurzbrief an Thomas Wyss vom 7. Mai 2018 à je 0,17 Std.), der bereits im Stundenansatz enthalten ist und nicht gesondert entschädigt wird. Damit reduziert sich der Aufwand um 0,51 Std. auf 5,63 Std. Da dem Vertreter nach der Durchführung der Verhandlung vom 28. August 2018 durch das Einreichen zweier Eingaben vom 11. September 2018 (A.S. 96) und 24. September 2018 (A.S. 99 ff.) ein weiterer, jedoch als gering zu bezeichnender Aufwand erwachsen ist, werden hierfür weitere 0,5 Std. berücksichtigt. Der vom Rechtsvertreter mit Eingabe vom 24. September 2018 (vgl. A.S. 100) beantragte Aufwand von total etwas mehr als einer Stunde erscheint nicht gerechtfertigt. Damit beträgt der Aufwand 6,13 Stunden. Da die öffentliche Verhandlung vom 28. August 2018 nicht wie in der Kostennote geltend gemacht 1 Stunde, sondern 1 Stunde und 20 Minuten dauerte, beläuft sich der Aufwand insgesamt auf 6,46 Stunden. Dieser fiel im Jahr 2018 an. Bei den ausgewiesenen Auslagen werden die

total 5 Kopien pro Stück nur mit CHF 0.50 vergütet (§ 160 Abs. 5 GT) und nicht mit CHF 1.00, wie in der Kostennote geltend gemacht wird. Damit verringern sich die Auslagen auf CHF 51.50. Zudem beträgt der Ansatz für die Vergütung von Fahrtspesen CHF 0.70 pro Kilometer (§ 157 Abs. 3 GT i.V.m. 161 lit. a GAV) und nicht CHF 1.00, wie beantragt. Daher reduzieren sich die Auslagen weiter um CHF 13.80 auf CHF 37.70. Davon entfallen CHF 1.50 auf das Jahr 2017 und CHF 36.20 auf das Jahr 2018.

12.2.3 Damit würde sich der Aufwand beider Rechtsvertreter während des gesamten Verfahrens auf total 23,92 Stunden belaufen (17,49 Std. + 6,46 Std.). Dieser Aufwand erscheint in Anbetracht des vorliegenden Streitgegenstandes und im Vergleich zu ähnlich gelagerten Fällen als unverhältnismässig und ist daher ermessensweise auf total 16 Stunden zu kürzen. Im Verhältnis der im vorliegenden Fall geltend gemachten Vertretungsverhältnisse der beiden Rechtsvertreter werden davon 10,66 Stunden dem Rechtsvertreter Rindlisbacher und 5,33 Stunden dem Rechtsvertreter Wyssmann zugerechnet. Davon ist je 1/4 über die Parteientschädigung zu entschädigen (vgl. E. II. 12.1 hiervor) und je 3/4 über die unentgeltliche Rechtspflege (vgl. E. II. 13.5 hiernach).

12.2.4 Damit ergibt sich in Bezug auf die Parteientschädigung folgende Berechnung: Der Aufwand von Rechtsanwalt Rindlisbacher beträgt CHF 612.95 (1/4 von 10,66 Stunden à CHF 230.00) und die Auslagen CHF 26.35 (1/4 von CHF 105.40). Unter Berücksichtigung einer MwSt für das Jahr 2017 von 8 % beträgt die Parteientschädigung CHF 690.45. In Bezug auf die Vertretung durch Rechtsanwalt Wyssmann beträgt die Parteientschädigung im Jahr im Jahr 2017 CHF 0.40 (1/4 von CHF 1.50 x 8 % MwSt) und im Jahr 2018 CHF 368.55 [1/4 von 5,33 Stunden à CHF 250.00 = CHF 333.15] + [1/4 von CHF 36.20 = CHF 9.05] x 7,7 % MwSt). Damit beträgt die Parteientschädigung total CHF 368.95. Insgesamt beläuft sich somit die Parteientschädigung des Beschwerdeführers für das gesamte vorliegende Verfahren auf CHF 1'059.40 (CHF 690.45 + CHF 368.95). Diese ist durch die Beschwerdegegnerin zu bezahlen.

13. Der Beschwerdeführer steht ab Prozessbeginn im Genusse der unentgeltlichen Rechtspflege (vgl. E. I. 10 hiervor). Bis zum 22. September 2017 wurde er durch Rechtsanwalt Martin Rindlisbacher vertreten, ab dem 20. Oktober 2017 (Datum Eingang Anwaltsvollmacht) durch Rechtsanwalt Claude Wyssmann.

13.1 Die Kostenforderung ist bei Unterliegen der Partei mit unentgeltlichem Rechtsbeistand vom Gericht festzusetzen. Der Kanton entschädigt die unentgeltliche Rechtsbeistandin oder den unentgeltlichen Rechtsbeistand angemessen (Art. 122 Abs. 1 lit. a Schweizerische Zivilprozessordnung [ZPO, SR 272]). Der Beschwerdeführer ist im vorliegenden Verfahren zu 3/4 unterlegen. Der Stundenansatz beträgt aufgrund des Kreisschreibens Nr. 1 der Gerichtsverwaltungskommission des Kantons Solothurn vom 18. September 2006 seit 1. Oktober 2006 bzw. § 161 Abs. 3 GT i.V.m. § 160 GT CHF 180.00.

13.2 In Bezug auf die Vertretung durch Rechtsvertreter Rindlisbacher ergibt sich somit ein zu entschädigender Aufwand von 7,99 Stunden (3/4 von 10,66 Stunden) à CHF 180.00. Damit beläuft sich der Aufwand auf CHF 1'438.20. Hinzu kommen Auslagen von CHF 79.05 (3/4 der Auslagen von CHF 105.40) sowie die MwSt von 8 %. Dies führt zu einer Kostenforderung von Rechtsanwalt Rindlisbacher von CHF 1'638.65. In Bezug auf die Vertretung durch Rechtsvertreter Wyssmann ergibt sich ein zu entschädigender Aufwand von 3,99 Stunden (3/4 von 5,33 Stunden) à CHF 180.00. Dieser Aufwand von 3,99 Stunden im Verhältnis der in der eingereichten Kostennote für die Jahre 2017 und 2018 ermessensweise auf 1/5 (2017: 0,8 Std.) zu 4/5 (2018: 3,2 Std.) aufzuteilen. Für das Jahr 2017 ergibt sich somit eine Entschädigung von CHF 156.70 ([0,8 Stunden x CHF 180.00 = CHF 144.00] + [3/4 der Auslagen von CHF 1.50 = CHF 1.15] x 8 % MwSt). Für das Jahr 2018 ergibt sich eine

Kostenforderung von CHF 649.60 ([3,2 Std. x CHF 180.00 = CHF 576.00] + [3/4 der Auslagen von CHF 36.20 = CHF 27.15] x 7,7 % MwSt). Total beläuft sich die Kostenforderung von Rechtsanwalt Wyssmann somit auf CHF 806.30. Die Kostenforderungen von Rechtsanwalt Rindlisbacher und von Rechtsanwalt Wyssmann betragen CHF 1'638.65 bzw. CHF 806.30 und sind zahlbar durch die Zentrale Gerichtskasse des Kantons Solothurn. 13.3 Vorbehalten bleiben der Rückforderungsanspruch des Staates sowie der Nachforderungsanspruch von Rechtsanwalt Rindlisbacher im Umfang von CHF 431.45 (Differenz zum vollen Honorar [7,99 Std. x CHF 50.00 x 8 % MwSt.) bzw. von Rechtsanwalt Wyssmann im Umfang von CHF 506.40 ([3,99 Stunden x CHF 70.00, da Honorarvereinbarung = CHF 279.30] + [0,6 Std. x CHF 70.00 x 8 % MwSt = CHF 3.35] + [3,2 Std. x CHF 70.00 x 7,7 % = CHF 17.25]) während zehn Jahren, wenn A.____ zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO). 14. 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 entsprechend dem Verfahrensausgang an die gesamten Kosten von CHF 1'000.00 einen Betrag von CHF 500.00 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 Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO). Die übrigen CHF 500.00 sind von der Beschwerdegegnerin zu bezahlen.

E. 9

Über das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege und Verbeiständung sei umgehend zu entscheiden.

E. 10

Alles unter Kosten- und Entschädigungsfolge zu Lasten der Beschwerdegegnerin. U.K.u.E.F. 7. Mit Eingabe vom 5. September 2017 (A.S. 71 f.) lässt der Beschwerdeführer eine Bestätigung zur Arbeitsmotivation und Bereitschaft zur Teilnahme an beruflichen Befähigungs- und Eingliederungsmassnahmen (Beschwerdebeilage Nr. 13) einreichen. Diese geht mit Verfügung vom 7. September 2017 (A.S. 73) zur Kenntnisnahme an die Beschwerdegegnerin. 8. Mit Eingabe vom 22. September 2017 (A.S. 74 ff.) teilt der damalige Vertreter des Beschwerdeführers mit, dass er den Beschwerdeführer nicht mehr anwaltlich vertrete und die neue Anwaltsvollmacht schnellstmöglich vom neuen Vertreter, Anwalt Claude Wyssmann, zugestellt werde. Zudem wird die Kostennote eingereicht. Mit Verfügung vom 25. September 2017 (A.S. 78) stellt der Instruktionsrichter des Versicherungsgerichts fest, dass der Beschwerdeführer nicht mehr durch Rechtsanwalt Martin Rindlisbacher vertreten werde. Ein Doppel der Kostennote geht zur Kenntnisnahme an die Beschwerdegegnerin. 9. Im Rahmen der Beschwerdeantwort vom 29. September 2017 (A.S. 79) verzichtet die Beschwerdegegnerin auf Bemerkungen und schliesst auf Abweisung der Beschwerde. 10. Mit Verfügung vom 10. Oktober 2017 (A.S. 80 f.) bewilligt der Instruktionsrichter des Versicherungsgerichts dem Beschwerdeführer ab Prozessbeginn die unentgeltliche Rechtspflege und bestellt ab Prozessbeginn bis am 22. September 2017 Rechtsanwalt Martin Rindlisbacher als unentgeltlichen Rechtsbeistand. 11. Mit Verfügung vom 23. Oktober 2017 (IV-Nr. 82) wird von der Vertretung des

Beschwerdeführers durch Rechtsanwalt Claude Wyssmann Kenntnis genommen.

E. 12

12.1 Mit Vorladung vom 2. Mai 2018 (A.S. 85 f.) werden die Parteien zur öffentlichen Verhandlung auf den 28. August 2018, 14.00 Uhr, vorgeladen. Der Antrag des Beschwerdeführers auf Partei- und Zeugenbefragung (vgl. E. I. 6 Ziff. 5 hiervor) wird abgewiesen. 12.2 Anlässlich der öffentlichen Verhandlung vom 28. August 2018 reicht Rechtsanwalt Wyssmann weitere Unterlagen (Urkunden 14 - 30) ein und stellt den Antrag, es sei eine Parteibefragung durchzuführen. So werde dadurch festgestellt werden können, dass sich der Beschwerdeführer auf Deutsch nicht verständigen könne und entsprechend im Rahmen der Eingliederungsmassnahmen diesbezüglich Unterstützung benötige. Nach einer kurzen Beratung weist das Gericht den Antrag auf eine Parteibefragung ab. So erachte das Gericht diese Beweismassnahme zur Beurteilung der vorliegenden Angelegenheit als nicht notwendig. Zudem gehe der Umfang der Sprachkenntnis des Beschwerdeführers aus den Akten hervor. Die eingereichten Unterlagen werden zu den Akten genommen. Sodann hält Rechtsanwalt Wyssmann an den bereits gestellten Rechtsbegehren fest, modifiziert aber Ziffer 2 wie folgt: a) Dem Beschwerdeführer seien weiterhin die gesetzlichen IVG-Leistungen (weitere berufliche Eingliederungsmassnahmen, Invalidenrente) bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % zzgl. einem Verzugszins von 5 % auszurichten. b) Eventualiter: Es sei ein medizinisches Gerichtsgutachten unter Einbezug mindestens der orthopädischen, internistischen, gastroenterologischen, psychiatrischen, rheumatologischen, neurologischen und neuropsychologischen Fachrichtungen einzuholen. c) Subeventualiter: Die Beschwerdesache sei zur medizinischen Neubegutachtung und zu beruflich-erwerbsbezogenen Abklärungen unter Weiterausrichtung der IV-Rente an die IV-Stelle Solothurn zurückzuweisen. d) Subsubeventualiter: Dem Beschwerdeführer sei aufgrund einer rechtskonformen Prüfung gestützt auf einen Invaliditätsgrad von mindestens 40 % eine Rente zuzusprechen. Schliesslich hält der Vertreter des Beschwerdeführers sein Plädoyer. In der Folge schliesst die Vizepräsidentin des Versicherungsgerichts die öffentliche Verhandlung. Im Nachgang zur Verhandlung reicht der Vertreter des Beschwerdeführers seine Kostennote sowie eine Honorarvereinbarung ein. Aufgrund der an der Verhandlung eingereichten umfangreichen medizinischen Akten konnte die Urteilsberatung erst nach der Verhandlung stattfinden. Daher datiert das Urteil von diesem Datum. 13. Mit Verfügung vom 6. September 2018 (A.S. 95) gehen das Protokoll der Verhandlung vom 28. August 2018 sowie die interne Aktennotiz betreffend das Telefongespräch mit der Firma S.____ vom 3. September 2018 zur Kenntnisnahme an die Parteien. Zudem wurden der Beschwerdegegnerin Kopien der an der Verhandlung vom 28. August 2018 eingereichten Akten (Urkunden 14 - 30) und der Kostennote zugestellt. 14. Die durch den Vertreter des Beschwerdeführers mit Eingabe vom 11. September 2018 (A.S. 96) beantragte Frist für die Einreichung einer Stellungnahme zur internen Aktennotiz des Versicherungsgerichts vom 3. September 2018 wird mit Verfügung vom 13. September 2018 (A.S. 97) bis zum 24. September 2018 unerstreckbar festgesetzt. 15. In der Eingabe vom 24. September 2018 (A.S. 99 ff.) lässt der Beschwerdeführer folgenden Antrag stellen: Es sei eine Beweisverfügung über den vom Gericht für nötig erachteten Klärungsbedarf (Beweisgegenstand, Beweismittel) zu treffen. Den Parteien sei anschliessend Gelegenheit zu bieten, sich hierzu zu äussern und zum Beweisgegenstand Anträge zu stellen. Ausserdem sei eine erneute öffentliche Verhandlung durchzuführen. 16. Auf die Ausführungen der Parteien in ihren Rechtsschriften wird nachfolgend, soweit erforderlich, eingegangen. Im Übrigen wird auf die Akten verwiesen. II. 1. 1.1 Die

Beschwerde ist rechtzeitig erhoben worden und erfüllt die formellen Voraussetzungen. Das angerufene Gericht ist sachlich, örtlich und funktionell zuständig. Auf die Beschwerde ist somit einzutreten. 1.2 Für die Beurteilung eines Falls hat das Sozialversicherungsgericht grundsätzlich auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügung (hier: 27. Juli 2017) eingetretenen Sachverhalt abzustellen (BGE 131 V 242 E. 2.1 S. 243, 121 V 366 E. 1b). 2. 2.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG, SR 830.1]). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein. Die Invalidität gilt als eingetreten, sobald sie die für die Begründung des Anspruchs auf die jeweilige Leistung erforderliche Art und Schwere erreicht hat (Art. 4 Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG, SR 831.20]). 2.2 Laut Art. 28 Abs. 1 IVG haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), und die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. b und c). Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente. 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). 2.4 Zu den Eingliederungsmassnahmen gehört im Rahmen der Massnahmen beruflicher Art auch die Umschulung. Gemäss Art. 17 Abs. 1 IVG besteht ein Anspruch auf eine Umschulung in eine neue Erwerbstätigkeit, wenn die Umschulung infolge Invalidität notwendig ist und dadurch die Erwerbsfähigkeit voraussichtlich erhalten oder wesentlich verbessert werden kann. Eine Invalidität im Sinn dieser Bestimmung liegt vor, wenn eine versicherte Person in der bisher ausgeübten Arbeit oder in den ihr ohne zusätzliche berufliche Ausbildung offen stehenden, zumutbaren Erwerbstätigkeiten eine Erwerbseinbusse von mindestens 20 % erleidet, wobei es sich dabei lediglich um einen Richtwert handelt. Die versicherte Person muss also in den ohne zusätzliche berufliche Ausbildung noch zumutbaren Erwerbstätigkeiten in diesem Ausmass eine bleibende oder längere Zeit dauernde Erwerbseinbusse erleiden (BGE 124 V 108 E. 2b S. 110 f., vgl. auch 130 V 488 E. 4.2 S. 489 f. je mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 8C_716/2016 vom 1. Februar 2017 E. 4.1.3). 2.5 Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen, Art. 16 ATSG). Für den Einkommensvergleich sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des Beginns des Rentenanspruchs (resp. der Erhöhung oder Herabsetzung der Rente im Falle einer Revision,

BGE 133 V 108 E. 5 S. 110 ff., 130 V 71 E. 3.2.3 S. 75 ff.; Urteile des Bundesgerichts 9C_611/2016 vom 20. Juli 2017 E. 5.2.1, 9C_882/2010 vom 25. Januar 2011 E. 7.2.1) massgebend, wobei Validen- und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu erheben und allfällige rentenwirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Verfügungserlass zu berücksichtigen sind (BGE 129 V 222).

2.6 Ändert sich der Invaliditätsgrad eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente nicht nur bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustands erheblich verändert haben. Dagegen stellt die bloss unterschiedliche Beurteilung der Auswirkungen eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Gesundheitszustands auf die Arbeitsfähigkeit für sich allein genommen keinen Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG dar (Urteil des Bundesgerichts 9C_1025/2008 vom 19. Januar 2009 E. 1.1 mit vielen Hinweisen). Für das Vorliegen einer erheblichen Sachverhaltsänderung genügt es nicht, dass der bereits bekannte, im Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenverfügung gegebene Sachverhalt anders bewertet wird und daraus andere Schlussfolgerungen gezogen werden als im früheren Verwaltungs- und/oder Beschwerdeverfahren. Vielmehr bedarf es neuer Elemente tatsächlicher Natur, die nach der ursprünglichen Rentenverfügung eingetreten und zu dem damals gegebenen Sachverhalt hinzugekommen sind oder diesen verändert haben. Eine voraussetzungslose Neubeurteilung der invaliditätsmässigen Voraussetzungen genügt nach ständiger Rechtsprechung weder für eine revisions- noch eine wiedererwägungsweise Herabsetzung der Invalidenrente. Die revisionsweise Anpassung setzt Tatsachenänderungen im massgeblichen Vergleichszeitraum voraus; eine einfache Neubeurteilung nach besserem Wissen ist nicht zulässig (Urteil des Bundesgerichts 8C_294/2010 vom 30. August 2010 E. 3.1 mit Hinweisen).

2.7 Den zeitlichen Referenzpunkt für die Prüfung einer anspruchserheblichen Änderung ist die letzte (der versicherten Person eröffnete) rechtskräftige Verfügung, die auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustands) Durchführung eines Einkommensvergleichs beruht (zum Ganzen: BGE 133 V 108 E. 5.4 S. 114). Wird anlässlich einer von Amtes wegen durchgeführten Revision mit materieller Anspruchsprüfung keine leistungsbeeinflussende Änderung der Verhältnisse festgestellt und dies der versicherten Person in einer Mitteilung eröffnet (Art. 74 ter lit. f und Art. 74 quater Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV, SR 831.201]), ist der zeitlich zu vergleichende Sachverhalt im darauf folgenden Revisionsverfahren derjenige, der der Mitteilung zugrunde lag (Urteile des Bundesgerichts 9C_46/2009 vom 14. August 2009 E. 3.1 und 9C_771/2009 vom 10. September 2010 E. 2.2).

3.