

# **SO\_GERICHTE VSBES.2017.269 vom 28. September 2017**

SO Obergericht, 2017-09-28, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so\\_gerichte\\_VSBES.2017.269](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2017.269)

FR: SO\_GERICHTE VSBES.2017.269 du 28 septembre 2017

IT: SO\_GERICHTE VSBES.2017.269 del 28 settembre 2017

## **Erwägungen**

### **E. 1**

1.1 Der 1959 geborene A.\_\_\_\_ (nachfolgend: Beschwerdeführer) meldete sich am 20. Juni 2002 unter Angabe einer chronischen schweren Depression seit dem 11. Mai 2001 bei der IV-Stelle des Kantons Solothurn (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) zum Leistungsbezug an (Akten der IV-Stelle [IV-Nr.] 8). Daraufhin tätigte die Beschwerdegegnerin Abklärungen in medizinischer und erwerblicher Hinsicht. Mit Verfügung vom 24. Februar 2003 sprach sie dem Beschwerdeführer aufgrund eines Invaliditätsgrades von 100 % rückwirkend ab 1. Mai 2002 eine ganze Invalidenrente zu (IV-Nr. 17). Die am 3. November 2003 (IV-Nr. 18) und 22. August 2008 (IV-Nr. 28) eingeleiteten revisionsweisen Überprüfungen des Rentenanspruchs ergaben keine rentenbeeinflussende Veränderung (IV-Nr. 21, 33).

1.2 Am 15. Mai 2012 leitete die Beschwerdegegnerin ein neues Revisionsverfahren ein (IV-Nr. 43). Nach Einholung aktueller Arztberichte veranlasste sie bei Dr. med. B.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, ein Gutachten, das am 12. Januar 2014 erstattet wurde (IV-Nr. 60.1 f.). Zur medizinischen Situation nahm sodann Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Medizin, vom Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD), am 4. Juli 2014 Stellung (IV-Nr. 73). Sowohl in der bisherigen als auch in einer angepassten Tätigkeit sei zum Zeitpunkt des Gutachtens von einer 40%igen Arbeitsfähigkeit auszugehen. Jetzt, nach hoffentlich optimierter Antidepressiva-Therapie, liege die Arbeitsfähigkeit über 50 %.

1.3 Nach der Durchführung einer Besprechung betreffend berufliche Massnahmen vom 29. Oktober 2014 (IV-Nr. 77) sprach die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer mit Mitteilung vom 27. November 2014 (IV-Nr. 81) die Kosten für ein Belastbarkeitstraining bei der Firma D.\_\_\_\_ vom 8. Dezember 2014 bis am 7. März 2015 gut (IV-Nr. 105). Der Rentenanspruch bleibe für die Dauer der Massnahme weiterhin bestehen. Diese Eingliederungsmassnahme wurde vorzeitig abgebrochen. Der definitive Schlussbericht der Firma D.\_\_\_\_ datiert vom 6. März 2015 (IV-Nr. 85). Mit Abschlussbericht vom 12. März 2015 (IV-Nr. 84) wurde die berufliche Eingliederung eingestellt. In der Folge stellte die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer mit Vorbescheid vom 16. Februar 2016 (IV-Nr. 90) in Aussicht, es sei beabsichtigt, die ganze Rente auf eine halbe Rente herabzusetzen. Dagegen liess der Beschwerdeführer am 10. März 2016 (IV-Nr. 95) Einwände erheben.

Am 27. Februar 2017 erliess die Beschwerdegegnerin einen neuen Vorbescheid (IV-Nr. 99), worin sie dem Beschwerdeführer in Aussicht stellte, die Rente werde aufgehoben. Dagegen liess der Beschwerdeführer am 23. März 2017 ebenfalls Einwände erheben (IV-Nr. 103) und einen Bericht von med. pract. E.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 30. März 2017 einreichen (IV-Nr. 105). Die Beschwerdegegnerin hielt

an ihrem Vorbescheid vom 27. Februar 2017 mit Verfügung vom 26. September 2017 (A.S. [Akten-Seite] 1 ff.) fest.

## **E. 2**

2.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG, SR 830.1]). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein. Die Invalidität gilt als eingetreten, sobald sie die für die Begründung des Anspruchs auf die jeweilige Leistung erforderliche Art und Schwere erreicht hat (Art. 4 Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG, SR 831.20]).

2.2 Laut Art. 28 Abs. 1 IVG haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), und die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. b und c). Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente.

2.3 Ändert sich der Invaliditätsgrad eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente nicht nur bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustands erheblich verändert haben. Dagegen stellt die bloss unterschiedliche Beurteilung der Auswirkungen eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Gesundheitszustands auf die Arbeitsfähigkeit für sich allein genommen keinen Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG dar (Urteil des Bundesgerichts 9C\_1025/2008 vom 19. Januar 2009 E. 1.1 mit vielen Hinweisen). Für das Vorliegen einer erheblichen Sachverhaltsänderung genügt es nicht, dass der bereits bekannte, im Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenverfügung gegebene Sachverhalt anders bewertet wird und daraus andere Schlussfolgerungen gezogen werden als im früheren Verwaltungs- und/oder Beschwerdeverfahren. Vielmehr bedarf es neuer Elemente tatsächlicher Natur, die nach der ursprünglichen Rentenverfügung eingetreten und zu dem damals gegebenen Sachverhalt hinzugekommen sind oder diesen verändert haben. Eine voraussetzungslose Neubeurteilung der invaliditätsmässigen Voraussetzungen genügt nach ständiger Rechtsprechung weder für eine revisions- noch eine wiedererwägungsweise Herabsetzung der Invalidenrente. Die revisionsweise Anpassung setzt Tatsachenänderungen im massgeblichen Vergleichszeitraum voraus; eine einfache Neubeurteilung nach besserem Wissen ist nicht zulässig (Urteil des Bundesgerichts 8C\_294/2010 vom 30. August 2010 E. 3.1 mit Hinweisen).

Ist ein Revisionsgrund gegeben, ist der Invaliditätsgrad auf der Grundlage eines richtig und vollständig festgestellten Sachverhalts neu und ohne Bindung an frühere Invaliditätsschätzungen zu ermitteln (Urteile des Bundesgerichts 9C\_251/2012 vom 5. Juni

2012 E. 4.2, 9C\_457/2010 vom 30. August 2010 E. 1.1 mit Hinweisen; vgl. auch BGE 117 V 198 E. 4b S. 200). Ist eine anspruchserhebliche Änderung des Sachverhalts nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, bleibt es nach dem Grundsatz der materiellen Beweislast beim bisherigen Rechtszustand (Urteil des Bundesgerichts 9C\_478/2012 vom 14. Dezember 2012 E. 2).

2.4 Die Frage, ob eine erhebliche, d.h. mit Bezug auf den Invaliditätsgrad rentenwirksame Änderung der tatsächlichen Verhältnisse eingetreten ist, beurteilt sich auf Grund eines Vergleichs des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenverfügung ■ oder einer späteren, auf einer umfassenden Prüfung beruhenden Bestätigung oder Änderung ■ bestanden hat, mit demjenigen im Zeitpunkt der streitigen Revisionsverfügung (BGE 133 V 108 E. 5 S. 110 ff.). Das Heranziehen eines Verwaltungsaktes als Vergleichsbasis setzt voraus, dass er auf den Abklärungen beruht, welche mit Blick auf die möglicherweise veränderten Tatsachen notwendig erscheinen (Urteil des Bundesgerichts 9C\_599/2016 vom 29. März 2017 E. 5.2).

2.5 Nach Art. 88a Abs. 1 Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV [SR 831.201]) führt eine Verbesserung der Erwerbstätigkeit zu einer Herabsetzung oder Aufhebung der Rente, wenn angenommen werden kann, dass sie voraussichtlich längere Zeit dauern wird; die Verbesserung ist in jedem Fall zu berücksichtigen, wenn sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate gedauert hat und voraussichtlich weiterhin andauern wird. Die Herabsetzung oder Aufhebung der Rente erfolgt frühestens vom ersten Tag des zweiten der Zustellung der Verfügung folgenden Monats an (Art. 88bis Abs. 2 lit. a IVV).

## **E. 2.2**

hiervor). Die Aufhebung der Rente durch die Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 26. September 2017 erweist sich demnach als nicht korrekt.

7. Die Beschwerde ist somit teilweise gutzuheissen. Die angefochtene Verfügung vom 26. September 2017 (A.S. 1 ff.) ist insoweit abzuändern, als der Beschwerdeführer ab dem 1. November 2017 Anspruch auf eine halbe Rente hat. Die Beschwerdegegnerin wird die Rentenleistungen neu zu berechnen und über einen allfälligen Anspruch auf einen Verzugszins nach Art. 26 Abs. 2 ATSG noch zu entscheiden haben. Die Sache wird daher an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen.

## **E. 3**

3.2 Sowohl im Verwaltungsverfahren wie auch im kantonalen Sozialversicherungsprozess gilt der Untersuchungsgrundsatz (Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben Verwaltung und Sozialversicherungsgericht den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht. Der Untersuchungsgrundsatz weist enge Bezüge zum ■ auf Verwaltungs- und Gerichtsstufe geltenden ■ Grundsatz der freien Beweiswürdigung auf. Führen die im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen den Versicherungsträger oder das Gericht bei umfassender, sorgfältiger, objektiver und inhaltsbezogener Beweiswürdigung (BGE 132 V 393 E. 4.1 S. 400) zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich (BGE 126 V 353 E. 5b S. 360, 125 V 193 E. 2 S. 195, je mit Hinweisen) zu betrachten, und es könnten weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis

nichts mehr ändern, so liegt im Verzicht auf die Abnahme weiterer Beweise keine Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 134 I 140 E. 5.3 S. 148, 124 V 90 E. 4b S. 94). Bleiben jedoch erhebliche Zweifel an Vollständigkeit und/oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellung bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteile des Bundesgerichts 8C\_909/2010 vom 1. März 2011 E. 4.1, 8C\_1021/2009 vom 3. November 2010 E. 4.2, 8C\_101/2010 vom 3. Mai 2010 E. 4.1 und 9C\_167/2009 vom 28. Mai 2009 E. 3.1).

3.3 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 (BGE 134 V 231 E. 3.2 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

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 ff.). 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 135 V 465 E. 4.4 S. 470). 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 353).

3.4 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 betrachteten 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).

3.5 Bei Gerichtsgutachten weicht das Gericht nicht ohne zwingende Gründe von der Einschätzung des medizinischen Experten ab (BGE 135 V 465 E. 4 S. 469 mit Hinweisen). Ein Grund zum Abweichen kann vorliegen, wenn die Gerichtsexpertise widersprüchlich ist oder wenn ein vom Gericht eingeholtes Obergutachten in überzeugender Weise zu andern Schlussfolgerungen gelangt. Eine abweichende Beurteilung kann ferner gerechtfertigt sein, wenn gegensätzliche Meinungsäußerungen anderer Fachexperten dem Richter als triftig genug erscheinen, die Schlüssigkeit des Gerichtsgutachtens in Frage zu stellen, sei es, dass er die Überprüfung durch einen Oberexperten für angezeigt hält, sei es, dass er ohne Oberexpertise vom Ergebnis des Gerichtsgutachtens abweichende Schlussfolgerungen zieht (BGE 125 V 351 E. 3b/aa S. 352 f. mit Hinweisen).

4. Die Zulässigkeit der Rentenaufhebung hängt davon ab, ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für die Bestimmung des Invaliditätsgrads erheblichen Tatsachen nach Art. 17 ATSG eingetreten ist. Den massgebenden Referenzzeitpunkt bildet der Erlass der Verfügung vom 24. Februar 2003, mit der die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer rückwirkend ab 1. Mai 2002 eine ganze Rente zusprach (IV-Nr. 17). Dieser Sachverhalt ist mit demjenigen im Zeitpunkt der Revisionsverfügung vom 26. September 2017 zu vergleichen. Auf den jeweiligen Sachverhalt im Zeitpunkt der Mitteilungen vom 13. Februar 2004 (IV-Nr. 21) und 8. Dezember 2008 (IV-Nr. 33) ist dagegen nicht näher einzugehen, da die Beschwerdegegnerin damals keine umfassende materielle Prüfung des Rentenanspruchs vornahm (vgl. E. I. 1.1).

4.1 Im Zeitpunkt der Zusprechung einer ganzen Invalidenrente vom 24. Februar 2003 (IV-Nr. 17) lagen der Beschwerdegegnerin insbesondere der Austrittsbericht der J.\_\_\_\_ in [ ] vom 28. Februar 2002 (IV-Nr. 14) und der Bericht des behandelnden Psychiaters des Beschwerdeführers med. pract. E.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 20. August 2002 (IV-Nr. 13) vor.

4.1.1 Dem Austrittsbericht der J.\_\_\_\_ vom 28. Februar 2002 lassen sich folgende Diagnosen entnehmen (IV-Nr. 14 S. 1):

Der Beschwerdeführer sei von seinem behandelnden Psychiater med. pract. E.\_\_\_\_ zur stationären Behandlung zugewiesen worden zur Medikamenten-Einstellung und Beobachtung im stationären Rahmen. Bei Eintritt habe sich ein 43-jähriger, älter wirkender, wacher, allseits orientierter Patient präsentiert, der wenig Deutsch spreche. Die Konzentration und Auffassungsmöglichkeit seien leicht herabgesetzt. Formales Denken sei verlangsamt. Inhaltlich sei der Beschwerdeführer auf die jetzige Situation und seine somatischen Beschwerden eingeengt. Er sei affektiv niedergestimmt, bedrückt, innerlich verzweifelt, ratlos, psychomotorisch verlangsamt. Es bestehe eine potentielle Selbstgefährdung. Es seien keine Sinnestäuschungen vorhanden. Es habe sich um die erste Hospitalisation des Beschwerdeführers in dieser Klinik wegen anhaltenden Schlafstörungen, Bedrücktheit, starken Kopf- und Bauchschmerzen sowie Druck und Schmerz im Brustbereich gehandelt, die als mittel bis schwere depressive Störung ohne

psychotische Symptome mit starker Somatisierung zu verstehen seien. Die positive Anamnese (Suizid in der Familie), sozialer Rückzug gekoppelt mit Migrationsproblematik, unklare Arbeitssituation würden auch in Zukunft destabilisierend wirken. Der Beschwerdeführer brauche weiterhin eine psychiatrische Behandlung (IV-Nr. 14 S. 2 f.).

4.1.2 Der behandelnde Psychiater med. pract. E.\_\_\_\_ stellte in seinem Bericht vom 20. August 2002 folgende Diagnosen (IV-Nr. 13 S. 1):

Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

Für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Fabrikarbeiter attestierte med. pract. E.\_\_\_\_ dem Beschwerdeführer ab dem 11. Mai 2001 bis auf Weiteres eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Im Weiteren führte er aus, die Motivations- und Konzentrationsstörungen, epigastrischen Schmerzen, Kopfschmerzen, das Schwindel- und generelle Abgeschlagenheitsgefühl, die Müdigkeit, Reizbarkeit sowie der Grübelzwang würden die Aufnahme und Fortsetzung einer Arbeitstätigkeit verhindern. Grundsätzlich sei eine Besserung der psychischen Störung des Beschwerdeführers durch fortgesetzte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung denkbar. Aber nur sehr langfristig und alles andere als garantiert. Die Krankheit als pathologisches psychisches Funktionieren bestehe schon seit vielen Jahren. Möglichkeiten neuen psychischen Funktionierens zu erlernen setze eine Somatisierungsstörung unbewussterweise besonders hartnäckigen Widerstand entgegen. Daher seien die Chancen einer Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit äusserst gering (IV-Nr. 13 S. 3). Die Depression und die Somatisierungsstörung würden dem Beschwerdeführer jede Erwerbstätigkeit verunmöglichen. Die Störungen des Beschwerdeführers seien derart schwer, umfassend und nicht an bestimmte Tätigkeiten gebunden, dass sie sich bei jeder Tätigkeit hindernd auswirken würden (IV-Nr. 13 S. 4).

4.2 Im Zeitpunkt der Verfügung vom 26. September 2017 (A.S. 1 ff.) sind im Wesentlichen die folgenden Akten relevant:

4.2.1 Der behandelnde Psychiater med. pract. E.\_\_\_\_ führte in seinem Bericht vom 2. Juli 2012 aus, er habe einen letzten Bericht am 5. Dezember 2008 geschickt. Seither sei der Beschwerdeführer nur noch wenige Male bei ihm gewesen. Insgesamt hätten etwa sechs ergotherapeutische Behandlungssitzungen stattgefunden. Der Beschwerdeführer habe dann den Plan gehabt, definitiv in die [ ] zurückzukehren, habe den Plan später jedoch wieder aufgegeben und sei in die Schweiz zurückgekehrt. Anfang 2011 sei es zu einer erneuten kurzen Behandlungsperiode von vier Konsultationen im Monatsabstand gekommen. Seit dem 26. April 2011 habe sich der Beschwerdeführer nicht mehr gemeldet. Deshalb könne er keine genaueren Auskünfte über den gegenwärtigen psychischen Gesundheitszustand machen (IV-Nr. 44 S. 2).

4.2.2 Dem Bericht der K.\_\_\_\_ vom 17. Januar 2013 (IV-Nr. 52 S. 6 f.) lässt sich entnehmen, dass sich der Beschwerdeführer in der Zeit vom 19. November 2012 bis 17. Januar 2013 in stationärer Behandlung befand. Folgende Diagnosen wurden dabei gestellt:

Psychiatrische Diagnosen nach ICD-10

Andere relevante Diagnosen

Der Beschwerdeführer sei in stabilisiertem Zustand nach Hause entlassen worden. Es bestehe keine Selbst- oder Fremdgefährdung. Die psychiatrische Weiterbehandlung erfolge

durch med. pract. E. \_\_\_\_.

4.2.3 Dr. med. L. \_\_\_\_, Oberarzt, K. \_\_\_\_, stellte in seinem Bericht vom 10. April 2013 die folgenden Diagnosen (IV-Nr. 52 S. 1):

Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

Der Beschwerdeführer sei in das multimodale und milieutherapeutische Therapieprogramm aufgenommen worden. Darunter habe sich eine gewisse Stabilisierung der Symptomatik gezeigt und das Medikament Temesta, das bei Eintritt eingenommen worden sei, habe abgebaut werden können. Insbesondere in sozialen Situationen (Sprechen in Gruppen), aber auch in engen Räumen mit wenig Freiraum habe sich die Schmerz- und Krampfsymptomatik sehr hartnäckig gezeigt. Die seit 2002 mehrfach aufgetretenen suizidalen Krisen mit Hospitalisationen im 2002, 2006 und 2012 würden für eine deutlich reduzierte Stressresistenz mit der Gefahr wiederkehrender suizidaler Krisen in Stresssituationen sprechen. Aufgrund der sehr eingeschliffenen Verhaltensmuster sei eine Prognose schwierig, die Symptomatik selbst sei in Belastungssituationen nach wie vor persistierend aufgetreten. Die erhöhte Kränkbarkeit (auch kulturbedingt), die depressive Verstimmung und die soziale Bewertungsangst bestünden ebenfalls seit vielen Jahren, so dass eine Veränderung, wenn, dann nur in kleinen Schritten (zum Beispiel Teilnahme an einem ambulanten Diabetes-Programm, mehr Aktivität zu Hause und eventuell gut begleitete stundenweise Tätigkeiten mit Möglichkeiten von Pausen und Freiraum) denkbar sei. Sonst bestehe die Gefahr einer Verstärkung des depressiven Zustandsbildes mit erneuter psychischer Dekompensation (suizidalen Krisen). Durch langfristige medizinische Therapie und psychotherapeutische Behandlung könne der Gesundheitszustand stabilisiert, im besten Fall leicht verbessert werden. Die Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit seien schwer abschätzbar. Eventuell wäre eine berufliche Abklärung sinnvoll, um die effektive Arbeitsfähigkeit beziffern zu können. Bezüglich kognitiver Leistungsfähigkeit könne eine neuropsychologische Untersuchung sinnvoll sein (IV-Nr. 52 S. 3). Dem Beschwerdeführer sei die bisherige Tätigkeit nicht mehr zumutbar. Tätigkeiten im Freien mit wenig Teamarbeit, genügend Möglichkeiten für Pausen, wechselnder Belastung im Sitzen und Stehen seien dem Beschwerdeführer jeweils eine Stunde am Vormittag und eine Stunde am Nachmittag eventuell mit der Möglichkeit der Steigerung des Pensums bei geeignetem Arbeitsumfeld zumutbar (IV-Nr. 52 S. 4). Es sei mit Leistungsschwankungen (Konzentration, Auftreten blockierender körperlicher Symptome) zu rechnen, vor allem bei Beginn der Tätigkeit. Die Leistungsfähigkeit sei maximal 20 bis 50 % bei einer Arbeitsfähigkeit von maximal 25 %, eventuell steigerbar bei geeignetem Arbeitsumfeld. Für eine Rentenrevision sei der Beschwerdeführer wohl zu wenig leistungsfähig. Man bedenke auch, dass ein Auflösen der Rente beim Beschwerdeführer wohl neue suizidale Krisen nach sich ziehen könnte, da dann zusätzliche Existenzängste auftreten würden, die für den Beschwerdeführer sehr bedrohlich sein könnten. Zur Bestimmung der effektiven Leistungs-/Arbeitsfähigkeit sei ein Belastbarkeitstraining notwendig (IV-Nr. 52 S. 5).

4.2.4 Dem von der Beschwerdegegnerin veranlassten psychiatrischen Gutachten von Dr. med. B. \_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 12. Januar 2014 (IV-Nr. 60.1 f.) lassen sich folgende Diagnosen entnehmen (IV-Nr. 60.1 S. 15):

Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

Chronifizierte depressive Entwicklung, gegenwärtig klinisch mittelgradige Episode ICD-10 F32.10, psychopharmakotherapeutisch insuffizient behandelt.

Laut Akten Beginn schleichend zwischen 1989 und 2001

Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

Undifferenzierte Somatisierungsstörung F45.1, resp. somatoform-autonome Funktionsstörungen F45.3 (DD anhaltende somatoforme Schmerzstörung F45.4) mit/bei

Adipositas II, Diabetes mellitus II, Dyslipidämie;

Aetiologisch unklare, leichte, kontrollbedürftige Leberenzym-Erhöhungen

Im Weiteren führte Dr. med. B. \_\_\_ aus, die Komorbiditätskriterien seien aus psychiatrischer Sicht eher nicht erfüllt. Es bestehe zwar eine mittelgradige Depression. Diese sei aber psychopharmakologisch deutlich insuffizient behandelt. Der Plasmaspiegel von Mirtazepin (Remeron) habe mit 54 nmol/L bestimmt werden können (therapeutischer Wirkungsbereich 113 ■ 203), derjenige von Paroxetin (Deroxat) mit <30 nmol/L (91 ■ 364). Auch die Spiegel von Lexotanil, Valium und Temesta würden unterhalb des Wirkungsbereichs liegen, was aber angesichts des hohen Abhängigkeitspotentials von Benzodiazepinen zu begrüßen sei. Bevor also von unbefriedigenden Behandlungsergebnissen trotz konsequent durchgeführter Behandlungsbemühungen zu sprechen sei, müssten die Psychopharmakotherapie optimiert und über eine sinnvolle Zeit suffiziente Spiegel ausgewiesen werden. Das Vorliegen gescheiterter Rehabilitationsmassnahmen bei vorhandener Motivation und Eigenanstrengung der versicherten Person treffe ebenfalls nicht zu, da gar nie Eingliederungsmassnahmen stattgefunden hätten. Das Kriterium des Vorhandenseins einer verfestigten, therapeutisch nicht mehr angehbaren Flucht in die Krankheit durch eine missglückte Konfliktbewältigung scheine laut den Akten erfüllt zu sein. Das Kriterium eines ausgewiesenen sozialen Rückzugs aus allen Bereichen des Lebens sei nicht erfüllt. Der Beschwerdeführer gehe mit der Ehefrau einkaufen, spazieren, in den Schrebergarten, treffe sich mit Kollegen (allerdings sehr selten), habe noch sexuelle Aktivität. Auch das Kriterium einer ausgewiesenen Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer sei nicht erfüllt. Der behandelnde Psychiater med. pract. E. \_\_\_ habe bereits Ende 2003 Teilbesserungen beschrieben. Im September 2006 sei es zwar nochmals zu einer sechstägigen Kurz-Hospitalisation nach Suizidversuch gekommen, aber dann nicht mehr bis Ende 2012 (IV-Nr. 60.1 S. 19 f.). Nun berichte die Klinik nicht mehr über eine schwere, sondern nur eine mittelgradige depressive Störung (wie er aktuell auch finde) und laut Arztbericht der K. \_\_\_ vom 10. April 2013 sei die diagnostizierte chronische Schmerzstörung nun ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit, was also heisse, dass bezüglich der Arbeitsfähigkeit die entscheidende Störung mit IV-Relevanz die Depression sei. Diese aber erscheine durch Optimierung der Psychopharmakotherapie als wahrscheinlich weiter besserbar. Ferner sei Dr. med. B. \_\_\_ der Meinung, dass eine gewisse demonstrative Zweck-Aggravation durchaus vorliege. Der Beschwerdeführer, der sich seit bald zwölf Jahren im Rentner-Dasein arrangiert habe, wolle sich seine Rente erhalten. Er zeige jedoch eine nicht geringe soziale Aktivität, pflege seinen Schrebergarten und fliege regelmässig in die [ ], wo er auch seine Familie besuche, wohingegen er die in der Klinik und vom Behandler instruierten gezielten Techniken zur eigenaktiven Zustandsverbesserung vernachlässige (Schadenminderungspflicht).

Der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers habe sich verbessert. Heute werde keine schwere, sondern nur noch eine mittelgradige Depression diagnostiziert (obwohl die AD-Spiegel insuffizient seien), und die Schmerzstörung werde als ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bezeichnet. Was die Arbeitsfähigkeit anbelangt, so führte der psychiatrische Gutachter aus, eine direkte Reintegration in den freien Arbeitsmarkt aus dem Stand sei nicht möglich und zumutbar, wohl jedoch niederschwellige Aktivierungs- und Beschäftigungstherapiemassnahmen im geschützten Milieu, vorerst ohne Leistungsanspruch und in kleinem zeitlichen Rahmen von anfangs täglich zwei Stunden, dann nach Verlauf langsam steigerbar. Sofern der Beschwerdeführer zu einer solchen zumutbaren Massnahme nicht willig sein sollte, so könne die medizinisch-theoretisch Arbeitsfähigkeit aktuell mit 40 %, nach optimierter AD-Therapie auch  $\geq 50$  % festgelegt werden (IV-Nr. 60.1 S. 20 f.).

4.2.5 In seiner Stellungnahme vom 13. März 2014 zum psychiatrischen Gutachten von Dr. med. B. \_\_\_ führte der behandelnde Psychiater med. pract. E. \_\_\_ aus, auch er würde grundsätzlich einen Versuch des Beschwerdeführers, eine Beschäftigung im geschützten Rahmen aufzunehmen, empfehlen und unterstützen. Es sei jedoch anzumerken, dass ein noch niederschwelligerer Einstieg zu empfehlen sei, als Dr. med. B. \_\_\_ dies in seinem Gutachten getan habe. Seiner Meinung nach unterschätze Dr. med. B. \_\_\_ die Schwere der depressiven Störung, indem er von einer mittelgradigen und nicht von einer schwergradigen depressiven Störung (ICD-10 F33.2) ausgehe. Insbesondere unterschätze Dr. med. B. \_\_\_ die Komponente des sozialen Rückzugs und der sozialen Ängste des Beschwerdeführers. Es sei zu erwarten, dass genau diese Schwierigkeiten ausschlaggebend dafür sein würden, ob eine Integration in eine geschützte Arbeit gelingen würde (IV-Nr. 67).

4.2.6 Dr. med. C. \_\_\_, Facharzt für Allgemeine Medizin FMH beim Regionalen Ärztlichen Dienst der IV (RAD), hielt in seiner Stellungnahme vom 4. Juli 2014 (IV-Nr. 73) dafür, es sei auf die Einschätzung von Dr. med. B. \_\_\_ abzustellen. Der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers habe sich verbessert. Es könne von einer eindeutigen Verbesserung der Gesundheitsstörung mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit seit Januar 2013 ausgegangen werden, welche im Rahmen des Gutachtens vom 12. Januar 2014 nur noch bestätigt worden sei. Sowohl in der bisherigen als auch in einer angepassten Tätigkeit sei zum Zeitpunkt des Gutachtens von einer 40%igen Arbeitsfähigkeit auszugehen. Jetzt, nach hoffentlich optimierter Antidepressiva-Therapie, liege die Arbeitsfähigkeit über 50 % (IV-Nr. 73 S. 3).

4.2.7 Dem im Vorbescheidverfahren eingereichten Austrittsbericht der M. \_\_\_ vom 8. April 2014 (IV-Nr. 95 S. 26 ff.) ist zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer in der Zeit vom 26. Februar bis 18. März 2014 stationär behandelt wurde. Er sei notfallmässig durch den Hausarzt Dr. med. N. \_\_\_, Facharzt FMH für Allgemeinmedizin, zur Krisenintervention bei zunehmenden Suizidgedanken und fremdanamnestisch aggressivem Verhalten zugewiesen worden. Folgende psychiatrische Diagnosen konnten dabei gestellt werden:

Im Weiteren wurde zum Psychostatus Folgendes festgehalten: «55-jähriger, bewusstseinsklarer, allseits orientierter, adipöser Patient. Aufgrund geringer Deutschkenntnisse erschwerte Anamneseerhebung. Konzentration und Gedächtnis soweit beurteilbar unauffällig, im formalen Denken leicht verlangsamt, Angabe von starkem Grübeln. Keine Anhaltspunkte für Zwänge. Angabe von Angst vor Menschenmengen. Keine Anhaltspunkte für Wahnvorstellungen, Sinnestäuschungen oder Ich-Störungen. Im Affekt ratlos, deprimiert, innerlich unruhig. Deutlich affektarm. Antrieb deutlich reduziert, motorisch unruhig, leicht theatralisch. Angabe von sozialem Rückzug. Krankheitsgefühl

und -einsicht vorhanden, Distanzierung von Suizidalität glaubhaft möglich» (IV-Nr. 95 S. 27). Schon bei Aufnahme und während des gesamten stationären Verlaufes habe sich der Beschwerdeführer kooperativ gezeigt und sich bemüht, die stationären Richtlinien einzuhalten und die angebotenen Therapien wahrzunehmen. In den Gesprächen habe der Beschwerdeführer über eine anhaltende Ein- und Durchschlafstörung mit für ihn resultierenden und limitierenden Affektausbrüchen berichtet, welche er selbst nicht kontrollieren könne. Dies führe zumeist zu Schamgefühlen gegenüber der Familie. Die zuvor etablierte antidepressive Therapie mit Deroxat 20 mg am Morgen und primär schlafanstossende Therapie mit Remeron 15 mg am Abend seien umgestellt worden. Hierunter habe der Beschwerdeführer von einer deutlich verbesserten Schlafstruktur berichtet. Zu Affektausbrüchen, wie im häuslichen Rahmen wiederholt aufgetreten, sei es im stationären Rahmen nicht gekommen. Am 18. März 2014 habe der Beschwerdeführer in die vorbestehenden Verhältnisse entlassen werden können (IV-Nr. 95 S. 28).

4.2.8 Dem ebenfalls im Vorbescheidverfahren eingereichten Bericht des behandelnden Hausarztes Dr. med. N.\_\_\_\_ vom 20. März 2017 (IV-Nr. 103 S. 21) lassen sich die Diagnosen «Diabetes mellitus Typ 2, sek. Insulinpflichtig; Adipositas und Dyslipidämie» entnehmen. Sodann führte der Hausarzt aus, der Beschwerdeführer habe sich unregelmässig zwei bis drei Mal pro Jahr zur Konsultation gemeldet. Im Vordergrund sei meist die Kontrolle der Zuckerkrankheit mittels Blutentnahme gestanden. Die Zuckerkrankheit sei mittels Insulin-Therapie und Tabletten gut eingestellt. Im Zusammenhang mit dieser Krankheit bestehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. In den letzten Jahren seien keine grösseren somatischen Abklärungen durchgeführt worden. Eine Arbeitsunfähigkeit lasse sich auf Grund der aufgeführten Diagnosen und dem physischen Befinden des Beschwerdeführers nicht dokumentieren. Der Grad der Arbeitsunfähigkeit im Zusammenhang mit dem psychischen Befinden bzw. der psychiatrischen Krankheit habe med. pract. E.\_\_\_\_ zu beurteilen.

4.2.9 Sodann wurde im Vorbescheidverfahren ein weiterer Bericht des behandelnden Psychiaters med. pract. E.\_\_\_\_ vom 30. März 2017 eingereicht (IV-Nr. 105 S. 2 ff.). Er stellte die Diagnose einer «schweren depressiven Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F32.2)» und attestierte dem Beschwerdeführer eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % seit dem 17. August 2001 bis auf Weiteres. Es müsse weiterhin von der Diagnose einer schweren depressiven Episode ausgegangen werden, da keine Intervalle von vollständiger Remission bekannt seien, die die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung rechtfertigen würden. Das bedeute, dass es sich um eine einzige langanhaltende depressive Störung und nicht um einzelne, wiederholt auftretende handle. Auch gegenwärtig sei keine Remission oder Teilremission der depressiven Störung zu beobachten. Andere psychiatrischen Diagnosen seien nicht zu stellen. Symptome von sozialer Angst, sozialem Rückzug, Probleme von Anpassung und Coping an belastende Umstände sowie somatoforme Symptome und eine verstärkte Schmerzwahrnehmung seien entsprechend den ICD-10-Diagnosekriterien nicht als gesonderte Störungen aufzuführen, sondern seien Teil der depressiven Störung. Die Beobachtungen, die während des Qualifizierungsprogramms von Dezember 2014 bis März 2015 in der D.\_\_\_\_ in [...] gemacht worden seien, würden der diagnostischen Einschätzung als schwere Depression entsprechen. Gemäss Bericht der D.\_\_\_\_ vom 6. März 2015 habe das Arbeitspensum nicht über zwei Stunden pro Tag erhöht werden können. Aufgrund innerer Anspannung und Unruhe habe der Beschwerdeführer ca. alle 10 bis 15 Minuten Zwischenpausen von fünf Minuten einlegen müssen, was sich auch

auf die Arbeitsleistung ausgewirkt habe. Ein Teil der schweren depressiven Symptomatik beim Beschwerdeführer sei die über die Zeit immer wieder aufgetretene Suizidalität, die unterschiedlich ausgeprägt gewesen sei und mehrfach zu notfallmässigen Hospitalisationen geführt habe. Eine schwere depressive Episode sei mit einer Erwerbstätigkeit nicht vereinbar. Im Vorfeld des Arbeitsversuchs in der D.\_\_\_\_ im Herbst 2014 habe es den Anschein gemacht, als hätte sich der Zustand des Beschwerdeführers etwas beruhigt und sich vielleicht bis zum Niveau einer mittelgradigen Depression verbessert. Es habe die Hoffnung bestanden, dass sich im positiven Fall die Depression durch eine solche Beschäftigung verbessern lassen würde. Leider habe sich dann eine solche positive Entwicklung nicht ergeben. Es müsse also wieder von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit ausgegangen werden und auch eine Beschäftigung im geschützten Rahmen scheinbar zurzeit nicht erfolgsversprechend. Was sodann die Behauptung der Beschwerdegegnerin im Vorbescheid anbelange, es liege keine Behandlungsresistenz vor, weil sich der Zustand des Beschwerdeführers bis zum Niveau einer mittelgradigen Depression verbessert habe, sei festzuhalten, dass es der Beschwerdeführer trotz drei Monate langer regelmässiger Bemühung nicht geschafft habe, über ein Pensum von zwei Stunden pro Tag im geschützten Rahmen hinauszukommen. Sofern man bereit sei, die Bemühungen des Beschwerdeführers ernst zu nehmen, so spreche diese Beobachtung dafür, dass es sich tatsächlich um eine schwere depressive Störung und nicht um eine mittelgradige handle. Unterdessen seien auch Anpassungen an der Medikation vorgenommen worden, inklusive des Versuches einer Augmentation (Verstärkung) der antidepressiven Wirkung durch Quetiapin. Auch mit dieser neuen Medikation habe sich keine Verbesserung der Depression erreichen lassen. Es müsse also auch heute noch von Behandlungsresistenz ausgegangen werden.

4.2.10 Im Weiteren wurde im Vorbescheidverfahren ein Bericht des Spitals O.\_\_\_\_ vom 11. November 2005 eingereicht (IV-Nr. 115 S. 9 f.). Diesem Bericht lassen sich die Diagnosen «Schlaf-Apnoe-Syndrom, Exzessive Müdigkeit, Depression» entnehmen (IV-Nr. 115 S. 9 f.). Ferner wurde dargelegt, der polysomnographische Befund spreche für das Vorliegen eines schweren obstruktiven Schlaf-Apnoe-Syndroms. Obwohl keine signifikante Tagesschläfrigkeit vorliege, bestehe angesichts der hochpathologischen polysomnographischen Befunde, der ausgeprägten Tagesmüdigkeit, der Cephalgien und der Konzentrationsstörungen die Indikation für eine CPAP-Behandlung. Allerdings müsse berücksichtigt werden, dass Konzentrationsstörungen und Tagesmüdigkeit möglicherweise zusätzlich durch die zum Teil höher dosierte Benzodiazepin-Einnahme und die chronische depressive Episode verstärkt würden.

4.2.11 Der behandelnde Hausarzt Dr. med. N.\_\_\_\_ stellte in seinem Bericht vom 13. August 2017 die Diagnose einer schweren depressiven Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F32.2) als solche mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Als solche ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit führte er die Diagnosen «Schlaf-Apnoe-Syndrom und Diabetes mellitus Typ II, sek. insulinpflichtig» auf. Im Weiteren führte er aus, gemäss dem Bericht von med. pract. E.\_\_\_\_ vom 30. März 2017 bestehe keine erfolgsversprechende Möglichkeit zur arbeitstechnischen Wiedereingliederung (IV-Nr. 115 S. 1 ff.).

4.2.12 Dem Gerichtsgutachten des für die Gutachterstelle G.\_\_\_\_ tätigen psychiatrischen Gutachters Dr. med. H.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Neurologie, vom 31. Mai 2018 lassen sich folgende Diagnosen entnehmen (A.S. 122):

Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (letzte Tätigkeit)

## Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (letzte Tätigkeit)

Im Weiteren führte Dr. med. H. \_\_\_ aus, anlässlich der erhobenen psychopathologischen Befunde schildere der Beschwerdeführer zunächst auf der subjektiven Symptomebene deutliche Merkmale einer depressiven Erkrankung. Er schildere langanhaltende, depressive Stimmung, Interessen- und Freudeverlust, verminderten Antrieb und gesteigerte Ermüdbarkeit/Erschöpfung. Des Weiteren schildere er den Verlust des Selbstwertgefühls, ausgeprägte Schuldgefühle, berichte über suizidales Verhalten in der Vergangenheit, zeitweiligen Lebensüberdruß mit passiven Todeswünschen. Er beklage Konzentrationseinschränkungen, psychomotorische Verlangsamung und Schlafstörungen. Lege man die subjektiven Beschwerden zugrunde, welche der Beschwerdeführer schildere, so gelange man tatsächlich zu der Diagnose einer schweren depressiven Episode, entsprechend den Kriterien des ICD-10. Für die Bewertung des Schweregrades der Depression sei aber nicht allein die subjektive Angabe von Beschwerden wichtig, sondern der psychopathologische Befund, welcher hier ein anderes Bild ergebe, das eher den von Dr. med. B. \_\_\_ erhobenen Befunden gleiche. Die Grundstimmung des Beschwerdeführers sei depressiv geprägt. Die depressive Stimmung halte zwar lange an, die depressive Symptomatik sei, wenngleich offenkundig mit Schwankungen im Ausprägungsgrad, seit 2001/2002 festzustellen. Ein vollständiger Interessen- und Freudeverlust im Sinne der Anhedonie liege hingegen nicht vor. Auch wenn der Beschwerdeführer sicher nicht dem von med. pract. E. \_\_\_ zitierten Bild des fröhlichen Hobbygärtners und [ ]-Strandurlaubers entspreche, so sei dennoch festzuhalten, dass er durchaus Interesse an der familiären Situation, an der Entwicklung seiner Kinder und Enkel habe, dass er in der Lage sei, sich in seinen kleinen Garten zu begeben, dort durchaus Freude am Pflanzen entwickle und sich dort auch ein wenig betätige, auch wenn der Garten seinen Angaben zufolge nur 40 m<sup>2</sup> gross sei. Der Beschwerdeführer reise auch jährlich, zum Teil mehrmals, in die [ ]. Er könne diese Reise mit dem Flugzeug tätigen, und auch sonst sei er in der Lage, trotz seiner angegebenen Ängste vor Menschenansammlungen öffentliche Verkehrsmittel zu benutzen, so dass gravierende, hemmende Phänomene im Zusammenhang mit einer Agoraphobie oder auch den anamnestischen Hinweisen auf soziale Phobien nicht zu bestätigen seien. Eine deutliche verminderte Antriebslage bestehe auf der Befundebene ebenfalls nicht. Schlussendlich erscheine der Antrieb nur leicht vermindert. Mithin seien von den zwei Kernsymptomen einer Depression lediglich die depressive Stimmungslage und ■ in wenig ausgeprägter Form ■ die Antriebsminderung und subjektiv gesteigerte Ermüdbarkeit feststellbar. Da für die Annahme einer schweren depressiven Episode mindestens drei Kardinal- bzw. Kernsymptome einer Depression in ausreichendem Schweregrad vorliegen müssten, könne diese Diagnose, so wie von med. pract. E. \_\_\_ gestellt worden sei, nicht bestätigt werden (A.S. 123 f.). Von den akzessorischen Symptomen einer Depression seien allerdings mehrere erfüllt. Der Beschwerdeführer schildere durchaus plastisch ein reduziertes Selbstwertgefühl. Wiederholt liessen sich unangemessene, wenngleich nicht wahnhaft, ausgeprägte Schuldgefühle feststellen. Aktuell bestehe keine Suizidalität, aber der Beschwerdeführer klage über Unschlüssigkeit, Unentschlossenheit, Einschränkungen des Konzentrationsvermögens sowie Schlafstörungen. Eine depressionstypische Appetitminderung hingegen liege nicht vor, und die Psychomotorik weise ebenfalls keine objektiv feststellbare, nachhaltige Hemmung oder Agitiertheit auf, auch wenn der Beschwerdeführer gelegentlich psychomotorisch hintergründig angespannt wirke und in diesem Bild auch mehrfach ein bemerkenswerter Blepharospasmus auftrete. Mithin seien von den Zusatzsymptomen einer depressiven

Störung vier bis fünf erfüllt, und es ergebe sich mithin, dass insgesamt, bei grosszügiger Auslegung, sieben Symptomkategorien einer depressiven Episode als auf der Befundebene nachgewiesen gelte könnten, wovon zwei Symptome den Kernsymptomen einer Depression zuzuordnen seien (A.S. 124).

Die in der Vergangenheit mehrfach diskutierte, anhaltende somatoforme Schmerzstörung bzw. chronische Schmerzstörung lasse sich auf der Basis der hiesigen Befunde nicht bestätigen. Vielmehr schildere der Beschwerdeführer einzelne, verschiedene Organsystemen zuzuordnende Beschwerden. Dies lasse die Diagnose einer undifferenzierten Somatisierungsstörung (F40.1) zu. Der Ausprägungsgrad sei aber nicht so gravierend, dass daraus wesentliche Einschränkungen in den psychischen Grundfunktionen resultierten. Der Beschwerdeführer weise einige Merkmale einer narzisstischen Persönlichkeitsakzentuierung auf. Es bestehe eine vermehrte Kränkbarkeit. Er schildere nachvollziehbar über Jahre erlebte Kränkungen und Zurücksetzungen an seinem letzten Arbeitsplatz, ferner komme es mit dem Eintritt der Arbeitsunfähigkeit und der depressiven Episode 2002 zu einer Veränderung des Selbstwertgefühls. Er verliere die zuvor innegehabte Rolle des Familienoberhauptes und Ernährers. Mit diesem Rollenverlust gehe eine deutliche emotionale Kränkung einher, welche die Entwicklung der depressiven Symptomatik fördere. Offenkundig sei neben dem Rollenverlust und der narzisstischen Kränkung auch die Erkenntnis eines gescheiterten Lebensentwurfes verknüpft, welche die depressive Symptomatik 2002 deutlich verstärke (A.S. 125).

Festzuhalten sei ferner, dass der Beschwerdeführer anlässlich der Begutachtung bei Dr. med. B. \_\_\_ lediglich das Bild einer mittelschweren Depression geboten habe. Anlässlich stationärer psychiatrischer Behandlungen sei zuletzt sogar mehrfach lediglich von einer leichten depressiven Episode ausgegangen worden. Eine rezidivierende depressive Störung, so wie anlässlich der Behandlung in den M. \_\_\_ angenommen, setze allerdings eine zwischenzeitliche, vollständige Symptomremission voraus. Diese sei nach Angaben des behandelnden Psychiaters, der den Beschwerdeführer nunmehr seit vielen Jahren kenne und regelmässig behandle, aber nicht eingetreten. Aus diesem Grunde gehe der Experte auch, in Übereinstimmung mit Dr. med. B. \_\_\_ und med. pract. E. \_\_\_, von einer lang hingezogenen, chronifizierten depressiven Episode aus, nicht jedoch von einer rezidivierenden depressiven Störung, bei der es zu mehreren depressiven Episoden, unterbrochen von symptomfreien Intervallen komme. Aus psychiatrischer Sicht sei mithin eine von med. pract. E. \_\_\_ bestätigte Aufhebung der Arbeitsfähigkeit (0 %) nicht zu untermauern. Allerdings sei, auch mit Blick auf die gescheiterten Eingliederungsbemühungen sowie die langjährige Abstinenz von der Arbeitswelt, festzuhalten, dass eine sofortige Reintegration weder zumutbar noch möglich sei. Die Einschätzung seitens des RAD, aufgrund einzelner Aggravationsmerkmale, welche Dr. med. B. \_\_\_ beschreibe, könne die Annahme einer Arbeitsunfähigkeit widerlegt werden, greife zu kurz (A.S. 125).

In Anlehnung an den Mini-ICF lasse sich folgendes feststellen: Der Bereich Anpassung an Regeln und Routinen sei leicht bis mittelgradig eingeschränkt. Der Beschwerdeführer sei durchaus in der Lage, eine gewisse Alltagsstruktur einzuhalten, sich auch dementsprechend an soziale Regeln und Routinen zu halten. Der Bereich Planung und Strukturierung von Aufgaben sei ebenfalls nur leicht, allenfalls mässig beeinträchtigt, da der Beschwerdeführer durchaus in der Lage sei, Alltagsaufgaben wahrzunehmen, zu planen und auch durchzuführen. Antriebsverhalten und leicht reduziertes Durchhaltevermögen führten

allerdings zu Beeinträchtigungen. Flexibilität und Umstellungsfähigkeit seien durchaus vorhanden. Was die Kompetenz und Wissensanwendung anbelange, so seien hier mit Blick auf die langjährige Abstinenz vom Arbeitsmarkt Beeinträchtigungen festzuhalten. Der Beschwerdeführer sei zu einer Realitätsprüfung und Urteilsfindung in der Lage. Er könne Entscheidungen von vernünftigen Erwägungen abhängig machen. Die Entscheidungsfähigkeit sei leicht eingeschränkt, da der Beschwerdeführer unter leicht ausgeprägt depressiver Ambivalenz leide. Diese führe zu einer Beeinträchtigung der Entscheidungsfähigkeit, hebe sie allerdings keineswegs auf. Proaktivität und Spontanaktivitäten seien im Zuge einer leichten depressiven Hemmung beeinträchtigt, allerdings sei der Beschwerdeführer durchaus zu spontanen Aktivitäten in der Lage, so dass der Beeinträchtigungsgrad hier ebenfalls nur leicht bis allenfalls mittelgradig ist. Im Hinblick auf Widerstands- und Durchhaltefähigkeit sei der Beeinträchtigungsgrad ebenfalls nur leicht eingeschränkt. Es bestünden bei depressiven Kognitionen durchaus Einschränkungen im Durchhaltevermögen, die dazu führten, dass der Beschwerdeführer sowohl weniger konfliktfähig sei als auch weniger Durchhaltevermögen aufweise. Vorzeitige Erschöpfung reduziere das quantitative Leistungsvermögen in zeitlicher Hinsicht. Selbstbehauptungsfähigkeit bestehe, der Beschwerdeführer zeige durchaus Durchsetzungsfähigkeit. Der Bereich der Interaktionsgestaltung, also der Konversation und Konfliktfähigkeit zu Dritten, zeige im psychopathologischen Befund auf der Ebene zur Konversation und Interaktion mit dem Referenten keine wesentlichen Einschränkungen, und auch ein ausgewiesener, sozialer Rückzug aus allen Lebensbereichen bestehe nicht. Die Gruppenfähigkeit sei nicht eingeschränkt, Teamfähigkeit liege durchaus vor, sofern der Beschwerdeführer nicht an Arbeitsplätzen eingesetzt werde, welche mit hohen Anforderungen an die Konfliktfähigkeit einhergingen. Die Fähigkeit zu engen dyadischen Beziehungen sei ausreichend erhalten. Im Bereich Selbstpflege und Selbstversorgung bestünden keine Einschränkungen. Mobilität und Verkehrsfähigkeit seien nicht aufgehoben, der Beschwerdeführer sei wegefähig, er sei in der Lage, öffentliche Verkehrsmittel zu benutzen. Somit sei er auch in der Lage, pünktlich Arbeitsplätze regelmässig aufzusuchen. Er habe dies auch anlässlich der Integrationsmassnahme bewiesen. Zusammenfassend sei festzuhalten, dass der Beschwerdeführer durchaus über Ressourcen in den komplexen Ich-Funktionen (Intentionalität, Realitätsprüfung, Urteilsbildung, Interaktionsgestaltung, Affektregulation) verfüge. Damit sei er im Bereich der psychischen Grundfunktionen (Erleben, Handeln, Gestalten und Wollen) durchaus in der Lage, sich auf eine regelmässige Tätigkeit einzustellen (A.S. 128 f.).

Im Weiteren führte Dr. med. H. \_\_\_ aus, der Beschwerdeführer könne die zuletzt ausgeübte Tätigkeit durchaus verrichten. Ihm sei diese Tätigkeit mit den verbleibenden Ressourcen, aber auch vor dem Hintergrund der festgestellten Defizite, durchaus möglich. Er könne diese Tätigkeit allerdings lediglich im zeitlichen Umfang von 50 % (entsprechend 4.25 Stunden täglich) ausüben. Das Durchhaltevermögen sei, wie oben geschildert, reduziert. Zudem bestehe eine depressiv bedingte Ermüdbarkeit. Zusätzlich sei eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit allerdings nicht zu begründen. Der Beschwerdeführer sollte lediglich einfache geistige Tätigkeiten ohne besondere Verantwortungsgrade ausüben. Derartige Tätigkeiten könne er 4.25 Stunden täglich ohne weitere Minderung der Leistungsfähigkeit verrichten (A.S. 129). Der Verlauf der depressiven Störung unterliege oft einer Eigendynamik, die selten vorhersehbar sei. Mit Blick auf die im Längsschnitt dokumentierten Befunde lasse sich festhalten, dass ab 2013 offenbar eine Stabilisierung eingetreten sei (A.S. 130).

4.2.13 Auf die Rückfrage des Gerichts hin gab der psychiatrische Experte Dr. med. H.\_\_\_\_ am 19. Juni 2018 eine ergänzende Stellungnahme ab (A.S. 134 ff.). Er unterzog die festgestellten Erkrankungen einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 (A.S. 134 ff.). Er führte aus, der Schweregrad einer depressiven Episode werde entsprechend ICD-10 durch das Vorliegen von Haupt- und Zusatzsymptomen einer depressiven Erkrankung bestimmt. Die Hauptsymptome seien gedrückte, depressive Stimmung, Interessenverlust und Freudlosigkeit sowie Antriebsmangel und erhöhte Ermüdbarkeit. Die Grundstimmung des Beschwerdeführers sei anhaltend depressiv gedrückt. Ein Interesse- und Freudeverlust im Sinne einer Anhedonie liege aber nicht vor. Die Antriebslage sei leicht gemindert. Mithin seien von den drei Hauptsymptomen letztlich nur zwei erfüllt, nämlich depressive Stimmungslage und Antriebsminderung. Letztere jedoch in nur geringfügigem Ausprägungsgrad. Von den zusätzlichen Symptomen einer Depression bestünden Schuldgefühle, reduziertes Selbstwertgefühl, aber kein Verlust von Aufmerksamkeit. Es bestehe auch keine deutlich geminderte Konzentration. Übertriebene Zukunftssorgen, Gefühl von Hoffnungslosigkeit, Hilflosigkeit oder Suizidalität bestünden ebenfalls nicht. Eine depressionstypische Inappetenz liege ebenfalls nicht vor. Bei insgesamt grosszügiger Auslegung der geforderten Zusatzmerkmale einer depressiven Erkrankung gelange man schlussendlich zu der Feststellung, dass sieben Symptomkategorien auf der Befundebene nachgewiesen seien. Mithin sei von einer mittelschweren depressiven Episode auszugehen. Für das Vorliegen einer Somatisierungsstörung seien multiple, wiederholt auftretende und häufig wechselnde körperliche Symptome, die wenigstens zwei Jahre bestünden, charakteristisch. Der Verlauf der Störung sei chronisch, fluktuierend und häufig mit langdauernden Störungen des sozialen, interpersonalen und familiären Verhaltens verbunden. Bei hartnäckigen, unterschiedlichen und zahlreichen körperlichen Beschwerden, die aber nicht das vollständige und typische klinische Bild einer Somatisierungsstörung erfüllen, müsse die Diagnose einer undifferenzierten Somatisierungsstörung erwogen werden, wovon auch vorliegend auszugehen sei. Die Persönlichkeitsstruktur des Beschwerdeführers weise einzelne narzisstische Züge mit vermehrter Kränkbarkeit auf. Das Bild einer Persönlichkeitsstörung von Krankheitswert gemäss den Kriterien des ICD-10 sei allerdings nicht erfüllt. Aggravation im Sinne einer bewusstseinsnahen Symptomausgestaltung resp. gar Simulation, also bewusste, zielgerichtete Darstellung nicht vorhandener Symptome, liege nicht vor (A.S. 135 f.).

Zum Komplex «Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz» hielt der Experte fest, unter der bisherigen Behandlung habe die Symptomatik nur teilweise stabilisiert werden können. Festzuhalten sei jedoch, dass Behandlungserfolge diametral passiven Entpflichtungs- und Versorgungswünschen des Beschwerdeführers entgegenstünden. Von Behandlungsresistenz könne mithin nicht ausgegangen werden. Auch eine erfolgreiche Eingliederung stünde den passiven Entpflichtungs- und Versorgungswünschen des Beschwerdeführers entgegen (A.S. 137).

Zum Komplex «Komorbiditäten» führte er aus, weder aus den erhobenen Befunden, noch aus den anamnestischen Angaben des Beschwerdeführers, noch aus dem Dossier ergäben sich Komorbiditäten, die im konkreten Fall ressourcenhemmende Wirkung entfalten würden (A.S. 137).

Zum Komplex «Persönlichkeit» hielt der Experte fest, auf der Persönlichkeitsebene weise der Beschwerdeführer weit in die Biographie zurückreichende Strukturmerkmale einer

narzisstischen Prägung auf. Es sei von einer narzisstischen Persönlichkeitsakzentuierung auszugehen, welche für sich genommen aber nicht krankheitswertigen Ausprägungsgrad annehme. Darüber hinaus verfüge der Beschwerdeführer über Ressourcen in den komplexen Ich-Funktionen wie Realitätsprüfung, Urteilsfindung, aber auch Intentionalität und Antrieb. Gravierende Beeinträchtigungen der Affektsteuerung bestünden nicht. Es sei von einer mittelgradigen Depression auszugehen, die behandlungsfähig sei. Es fänden sich auch keine krankheitswertigen Einschränkungen in der Realitätswahrnehmung. Die Selbstwahrnehmung des Beschwerdeführers sei geprägt von passiven Entpflichtungswünschen (A.S. 137).

Zum Komplex «Sozialer Kontext» führte der Experte aus, der Beschwerdeführer sei innerhalb der Familie ausreichend integriert. Es bestünden zwar soziale Rückzugstendenzen, aber die Informationen über die Gestaltung seines Lebens erlaubten den Rückschluss auf vorhandene, mobilisierbare Ressourcen (A.S. 137).

Zur «Konsistenz» lässt sich der Beurteilung des Gutachters entnehmen, die vom Beschwerdeführer geschilderte hochgradige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen lasse sich nicht bestätigen, wenn er beispielsweise in der Lage sei, sich in seinen Kleingarten zu bewegen, dort ein gewisses Mass an Freude zu erfahren, und auch Hinweise auf Aktivitäten wie [ ]reisen ■ auch wenn sie familiär und nicht ferienhalber bedingt seien ■ liessen Rückschlüsse auf ein durchaus vorhandenes Aktivitätenniveau zu, welches nicht der subjektiven Wahrnehmung des Beschwerdeführers, er sei in allen Aktivitäten schwer gehemmt, entspreche. Ein gewisser Leidensdruck sei spürbar. Der Beschwerdeführer nehme auch angebotene Therapien wahr, aber vor dem Hintergrund der im Gutachten dargestellten Entwicklung lägen auch passive Entpflichtungswünsche vor, welche Behandlungs- und Eingliederungserfolgen entgegenstünden. Der Leidensdruck sei insgesamt mittelschwer, aber nicht schwer ausgeprägt. Eine unabwendbare Unfähigkeit zur Krankheitseinsicht liege nicht vor (A.S. 138).

4.2.14 Mit der Stellungnahme vom 12. Juli 2018 zum psychiatrischen Gutachten lässt der Beschwerdeführer einen Bericht von Dr. med. P.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, vom 2. Mai 2018 einreichen (Urkunde 50). Darin wurden die folgenden Diagnosen gestellt:

#### Nebendiagnosen

Bei der Untersuchung zeige der Beschwerdeführer an der linken Schulter vorwiegend Impingementzeichen, Hawkins und Neer-Tests seien positiv. Der Bodycross sei unangenehm. Lift off und Schürzengriff und Bellypress seien gut möglich. Er habe keine Lag-Zeichen. Am Knie links habe er tatsächlich an der Patellaspitze im Bereich des medialen Hoffas eine Druckdolenz, keinen Erguss. Die Hamstrings seien leicht verkürzt. Dr. med. P.\_\_\_\_ habe dem Beschwerdeführer und dem ihn begleitenden Nachbarn erklärt, dass er keinen operationswürdigen Befund habe. Er denke, dass die Beschwerden des Beschwerdeführers physiotherapeutisch angegangen werden könnten, weshalb er eine zweite Verordnung, diesmal unter Einbezug des Knies, ausgefüllt habe. Das Knie sei im jetzigen Zustand nicht operationswürdig, allfällig sei aber, falls die drei Monate Physiotherapie der Schulter nichts bringen würden, hier eine arthroskopische Dekompression zu diskutieren.

5. Im Folgenden ist zu prüfen, ob dem vom Gericht veranlassten psychiatrischen Gutachten von Dr. med. H.\_\_\_\_ vom 31. Mai 2018 (A.S. 97 ff.) sowie seiner ergänzenden Beurteilung vom 19. Juni 2018 (A.S. 135 ff.) Beweiskraft zukommt und ob seit der rechtskräftigen Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 24. Februar 2003 (IV-Nr. 17) eine relevante Veränderung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers ausgewiesen ist.

5.1 Das psychiatrische Gutachten von Dr. med. H.\_\_\_\_ (A.S. 97 ff.) beruht auf den vollständigen Vorakten sowie auf spezialärztlichen Untersuchungen in der Disziplin «Psychiatrie». Die vom Beschwerdeführer angegebenen Beschwerden wurden durch den Gutachter berücksichtigt und in seine Beurteilung einbezogen. Die Expertise konnte sich somit auf vollständige Grundlagen stützen. Der Gutachter gibt 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 Schlussfolgerungen der Begutachtung wiedergegeben. Inhaltlich gelangt das Gutachten zu schlüssigen Ergebnissen, welche nachvollziehbar hergeleitet werden. Die abweichenden Einschätzungen in den medizinischen Vorakten wurden durch den Gutachter berücksichtigt und es ist erkennbar, warum ihnen nicht oder nur teilweise gefolgt wurde. Das Gutachten wird damit den durch die Rechtsprechung formulierten Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Stellungnahme (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352) gerecht. Es erfüllt die von der Rechtsprechung geforderten Voraussetzungen an ein Verlaufsgutachten (vgl. E. II. 3.4 hiervor).

Weiter ist festzuhalten, dass das sog. strukturierte Beweisverfahren gemäss BGE 141 V 281 nach der neuen Praxis grundsätzlich auf sämtliche psychischen Erkrankungen anzuwenden ist (BGE 143 V 418 E. 7.2 S. 429 sowie 143 V 409 E. 4.5.2 S. 416 f.). Dabei beurteilt sich die Frage, ob ein Leiden zu einer ganzen oder teilweisen Arbeitsunfähigkeit führt, nach einem strukturierten, normativen Prüfungsraster. Anhand eines Kataloges von Indikatoren erfolgt eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des ■ unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits ■ tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens (BGE 141 V 281 E.

### **E. 3.6**

S. 294 f.). Die massgeblichen Standardindikatoren lauten wie folgt (a.a.O. E. 4.1.3 S. 297):

1) Kategorie «funktioneller Schweregrad»

a) Komplex «Gesundheitsschädigung»

b) Komplex «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen)

c) Komplex «Sozialer Kontext»

2) Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens)

Diese Indikatorenprüfung hat Dr. med. H.\_\_\_\_ ■ auch wenn erst auf erneute Rückfrage des Gerichts ■ ordnungsgemäss durchgeführt, indem er sich eingehend mit den vorhandenen Ressourcen des Beschwerdeführers und der Konsistenz befasste (vgl. E. II. 4.2.13 hiervor). In der Gesamtschau aller Indikatoren ist davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer nicht über ausreichend mobilisierbare Ressourcen verfügt, um eine unlimitierte Arbeitsleistung zu erbringen. Die im Gerichtsgutachten aus medizinischer Sicht attestierte

Restarbeitsfähigkeit von 50 %, welche auf einer sorgfältigen Würdigung der Untersuchungsergebnisse beruht, erscheint vor diesem Hintergrund als plausibel. Das Gutachten entspricht mit anderen Worten im Ergebnis den normativen Vorgaben des Bundesgerichts, weshalb auch aus juristischer Sicht auf die dortige Beurteilung der Arbeitsfähigkeit abgestellt werden kann (vgl. BGE 144 V 50 E. 6.1 S. 57 f.).

Sodann spricht sich die medizinische Beurteilung durch Dr. med. H.\_\_\_\_ hinreichend darüber aus, inwiefern eine effektive Veränderung des Gesundheitszustandes stattgefunden hat. Auf Grund des Gerichtsgutachtens ist nämlich erstellt, dass sich der Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers seit der Rentenzusprache im Jahr 2003 verbessert haben: So führt der Gutachter aus, zum Zeitpunkt der Verfügung vom 24. Februar 2003 habe beim Beschwerdeführer ausweislich der seinerzeit geschilderten Befunde eine schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F32.2) vorgelegen. Seinerzeit habe man auch eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (F45.4) diagnostiziert. Der behandelnde Psychiater med. pract. E.\_\_\_\_ habe Motivations- und Konzentrationsstörungen, epigastrische Schmerzen, Kopfschmerzen, Schwindelgefühl, generelles Abgeschlagenheitsgefühl, Müdigkeit, Reizbarkeit und Grübelzwang festgestellt. Die Depression und Somatisierungsstörung hätten jede Erwerbstätigkeit verhindert. Zum Zeitpunkt der Begutachtung durch Dr. med. B.\_\_\_\_ seien die diagnostischen Algorithmen einer schwergradigen Depression nicht mehr hinlänglich erfüllt gewesen. Das Aktivitätenniveau des Beschwerdeführers wie auch der psychopathologische Befund liessen lediglich eine mittelschwere depressive Episode erkennen. Zum Zeitpunkt der Verfügung vom 26. September 2017 hätten sogar Austrittsberichte der M.\_\_\_\_ aus 2014 und 2016 vorgelegen, in denen lediglich eine leichte depressive Episode bei rezidivierender depressiver Störung im Hinblick auf den Schweregrad der Depression attestiert werde. Im Jahr 2016 gehe man von einer kurzen depressiven Reaktion aus. Insgesamt habe sich mithin, auch unter Berücksichtigung der Ergebnisse der beruflichen Integrationsmassnahme, eine feststellbare Verbesserung im Gesundheitszustand und der Arbeitsfähigkeit ergeben. Retrospektiv betrachtet sei die Verbesserung mit Begutachtung durch Dr. med. B.\_\_\_\_ mit einer Wahrscheinlichkeit von mehr als 50 % erreicht gewesen. Dr. med. H.\_\_\_\_ gehe davon aus, dass auf der Basis der Untersuchung durch Dr. med. B.\_\_\_\_ spätestens am 8. November 2013 der verbesserte Gesundheitszustand dokumentiert sei.

5.2 Zusammenfassend bestand zum Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 26. September 2017 wegen des psychischen Leidens (langanhaltende depressive Episode mittelgradigen Ausprägungsgrades (ICD-10 F31.1) in der angestammten wie auch einer angepassten Tätigkeit neu eine Leistungseinbusse von 50 %. Es liegt mit anderen Worten gegenüber der ursprünglichen Rentenzusprache eine gesundheitliche Veränderung bzw. Verbesserung vor, welche eine revisionsmässige Überprüfung des Rentenanspruchs erlaubt. Eine Verbesserung des Gesundheitszustands liegt demnach insoweit vor, als der psychische Zustand besser geworden ist, indem sich der Schweregrad der Depression verringert hat.

### 5.3

5.3.1 Daran vermag auch der Einwand des Beschwerdeführers nichts zu ändern, wonach wegen den Unterschieden zwischen einer Untersuchungssituation und einer Tätigkeit an einem Arbeitsplatz in der freien Wirtschaft sich die Feststellungen des Gutachters nicht auf eine Arbeitssituation übertragen liessen; der Beschwerdeführer sei nicht in der Lage, eine Arbeitstätigkeit von mehr als zwei Stunden auszuüben. Diesbezüglich sei auf das Ergebnis

des Belastbarkeitstrainings in der D. \_\_\_ hinzuweisen (vgl. A.S. 143 ff.). Dem Beschwerdeführer ist zu entgegnen, dass den medizinischen Abklärungen gegenüber denjenigen der Fachleute der Berufsberatung/beruflichen Eingliederung ein grösseres Gewicht zukommt (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_59/2013 vom 22. April 2013 E. 3.3.1). Bei der Abschätzung der Folgen aus den diagnostizierten gesundheitlichen Beeinträchtigungen nimmt zuerst der Arzt Stellung zur Arbeitsfähigkeit. Eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit kann immer nur dann anspruchserheblich sein, wenn sie Folge einer Gesundheitsbeeinträchtigung ist, die fachärztlich einwandfrei diagnostiziert worden ist (Urteil des Bundesgerichts 8C\_295/2017 vom 27. September 2017 E. 6.4.2 mit Hinweis auf BGE 141 V 281). Indessen darf Ergebnissen leistungsorientierter beruflicher Abklärungen nicht jegliche Aussagekraft für die Beurteilung der Restarbeitsfähigkeit abgesprochen werden. Steht eine medizinische Einschätzung der Leistungsfähigkeit in offensichtlicher und erheblicher Diskrepanz zu einer Leistung, wie sie während einer ausführlichen beruflichen Abklärung bei einwandfreiem Arbeitsverhalten/-einsatz der versicherten Person effektiv realisiert und gemäss Einschätzung der Berufsfachleute objektiv realisierbar ist, vermag dies ernsthafte Zweifel an den ärztlichen Annahmen zu begründen und das Einholen einer klärenden medizinischen Stellungnahme ist grundsätzlich unabdingbar (Urteil des Bundesgericht 9C\_737/2011 vom 16. Oktober 2012 E. 3.3). Hierzu ist zunächst festzuhalten, dass Dr. med. H. \_\_\_ sein Gutachten in Kenntnis der Einschätzungen der D. \_\_\_ im Bericht vom 6. März 2015 (IV-Nr. 85) und dem Abschlussbericht der beruflichen Eingliederung vom 12. März 2015 (IV-Nr. 84) abgab (vgl. A.S. 105 f.). Die Diskrepanz zwischen seiner eigenen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit und der Selbsteinschätzung des Beschwerdeführers, welche im Bericht der D. \_\_\_ vom 6. März 2015 Niederschlag gefunden hat, lässt sich gemäss dem Gutachter unter anderem dadurch erklären, dass der Beschwerdeführer wenig Veränderungsmotivation sowie passive Versorgungs- und Entlastungswünsche erkennen lassen habe, welche diametral einem Eingliederungserfolg entgegengestanden seien. Insoweit könne das Ergebnis der Eingliederungsmassnahme auch nicht als Beweis für eine Leistungsfähigkeit herangezogen werden, weil amotivationale Aspekte auch eine Rolle gespielt hätten (A.S. 126). Es lässt sich aus dem Schlussbericht der D. \_\_\_ vom 6. März 2015 demnach nicht schliessen, dass dem Beschwerdeführer eine Erwerbstätigkeit entgegen der gutachterlichen Einschätzung nur im Rahmen von zwei Stunden täglich zuzumuten wäre. Sodann verkennt der Beschwerdeführer, dass der Gutachter sich umfassend mit den Auswirkungen der von ihm erhobenen Diagnosen auf die einzelnen Fähigkeiten und Kompetenzen des Beschwerdeführers auseinandersetzt und so schliesslich zu einer nachvollziehbaren und differenzierten Einschätzung des (quantitativ und qualitativ noch vorhandenen) funktionellen Leistungsvermögens gelangt (vgl. A.S. 128 ff.). Demnach kann ■ entgegen den Vorbringen des Beschwerdeführers ■ ohne Zweifel auf die in einer umfassenden Gesamtbetrachtung von Dr. med. H. \_\_\_ erhobene, schlüssig begründete 50%ige Arbeitsunfähigkeit abgestellt werden. Ausserdem ist bei der Frage der Zumutbarkeit einer Tätigkeit insofern eine objektive Betrachtungsweise massgebend, als es nicht auf das subjektive Empfinden der versicherten Person ankommen kann (BGE 141 V 281 E. 3.7.1 S. 295; Urteile des Bundesgerichts 8C\_295/2017 vom 27. September 2017 E. 6.4.2 und 8C\_303/2016 vom 18. Juli 2016 E. 6.1).

5.3.2 An der beweiswertigen Beurteilung des psychiatrischen Gutachters Dr. med. H. \_\_\_ vermag auch der im Beschwerdeverfahren eingereichte Bericht von Dr. med. P. \_\_\_ vom 2. Mai 2018 (vgl. E. II. 4.2.14 hiervor) sowie die Verordnungen zur Physiotherapie vom 16.

April 2018, 2. Mai 2018 und 9. Juli 2018 (Urkunden 51 ■ 53) nichts zu ändern. Im vorliegenden Verfahren sind die Verhältnisse bis zum Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 26. September 2017 massgebend (vgl. E. II. 1.2 hiervor). Die Entwicklung der Verhältnisse nach Erlass der angefochtenen Verfügung ist ausnahmsweise in die sozialversicherungsrechtliche Beurteilung einzubeziehen, wenn sich daraus Rückschlüsse auf den Sachverhalt bis zum Zeitpunkt des Verwaltungsaktes ziehen lassen (vgl. statt vieler Urteil des Bundesgerichts 9C\_3872016 vom 24. Oktober 2016 E. 3.4.2 mit Hinweisen). Inwiefern dieser nach Erlass der angefochtenen Verfügung vom 26. September 2017 ergangene Bericht sodann Rückschlüsse auf die Verhältnisse im relevanten Zeitraum zulassen soll, ist nicht ersichtlich und damit nicht entscheidwesentlich.

## **E. 6**

6.1 Nach dem Gesagten ist aufgrund des vollumfänglich beweiskräftigen fachärztlichen Gutachtens von Dr. med. H. \_\_\_ vom 31. Mai 2018 und seiner ergänzenden Stellungnahme vom 19. Juni 2018 eine wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, d.h. eine Verbesserung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers, spätestens ab dem Datum der Begutachtung durch Dr. med. B. \_\_\_ am 8. November 2013 (A.S. 128), eingetreten. Wie erwähnt, weicht das Gericht bei Gerichtsgutachten nicht ohne zwingende Gründe von der Einschätzung des medizinischen Experten ab (vgl. E. II. 3.5 hiervor). Solche zwingenden Gründe sind nicht ersichtlich. Es bestehen keine Anhaltspunkte, dass das Gerichtsgutachten widersprüchlich wäre, sich eine davon abweichende Beurteilung aufdrängen könnte oder dessen Schlüssigkeit in Frage zu stellen wäre. Nach den massgebenden gutachterlichen Angaben ist die zum Zeitpunkt der Verfügung vom 24. Februar 2003 attestierte Diagnose einer schweren depressiven Episode ohne psychotischen Symptome, welche damals eine vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers ausgelöst hatte, nicht mehr zu stellen und aktuell von einer mittelgradigen depressiven Episode auszugehen. Demnach liegt keine unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen medizinischen Sachverhalts vor, welche einer Rentenrevision im Sinne von Art. 17 ATSG entgegenstehen würde (vgl. E. II. 2.3 hiervor). Auf die davon abweichenden Beurteilungen der behandelnden Ärzte kann nicht abgestellt werden, enthalten diese doch keine wichtigen Aspekte, welche im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind. Nach den Angaben von Dr. med. H. \_\_\_ ist der Beschwerdeführer in der bisherigen Tätigkeit als Mitarbeiter Spritzerei (ebenso in einer angepassten Verweistätigkeit) zu 50 % arbeitsfähig. Angesichts der bereits umfassenden fachärztlichen medizinischen Dokumentation besteht sodann kein Anlass für weitergehende Beweiserhebungen, namentlich die Einholung einer rheumatologischen und orthopädischen Expertise (antizipierte Beweiswürdigung; Urteil des Bundesgerichts 8C\_576/2015 vom 21. September 2015 E. 3.2 mit Hinweisen).

6.2 Vor diesem Hintergrund erübrigt es sich, zur Feststellung des Invaliditätsgrades einen Einkommensvergleich mit genauer Ermittlung des Validen- und Invalideneinkommens durchzuführen. Der Invaliditätsgrad entspricht vielmehr dem Grad der Arbeitsunfähigkeit von 50 % (sog. Prozentvergleich), womit ein Anspruch auf eine Invalidenrente besteht (BGE 114 V 307 E. 3a S. 313 mit Hinweisen). Somit hat der Beschwerdeführer ab November 2017 Anspruch auf eine halbe Rente (vgl. E. II.

## **E. 8**

8.1 Nach ständiger Rechtsprechung ist im Regelfall eine medizinisch attestierte Verbesserung der Arbeitsfähigkeit auf dem Weg der Selbsteingliederung zu verwerten. Bei Versicherten, die bei der revisions- oder wiedererwägungsweisen Herabsetzung oder Aufhebung der Invalidenrente das 55. Altersjahrs vollendet haben oder die eine Rentenbezugsdauer von mindestens 15 Jahren aufweisen, ist ■ von Ausnahmen abgesehen ■ eine Selbsteingliederung grundsätzlich nicht zumutbar (Urteil des Bundesgerichts 9C\_491/2017 vom 26. September 2017 E. 4.3 mit Hinweisen). Nach langjährigem Rentenbezug können ausnahmsweise Erfordernisse des Arbeitsmarktes der Anrechnung einer medizinisch vorhandenen Leistungsfähigkeit und medizinisch möglichen Leistungsentfaltung entgegenstehen, wenn aus den Akten einwandfrei hervorgeht, dass die Verwertung eines bestimmten Leistungspotenzials ohne vorgängige Durchführung befähigender Massnahmen allein vermittels Eigenanstrengung der versicherten Person nicht möglich ist (Urteil 9C\_163/2009 vom 10. September 2010 E. 4.1 und 4.2.2). Die Verwaltung muss sich vor der Herabsetzung oder Aufhebung einer Invalidenrente vergewissern, ob sich ein medizinisch-theoretisch wiedergewonnenes Leistungsvermögen ohne Weiteres in einem entsprechend tieferen Invaliditätsgrad niederschlägt oder ob dafür ■ ausnahmsweise ■ im Einzelfall eine erwerbsbezogene Abklärung (der Eignung, Belastungsfähigkeit usw.) und / oder die Durchführung von Eingliederungsmassnahmen im Rechtssinne vorausgesetzt ist (Urteil des Bundesgerichts 9C\_768/2009 vom 10. September 2010 E. 4.1.2).

8.2 Der Beschwerdeführer war bei Erlass der rentenaufhebenden Verfügung 58 Jahre alt und hatte während 15 Jahren eine ganze Rente bezogen. Die Durchführung von Eingliederungsmassnahmen setzen auf jeden Fall die subjektive Eingliederungsfähigkeit voraus, d.h. einen Eingliederungswillen bzw. eine entsprechende Motivation der versicherten Person (Urteile des Bundesgerichts 9C\_317/2017 vom 19. Juni 2017 E. 3.1 und 8C\_611/2018 vom 7. Januar 2019 E. 6.1). Daran fehlte es hier bis zur angefochtenen Verfügung. Der Beschwerdeführer habe sich während des Belastbarkeitstrainings vom Dezember 2014 bis März 2015 nicht in der Lage gesehen, das Pensum auf über zwei Stunden pro Tag zu steigern, woraufhin die berufliche Eingliederung aufgrund der subjektiven Krankheitsüberzeugung des Beschwerdeführers abgebrochen worden sei (IV-Nr. 84). Da der Beschwerdeführer auch während des Beschwerdeverfahrens der Meinung gewesen ist, er könne kein Pensum von mehr als zwei Stunden pro Tag ausüben, hat es ihm an der subjektiven Eingliederungsfähigkeit für die Verwertung des gutachterlich festgestellten Leistungsvermögens gefehlt.

## **E. 9**

9.1 Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat der im kantonalen Beschwerdeverfahren obsiegende Beschwerdeführer Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Ist das Quantitative einer Leistung streitig, rechtfertigt eine «Überklagung» eine Reduktion der Parteischädigung nur, wenn das Rechtsbegehren den Prozessaufwand beeinflusst. Bei Streitigkeiten um die Höhe einer Invalidenrente darf die Parteischädigung daher nicht allein deswegen reduziert werden, weil der Beschwerde führenden Person nicht die beantragte ganze oder höhere Rente, sondern eine geringere Teilrente zugesprochen wird (Urteil des Bundesgerichts 9C\_288/2015 vom 7. Januar 2016 E. 4.2 mit Hinweisen). Mit vorliegender Beschwerde wird die Weiterausrichtung der bisherigen ganzen Invalidenrente, eventualiter einer Dreiviertelsrente, beantragt (vgl. Rechtsbegehren, Ziff. 1), zugesprochen wird dem Beschwerdeführer eine halbe Rente. Diese Konstellation, wonach der Beschwerdeführer im

Grundsatz obsiegt und lediglich im Masslichen (teilweise) unterliegt, rechtfertigt nach dem Gesagten die Zusprechung einer vollen Parteientschädigung zu Lasten der Beschwerdegegnerin.

Die Parteikosten 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.

9.2 Die von der Vertreterin eingereichte Kostennote (A.S. 163 ff.) weist einen Zeitaufwand von 885 Minuten (= 14.75 Stunden; 335 Minuten bzw. 5,58 Stunden bis 31. Dezember 2017 und 550 Minuten bzw. 9,17 Stunden ab 1. Januar 2018) aus. Davon entfallen insgesamt 357 Minuten (= 5,95 Stunden; 50 Minuten bzw. 0,83 Stunden bis 31. Dezember 2017 und 307 Minuten bzw. 5,12 Stunden ab 1. Januar 2018) auf diverse Besprechungen mit dem Beschwerdeführer. Dies erscheint als zu hoch, einerseits im Hinblick auf vergleichbare Fälle, andererseits, weil diese Besprechungen nicht durchwegs in einen Zusammenhang mit der Vorbereitung von Rechtsschriften, dem Studium von Eingaben der Beschwerdegegnerin oder Verfügungen des Versicherungsgerichts gebracht werden können. Vor diesem Hintergrund erscheint eine Kürzung um 120 Minuten als angemessen (0,83 Stunden bis 31. Dezember 2017 und 3,12 Stunden ab 1. Januar 2018). Hinzu kommt, dass die Kostennote einen Aufwand für 15 Klientenbriefe («Brief an A. \_\_\_» je drei Minuten) beinhaltet, bei denen mangels eindeutiger Bezeichnung praxismässig von Orientierungskopien u.ä. auszugehen ist. Dabei handelt es sich um reine Kanzleiarbeit, welche im Stundenansatz eines Anwaltes bereits inbegriffen und nicht separat zu vergüten ist. Ein pauschaler Hinweis der Vertreterin, es handle sich bei diesen Schreiben nicht um reine Kanzleiarbeit (vgl. A.S. 162) genügt nicht. Auch kannder unter dem Datum vom 6. Februar 2018 geltend gemachte Aufwand von drei Minuten (= 0,05 Stunden) für die Ausarbeitung des Fristerstreckungsgesuches ohne besondere Begründung nicht berücksichtigt werden. Im Weiteren sind die drei Schreiben der Vertreterin des Beschwerdeführers vom 18. Januar 2018 (3 Minuten), 13. März 2018 (3 Minuten) und vom 25. Juni 2018 (3 Minuten) beim Versicherungsgericht nicht eingegangen, weshalb der geltend gemachte Aufwand von 9 Minuten bzw. 0,15 Stunden nicht zu berücksichtigen ist. Anzurechnen ist folglich ein Aufwand von insgesamt 11,3 Stunden (320 Minuten bzw. 5,33 Stunden bis 31. Dezember 2017 und 5,97 Stunden ab 1. Januar 2018). Daraus ergibt sich mit dem beantragten Ansatz von CHF 260.00 eine Entschädigung von CHF 2'938.00 (1'385.80 + 1'552.20).

Was die Auslagen über CHF 508.00 betrifft, so beinhalten diese 842 Kopien à CHF 0.50 (615 Kopien bis 31. Dezember 2017 und 227 Kopien ab 1. Januar 2018; s. dazu § 161 i.V.m. § 160 Abs. 5 GebT, in der seit 15. Juli 2016 geltenden Fassung). Dazu ist zu bemerken, dass die Vertreterin einen umfangreichen Beilagenordner eingereicht hat, der namentlich Kopien des ergangenen Administrativgutachtens und anderer Urkunden aus den IV-Akten enthält. Die Vertreterin musste als erfahrene Anwältin wissen, dass das Gericht die IV-Akten praxismässig von Amtes wegen einholt und damit die besagten Unterlagen in das Verfahren beizieht. Zwar ist es einem Rechtsvertreter nicht schlechterdings untersagt, Kopien aus den IV-Akten als Beschwerdebeilage einzureichen. Hier aber wurde das vertretbare Mass weit überschritten. Die Vertreterin kann sich auch nicht darauf berufen, sie

habe die IV-Akten für den eigenen Gebrauch im Beschwerdeverfahren kopieren müssen: Sie war bereits am Vorbescheidverfahren beteiligt, und die Beschwerdegegnerin hatte ihr die IV-Akten in diesem Zusammenhang am 22. Februar 2016 zugestellt (IV-Nr. 93). Die zu vergütenden Kopien werden daher pauschal auf 442 Stück (315 bis 31. Dezember 2017 und 127 ab 1. Januar 2018) begrenzt, womit sich die Auslagen für Kopien auf CHF 221.00 reduzieren. Gänzlich zu streichen sind sodann die Spesen für die sich nicht in den Akten befindenden Schreiben der Vertreterin vom 18. Januar 2018, 13. März 2018 und vom 25. Juni 2018 von insgesamt CHF 3.00. Die Auslagen reduzieren sich so auf CHF 305.00 (CHF 180.50 bis 31. Dezember 2017 und CHF 124.50 ab 1. Januar 2018).

Einschliesslich CHF 254.40 Mehrwertsteuer (8 % / CHF 125.30 bis 31. Dezember 2017 resp. 7,7 % / CHF 129.10 ab 1. Januar 2018) beläuft sich die Parteientschädigung demnach auf total CHF 3'192.40.

Dem Beschwerdeführer wurde mit Verfügung vom 12. März 2018 (A.S. 88 ff.) die unentgeltliche Rechtspflege bzw. Rechtsverteidigung ab Prozessbeginn bewilligt (A.S. 88 ff.; vgl. E. I. 2.5 hiervor). Zufolge seines (teilweise) Obsiegens ist die bewilligte unentgeltliche Rechtsverteidigung gegenstandslos geworden.

9.3 Aufgrund von Art. 69 Abs. 1bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 ■ 1■000.00 festgelegt. Da die Beschwerdegegnerin im vorliegenden Verfahren unterliegt, hat sie die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen.

9.4 Nach der Rechtsprechung sind die Kosten eines Gerichtsgutachtens dem Versicherungsträger aufzuerlegen, wenn die Begutachtung notwendig wurde, weil es dieser in Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes unterlassen hatte, den relevanten medizinischen Sachverhalt vollständig und zuverlässig abzuklären (BGE 139 V 496). Das Gericht holte das Gutachten des für die Gutachterstelle G. \_\_\_ tätigen Gutachters Dr. med. H. \_\_\_ in erster Linie deshalb ein, weil das durch die Beschwerdegegnerin eingeholte psychiatrische Gutachten des Gutachters Dr. med. B. \_\_\_ eine Beurteilung der invalidisierenden Wirkung der diagnostizierten undifferenzierten Somatisierungsstörung F45.1, resp. somatoform-autonome Funktionsstörungen F45.3, unter dem Aspekt der mit BGE 141 V 281 begründeten Rechtsprechung nicht zulässig. Die Beurteilung der Standardindikatoren durch die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung vom 26. September 2017 (A.S. 1 ff.) vermochte nicht vollständig zu überzeugen. Sie äussert sich nur zu einem Teil der relevanten Aspekte und basiert teilweise auf nicht hinreichend gesicherten Annahmen, was vor allem darauf zurückzuführen ist, dass das ihr vorliegende Gutachten des Gutachters Dr. med. B. \_\_\_ nur wenige für die Beurteilung der Indikatoren relevante Informationen enthielt (vgl. IV-Nr. 60.1 S. 12 ff.). Aus diesem Grund war es auch dem Gericht nicht möglich, die massgebenden Schweregradindikatoren mit hinreichender Zuverlässigkeit zu beurteilen. Da das Urteil BGE 141 V 281 am 3. Juni 2015 vor dem Erlass der angefochtenen Verfügung vom 26. September 2017, erging, wäre die Beschwerdegegnerin aufgrund des Untersuchungsgrundsatzes gehalten gewesen, den Sachverhalt ergänzend gutachterlich abzuklären. Ihr sind daher die Kosten des Gerichtsgutachtens (inkl. Ergänzungsgutachten vom 19. Juni 2018) von CHF 3'389.40 aufzuerlegen.

Demnach widerkannt:

#### Rechtsmittel

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

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Die Vizepräsidentin                      Die Gerichtsschreiberin

Weber-Probst                              Yalcin

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