

# **SO\_GERICHTE VSBES.2017.218 vom 17. Juli 2007**

SO Obergericht, 2007-07-17, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so\\_gerichte\\_VSBES.2017.218](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2017.218)

FR: SO\_GERICHTE VSBES.2017.218 du 17 juillet 2007

IT: SO\_GERICHTE VSBES.2017.218 del 17 luglio 2007

## **Erwägungen**

### **E. 1**

1.1 A.\_\_\_\_ (nachfolgend Beschwerdeführer), geb. 1961, [...], meldete sich erstmals am 23. Januar 2006 bei der IV-Stelle des Kantons Solothurn (nachfolgend Beschwerdegegnerin) zum Bezug von IV-Leistungen an (IV-Stelle Beleg [IV-] Nr. 2). 1.2 Die Beschwerdegegnerin veranlasste medizinische und erwerbliche Abklärungen (IV-Nr. 6 ff.), in deren Verlauf bzw. am 15. Februar 2006 der Arbeitgeberbericht zu den Akten gelangte (IV-Nr. 12). Im Weiteren orientierte die Beschwerdegegnerin den Beschwerdeführer am 10. April 2006, dass sie eine medizinische Abklärung durch Dr. med. B.\_\_\_\_, Neurologe, [...], und Dr. med. C.\_\_\_\_, FMH Psychiatrie, [...], als notwendig erachte (IV-Nr. 18 f.). Am 1. bzw. 8. Juni 2006 erstatteten die beiden Fachärzte die angeforderten Gutachten (IV-Nr. 22 f.), wozu Dr. med. D.\_\_\_\_, regionalärztlicher Dienst (RAD) BE/FR/SO am 4. Juli 2006 Stellung nahm (IV-Nr. 25). 1.3 Mit Verfügung vom 17. Juli 2007 sprach die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer rückwirkend ab 1. Dezember 2005 eine halbe Rente (Invaliditätsgrad 59 %) sowie eine Kinderrente für seine Tochter zu (IV-Nr. 46).

### **E. 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 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 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).

### **E. 3**

3.1 Ändert sich der Invaliditätsgrad eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft erhöht, herabgesetzt oder

aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen seit Zusprechung der Rente, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Anspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes revidierbar. Weiter sind, auch bei an sich gleich gebliebenem Gesundheitszustand, veränderte Auswirkungen auf den Erwerbs- oder Aufgabenbereich von Bedeutung; dazu gehört die Verbesserung der Arbeitsfähigkeit aufgrund einer Angewöhnung oder Anpassung an die Behinderung. Hingegen ist die lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts im revisionsrechtlichen Kontext unbeachtlich (BGE 141 V 9 E. 2.3 S. 10 f. mit 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. Ein unveränderter Gesundheitszustand bzw. die bloss auf einer anderen Wertung beruhende medizinische oder rechtliche Einschätzung von im Wesentlichen unveränderten tatsächlichen Verhältnissen führt nicht zu einer materiellen Revision (Urteil des Bundesgerichts 9C\_418/2010 vom 29. August 2011 E. 4.1; BGE 115 V 308 E. 4a/bb S. 313).

3.2 Ist im vorstehend umschriebenen Sinn ein Revisionsgrund gegeben, ist der Invaliditätsgrad auf der Grundlage eines richtig und vollständig festgestellten Sachverhalts neu und ohne Bindung an frühere Invaliditätsschätzungen zu ermitteln (BGE 141 V 9 E. 2.3 S. 10 f.). Wenn eine anspruchserhebliche Änderung des Sachverhalts nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt ist, bleibt es dagegen nach dem Grundsatz der materiellen Beweislast beim bisherigen Rechtszustand (Urteil des Bundesgerichts 9C\_478/2012 vom 14. Dezember 2012 E. 2).

3.3 Zeitliche Vergleichsbasis für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades bildet die letzte rechtskräftige Verfügung, die auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Invaliditätsbemessung beruht (BGE 133 V 108; vgl. auch BGE 130 V 71 E. 3.2.3 S. 75 ff.).

3.4 Die Herabsetzung oder Aufhebung der Renten, der Hilflosenentschädigungen und der Assistenzbeiträge erfolgt frühestens vom ersten Tag des zweiten der Zustellung der Verfügung folgenden Monats an (Art. 88bis Abs. 2 lit. a IVV).

## **E. 3.5**

3.5.1 Unrechtmässige Leistungen sind zurückzuerstatten. Wer Leistungen in gutem Glauben empfangen hat, muss sie nicht zurückerstatten, wenn eine grosse Härte vorliegt (Art. 25 Abs. 1 ATSG). Nach Art. 2 Verordnung über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSV) ist der Bezüger oder die Bezügerin der unrechtmässig gewährten Leistungen rückerstattungspflichtig. Der Rückforderungsanspruch erlischt mit dem Ablauf eines Jahres, nachdem die Versicherungseinrichtung davon Kenntnis erhalten hat, spätestens aber mit dem Ablauf von fünf Jahren nach der Entrichtung der einzelnen Leistung. Wird der Rückerstattungsanspruch aus einer strafbaren Handlung hergeleitet, für welche das Strafrecht eine längere Verjährungsfrist vorsieht, so ist diese Frist massgebend

(Art. 25 Abs. 2 ATSG).

3.5.2 Eine Leistung, die gestützt auf eine rechtskräftige Verfügung ausgerichtet worden ist, gilt nur dann als unrechtmässig bezogen (im Sinne von Art. 25 Abs. 1 ATSG), wenn die Voraussetzungen für eine rückwirkende Korrektur der Verfügung erfüllt sind; dies trifft zu, wenn ein Rückkommenstitel in Form einer prozessualen Revision oder einer Wiedererwägung vorliegt sowie bei einer materiellen Rentenrevision, die rückwirkend vorzunehmen ist (vgl. Ueli Kieser: ATSG-Kommentar, 3. Aufl., Zürich 2015, Art. 25, Rz 4 ff.).

#### **E. 4**

4.1 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 351 E. 3a S. 352). 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 Rechtsanspruchs 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 134 V 231 E. 5.1 S. 232 mit Hinweisen).

4.2 Im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten externer Spezialärzte, die diesen Anforderungen entsprechen, kommt grundsätzlich (voller) Beweiswert zu, solange nicht konkrete Indizien gegen deren Zuverlässigkeit sprechen (BGE 137 V 210 E. 1.3.4 S. 227, 135 V 465 E. 4.4 S. 470, 125 V 351 E. 3b/bb S. 353). In diesem Sinne vermag die Beurteilung der behandelnden Ärzte ein Administrativgutachten grundsätzlich nur dann in Frage zu stellen und zumindest Anlass zu weiteren Abklärungen zu geben, wenn wichtige Aspekte benannt werden, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (Urteil des Bundesgerichts 9C\_425/2013 vom 16. September 2013 E. 4.1 mit Hinweisen).

4.3 In Revisionsfällen ist überdies zu beachten, dass sich eine medizinische Beurteilung, die von einer früheren ärztlichen Einschätzung abweicht, hinreichend darüber auszusprechen hat, inwiefern eine effektive Veränderung des Gesundheitszustands stattgefunden hat. Das Feststellen einer revisionsbegründenden Veränderung erfolgt durch eine Gegenüberstellung eines vergangenen und des aktuellen Zustands. Der Beweiswert eines zwecks Rentenrevision erstellten Gutachtens hängt wesentlich davon ab, ob es sich ausreichend auf das Beweisthema ■ erhebliche Änderung(en) des Sachverhalts ■ bezieht (Urteil des Bundesgerichts 8C\_161/2012 vom 5. Juni 2012 E. 3.2 mit Hinweisen). Einer für sich allein betrachtet vollständigen, nachvollziehbaren und schlüssigen medizinischen Beurteilung, die im Hinblick auf eine erstmalige Beurteilung der Rentenberechtigung beweistauglich wäre (vgl. E. II. 4.2 hiervor), mangelt es daher in der Regel am rechtlich erforderlichen Beweiswert, wenn sich die (von einer früheren abweichende) ärztliche

Einschätzung nicht hinreichend darüber ausspricht, inwiefern eine effektive Veränderung des Gesundheitszustands stattgefunden hat. Vorbehalten bleiben Sachlagen, in denen es evident ist, dass sich die gesundheitlichen Verhältnisse verändert haben (Urteil des Bundesgerichts 9C\_418/2010 vom 29. August 2011 E. 4.2). Isteine anspruchserhebliche Änderung des Sachverhalts nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt, bleibt es nach dem Grundsatz der materiellen Beweislast beim bisherigen Rechtszustand (BGE 141 V 405 E. 4.4 S. 413 f. mit Hinweis).

5. Die Zulässigkeit der Rentenaufhebung hängt davon ab, ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für die Bestimmung des Invaliditätsgrads erheblichen Tatsachen nach Art. 17 ATSG eingetreten ist. Den massgebenden Referenzzeitpunkt bildet der Erlass der Verfügung vom 17. Juli 2007, mit der die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer rückwirkend ab 1. Dezember 2005 eine halbe Rente sowie eine Kinderrente für seine Tochter [...] zusprach (IV-Nr. 46). Dieser Sachverhalt ist mit demjenigen im Zeitpunkt der Revisionsverfügung vom 4. Juli 2017 zu vergleichen. Auf den Sachverhalt im Zeitpunkt der Mitteilung vom 25. Juli 2013 (IV-Nr. 65) ist dagegen nicht näher einzugehen, da die Beschwerdegegnerin damals keine umfassende materielle Prüfung des Rentenanspruchs vornahm.

6. Bei Erlass der Verfügung vom 17. Juli 2007 (Erstanmeldung vom 23. Januar 2006; IV-Nr. 2) präsentierte sich der medizinische Sachverhalt wie folgt:

6.1 Dr. med. B. \_\_\_ diagnostizierte in seinem neurologischen Gutachten vom 1. Juni 2006 ein leicht bis höchstens mässig ausgeprägtes rechtsbetontes Cervicalsyndrom sowie den Verdacht auf selten auftretende Migräneanfälle mit Aura sowie «Migraine sans Migraine». Der Explorand habe eine weit ausgeprägte Schmerzsymptomatik, faktisch sämtliche Körperregionen betreffend, geklagt. Schmerzen habe er im Bereiche des Kopfs, der Hals- und Lendenwirbelsäule, der Arme und Beine sowie auch des Abdomens angegeben. Zudem habe er Schwindelbeschwerden, Sehstörungen, ausgeprägte Konzentrations- und Gedächtnisdefizite sowie eine ausgeprägte Schlafstörung beklagt. Dieses ausgeprägte und über den ganzen Körper ausgedehnte Beschwerdespektrum sei organisch nicht erklärbar, allenfalls Folge seelischer oder anderweitiger Faktoren. Während der Untersuchung habe eine massive Verdeutlichungstendenz imponiert: So sei es zu einer Gegeninnervation bei der Überprüfung der Halswirbelsäulen- sowie der Lendenwirbelsäulenbeweglichkeit gekommen, bei diesbezüglich diskrepanter Beobachtung der entsprechenden Beweglichkeiten während der Anamnese. Bei einem Fingerbodenabstand von 45 cm sei der Langsitz ohne Angabe von Schmerzen möglich gewesen. Des Weiteren habe der Explorand stärkste Schmerzen angegeben; entsprechende vegetative Begleiterscheinungen wie vermehrtes Schwitzen oder Erblassen hätten nicht beobachtet werden können. In einer schweren körperlichen Arbeit bestehe wegen des erwähnten Cervicalsyndroms keine Arbeitsfähigkeit. In einer angepassten Tätigkeit mit wechselnder Körperbelastung, ohne erhebliche Schultergürtelbelastung und ohne Kopfwangshaltung, zum Beispiel in der Tätigkeit, die er vor Aufgabe seiner Arbeitstätigkeit ausgeübt habe, bestehe hingegen keine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit. Die Beeinträchtigungen seien Folge seiner seelischen Störung. Nach Besprechung mit Dr. med. C. \_\_\_, der den Exploranden psychiatrisch evaluiert habe, erachteten sie, Dres. med. B. \_\_\_ und C. \_\_\_, den Exploranden aus gesamtmedizinischer Sicht als zu 50 % arbeitsfähig (IV-Nr. 22).

6.2 In seinem psychiatrischen Gutachten stellte Dr. med. C. \_\_\_ am 8. Juni 2006 aufgrund der Untersuchungsbefunde vom 24. Mai 2006, der Angaben des Exploranden sowie der

Aktenlage folgende Diagnosen (IV-Nr. 23, S. 14):

1. schwere anhaltende somatoforme Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren, ICD-10 F45.4
2. leicht- bis eher mittelgradige depressive Episode, ICD-10 F32.01, bei
3. akzentuierten Persönlichkeitszügen, hauptsächlich vom ängstlich-depressiven, ausweichenden passiven Typ Z73.1

Im Weiteren führte der Gutachter aus, dass das auffallendste Merkmal bei der Untersuchung des Exploranden seine Unfähigkeit gewesen sei, über Gefühle, affektbindende Phantasien in differenzierter Art zu berichten. Entweder habe er über seine Gefühle via seine Körpersensationen berichtet, meistens negative, oder aber idealisiert, wie dies bei der Beschreibung der Jugend der Fall sei. Es müsse davon ausgegangen werden, dass dieser Explorand an einer schweren Alexythymie leide, d.h. sich ganz am Konkreten, Organischen orientiere, seine Gefühle, Phantasien nicht verbalisieren könne, jegliche innerpsychischen Konflikte und negativen Gefühle ins Körperliche abwehre. Grundproblematik des Exploranden sei sicherlich eine ängstlich unsichere sowie eine narzisstisch kränkbare Wesensart. Er sei offensichtlich nicht in der Lage, seine Familie genügend gut libidinös zu besetzen, als dass er aus seiner Ehe und der Geburt seiner Tochter Befriedigung ziehen könne. Im Gegenteil, der Explorand ziehe sich von seinen Familienmitgliedern zurück, konzentriere sich auf sich, besetze seinen Körper übermässig und somatisiere Gefühle, die er nicht aushalten könne. Es liege eher eine somatoforme als eine konversionsneurotische Störung vor, da den Symptomen des Exploranden nur wenig kommunikativer Sinn zukomme. Beim Exploranden gehe der soziale Rückzug parallel mit der Steigerung der körperlichen Problematik. Es liege eine schwere psychosomatische Erkrankung vor. Gleichzeitig leide der Explorand an einer affektiven Störung, sei niedergeschlagen, etwas affektinkontinent, traurig, ohne aber Schuldgefühle oder Insuffizienzgefühle zu äussern. Auch eine akute Suizidalität bestehe nicht. Zwischendurch sei die Stimmung des Exploranden auch etwas aufgehellt. Insgesamt müsse zwischen der Schmerzproblematik und der affektiven Problematik ein Circulus vitiosus festgestellt werden, da beide Syndrome ihre Coping-Mechanismen gegenseitig negativ beeinflussten. Es sei auffällig, wie sich sein Gesundheitszustand dramatisch verschlechtert habe, nachdem der Beschwerdeführer geheiratet habe. Aufgrund der fehlenden Introspektionsfähigkeit des Exploranden könne diesbezüglich der Zusammenhang nur festgestellt, jedoch nicht interpretiert werden (IV-Nr. 23, S. 14 f.).

Ferner stellte der Gutachter zur Arbeitsfähigkeit fest, dass der Explorand aus rein psychiatrischer Sicht aufgrund seiner Symptome, insbesondere der affektiven Beschwerden in Zusammenhang mit der Schmerzproblematik, als zu 50 % arbeitsunfähig zu beurteilen sei. Eine leichte, seinen körperlichen Beschwerden angepasste Tätigkeit sei ihm aus rein psychiatrischer Sicht durchaus zuzumuten, dies vor allem im Hinblick auf die Schadensminderungspflicht. Die passiv-aggressive, regressive Tendenz des Exploranden werde durch eine volle Berentung nicht aufgehalten, sondern im Gegenteil unterstützt. Insgesamt sei er, Dr. med. C.\_\_\_\_, der Auffassung, was er auch so mit Dr. med. B.\_\_\_\_ eingehend besprochen habe, dass die 50%ige Arbeitsunfähigkeit des Exploranden, welche er als Psychiater festhalte, mit der somatisch begründeten Arbeitsunfähigkeit nicht addiert werden müsse, sondern dass aufgrund der Diagnose der anhaltenden somatoformen Schmerzen mit somatischen und psychischen Faktoren eine insgesamt 50%ige

Arbeitsunfähigkeit vorliege. Zur Beurteilung durch Dr. med. Q.\_\_\_\_, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, hielt Dr. med. C.\_\_\_\_ fest, dass dieser in seinem Bericht vom 6. Januar 2006 aus psychiatrischer Sicht eine 100%ige Arbeitsfähigkeit festgestellt habe. Er, Dr. med. C.\_\_\_\_, schliesse sich in seiner Beurteilung aufgrund der Symptombeschreibung des Exploranden und der Befunderhebung aber der Beurteilung an, wie sie im R.\_\_\_\_ [...] festgehalten worden sei, dass nämlich der Explorand aufgrund seiner Depressivität und seiner Schmerzerkrankung zu 50 % arbeitsunfähig sei. Die depressive Episode des Exploranden könne heute nicht als ausschliesslich leicht bezeichnet werden; sie imponiere eher als mittelgradig (IV-Nr. 23, S. 15f.).

6.3 Die RAD-Ärztin Dr. med. D.\_\_\_\_ interpretierte in ihrer Stellungnahme vom 4. Juli 2006 die beiden Gutachten der Dres. B.\_\_\_\_ und C.\_\_\_\_ als sehr gut und medizinisch nachvollziehbar. In erster Linie liege bei der versicherten Person eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung vor, dies allerdings doch bei Vorliegen einer psychiatrischen Komorbidität, so dass die Schmerzstörung Krankheitswert habe. Die Arbeitsunfähigkeit von 50 % in der bisherigen wie auch in einer Verweistätigkeit schiene ihr, Dr. med. D.\_\_\_\_, deshalb adäquat und gerechtfertigt (IV-Nr. 25).

7. Zum Verlauf bis zum Erlass der hier angefochtenen Revisionsverfügung vom 4. Juli 2017 enthalten die Akten insbesondere die folgenden Angaben in medizinischer Hinsicht:

#### 7.1

7.1.1 Pract. med. E.\_\_\_\_ und F.\_\_\_\_ erstatteten der Beschwerdegegnerin am 8. Mai 2013 folgenden Bericht über den in ihrer psychiatrischen Praxis seit 2005 in Behandlung stehenden Beschwerdeführer: Zu diagnostizieren seien eine früher rezidivierende, mittlerweile chronifizierte depressive Störung, gegenwärtig mittelgradig bis schwer (ICD-10 F33.2), eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4), ein chronisches Paravertebralsyndrom, Cervicobrachialgien sowie eine Dysphagie (ICD-10 R63.4). Den Gesundheitszustand bezeichneten die Ärzte als sich verschlechternd. Die bisherige Tätigkeit ■ der Patient sei schon seit 2005 nicht mehr beruflich tätig ■ sei ihm nicht mehr zuzumuten, was auch für andere Tätigkeiten gelte. Aufgrund psychischer und somatischer Beschwerden sei es ihm nicht mehr möglich, kontinuierlich in einem Arbeitsprozess tätig zu sein (IV-Nr. 58).

7.1.2 Am 2. Juni 2013 erstellte die Hausärztin des Beschwerdeführers, Dr. med. G.\_\_\_\_, den durch die Beschwerdegegnerin gewünschten Bericht. Ihren Ausführungen lässt sich entnehmen, dass bei dem seit 23. Oktober 2009 bei ihr in Behandlung stehenden Versicherten ein Verdacht auf Borreliose, ein lumbovertebrales Schmerzsyndrom, eine diskrete Knorpelläsion im medialen Femurkondylus und diskrete periphere Rissbildung im Hinterhorn des medialen Meniskus, eine postoperative Einblutung bei Status nach Cholezystektomie am 30. August 2012, eine notfallmässige Revisionslaparoskopie am 31. Dezember 2012, eine Rückenproblematik sowie eine depressive Entwicklung zu diagnostizieren seien. Es bestehe ein sich verschlechternder Gesundheitszustand. Der Versicherte sei in seiner bisherigen wie auch in einer Verweistätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig. Ihrem Bericht legte Dr. med. G.\_\_\_\_ mehrere Berichte von weiteren Behandlungen, Untersuchungen sowie einer Operation (Cholezystektomie [Gallenblasenentfernung]) bei (IV-Nr. 60, S. 1 ■ 27).

7.1.3 Im Verlauf des Revisionsgesprächs vom 23. Juli 2013 kamen die Fachperson der IV-Stelle sowie der RAD-Arzt Dr. med. H.\_\_\_\_ zu folgender Einschätzung der beruflichen

und medizinischen Situation: Der Versicherte beziehe seit 2005 eine halbe IV-Rente wegen einer depressiven und einer somatoformen Störung. Seit der Rentenzusprache habe sich der Gesundheitszustand nicht dauerhaft verschlechtert; eine antibiotische Behandlung wegen eines Borreliose-Verdachts habe abgeschlossen werden können. Der Versicherte sei sehr auf Krankheit und Beschwerden fixiert, habe aber andererseits auch die Überzeugung, er werde von den Ärzten nicht richtig behandelt. Berufliche Massnahmen traue sich der Versicherte nicht zu (IV-Nr. 64).

7.1.4 Am 25. Juli 2013 bestätigte dann die Beschwerdegegnerin ■ wie bereits erwähnt ■ den unveränderten Anspruch des Beschwerdeführers auf eine halbe Invalidenrente (IV-Nr. 65).

7.2 In ihrem Verlaufsbericht vom 12. Dezember 2014 an die Beschwerdegegnerin stellten med. pract. E. \_\_\_ und F. \_\_\_ die gleichen Diagnosen und kamen zur identischen Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers wie in ihrem Bericht vom 8. Mai 2013 (vgl. IV-Nr. 58). Die beiden Ärzte hielten zudem fest, dass sich der Gesundheitszustand des Versicherten trotz therapeutischer Massnahmen seit Sommer 2013 weiter verschlechtert habe (IV-Nr. 72).

7.3. Die Hausärztin Dr. med. G. \_\_\_ stellte in ihrem Verlaufsbericht vom 25. April 2014 an die Beschwerdegegnerin folgende, sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirkende Diagnosen (IV-Nr. 75, S. 1 f.):

Den Gesundheitszustand bezeichnete die Hausärztin nun als stationär (im letzten Bericht: sich verschlechternd [IV-Nr. 60, S. 3]) und die Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen wie auch in einer anderen Tätigkeit nach wie vor mit 100 %. Wiederum legte Dr. med. G. \_\_\_ ihrem Bericht weitere Arztberichte bei (IV-Nr. 75, S. 1 ■ 20).

7.4 Am 14. Dezember 2015 erstatteten die Ärzte der Begutachtungsstelle K. \_\_\_ das durch die Beschwerdegegnerin in Auftrag gegebene polydisziplinäre Gutachten, nachdem sie den Beschwerdeführer am 11., 18., 19. und 21. August untersucht hatten (IV-Nr. 88.1, S. 3 ff.). Sie stellten folgende, alle Fachgebiete umfassende Diagnosen (IV-Nr. 88.1, S. 21):

Diagnosen mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit (angestammte Tätigkeit)

Diagnosen ohne Relevanz für die Arbeitsfähigkeit

Der Beurteilung des objektivierbaren medizinischen Sachverhalts, der Funktionen und Arbeitsfähigkeit aus Sicht aller beteiligter Gutachter lässt sich Folgendes entnehmen (IV-Nr. 88.1, S. 18 ff.):

Aus internistischer Sicht

Beim Versicherten lägen keine internistischen Diagnosen mit versicherungsmedizinischer Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vor. Unter Berücksichtigung seines Fähigkeitsprofils sei er in seiner zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Maschinenführer ohne Leistungseinschränkungen arbeitsfähig; dies gelte ebenso für eine leidensangepasste Verweistätigkeit. Zusammengefasst seien die Beschwerden des Versicherten durch die klinischen Befunde nur teilweise bzw. nicht erklärbar. Die aktuell immer noch geklagten Magenbeschwerden, z.T. mit Sodbrennen, seien aus internistischer Sicht nicht erklärbar und am ehesten wohl funktionell bedingt. Bei einer im Februar 2014 durchgeführten Ösophago-Gastro-Duodenoskopie habe sich kein objektivierbarer Befund gezeigt. Reflux atypisch. Laut Dr. med. S. \_\_\_, Gastroenterologe, bestehe weiterhin eine Diskrepanz

zwischen subjektivem Leidensdruck und objektivierbaren Befunden. Bei der im Juni 2014 festgestellten KHK (koronare Herzkrankheit) mit anschliessender Versorgung eines Stents habe sich nach Abschluss der kardialen Rehabilitation im Oktober 2014 ein kardiopulmonal unauffälliger Status ergeben (IV-Nr. 88.1, S. 18 f.).

#### Aus neurochirurgischer Sicht

Wenn bereits 2004 eine zervico-thoracale Discushernie neuroradiologisch nachgewiesen worden sei, habe diese bei fehlenden radikulären Zeichen das chronische, rechtsbetonte, kraniozervikal brachiale Schmerzsyndrom nicht erklären können. Dennoch sei die 100%ige Arbeitsunfähigkeit aufrechterhalten und eine halbe Invalidenrente gewährt worden. Im Verlaufe der weiteren Jahre seien multiple, verschiedene Organe betreffende Probleme und Beschwerden dazu gekommen, wobei diese somatischen Beschwerden wechselnd beurteilt und vor allem auch vom Versicherten verschieden stark gewichtet worden seien. Gesamthaft gesehen sei wahrscheinlich lediglich eine psychiatrische Problematik, auf die er als Neurochirurg nicht eingehe, geblieben, mehr oder weniger konstant. Aus rein neurochirurgischer Sicht bestehe auch rückwirkend weder ein Anlass für eine Reduktion der Arbeitsfähigkeit noch für die Gewährung einer partiellen IV-Rente, womit aus seiner Sicht eine Rückführung des Versicherten in den Arbeitsprozess, steigend bis zu 100 %, nichts im Wege stehe. Der Versicherte sei befähigt, die Bearbeitung von Werkstücken beim angestammten Arbeitgeber problemlos auszuführen. Des Weiteren habe er eine berufliche Ausbildung als Maschinenschlosser mit Erfolg abgeschlossen. Als weitere positive Ressource gelte die Erfahrung des Versicherten als Maschinenführer (bis 2004). Aus neurochirurgischer Sicht bestehe eine Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit zeitlich zu 100 % (8 Stunden pro Tag), leistungsmässig 80 ■ 90 % wegen eventuell notwendigen vermehrten Pausen. Angepasste Tätigkeiten seien analog der Arbeitsfähigkeit in angestammter Tätigkeit mit unter Umständen möglicher Steigerung der Leistungsfähigkeit ebenfalls auf 100 % zumutbar (IV-Nr. 88.1, S. 19).

#### Aus orthopädischer Sicht

Aufgrund der Anamnese, der Akten und der Befunde leide der heute 54-jährige Versicherte an chronischen Schmerzen lumbal mit Ausstrahlungen nach links und in der HWS mit Ausstrahlungen nach rechts, in beiden Händen und in beiden OSG. Die Knie seien momentan beschwerdefrei. Klinisch finde sich eine WS-Fehlhaltung mit einer ständigen Inklination von zirka 20 Grad und einer Flexionshaltung in beiden Knien ebenfalls von 20 Grad. Die WS- und HWS-Beweglichkeit sei eingeschränkt; es bestünden lokale DD überall und ein paravertebraler Hartspann v.a. im LWS-Bereich. Der BFG sei schleppend und langsam. Fersen und Zehengang seien nicht prüfbar, wie auch die WS-Beweglichkeit praktisch nicht prüfbar sei. Der Einbeinstand sei ebenfalls nicht prüfbar wie auch die Waddell-Zeichen, da der Versicherte nicht in den Langsitz sitzen könne. Die obere Extremität sei normal, keine radikulären Zeichen. Die beklagten Schmerzen in den PIP-Gelenken beidseits fänden kein klinisches Korrelat. Im Bereiche der medialen Gelenkspalte beider Knie finde sich eine lokale DD wie aber auch lateral rechts. Keine Meniscuszeichen. Die beklagten Schmerzen in beiden OSG fänden kein klinisches Substrat. Der Versicherte habe eine Hypästhesie im Bereiche des lateralen OS, lateralen US beidseits angegeben im Vergleich zu medial. In den neu durchgeführten radiologischen Abklärungen vom 21. August 2015 im [...] fänden sich im MRI der HWS, MRI der LWS und Röntgen beider Hände durchwegs altersentsprechende Befunde. Insgesamt seien die klinischen und radiologischen Befunde nicht mit den Beschwerden des Versicherten in Einklang. Die



MRI-mässigen Meniscusprobleme, die 2012 festgestellt worden seien, fänden kein klinisches Korrelat mehr. Zusammenfassend leide der Versicherte an einem chronischen Schmerzsyndrom HWS, LWS, beide Hände und beide OSG ohne objektivierbares Substrat. Aufgrund der obengenannten Probleme bestehe folgendes Zumutbarkeitsprofil: Das Heben und Tragen von schweren Lasten über 20 kg sei nicht zumutbar. Arbeiten mit langem Gehen und Stehen und monotonen Zwangshaltungen des Oberkörpers sowie das Gehen auf unebenem Boden und ständige Überkopfarbeiten seien nicht zumutbar. Sollte die angestammte Tätigkeit als Maschinist im Rahmen des Zumutbarkeitsprofils möglich sein, so bestehe eine volle Arbeitsfähigkeit. In einer Verweistätigkeit im Rahmen des Zumutbarkeitsprofils bestehe eine volle Arbeitsfähigkeit. Die postulierte Arbeitsfähigkeit gelte durchwegs auch retrospektiv (IV-Nr. 88.1, S. 19).

Aus psychiatrischer Sicht

Im Rahmen dieser Untersuchung hätten sich Hinweise auf affektive und körperlich funktionelle Beeinträchtigungen ergeben, die jedoch aus somatischer Sicht an einer anderen Stelle des Gutachtens beurteilt worden seien. In Bezug auf die Authentizität der vom Versicherten vorgebrachten Beschwerden und der geltend gemachten Funktionsbeeinträchtigungen hätten sich einige Auffälligkeiten ergeben. Der Versicherte habe berichtet, sich nur schlecht konzentrieren zu können. Im Rahmen der aktuellen psychiatrischen Untersuchung seien jedoch solche erheblichen kognitiven Defizite nicht zur Darstellung gekommen. Im Vordergrund des gezeigten Beschwerdebilds habe eine leichte Ängstlichkeit und Unsicherheit gestanden. Auch seien anamnestisch vorübergehende stärkere Angstzustände beschrieben worden. Der Versicherte habe dabei, nebst der allgemeinen Ängstlichkeit, auch über Ängste in engen Räumlichkeiten und über ein Druckgefühl und eine innere Unruhe berichtet. Die Dauer dieser Symptome der «Panikzustände» habe er teilweise bis zu mehreren Wochen angegeben. Die geschilderte Beschwerdesymptomatik habe «verwaschen» gewirkt, insofern keine eindeutigen Panikattacken abgrenzbar gewesen seien. Beim Versicherten habe es sich allenfalls um Panikattacken-ähnliche Angstzuspitzungen gehandelt. Für die diagnostische Zuordnung sei der klinische Längsschnittverlauf bedeutsam. Der Versicherte habe schon seit mehreren Jahren unter diesen Beschwerden zu leiden. Unter Verwendung des ICD, Kapitel V, sei bei der gegebenen Befund- und Verlaufskonstellation eine gemischte Angststörung F 41.3 zu diagnostizieren. Der Versicherte habe über eine gewisse Traurigkeit, auch eine manchmal bestehende Interessenreduktion, sexuelle Alibidinie (Appetenzstörung) und Selbstwertdefizienz berichtet. Auf der Befundebene habe sich eine etwas herabgeminderte Stimmungslage gezeigt, jedoch ohne eine aufgehobene emotionale Schwingungsfähigkeit. Zudem sei im affektiven Ausdruck eine breite Palette von Emotionen wie Lächeln, Schluchzen und Weinerlichkeit gezeigt worden, die jeweils nur kurz angehalten hätten und situativ, themenbezogen zustande gekommen seien. In der Hamilton-Depressions-Skala sei ein Punktwert erzielt worden, der allenfalls einer leichtgradigen dysthymen Symptomatik entsprechen könnte. Das Verhalten des Versicherten habe auch Inkonsistenzen, eine gewisse Theatralik bis zur Aggravationstendenz, gezeigt. Für eine Depression hätten jedoch die notwendigen depressiven Kernsymptome gefehlt. Auf der Befundebene hätten sich eine durchschnittliche Antriebslage, keine Störung des Auffassungsvermögens und keine relevanten kognitiven Funktionsdefizite oder psychotischen Störungen gezeigt. Im Rahmen der hier erfolgten psychiatrischen Untersuchung habe keine eindeutige depressive Symptomatik festgestellt werden können. Vielmehr seien die affektiven Schwankungen

einerseits auf eine Akzentuierung der Persönlichkeit (ängstlich vermeidend, histrionisch, anankastisch, narzisstisch) zurückzuführen. Andererseits hätten sich stellenweise Hinweise für nicht authentische Beschwerdedarstellungen im Sinne von Aggravationstendenzen ergeben. Beim Versicherten bestehe eine akzentuierte Persönlichkeit, vom ängstlich-vermeidenden, ausweichenden, passiven Typ (Z73.1), die zeitweilig auch mit einer leichten affektiven Symptomatik einhergehen könne. Im Rahmen der aktuellen psychiatrischen Begutachtung hätten sich beim Versicherten Hinweise auf Persönlichkeitsbesonderheiten gezeigt. Die hier gewonnenen eigenanamnestischen Angaben mit den erhobenen Befunden liessen keine hinreichend sichere Diagnose einer Persönlichkeitsstörung zu. Hinweise dafür, dass der Proband seit der Adoleszenz in Bezug auf die Persönlichkeit eine normdeviante Entwicklung genommen habe, hätten nicht gefunden werden können. Vor diesem Hintergrund sei unter Verwendung des Klassifikationssystems ICD-10 ein nicht krankheitswerter Befund einer Persönlichkeitsakzentuierung festzustellen. Das beim Versicherten bestehende somatozentrische Krankheitsverständnis rechtfertige für sich alleine nicht die Diagnose einer somatoformen Störung. Ansonsten seien die Kriterien für die Diagnosestellung einer somatoformen Störung gemäss ICD nicht erfüllt. Beim Versicherten ergäben sich Hinweise auf negative Antwortverzerrungen im Sinne von Aggravation. Diese Beurteilung resultiere aus der Gegenüberstellung von eigenanamnestischen Angaben, der Beschwerdedarstellung einerseits, mit klinischen und psychometrischen Befunden andererseits. Beim Versicherten schienen gegenwärtig psychosoziale Belastungen, speziell die Probleme seiner Ehe, zu überwiegen. Diese Annahme werde unter anderem auch dadurch gestützt, dass der Versicherte bis auf das im Serum anlässlich der Begutachtung nachgewiesene Benzodiazepin keine weiteren Medikamente (Antidepressiva, Analgetika) einnehme; auch dies spreche gegen einen relevanten ■ dringend psychiatrisch behandlungsbedürftigen Leidensdruck mit Krankheits- und Insuffizienzgefühlen. Aus rein psychiatrischer Sicht bestünden gegenwärtig allenfalls qualitative, jedoch keine quantitativen Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit sowie des Leistungsvermögens in der angestammten Tätigkeit eines Maschinenbedieners bzw. in einer idealen Verweistätigkeit. Er sollte keine Arbeiten mit Zeitdruck oder unter Zeitdruck verrichten; diese sollten gut organisiert sein, um ihn nicht zu verunsichern. Eine Reisetätigkeit sei nicht zu empfehlen. Ebenso sollte der Umgang mit Konfliktsituationen vermieden werden. Subjektiv bestehe die vorhandene Arbeitsfähigkeit aus rein psychiatrischer Sicht seit dem Zeitpunkt der Erstbegutachtung. Eine Verschlechterung sei seit dieser Zeit, speziell seit dem Gutachten aus dem Jahre 2006, aus psychiatrischer Sicht nicht feststellbar. Jedoch ergäben sich psychosoziale Aspekte, die zusätzlich zum Tragen kämen; diese hätten jedoch keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit des Versicherten (IV-Nr. 88.1, S. 20 f.).

Zur interdisziplinären versicherungsmedizinischen Beurteilung der Funktionen und der Arbeitsfähigkeit sowie im Rahmen der Beantwortung der Fragen führten die Gutachter Folgendes aus: ( ) Die ehemals zur Berentung führenden Gesundheitsleiden müssten als weitgehend gebessert bewertet werden. Die auf psychiatrischem Fachgebiet bestehenden Störungen hätten zeitweilig zur Minderung der Stressbelastbarkeit geführt. Berufliche Tätigkeiten unter erhöhter Stressbelastung (z.B. durch vermehrten Zeitdruck (Akkordarbeiten) oder durch unphysiologische vegetative Belastungen (z.B. Nachtdienst) sollten daher vermieden werden. Auch sollten aufgrund der Persönlichkeitsakzentuierung Tätigkeiten gemieden werden, die besondere Anforderungen an soziale Kompetenzen stellten. Auszuschliessen seien insofern Tätigkeiten mit unmittelbarem Kundenkontakt in

problematischen Bereichen und in grösseren Menschenansammlungen. Es sei damit zu rechnen, dass anfänglich in qualitativer Hinsicht das Ausdauerleistungsvermögen des Versicherten zwar reduziert, jedoch nicht wesentlich beeinträchtigt wäre. Durch dauerhafte Überforderung bestünde ein Risiko der Akzentuierung der affektiven und der Angstsymptomatik. Bei der aktuellen Untersuchung hätten keine relevanten Störungen des Antriebs, allenfalls für jeweils kurze Zeit leicht gehoben, ansonsten nicht dargestellt werden können. Mit erhöhter Ermüdbarkeit und Nachlassen kognitiver Kompetenzen sei ebenfalls nicht zu rechnen, wie dies beispielsweise auch in der Untersuchungssituation nicht habe beobachtet werden können. Es sei noch eine ausreichende Mobilität vorhanden. So könne der Versicherte durchaus auch Freizeit- und Erholungsaktivitäten nachgehen. Das Heben und Tragen von schweren Lasten über 20 kg sei nicht zumutbar. Arbeiten mit langem Gehen und Stehen und monotonen Zwangshaltungen des Oberkörpers seien nicht zumutbar, wie auch das Gehen auf unebenem Boden. Ständige Überkopfarbeiten seien nicht zumutbar. Die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit (Maschinist in einer Kabelfabrik, leichte bis mittelschwere Arbeit) betrage 80 ■ 90 % (verlängerte Pausen), in einer Verweistätigkeit 100 % (verlängerte Pausen). Die aktuell attestierte Arbeitsfähigkeit gelte retrospektiv mindestens seit Oktober 2014 in einer das Fähigkeitsprofil berücksichtigenden Tätigkeit. Vor dem Herzinfarkt im Juni 2014 seien keine aktenkundigen kardialen Beschwerden dokumentiert worden. Im Juli 2013 hätten sich bei einer Kontrolle (Dr. med. T.\_\_\_\_, Kardiologe, [...]) normale kardiale Befunde gefunden. Mit Ausnahme der Zeiten o.g. Erkrankungen mit Operation und Rekonvaleszenz sei der Versicherte auch retrospektiv arbeitsfähig gewesen. Es sei davon auszugehen, dass auch in der Vergangenheit keine versicherungspsychiatrisch relevanten Störungen mit bedeutsamem Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit bestanden hätten. Orthopädisch gelte die Beurteilung auch retrospektiv. Die Gewährung von Leistungen der IV könnte sich passager positiv auf die affektive Verfassung des Versicherten auswirken. Gleichzeitig würde die Zuerkennung von Ansprüchen das von Leistungsinsuffizienz geprägte Selbstbild von aussen bestätigen, woraus eine weitere Chronifizierung der bei ihm bestehenden Störungen voraussichtlich resultierte. Es sei jedoch möglich, dass die Ablehnung von medizinisch geltend gemachten Ansprüchen zu einer temporären Verschlimmerung führen könnte. Eine richtungsweisende Verschlimmerung wäre jedoch nicht zu erwarten. Mit einer beruflichen Integration sollte somit unter den oben angegebenen Empfehlungen und unter Berücksichtigung des Fähigkeitsprofils möglichst zügig begonnen werden. Berufliche Massnahmen seien zumutbar. Die nicht medizinisch begründbare deutlich zu niedrige Selbsteinschätzung der Arbeitsfähigkeit (er schätze sich für nicht arbeitsfähig ein) als auch die diversen Hinweise auf ein sehr auffälliges aggravatorisches Verhalten könnten jedoch prognostisch die Integrationsfähigkeit einschränken, wenngleich diese nicht IV-relevante Kontextfaktoren seien und dieses Verhalten auch nicht durch eine versicherungspsychiatrisch relevante Störung erklärt werden könne. Medizinische Massnahmen drängten sich nicht auf (IV-Nr. 88.1, S. 21 ff.).

7.5 Zur Untersuchung durch die Ärzte der Begutachtungsstelle K.\_\_\_\_ im August 2015 (IV-Nr. 88.1, S. 1) brachte der Beschwerdeführer verschiedene, mehrheitlich an seine Hausärztin gerichtete Arztberichte sowie weitere Dokumente (Lebenslauf etc.) mit (vgl. IV-Nr. 88.2 ff.). Wesentlich erscheinen insbesondere folgende Unterlagen:

7.5.1 Dr. med. U.\_\_\_\_, Leitender Arzt Kardiologie, [...]spital [...], hielt in seinem Bericht vom 27. Oktober 2014 zusammenfassend fest, dass keine Hinweise auf eine kardiale

Problematik bestünden, jedoch die unklaren Gelenkbeschwerden abzuklären seien (IV-Nr. 88.2, S. 6).

7.5.2 Im Bericht vom 24. November 2014 diagnostizierte Dr. med. V.\_\_\_\_, Innere Medizin und Rheumatologie FMH, [...], beim Beschwerdeführer zur Hauptsache ein Panvertebralsyndrom und eine Panalgesie bei maximaler Dekonditionierung. Die Nackenbeschwerden seien durch die relativ deutlichen degenerativen Veränderungen in der unteren HWS durchaus nachvollzieh- und erklärbar. Die Lumbalgien und die Schmerzen in den unteren Extremitäten seien alleine durch die degenerativen Veränderungen in der LWS nicht unbedingt plausibel. Differenzialdiagnostisch käme eine Statine-Nebenwirkung in Frage, was zumindest die Schwäche in den unteren Extremitäten erklärte, nicht aber die Schmerzen. Zudem liege eine maximale Dekonditionierung vor. Der Patient könne seine Wirbelsäule sehr schlecht stabilisieren. Er habe eine schwache Abdominal- und Rückenmuskulatur, dazu eine gewisse Bandlaxizität; dies könne auch bei diskreten oder fehlenden degenerativen Veränderungen zu überlastungsbedingten Schmerzen in der Lendenwirbelsäule führen. Das Ziel der Behandlung müsste also eine Verbesserung der Muskelkraft und der Ausdauer sein. ( ) Für ein entzündliches Leiden habe sie, Dr. med. V.\_\_\_\_, beim Patienten keine Anhaltspunkte gefunden. Sie habe ihm deshalb auch keine nichtsteroidalen Antirheumatika als Schmerzmedikation verordnet, sondern ihm geraten, nach Bedarf bei Dafalgan zu bleiben (IV-Nr. 88.2, S. 12 f.).

7.5.3 Dr. med. W.\_\_\_\_, Leitender Arzt Gastroenterologie, [...]spital [...], berichtete am 19. Dezember 2014 der Hausärztin des Beschwerdeführers über die ambulante Ösophago-Gastroduodenoskopie vom 17. Dezember 2014. Bis auf den Nachweis einer leichtgradigen Typ C-Gastritis sowie einer allenfalls minimen, die Beschwerden des Patienten nur fraglich gänzlich erklärenden Refluxösophagitis bei angedeuteter axialer Hernie (DD Mitvorliegen einer funktionellen Dyspepsie), ansonsten sowohl makroskopisch als auch histologisch ( ) unauffälliger bzw. nicht wegweisender Befund in den eingesehenen Abschnitten von Ösophagus, Magen und Duodenum; insbesondere kein Ulkus-, Blutungs-, TU- oder sonstiger höhergradig florider Entzündungsnachweis (IV-Nr. 116, S. 31 f.).

7.5.4 Am 22. Dezember 2014 untersuchte Dr. med. V.\_\_\_\_ den Beschwerdeführer erneut, was sie im Bericht vom 13. Januar 2015 festhielt. Dabei habe der Patient berichtet, ( ) er spüre eine maximale Schwäche in den Beinen und auch Schmerzen in den Beinen. Er habe angegeben, dass vor allem die Hand- und Fusslinien gelblich verfärbt gewesen seien, jetzt jedoch nicht mehr. Sie, Dr. med. V.\_\_\_\_, habe kein Korrelat für die genannten Beschwerden gefunden; insbesondere sei kein Ikterus vorhanden (IV-Nr. 88.2, S. 23).

7.5.5 Im Bericht vom 23. Juni 2015 an die Hausärztin des Beschwerdeführers stellte Dr. med. X.\_\_\_\_, Oberärztin Kardiologie, [...]spital [...], fest, aktuell einen kardiopulmonal kompensierten Patienten zu sehen, der aus kardialer Sicht beschwerdefrei sei (IV-Nr. 88.2, S. 25).

7.5.6 Die vorstehenden Arztberichte fanden in der Aktenanalyse der K.\_\_\_\_-Gutachter Aufnahme (IV-Nr. 88.1, S. 8 f.).

7.6 Dr. med. Y.\_\_\_\_, Oberärztin, [...]spital [...], teilte der Hausärztin des Beschwerdeführers am 8. Oktober 2015 mit, dass sich bis auf den Nachweis einer leichtgradigen Typ C-Gastritis ( ; unverändert zum Vorbefund vom Dezember 2014, ) und einer sehr kleinen/angedeuteten axialen Hiatushernie kein wegweisender Befund in den eingesehenen Abschnitten von Ösophagus, Magen und Duodenum, insbesondere kein

Ulkus-, Blutungs-, TU- oder höhergradig florider Entzündungsnachweis finde (IV-Nr. 118, S. 7 f.).

7.7 Im Bericht vom 3. Dezember 2015 an die Hausärztin stellte Dr. med. Z.\_\_\_\_, Innere Medizin FMH, speziell Kardiologie, [...], fest, keinen Hinweis auf eine Koronarinsuffizienz sowie keine prognostisch relevante Karotis-Atheromatose gefunden zu haben (IV-Nr. 118, S. 5).

7.8 Am 25. Februar 2016 nahm die Hausärztin des Beschwerdeführers zum K.\_\_\_\_-Gutachten wie folgt Stellung: Was die Rückenbeschwerden anbelange, stimme sie den Diagnosen nur teilweise zu. Im Gegensatz zu den Gutachtern, die ein leichtes Zervikalsyndrom und ein lumbovertebrales Syndrom diagnostizierten, sei sie der Meinung, dass es sich um ein mittelschweres Zervikalsyndrom und um ein schweres lumbovertebrales Schmerzsyndrom handle. Abhängig von Jahreszeit, psychischen Belastungen und allgemeinem Zustand seien die Beschwerden beim Beschwerdeführer von der Intensität her wechselhaft, von aushaltbaren bis hin zu fast unerträglichen Schmerzen, verbunden mit stärkeren funktionellen Einschränkungen. Bezüglich Bewegungsapparat diagnostizierten die Gutachter eine Meniskusläsion Knie beidseits ohne Klinik; dem könne sie nicht zustimmen. Es lägen ganz klar Meniskusläsionen beider Knie vor mit offensichtlichen funktionellen Einschränkungen und Belastungsschmerzen. Aktuell sei der Beschwerdeführer jedoch für Operationen an den Knien nicht bereit. Auf die gastrointestinalen Beschwerden werde im Gutachten überhaupt nicht eingegangen. Der Beschwerdeführer leide seit Jahren unter chronischer Gastritis, Gastroesophagitis, Essstörungen und rezidivierenden Durchfällen. Nach einer Gallenoperation 2012, die mit schweren Komplikationen einhergegangen sei ( ), hätten sich diese Beschwerden verschlimmert. Der Beschwerdeführer befinde sich seit Jahren in regelmässiger psychiatrischer Behandlung bei Dr. med. AA.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie, [...], wegen seiner depressiven Zustände und Angststörungen. Ihrer Meinung nach, so Dr. med. G.\_\_\_\_, sei der Beschwerdeführer zu 50 % arbeitsfähig, jedoch nur für leichte Tätigkeiten (IV-Nr. 91).

7.9 Dr. med. AB.\_\_\_\_, FMH Radiologie, Röntgeninstitut Rothrist AG, Rothrist, führte am 23. März 2016 eine MRI der LWS durch. In seinem gleichentags erstellten Bericht an die Hausärztin des Beschwerdeführers kam er zu folgender Beurteilung: «Im Verlaufe leicht progrediente geringgradige und ein altersübliches Ausmass nicht übersteigende Osteochondrosen L2/L3 bis L5/S1. Keine offensichtliche Ursache einer Lumbago.» (IV-Nr. 116, S. 21).

7.10 In ihrer Stellungnahme vom 24. März 2016 stellte die RAD-Ärztin Dr. med. I.\_\_\_\_ zu Beginn die gleichen Diagnosen wie die K.\_\_\_\_-Ärzte (vgl. IV-Nr. 88.1, S. 21). Dann hielt sie fest, dass das Gutachten aus versicherungsmedizinischer Sicht schlüssig und nachvollziehbar sei. Auf die medizinische Beurteilung der Gutachter könne abgestellt werden. Die Frage, ob sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit der Rentenzusprache im Jahr 2007 verändert habe, bejahte die RAD-Ärztin. Die damals zur Berentung führenden Gesundheitsleiden müssten als weitgehend gebessert bewertet werden, und zwar spätestens seit der Erstellung des Gutachtens vom 14. Dezember 2015. Es bestehe lediglich aus neurochirurgischer Sicht noch ein vermehrter Pausenbedarf von 10 -■20 %. Weitere Abklärungen müssten nicht vorgenommen werden. Zu betonen sei schliesslich, dass in allen Fachgebieten im Sinne der Aggravation Befundinkonsistenzen beobachtet worden seien, was auch die Diskrepanz zwischen dem subjektiv deutlich

niedriger empfundenen Leistungsvermögen und der aktuellen, versicherungsmedizinischen Bewertung erkläre (IV-Nr. 92, S. 2 f.).

7.11 Am 27. Mai 2016 teilte Dr. med. AC.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Rheumatologie, [...], der Hausärztin des Beschwerdeführers mit, dass er diesen am 12. Mai 2016 untersucht habe. Aufgrund des klinischen Bildes sowie der durchgeführten Zusatzuntersuchungen (Labor und Bildgebung) ergäben sich differentialdiagnostisch keine Hinweise für eine Systemaffektion aus dem internistischen oder rheumatologischen Formenkreis. Die Beschwerden des Bewegungsapparates seien multifaktoriell bedingt: Rein somatisch gesehen fänden sich degenerative Veränderungen im Bereich des Achsenskeletts und sehr wenig ausgeprägt auch im Bereiche der Hände und Füße; diese liessen jedoch nicht das Ausmass der Beschwerden/Behinderung erklären. Das Beschwerdebild werde durch die Depression stark überlagert (IV-Nr. 116, S. 15 f.).

7.12 Dr. med. Z.\_\_\_\_ stellte in seinem Bericht vom 6. Dezember 2016 an die Hausärztin des Beschwerdeführers u.a. fest, es bestehe weder ein Hinweis auf eine Koronarinsuffizienz noch eine prognostisch relevante Karotis-Atheromatose. Im Vordergrund stünden trotz dreimonatigem Atorvastatin-Stop und bei normaler CPK weiterhin invalidisierende Muskelschmerzen mit Einbezug der Gelenke, wobei gemäss Patient die neurologischen und rheumatologischen Abklärungen negativ gewesen seien (IV-Nr. 116, S. 9 f.).

7.13 Im Bericht vom 9. Februar 2017 an die Hausärztin kam Dr. med. AD.\_\_\_\_, FMH Radiologie, Röntgeninstitut [...] AG, [...], nach einer tiefzentrierten Beckenübersicht, rechte Hüfte, axial, aufgrund der klinischen Angaben «chronische invalidisierende Hüftschmerzen rechts» zu folgendem Befund: «Rechte Hüfte: Verminderte anterolaterale Schenkelhalstaillierung mit einem kleinen «bump» anterioren Schenkelhals als ein Hinweis auf ein mögliches femoroacetabuläres Impingement. Leichte perioossäre Ossifikation in Projektion auf das superiore Labrum. Keine signifikanten Koxarthrosezeichen. Linke Hüfte: Keine Koxarthrosezeichen, keine eindeutige Pathologie. Unauffällige ISG. Keine Frakturen, keine Osteodestruktionen.» (IV-Nr. 116, S. 8).

Im gleichentags, ebenfalls an die die Adresse der Hausärztin erstellten Bericht führte Dr. med. AD.\_\_\_\_ nach einer MR-Untersuchung des rechten OSG mit «i.V.-KM» bei angegebener OSG-Schwellung rechts im Rahmen seiner Beurteilung Folgendes aus: «Möglicher kleiner fokaler Knorpelschaden im OSG an der lateralen Tibiavorderkante. Jedoch kein Erguss im OSG, kein periartikuläres Weichteilödem und im übrigen keine signifikante Pathologie.» (IV-Nr. 116, S. 7).

7.14 Dem durch das Spital Region [...], [...] AG, [...], vom 21. Februar 2017 an die Hausärztin des Beschwerdeführers gerichteten Bericht über die Arthro-MRI des rechten Hüftgelenks und linkes OSG kann entnommen werden, dass keine pathologischen Veränderungen im rechten Hüftgelenk beständen (IV-Nr. 116, S. 6).

7.15 Am 23. März 2017 berichtete Dr. med. G.\_\_\_\_ der Beschwerdegegnerin über den Beschwerdeführer, drei Monate nach Eingliederungsmassnahmen. Der Patient habe zunehmend Beschwerden im Sprunggelenk. Bereits nach kurzer Belastung verspüre er Gelenkschmerzen■ besonders OSG beidseits■ Unterschenkelschwellungen träten auf, Hüftschmerzen beidseits, mehr rechts als links, Knacken in beiden Knien beim Aufstehen, Rückenschmerzen, betont im LWS-Bereich, Nacken- und Kopfschmerzen. Nach längerer Belastung beklage der Patient Schwäche und Schwindel. Er leide zudem unter Tinnitus und Magenschmerzen mit rezidivierendem Durchfall, chronischer Magen-Pharyngitis. Der

Patient sei depressiv, leide unter Ängsten und Unsicherheit (IV-Nr. 116, S. 1).

7.16 Die RAD-Ärztin Dr. med. I.\_\_\_\_ nahm am 24. Mai 2017 erneut zur medizinischen Situation Stellung. Ihrer Beurteilung lässt sich Folgendes entnehmen (IV-Nr. 123, S. 2 ff.): Im polydisziplinären Gutachten der K.\_\_\_\_ vom 14. Dezember 2015 sei die medizinische Situation des Versicherten ausführlich und medizinisch klar sowie nachvollziehbar dargestellt worden. Intermittierend habe der Versicherte jedoch multiple körperliche Beschwerden beklagt, die zu einer subjektiven Minderung seiner Leistungsfähigkeit geführt hätten. Die berufliche Eingliederung in der P.\_\_\_\_ vom 12. Dezember 2016 bis 10. März 2017 sei abgebrochen worden, da der Versicherte sein Pensum nicht über 29 % steigern können, und zwar aufgrund der laut der behandelnden Hausärztin Dr. med. G.\_\_\_\_ zwischenzeitlich aufgetretenen multiplen Beschwerden (AB vom 23. März 2017): «A.\_\_\_\_ hat zunehmend Beschwerden im Sprunggelenk. Bereits nach kurzer Belastung verspürt er Gelenkschmerzen, besonders OSG bds. Unterschenkelschwellungen treten auf, Hüftschmerzen bds., mehr rechts als links, Knacken in beiden Knien beim Aufstehen Rückenschmerzen, betont im LWS-Bereich, Nacken- und Kopfschmerzen. Nach längerer Belastung beklagt der Patient Schwäche und Schwindel. Er leidet zudem unter Tinnitus und Magenschmerzen mit rezidivierendem Durchfall, chronischer Magen-Pharyngitis.»

Die genannten Beschwerden seien ■ so Dr. med. I.\_\_\_\_ ■ von der Hausärztin ausführlich abgeklärt worden, ohne Hinweise auf eine Verschlechterung der bestehenden oder auf neu aufgetretene invalidisierende Erkrankungen zu ergeben: Anschliessend führte die RAD-Ärztin im Wesentlichen den jeweiligen Inhalt der Berichte von Dr. med. Z.\_\_\_\_ vom 6. Dezember 2016 (vgl. E. II 7.12 hiervor), Dr. med. W.\_\_\_\_ (vgl. E. II 7.5.5 hiervor), Dr. med. AC.\_\_\_\_ (vgl. E II. 7.11 hiervor) sowie Untersuchungen «[...]» (vgl. E. II 7.9 und 7.13 hiervor) an und gelangte hierauf zu denselben Diagnosen wie in ihrem Bericht vom 24. März 2016 (IV-Nr. 92, S. 2). Schliesslich gab die RAD-Ärztin auf die Frage, ob sich der Gesundheitszustand (des Beschwerdeführers) seit dem Gutachten von Dezember 2015 verändert habe, an, dass sich dieser nicht relevant verändert habe. Aus kardiologischer Sicht sei eine leichte Verbesserung (LVEF von 66 auf 68 % gebessert) zu verzeichnen. Was die Vornahme weiterer Abklärungen anbelange, habe die Hausärztin Dr. med. G.\_\_\_\_ umfassende Abklärungen in die Wege geleitet; diese hätten jedoch keinen Hinweis auf eine Verschlechterung der vorbestehenden Erkrankungen oder eine neu aufgetretene invalidisierende Erkrankung gezeigt. Sie, Dr. med. I.\_\_\_\_, empfehle, am Entscheid zur Rentenaufhebung festzuhalten (IV-Nr. 123, S. 2 ff.).

## **E. 5**

5.1 Unter Bezugnahme auf die Verfügung vom 4. Juli 2017 forderte die Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 19. Januar 2018 beim Beschwerdeführer für die Zeit vom 1. September 2017 bis 31. Januar 2018 IV-Renten und Kinderrenten zur IV-Rente des Beschwerdeführers im Betrag von insgesamt CHF 6'980.00 zurück (IV-Nr. 132). 5.2 Der Vertreter des Beschwerdeführers reichte am 31. Januar 2018 bei der Beschwerdegegnerin ein Gesuch um Erlass der Rückforderung ein (IV-Nr. 135), wozu sich diese am 8. Februar 2018 äusserte (IV-Nr. 136). 5.3 Am 9. Februar 2018 teilt der Vertreter des Beschwerdeführers dem Versicherungsgericht des Kantons Solothurn mit, dass er die Verfügung vom 19. Januar 2018 als mitangefochten betrachte; zur Begründung verweise er auf die Beschwerde vom 4. September 2017. Er beantrage, das Verfahren sei zu vereinigen (A.S. 42). 5.4 Mittels Verfügung vom 26. Februar 2018 vereinigt der Instruktionsrichter die (sinngemässe) Beschwerde vom

## **E. 8**

8.1 Die Beschwerdegegnerin stützt sich bei ihrer Verfügung vom 4. Juli 2017 auf das polydisziplinäre Gutachten der Gutachterstelle K.\_\_\_\_ vom 14. Dezember 2015 (IV-Nr. 88.1); dieses beruht auf den vollständigen Vorakten und persönlichen Untersuchungen des Beschwerdeführers vom 11., 18., 19. und 21. August 2015 durch die Gutachter. Gestützt auf die anlässlich der Explorationen gewonnenen Erkenntnisse und in ausführlicher Auseinandersetzung mit den übrigen relevanten medizinischen Unterlagen, namentlich der jeweiligen Stellungnahme zu früheren Einschätzungen, sind die Gutachter zu schlüssigen Ergebnissen gelangt, die sie in einer nachvollziehbaren Weise hergeleitet und begründet haben. Die Gutachter haben die Angaben des Beschwerdeführers wiedergegeben und in die Beurteilung einbezogen. Die Abweichungen von den früheren Stellungnahmen bzw. Beurteilungen werden eingehend begründet. Das Gutachten ist in sich stimmig und enthält keine inneren Widersprüche. Es deckt sämtliche in den Vorakten thematisierten Aspekte, die für die polydisziplinäre Beurteilung relevant sein können, ab. Das Gutachten wird damit den allgemeinen Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Stellungnahme (E. II. 4.1 hiavor) gerecht.

8.2 Zu prüfen bleibt, ob das K.\_\_\_\_-Gutachten auch inhaltlich als beweiskräftig gelten kann. Der Beschwerdeführer lässt dagegen verschiedene Einwände vorbringen.

8.2.1 Der Beschwerdeführer macht geltend, sein Gesundheitszustand habe sich nicht verbessert, im Gegenteil. Seine medizinische Situation werde durch die K.\_\_\_\_-Institution anders beurteilt, was nicht reiche, um die Rente aufzuheben. Auf jeden Fall seien in der Zwischenzeit die Herzbeschwerden dazugekommen (A.S. 13). Die Beschwerdegegnerin habe eine Neubeurteilung des gleichen Sachverhalts vorgenommen, was nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts unzulässig sei. Es lägen hier weder Revisions- noch Wiedererwägungsgründe vor (A.S. 54).

8.2.2 Zu den Ausführungen in der Beschwerde hat sich die Beschwerdegegnerin nicht geäußert, sondern am 26. Oktober 2017 mitgeteilt, mit Blick auf den angefochtenen Entscheid sowie die IV-Akten auf Bemerkungen zu verzichten (A.S. 31). Wenn die Beschwerdegegnerin am 28. Juni 2018 ausführt, der Beschwerdeführer hätte die in der Eingabe vom 1. Juni 2018 gegen die Verfügung vom 4. Juli 2017 angeführten Argumente in der Beschwerdeschrift vorbringen sollen (A.S. 57), geht sie fehl. Vielmehr steht dem Beschwerdeführer offen, im laufenden Beschwerdeverfahren bis zum Schluss des Beweisverfahrens bzw. zur Urteilsfällung im Zusammenhang mit dem Streitgegenstand stehende neue tatsächliche Behauptungen anzustellen und neue Beweismittel zu den Akten zu geben.

## **E. 8.3**

8.3.1 Was die durch den Beschwerdeführer geltend gemachten, nach dem Rentenentscheid vom 17. Juli 2007 aufgetretenen Herzbeschwerden anbelangt, lässt sich den Akten Folgendes entnehmen: Nach den Feststellung der K.\_\_\_\_-Gutachter seien vor dem Herzinfarkt im Juni 2014 keine aktenkundigen kardialen Beschwerden dokumentiert worden. Noch im Juli 2013 hätten sich bei einer Kontrolle (Dr. med. T.\_\_\_\_, Kardiologe, [...]) normale kardiale Befunde ergeben (IV-Nr. 88.1, S. 22). Auch Dr. med. U.\_\_\_\_ fand gemäss Bericht vom 27. Oktober 2014 keine Hinweise auf eine kardiale Problematik (UIV-Nr. 88.2, S. 6). Dr. med. X.\_\_\_\_ diagnostizierte in ihrem Bericht vom 23. Juni 2015 an die Hausärztin des Beschwerdeführers zwar eine koronare Herzerkrankung und führte dabei



die im Rahmen einer Koronarangiographie vom 16. Juni 2014 festgestellte signifikante proximale RIVA-Stenose an, bei der durch eine PCI (Perkutane koronare Intervention) ein Stent (Gefässstütze) eingesetzt worden sei. Der Patient habe sich zur jährlichen Kontrolle nach Stenting des proximalen RIVA am 16. Juni 2014 vorgestellt. Er sei jedoch aktuell aus kardialer Sicht beschwerdefrei; insbesondere habe er pektanginöse Beschwerden, Dyspnoe, Schwindel, Palpitationen und Synkopen verneint. Die Myalgien seien nach dem Stopp des Statins im September 2014 rasch regredient gewesen (IV-Nr. 88.2, S. 24 f.). Auch Dr. med. Z.\_\_\_\_ attestierte in seinen Berichten vom 3. Dezember 2015 und 6. Dezember 2016 einen unauffälligen Befund. Es fänden sich weder Hinweise für eine Koronarinsuffizienz noch bestehe eine prognostisch relevante Karotis-Atheromatose (IV-Nr. 116, S. 10; 118, S. 5). Schliesslich führte der K.\_\_\_\_-Gutachter Dr. med. L.\_\_\_\_ im internistischen Teilgutachten an, auffallend sei allenfalls die vom Versicherten beim Abschlussgespräch nach kardiologischer Rehabilitation dem Kardiologen angegebene ausgeprägte Schmerzsymptomatik hinsichtlich seiner Gelenksbeschwerden, Druckgefühl im Bereich der Leber, Kopfschmerzen etc. Kardial sei der Versicherte völlig beschwerdefrei gewesen (IV-Nr. 88.1, S. 20); dass sich daran seit Dezember 2016 (vgl. IV-Nr. 116, S. 9) etwas geändert hätte, lässt sich derzeitiger medizinischer Aktenlage nicht bejahen. Die RAD-Ärztin spricht sogar von einer leichten Verbesserung in kardiologischer Hinsicht (IV-Nr. 123, S. 5).

8.3.2 Konkrete Einwände gegen die medizinischen Abklärungen der K.\_\_\_\_-Gutachter hat der Beschwerdeführer nicht vorbringen lassen. Folglich ist auf ihre Diagnosen und die interdisziplinäre Beurteilung abzustellen, wonach in den Fachgebieten Innere Medizin, Psychiatrie und Orthopädie, mit Ausnahme einer dreimonatigen Pause von Juni ■ Oktober 2014 während des Herzinfarkts, seit 2005 keine Diagnosen mit Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit gestellt werden könnten. Aus neurochirurgischer Sicht bestehe wegen eines panvertebralen Syndroms, bei jedoch vollschichtiger Präsenz, auch dies retrospektiv, lediglich ein vermehrter Pausenbedarf in der angestammten Tätigkeit im Rahmen von 10 ■ 20 %. In allen Fachgebieten seien Befundinkonsistenzen im Sinne der Aggravation beobachtet worden, was auch die Diskrepanz zwischen dem subjektiv deutlich niedriger empfundenen Leistungsvermögen und der aktuellen versicherungsmedizinischen Bewertung erkläre (vgl. E. II 7.4 hiavor; IV-Nr. 88.1, S. 21 ff.). Dieser Beurteilung hat sich die RAD-Ärztin Dr. med. I.\_\_\_\_ angeschlossen (IV-Nr. 123, S. 2 ff.).

Was die von der Beurteilung der K.\_\_\_\_-Gutachter abweichenden Berichte der Hausärztin Dr. med. G.\_\_\_\_ ■ insbesondere bezüglich Arbeitsfähigkeit ■ anbelangt, ist festzuhalten, dass einerseits weder die Innere Medizin, die Orthopädie, die Psychiatrie noch die Neurochirurgie zu ihren Fachgebieten gehören, ist sie doch praktische Ärztin; zudem gibt sie in ihren Berichten weitgehend die durch den seit 2008 in ihrer Behandlung stehenden Beschwerdeführer angegebenen Beschwerden sowie die durch andere Ärzte gestellten Diagnosen wieder (vgl. IV-Nr. 60, 75, 116). Ihr Bericht vom 25. Februar 2016, worin sie zum K.\_\_\_\_-Gutachten Stellung nimmt, widerspiegelt im Übrigen den medizinischen Sachverhalt nicht lückenlos und lässt fundierte Abklärungen und Beurteilungen von Fachärzten (wie z.B. auf dem Gebiet der Gastroenterologie etc.) ausser Acht (vgl. E. II 7.5 ff. hiavor). Andererseits gilt es zu berücksichtigen, dass das Gericht in Bezug auf Atteste von Hausärzten der Erfahrungstatsache Rechnung tragen darf und soll, wonach Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher

zugunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 353 E. 3b cc, 122 V 160 E. 1c); dies gilt nicht nur für den allgemein praktizierenden Hausarzt, sondern ebenso ■ wie im vorliegenden Fall bezüglich pract. med. E.\_\_\_\_ und F.\_\_\_\_, die im Übrigen auch nicht ihr Fachgebiet betreffende Diagnosen gestellt haben (vgl. IV-Nr. 72) ■ für die behandelnden Spezialärzte (Urteil des Eidg. Versicherungsgerichts I 655/05 vom 20. März 2006 E. 5.4 mit Hinweisen).

8.3.3 Folglich vermögen die Berichte der Hausärztin wie auch der behandelnden Spezialärzte die Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der Ergebnisse des Administrativgutachtens nicht in Frage zu stellen. Weitere medizinische Abklärungen sind, entgegen des Antrags des Beschwerdeführers, nicht erforderlich, da eine taugliche Beurteilungsgrundlage vorliegt.

9. Nach dem Gesagten ist dem Gutachten der Begutachtungsstelle K.\_\_\_\_ vom 14. Dezember 2015 grundsätzlich volle Beweiskraft beizumessen. Es bleibt zu prüfen, ob damit eine erhebliche Veränderung des medizinischen Sachverhalts, wie sie für eine Rentenrevision gemäss Art. 17 Abs. 1 ATSG vorausgesetzt wird (E. II. 3.1 hiervor), ausgewiesen ist oder ob die unterschiedliche Einschätzung der Arbeitsfähigkeit (50 % in einer angepassten Tätigkeit gemäss den Gutachten von Dres. B.\_\_\_\_ und C.\_\_\_\_ vom 1. bzw. 8. Juni 2006 [IV-Nr. 22 f.]; 80 ■ 90 % in der bisherigen, 100 % in einer angepassten Tätigkeit gemäss dem Gutachten der Begutachtungsstelle K.\_\_\_\_ vom 14. Dezember 2015 [IV-Nr. 88.1, S. 22]) lediglich auf einer unterschiedlichen Beurteilung des im Wesentlichen unverändert gebliebenen Sachverhalts basiert.

9.1 Wie in den vorstehenden Erwägungen (vgl. E. II 6.1 f.) dargelegt, leiteten die beiden Gutachter Dres. B.\_\_\_\_ und C.\_\_\_\_ die im Jahr 2006 attestierte Reduktion der Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit aus den Hauptdiagnosen eines leicht bis höchstens mässig ausgeprägten rechtsbetonten Cervicalsyndroms sowie einer schweren anhaltenden somatoformen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.4) und einer leicht- bis eher mittelgradigen depressiven Episode (ICD-10 F32.01) ab; zudem führten die Gutachter den Verdacht auf selten auftretende Migräneanfälle mit Aura sowie «Migraine sans Mirgraine» und akzentuierte Persönlichkeitszüge, hauptsächlich vom ängstlich-depressiven, ausweichenden passiven Typ Z73.1, an (IV-Nr. 22 f.). Ausschlaggebend für die 50%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit waren die psychiatrischen Diagnosen. Dieser Beurteilung schloss sich die RAD-Ärztin Dr. med. D.\_\_\_\_ bekanntlich vorbehaltlos an (IV-Nr. 25).

9.2 Die Ärzte der Begutachtungsstelle K.\_\_\_\_ beantworteten in ihrem Gutachten vom 14. Dezember 2015 die Frage, ob sich der Gesundheitszustand (des Beschwerdeführers) seit der Rentenzusprache ab Dezember 2005 verändert habe, wie folgt: In den Fachgebieten Innere Medizin, Psychiatrie und Orthopädie bestünden seit 2005, mit Ausnahme einer dreimonatigen Pause von Juni ■ Oktober 2014 während des Herzinfarkts, keine Diagnosen mit Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit. Aus neurochirurgischer Sicht bestehe lediglich ein vermehrter Pausenbedarf in der angestammten Tätigkeit von 10 ■ 20 % wegen eines panvertebralen Syndroms, jedoch bei vollschichtiger Präsenz, auch dies retrospektiv. In allen Fachgebieten seien jedoch Befundinkonsistenzen im Sinne der Aggravation beobachtet worden, was auch die Diskrepanz zwischen dem subjektiv deutlich niedriger empfundenen Leistungsvermögen und der aktuellen versicherungsmedizinischen Bewertung erkläre. Die ehemals zur Berentung führenden Gesundheitsleiden müssten als weitgehend gebessert bewertet werden

(IV-Nr. 88.1, S. 23); dazu lässt sich den Teilgutachten Folgendes entnehmen: Der psychiatrische K.\_\_\_\_-Gutachter führte im psychiatrischen Teilgutachten als Kommentar zur Beurteilung von Dr. med. G.\_\_\_\_ vom 25. April 2014, wonach beim Versicherten eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode bestehe, aus, eine Verschlechterung lasse sich gegenwärtig weder aus aktueller psychiatrischer Sicht noch unter Berücksichtigung der früheren psychiatrischen Berichte plausibel herleiten; es lasse sich auch keine hinreichende symptomatische Begründung finden. Eine als quälend erlebte, körperlich nicht begründbare Schmerzsymptomatik, die zudem den Hauptfokus der Aufmerksamkeit bilde ■ wie es Voraussetzung für die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung nach ICD 10 wäre ■, habe aktuell nicht festgestellt werden können. Die einzig als auffällig festgestellte besondere Klagsamkeit und das hypochondrisch anmutende Verhalten des Versicherten rechtfertigten für sich alleine diese Diagnosestellung nicht. In der Folge stellte Dr. med. N.\_\_\_\_ keine psychiatrischen Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (IV-Nr. 88.1, S. 38), was im Vergleich zur psychiatrischen Diagnose von Dr. med. C.\_\_\_\_ vom 8. Juni 2006 (schwere anhaltende somatoforme Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren [ICD-10 F45.4], leichte bis eher mittelgradige depressive Episode [ICD-10 F32.01]; AK-Nr. 23, S. 14) isoliert betrachtet als eine Verbesserung erscheint und durch die RAD-Ärztin Dr. med. I.\_\_\_\_ bekanntlich als weitgehende Besserung qualifiziert wird (IV-Nr. 92, S. 3). Dr. med. C.\_\_\_\_ war in seinem Gutachten zum Schluss gekommen, dass im Rahmen der Schmerzproblematik und der affektiven Störung des Exploranden sowie der erheblichen psychosomatischen Überlagerung eine 50%ige Arbeitsfähigkeit zum heutigen Zeitpunkt gerechtfertigt sei (IV-Nr. 23, S. 16). Obwohl es bereits damals praxisgemäss Usanz war, dass die psychosomatischen Überlagerungen grundsätzlich invaliditätsfremd sind, unterblieb die Nachfrage bei Dr. med. C.\_\_\_\_, welchen Anteil die psychosomatischen Überlagerungen einnahmen. Wie die K.\_\_\_\_-Gutachter in ihrem Bericht zu Recht ausführten, haben die psychosozialen Aspekte, die zusätzlich zum Tragen kämen (IV-Nr. 88.1, S. 21), keinen die zumutbare Arbeitsfähigkeit beeinflussende Auswirkungen. Der gemischten Angststörung (F41.3) und der akzentuierten Persönlichkeit (Z73.1) mass der psychiatrische K.\_\_\_\_-Gutachter im Übrigen keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zu; letztere bildete bereits Bestandteil der Diagnoseliste von Dr. med. C.\_\_\_\_. Von entscheidender Bedeutung ist allerdings der Kommentar des psychiatrischen K.\_\_\_\_-Gutachters Dr. med. N.\_\_\_\_ in seinem Teilgutachten vom 19. August 2015 im Rahmen der fachspezifischen, versicherungsmedizinischen Aktendiskussion, wonach die psychischen Beschwerden des Versicherten auch retrospektiv eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit nicht rechtfertigten. Die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung erscheine auch retrospektiv nicht begründet (IV-Nr. 88.1, S. 37). Ferner hielt er am Schluss seines Gutachtens fest, retrospektiv sei davon auszugehen, dass auch in der Vergangenheit keine versicherungspsychiatrisch relevanten Störungen mit bedeutsamen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit bestanden hätten (IV-Nr. 88.1, S. 39). Diese Einschätzung fand dann Eingang in die interdisziplinäre Beurteilung über die retrospektive, versicherungspsychiatrische Beurteilung der Arbeitsfähigkeit (angestammte/Verweistätigkeit) der K.\_\_\_\_-Gutachter vom 14. Dezember 2015 (IV-Nr. 88.1, S. 22). Folglich gehen die K.\_\_\_\_-Ärzte nicht von einer Veränderung der gesundheitlichen Situation in psychiatrischer Hinsicht aus, lägen doch heute wie damals beim Beschwerdeführer keine relevanten psychiatrischen, die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigenden Beschwerden vor.

In orthopädischer Hinsicht attestierten die K.\_\_\_\_-Gutachter dem Beschwerdeführer zusammenfassend ein chronisches Schmerzsyndrom an HWS, LWS, beiden Händen und beiden OSG, jedoch ohne objektvierbares Substrat, und eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit in der bisherigen wie auch in einer anderen Tätigkeit (IV-Nr. 88.1, S. 19). Der neurochirurgische K.\_\_\_\_-Gutachter Dr. med. M.\_\_\_\_ diagnostizierte ■ wie bereits angeführt ■ ein die Arbeitsfähigkeit einschränkendes leichtes Cervicalsyndrom mit atypischen Ausstrahlungstendenzen ohne neurologische Ausfälle sowie ein leichtes, vom Versicherten stark überbewertetes lumbo-vertebrales Syndrom ohne neurologische Ausfallserscheinungen. Er attestierte dem Beschwerdeführer für die angestammte wie auch für eine angepasste Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 100 %, wenn auch mit einer 10 ■ 20%igen leistungsmässigen Einschränkung wegen eventuell notwendigen vermehrten Pausen (IV-Nr. 88.1, S. 42 f.). Ebenfalls Dr. med. B.\_\_\_\_ gelangte bekanntlich in seinem Gutachten vom 1. Juni 2006 zur Diagnose eines leicht bis höchstens mässig ausgeprägten, rechtsbetonten Cervicalsyndroms. Auch er sprach von einem organisch nicht erklärbaren, ausgeprägten und über den ganzen Körper ausgedehnten Beschwerdespektrum ■ während der Untersuchung habe sich eine massive Verdeutlichungstendenz gezeigt ■, was allenfalls Folge seelischer oder anderweitiger Faktoren sein könnte. Dr. med. B.\_\_\_\_ bescheinigte dem Beschwerdeführer zwar in einer schweren körperlichen Arbeit keine, jedoch in einer angepassten Tätigkeit ■ bspw. in jener, die er vor der Aufgabe seiner Arbeitstätigkeit ausgeübt habe ■ eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit. Die Beeinträchtigungen des Versicherten seien Folge seiner seelischen Störung. Nach einer Besprechung mit Dr. med. C.\_\_\_\_, der den Exploranden psychiatrisch evaluiert habe, erachteten sie, Dres. med. B.\_\_\_\_ und C.\_\_\_\_, ihn aus gesamtmedizinischer Sicht als zu 50 % arbeitsfähig (IV-Nr. 22, S. 7 ff.). Vor diesem Hintergrund ergibt sich, dass den Beschwerden in somatischer Hinsicht schon damals kein die Arbeitsfähigkeit beeinflussender Krankheitswert zukam. Folglich hat der in dieser Hinsicht unveränderte Gesundheitszustand keinen Einfluss auf die Frage einer allfälligen Verbesserung. Im Weiteren geht aus der interdisziplinären Beurteilung der K.\_\_\_\_-Ärzte hervor, dass retrospektiv aus neurochirurgischer Sicht die seit Jahren andauernde Arbeitsunfähigkeit bzw. die bestehende halbe Rente nicht nachvollzogen werden könne. Die degenerativen Veränderungen im Bereiche der Wirbelsäule bewegten sich im Rahmen des Alters entsprechend Üblichen und seien als rein bildgebende Diagnosen irrelevant bzw. aus neurochirurgischer Sicht kein Grund für eine Reduktion der Arbeitsfähigkeit (IV-Nr. 88.1, S. 19); daraus lässt sich keine erhebliche Veränderung ableiten. Auch in orthopädischer Hinsicht gelte die postulierte, volle Arbeitsfähigkeit durchwegs retrospektiv (IV-Nr. 88.1, S. 19).

9.3 Zusammenfassend ergibt sich, dass Dres. med. C.\_\_\_\_ und B.\_\_\_\_, auf deren Gutachten vom 1. bzw. 8. Juni 2006 (IV-Nr. 22 f.) die Zusage einer halben Rente mittels Verfügung vom 17. Juli 2007 basierte (IV-Nr. 46), eine Arbeitsunfähigkeit attestierten, die angesichts der Befunde, die die Gutachter selbst als gering bezeichneten, vergleichsweise hoch ausfiel. Diese hohe Arbeitsunfähigkeit basierte aber nicht auf einem erkennbaren groben Fehler oder auf einem Versehen, sondern bewegte sich im Rahmen der gutachterlichen Ermessenshandhabung, die die Organe der Rechtsanwendung zu respektieren haben, solange die Gutachter ■ wie hier ■ lege artis vorgegangen sind (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_200/2018 vom 7. August 2018 E. 6.3 mit Hinweisen). Es kann nicht von einer Beurteilung gesprochen werden, die nach damaliger Sach- und Rechtslage in keiner Weise vertretbar gewesen wäre. Deshalb liegt auch keine zweifellose Unrichtigkeit vor, die zur Folge hätte, dass die angefochtene Verfügung mittels einer

substituierten Begründung (Wiedererwägung nach Art. 53 Abs. 2 ATSG) zu bestätigen wäre (vgl. BGE 125 V 368 E. 2 S. 369). Zweifellos unrichtig ist die Verfügung im Übrigen auch, wenn ihr ein unhaltbarer Sachverhalt zugrunde gelegt wurde, insbesondere, wenn eine klare Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes zu einem unvollständigen Sachverhalt führte (vgl. Art. 43 Abs. 1 ATSG; Urteil 8C\_780/2016 vom 24. März 2017 E. 4.1 mit Hinweis). Anders verhält es sich, wenn der Wiedererwägungsgrund im Bereich materieller Anspruchsvoraussetzungen liegt, deren Beurteilung notwendigerweise Ermessenszüge aufweist. Erscheint die Beurteilung einzelner Schritte bei der Feststellung solcher Anspruchsvoraussetzungen (Invaliditätsbemessung, Arbeitsunfähigkeitsschätzung, Beweiswürdigung, Zumutbarkeitsfragen) vor dem Hintergrund der Sach- und Rechtslage, wie sie sich im Zeitpunkt der rechtskräftigen Leistungszusprechung darboten, als vertretbar, scheidet die Annahme zweifelloser Unrichtigkeit aus (SVR 2017 IV Nr. 4 5. 7, 9C\_770/2015 E. 2.1 mit Hinweisen). Ansonsten würde die Wiedererwägung zum Instrument einer voraussetzungslosen Neuprüfung, was sich nicht mit dem Wesen der Rechtsbeständigkeit formell zugesprochener Dauerleistungen vertrüge (SVR 2012 IV Nr. 18 5. 81, 9C\_41 8/2010 E. 3.2; vgl. auch Urteil 8C\_336/201 7 vom 11. Oktober 2017 E. 3.3 mit Hinweisen). Die nunmehrige Einschätzung durch die Begutachtungsstelle K.\_\_\_\_ beruht auf einer umfassenden und überzeugenden Abklärung, liefert aber keine klaren Hinweise auf eine erhebliche Veränderung: Weder der neurochirurgische, der orthopädische noch der psychiatrische Teilgutachter benennen eine konkrete Veränderung. Indes ist insofern eine Verschlechterung eingetreten, als dass in der angestammten Tätigkeit ■ wenn auch im Rahmen eines ganztägigen Rendements ■ in neurochirurgischer Hinsicht wegen vermehrtem Pausenbedarf von einer Leistungsbusse von 10 ■ 20 % die Rede ist (IV-Nr. 88.1, S. 19); dies ist zwar laut dem K.\_\_\_\_-Gutachten, das auch insoweit zu überzeugen vermag, nicht geeignet, eine relevante Verschlechterung der Arbeitsfähigkeit zu begründen. Dieser Umstand bildet aber einen zusätzlichen Faktor, der gegen die Annahme einer erheblichen Verbesserung spricht (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_91/2018 vom 7. Juni 2018 E. 4.2.2). Auch vor diesem Hintergrund kann nicht gesagt werden, das funktionelle Leistungsvermögen des Beschwerdeführers habe sich gegenüber der Situation im Zeitpunkt der Rentenzusprache erheblich verbessert.

9.4 Wie sich aus den vorstehenden Erwägungen ergibt, ist eine erhebliche Veränderung des Gesundheitszustands oder der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers nicht ausgewiesen. Damit fehlt es an einem Revisionsgrund, und es bleibt beim bisherigen Rechtszustand (E. II. 4.3 hiervor am Ende). Es lässt sich auch keine Wiedererwägung begründen, womit im Übrigen das Einräumen der Möglichkeit zur Stellungnahmen im Rahmen des rechtlichen Gehörs unterbleiben kann (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_54/2018 vom 4. Mai 2018 E. 4.4.2 m.H.a. Urteile 9C\_309/2017 vom 13. Juli 2017 E. 3.3.2 und 9C\_766/2016 vom 3. April 2017 E. 3.2 mit Hinweis). Der Beschwerdeführer hat somit auch über 1. September 2017 hinaus Anspruch auf eine halbe IV-Rente. Die Beschwerde ist folglich gutzuheissen, und die angefochtenen Verfügungen sind aufzuheben.

## **E. 9**

Februar 2018 gegen die Rückforderungsverfügung der Beschwerdegegnerin antragsgemäss mit der Beschwerde vom 4. September 2017 im vorliegenden Verfahren (A.S. 43). 5.5 Am 30. April 2018 beantragt die Beschwerdegegnerin, die Beschwerde (vom 9. Februar 2018) sei abzuweisen. Allenfalls sei der Ausgleichskasse des Kantons Solothurn eine Frist

zur Stellungnahme resp. zur Einreichung von Unterlagen zu setzen (A.S. 47). 6. Der Vertreter des Beschwerdeführers erstattet am 1. Juni 2018 eine Replik (A.S. 53 ff.), wozu sich die Beschwerdegegnerin am 28. Juni 2018 äussert (A.S. 57); letzteren Ausführungen widerspricht der Vertreter des Beschwerdeführers am 3. Juli 2018 (A.S. 59). 7. Am 4. Juli 2018 reicht der Vertreter des Beschwerdeführers seine Honorarnote für den Zeitraum vom 6. Juli 2017 bis 4. Juli 2018 ein (A.S. 60 ff.). Auf die Ausführungen in den Rechtsschriften der Parteien wird, soweit erforderlich, in den folgenden Erwägungen eingegangen. Im Übrigen wird auf die Akten verwiesen. II. 1. 1.1 Die Beschwerden sind rechtzeitig erhoben worden und erfüllen die formellen Voraussetzungen. Das angerufene Gericht ist sachlich, örtlich und funktionell zuständig. Auf die Beschwerden ist somit einzutreten. 1.2 Das Sozialversicherungsgericht beurteilt die Gesetzmässigkeit der angefochtenen Verfügung in der Regel nach dem Sachverhalt, der zur Zeit seines Erlasses gegeben war. Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 130 V 140 E. 2.1, 121 V 366 E. 1b mit Hinweis). Im vorliegenden Fall datiert die angefochtene, rentenaufhebende Verfügung vom 4. Juli 2017, die den rechtsrelevanten Zeitpunkt definiert. 1.3 In zeitlicher Hinsicht sind – vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen – grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestands Geltung haben (BGE 132 V 215 E. 3.1.1 S. 220, 131 V 9 E. 1 S. 11 und 107 E. 1 S. 109, 127 V 466 E. 1 S. 467). Weil ferner das Sozialversicherungsgericht bei der Beurteilung eines Falls grundsätzlich auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügung eingetretenen Sachverhalt – hier 4. Juli 2017 – abstellt (BGE 121 V 362 E. 1b S. 366), sind im vorliegenden Fall für die Prüfung eines allfälligen weitergehenden Rentenanspruchs im Rahmen der im Januar 2014 von Amtes wegen eingeleiteten Revision die ab 1. Januar 2014 geltenden materiell-rechtlichen Bestimmungen anwendbar. 1.4 Der Vertreter des Beschwerdeführers hat die Verfügung vom 4. Juli 2017 (IV-Nr. 124) am 6. Juli 2017 entgegengenommen (A.S. 12). Die darin vorgesehene Aufhebung der laufenden halben Rente erfolgt also gemäss dem Dispositiv der Verfügung per 31. August 2017. Strittig und zu prüfen ist in einem ersten Schritt, ob der Beschwerdeführerin über dieses Datum hinaus Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung hat. Im Anschluss daran ist zu verifizieren, wie es sich mit Rechtmässigkeit der Rückforderungsverfügung vom 19. Januar 2018 (IV-Nr. 132) verhält. 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 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 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). 3.

3.1 Ändert sich der Invaliditätsgrad eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen seit Zusprechung der Rente, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Anspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes revidierbar. Weiter sind, auch bei an sich gleich gebliebenem Gesundheitszustand, veränderte Auswirkungen auf den Erwerbs- oder Aufgabenbereich von Bedeutung; dazu gehört die Verbesserung der Arbeitsfähigkeit aufgrund einer Angewöhnung oder Anpassung an die Behinderung. Hingegen ist die lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts im revisionsrechtlichen Kontext unbeachtlich (BGE 141 V 9 E. 2.3 S. 10 f. mit 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. Ein unveränderter Gesundheitszustand bzw. die bloss auf einer anderen Wertung beruhende medizinische oder rechtliche Einschätzung von im Wesentlichen unveränderten tatsächlichen Verhältnissen führt nicht zu einer materiellen Revision (Urteil des Bundesgerichts 9C\_418/2010 vom 29. August 2011 E. 4.1; BGE 115 V 308 E. 4a/bb S. 313).

3.2 Ist im vorstehend umschriebenen Sinn ein Revisionsgrund gegeben, ist der Invaliditätsgrad auf der Grundlage eines richtig und vollständig festgestellten Sachverhalts neu und ohne Bindung an frühere Invaliditätsschätzungen zu ermitteln (BGE 141 V 9 E. 2.3 S. 10 f.). Wenn eine anspruchserhebliche Änderung des Sachverhalts nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt ist, bleibt es dagegen nach dem Grundsatz der materiellen Beweislast beim bisherigen Rechtszustand (Urteil des Bundesgerichts 9C\_478/2012 vom 14. Dezember 2012 E. 2).

3.3 Zeitliche Vergleichsbasis für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades bildet die letzte rechtskräftige Verfügung, die auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Invaliditätsbemessung beruht (BGE 133 V 108; vgl. auch BGE 130 V 71 E. 3.2.3 S. 75 ff.).

3.4 Die Herabsetzung oder Aufhebung der Renten, der Hilflosenentschädigungen und der Assistenzbeiträge erfolgt frühestens vom ersten Tag des zweiten der Zustellung der Verfügung folgenden Monats an (Art. 88 bis Abs. 2 lit. a IVV).

## **E. 10**

10.1 Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat der Beschwerdeführer Anspruch auf eine Parteientschädigung, die durch die Beschwerdegegnerin zu bezahlen ist (Art. 61 lit. g ATSG).

10.2 Der Vertreter des Beschwerdeführers hat am 7. Februar 2018 eine Honorarnote für die Zeit vom 1. November 2016 bis 7. Februar 2018 über CHF 2'411.20 (A.S. 40 f.) und am 4. Juli 2018 eine solche für den Zeitraum vom 6. Juli 2017 bis 4. Juli 2018 über CHF 3'544.00 (A.S. ff.) eingereicht. Der geltend gemachte Aufwand enthält einerseits vor Erlass

der angefochtenen Verfügungen (4. Juli 2017, 19. Januar 2018) entstandenen Aufwand (rund eine Stunde) sowie doppelt verrechneten Positionen (6. Juli 2017 ■ 2. Februar 2018) und andererseits auch Kanzleiarbeit, die im Stundenansatz eines Anwalts inbegriffen und daher nicht separat zu entschädigen ist. Vorliegend entfallen auf Positionen, die als Kanzleiaufwand (Telefonate etc.) oder prozessfremder Aufwand (Bericht von Dr. G.\_\_\_\_, [...], Sozialdienst etc.) zu qualifizieren sind, insgesamt 3 ¼ Stunden. Somit verbleibt ein Aufwand von rund 10 Stunden, der zum Stundenansatz von CHF 220.00 zu entschädigen ist; dazu kommen ■ wie in der Honorarnote angeführt ■ Barauslagen von 4 %. Folglich ist die durch die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin zu bezahlende Parteientschädigung auf CHF 2■468.00 festzusetzen (6 Std, zu CHF 220.00, zzgl. Auslagen CHF 52.80 und 8 % MwSt sowie 4 Std. zu CHF 220.00, zzgl. Auslagen CHF 35.20 und 7,7 % MwSt).

11. 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. Nach dem Ausgang des Verfahrens hat die Beschwerdegegnerin die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen. Dem Beschwerdeführer ist der geleistete Kostenvorschuss von CHF 600.00 zurückzuerstatten.

Demnach wird erkannt:

3. Die Beschwerdegegnerin hat die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen. Dem Beschwerdeführer wird der geleistete Kostenvorschuss von CHF 600.00 zurückerstattet.

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

Häfliger

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