

SO_GERICHTE VSBES.2017.251 vom 6. August 2018

SO Obergericht, 2018-08-06, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2017.251_d20180806

FR: SO_GERICHTE VSBES.2017.251 du 6 août 2018

IT: SO_GERICHTE VSBES.2017.251 del 6 agosto 2018

Regeste

Invalidenrente und berufliche Massnahmen

Erwägungen

E. 1

1.1 Der 1955 geborene A.____ (im Folgenden: Beschwerdeführer) arbeitete ab September 1996 als Kellner und zuletzt seit dem 14. März 2000 als «Mitarbeiter Wafer-Fabrikation» bei der B.____, [...] (IV-St. Beleg Nr. [IV-Nr.] 7 und 12). Ab dem 30. Oktober 2001 wurde er von seinem Hausarzt, Dr. med. C.____, Spezialarzt für Innere Medizin FMH, wegen Rückenbeschwerden und einer Depression zu 100 % arbeitsunfähig geschrieben (IV-Nr. 6). Am 1. Juli 2002 meldete er sich bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (IV-Nr. 2). Vom 15. August bis 5. September 2002 hielt er sich wegen eines chronifizierten panvertebralen Syndroms, arterieller Hypertonie sowie einer rezidivierenden Otitis media perforata links (Mittelohrentzündung) in der Klinik D.____ auf. Die IV-Stelle des Kantons Solothurn (im Folgenden: Beschwerdegegnerin) veranlasste in der Folge eine polydisziplinäre (internistische, orthopädische und psychiatrische) Begutachtung im E.____, welche am 17. Juni 2003 erfolgte (Gutachten vom 11. September 2003; IV-Nr. 30 S. 2 ff.). Daraufhin lehnte sie den Anspruch des Beschwerdeführers auf berufliche Massnahmen sowie eine Invalidenrente mit Verfügung vom 26. November 2003 ab (IV-Nr. 31). Die dagegen erhobene Einsprache wurde mit Einspracheentscheid vom 8. März 2005 aufgrund eines ermittelten Invaliditätsgrades von 27 % abgewiesen (IV-Nr. 46). Die dagegen erhobene Beschwerde hiess das Versicherungsgericht des Kantons Solothurn (im Folgenden: Versicherungsgericht) mit rechtskräftigem Urteil vom 12. Mai 2006 in dem Sinne gut, dass der Einspracheentscheid vom 8. März 2005 aufgehoben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen wurden, damit diese im Sinne der Erwägungen verfare und hierauf neu über den Rentenanspruch des Beschwerdeführers verfüge (VSBES.2005.143; IV-Nr. 52 S. 2 ff.).

1.2 Die Beschwerdegegnerin veranlasste in der Folge eine neuropsychologische und versicherungspsychiatrische Begutachtung beim F.____, [...], welche am 17. September 2007 erfolgte (Gutachten vom 17. März 2008; IV-Nr. 63.2, 63.3 und 63.4). Die Beschwerdegegnerin lehnte daraufhin den Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente mit Verfügung vom 29. Januar 2009 erneut ab (IV-Nr. 83). Die dagegen erhobene Beschwerde wies das Versicherungsgericht mit rechtskräftigem Urteil vom 16. August 2010 ab (; IV-Nr. 102 S. 2 ff.).

1.3 Vom 24. August bis 23. September 2010 war der Beschwerdeführer in der Klinik G.____ auf der psychosomatischen Abteilung hospitalisiert (IV-Nr. 107 S. 6 ff.). Danach hielt er sich vom 24. September bis 8. Oktober 2010 zur Einstellung der Hypertonie im

Spital [...] auf (IV-Nr. 107 S. 1 ff.). Am 1. Dezember 2010 meldete sich der Beschwerdeführer bei der IV zum Bezug von beruflichen Massnahmen an (IV-Nr. 105). Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren lehnte die Beschwerdegegnerin den Anspruch des Beschwerdeführers auf berufliche Massnahmen mit rechtskräftiger Verfügung vom 17. Februar 2011 ab und wies darauf hin, bezüglich des Anspruchs auf eine Invalidenrente habe ihre Verfügung vom 29. Januar 2009 nach wie vor Gültigkeit (IV-Nr. 118).

1.4 Am 17. März 2011 meldete sich der Beschwerdeführer bei der IV zum Leistungsbezug neu an (IV-Nr. 121). Die Beschwerdegegnerin gewährte dem Beschwerdeführer ein Belastbarkeitstraining bei der [...] vom 23. Mai bis 20. August 2011 (Verfügung vom 17. Mai 2011; IV-Nr. 127). Daraufhin veranlasste sie eine polydisziplinäre (internistische, rheumatologische, neurologische und psychiatrische) Begutachtung bei der H.____, [...], welche im Oktober 2012 und Februar 2013 durchgeführt wurde (Gutachten vom 8. Mai 2013; IV-Nr. 170.1). Im Zeitraum von November 2011 bis Dezember 2015 hielt sich der Beschwerdeführer mehrmals wegen einer depressiven Symptomatik in der I.____ auf (IV-Nr. 146 S. 5 ff., 168 S. 2 f., 180, 183, 202 S. 2 ff., 222 S. 3 ff.). Vom 11. bis 16. April 2014 war er im J.____ und vom 18. bis 24. April 2014 im K.____ hospitalisiert (IV-Nr. 190 S. 2 ff., 192). Mit Vorbescheid vom 6. November 2014 stellte die Beschwerdegegnerin die Abweisung des Anspruchs auf berufliche Massnahmen sowie auf eine Invalidenrente in Aussicht (IV-Nr. 198). Infolge der mit BGE 141 V 281 geänderten Rechtsprechung des Bundesgerichts veranlasste sie eine interdisziplinäre (internistische, rheumatologische, kardiologische, neurologische und psychiatrische) Begutachtung in der L.____, [...] (im Folgenden: L.____), welche im März/April 2016 durchgeführt wurde (Gutachten vom 15. Juni 2016; IV-Nr. 226.1). Nach Rücksprache mit dem Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) und erneuter Durchführung des Vorbescheidverfahrens lehnte die IV-Stelle den Anspruch des Beschwerdeführers auf berufliche Massnahmen sowie eine Invalidenrente mit Verfügung vom 24. August 2017 erneut ab. Dies wurde im Wesentlichen damit begründet, auf das polydisziplinäre Gutachten der L.____ sowie auf die RAD-Stellungnahmen könne bezüglich der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit aus rechtlichen Gründen nicht abgestellt werden. Die aus psychiatrischer Sicht angegebene Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1), vermöge gemäss ständiger Rechtsprechung des Bundesgerichts keine Arbeitsunfähigkeit zu begründen. Aus somatischer Sicht bestehe weiterhin eine volle Arbeitsfähigkeit für körperlich leichte Tätigkeiten in Wechselhaltung ohne explizite Rückenbelastung mit der Möglichkeit des Hautschutzes. Von der im Gutachten festgestellten Arbeitsfähigkeit dürfe abgewichen werden, ohne dass dieses seinen Beweiswert verliere. Es könne nicht von einer Therapieresistenz ohne jegliche Optimierungsmöglichkeit ausgegangen werden. Es sei nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, dass der Beschwerdeführer seine Einstellung geändert habe und an einer aktiven Mitarbeit bei den durch die Therapeuten veranlassten Massnahmen interessiert sei (IV-Nr. 267).

E. 2

2.1 Als Invalidität im Sinne des Gesetzes gilt gemäss Art. 8 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1) die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit andauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Sie kann nach Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein. Anspruch auf eine Rente haben

gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. c).

Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades 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, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG).

E. 2.1

Als Invalidität im Sinne des Gesetzes gilt gemäss Art. 8 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1) die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit andauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Sie kann nach Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein. Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. c).

E. 2.2

Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht bei einem Invaliditätsgrad ab 40 % ein Anspruch auf eine Viertelsrente, ab 50 % auf eine halbe Rente, ab 60 % auf eine Dreiviertelsrente und ab 70 % auf eine ganze Rente. Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades 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, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG).

E. 3

4.1 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung auf Unterlagen angewiesen, die Arztpersonen und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung gestellt haben. Aufgabe des Arztes ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren bilden die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 196, 105 V 156 E. 1 S. 158 f.).

4.2 Der im Sozialversicherungsrecht massgebende Beweisgrad ist derjenige der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 117 V 194 f. E. 3.b). Weiter gilt für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsbeschwerdeverfahren der Grundsatz der freien

Beweiswürdigung (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352). Der Sozialversicherungsrichter hat alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf er bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum er auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten ■ d.h. der Anamnese ■ abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und in seinen Schlussfolgerungen begründet ist. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten resp. in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (a.a.O.; BGE 122 V 157 E. 1c S. 160).

4.3 Die Rechtsprechung erachtet es jedoch als mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (BGE 125 V 351 E. 3b S. 352). So ist einem im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten medizinischen Gutachten durch externe Spezialärzte, welches auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten erstellt wurde und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangt, in der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 2.2.2 S. 232, 125 V 351 E. 3b/bb S. 353). Andererseits ist der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Ärzte im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen mitunter eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b/cc S. 353).

4.4 In Revisions- und Neuanmeldungsfällen ist zusätzlich zu beachten, dass sich eine medizinische Beurteilung, welche von einer früheren ärztlichen Einschätzung abweicht, hinreichend darüber aussprechen muss, inwiefern eine effektive Veränderung des Gesundheitszustandes stattgefunden hat. Die Feststellung einer Veränderung erfolgt durch eine Gegenüberstellung eines vergangenen und des aktuellen Zustandes. Der Beweiswert eines zwecks Rentenrevision erstellten Gutachtens hängt also wesentlich davon ab, ob es sich ausreichend auf das Beweisthema der erheblichen Änderung des Sachverhalts bezieht. Einer für sich allein betrachtet vollständigen, nachvollziehbaren und schlüssigen medizinischen Stellungnahme, die im Hinblick auf eine erstmalige Beurteilung der Rentenberechtigung tauglich wäre, mangelt es daher in der Regel am rechtlich erforderlichen Beweiswert, wenn sie sich nicht hinreichend darüber ausspricht, inwiefern eine effektive Veränderung des Gesundheitszustandes eingetreten ist. Vorbehalten bleiben Sachlagen, in denen es evident ist, dass die gesundheitlichen Verhältnisse sich verändert haben (Urteil des Bundesgerichts 8C_38/2013 vom 2. September 2013 E. 4.4.3). Ist eine anspruchserhebliche Änderung des Sachverhalts nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, bleibt es nach dem Grundsatz der materiellen Beweislast beim bisherigen Rechtszustand (a.a.O. E. 2.4).

E. 3.1

Gemäss Art. 17 Abs. 1 ATSG (vgl. auch Art. 86 ter -88 bis der Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV, SR 831.201] sowie Art. 31 IVG) wird die Rente von Amtes

wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben, wenn sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich ändert. Anlass zur Revision einer Invalidenrente im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen (BGE 134 V 131 E. 3 S. 132 mit Hinweisen). Die Invalidenrente ist deshalb nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustands revidierbar, sondern auch dann, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben. Ein Revisionsgrund ist ferner unter Umständen auch dann gegeben, wenn eine andere Art der Bemessung der Invalidität zur Anwendung gelangt oder eine Wandlung des Aufgabenbereichs eingetreten ist (BGE 130 V 343 E. 3.5 S. 349 f. mit Hinweisen). Unerheblich unter revisionsrechtlichem Gesichtswinkel ist dagegen nach ständiger Rechtsprechung die unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Sachverhaltes (BGE 112 V 371 E. 2b S. 372; vgl. auch BGE 135 V 201 E. 5.2 S. 205). Eine bloss unterschiedliche Beurteilung (z.B. des Gesundheitsschadens durch den Arzt; der ärztlichen Stellungnahme zur Arbeitsunfähigkeit; der Erwerbsunfähigkeit durch Verwaltung oder Richter usw.) eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhaltes stellt keine revisionsbegründende Tatsachenänderung im Sinne von Art. 17 ATSG dar. 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; prozessentscheidend ist somit die Frage, ob sich der Gesundheitszustand im Vergleichszeitraum in rentenrelevantem Ausmass tatsächlich verschlechtert hat. Dieser Grundsatz gilt sinngemäss auch im vorliegenden Neuanmeldungsverfahren (Meyer/Reichmuth, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 3. Aufl., 2014, S. 433 f. Rz. 51 ff. mit Hinweisen).

3.2 Wird ein Gesuch um Revision eingereicht, ist darin glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität des Versicherten in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (Art. 87 Abs. 2). Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die Voraussetzungen nach Absatz 2 erfüllt sind (Art. 87 Abs. 3 IVV). Tritt der Versicherungsträger auf die Neuanmeldung ein, hat er – analog zu einem Revisionsfall nach Art. 17 ATSG – abzuklären, ob die glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist. Dies beurteilt sich durch Vergleich der Verhältnisse im Zeitpunkt der Neuanmeldung mit denjenigen bei Erlass der letzten, auf einer materiellen Prüfung des Anspruchs beruhenden Verfügung (BGE 130 V 71 E. 3.2.3 S. 75 ff.; vgl. auch BGE 133 V 108). Stellt der Versicherer fest, dass der Invaliditätsgrad keine Veränderung erfahren hat, so weist er das Gesuch ab. Andernfalls prüft er, ob die festgestellte Veränderung genügt, um eine anspruchsbegründende Invalidität zu bejahen, und entscheidet anschliessend über den Anspruch (Urteil des Bundesgerichts 8C_282/2012 vom 11. Mai 2012 E. 2). Analog zur erstmaligen Anspruchsbeurteilung sind zudem allfällige anspruchswirksame Veränderungen bis zum Verfügungserlass zu berücksichtigen (vgl. BGE 129 V 222).

3.3 Im vorliegenden Fall ist zu prüfen, ob nach einem Vergleich des medizinischen Sachverhalts im Zeitpunkt der rechtskräftigen Verfügung vom 29. Januar 2009 mit demjenigen im Zeitpunkt der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 24. August 2017 eine anspruchswirksame Veränderung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers ausgewiesen ist. Das im Dezember 2010 vom Beschwerdeführer bezüglich beruflicher Eingliederungsmassnahmen eingeleitete Neuanmeldungsverfahren

(IV-Nr. 105), welches mit rechtskräftiger Verfügung vom 17. Februar 2011 abgeschlossen wurde (IV-Nr. 118), fällt mangels materieller Prüfung des Rentenanspruchs als Vergleichszeitpunkt ausser Betracht.

E. 4

4.1 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung auf Unterlagen angewiesen, die Arztpersonen und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung gestellt haben. Aufgabe des Arztes ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren bilden die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 196, 105 V 156 E. 1 S. 158 f.).

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

4.3 Die Rechtsprechung erachtet es jedoch als mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (BGE 125 V 351 E. 3b S. 352). So ist einem im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten medizinischen Gutachten durch externe Spezialärzte, welches auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten erstellt wurde und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangt, in der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 2.2.2 S. 232, 125 V 351 E. 3b/bb S. 353). Andererseits ist der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Ärzte im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen mitunter eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b/cc S. 353).

4.4 In Revisions- und Neuanmeldungsfällen ist zusätzlich zu beachten, dass sich eine medizinische Beurteilung, welche von einer früheren ärztlichen Einschätzung abweicht, hinreichend darüber aussprechen muss, inwiefern eine effektive Veränderung des Gesundheitszustandes stattgefunden hat. Die Feststellung einer Veränderung erfolgt durch eine Gegenüberstellung eines vergangenen und des aktuellen Zustandes. Der Beweiswert eines zwecks Rentenrevision erstellten Gutachtens hängt also wesentlich davon ab, ob es sich ausreichend auf das Beweisthema der erheblichen Änderung des Sachverhalts bezieht. Einer für sich allein betrachtet vollständigen,

nachvollziehbaren und schlüssigen medizinischen Stellungnahme, die im Hinblick auf eine erstmalige Beurteilung der Rentenberechtigung tauglich wäre, mangelt es daher in der Regel am rechtlich erforderlichen Beweiswert, wenn sie sich nicht hinreichend darüber ausspricht, inwiefern eine effektive Veränderung des Gesundheitszustandes eingetreten ist. Vorbehalten bleiben Sachlagen, in denen es evident ist, dass die gesundheitlichen Verhältnisse sich verändert haben (Urteil des Bundesgerichts 8C_38/2013 vom 2. September 2013 E. 4.4.3). Ist eine anspruchserhebliche Änderung des Sachverhalts nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, bleibt es nach dem Grundsatz der materiellen Beweislast beim bisherigen Rechtszustand (a.a.O. E. 2.4).

E. 5

Zunächst ist der medizinische Sachverhalt darzulegen, wie er der Verfügung vom 29. Januar 2009 (IV-Nr. 83) zu Grunde lag: 5.1 Dem interdisziplinären F.____ vom 17. März 2008 kann entnommen werden, dass der Beschwerdeführer dort am 17. September 2007 von Dr. med. M.____ psychiatrisch und am 2. Oktober 2007 von Dipl. Psych. N.____ neuropsychologisch untersucht wurde. Eine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit konnte nicht gestellt werden; es wurde angegeben, es bestehe keine krankheitswertige psychische Störung. Unter dem Titel «Beurteilung und Prognose» wurde aus psychiatrischer Sicht im Wesentlichen angegeben, aus der Zusammenschau der Unterlagen liessen sich die Vorgeschichte und der Werdegang des Exploranden gut einschätzen. Es lasse sich aus sämtlichen Unterlagen ableiten, dass der Explorand bereits in früheren Jahren Rückenschmerzen erlitten habe und gleichwohl seiner Tätigkeit als Kellner über Jahre nachgegangen sei. Unter einer erneuten Exazerbation im Sinne von Lumboischialgien sei der Explorand dann seiner Arbeitstätigkeit nicht mehr nachgegangen. Der Explorand habe nachvollziehbare Sorgen um die Zukunft gehabt, Ängste, keinerlei Leistungen zu beziehen und eventuell weiterhin unter anhaltenden Beschwerden körperlicher Art aufgrund der verschleissbedingten Veränderungen der Wirbelsäule zu leiden. Als offensichtlich geworden sei, dass er eine körperlich angepasste, leichte Tätigkeit weiterhin ausüben könnte, habe der Prozess der Psychiatrisierung begonnen. Es seien im Verlauf verschiedene Diagnosen gestellt worden, wobei durchgehend eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung diagnostiziert worden sei; vereinzelt seien auch andere Diagnosen wie Persönlichkeitsstörung, depressive Episode und depressive Entwicklung erwähnt worden. Aus der Zusammenschau sämtlicher Unterlagen sowie der persönlichen aktuellen Untersuchung hätten sich dabei keine Hinweise auf eine gravierende eigenständige primär psychische Erkrankung ergeben. Bereits die erste Begutachtung im September 2003 habe das Verhalten des Exploranden in der Untersuchungssituation als auffällig beschrieben. Dem Verhalten des Exploranden, das aus ärztlicher Sicht durchaus nachvollziehbar sei, da krankheitsfremde Faktoren den Exploranden daran gehindert hätten, eine Tätigkeit wiederaufzunehmen, sei Krankheitswert beigemessen worden. Daneben sei eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung diagnostiziert worden. Diese Diagnosestellung sei nicht nachvollziehbar, da für eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung die mangelnde Erklärbarkeit durch körperliche Verursachung und aktuelle psychosoziale Belastungen nicht in Form einer Ausschlussdiagnose zu fordern seien, sondern die anhaltenden psychosozialen Belastungen bereits in früheren Jahren oder Jahrzehnten anhaltend ursächlich zum Auftreten von Schmerzen hätten führen müssen; bestimmte Persönlichkeitseigenschaften hätten auch für eine Neurose über das ganze Leben typisch sein sollen. Dies sei aus der Begutachtung des E.____ im Jahr 2003 nicht nachvollziehbar gewesen. Die aktuellen finanziellen Belastungen und die psychosozialen

Probleme, sich z.B. im Rechtsstreit mit Sozialversicherungen zu befinden, seien jedoch nicht als Ursache für eine eigenständige psychische Störung im Sinne einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung zu verstehen, sondern als Folgen der krankheitsfremden Faktoren. Tatsächlich sei in der psychiatrischen Begutachtung im Jahr 2003 eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit um etwa 10 bis 20 % beschrieben worden, d.h. der Explorand sei in der defizitorientierten Darstellungsweise in einer Art eingeschätzt worden, als könne er zu 80 bis 90 % einer körperlich angepassten Tätigkeit sehr wohl nachgehen. Diese Einschätzung kontrastiere zu denen der behandelnden Ärzte des O.____Spitals. Es sei darauf hinzuweisen, dass es sich bei der Behandlung im stationären Rahmen stets um therapeutische Sichtweisen gehandelt habe und zu keinem Zeitpunkt um eine Begutachtung. Daraus lasse sich auch der Unterschied in der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit ableiten. Die Beurteilung der behandelnden Ärzte der psychosomatischen Abteilung des O.____Spitals seien unter Einbezug sämtlicher aus versicherungsmedizinischer Sicht krankheitsfremder Faktoren davon ausgegangen, dass eine andauernde Arbeitsunfähigkeit vorliege. Es sei in ihren Ausführungen jedoch kein durchgehender Gesundheitsschaden benannt worden, der nachvollziehbar zur Diagnosestellung einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung oder einer mittelgradigen depressiven Episode geführt hätte. Hinsichtlich der Verlaufseinschätzung sei deutlich geworden, dass das selbstlimitierende Verhalten des Exploranden und der Wunsch, wegen der körperlichen Beschwerden das Leid deutlicher darzustellen, im Sinne einer Aggravation erfolgt sei. Es dürfe aus gutachterlicher versicherungspsychiatrischer Sicht festgestellt werden, dass die Kriterien z.B. für eine mittelgradige depressive Episode gemäss ICD-10 zu keinem Zeitpunkt fachärztlich psychiatrisch eingeschätzt worden seien. Die Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode sei nicht durch die Aneinanderreihung der vom Exploranden beklagten Beschwerden, die etwa mit «Depressionen» zu tun haben könnten, durchzuführen, sondern es handle sich um eine fachärztlich differenziert zu stellende Diagnose, bei welcher sämtliche Kriterien zu überprüfen und nicht nur die Angaben des Betroffenen, die häufig das positive Vorliegen von Symptomen suggerierten, zu berücksichtigen seien. Was der Explorand geschildert habe, seien die Aktivitäten des täglichen Lebens gewesen, wie sie von einem Frührentner, der sich mit seiner Situation arrangiert habe, täglich ausgeübt würden. Hier die Diagnose einer depressiven Episode zu stellen, bedeute eine Psychiatrisierung des Alltags. Somit ergäben sich aus den aktuellen Untersuchung keine Hinweise auf das Vorliegen einer eigenständigen primär psychischen Störung, sondern eindeutige Hinweise auf krankheitsfremde Faktoren, zu denen auch hinzugerechnet werden dürfe, dass der Explorand nach der Migration eine Kränkung erlebt habe: Er selbst habe in seinem Heimatland ein Hochschulstudium der Sprachwissenschaften abgeschlossen und über einige Jahre als Lehrer gearbeitet, dort auch gut situiert gelebt, dann sei er aus politischen und wirtschaftlichen Gründen migriert. In der Schweiz habe er Hilfstätigkeiten erledigt, indem er sich über viele Jahre als Kellner verdingt habe, zuletzt sei er als Fabrikarbeiter tätig gewesen. Eine derartige Kränkung, vom ursprünglichen Bildungsniveau nun abweichend einfache Tätigkeiten erledigen zu müssen, und dann noch nach jahrzehntelanger Erledigung unter körperlichen Schmerzen solche Tätigkeiten weiterzuführen, sei jedoch nicht Ausdruck einer primär psychischen Erkrankung, sondern vollumfänglich nachvollziehbar. Aus neuropsychologischer Sicht hielten die Gutachter fest, die vom Exploranden in der neuropsychologischen Untersuchung gezeigten Leistungen seien inkonsistent, widersprüchlich zu seinen sonstigen Fähigkeiten und teilweise aufgrund der instruktionswidrigen Verhaltensweisen nicht nachvollziehbar gewesen. Z.B. habe die

formale Prüfung der kognitiven Leistungsgeschwindigkeit nicht zuverlässig interpretierbare Ergebnisse erbracht, weil der Explorand die entsprechenden Aufgaben deutlich verlangsamt und instruktionswidrig bearbeitet habe. Im Gespräch jedoch habe er eine normal schnelle Aufnahme und Verarbeitung von Informationen sowie ein schnelles Sprechtempo gezeigt. Die Erklärungen zu den Aufgaben habe er überwiegend recht schnell verstanden. In jedem Fall habe sich in seinem Verhalten keine kognitive Verlangsamung beobachten lassen. Es sei nicht nachzuvollziehen, weshalb der Explorand bei einer einfachen Aufgabe, bei welcher es um das simple Verbinden von Zahlen gegangen sei, gescheitert sei. Die unterlaufenen Fehler seien nicht systematisch, sondern inkonsistent, sodass eine Unkenntnis oder schlechte Wahrnehmung der Zahlen ausgeschlossen werden müsse. Dass der Explorand eine schwierigere Aufgabe schneller habe erfassen und umsetzen können als eine einfache, sei nicht mit einem Defizit zu erklären, sondern mit seinem Versuch, ein defizitäres Bild von sich abzuliefern. Eine gewisse Aufmerksamkeitsleistung habe er erbringen können. Die Inkonsistenz bei der Angabe von Zahlen und Daten spreche eindeutig für ein defizitorientiertes Verhalten. Besonders auffällig und diskrepant zu der aufgrund seiner Vorgeschichte anzunehmenden Intelligenz seien die Ergebnisse des Subtests aus dem Hamburg-Wechsler Intelligenztest. Bei der Identifikation von einfachen Gegenständen im Bilderergänzen habe er eine nicht nachvollziehbare und mit seiner Schul- und Berufsbildung nicht zu vereinbarende Leistung erbracht (IQ von 55 hierbei erzielt, dabei absolvierte er ein Studium). In einem weiteren Intelligenztest habe er zwar einen besseren Wert (IQ von mehr als 76), dennoch könne auch dieser nicht als das tatsächliche Intelligenzniveau des Exploranden angenommen werden; dieses sei vielmehr im Durchschnittsbereich anzusiedeln. In spezifischen Testverfahren hätten sich eindeutige Hinweise auf Täuschungsverhaltensweisen ergeben. Zusammenfassend liessen sich die vorliegenden Diskrepanzen und Inkonsistenzen nicht mit Defiziten in bestimmten Funktionsbereichen erklären, sondern mit einer unangemessenen Leistungsmotivation sowie einem defizitorientierten Verhalten seitens des Exploranden. Die gegenwärtig ermittelten Befunde seien deutlich überlagert und das tatsächliche kognitive Leistungsniveau des Exploranden sei mit hoher Wahrscheinlichkeit zumindest im Normbereich anzusiedeln, eine angemessene Leistungsbereitschaft vorausgesetzt. Verschiedene Fähigkeiten des Exploranden zeigten sich aufgrund von Verhaltensbeobachtung, ähnlich den Aussagen in den Vorbefunden, unbeeinträchtigt, wie Orientierung, Wahrnehmung, Sprachverständnis, Sprechtempo, Konzentration zumindest für kurze Zeit, fokussierte Aufmerksamkeit und auch das Behalten von Informationen. Abschliessend wurde ausgeführt, interdisziplinär sei die Einschätzung des Vorliegens krankheitsfremder Faktoren durch die durchgeführte neuropsychologische Untersuchung gestützt worden, in welcher sich der Explorand ebenfalls defizitorientiert in einer sehr defizitären Art und Weise dargestellt habe, obwohl die Testergebnisse in krassem Widerspruch zur allgemeinen Funktionsfähigkeit gestanden seien. Er habe sich schlechter dargestellt als ein schwer hirngeschädigter Patient, obwohl er im Umgang und im Gespräch normal funktioniert und auf seine Beschwerden hingewiesen habe. Die defizitorientierte Darstellungsweise dürfe beim Exploranden in diesem Fall sogar mit Simulationsverhalten beschrieben werden. Somit leite sich kein eigenständiger psychischer Gesundheitsschaden ab, der andauernd die Arbeitsfähigkeit deutlich mindern würde. Der Widerspruch zu den Einschätzungen der Psychosomatik, die eine andauernde volle Arbeitsunfähigkeit beschreibe, ergebe sich aus der Interpretation der Angaben des Exploranden und der versicherungsmedizinischen anderen Betrachtungsweise. Die den Gutachtern gestellten

Fragen wurden dahingehend beantwortet, aus neuropsychologischer und versicherungspsychiatrischer Sicht bestünden weder qualitativ noch quantitativ Beeinträchtigungen der Arbeitsfähigkeit. Die bisherige Tätigkeit sei dem Exploranden während 8,5 Stunden pro Tag an 5 Tagen pro Woche zuzumuten, wobei keine verminderte Leistungsfähigkeit bestehe. Dem Exploranden seien auch andere Tätigkeiten im gleichen Ausmass zuzumuten, ohne dass der Arbeitsplatz besonderen Anforderungen genügen müsse. Dabei bestehe ebenfalls keine verminderte Leistungsfähigkeit (IV-Nr. 63.2 S. 25 ff.). 5.2 Dem Urteil des Versicherungsgerichts vom 16. August 2010 (VSBES.2009.55) können im Wesentlichen folgende Erwägungen entnommen werden (S. 14 E. II. 5 bis 7; IV-Nr. 102 S. 15 ff.): b) Wie im Gutachten des F.____ hierzu einleuchtend festgehalten wurde, ist die im E.____-Gutachten vom 11. September 2003 gestellte Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung nicht nachvollziehbar. So wird von den E.____-Gutachtern als Hauptargument angeführt, die Schmerzen seien aus somatischer Sicht in diesem Ausmass in keiner Weise nachvollziehbar. Aus diesem Grund müsse auch heute die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung gestellt werden. Die Gutachter des F.____ führen dazu überzeugend aus, dass für eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung nicht in Form einer Ausschlussdiagnose die mangelnde Erklärbarkeit durch körperliche Verursachung und aktuelle psychosoziale Belastungen zu fordern seien, sondern die psychosozialen Belastungen anhaltend ursächlich zum Auftreten von Schmerzen führen müssten. Die E.____-Gutachter verweisen aber lediglich auf die psychosozial unbefriedigende Situation. Erhebliche psychosoziale Probleme oder emotionale Konflikte, welche für eine somatoforme Schmerzstörung als ursächlich angesehen werden könnten, werden im E.____-Gutachten wie auch im Bericht des P.____ vom 13. August 2004 (IV-St. Belege Nr. 41), worin ebenfalls eine somatoforme Schmerzstörung diagnostiziert wurde – nicht erwähnt. c) Gesamthaft betrachtet ist das Gutachten des F.____ für die streitigen Belange umfassend, beruht auf allseitigen Untersuchungen, berücksichtigt auch die geklagten Beschwerden, ist in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden und leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation ein. Zudem sind die Schlussfolgerungen des Experten begründet (RKUV 1991 Nr. U 133 S. 312 E. 1b; Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, in: BJM 1989 S. 31). Im Übrigen vermag auch der Beschwerdeführer bezüglich des interdisziplinären Gutachtens des F.____ kaum Widersprüche aufzuzeigen. Er begnügt sich lediglich damit zu monieren, der behandelnde Psychiater, Dr. Q.____, habe ihn 1 – 2 mal pro Monat behandelt, während der Gutachter des F.____ ihn lediglich einmal gesehen habe. Zudem würden ihn die Gutachter des F.____ lapidar gesund schreiben, ohne dies jedoch nachvollziehbar zu begründen. Schliesslich vermögen die F.____-Gutachter überzeugend darzulegen, dass beim Beschwerdeführer keine Depression vorliege. So seien die Kriterien gemäss ICD-10 zur Diagnosestellung einer mittelgradigen depressiven Episode von den Ärzten des O.____Spitals zu keinem Zeitpunkt fachärztlich psychiatrisch eingeschätzt worden. Die vorliegende Untersuchung habe denn auch ergeben, dass die Kriterien (über mehrere Wochen durchgehend anhaltende Verminderung der Freudfähigkeit, Interessenverlust, Aktivitätenminderung, Appetitminderung, Gedanken an den eigenen Tod, für eine Depression typische Schlafstörungen, eine tageszeitliche Rhythmik oder sonstige depressionstypische Symptome) kaum zu bejahen seien. So habe der Beschwerdeführer ausweichende Antworten gegeben, oder aber bestimmte direkt zu beobachtende Kriterien des psychischen Befundes hätten nicht für eine Depression gesprochen.

E. 6

a) Gegen die Beurteilungen aus somatischer Sicht werden von Seiten des Beschwerdeführers keine konkreten Einwände vorgebracht. So wird lediglich geltend gemacht, die hypertensive Herzkrankheit beeinträchtigt die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers schwer. Die von Dr. R.____ mit Bericht vom 6. März 2009 erstmals vorgebrachte Diagnose wird aber erst im Beschwerdeverfahren vorgebracht, womit diese grundsätzlich nicht mehr zu berücksichtigen ist. So bildet der Einspracheentscheid vom 29. Januar 2009 die Grenze der richterlichen Überprüfungsbefugnis, zumal aus den Akten nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit hervorgeht, dass die hypertensive Herzkrankheit schon im Entscheidzeitpunkt vorgelegen hat.

b) Bezüglich der degenerativen Veränderungen ist festzuhalten, dass diesen bereits im E.____-Gutachten kaum Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in seiner bisherigen Tätigkeit als Kristallschleifer beigemessen wurde. Eine Zunahme der degenerativen Veränderungen wird vorliegend weder geltend gemacht noch geht eine solche aus den medizinischen Akten hervor, weshalb der Einfluss immer noch gleich zu gewichten ist.

6.2 Dem polydisziplinären (internistischen, kardiologischen, neurologischen, rheumatologischen und psychiatrischen) Gutachten der L.____ vom 15. Juni 2016 kann entnommen werden, dass der Beschwerdeführer dort am 9. März 2016 internistisch (Dr. med. W.____, Innere Medizin und Klinische Pharmakologie FMH, Ärztlicher Leiter; Dr. med. X.____, Facharzt Innere Medizin), am 15. März 2016 kardiologisch (Dr. med. Y.____, Innere Medizin/Kardiologie FMH), am 19. März 2016 neurologisch (Dr. med. Z.____, Chefarzt Neurologie Spitalzentrum Biel) und am 31. März 2016 rheumatologisch (Dr. med. AA.____, Rheumatologie FMH) sowie psychiatrisch (Dr. med. AB.____, Psychiatrie und Psychotherapie FMH) begutachtet wurde, wobei die Untersuchungen in Anwesenheit eines Dolmetschers durchgeführt wurden. Es wurden folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt: «1. Rezidivierende depressive Störung, mittelgradige Episode, ICD-10 F33.1; 2. Chronische Schmerzstörung mit psychischen und somatischen Faktoren, ICD-10 F45.41; 3. Chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom, ICD-10 M54.5». Die weiteren Diagnosen (4. Behandelte arterielle Hypertonie, ICD-10 I 10; 5. Hypertensive Herzkrankheit, ICD-10 I 11; 6. Sporadisch auftretende Sprunggelenksarthritis unklarer Ätiologie, ICD-10 M13.97; 7. Chronisches hyperkeratotisch-rhagadiformes Handekzem beiderseits, ICD-10 L24.9) haben nach den gutachterlichen Angaben keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Zu den Wechselwirkungen der Diagnosen wurde angegeben, in der Krankheitsbezeichnung «chronische Schmerzstörung mit psychischen und somatischen Faktoren» drücke sich die Wechselwirkung zwischen seelischen Einflüssen und körperlichen Reaktionen sowie körperlichen Einflüssen auf den seelischen Zustand aus. Dies sei beim Exploranden, seit die Gesundheitsstörung dokumentiert sei, nachzuvollziehen. Die wesentlichen somatischen Faktoren seien die degenerativen Veränderungen an der Halswirbel- und Lendenwirbelsäule, die initial zu Manifestation von Rückenschmerzen beigetragen haben dürften und Schmerzen durch muskuläre Verspannungen, die sich in Form von Weichteildruckdolenzen nachweisen liessen. Die psychischen Faktoren seien die depressive Störung, der Zusammenhang zwischen Schmerz und Depression sei nachgewiesen und bekannt und lasse sich beim Exploranden in der Krankheitsgeschichte ebenfalls nachvollziehen. Dabei würden sowohl der chronische Schmerz wie die Depression zu

Passivität, Rückzug, Vermeidungsverhalten und Verantwortungsabgabe beitragen.

Unter dem Titel «Zusammenfassung und Beurteilung» (IV-Nr. 226.1 S. 43 ff.) wurde im Wesentlichen ausgeführt, bei den aktuellen Untersuchungen ergäben sich aus neurologischer, rheumatologischer und kardiologischer Sicht keine objektiven Befunde, welche die Hauptbeschwerden des Exploranden erklären und eine Arbeitsunfähigkeit in der (körperlich nicht belastenden) letzten Tätigkeit in der Wafer-Produktion begründen könnten. Die Hauptbefunde bestünden im psychiatrischen Bereich. Aktenlage und aktueller Untersuchungsbefund bestätigten eine rezidivierende depressive Störung überwiegend mittelgradiger Ausprägung und das Vorliegen einer chronischen Schmerzstörung mit psychischen und somatischen Faktoren. Auffällig seien in der allgemein-internistischen Erstuntersuchung der eingeschränkte Bewusstseinszustand des Exploranden, die Klage über heftige Bauchschmerzen mit einmaligem Erbrechen und die wechselnde Bereitschaft/Fähigkeit zur Mitarbeit. Die Ursache der ausgeprägten Schläfrigkeit und der abdominellen Beschwerden seien unklar geblieben, die durchgeführten klinischen und laborchemischen Befunde hätten keine Erklärungen ergeben und der Zustand des Exploranden habe sich im Verlauf des mehrstündigen Aufenthaltes im Sinne eines Aufklarens und adäquateren Verhaltens verändert. In den zeitlich später liegenden Untersuchungen in den anderen Fachgebieten sei der Explorand in einem vergleichsweise unauffälligen körperlichen und psychischen Zustand gewesen.

Zum Gesundheitsschaden wurde dahingehend Stellung genommen, im Vordergrund stehe eine Depression, nach Aktenlage und Anamnese wechselnd stark ausgeprägt, derzeit mittelgradig. Komorbide bestehe eine chronische Schmerzstörung, teilweise mit strukturellen Korrelaten am Bewegungsapparat, möglicherweise initial durch Rückenkontusionen (1989 und 1995) ausgelöst, dann chronifiziert und verselbstständigt. Im Verlauf durch zusätzlich bestehende mehrsegmentale degenerative LWS-Veränderungen exazerbiert und schliesslich ausgeweitet durch psychische und soziale Belastungen. Depressive Störung und chronische Schmerzstörung verstärkten sich gegenseitig. Aus rheumatologischer Sicht seien aktuell die degenerativen Veränderungen an HWS und LWS sowie an den Hüftgelenken zu bestätigen, wie sie im Prinzip bereits im Jahr 2002 beschrieben worden seien. Eine gewisse Progredienz sei im Vergleich der Befundbeschreibungen festzustellen, aus rheumatologischer Sicht würden die Veränderungen als altersentsprechend beurteilt, dennoch schränkten sie die Arbeitsfähigkeit für rückenbelastende Arbeiten und Tätigkeiten in Zwangshaltungen ein. Es bestehe ein behandelter Bluthochdruck, die Messwerte wechselten stark, zu objektivieren sei eine Linksherzhypertrophie im Sinne einer hypertensiven Kardiomyopathie mit guter linksventrikulärer Funktion und ohne diastolische Dysfunktion. Die messbare körperliche Leistungsfähigkeit sei aktuell stark eingeschränkt gewesen, sodass über allfällige kardiale Belastungslimiten keine Aussage getroffen werden könne. Eine koronare Herzkrankheit, anhand der Anamnese und der aktuellen Befunde nicht nachweisbar, bleibe noch auszuschliessen. Es seien die psychischen Störungen, die das Beschwerdebild und die daraus resultierenden Beeinträchtigungen des Exploranden bestimmten. Die mit den degenerativen Veränderungen am Bewegungsapparat verbundenen Beschwerden fielen dagegen nur wenig ins Gewicht, kardial sei der Explorand symptomfrei, neurologisch bestehe keine Gesundheitsschädigung. Beim Exploranden seien invaliditätsfremde Faktoren vorhanden wie Arbeitslosigkeit, schwierige wirtschaftliche Lage, schlechte Sprachkenntnisse trotz jahrzehntelangem Aufenthalt in der Schweiz sowie kulturelle

Einflussfaktoren. Sie seien nicht Ursache der Funktions- und Fähigkeitsstörungen, wie sie im psychiatrischen Teilgutachten dargestellt seien. Sowohl in der Aktenlage als auch bei den aktuellen Untersuchungen in den meisten Fachgebieten seien Inkonsistenzen und Diskrepanzen aufgefallen, sodass daraus auf fehlende Leistungsbereitschaft und Aggravationstendenzen geschlossen worden sei bzw. werde. Die entsprechenden Angaben und demonstrierten Beeinträchtigungen würden grösstenteils körperliche Symptome betreffen. Aber auch geklagte/demonstrierte kognitive Einschränkungen seien unplausibel und nicht nachvollziehbar gewesen, sodass auch hier eine Aggravation angenommen werden müsse. Allerdings seien ■ auch bei Berücksichtigung dieser Phänomene ■ die Folgen der Depression und der chronischen Schmerzstörung gravierend genug, um die Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Exploranden relevant zu beeinträchtigen. Ein Suchtleiden liege nicht vor.

Es seien biographische Belastungen dokumentiert: früher Verlust der Eltern, aufgewachsen bei der Halbschwester, in der Familie psychisch kranker Neffe und Cousin, nach Aktenlage auch Bedrohung durch diesen, aktuell weder bei der Erstuntersuchung noch in der psychiatrischen Untersuchung zu verifizieren. Der Explorand habe trotz der Belastungen eine berufliche Entwicklung geschafft, sei als Lehrer tätig gewesen, habe in seiner Heimat als Angehöriger der albanischen Minderheit nicht mehr weiterarbeiten können, sei als Migrant nach Westeuropa gekommen, dauerhaft dann in der Schweiz und habe eine Familie gründen und ernähren können. Demnach hätten lange Zeit ausreichende Ressourcen beim Exploranden bestanden. Andererseits seien die Migrationsfolgen (verringertes sozialer Status, nicht der Ausbildung entsprechende Tätigkeit, Sprachprobleme, mangelnde Integration) Belastungsfaktoren, die das Umsetzen persönlicher Ressourcen auf Dauer erschweren könnten. Die bestehenden Beeinträchtigungen seien auf die Depression und den chronischen Schmerz zurückzuführen. Die persönlichen Ressourcen seien im Laufe der fast 15-jährigen Krankheitsentwicklung verloren gegangen. Es resultierten Persönlichkeitsregression und soziale Desintegration. Nach der zweiten IV-Anmeldung des Exploranden im Dezember 2010 habe ■ nachdem der Explorand 10 Jahre nicht mehr gearbeitet habe ■ ein Belastbarkeitstraining (BOA Solothurn) während circa sechs Wochen stattgefunden. Die erreichte Präsenzzeit sei lediglich zwei Stunden an fünf Tagen gewesen, im Abschlussbericht werde ein depressiv eingeschränkter, teilweise überforderter, kaum zu unterstützender Teilnehmer geschildert. Medizinische und therapeutische Massnahmen seien aus Sicht der beruflichen Eingliederung im Vordergrund gestanden. Als hemmende soziale Kontextfaktoren seien die Migrationssituation mit beschränkter Integration (dürftige Sprachkenntnisse trotz 30 Jahren in der Schweiz) und die ebenfalls körperlich und psychisch eingeschränkte Gesundheit der Ehefrau zu werten. Der Explorand sei auf die Hilfe der Ehefrau angewiesen, gleichzeitig deute er an, dass die Stressbelastung in Form seiner Erkrankung die Ehefrau überfordert habe. Ressourcen im sozialen Kontext seien beschränkt. Die Ehefrau sei ebenfalls krank. Theoretisch könnten ihn die selbstständig lebenden Kinder unterstützen, sei würden aber in den geschilderten Tagesabläufen des Exploranden nicht erscheinen. Ein soziales Netzwerk scheine nicht zu bestehen, Veränderungsmotivation und Fähigkeit des Exploranden fehlten oder seien beschränkt und es bestehe eine Therapieadhärenz im Rahmen der sozialpsychiatrischen Einbindung (psychiatrische Klinik, ambulante psychiatrische Behandlung, psychiatrische Spitex, Ergotherapie). Der Explorand sei unselbstständig, delegiere auch einfache Aufgaben wie die Medikamenteneinnahme an die Ehefrau.

Zur Behandlung und Eingliederung wurde angegeben, die psychiatrische Therapie sei - soweit beurteilbar ■ angemessen und lege artis, die rheumatologische respektive physikalisch medizinische Therapie sei verbesserungsfähig, aktive Massnahmen sollten passive ersetzen. Der Explorand kooperiere hinsichtlich der psychiatrischen Behandlung und der Soziotherapie, die Medikamentenspiegel belegten eine Compliance in dieser Hinsicht, nachteilig sei das regressive Verhalten des Exploranden mit Verantwortungsabgabe. Abgesehen von der Modifikation der physikalisch-medizinischen Behandlungen seien zusätzliche medizinische Massnahmen, die den Gesundheitszustand des Exploranden relevant verbessern könnten, zurzeit nicht vorstellbar. Der Explorand selbst gehe ■ krankheitsimmanent ■ von einer vollständigen Leistungsunfähigkeit aus, Eingliederungsbemühungen seien keine unternommen worden, berufliche Massnahmen seien wegen geringer Wirksamkeit abgebrochen worden. Fehlende Motivation, fehlende Wirksamkeitserwartung, fehlendes Selbstvertrauen und ungünstiges Symptom- und Krankheitsverhalten bezüglich der chronischen Schmerzen seien vollumfänglich störungsbedingt. Eingliederungsmassnahmen seien derzeit nur theoretisch zumutbar und würden bei realistischer Betrachtung überwiegend wahrscheinlich nicht gelingen.

Zur Konsistenz wurde ausgeführt, bei allen bisherigen Begutachtungen (E.____ 2003, F.____ 2008, H.____ 2013) seien Diskrepanzen zwischen den Angaben des Exploranden, Verhalten und objektiven Befunden beschrieben worden. Es seien andererseits zahlreiche konsistente Befunde und Beschreibungen einer chronischen Schmerzstörung und einer depressiven Störung seit dem Jahr 2002 dokumentiert. Unabhängig von der teilweise demonstrativ und nicht authentisch wirkenden Symptompräsentation bestünden am Vorliegen einer die Aktivitäten und Teilhabe des Exploranden einschränkenden Depression mit der Komorbidität chronischer Schmerzen keine Zweifel. Die Leistungsfähigkeit des Exploranden sei anhand der fortgeschrittenen Chronifizierung, den nicht mehr vorhandenen Ressourcen, der beschränkten Ressourcen im direkten sozialen Umfeld jetzt als stärker eingeschränkt zu beurteilen als bei den früheren versicherungsmedizinischen Beurteilungen. Der Explorand führe ein allseits stark eingeschränktes Alltagsleben, beschränkt auf Wahrnehmung von Behandlungsterminen und Spaziergängen mit der Ehefrau. Die Selbstversorgung scheine nur knapp gewährleistet. Wichtiges (Medikamenteneinnahme) werde delegiert. Spontane Aktivitäten seien nicht zu eruieren. Das Aktivitätsniveau nach Eintritt der Gesundheitsschädigung sei erheblich geringer als vor der Erkrankung. Der Explorand nehme angebotene Therapien wahr. Die therapeutischen Optionen im psychiatrischen und sozialtherapeutischen Bereich seien ausgeschöpft. Im somatischen Bereich könnten aktive und aktivierende physikalisch-medizinische Massnahmen die passive Physiotherapie ersetzen. Die Therapieadhärenz scheine, soweit beurteilbar, gegeben.

Die Frage, ob sich der Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit des Exploranden verglichen mit der Situation zum Zeitpunkt der Rentenablehnung (29. Januar 2009) wesentlich verändert habe, wurde dahingehend beantwortet, im Jahr 2009 sei bei der versicherungsmedizinischen Beurteilung davon ausgegangen worden, dass beim Exploranden keine psychische Störung mit Krankheitswert vorliege. Dies sei retrospektiv sowohl anhand des Längsschnitts als auch des aktuellen Querschnitts nicht zu bestätigen. Es seien krankheitswertige und die Leistungsfähigkeit des Exploranden erheblich beeinträchtigende psychische Störungen vorhanden. Es seien einerseits Veränderungen seit dem Jahr 2009 zu beschreiben in Form des Fortschreitens der Chronifizierung sowohl der

Depression als auch der Schmerzstörung, in gewissem Umfang auch der objektiven strukturellen Veränderungen (Verschleiss an Wirbelsäule und Gelenken), andererseits werde jetzt der Sachverhalt vor und zum Zeitpunkt der Rentenablehnung im Jahr 2009 anders beurteilt. Die Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen und in angepasster Tätigkeit würden folgendermassen beurteilt: Die bisherige Tätigkeit in der Wafer-Produktion (leichte körperliche Tätigkeit in Wechselhaltung) sei ■ sofern ein Hautschutz der Hände bestehe ■ weiterhin zumutbar, allerdings aus psychischen Gründen zeitlich stark eingeschränkt. Es bestehe eine Restarbeitsfähigkeit, wie auch für andere angepasste Tätigkeiten, von einem Drittel der regulären Arbeitszeit, d.h. maximal drei Stunden pro Arbeitstag. Auch die Arbeitsfähigkeit für angepasste Tätigkeiten sei aus psychischen Gründen zeitlich eingeschränkt, maximal drei Stunden pro Arbeitstag. Dabei seien körperlich leichte, strukturierte Tätigkeiten in Wechselhaltung ohne explizite Rückenbelastung, mit der Möglichkeit des Hautschutzes (Kontakt mit reizenden Substanzen, Nässe) möglich. Dies gelte spätestens bei erneuter Antragstellung des Exploranden im Jahr 2010 (IV-Nr. 226.1 S. 48 ff.).

6.3 Die Gutachter der L.____ (Dres. med. W.____ und X.____) hielten in ihrer von der Beschwerdegegnerin veranlassten Stellungnahme vom 29. November 2016 fest, aus den ergänzenden medizinischen Unterlagen liessen sich keine wirklichen Einwendungen entnehmen. Der Hausarzt Dr. med. AC.____ stelle zu Recht fest, dass das Schlafapnoesyndrom, an welchem der Explorand leide, im Gutachten nicht erwähnt worden sei. Der Grund sei, dass es weder von ihm noch fremdanamnestisch (Aktenlage) als Beschwerde und als Befund genannt worden sei. In einem jetzt vorgelegten Befund des AD.____ vom August 2016 werde angegeben, dass eine Schlafapnoe bereits im Jahr 2013 diagnostiziert worden sei. Die entsprechenden Befunde und diese Diagnose seien in keinem der Vorbefunde und in keinem der bisher durchgeführten Gutachten aufgeführt worden. Daher habe das Gutachten vom Februar und März 2016 mangels entsprechender Beschwerden und mangels dokumentierter Befunde diese Erkrankung nicht berücksichtigt. Das Handekzem sei dagegen berücksichtigt worden. Ein Arbeitsversuch, wie ihn der Hausarzt erwähne, sei von Seiten der L.____ nicht vorgeschlagen worden. Die ungünstige Prognose hinsichtlich Eingliederungsmassnahmen sei ausdrücklich genannt worden. Insofern unterscheide sich die Feststellung des Hausarztes nicht von den Aussagen im Gutachten.

Die Befunde und Diagnosen des AD.____, mitgeteilt in den Berichten vom 30. August und 14. Oktober 2016 (vgl. IV-Nr. 237 S. 2 ff. und 245 S. 2 ff.), seien für die Beurteilung des Leistungsvermögens des Exploranden relevant. Unbehandelt führten ein Schlafapnoesyndrom und ein Adipositas-Hypoventilationssyndrom zu Tagesmüdigkeit, Verlangsamung und verringertem Durchhaltevermögen. Dies würde jedoch die Arbeitsfähigkeit nicht stärker beeinträchtigen, als dies bereits durch die psychische Störung der Fall sei. Dies bedeute, dass sich an der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Exploranden dadurch nichts ändere. Im Weiteren sei anzumerken, dass das Schlafapnoesyndrom, wie in den Berichten dargestellt, durch die CPAP-Therapie gut zu behandeln sei und somit mit einer Abnahme der Schlafapnoe-bedingten Beeinträchtigungen durch die Therapie zu rechnen sei. Die CPAP-Therapie sei dem Exploranden zuzumuten. Auch die Massnahmen, die zu einer Verbesserung der Maskentoleranz führen würden, seien ihm zuzumuten. Es liege in seiner Verantwortung, dass er mit Unterstützung des Hausarztes und der schlafmedizinischen Ambulanz hinsichtlich dieser erfolversprechenden

Behandlung kooperiere.

Im Weiteren nenne der aktuelle Bericht des Hautarztes Dr. med. AE.____ dieselben Diagnosen wie in seinem zitierten Bericht vom Februar 2016. Der Bericht aus der Klinik für Dermatologie des P.____ stelle die entsprechenden Befunde ausführlicher dar und beschreibe die eingeschlagene Therapie. Wie im Gutachten erkenne man auch jetzt - anhand der aktuellen Berichte - aufgrund der dermatologischen Erkrankungen keine wesentlichen Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit, wenn ein entsprechender Hautschutz für die Hände gewährleistet sei. Der Austrittsbericht der AF.____, vom Februar 2016 sei im Gutachten berücksichtigt worden. Die vorgelegten Berichte änderten an der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit, wie jeweils bei den entsprechenden Befunden und Diagnosen kommentiert, nichts. Die wesentlichen Beeinträchtigungen bestünden aus psychiatrischer Sicht und seien, wenn überhaupt, nur sehr langsam und kleinschrittig zu beeinflussen (IV-Nr. 248).

6.4 Gemäss dem Bericht des P.____, Universitätsklinik für Dermatologie, vom 3. Februar 2017 hielt sich der Beschwerdeführer dort stationär vom 26. Januar bis 1. Februar 2017 bei therapieresistentem Hand- und Fussekzem auf, wobei die Diagnosen «Palmoplantare Psoriasis», «Instabile Angina pectoris mit aktueller akuter hypertensiver Entgleisung», «unklare mittelschwere Niereninsuffizienz», «Dyselektrolytämie», «Therapieresistentes Carcinoma in situ vom Morbus Bowen-Typ am Penischaft», «Lentigo maligna Wange rechts», «Rosazea», «Metabolisches Syndrom», «Normochrome, normozytäre Anämie», «Obstruktives Schlafapneusyndrom» sowie «Depression» gestellt wurden. Im Weiteren wurde zum Hand- und Fussekzem ausgeführt, anamnestisch bestünden die Beschwerden seit 2 Jahren. Die Hände seien sehr schmerzhaft und berührungsempfindlich mit schwankendem Verlauf. Auslöser habe der Patient nicht nennen können. Eine Allergietestung habe noch nie stattgefunden. Bei Eintritt habe sich der Patient mit hyperkeratotischen, grosslamellär schuppenden palmoplantaren Plaques mit Tüpfelnägeln sowie einer kleinen Analrhagade präsentiert. Es sei mit einer dermatologischen Komplextherapie mit Teerpinselung, Okklusivverbänden, Rückfettung sowie einer Lichttherapie begonnen worden. Die Systemtherapie mit Toctino sei durch Neotigason ersetzt worden. Unter diesem Therapieregime habe sich eine rasche und deutliche Verbesserung der Hautbefunde gezeigt. Im Weiteren sei der Patient am 31. Januar 2017 aufgrund instabiler Angina pectoris mit hypertensiver Entgleisung koronarangiographiert worden, wobei man keine relevante Stenose habe finden können. Ferner habe sich bei Eintritt eine mittelschwere Niereninsuffizienz sowie eine Dyselektrolytämie mit Hypernatriämie und Hypokaliämie gezeigt. Nach Rücksprache mit dem Nephrologen sei die genaue Genese der Niereninsuffizienz unklar. Der Patient habe am 1. Februar 2017 in deutlich gebessertem Allgemeinzustand nach Hause entlassen werden können (IV-Nr. 255 S. 2 ff.).

6.5 RAD-Arzt Dr. med. AG.____, Facharzt FMH für Allgemeine Medizin, hielt in seiner Stellungnahme vom 22. Februar 2017 fest, die Gutachter der L.____ seien im Juni 2016 zu den folgenden relevanten Diagnosen gekommen: «1. Rezidivierende depressive Störung, mittelgradige Episode; 2. Chronische Schmerzstörung mit psychischen und somatischen Faktoren; 3. Chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom». Die angestammte Tätigkeit ■ wie auch eine angepasste Verweistätigkeit - seien noch während 3 Stunden pro Tag zuzumuten. Gemäss der Stellungnahme der L.____ vom 29. November 2016 (bzw. 6. Januar 2017 [Eingang bei der IV-Stelle]) ändere sich durch die neu eingereichten

medizinischen Berichte nichts an der Beurteilung im Gutachten. Die im Dezember 2016 durchgeführte Operation eines entarteten «Muttermals» (vgl. IV-Nr. 251 S. 2 f.) bleibe ohne Relevanz. Somit sei das Gutachten weiterhin gültig. Es bestehe eine Arbeitsfähigkeit von generell 3 Stunden täglich, dies seit dem 31. Oktober 2010 (IV-Nr. 253 S. 2).

6.6 Vom 24. Februar bis 2. März 2017 hielt sich der Beschwerdeführer stationär im K.____, Medizinisch-kardiologische Schwerpunktstation, auf. Es wurden die Hauptdiagnosen «Hypertensive Entgleisung bei hypertensiver Kardiopathie», «Thoraxschmerzen unklarer Ätiologie 01/17», «Rezidivierende Synkopen a.e. orthostatisch», «Niereninsuffizienz KDOQI Grad 3a am ehesten hypertensiv bedingt» sowie «Milde Hypokaliämie» gestellt. Die Nebendiagnosen lauteten wie folgt: «Palmoplantare Psoriasis», «Gicht», «Komplexe psychosomatische Symptombildung, somatisierte Angst und Depression gemischt mit Entwicklung einer Somatisierungsstörung», «Obstruktives Schlafapnoesyndrom» und «Therapieresistentes Carcinoma in situ vom Morbus Bowen-Typ am Penischaft». Zur Beurteilung wurde angegeben, der Patient habe sich mit Kopfschmerzen und intermittierendem thorakalem Druckgefühl auf der Notfallstation vorgestellt. Er habe berichtet, dass die Beschwerden schon seit einiger Zeit bestünden und er deswegen am 31. Januar 2017 im P.____ bereits koronarangiographiert worden sei. Die Untersuchung habe lediglich eine minime Koronarsklerose ohne Stenosen ergeben. Der Patient habe sich hypertensiv entgleist bei im Übrigen unauffälligem kardio-pulmonalem Status präsentiert. Im EKG habe sich ein normokarder Sinusrhythmus mit bereits vorbekannten ST-Streckenveränderungen gezeigt. In der Zusammenschau der Befunde sei man von einer hypertensiven Entgleisung mit möglicher hypertensiver Kardiopathie ausgegangen. Diese sei entsprechend behandelt worden. Die Duplexsonographie der Nieren habe keine Nierenarterienstenose als Ursache der Hypertonie gezeigt. Echokardiographisch habe eine schwere konzentrische Hypertrophie des linken Ventrikels als Ausdruck einer hypertensiven Kardiopathie festgestellt werden können. Der Blutdruck sei unter der Therapie befriedigend eingestellt gewesen und der Patient sei beschwerdefrei gewesen. Aufgrund der Synkopen in der Vorgeschichte sei auf eine noch tiefere/optimierte Einstellung des Blutdrucks verzichtet worden (IV-Nr. 257 S. 2 ff.).

6.7 Der RAD-Arzt Dr. med. AG.____ hielt in seiner Stellungnahme vom 5. April 2017 schliesslich fest, im Februar 2017 sei der Explorand wegen einer palmoplantaren Psoriasis hospitalisiert worden (Dermatologie P.____). Ausserdem sei im Januar 2017 von einer instabilen Angina pectoris gesprochen worden, bei hypertensiver Entgleisung und erhöhtem Troponin. Gemäss dem Gutachten der L.____ vom Juni 2016 habe noch eine generelle tägliche Arbeitsfähigkeit von 3 Stunden, spätestens seit dem Jahr 2010 bestanden. Das Schlafapnoesyndrom sei per se wohl eher mit wenig zusätzlichem Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zu beurteilen. Die Hautproblematik sei derzeit aber eher schlechter als zum Zeitpunkt des Gutachtens einzustufen. Entsprechend sei von einer generell maximalen Arbeitsfähigkeit von noch 2 ■ 3 Stunden pro Tag für adaptierte Tätigkeiten auszugehen, wobei ab 2010 von 3 Stunden täglich und seit Anfang 2017. Ergänzend sei zu erwähnen, dass man im Rahmen der Begutachtung in der L.____ keine wesentlichen Inkonsistenzen habe finden können (vgl. Gesamtbeurteilung des Gutachtens, S. 50 ff.). Und zusätzlich sei auch noch festzuhalten, dass der Versicherte an einer schweren Niereninsuffizienz leide und in Zukunft auch als allgemein-internistischer Sicht von einer weiteren Verschlechterung auszugehen sei (IV-Nr. 258).

E. 6.6

hiervor). Der RAD-Arzt beurteilte den gesundheitlichen Verlauf dahingehend, zwar habe das Schlafapnoesyndrom eher wenig zusätzlichen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers, die Hauptproblematik sei «derzeit aber eher schlechter als zum Zeitpunkt des Gutachtens einzustufen». Bezüglich der schweren Niereninsuffizienz sei künftig von einer weiteren Verschlechterung auszugehen. Dementsprechend attestierte er eine «generell maximale Arbeitsfähigkeit von noch 2 bis 3 Stunden täglich für adaptierte Tätigkeiten», wobei «ab 2010 von 3 Stunden täglich und seit Anfang 2017» (vgl. Stellungnahme vom 5. April 2017, IV-Nr. 258; E. II. 6.7 hiervor). Diese Angaben können nur so verstanden werden, dass der Beschwerdeführer nach den Angaben des RAD-Arztes während 3 Stunden pro Tag seit dem Jahr 2010 und ■ aufgrund der anfangs 2017 aufgetretenen Beschwerden mit entsprechender Spitalbehandlung - während 2 bis 3 Stunden pro Tag seit Anfang 2017 arbeitsfähig ist. Diese Einschätzung berücksichtigt die Entwicklung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers bis zum Zeitpunkt der vorliegend angefochtenen Verfügung. Letzterer liess denn auch an der öffentlichen Hauptverhandlung vom 8. Mai 2018 darauf hinweisen, es bestehe eine Chronifizierung und Verselbstständigung der psychischen Störung und des psychosomatischen Leidens; ausserdem habe sich sein kaum mehr behandelbares Handleiden verschlimmert. Die Verschlechterung seines Gesundheitszustands sei ausgewiesen (A.S. 43). Nach dem Gesagten ist dem Beschwerdeführer sowohl aufgrund des Gutachtens der L. ___ als auch gestützt auf die Beurteilung des RAD-Arztes eine angepasste Verweistätigkeit (körperlich leichte, strukturierte Tätigkeit in Wechselhaltung ohne explizite Rückenbelastung mit der Möglichkeit des Hautschutzes [ohne Kontakt mit reizenden Substanzen, Nässe]) im Ausmass von höchstens 2 bis 3 Stunden pro Tag zuzumuten.

8.4 Was den Zeitpunkt der Verschlechterung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers angeht, wurde im Gutachten der L. ___ festgehalten, die ermittelte Arbeitsfähigkeit gelte «spätestens seit erneuter Antragstellung des Versicherten 2010» (IV-Nr. 226.1 S. 51). Dies wird von den Gutachtern nicht erläutert. Sie nehmen dabei offenbar Bezug auf die IV-Anmeldung des Beschwerdeführers vom 1. Dezember 2010 (IV-Nr. 105), worauf ■ nachdem der Anspruch des Beschwerdeführers auf berufliche Eingliederungsmassnahmen zunächst mit Verfügung vom 17. Februar 2011 abgewiesen worden war und er sich am 17. März 2011 neu bei der IV zum Leistungsbezug angemeldet hatte (IV-Nr. 118 und 121) - das vom 23. Mai bis 21. August 2011 bei der AJ. ___ zugesprochene Belastbarkeitstraining (mit einer Arbeitszeit von 2 Std. pro Tag an 5 Arbeitstagen pro Woche mit einer vorgesehenen Steigerung auf ein Pensum von 50 %) wegen Absenzen und mangelnder Motivation des Versicherten abgebrochen werden musste (IV-Nr. 125, 127, 128, 131 und 133). Der RAD-Arzt hielt in seiner Stellungnahme vom 22. Februar 2017 fest, es bestehe eine Arbeitsfähigkeit von generell 3 Stunden pro Tag, dies seit 31. Oktober 2010 (Arbeitsunfähigkeit gemäss Früherfassungsprotokoll vom 17. Dezember 2010 [IV-Nr. 113 S. 1]; IV-Nr. 253 S. 2). In seiner Stellungnahme vom 5. April 2017 hielt Dr. med. AG. ___ dann fest, es sei von einer generellen maximalen Arbeitsfähigkeit von 2 bis 3 Stunden pro Tag für adaptierte Tätigkeiten auszugehen, wobei «ab 2010 von 3 Stunden täglich und seit Anfang 2017» (IV-Nr. 258 S. 2). Die vorerwähnten ärztlichen Ausführungen zum Zeitpunkt der Verschlechterung des Gesundheitszustands sind widersprüchlich und nicht nachvollziehbar. Entscheidend muss in diesem Zusammenhang sein, ab welchem Zeitpunkt hinreichend substantiierte medizinische Grundlagen für die Annahme der von den L. ___-Gutachtern und dem RAD-Arzt attestierten Arbeitsunfähigkeit bestehen.

Die Gutachter der L.____ führten aus, bei sämtlichen bisherigen Begutachtungen (E.____ 2003, F.____ 2008, H.____ 2013) seien Diskrepanzen zwischen den Angaben des Beschwerdeführers, seinem Verhalten und den objektiven Befunden beschrieben worden. Andererseits seien zahlreiche konsistente Befunde und Beschreibungen einer chronischen Schmerzstörung und einer depressiven Störung seit dem Jahr 2002 dokumentiert. Unabhängig von der teilweise demonstrativ und nicht authentisch wirkenden Symptompräsentation bestünden am Vorliegen einer die Aktivitäten und Teilhabe des Exploranden einschränkende Depression mit der Komorbidität chronischer Schmerzen keine Zweifel. Die Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers sei anhand der fortgeschrittenen Chronifizierung, seiner nicht mehr vorhandenen Ressourcen und der beschränkten Ressourcen im direkten sozialen Umfeld jetzt als stärker eingeschränkt zu beurteilen als bei den früheren versicherungsmedizinischen Beurteilungen (IV-Nr. 226.1 S. 50). Eine umfassende, die Rechtsprechung gemäss BGE 141 V 281 berücksichtigende Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers besteht erst mit dem vorliegenden polydisziplinären Gutachten der L.____ vom 15. Juni 2016. Sie stellt eine substantiierte medizinische Grundlage für die eingetretene relevante gesundheitliche Verschlechterung des Beschwerdeführers dar, wobei sich die Gutachter auf ihre fachspezifischen Untersuchungen vom März/April 2016 abstützen (vgl. IV-Nr. 226.1 S. 1 und 39 ff.). Demnach ist der Zeitpunkt des Eintritts der relevanten Verschlechterung des Gesundheitszustands auf den 1. März 2016 festzusetzen. Mit Blick darauf, dass der Beschwerdeführer die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Mitarbeiter in der Wafer-Fabrikation Ende Oktober 2001 leidensbedingt aufgeben musste (vgl. IV-Nr. 170.1 S. 11 und 226.1 S. 34), ist nach Lage der Akten darauf zu schliessen, dass ein Rentenanspruch ab 1. März 2016 nicht am Erfordernis des bestandenen Wartejahres scheitert.

E. 7

7.1 Die Beschwerdegegnerin lehnte den Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente sowie auf weitere berufliche Eingliederungsmassnahmen mit Verfügung vom 24. August 2017 im Wesentlichen mit der Begründung ab, aus psychiatrischer Sicht sei aufgrund der Depressivität und der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von einem Drittel der regulären Arbeitszeit, d.h. maximal drei Stunden pro Arbeitstag, abgeleitet worden. Die rechtliche Überprüfung habe ergeben, dass die im psychiatrischen Teilgutachten von Dr. med. AB.____ vom 6. April 2016 erhobenen Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gemäss gängiger Rechtsprechung des Bundesgerichts keine Arbeitsunfähigkeit begründeten. Entgegen der gutachterlichen Einschätzung vom 15. Juni 2016 bzw. der versicherungsmedizinischen Einschätzung des RAD vom 22. Februar und 5. April 2017 sei festzuhalten, dass leichte bis mittelgradige depressive Episoden gemäss ständiger Rechtsprechung grundsätzlich keine von depressiven Verstimmungszuständen klar unterscheidbare andauernde Depression im Sinne eines verselbstständigten Gesundheitsschadens darstellten, die es der betroffenen Person verunmöglichten, eine angepasste Tätigkeit auszuüben. Leichte bis höchstens mittelschwere psychische Störungen depressiver Natur seien therapeutisch angebar. Auf das polydisziplinäre Gutachten der L.____ sowie auf die erwähnten RAD-Stellungnahmen könne bezüglich der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit aus rechtlichen Gründen nicht abgestellt werden. Die aus psychiatrischer Sicht angegebene Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1), vermöge keine Arbeitsunfähigkeit zu begründen. Aus somatischer Sicht bestehe weiterhin eine volle Arbeitsfähigkeit für körperlich leichte Tätigkeiten in Wechselhaltung ohne explizite

Rückenbelastung und mit der Möglichkeit des Hautschutzes. Allein aufgrund der Tatsache, dass die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit der Gutachter nicht übernommen werden könne, verliere das Gutachten der L.____ seinen Beweiswert nicht. Zur Annahme einer Invalidität brauche es in jedem Fall ein medizinisches Substrat, das (fach)ärztlicherseits schlüssig festgestellt werde und nachgewiesenermassen die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit wesentlich beeinträchtige. Da es daran fehle, bestehe weder ein Anspruch auf berufliche Eingliederungsmassnahmen noch ein solcher auf eine Invalidenrente (IV-Nr. 267).

Der Beschwerdeführer lässt demgegenüber geltend machen, es seien ihm ab wann rechtens die gesetzlichen IVG-Leistungen (Invalidenrente) bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % zuzüglich Verzugszins auszurichten, eventualiter sei die Beschwerdesache zur medizinischen Neubegutachtung und zu beruflich-erwerbsbezogenen Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Dies wird im Wesentlichen damit begründet, die Beschwerdegegnerin habe den Sachverhalt unvollständig abgeklärt, insbesondere was die Frage der Zumutbarkeit der wirtschaftlichen Umsetzbarkeit der Restarbeitsfähigkeit bei fortgeschrittenem Alter anbelange bei im Übrigen klar ausgewiesenen Gesundheitsstörungen. Die Beschwerdegegnerin habe die Beweise willkürlich gewürdigt, indem diese einen durch einen psychiatrischen Experten festgestellten Gesundheitsschaden ohne Einzelprüfung als nicht invalidisierend qualifiziert habe. Die individuelle Prüfung der Therapierbarkeit sei nicht vorgenommen worden. Es treffe nicht zu, dass überwiegend wahrscheinlich von einer Therapierbarkeit der Depression ausgegangen werden könne. Die Wirksamkeit therapeutischer Behandlungsbemühungen sei bei depressiven Störungsbildern äusserst beschränkt. Es sei nicht einzusehen, weshalb die Beschwerdegegnerin nicht von der gutachterlich festgestellten und vom RAD bestätigten Restarbeitsfähigkeit von 3 Stunden pro Tag ausgegangen sei (Beschwerde, S. 2 ff.; A.S. 7 ff.).

An der öffentlichen Hauptverhandlung vom 8. Mai 2018 lässt der Beschwerdeführer an seinen in der Beschwerde gestellten Rechtsbegehren festhalten und ergänzend darauf hinweisen, eine mittelschwere Depression persistiere in der Regel. Im Weiteren sei ein strukturiertes Beweisverfahren im Sinne von BGE 141 V 281 auf sämtliche psychischen Beschwerdebilder anzuwenden. Eine Verschlechterung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers sei anhand des Gutachtens der L.____ ausgewiesen. Die festgestellte Depression habe sich verselbstständigt und es bestehe ein psychosomatisches Leiden. Die verschiedenen Beschwerdebilder beeinflussten sich gegenseitig in negativer Weise. Die persönlichen Ressourcen des Beschwerdeführers seien verloren gegangen. Die festgestellte Aggravation ändere nichts an der gesundheitlichen Situation. Aufgrund seines Alters sei der Beschwerdeführer nicht mehr eingliederbar. Sein Handleiden habe sich verschlimmert (vgl. Protokoll vom 8. Mai 2018; A.S. 42 ff.).

E. 7.2

7.2.1 Zunächst ist festzuhalten, dass die bisherige Rechtsprechung des Bundesgerichts, wonach depressive Störungen leicht- bis mittelgradiger Natur - seien sie im Auftreten rezidivierend oder episodisch - einzig dann als invalidisierende Krankheiten in Betracht fallen, wenn sie erwiesenermassen therapieresistent sind, aufgegeben wurde. Bei solchen Störungen ist, wie bei jeder geltend gemachten gesundheitsbedingten Erwerbsunfähigkeit, im Einzelfall einzig danach zu fragen, ob und wie sich die Krankheit leistungsmindernd auswirkt. Im Sinne der Einzelfallgerechtigkeit ist es sach- und systemgerecht, diese Leiden ebenfalls einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen. Entscheidend ist dabei, unabhängig von der diagnostischen Einordnung des Leidens, ob es

gelingt, auf objektivierter Beurteilungsgrundlage den Beweis einer rechtlich relevanten Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit zu erbringen, wobei die versicherte Person die materielle Beweislast zu tragen hat. Wie bei den somatoformen Schmerzstörungen und vergleichbaren psychosomatischen Leiden verbleiben aber Verlauf und Ausgang von Therapien als wichtige Schweregradindikatoren. Dementsprechend ist es Aufgabe des medizinischen Sachverständigen, nachvollziehbar aufzuzeigen, weshalb trotz lediglich leichter bis mittelschwerer Depression und an sich guter Therapierbarkeit der Störung im Einzelfall funktionelle Einschränkungen resultieren, die sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirken (BGE 143 V 409 E. 4.5.2 S. 416 mit Hinweisen).

Aus Gründen der Verhältnismässigkeit kann dort von einem strukturierten Beweisverfahren abgesehen werden, wo es nicht nötig oder auch gar nicht geeignet ist. Daher bleibt es entbehrlich, wenn im Rahmen beweiswertiger fachärztlicher Berichte eine Arbeitsunfähigkeit in nachvollziehbar begründeter Weise verneint wird und allfälligen gegenteiligen Einschätzungen mangels fachärztlicher Qualifikation oder aus anderen Gründen kein Beweiswert beigemessen werden kann. Namentlich in Fällen, bei denen nach bestehender Aktenlage überwiegend wahrscheinlich von einer bloss leichtgradigen depressiven Störung auszugehen ist, die ihrerseits nicht schon als chronifiziert gelten kann und auch nicht mit Komorbiditäten einhergeht, bedarf es in aller Regel keiner Weiterungen in Form eines strukturierten Beweisverfahrens (vgl. vorerwähntes Urteil des Bundesgerichts, E. 4.5.3 S. 417 mit Hinweis).

7.2.2 Ein Leiden als leicht einzustufen, weil diagnostisch kein Bezug zum Schweregrad desselben gefordert ist und ihm bereits deshalb eine versicherungsrechtlich relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit abzusprechen, geht fehl. Andererseits ist auch bei schweren psychischen Leiden nicht automatisch auf eine ausgeprägte funktionelle Einschränkung zu schliessen (E. 5.2.3). Die Frage der Notwendigkeit eines strukturierten Beweisverfahrens beurteilt sich nach dem konkreten Beweisbedarf. Sie fehlt ganz allgemein in Fällen, die sich durch die Erhebung prägnanter Befunde und übereinstimmende fachärztliche Einschätzungen hinsichtlich Diagnose und funktioneller Auswirkungen im Rahmen beweiswertiger Arztberichte und Gutachten (vgl. BGE 125 V 351) auszeichnen. Was die Befunde angeht, ist etwa an Störungsbilder wie Schizophrenie, Zwangs-, Ess- und Panikstörungen zu denken, die sich aufgrund klinischer psychiatrischer Untersuchung bezüglich ihrer Überprüf- und Objektivierbarkeit mit somatischen Erkrankungen vergleichen lassen. Hier zeigt sich die Beweisproblematik, wenn überhaupt, vor allem bezüglich der funktionellen Auswirkungen. Daher hat auch bei jenen Störungen eine vertiefende Prüfung hinsichtlich des funktionellen Schweregrades und insbesondere der Konsistenz zu erfolgen, wenn Hinweise auf Inkonsistenzen, auf Aggravation oder Simulation bestehen (vgl. vorerwähntes Urteil des Bundesgerichts, E. 7.1 mit Hinweisen). Eine Limitierung des Vorgehens nach BGE 141 V 281 auf die anhaltende somatoforme Schmerzstörung und vergleichbare Leiden lässt sich nicht länger rechtfertigen. Vielmehr sind grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen. Diese Abklärungen enden stets mit der Rechtsfrage, ob und in welchem Umfang die ärztlichen Feststellungen anhand der nach BGE 141 V 281 rechtserheblichen Indikatoren auf Arbeitsunfähigkeit (Art. 6 ATSG) schliessen lassen (E. 7.2).

Das strukturierte Beweisverfahren, wie es in BGE 141 V 281, definiert wurde, steht einer Aufteilung von Einbussen auf einzelne Leiden entgegen, da es auf einer ergebnisoffenen

Gesamtbetrachtung in Berücksichtigung von Wechselwirkungen basiert. Fortan ist E. 4.3.1.3 von BGE 141 V 281 so zu verstehen, dass Störungen unabhängig von ihrer Diagnose bereits dann als rechtlich bedeutsame Komorbidität in Betracht fallen, wenn ihnen im konkreten Fall ressourcenhemmende Wirkung beizumessen ist (E. 8.1).

Fallspezifisch ergibt sich nach dem Gesagten, dass nicht bereits mit dem Argument der fehlenden Therapieresistenz eine invalidenversicherungsrechtlich relevante psychische Gesundheitsschädigung auszuschliessen ist (BGE 143 V 409 E. 5.1 S. 417). Vor diesem Hintergrund kann der Begründung der Beschwerdegegnerin in der vorliegend angefochtenen Verfügung, wonach eine leichte bis höchstens mittelschwere psychische Störung depressiver Natur gemäss der (bisherigen) Rechtsprechung als therapeutisch angebar gelte und demnach auf die gutachterlich attestierte Arbeitsunfähigkeit nicht abgestellt werden könne, nicht gefolgt werden. Vielmehr ist das strukturierte Beweisverfahren im Sinne von BGE 141 V 281 durchzuführen.

7.3 Die Beschwerdegegnerin hielt zu Klärung der Leistungsansprüche ■ und weil keine medizinische Beurteilung unter Berücksichtigung der Indikatoren im Sinne des Urteils des Bundesgerichts vom 3. Juni 2015 (BGE 141 V 281) stattgefunden hatte (vgl. Bericht des RAD vom 5. Oktober 2015, IV-Nr. 205 S. 2) ■ eine erneute interdisziplinäre (internistische, kardiologische, neurologische, rheumatologische und psychiatrische) Begutachten für angezeigt, weshalb die L. ___ mit der Begutachtung des Beschwerdeführers beauftragt wurde (Gutachten vom 15. Juni 2016; IV-Nr. 215, 217 und 226). Bei den durchgeführten Untersuchungen ergaben sich nach den gutachterlichen Angaben aus neurologischer, rheumatologischer und aus kardiologischer Sicht keine objektiven Befunde, welche die Hauptbeschwerden des Beschwerdeführers erklären und die eine Arbeitsunfähigkeit in der (körperlich nicht belastenden) letzten Tätigkeit in der Wafer-Produktion begründen könnten. Die Hauptbefunde seien im psychiatrischen Bereich zu suchen. Aktenlage und aktueller Untersuchungsbefund bestätigten eine rezidivierende depressive Störung überwiegend mittelgradiger Ausprägung und das Vorliegen einer chronischen Schmerzstörung mit psychischen und somatischen Faktoren (IV-Nr. 226.1 S. 45). Der vom psychiatrischen Gutachter durchgeführten Indikatorenprüfung kann Folgendes entnommen werden:

7.3.1 Zum Komplex «Gesundheitsschädigung» (Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde) wurde im Gutachten ausgeführt, im Vordergrund stehe eine Depression, nach Aktenlage und Anamnese wechselnd stark ausgeprägt, derzeit mittelgradig. Komorbide bestehe eine chronische Schmerzstörung, teilweise mit strukturellen Korrelaten am Bewegungsapparat, möglicherweise initial durch Rückenkontusionen (1989 und 1995) ausgelöst, dann chronifiziert und verselbstständigt. Im Verlauf sei sie durch zusätzlich bestehende mehrsegmentale degenerative LWS-Veränderungen exazerbiert und schliesslich durch psychische und soziale Belastungen ausgeweitet worden. Depressive Störung und chronische Schmerzen verstärkten sich gegenseitig. Aus rheumatologischer Sicht seien aktuell die degenerativen Veränderungen an HWS und LWS sowie an den Hüftgelenken zu bestätigen, wie sie im Prinzip bereits im Jahr 2002 beschrieben worden seien. Eine gewisse Progredienz sei im Vergleich der Befundbeschreibungen festzustellen, aus rheumatologischer Sicht würden die Veränderungen als altersentsprechend beurteilt, dennoch schränken sie die Arbeitsfähigkeit für rückenbelastende Arbeiten und Tätigkeiten in Zwangshaltungen ein. Im Weiteren bestehe ein behandelter Bluthochdruck; die Messwerte wechselten stark, zu objektivieren sei eine Linksherzhypertrophie im Sinne einer

hypertensiven Kardiomyopathie mit guter linksventrikulärer Funktion und ohne diastolische Dysfunktion. Die messbare körperliche Leistungsfähigkeit sei aktuell stark eingeschränkt gewesen, sodass über allfällige kardiale Belastungslimiten keine Aussage getroffen werden könne. Eine koronare Herzkrankheit, anhand der Anamnese und der aktuellen Befunde nicht nachweisbar, bleibe noch auszuschliessen. Es seien die psychischen Störungen, die das Beschwerdebild und daraus resultierende Beeinträchtigungen des Exploranden bestimmten. Die mit den degenerativen Veränderungen am Bewegungsapparat verbundenen Beschwerden fielen dagegen nur wenig ins Gewicht. Kardial sei der Beschwerdeführer symptomfrei, neurologisch bestehe keine Gesundheitsschädigung.

Im Weiteren wurde zur Abgrenzung der Funktionseinschränkungen angegeben, beim Exploranden bestünden invaliditätsfremde Faktoren wie Arbeitslosigkeit, schwierige wirtschaftliche Lage, schlechte Sprachkenntnisse trotz jahrzehntelangem Aufenthalt in der Schweiz sowie kulturelle Einflussfaktoren. Sie seien nicht Ursachen der Funktions- und Fähigkeitsstörungen, wie sie im psychiatrischen Teilgutachten dargestellt seien. Zu den Ausschlussgründen wurde dargelegt, sowohl in der Aktenlage als auch bei den aktuellen Untersuchungen in den meisten Fachgebieten seien Inkonsistenzen und Diskrepanzen aufgefallen, sodass daraus auf fehlende Leistungsbereitschaft und Aggravationstendenzen geschlossen worden sei bzw. werde. Die entsprechenden Angaben und demonstrierten Beeinträchtigungen würden grösstenteils körperliche Symptome betreffen. Aber auch geklagte bzw. demonstrierte kognitive Einschränkungen seien unplausibel und nicht nachvollziehbar gewesen, sodass auch hier eine Aggravation angenommen werden müsse. Allerdings seien ■ auch bei Berücksichtigung dieser Phänomene ■ die Folgen der Depression und der chronischen Schmerzstörung gravierend genug, um die Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Exploranden relevant zu beeinträchtigen (IV-Nr. 226.1 S. 45 f.).

Beim Kriterium «Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder ■ resistenz» wurde im psychiatrischen Teilgutachten (IV-Nr. 226.4) angegeben, die erstmalige ambulante Behandlung und Beurteilung sei im Jahr 2002 im O. ___ Haus, Psychosomatik, erfolgt. In diesem Jahr habe auch ein stationärer Aufenthalt in der Klinik D. ___ unter der Diagnose eines chronischen Schmerzsyndroms sowie depressiver Entwicklung stattgefunden. Im Jahr 2004 sei eine dreiwöchige Hospitalisation im O. ___ Haus unter der Diagnose anhaltende somatoforme Schmerzstörung und mittelgradige Depression erfolgt. Im Jahr 2008 habe eine ambulante Behandlung zunächst bei Dr. med. AH. ___, schliesslich bei Dr. med. Q. ___ stattgefunden. Die erste Hospitalisation in der Erwachsenenpsychiatrie in [...] sei im Jahr 2012 über fast zwei Monate unter der Diagnose chronische Schmerzstörung mit psychischen und physischen Anteilen sowie rezidivierende depressive Störung und andauernde Persönlichkeitsveränderung nach psychischer Krankheit (ICD-10 F62.1) erfolgt. Die zweite Hospitalisation mit den ersten beiden Diagnosen habe vom November 2012 bis Januar 2013, die dritte Hospitalisation von September bis November 2013, die vierte Hospitalisation im November 2013 lediglich für vier Tage, die fünfte Hospitalisation vom 31. Dezember 2013 bis 8. Januar 2014, die sechste Hospitalisation vom 6. Januar bis 24. Februar 2015 und die siebte Hospitalisation vom 10. November bis 8. Dezember 2015 stattgefunden. Es werde eine Soziotherapie mit ambulanter psychiatrischer Spitex und eine Psychotherapie im Sinne einer ambulanten psychiatrischen Betreuung bei Dr. med. Q. ___, primär supportiver Art, durchgeführt. Sodann bestehe eine Pharmakotherapie mit mehreren Antidepressiva (IV-Nr. 226.4 S. 6). Im Weiteren wurde im psychiatrischen Teilgutachten erwähnt, Art, Dosis und Intensität der Pharmakotherapie würden für ein relevantes

psychiatrisches Leiden sprechen, auch die Teilnahme an rehabilitativen Massnahmen, etwa zahlreiche stationäre Aufenthalte, beginnend schon vor 15 Jahren (IV-Nr. 226.4 S. 13).

Zu den Wechselwirkungen der Diagnosen wurde sodann ausgeführt, in der Krankheitsbezeichnung «chronische Schmerzstörung mit psychischen und somatischen Faktoren» drücke sich die Wechselwirkung zwischen seelischen Einflüssen und körperlichen Reaktionen sowie körperlichen Einflüssen und seelischem Zustand aus. Dies sei beim Exploranden, seit die Gesundheitsstörung dokumentiert sei, nachzuvollziehen. Die wesentlichen somatischen Faktoren seien die degenerativen Veränderungen an der Halswirbel- und Lendenwirbelsäule, welche initial zur Manifestation von Rückenschmerzen beigetragen haben dürften, sowie Schmerzen durch muskuläre Verspannungen, die sich in Form von Weichteildruckdolenzen nachweisen liessen. Die psychischen Faktoren seien die depressive Störung, der Zusammenhang zwischen Schmerz und Depression sei nachgewiesen und lasse sich beim Exploranden in der Krankheitsgeschichte ebenfalls nachvollziehen. Dabei würden sowohl der chronische Schmerz als auch die Depression zu Passivität, Rückzug, Vermeidungsverhalten und Verantwortungsabgabe beitragen (IV-Nr. 226.1 S. 48 f.).

7.3.2 Zum Komplex «Persönlichkeit» wurde im Teilgutachten angegeben, in der klassisch-willkürlichen Persönlichkeitsbeschreibung wirke der Explorand leicht nachlässig, initial misstrauisch, eher einzelgängerisch, wenig organisiert, ruhig und besorgt. Er präsentiere sich leicht ungehobelt, still und vorsichtig (IV-Nr. 226.4 S. 9).

Die «Ressourcen» seien bestimmt durch produktive, körperliche und/oder psychosoziale Personenmerkmale sowie soziale Bedingungen, die eine Kompensation der dysfunktionalen Bewältigungsmuster und unzureichender Behandlungserfolge ermöglichten. Arbeitsplatzbezogene Ressourcen bestünden nicht, auch nicht im Sinne einer spezifischen Leistungsmotivation, zielgerichtetem Verhalten, Ehrgeiz oder einer besonderen Ausdauer. Ein positives Leistungsbild bestehe allenfalls in einer einfachen, strukturierten Tätigkeit mit der Möglichkeit der Inanspruchnahme eines erhöhten Pausenbedarfs, ohne Kundenkontakt und ohne Schichtarbeit (IV-Nr. 226.4 S. 14).

7.3.3 Zum Komplex «Sozialer Kontext» wurde erwähnt, der Explorand wohne mit seiner Frau in einer 3-Zimmerwohnung, wobei er damit nicht zufrieden sei. Er habe drei erwachsene Kinder. Von seinem Sohn, welcher alle vier Tage komme, habe er ein Enkelkind; seine Ehefrau und er gingen dann mit dem Enkelkind spazieren. Er lebe vom Sozialamt, sei Ehefrau sei auch psychisch krank, bekomme aber ebenfalls keine Rente. Er sei seit 36 Jahren verheiratet und habe viele Schulden (IV-Nr. 226.4 S. 6).

Zum sozialen Kontext wurde im Hauptgutachten noch ausgeführt, nach der zweiten IV-Anmeldung vom Dezember 2010 habe ■ nachdem der Explorand 10 Jahre nicht mehr gearbeitet habe ■ ein Belastbarkeitstraining während ca. sechs Wochen stattgefunden. Die erreichte Präsenzzeit habe lediglich zwei Stunden an fünf Tagen betragen; im Abschlussbericht werde ein depressiv eingeschränkter, teilweise überforderter, kaum zu unterstützender Teilnehmer geschildert. Medizinische und therapeutische Massnahmen seien im Vordergrund gestanden. Als hemmende soziale Kontextfaktoren seien die Migrationssituation mit beschränkter Integration (dürftige Sprachkenntnisse trotz 30 Jahren in der Schweiz) und die ebenfalls körperlich und psychisch eingeschränkte Gesundheit der Ehefrau zu werten. Der Explorand sei auf die Hilfe der Ehefrau angewiesen, gleichzeitig deute er an, dass die Stressbelastung in Form seiner Erkrankung die Ehefrau überfordere.

Die Ressourcen im sozialen Kontext seien beschränkt. Theoretisch könnten die selbstständig lebenden Kinder den Exploranden unterstützen, sie erschienen in den geschilderten Tagesabläufen des Exploranden jedoch nicht. Ein soziales Netzwerk scheine nicht zu bestehen. Veränderungsmotivation und die Fähigkeit des Exploranden fehlten oder seien beschränkt. Eine Therapieadhärenz im Rahmen der sozialpsychiatrischen Einbindung (psychiatrische Klinik, ambulante psychiatrische Behandlung, psychiatrische Spitex, Ergotherapie) seien vorhanden. Der Explorand sei unselbstständig, er delegiere auch einfache Aufgaben wie die Medikamenteneinnahme an die Ehefrau (IV-Nr. 226.1 S. 47 f.).

7.3.4 Zur Kategorie «Konsistenz» wurde schliesslich festgehalten, bei allen bisherigen Begutachtungen (E.____ 2003, F.____ 2008, H.____ 2013) seien Diskrepanzen zwischen den Angaben des Exploranden, dem Verhalten und den objektiven Befunden beschrieben worden. Es seien andererseits zahlreiche konsistente Befunde und Beschreibungen einer chronischen Schmerzstörung und einer depressiven Störung seit dem Jahr 2002 dokumentiert. Unabhängig von der teilweise demonstrativ und nicht authentisch wirkenden Symptompräsentation bestehe am Vorliegen einer die Aktivitäten und Teilhabe des Exploranden einschränkende Depression mit der Komorbidität chronischer Schmerzen keine Zweifel. Die Leistungsfähigkeit des Exploranden sei anhand der fortgeschrittenen Chronifizierung, den nicht mehr vorhandenen Ressourcen des Exploranden, der beschränkten Ressourcen im direkten sozialen Umfeld jetzt als stärker eingeschränkt zu beurteilen als bei den früheren versicherungsmedizinischen Beurteilungen. Der Explorand führe ein allseits stark eingeschränktes Alltagsleben, beschränkt auf Wahrnehmung von Behandlungsterminen und Spaziergängen mit der Ehefrau. Die Selbstversorgung scheine nur knapp gewährleistet. Wichtiges (Medikamenteneinnahme) werde delegiert. Spontane Aktivitäten seien nicht zu eruieren. Das Aktivitätsniveau nach Eintritt der Gesundheitsschädigung sei erheblich geringer als vor der Erkrankung. Der Explorand nehme die angebotenen Therapien wahr. Die therapeutischen Optionen im psychiatrischen und sozialtherapeutischen Bereich seien ausgeschöpft. Im somatischen Bereich könnten aktive und aktivierende physikalisch-medizinische Massnahmen die passive Physiotherapie ersetzen. Eine Therapieadhärenz scheine ■ soweit beurteilbar ■ gegeben (IV-Nr. 226.1 S. 50).

7.4 Die oben wiedergegebene Indikatorenprüfung wurde im Sinne von BGE 141 V 281 korrekt durchgeführt. Im Weiteren beruht das Gutachten der L.____ vom 15. Juni 2016 auf den vollständigen Vorakten sowie auf den spezialärztlichen Untersuchungen in den Disziplinen «Innere Medizin», «Kardiologie», «Neurologie», «Rheumatologie» und «Psychiatrie». Die vom Beschwerdeführer angegebenen Beschwerden wurden durch die Gutachter berücksichtigt und ihre Beurteilung einbezogen. Die Expertise kann sich somit auf vollständige Grundlagen stützen. Sodann geben die einzelnen Teilgutachter jeweils die fachspezifische Anamnese, die Angaben des Beschwerdeführers und die erhobenen Befunde wieder. Daraus werden die relevanten Diagnosen und die Auswirkungen der Symptomatik auf die Arbeitsfähigkeit hergeleitet. Schliesslich werden die gestellten Fragen im Rahmen einer gesamthaften Betrachtung unter Berücksichtigung aller involvierten Disziplinen beantwortet. Das Gesamtgutachten trägt die Unterschrift aller beteiligten Teilgutachter. Inhaltlich gelangen die einzelnen Teilgutachten und das Gesamtgutachten zu schlüssigen Ergebnissen, welche nachvollziehbar hergeleitet werden. Das Gutachten wird damit den durch die Rechtsprechung formulierten Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Stellungnahme (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352) grundsätzlich gerecht. Es

erfüllt die von der Rechtsprechung geforderten Voraussetzungen an ein Verlaufsgutachten, da es sich ausreichend auf das Beweisthema der erheblichen Änderung des Sachverhalts bezieht (vgl. E. II. 4.4 hiervor).

7.5 Im Folgenden ist zu prüfen, ob die nach dem L.____-Gutachten der Beschwerdegegnerin eingereichten Arztberichte den Beweiswert des Gutachtens zu schmälern vermögen.

7.5.1 Der Hausarzt, AI.____, praktischer Arzt, hielt in seinem Bericht vom 7. Juli 2016 fest, der 61-jährige Patient habe seit dem Jahr 2002 nicht mehr gearbeitet. Die Diagnose einer mindestens mittelschweren Depression könne er unterstützen. Der Patient sei in den letzten Jahren deswegen auch sieben Mal psychiatrisch hospitalisiert worden. Nicht erwähnt werde ein massives Schlafapnoesyndrom, das erst kürzlich festgestellt worden sei. Daneben bestehe ein chronifiziertes starkes Ekzem beider Hände. Aufgrund der psychiatrischen Diagnose habe der Patient im Minimum 15 Jahre nicht mehr gearbeitet. Im Bericht sei auch die völlige Dekonditionierung festgestellt worden. Ein Arbeitsversuch sei im Jahr 2011 fehlgeschlagen. Aus diesem Grund sei es unwahrscheinlich, dass der Patient je auch nur minimal ins Erwerbsleben eingegliedert werden könne (IV-Nr. 228).

7.5.2 Dem Bericht des P.____, Universitätsklinik für Dermatologie, vom 25. Juli 2016 (Untersuchung vom 23. Juni 2016) können die Diagnosen «Hyperkeratotisch-rhagodiformer Symptomenkomplex palmoplantar», «M. Bowen am Penis sowie «Lentigo solaris Wange links» entnommen werden. Im Rahmen der Beurteilung wurde im Wesentlichen angegeben, die Zuweisung des Patienten sei aufgrund von seit einem Jahr bestehendem Handekzem mit fluktuierendem Verlauf und ungenügendem Ansprechen auf topische Steroide, Lichttherapie, systemische Steroide sowie Toctino über 3 Monate erfolgt. Ein Auslöser, insbesondere Kontakt zu neuen Substanzen, habe der Patient nicht feststellen können. Im klinischen Status habe man scharf begrenzte hyperkeratotische rhagadiforme Plaques palmar mehr als plantar sowie vereinzelte erythrosquamöse Plaques an den Unterarmen beidseits, den Unterschenkeln und sakral finden können. Der aktuelle Befund zeige ein hyperkeratotisch-rhagadiformer Symptomenkomplex (IV-Nr. 233 S. 2 f.).

7.5.3 Aus dem Bericht der AD.____, vom 30. August 2016 über die respiratorische Polygraphie vom 22. August 2016 (Adaption einer Auto-CPAP-Therapie vom 23. August 2016) gehen folgende Diagnosen hervor: «Adipositas Hypoventilations- und schweres obstruktives Schlafapnoesyndrom, Polysomnographie 03/2013: Apnoe-/Hypopnoe-Index 87/Std., Respiratorische Polygraphie 22.08.2016: Apnoe-Hypopnoe-Index 73/Std., respiratorische Globalinsuffizienz, Aktuell: Einleitung Auto-CPAP-Therapie; Adipositas; Schwergradige Niereninsuffizienz unklarer Dynamik; Rezidivierende depressive Störungen; Arterielle Hypertonie; Chronisches panvertebrales Schmerzsyndrom; Dyslipidämie; Diabetes mellitus möglich, Random Glukose 9,0 mmol/l». Im Rahmen der Beurteilung wurde im Wesentlichen angegeben, die Untersuchung bestätige das bereits in der Polysomnographie vom März 2013 diagnostizierte schwere obstruktive Schlafapnoesyndrom. Die Termine zur Adaption einer nächtlichen Überdrucktherapie seien im Jahr 2013 vom Patienten nicht wahrgenommen worden. Als Korrelat der schweren Schlafapnoe finde man eine ausgeprägte Tagesschläfrigkeit. Bei Tageshyperkapnie liege zusätzlich zum schweren Schlafapnoesyndrom ein Adipositas-Hypoventilationssyndrom vor. Der Patient sei mit einem Auto-CPAP-Therapiegerät versorgt worden. Er sei motiviert für eine Therapie (IV-Nr. 237 S. 2 ff.).

7.5.4 Dem Bericht der AD.____, vom 14. Oktober 2016 kann entnommen werden, der Patient habe grundsätzlich einen guten Start mit der Überdrucktherapie gehabt. Er erwache aber gelegentlich mitten in der Nacht mit Maskenleckagen und beende deswegen vorzeitig die Therapie. Seit der Überdrucktherapie habe sich die Tagesschläfrigkeit gebessert, die Nykturie sei deutlich zurückgegangen. Der Patient gebe eine unspezifische Tagesmüdigkeit sowie häufige Alpträume an. Möglicherweise sei neben der Depression die hohe Lyricadosis für die unspezifische Tagesmüdigkeit mitverantwortlich. Allenfalls könne eine Dosisverlagerung auf den Abend hin Abhilfe schaffen. Im Weiteren imponiere in der arteriellen Blutgasanalyse nach wie vor eine respiratorische Globalinsuffizienz mit einer leichten Tageshyperkapnie und stark positivem Basenexzess. Sollte sich die im August 2016 nachgewiesene Niereninsuffizienz wieder normalisiert haben, werde eine Therapie zur Stimulierung des Atemantriebes empfohlen (IV-Nr. 245 S. 2 ff.).

7.5.5 Dem Bericht des P.____, Universitätsklinik für Dermatologie, vom 18. November 2016 können folgende Diagnosen entnommen werden: «1. Lentigo maligna Wange rechts, Biopsie vom 03.11.2016; 2. Therapieresistentes Carcinoma in situ vom Morbus Bowen-Typ am Penischaft, Histologie 10.07.2015: Morbus Bowen, Therapie mit Aldara erfolglos, Status nach 4x photodynamische Therapien im 2016; 3. Hyperkeratotisch rhagadiformer Symptomenkomplex palmoplantar, DD: Chronisches Ekzem, DD: Psoriasis, erfolglose Behandlung mit Toctino seit 23.06.2016 bis 03.11.2016, Reduktion der Dosis auf 10 mg/d seit September 2016 wegen Hypertriglyceridämie». Zur Beurteilung wurde angegeben, beim Patienten bestehe schon seit mehreren Jahren ein hyperkeratotischer rhagadiformer Symptomenkomplex, am ehesten bei einer Psoriasis. Wegen dieser Hautveränderungen sei der Patient schon mit diversen topischen Therapien sowie mit Toctino über mehrere Monate (seit Juni 2016) erfolglos behandelt worden. Zusätzlich bestehe bei ihm eine schwere depressive Episode, welche sich unter der Therapie von Toctino verschlechtert habe. Der Patient fühle sich sowohl psychisch als auch physisch stark durch die Erkrankung beeinträchtigt. Eine weitere Behandlung mit Toctino sei nicht zu empfehlen. Es sei eine Kostengutsprache für eine potentielle nebenwirkungsarme Behandlung mit Otezla veranlasst worden. Bezüglich des Melanoms an der Wange rechts sollte eine vollständige Exzision durchgeführt werden. Sodann sollte bei therapieresistentem Carcinoma in situ vom Morbus Bowen-Typ am Penischaft bei erfolgloser Therapie mit Aldara sowie photodynamischer Therapie ebenfalls eine Exzision veranlasst werden (IV-Nr. 247 S. 2 ff.).

7.5.6 Die L.____-Gutachter (Dres. med. W.____ und X.____) hielten zu den vorgenannten medizinischen Unterlagen in ihrer Stellungnahme vom 29. November 2016 im Wesentlichen fest, diesen könne man keine wirklichen Einwendungen entnehmen. Sie änderten nichts an ihrer Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers. Die wesentlichen Beeinträchtigungen bestünden auf psychiatrischem Gebiet und seien, wenn überhaupt, nur sehr langsam und kleinschrittig zu beeinflussen (IV-Nr. 248; vgl. E. II. 6.3 hiervor). Angesichts dieser nachvollziehbaren und schlüssigen Stellungnahme der L.____-Gutachter besteht kein Grund, den Beweiswert des L.____-Gutachtens in Frage zu stellen. Auch nach den Angaben des RAD-Arztes Dr. med. AG.____ bleibt die durchgeführte Operation eines entarteten «Muttermals» anfangs Dezember 2016 ohne Relevanz; das Gutachten sei weiterhin «gültig». Es bestehe eine Arbeitsfähigkeit von generell 3 Stunden pro Tag (vgl. Bericht des RAD-Arztes vom 22. Februar 2017, IV-Nr. 253; E. II. 6.5 hiervor). Der Bericht des P.____ vom 3. Februar 2017 über die Hospitalisation des Beschwerdeführers vom 26. Januar bis 1. Februar 2017 (IV-Nr. 255 S. 2

ff.; E. II. 6.4 hiervor) und auch der Bericht des K.____, Medizinisch-kardiologische Schwerpunktstation, vom 9. März 2017 über die Hospitalisation des Beschwerdeführers vom 24. Februar bis 2. März 2017 (IV-Nr. 257 S. 2 ff.; E. II. 6.6 hiervor) bringen jedoch insofern neue Erkenntnisse, als sich die Hauptproblematik im Vergleich zum Zeitpunkt des L.____-Gutachtens vom 15. Juni 2016 (IV-Nr. 226.1; E. II. 6.2 hiervor) nach den Angaben des RAD-Arztes eher verschlechtert hat. Dementsprechend geht der RAD-Arzt von einer generell maximalen Arbeitsfähigkeit von nur noch 2 bis 3 Stunden pro Tag für adaptierte Tätigkeiten aus, wobei er darauf hinweist, im Rahmen der L.____-Begutachtung vom Juni 2016 seien keine wesentlichen Inkonsistenzen festgestellt worden und aus allgemein-internistischer Sicht sei künftig von einer weiteren Verschlechterung der Niereninsuffizienz auszugehen (IV-Nr. 258; E. II. 6.7). Demnach kommt dem L.____-Gutachten grundsätzlich voller Beweiswert zu, wobei unter Berücksichtigung der vorerwähnten jüngsten medizinischen Berichte von einer leicht höheren Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers auszugehen ist.

E. 8

8.1 Die Frage, ob sich der Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers verglichen mit der Situation zum Zeitpunkt der Rentenablehnung (Verfügung vom 29. Januar 2009; vgl. E. II. 3.3 hiervor) wesentlich verändert hat, beantworteten die L.____-Gutachter wie folgt: «2009 ist bei der versicherungsmedizinischen Beurteilung davon ausgegangen worden, dass beim Versicherten keine psychische Störung mit Krankheitswert vorliegt. Dies ist retrospektiv sowohl anhand des Längsschnitts wie angesichts des aktuellen Querschnitts nicht zu bestätigen, es lagen und liegen krankheitswertige und die Leistungsfähigkeit des Versicherten erheblich beeinträchtigende psychische Störungen vor, wie oben dargestellt. Es sind einerseits Veränderungen seit 2009 zu beschreiben, in Form des Fortschreitens der Chronifizierung sowohl der Depression wie der Schmerzstörung, in gewissem Umfang auch der objektiven strukturellen Veränderungen (Verschleiss an Wirbelsäule und Gelenken), andererseits wird jetzt der Sachverhalt vor und zum Zeitpunkt der Rentenablehnung 2009 anders beurteilt» (IV-Nr. 226.1 S. 51).

8.2 Ein Vergleich der gesundheitlichen Situation im Jahr 2009 mit derjenigen im Jahr 2017 deutet insgesamt auf eine relevante Verschlechterung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers hin. Während Dr. med. M.____ und Dipl. Psych. N.____ in ihrem versicherungspsychiatrischen Gutachten vom 17. März 2008 keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit stellen konnten und zum Schluss kamen, es bestehe keine krankheitswertige psychische Störung und aus neuropsychologischer und versicherungspsychiatrischer Sicht sei sowohl in der bisherigen Tätigkeit als auch in einer anderen Tätigkeit weder qualitativ noch quantitativ eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ersichtlich (IV-Nr. 63.2 S. 30 ff.; E. II. 5.1. hiervor), diagnostizierten die Gutachter der L.____ in ihrem interdisziplinären Gutachten vom 15. Juni 2016 eine rezidivierende depressive Störung, mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1), eine chronische Schmerzstörung mit psychischen und somatischen Faktoren (ICD-10 F45.41) sowie ein chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom (ICD-10 M54.5) und kamen zum Schluss, sowohl die bisherige Tätigkeit in der Wafer-Produktion (leichte körperliche Tätigkeit in Wechselhaltung) als auch eine andere angepasste Tätigkeit seien ■ sofern ein Hautschutz der Hände bestehe ■ im Ausmass von einem Drittel der regulären Arbeitszeit, d.h. maximal drei Stunden pro Arbeitstag, zuzumuten (IV-Nr. 226.1 S. 48 ff.). Die Medas-Gutachter hielten zwar fest, bei sämtlichen bisherigen Begutachtungen (E.____ 2003,

F.____ 2008, H.____ 2013) seien Diskrepanzen zwischen den Angaben des Beschwerdeführers, seinem Verhalten und den objektiven Befunden beschrieben worden, es seien aber zahlreiche konsistente Befunde und Beschreibungen einer chronischen Schmerzstörung und einer depressiven Störung seit dem Jahr 2002 dokumentiert. Unabhängig von der teilweise demonstrativ und nicht authentisch wirkenden Symptompräsentation bestünden am Vorliegen einer die Aktivitäten und Teilhabe des Beschwerdeführers einschränkenden Depression mit der Komorbidität chronischer Schmerzen keine Zweifel. Die Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers sei anhand der fortgeschrittenen Chronifizierung, seiner nicht mehr vorhandenen Ressourcen und der beschränkten Ressourcen in seinem direkten sozialen Umfeld jetzt als stärker eingeschränkt zu beurteilen als bei den früheren versicherungsmedizinischen Beurteilungen (IV-Nr. 226.1 S. 50). Demnach wird von den begutachtenden Experten eine Verschlechterung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers grundsätzlich bejaht, auch wenn sie gleichzeitig darauf hinweisen, der Sachverhalt im Zeitpunkt der Rentenablehnung im Jahr 2009 werde anders beurteilt. Aufgrund der nachvollziehbaren und überzeugenden Beurteilung der Medas-Gutachter ist davon auszugehen, dass die von ihnen festgestellte fortgeschrittene Chronifizierung sowohl der Depression als auch der Schmerzstörung und in gewissen Umfang auch die objektiven strukturellen somatischen Veränderungen (Verschleiss an Wirbelsäule und Gelenken) eine relevante Veränderung bzw. Verschlechterung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers herbeigeführt haben (vgl. E. II. 3.1 hiervor). Eine anspruchserhebliche Änderung kann durchaus gegeben sein, wenn sich ein Leiden ■ (auch) bei gleicher Diagnose ■ in seiner Intensität und in seinen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit verändert hat, wie dies etwa bei der Chronifizierung einer psychischen Störung zutreffen kann (Urteil des Bundesgerichts 9C_683/2016 vom 30. März 2017 E. 4.1.1 mit Hinweisen). Von einer solchen Konstellation ist hier auszugehen. Der Schweregrad und das Auftreten der Depression sowie die Chronifizierung der Schmerzen haben nach den Angaben der L.____-Gutachter zugenommen, was sich insbesondere auch in der von ihnen attestierten Restarbeitsfähigkeit von nurmehr «maximal drei Stunden pro Arbeitstag» ausdrückt. Es gilt zu berücksichtigen, dass der Beschwerdeführer im Zeitraum von November 2011 bis Dezember 2015 nicht weniger als siebenmal wegen einer rezidivierenden depressiven Symptomatik sowie einer chronischen Schmerzstörung in der AF.____ stationär behandelt werden musste (IV-Nr. 146 S. 5 ff., 168 S. 2 f., 180 S. 2 f., 183 S. 2 ff., 202 S. 2 ff., 222 S. 3 ff.; vgl. auch IV-Nr. 226.4 S. 6), was eine erhebliche und anhaltende Verschlechterung der psychischen Symptomatik erhärtet.

8.3 Nach der Erstellung des Gutachtens des L.____ vom 15. Juni 2016 bis zum Zeitpunkt der vorliegend angefochtenen Verfügung (24. August 2017) ist von einer weiteren Verschlechterung des Gesundheitszustands auszugehen. So musste der Beschwerdeführer vom 26. Januar bis 1. Februar 2017 wegen einer palmoplantaren Psoriasis, einer instabilen Angina pectoris mit akuter hypertensiver Entgleisung und einer unklaren mittelschweren Niereninsuffizienz im P.____ stationär behandelt werden (IV-Nr. 255 S. 2 ff.). Sodann hielt er sich vom 24. Februar bis 2. März 2017 wegen einer hypertensiven Entgleisung bei hypertensiver Kardiopathie, Thoraxschmerzen unklarer Ätiologie sowie rezidivierenden Synkopen stationär im K.____ auf (IV-Nr. 257 S. 2 ff.; vgl. E. II. 6.4 und

E. 9

9.1 Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist rechtsprechungsgemäss entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem

Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdienen würde, und nicht, was sie bestenfalls verdienen könnte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da erfahrungsgemäss die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre. Ausnahmen von diesem Erfahrungssatz müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (BGE 135 V 58 E. 3.1 S. 59 und 135 V 297 E. 5.1 S. 300 f.).

Im vorliegenden Fall arbeitete der Beschwerdeführer zuletzt seit dem 14. März 2000 als Mitarbeiter in der Wafer-Fabrikation der B. ____, wobei er wegen Rückenbeschwerden und einer Depression ab dem 30. Oktober 2001 zu 100 % arbeitsunfähig geschrieben wurde (IV-Nr. 6). Das Arbeitsverhältnis wurde in der Folge aufgelöst. Dabei erzielte er zuletzt (seit 1. Januar 2002) ein Einkommen von CHF 4'810.60 pro Monat bzw. CHF 62'538.00 pro Jahr (inkl. 13. Monatslohn; vgl. Arbeitgeberbericht vom 19. Juli 2002, IV-Nr. 7). Angepasst an die Nominallohnentwicklung (Lohnentwicklung des Bundesamtes für Statistik [BFS], Nominallohnindex Männer, Verarbeitendes Gewerbe/Herstellung von Waren [2002: 110.6, 2005: 114.0; 2005: 100, 2010: 107.2; 2010: 100, 2016: 104.4]) beläuft sich das Valideneinkommen auf CHF 72'142.00.

9.2 Da der Beschwerdeführer seit seiner letzten Tätigkeit bei der vorerwähnten Arbeitgeberin keine Erwerbstätigkeit mehr ausgeübt hat, sind zur Bestimmung des Invalideneinkommens die Tabellenwerte der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) 2014 des BFS heranzuziehen (BGE 124 V 321 E. 3b/aa S. 323). Nach den hier massgebenden Angaben der Gutachter der L. ____ und des RAD-Arzt es ist der Beschwerdeführer in der Lage, eine adaptierte Verweistätigkeit im Ausmass von höchstens noch 2 bis 3 Stunden pro Tag, somit von durchschnittlich 2,5 Stunden pro Tag, auszuüben, wobei körperlich leichte, strukturierte Tätigkeiten in Wechselhaltung ohne explizite Rückenbelastung mit der Möglichkeit des Hautschutzes zuzumuten sind. Demnach ist er in der Lage, ein Einkommen von CHF 1'660.00 (31.25 % von CHF 5'312.00; vgl. LSE 2014, Monatlicher Bruttolohn [Zentralwert] nach Wirtschaftszweigen, Kompetenzniveau und Geschlecht, Privater Sektor, Tabelle TA1_tirage_skill_level, Total, Kompetenzniveau 1, Männer) zu erzielen. Angepasst an die betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit von durchschnittlich 41.7 Std. pro Woche im Jahr 2016 und die Nominallohnentwicklung (Lohnentwicklung, Nominallohnindex Männer, Total [2014: 103.2, 2016: 104.1] ergibt dies ein Invalideneinkommen von CHF 1'745.65 pro Monat.

Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts kann bei einem invaliden Versicherten, der wegen seiner gesundheitlichen Beeinträchtigung bloss noch leichte Hilfstätigkeiten auszuüben vermag und das durchschnittliche Lohnniveau eines voll leistungsfähigen Hilfsarbeiters in der Regel nicht erreicht, ein Abzug von maximal 25 % gewährt werden. Der Abzug von 25 % kommt nicht generell und in jedem Fall zur Anwendung. Vielmehr ist anhand der gesamten Umstände des konkreten Falles zu prüfen, ob und in welchem Ausmass das hypothetische Einkommen als Invaliden zusätzlich reduziert werden muss. Dabei ist auch ein Abzug von weniger als 25 % denkbar (BGE 126 V 75 ff.). Weil gesundheitlich beeinträchtigte Personen, die selbst bei leichten Hilfsarbeitertätigkeiten behindert sind, im Vergleich zu voll leistungsfähigen und entsprechend einsetzbaren Arbeitnehmern lohnmässig benachteiligt sind und daher in der Regel mit unterdurchschnittlichen Lohnansätzen rechnen müssen, sind die statistischen Tabellenlöhne gegebenenfalls zu kürzen. Daher ist zwar nicht automatisch und in jedem Fall, aber doch in

aller Regel bei eingeschränkter Arbeitsfähigkeit und/oder behinderungsbedingten zusätzlichen Limitierungen ein Abzug vom Tabellenlohn vorzunehmen (Meyer/Reichmuth, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 3. Aufl., 2014, Art. 28a N 100). Der Umstand, dass der Beschwerdeführer nur noch körperlich leichte, strukturierte Tätigkeiten in Wechselhaltung ohne explizite Rückenbelastung und nur mit Hautschutz sowie aus gesundheitlichen Gründen nur noch teilzeitlich (bei einem Beschäftigungsgrad von rund 30 %) ausüben kann, rechtfertigt einen Abzug vom Tabellenlohn im Ausmass von 15 %. Die langjährige Abwesenheit vom Arbeitsmarkt, die Nationalität und das fortgeschrittene Alter von 62 Jahren bei Erlass der angefochtenen Verfügung begründen bezogen auf das Kompetenzniveau 1 dagegen keinen Abzug. Damit ergibt sich ein Invalideneinkommen von CHF 1'483.80 pro Monat bzw. CHF 17'806.00 pro Jahr. Verglichen mit dem Valideneinkommen von CHF 72'142.00 pro Jahr resultiert ein Invaliditätsgrad von (abgerundet) 75 %. Der Beschwerdeführer hat somit Anspruch auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG; vgl. E. 2.2 hiervor).

10. Nach dem Gesagten ist aufgrund des beweiswertigen polydisziplinären H.____-Gutachtens vom 15. Juni 2016 sowie der Einschätzung des RAD-Arztes eine relevante Verschlechterung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers seit der rechtskräftigen Verfügung vom 29. Januar 2009 (IV-Nr. 83) ausgewiesen. Dem Beschwerdeführer ist somit ab 1. März 2016 eine ganze Invalidenrente zuzusprechen. Die Beschwerdegegnerin wird ■ unter Berücksichtigung allfälliger Verrechnungen und Drittauszahlungen ■ zu prüfen haben, ob Anspruch auf Verzugszins besteht und wie hoch dieser gegebenenfalls ausfällt.

E. 11

11.1 Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat der im kantonalen Beschwerdeverfahren obsiegende Beschwerdeführer Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses bemessen. Nach § 161 i.V.m. § 160 Abs. 2 des Gebührentarifs (GT, BGS 615.11) beträgt der Stundenansatz für die Bestimmung der Kosten der berufsmässigen Vertretung CHF 230.00 bis 330.00 zuzüglich Mehrwertsteuer, soweit sie durch Anwälte wahrgenommen wird. Die vom Vertreter des Beschwerdeführers anlässlich der öffentlichen Verhandlung eingereichte Kostennote vom 8. Mai 2018 weist einen Zeitaufwand von 12.99 Stunden, einen Stundenansatz von CHF 250.00 sowie Auslagen von CHF 151.30 aus (A.S. 45 ff.).

Reine Kanzleiarbeit (z.B. die Weiterleitung von Dokumenten an die Klientschaft, das Einfordern von Akten, die Kenntnisnahme von Verfügungen, das Stellen von Fristerstreckungsgesuchen etc.) sind im Stundenansatz eines Anwalts bereits inbegriffen und nicht separat zu vergüten. Demnach können die unter dem Vermerk «Brief an Klient» angegebenen Positionen vom 29. September 2017 (0.33 Std.), 6. Oktober 2017 (0.17 Std.), 10. Oktober 2017 (0.17 Std.), 27. Oktober 2017 (0.17 Std.), 20. Februar 2018 (0.17 Std.) und 5. März 2018 (0.17 Std.) nicht berücksichtigt werden, da praxisgemäss von Orientierungskopien ausgegangen wird, welche Kanzleiaufwand darstellen. Dies gilt auch für die unter dem Vermerk «Brief an Soziale Dienste» und «Brief an FaSo» geltend gemachten Positionen von jeweils 0.17 Std. vom 29. September 2017 (je einmal), 6. Oktober 2017, 20. Februar 2018 und 5. März 2018. Sodann sind für die öffentliche Verhandlung 46 Minuten und für den nachprozessualen Aufwand bei einer Gutheissung der Beschwerde praxisgemäss 30 Minuten einzusetzen. Damit verbleibt ein Zeitaufwand von

insgesamt 10.23 Std.. Bei den Auslagen sind die Kopien mit CHF 0.50 (und nicht mit CHF 1.00) zu entschädigen (§ 160 Abs. 5 des Gebührentarifs [GT], BGS 615.11). Die Kilometerentschädigung für die Hin- und Rückfahrt zur Verhandlung beträgt CHF 0.70 (§ 160 Abs. 5 i.V.m. § 157 Abs. 3 GT und § 161 lit. a des Gesamtarbeitsvertrages [GAV] für das Staatspersonal [BGS 126.3]). Demnach belaufen sich die zu vergütenden Auslagen auf insgesamt CHF 102.70. Unter Berücksichtigung des geltend gemachten Stundenansatzes von CHF 250.00 und der Mehrwertsteuer führt dies zu einer Parteientschädigung von insgesamt CHF 2'870.00 (Honorar von CHF 2'557.50 [10.23 Std. à CHF 250.00], Auslagen von CHF 102.70 und MwSt. von CHF 209.80 [2017: 8 % auf CHF 1'653.90 {6.36 Std. à CHF 250.00, Auslagen von CHF 63.90}, ergebend CHF 132.30; 2018: 7.7 % auf CHF 1'006.30 {3.87 Std. à CHF 250.00, Auslagen von CHF 38.80}, ergebend CHF 77.50).

11.2 Aufgrund von Art. 69 Abs. 1bisIVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 ■ 1'000.00 festgelegt. Ausgangsgemäss hat die Beschwerdegegnerin die Verfahrenskosten von CHF 1'000.00 zu bezahlen.

Demnach wird erkannt:

1. In Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 24. August 2017 aufgehoben. Der Beschwerdeführer hat Anspruch auf eine ganze Invalidenrente ab 1. März 2016.
2. Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von CHF 2'870.00 (inkl. Auslagen und MwSt) zu bezahlen.
3. Die Beschwerdegegnerin hat die Verfahrenskosten von CHF 1'000.00 zu bezahlen.
4. Je eine Kopie des Protokolls der Verhandlung vom 8. Mai 2018 geht zur Kenntnisnahme an die Parteien.

Rechtsmittel

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

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Der Präsident

Der Gerichtsschreiber

Flückiger

Schmidhauser

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