

SO_GERICHTE VSBES.2017.50 vom 9. Januar 2017

SO Obergericht, 2017-01-09, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2017.50

FR: SO_GERICHTE VSBES.2017.50 du 9 janvier 2017

IT: SO_GERICHTE VSBES.2017.50 del 9 gennaio 2017

Erwägungen

E. 1

1.1 Der 1955 geborene A.____ (im Folgenden: Beschwerdeführer) arbeitete vom 15. Februar 1995 bis 30. April 2000 als Hilfsarbeiter bei der B.____, [...]. Am 8. Mai 2000 meldete er sich wegen Rückenbeschwerden bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (IV-Nr. 2). Dr. med. C.____, Innere Medizin FMH, spez. Rheumatologie, diagnostizierte in ihrem Bericht vom 12. Februar 2001 eine seit mindestens 1998 bestehende somatoforme Schmerzstörung und gab nach einem im Dezember 1999 fehlgeschlagenen Arbeitsversuch eine seit 1. Januar 2000 bestehende vollständige Arbeitsunfähigkeit an (IV-Nr. 44 S. 48 ff.). In der Folge veranlasste die IV-Stelle des Kantons Solothurn (im Folgenden: Beschwerdegegnerin) eine psychiatrische Begutachtung durch Dr. med. D.____, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, welche am 30. März 2001 erfolgte (Gutachten vom 8. Mai 2001, IV-Nr. 44 S. 33 ff.). Mangels rentenbegründendem Invaliditätsgrad verneinte die Beschwerdegegnerin den Anspruch des Beschwerdeführers auf berufliche Eingliederungsmassnahmen und eine Invalidenrente mit rechtskräftiger Verfügung vom 11. März 2002 (IV-Nr. 28).

1.2 Mit Schreiben vom 7. Juli 2004 beantragte der Hausarzt des Beschwerdeführers, Dr. med. E.____, Allgemeinarzt, aufgrund deutlich veränderter und somit neuer Krankheitssituation eine neue psychiatrische Beurteilung und eine anschliessende IV-Revision (IV-Nr. 34 S. 1). Dieses Begehren untermauerte er mittels eines Berichts der F.____, über das Erstgespräch vom 2. und 21. Juni 2004. Deren Ärzte diagnostizierten beim Beschwerdeführer eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung. Die Beschwerdegegnerin lehnte das Leistungsbegehren mangels Invalidität mit Verfügung vom 10. November 2004 ab (IV-Nr. 38). Die dagegen erhobene Einsprache lehnte die IV-Stelle mit Einspracheentscheid vom 25. April 2005 ab. Zur Begründung wurde angegeben, die tatsächlichen Verhältnisse des Beschwerdeführers hätten sich seit der letzten IV-Verfügung nicht in einer anspruchsbeeinflussenden Weise verändert. Die somatoforme Schmerzstörung müsse mangels Vorliegen von Ausnahmekriterien als überwindbar bezeichnet werden (IV-Nr. 49). Vom 18. Oktober bis 7. November 2005 war der Beschwerdeführer in der G.____ hospitalisiert (IV-Nr. 55). Die gegen den vorerwähnten Einspracheentscheid erhobene Beschwerde wies das Versicherungsgericht des Kantons Solothurn (im Folgenden: Versicherungsgericht) mit Urteil vom 18. August 2006 ab (VSBES.2005.192, IV-Nr. 58 S. 2 ff.). Die dagegen erhobene Verwaltungsgerichtsbeschwerde wurde vom Bundesgericht mit Urteil vom 5. Februar 2007 abgewiesen (I 868/06; IV-Nr. 61).

1.3 Am 13. Dezember 2007 stellte der Beschwerdeführer bei der IV erneut ein Leistungsgesuch. Darauf trat die IV-Stelle mit rechtskräftiger Verfügung vom 25. Februar 2008 mangels glaubhaft gemachter neuer Tatsachen nicht ein (IV-Nr. 67).

1.4 In der Zeit vom 23. März 2011 bis 30. Januar 2015 war der Beschwerdeführer als Mitarbeiter in der geschützten Werkstatt der H.____, tätig (IV-Nr. 104 S. 4). Am 24. Februar 2012 wurde er in der I.____ am Rücken operiert (IV-Nr. 76 S. 7). Mit Eingabe an die IV-Stelle vom 21. März 2015 teilte der Beschwerdeführer nach erfolgter Rücksprache mit seinen behandelnden Ärzten mit, sein Gesundheitszustand habe sich verschlechtert (IV-Nr. 74). In der Folge veranlasste die IV-Stelle eine bidisziplinäre (rheumatologische und psychiatrische) Begutachtung im J.____, [...], welche am 11. und 12. Januar 2016 durchgeführt wurde (Gutachten vom 22. Januar 2016; IV-Nr. 95.1 S. 2 ff). Mit Eingabe vom 3. März 2016 liess der Beschwerdeführer zum Gutachten Stellung nehmen (IV-Nr. 104). Nach Rücksprache mit dem Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) stellte die Beschwerdegegnerin dem J.____ eine Verlaufsbeurteilung der behandelnden Psychiaterin vom 25. Februar 2016 sowie eine Eingabe der Beschwerdeführerin vom 3. März 2016 zur Stellungnahme zu (IV-Nr. 107). Am 5. April und 21. Juni 2016 nahm das J.____ dazu Stellung (IV-Nr. 108 und 110). Daraufhin erliess die Beschwerdegegnerin am 30. Juni 2016 einen Vorbescheid, worin sie die Abweisung des Anspruchs auf berufliche Eingliederungsmassnahmen sowie einer Invalidenrente in Aussicht stellte (IV-Nr. 111). Nach Zustellung des Einwands des Beschwerdeführers vom 29. August 2016 erliess die Beschwerdegegnerin am 9. Januar 2017 eine Verfügung, worin sie einen Einkommensvergleich vornahm, einen IV-Grad von 25 % ermittelte und den Leistungsanspruch des Beschwerdeführers im Sinne des Vorbescheids abwies. Zur Begründung wurde im Wesentlichen dargelegt, gemäss den medizinischen Abklärungen sei dem Beschwerdeführer eine leichte, vorwiegend sitzende Tätigkeit weiterhin vollumfänglich zuzumuten. In einer leichten bis selten mittelschweren Tätigkeit bestehe in einem vollen Pensum eine Leistungseinbusse von 25 % aufgrund eines erhöhten Pausenbedarfs und eines leicht reduzierten Rendements. Eine Invalidität im Sinne des Gesetzes liege somit weiterhin nicht vor (IV-Nr. 116).

E. 1.3

und 2.1.1, S. 9 Ziff. 3.1.2, S. 11 Ziff. 3.3.2 und S. 24 Ziff. 6). Dass sich die Gutachter angesichts des täglichen Arbeitspensums des Beschwerdeführers in der H.____ von lediglich ca. 3 Stunden pro Tag dahingehend äusserten, dies hänge auch mit einer deutlich ausgeprägten Krankheits- und Behinderungsüberzeugung zusammen (IV-Nr. 95.1 S. 11), erscheint angesichts der Ausführungen in der rheumatologischen Beurteilung, worin ebenfalls von Selbstlimitierung gesprochen wurde (vgl. IV-Nr. 95.1 S. 22 f. und 25), als nachvollziehbar. Die Angaben im Arbeitszeugnis der H.____ vom April 2015 (IV-Nr. 76 S. 21), wonach sich der Beschwerdeführer in der Werkstatt rasch eingearbeitet habe, und diejenigen in der Arbeitsbestätigung vom März 2016 (IV-Nr. 104 S. 4), wonach er «sehr gerne und pflichtbewusst zur Arbeit kam», vermögen die von den Gutachtern attestierte Arbeitsfähigkeit nicht in Frage zu stellen. Für eine Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit von lediglich ca. 3 Stunden pro Tag fehlt ein medizinisches Korrelat. Dementsprechend hielt der rheumatologische Gutachter auch in Bezug auf die von Dr. med. O.____ attestierte Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Verweistätigkeit von nur gerade 2 bis 3 Stunden pro Tag (IV-Nr. 85) fest, aus rein somatisch-rheumatologischer Sicht sei es schwierig nachzuvollziehen, wie eine derart hohe Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit objektiv begründet werden könne (IV-Nr. 95.1 S. 23). Entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers kann nicht auf eine oberflächliche oder tendenziöse Arbeitsweise der Gutachter geschlossen werden. Die abschliessende Beurteilung der sich aus einem Gesundheitsschaden ergebenden funktionellen Leistungsfähigkeit obliegt in der

Hauptsache dem Arzt, nicht den Fachleuten der beruflichen Eingliederung. Es bestehen keine ernsthaften Zweifel an der ärztlichen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit, weshalb auch kein Anlass besteht, weitere medizinische Abklärungen zu veranlassen oder ergänzende Stellungnahmen einzuholen.

12.5 Der Beschwerdeführer wendet im Weiteren ein, eine Indikatorenprüfung, welche es dem Rechtsanwender erlauben würde, verbindliche Aussagen zu entnehmen, fehle gänzlich (Beschwerde, S. 17 Ziff. 13).

Dazu ist zunächst festzuhalten, dass die J.____-Gutachter neben den rheumatologischen Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit auch psychiatrische Diagnosen stellten (leichte depressive Episode [ICD-10 F32.0], chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren [ICD-10 F45.41]), welche gemäss ihren Angaben keinen Einfluss auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers haben (vgl. E. II. 9.8 hiervor). Geht es um psychische Erkrankungen wie beispielsweise eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, ein damit vergleichbares psychosomatisches Leiden oder depressive Störungen leicht- bis mittelgradiger Natur, sind für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit systematisierte Indikatoren beachtlich, die ■ unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits ■ erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen. Die Prüfung der Standardindikatoren bleibt indessen entbehrlich, wenn im Rahmen beweiswertiger fachärztlicher Berichte eine Arbeitsunfähigkeit in nachvollziehbarer Weise verneint wird, und allfällig gegenteiligen Einschätzungen mangels fachärztlicher Qualifikation oder aus anderen Gründen kein Beweiswert beigemessen werden kann. Insbesondere in Fällen, in welchen nach der Aktenlage überwiegend wahrscheinlich von einer bloss leichtgradigen depressiven Störung auszugehen ist, die nicht schon als chronifiziert gelten kann und auch nicht mit Komorbiditäten einhergeht, ist in aller Regel kein strukturiertes Beweisverfahren erforderlich (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_177/2018 vom 3. August 2018 E. 3.2 und 8C_309/2018 vom 2. August 2018 E. 3.2, je mit Hinweisen). Angesichts der diagnostizierten leichten depressiven Episode und der chronischen Schmerzstörung sowie der zusätzlich gestellten rheumatologischen Diagnosen, welche sich auf die Arbeits- bzw. Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers auswirken, erscheint die vom psychiatrischen J.____-Gutachten vorgenommene Indikatorenprüfung zur Prüfung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers als notwendig und sachgerecht.

Zum Komplex «Gesundheitsschädigung» hielt der psychiatrische Gutachter fest, beim Beschwerdeführer seien im klinischen psychiatrischen Untersuchungsgespräch an objektiven psychopathologischen Befunden eine verminderte Freudeempfindungsfähigkeit und negative Zukunftsperspektiven bezüglich der gesundheitlichen und beruflichen Situation festzustellen gewesen. Der Beschwerdeführer beklagte vor allem diffuse, ausgeweitete Schmerzen im Bewegungsapparat und gab auch Schlafstörungen, eine erhöhte Ermüdbarkeit und Vergesslichkeit an. Ein deutliches aggravorisches Verhalten konnte im Untersuchungsgespräch nicht festgestellt werden. Deutlich auffällige Persönlichkeitszüge für die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung bestehen nach den ärztlichen Angaben nicht; gegen diese Diagnose spreche vor allem auch der Verlauf mit vor der Erkrankung sonst normaler Sozialisation und voller Leistungsfähigkeit. Es bestünden Ressourcen bezüglich einer angelernten Hilfsarbeit. Der Beschwerdeführer habe auch eine Berufsausbildung als Schreiner im Kosovo absolviert. Unter dem Titel «Behandlungen und Eingliederungen»

wurde angegeben, dass eine ambulante psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung durchgeführt werde. Es bestehe auch eine Medikation mit einem Antiepileptikum, das auch anxiolytische und analgetische Eigenschaften besitze. Der Psychiater führte aus, falls sich die Depressionen im Verlauf verschlechtern sollten, sei auch eine antidepressive Medikation einzusetzen (IV-Nr. 95.1 S. 10 ff. Ziff. 3.3). Eingliederungsmassnahmen seien ab sofort zumutbar, machten hier aber keinen Sinn wegen der deutlich ausgeprägten Krankheits- und Behinderungsüberzeugung. Beim Exploranden bestehe diagnostisch eine leichte depressive Episode, gekennzeichnet nach ICD-10 durch verminderte Freudeempfindungsfähigkeit, erhöhte Ermüdbarkeit, Schlafstörungen und negative Zukunftsperspektiven. Es bestehe auch eine ausgeweitete, diffuse Schmerzsymptomatik im Bewegungsapparat, deren Ausmass mit den somatischen Befunden nicht hinreichend objektiviert werden könne und die nicht nur mit einer Somatisierung im Rahmen der Depression erklärt werden könne. Diagnostisch handle es sich um eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren. Es bestünden psychosoziale Belastungsfaktoren, die eine Rolle spielten. Es bestehe ein chronischer Verlauf. Es sei aber auch eine deutlich ausgeprägte Krankheits- und Behinderungsüberzeugung vorhanden. Im Weiteren führte der psychiatrische Gutachter aus, für die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung nach ICD-10 fehlten deutlich schwere psychosoziale oder emotionale Belastungsfaktoren, die als hauptsächlich ursächliche Einflüsse der Schmerzen gelten könnten. Im Weiteren wurden die anderslautende Beurteilung der behandelnden Psychiaterin und des Hausarztes inhaltsbezogen und nachvollziehbar diskutiert (vgl. IV-Nr. 95.1 S. 13 f. Ziff. 3.6).

Zum Komplex «Persönlichkeit» gab der psychiatrische Gutachter an, der Beschwerdeführer stamme aus dem [...] und sei in einem Dorf bei [...] aufgewachsen. Er habe eine relativ gute Kindheit gehabt. Er habe die Grundschule besucht und danach eine dreijährige Schreinerlehre mit Berufsschule absolviert. Er habe auch Militärdienst geleistet. Nach dem Militär habe er als Tischler im ehemaligen Jugoslawien gearbeitet. Im Jahr 1987 sei er wegen der Arbeit in die Schweiz eingereist. Zuletzt sei er während 6 Jahren als Tischler bei der B.____ tätig gewesen; dort sei er krank geworden, worauf man ihm gekündigt habe. Er sei seit 15 Jahren krank und könne nicht mehr arbeiten. Er würde gerne arbeiten. Er sei ruhiger gewesen, als er gearbeitet habe, da er am Ende des Monats regelmässig einen Lohn erhalten habe. Er würde gerne z.B. leichte Montagearbeiten verrichten und denke, dass dies mit einem Pensum von 30 % auch möglich sei. Seit er bei Dr. med. N.____ in Behandlung sei, sei er ruhiger und habe wieder ein besseres Verhältnis zu seiner Ehefrau. Der übergewichtige Beschwerdeführer habe einen Gehstock bei sich gehabt. Er sei sehr freundlich und kooperativ gewesen und habe die gestellten Fragen sehr ausführlich beantwortet. Deutlich auffällige Persönlichkeitszüge bestünden nicht. Ressourcen für eine angelernte Hilfsarbeit seien vorhanden. Die Selbsteinschätzung des Beschwerdeführers, nur noch mit weit geschränkter Leistung im geschützten Rahmen arbeiten zu können, könne mit erheblichen psychiatrischen Befunden nicht begründet werden (IV-Nr. 95.1 S. 8 ff.).

Zum Komplex «Sozialer Kontext» wurde festgestellt, der Beschwerdeführer wohne zusammen mit seiner Ehefrau in einer 2 1/2-Mietwohnung. Die Ehefrau arbeite zu 60 % als Reinigerin in einem Spital. Finanziell lebe er vom Lohn der Ehefrau und vom Sozialamt. Im Jahr 1976 habe er seine Ehefrau, eine Bosnierin, geheiratet. Zusammen mit ihr habe er zwei erwachsene Söhne und eine erwachsene Tochter. Er sei Grossvater. Er gehe zu den Kindern und Grosskindern. Im Weiteren gehe er auch einkaufen, lasse sich von den Ärzten

kontrollieren und nehme die Therapien wahr. So sei er häufig in Bewegung. Die Haushaltarbeiten erledige vor allem die Ehefrau. Er versuche zwar mitzuhelfen, könne aber nicht lange helfen. In letzter Zeit habe er nicht mehr so Kontakte zu Kollegen. Mit dem Flugzeug verreist sei er letztmals im August 2015 in die Heimat zusammen mit seiner Ehefrau. Er sei alleine mit dem Zug zur Untersuchung nach Basel gefahren. Seit 8 Jahren fahre er nicht mehr selber Auto. Er habe auch kein eigenes Auto mehr (IV-Nr. 95.1 S. 9 ff.).

Bei der Kategorie «Konsistenz» wurde im Weiteren erwähnt, trotz subjektiv starker Beschwerden mit Schmerzen könne der Beschwerdeführer Flugreisen zusammen mit seiner Ehefrau in seine Heimat unternehmen. In einer Erwerbstätigkeit in der freien Wirtschaft fühle sich der Beschwerdeführer nicht mehr arbeitsfähig. Er fühle sich nur noch im geschützten Rahmen und mit weit eingeschränkter Leistung arbeitsfähig. Im Haushalt fühle er sich bedingt einsatzfähig wegen der Schmerzen. Auch in der Freizeit fühle er sich eingeschränkt, da er nicht mehr viele Kontakte zu Kollegen habe. Vor Eintritt des Gesundheitsschadens sei der Explorand deutlich aktiver gewesen und sei auch einer regelmässigen Erwerbstätigkeit nachgegangen. Eine krankheitsbedingte Unfähigkeit zur Therapieadhärenz bestehe nicht. Die Selbsteinschätzung des Beschwerdeführers, nur noch mit weit eingeschränkter Leistung im geschützten Rahmen arbeiten zu können, könne mit objektiv erheblichen psychiatrischen Befunden nicht begründet werden (IV-Nr. 95.1 S. 12 f.).

Nach der Prüfung der vorerwähnten massgebenden Indikatoren kam der psychiatrische Gutachter zum Schluss, beim Beschwerdeführer bestehe in allen seinen Fähigkeiten entsprechenden und aus somatischer Sicht angepassten Tätigkeiten eine 100%ige Arbeitsfähigkeit ohne Leistungseinschränkung. Auch im Verlauf sei eine Arbeitsunfähigkeit aus psychiatrischer Sicht nicht erwiesen (IV-Nr. 95.1 S. 14 Ziff. 3.7). Es besteht vorliegend kein Anhaltspunkt, dass die ärztlichen Darlegungen nicht mit den normativen Vorgaben übereinstimmen. Der psychiatrische Gutachter zeigt nachvollziehbar auf, dass beim Beschwerdeführer zwar eine leichte depressive Episode gemäss ICD-10 besteht, welche durch verminderte Freudeempfindungsfähigkeit, erhöhte Ermüdbarkeit, Schlafstörungen und negative Zukunftsperspektiven gekennzeichnet ist, diese Diagnose aber keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit hat. Es besteht sodann auch eine ausgeweitete, diffuse Schmerzsymptomatik im Bewegungsapparat, deren Ausmass mit den somatischen Beschwerden nicht hinreichend objektiviert und die nicht nur mit einer Somatisierung im Rahmen der Depression erklärt werden kann. Auch dieses als chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren zu diagnostizierende Leiden hat keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Das Bestehen einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung wird anhand der ICD-10-Kriterien verneint. Entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers können der Indikatorenprüfung des psychiatrischen Gutachters durchaus verbindliche Aussagen entnommen werden. Der Umstand, dass die ambulante psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung inklusive Medikation nicht in Frage gestellt und/oder eine Therapieresistenz nicht diskutiert wurde, lässt darauf schliessen, dass der Gutachter von einer fachgerechten ambulanten psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung ausgeht. Sodann setzt sich der psychiatrische Gutachter mit der anderslautenden Beurteilung von Dr. med. N.____ inhaltsbezogen und auch kriterienorientiert auseinander. Er zeigt auf, weshalb die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung hier nicht gestellt werden kann, weshalb die depressive Episode unter Berücksichtigung der diagnostischen Kriterien nach ICD-10 (verminderte

Freudeempfindungsfähigkeit, negative Zukunftsperspektiven, erhöhte Ermüdbarkeit, Schlafstörungen, Vergesslichkeit) nur leichtgradig ausgeprägt ist, weshalb die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung nach ICD-10 nicht gestellt werden kann und ein rezidivierender Verlauf der leichten depressiven Episode mit deutlichen Phasen von Verschlechterung, Verbesserung und symptomfreien Intervallen nicht dokumentiert ist. Der psychiatrische Gutachter legt nachvollziehbar dar, dass die konversionsneurotische Symptomatik hier zur Schmerzstörung gehört, indem sich die psychosozialen Belastungen im Sinne der Abwehr in den Schmerzen ausdrücken. Zusätzlich bestehe aber eine leichte depressive Episode im Rahmen der Chronifizierung und unter den psychosozialen Belastungen (vgl. IV-Nr. 95.1 S. 13 Ziff. 3.6). Bei gesamthafter Betrachtung über alle massgeblichen Indikatoren hinweg ist aus psychiatrischer Sicht eine Arbeitsunfähigkeit nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen. Die Folgen der Beweislosigkeit hat der materiell beweisbelastete Beschwerdeführer zu tragen (vgl. BGE 142 V 106 E. 4.5 S. 111 f. mit Hinweis).

Schliesslich besteht kein Hinweis, dass die Verständigung des Beschwerdeführers mit dem Dolmetscher während der psychiatrischen Begutachtung ■ im Gegensatz zur rheumatologischen Begutachtung ■ wegen des bosnischen Dialekts des Dolmetschers erschwert gewesen sein soll, wie dies vom Beschwerdeführer nun behauptet wird. Gemäss den im psychiatrischen Gutachten im Rahmen der Befunderhebung gemachten Beobachtungen beantwortete der Beschwerdeführer die ihm gestellten Fragen sehr ausführlich. Er habe eher viel gesprochen, habe auch Notizen bei sich gehabt, seinen Lebenslauf und eine Beschwerdeliste. Beides sei vom anwesenden Dolmetscher übersetzt worden. Der Beschwerdeführer habe durchaus über gewisse Deutschkenntnisse verfügt, der Dolmetscher habe aber doch relativ viel Übersetzungshilfe geleistet (IV-Nr. 95.1 S. 10 Ziff. 3.2). Angaben über sprachliche Schwierigkeiten zwischen dem Beschwerdeführer und dem Dolmetscher können dem psychiatrischen J.____-Gutachten nicht entnommen werden. Ein solcher Einwand wurde denn auch weder in der Stellungnahme des Beschwerdeführers zum Gutachten vom 3. März 2016 (IV-Nr. 104) noch im Rahmen des Vorbescheidverfahrens (Einwand vom 29. August 2016, IV-Nr. 114) geltend gemacht. Demnach besteht diesbezüglich kein Anlass für weitere Abklärungen.

13. Der Beschwerdeführer bringt im Weiteren vor, er sei im Zeitpunkt der Erstattung des Gutachtens 60 Jahre alt gewesen und befinde sich damit IV-rechtlich im fortgeschrittenen Alter. Es sei von einer nicht verwertbaren Restarbeitsfähigkeit auszugehen (Beschwerde, S. 18 ff. Ziff. 14).

13.1 Das fortgeschrittene Alter wird, obgleich an sich ein invaliditätsfremder Faktor, in der Rechtsprechung als Kriterium anerkannt, welches zusammen mit weiteren persönlichen und beruflichen Gegebenheiten dazu führen kann, dass die einer versicherten Person verbliebene Resterwerbsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt realistisch nicht mehr nachgefragt wird, und dass ihr deren Verwertung auch gestützt auf die Selbsteingliederungslast nicht mehr zumutbar ist. Fehlt es an einer wirtschaftlich verwertbaren Resterwerbsfähigkeit, liegt eine vollständige Erwerbsunfähigkeit vor, die einen Anspruch auf eine ganze Invalidenrente begründet.

Der Einfluss des Lebensalters auf die Möglichkeit, das verbliebene Leistungsvermögen auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu verwerten, lässt sich nicht nach einer allgemeinen Regel bemessen, sondern hängt von den Umständen des Einzelfalls ab. Massgebend können die Art und Beschaffenheit des Gesundheitsschadens und seiner Folgen, der absehbare

Umstellungs- und Einarbeitungsaufwand und in diesem Zusammenhang auch Persönlichkeitsstruktur, vorhandene Begabungen und Fertigkeiten, Ausbildung, beruflicher Werdegang oder Anwendbarkeit von Berufserfahrung aus dem angestammten Bereich sein. Somit hängt die Verwertbarkeit nicht zuletzt davon ab, welcher Zeitraum der versicherten Person für eine berufliche Tätigkeit und vor allem auch für einen allfälligen Berufswechsel noch zur Verfügung steht (Urteile des Bundesgerichts 9C_456/2014 vom 19. Dezember 2014 E. 3.1.1 und 9C_954/2012 vom 10. Mai 2013 E. 2, je mit Hinweisen).

Für den Zeitpunkt, in welchem die Frage nach der Verwertbarkeit der (Rest-)Arbeitsfähigkeit bei vorgerücktem Alter beantwortet wird, ist auf das Feststehen der medizinischen Zumutbarkeit einer (Teil-)Erwerbstätigkeit abzustellen. Als ausgewiesen gilt die medizinische Zumutbarkeit einer (Teil-)Erwerbstätigkeit, sobald die medizinischen Unterlagen diesbezüglich eine zuverlässige Sachverhaltsfeststellung erlauben (Urteile des Bundesgerichts 9C_456/2014 vom 19. Dezember 2014 E. 3.1.2 und 9C_954/2012 vom 10. Mai 2013 E. 3.1.2, je mit Hinweisen).

13.2 Die Verwertbarkeit einer bestehenden (Teil-)Arbeitsfähigkeit wurde in der Gerichtspraxis wie folgt beurteilt (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_918/2008 vom 28. Mai 2009, E. 4.2.2): Das Eidgenössische Versicherungsgericht betrachtete einen 60-jährigen Versicherten, welcher mehrheitlich als Wirker in der Textilindustrie tätig gewesen war, als zwar nicht leicht vermittelbar; es sah aber mit Bezug auf den hypothetischen ausgeglichenen Arbeitsmarkt gleichwohl Möglichkeiten, eine Stelle zu finden, zumal Hilfsarbeiten auf dem hypothetischen, ausgeglichenen Arbeitsmarkt grundsätzlich altersunabhängig nachgefragt werden und der Versicherte zwar eingeschränkt (leichte und mittelschwere Arbeiten im Gehen, Stehen und Sitzen in geschlossenen Räumen), aber immer noch im Rahmen eines Vollpensums arbeitsfähig war (Urteil I 376/05 vom 5. August 2005, insbesondere E. 4.2). Bejaht hat das Bundesgericht auch die Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit eines 60-jährigen Versicherten mit einer aufgrund verschiedener psychischer und physischer Limitierungen (es bestanden u.a. rheumatologische und kardiale Probleme) um 30 % eingeschränkten Leistungsfähigkeit (Urteil I 304/06 vom 22. Januar 2007, E. 4.1 und 4.2). Verneint wurde hingegen die Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit eines über 61-jährigen Versicherten, der über keine Berufsausbildung verfügte, bezüglich der aus medizinischer Sicht im Umfang von 50 % zumutbaren feinmotorischen Tätigkeiten keinerlei Vorkenntnisse besass, dessen Teilarbeitsfähigkeit weiteren krankheitsbedingten Einschränkungen unterlag und dem von den Fachleuten der Berufsberatung die für einen Berufswechsel erforderliche Anpassungsfähigkeit abgesprochen wurde (Urteil I 392/02 vom 23. Oktober 2003, E. 3.2 und 3.3). Als unverwertbar erachtet wurde auch die 50%ige, durch verschiedene Auflagen zusätzlich limitierte Arbeitsfähigkeit eines knapp 64-jährigen Versicherten mit multiplen, die Arbeitsfähigkeit einschränkenden Beschwerden (Urteil I 401/01 vom 4. April 2002, E. 4c und d), ebenso die 50%ige Arbeitsfähigkeit einer im Verfügungszeitpunkt 61 Jahre und einen Monat alten Versicherten, die bezüglich der für sie in Frage kommenden Tätigkeiten einer Umschulung bedurft hätte (Urteil 9C_437/2008 vom 19. März 2009, E. 4 mit weiteren Hinweisen). Ebenso beurteilt wurde der Fall einer 61-jährigen Versicherten ohne Ausbildung, welche in einer Verweistätigkeit zu 50 % arbeitsfähig war, ein stark eingeschränktes Tätigkeitsprofil aufwies, auf wohlwollende Führung und ein stressfreies Klima angewiesen war und seit 14 Jahren nicht mehr erwerbstätig gewesen war (Urteil 9C_456/2014 vom 19. Dezember 2014 E. 3.3.1 und 3.3.2). Bejaht wurde die Verwertbarkeit

der Arbeitsfähigkeit von 80 % (volles Pensum mit um 20 % reduzierter Leistung in angepasster Tätigkeit) eines Versicherten, dessen verbleibende Aktivitätsdauer im massgebenden Zeitpunkt knapp vier Jahre betrug, der keine Berufsausbildung aufwies und der als Hilfsmaurer, Strassenbauarbeiter und Lagerangestellter gearbeitet hatte (Urteil 8C_910/2015 vom 18. Mai 2016 E. 4.3.2 - 4.3.4). Verneint wurde sie dagegen bei einem Versicherten, der 60 Jahre alt war, über keine Berufsausbildung verfügte, 20 Jahre lang als Hotelportier meist mittelschwere bis schwere Arbeiten ausgeführt hatte und aufgrund seiner gesundheitlichen Beeinträchtigungen realistisch nur noch für Kontroll- und Überwachungsarbeiten in der Industrie eingesetzt werden konnte (Urteil 9C_954/2012 vom 10. Mai 2013 E. 3.2, publiziert in: Plädoyer 2013 S. 57). Verneint wurde die Verwertbarkeit bei einer 61-jährigen Versicherten mit einer Arbeitsfähigkeit von 50 % in geeigneten Verweistätigkeiten, die über einen sehr geringen Ausbildungsstand und ein stark eingeschränktes Tätigkeitsprofil verfügte und eine langjährige Abwesenheit vom Arbeitsmarkt aufwies (Urteil 9C_456/2014 vom 19. Dezember 2014 E. 3.3).

13.3 Als das J.____-Gutachten vom 22. Januar 2016 erstattet wurde, war der Beschwerdeführer 60 Jahre und 3 Monate alt. Die verbleibende Aktivitätsdauer bis zum ordentlichen Rentenalter betrug somit deutlich über vier Jahre. Die gutachterlich ermittelte Arbeitsfähigkeit beträgt 75 % in einer körperlichen leichten bis selten mittelschweren, wechselbelastenden und angepassten Verweistätigkeit. Der Beschwerdeführer absolvierte nach den gutachterlichen Angaben 8 Grundschuljahre und lernte von 1970 bis 1973 im [...] den Beruf eines Schreiners. Über die Erwerbstätigkeiten im [...] bis 1987 und anschliessend in der Schweiz sind keine Unterlagen vorhanden. Laut den Angaben in der IV-Anmeldung vom 8. Mai 2000 (IV-Nr. 2) arbeitete er von 1987 bis 1994 bei U.____ und erzielte dabei ein Bruttoeinkommen von CHF 3'200.00 pro Monat. Vom 15. Februar 1995 bis 30. April 2000 war er als Hilfsarbeiter bei der B.____, Sägewerk und Holzhandlung, mit einem Bruttolohn von CHF 3'600.00 pro Monat bzw. ca. CHF 3'770.00 pro Monat (Stundenlohn von CHF 20.20 ab 1. Januar 2000; vgl. IV-Nr. 9) angestellt. Seither war der Beschwerdeführer im ersten Arbeitsmarkt nicht mehr erwerbstätig (IV-Nr. 95.1 S. 4 Ziff. 1.3).

Eine Gesamtbetrachtung führt zum Ergebnis, dass der Beschwerdeführer seine Teilarbeitsfähigkeit von 75 % in einer angepassten Tätigkeit, welche vollschichtig - d.h. im Rahmen eines Vollzeitpensums mit einem erhöhten Pausenbedarf von 10 bis 15 Minuten pro Stunde und leicht reduziertem Rendement - umgesetzt werden könnte (vgl. IV-Nr. 95.1 S. 25), auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt noch verwerten kann: Wie erwähnt verbleibt bis zum Erreichen des ordentlichen Rentenalters ein Zeitraum von deutlich mehr als vier Jahren. Trotz des fortgeschrittenen Alters und der langen Abwesenheit vom Arbeitsmarkt ist der Beschwerdeführer in der Lage, seine bestehende Restarbeitsfähigkeit zu verwerten, da Hilfsarbeiten auf dem hypothetischen, ausgeglichenen Arbeitsmarkt grundsätzlich altersunabhängig nachgefragt werden und der Beschwerdeführer zwar eingeschränkt (körperlich leichte bis selten mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeiten, keine stereotypen Rotationsbewegungen, keine anhaltende Oberkörperverneigeposition, keine repetitiven Überkopfbewegungen mit den Armen), aber immer noch im Rahmen eines Vollpensums mit um 25 % eingeschränkter Leistungsfähigkeit arbeitsfähig ist (vgl. IV-Nr. 95.1 S. 22 und 25). Die vom Beschwerdeführer geltend gemachten Umstände (rudimentäre Schulbildung, in der Schweiz nicht anerkannte Ausbildung, keine berufliche Erfahrung in einer Verweistätigkeit, beschränkte Deutschkenntnisse, Nationalität und Name) ändern nichts daran, da sie sich im potentiellen Tätigkeitsbereich des

Beschwerdeführers (einfache, repetitive Tätigkeiten) nicht auswirken. Zu denken wäre nach den gutachterlichen Angaben beispielsweise an industrielle Montagetätigkeiten (vgl. IV-Nr. 95.1 S. 22 Ziff. 4.5).

14. Auf der Basis des vorstehend umschriebenen Zumutbarkeitsprofils nahm die Beschwerdegegnerin einen Einkommensvergleich vor und ermittelte einen Invaliditätsgrad von 25 %, wobei sie beim Validen- und Invalideneinkommen auf die Tabellenwerte der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung 2014 abstellte (IV-Nr. 116 S. 2). Die Festsetzung des Valideneinkommens auf CHF 66'710.00 anhand der Tabellenwerte der LSE 2014 erscheint angesichts des letzten, weit zurückliegenden Arbeitsverhältnisses als Hilfsarbeiter im Stundenlohn als korrekt und wird vom Beschwerdeführer nicht beanstandet, weshalb sich hierzu weitere Erörterungen erübrigen.

Der Beschwerdeführer macht geltend, die Ermittlung des Invalideneinkommens sei nicht rechtskonform vorgenommen worden. Bei einem solch hohen Alter von über 60 Jahren und einem derart eingeschränkten Zumutbarkeitsprofil wäre es geboten gewesen, das (theoretisch) noch mögliche Einsatzspektrum mittels beruflicher Abklärungsmassnahmen (Potentialabklärung usw.) zu klären, um Verweistätigkeiten überhaupt konkretisieren zu können. Dies sei nicht geschehen, sodass die Heranziehung eines statistischen Lohnes nach der LSE 2014 abzulehnen sei. Im Weiteren hätte angesichts der gesundheitlichen Einschränkungen, des fortgeschrittenen Alters, der langjährigen Absenz vom Arbeitsmarkt, der geringen Schulbildung und der begrenzten Sprachkenntnisse etc. ein leidensbedingter Abzug vom Tabellenwert in Höhe von 20 % vorgenommen werden müssen (Beschwerde, S. 20 f. Ziff. 15).

Dazu ist festzuhalten, dass der für die Bestimmung des Invalideneinkommens massgebliche ausgeglichene Arbeitsmarkt gekennzeichnet ist durch ein gewisses Gleichgewicht zwischen Angebot und Nachfrage nach Arbeitskräften und einen Fächer verschiedenster Tätigkeit aufweist. Das gilt sowohl bezüglich der dafür verlangten beruflichen und intellektuellen Voraussetzungen als auch hinsichtlich des körperlichen Einsatzes. Dabei ist nicht von realitätsfremden Einsatzmöglichkeiten auszugehen. Es können nur Vorkehren verlangt werden, die unter Berücksichtigung der gesamten objektiven und subjektiven Gegebenheiten des Einzelfalles zumutbar sind. Der ausgeglichene Arbeitsmarkt (Art. 16 ATSG) umfasst auch sogenannte Nischenarbeitsplätze, also Stellen- und Arbeitsangebote, bei welchen Behinderte mit einem sozialen Entgegenkommen von Seiten des Arbeitgebers rechnen können. Von einer Arbeitsgelegenheit kann nicht mehr gesprochen werden, wenn die zumutbare Tätigkeit nurmehr in so eingeschränkter Form möglich ist, dass sie der ausgeglichene Arbeitsmarkt praktisch nicht kennt oder sie nur unter nicht realistischem Entgegenkommen eines durchschnittlichen Arbeitgebers möglich wäre und das Finden einer entsprechenden Stelle daher von vornherein ausgeschlossen erscheint (Urteile des Bundesgerichts 8C_434/2017 vom 3. Januar 2018 E. 7.2.1 und 9C_277/2016 vom 15. März 2017 E. 4.1, je mit Hinweisen).

Im vorliegenden Fall ist der Beschwerdeführer in der Lage, eine angepasste, d.h. körperlich leichte bis selten mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeit im Rahmen eines Vollzeitpensums mit einer um 25 % eingeschränkten Leistungsfähigkeit auszuüben. Die aus rheumatologischer Sicht bestehenden Einschränkungen sind nicht derart ausgeprägt, dass es ihm deswegen nicht mehr möglich wäre, eine Stelle auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu finden. Daran ändert auch sein fortgeschrittenes Alter nichts, wäre doch ■ wie erwähnt ■ eine Aktivitätsdauer von mehr als vier Jahr noch möglich; eine Anstellung des

Beschwerdeführers würde auch unter Berücksichtigung wirtschaftlicher Gesichtspunkten für einen durchschnittlichen Arbeitgeber noch Sinn machen. Berufliche Abklärungsmassnahmen, um Verweistätigkeiten konkretisieren zu können, sind hier nicht angezeigt.

Sind leichte bis mittelschwere Arbeiten zumutbar, ist allein deswegen auch bei eingeschränkter Leistungsfähigkeit noch kein Abzug auf dem Invalideneinkommen gerechtfertigt, da der Tabellenlohn im Anforderungsniveau 4 (bzw. Kompetenzniveau 1) bereits eine Vielzahl von leichten und mittelschweren Tätigkeiten umfasst (Urteil des Bundesgerichts 8C_870/2011 vom 24. August 2012 E. 4.1 mit Hinweis). Nachdem vorliegend körperlich leichte bis selten mittelschwere Tätigkeiten mit einer Leistungsfähigkeit von 75 % zumutbar sind, rechtfertigt sich ein zusätzlicher leidensbedingter Abzug vom Tabellenlohn nicht. Die Abwesenheit vom Arbeitsmarkt und das Alter wirken sich nicht zwingend lohnsenkend aus. Sodann erfordern einfache und repetitive Tätigkeiten weder gute Sprachkenntnisse noch ein besonderes Bildungsniveau (Urteil des Bundesgerichts 8C_434/2017 vom 3. Januar 2018 E. 7.3.2 mit Hinweisen). Ein Abzug aufgrund des Ausländerstatus (Niederlassungsbewilligung C, IV-Nr. 3 S. 1) ist ebenfalls nicht angebracht (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_870/2011 vom 24. August 2012 E. 4.1 mit Hinweisen). Zu berücksichtigen sind jedoch die aus rheumatologischer Sicht bestehenden Einschränkungen (wechselbelastende Tätigkeit, keine stereotypen Rotationsbewegungen, keine anhaltende Oberkörpervorneigeposition, keine repetitive Überkopfbewegungen mit den Armen, IV-Nr. 95.1 S. 22). Ein Abzug vom Tabellenlohn von CHF 50'033.00 (vgl. Schweizerische Lohnstrukturerhebung [LSE] 2014, monatlicher Bruttolohn [Zentralwert] nach Wirtschaftszweigen, Kompetenzniveau und Geschlecht, Privater Sektor, Tabelle TA1_tirage_skill_level, Total, Kompetenzniveau 1 [einfache Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art], Männer: CHF 5'312.00 x 12, durchschnittliche betriebsübliche Wochenarbeitszeit von 41.7 Stunden pro Woche im Jahr 2015, Aufrechnung des Nominallohnindex [2014: 103.3, 2015: 103.7], davon 75 %) in Höhe von (höchstens) 15 Prozent erscheint angemessen. Dies führt zu einem Invalideneinkommen von CHF 42'528.00.

Aus der Gegenüberstellung des Valideneinkommen von CHF 66'710.00 und des Invalideneinkommens von CHF 42'528.00 ergibt sich ein Invaliditätsgrad von abgerundet 36 %, der keinen Anspruch auf eine Invalidenrente begründet (E. II. 2.2 hiervor). Die Veränderung der gesundheitlichen Situation in rheumatologischer Hinsicht genügt nicht für eine anspruchsbegründende Invalidität. Die vorliegend angefochtene Verfügung vom 9. Januar 2017, worin der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente sowie berufliche Massnahmen abgewiesen wurde, ist somit nicht zu beanstanden. Die Beschwerde ist abzuweisen.

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).

2.3 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. 2.3 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). 3.

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 125V 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 des rechtskräftigen Einspracheentscheids vom 25. April 2005 mit demjenigen im Zeitpunkt der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 9. Januar 2017 eine anspruchswirksame Veränderung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers ausgewiesen ist. Das im Dezember 2007 eingeleitete Revisionsverfahren, welches mit rechtskräftiger Nichteintretensverfügung vom 25. Februar 2008 abgeschlossen wurde (IV-Nr. 67), fällt als Vergleichszeitpunkt ausser Betracht.

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).

5. 5.1 Der Beschwerdeführer lässt zunächst in formeller Hinsicht geltend machen, die Beschwerdegegnerin habe im Vorbescheid vom 30. Juni 2016 keinen Einkommensvergleich vorgenommen; dieser sei erst in der vorliegend angefochtenen Verfügung enthalten (IV-Grad von 25 %). Demnach hätte die neue Invaliditätsbeurteilung nicht mittels Verfügung, sondern mittels eines neuen Vorbescheids erlassen werden müssen. Der Beschwerdeführer habe so zu den Vergleichseinkommen bzw. Lohnstatistiken keine Stellung beziehen können. Der «wirkungslos» gewordene Vorbescheid vom 30. Juni 2016 hätte durch einen neuen Vorbescheid ersetzt werden müssen. Die angefochtene Verfügung sei daher in Verletzung von Art. 57a Abs. 1 IVG ergangen. Dies sei eine schwerwiegende Gehörsverletzung, welche einer Heilung grundsätzlich nicht zugänglich sei (Beschwerde, S. 8 f. Ziff. 10).

5.2 Der Sinn und Zweck des Vorbescheidverfahrens besteht darin, die Akzeptanz des Entscheids bei den Versicherten zu verbessern. Die IV-Stelle darf sich daher nicht darauf beschränken, die von der versicherten Person vorgebrachten Einwände tatsächlich zur Kenntnis zu nehmen und zu prüfen. Sie hat ihre Überlegungen dem Betroffenen gegenüber auch namhaft zu machen und sich dabei ausdrücklich mit den (entscheidwesentlichen) Einwänden auseinanderzusetzen, oder aber zumindest die Gründe anzugeben, weshalb sie gewisse Gesichtspunkte nicht berücksichtigen kann. Das Vorbescheidverfahren geht über den verfassungsrechtlichen Mindestanspruch auf rechtliches Gehör (Art. 29 Abs. 2 BV) hinaus, indem es Gelegenheit gibt, sich nicht nur zur Sache, sondern auch zum vorgesehenen Entscheid zu äussern. Dies heisst nicht, dass eine IV-Stelle, die von dem im Vorbescheid in Aussicht gestellten Entscheid abweichend verfügen will, vorgängig nochmals ein Vorbescheidverfahren durchzuführen hätte. Ob die Verwaltung, wenn sie auf die Einwände der versicherten Person gegen den Vorbescheid hin weitere Abklärungen vornimmt, nochmals ein Vorbescheidverfahren durchzuführen hat, hängt von den Umständen des Einzelfalles ab, unter anderem von der inhaltlichen Bedeutung der Sachverhaltsvervollständigung (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C_606/2014 vom 9. Dezember 2014 E. 2.1 und 9C_312/2014 vom 19. September 2014 E. 2.2.1, je mit Hinweisen).

5.3 Die Beschwerdegegnerin hielt im Vorbescheid vom 30. Juni 2016 fest, gemäss den medizinischen Abklärungen sei dem Beschwerdeführer eine leichte, vorwiegend sitzende Tätigkeit weiterhin vollumfänglich zumutbar. In einer leichten bis selten mittelschweren Tätigkeit bestünde in einem vollen Pensum eine Leistungseinbusse von 25 % aufgrund eines erhöhten Pausenbedarfs und eines leicht reduzierten Rendements. Eine Invalidität im Sinnes des Gesetzes liege somit weiterhin nicht vor, weshalb kein Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung bestehe (IV-Nr. 111 S. 2 f.). Dagegen liess der Beschwerdeführer am 29. August 2016 Einwände erheben und geltend machen, der Vorbescheid vom 30. Juni 2016 sei aufzuheben, es sei eine umfassende Neubegutachtung anzuordnen, dem Beschwerdeführer sei ab wann rechtens eine ganze IV-Rente zuzusprechen und dem Versicherten seien berufliche Massnahmen zuzusprechen (IV-Nr. 114). In der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 9. Januar 2017 erläuterte die Beschwerdegegnerin nochmals das Abklärungsergebnis, gab neu die von ihr herangezogenen Validen- und Invalideneinkommen sowie den ermittelten Invaliditätsgrad von 25 % an und nahm zu den Einwänden vom 29. August 2016 Stellung (IV-Nr. 116). Indem die Beschwerdegegnerin in der vorliegend angefochtenen Verfügung – im Gegensatz zum Vorbescheid – den

Einkommensvergleich darlegte, trat dadurch keine rentenrelevante Veränderung ein. Neue Abklärungen wurden von der Beschwerdegegnerin – entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers - nicht vorgenommen, vielmehr wurde der Vorbescheid – auf den Einwand des Beschwerdeführers hin, ein Einkommensvergleich fehle im Vorbescheid und es sei nicht ersichtlich, mit welchen Validen- und Invalideneinkommen die Beschwerdegegnerin gerechnet habe – lediglich ergänzt. Gemäss dem bidisziplinären J.___-Gutachten vom 22. Januar 2016 besteht ab Januar 2013 bei leichten bis selten mittelschweren, wechselbelastenden Tätigkeiten eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 75 %, wobei das Pensum vollschichtig umgesetzt werden könnte mit einem erhöhten Pausenbedarf von 10 bis 15 Minuten pro Stunde und leicht reduziertem Rendement (IV-Nr. 95.1 S. 25). Leichte, vorwiegend sitzende Tätigkeiten sind weiterhin vollumfänglich zuzumuten (IV-Nr. 95.1 S. 22 Ziff. 4.5). Angesichts dieser gutachterlichen Beurteilung, auf welche die Beschwerdegegnerin vollumfänglich abstellte, konnte der Beschwerdeführer aufgrund des Vorbescheids nachvollziehen, dass die Beschwerdegegnerin von einem geringeren Invaliditätsgrad als dem für eine Rente erforderlichen Mindestinvaliditätsgrad von 40 % ausging. Seinem Einwand, er sei mit dem Vorbescheid vom 30. Juni 2016 nicht in die Lage versetzt worden, zu den beiden Vergleichseinkommen bzw. Lohnstatistiken Stellung zu nehmen, ist entgegenzuhalten, dass es ihm bereits mit Einwand vom 29. August 2016 offen gestanden wäre, die seiner Ansicht nach korrekten Vergleichseinkommen zu benennen bzw. sich damit auseinanderzusetzen. Der Beschwerdeführer nahm im vorerwähnten Einwand zum Einkommensvergleich denn auch insoweit bereits Stellung, als er einen leidensbedingten Abzug im Ausmass des Maximalabzugs von 25 % geltend machte und weitere Einwände zum Einkommensvergleich für ein allfälliges Beschwerdeverfahren in Aussicht stellte (IV-Nr. 114 S. 3). Mit der Angabe der Vergleichseinkommen in der angefochtenen Verfügung wurden gegenüber dem Vorbescheid keine anderen Sachverhaltsgrundlagen berücksichtigt. Der Erlass eines weiteren Vorbescheids wäre ein formalistischer Leerlauf gewesen, weshalb die Beschwerdegegnerin unter den gegebenen Umständen darauf verzichten durfte, zumal dem kantonalen Versicherungsgericht in einem allfälligen Beschwerdeverfahren eine uneingeschränkte Überprüfungsbefugnis in tatsächlicher und rechtlicher Hinsicht zukommt. Nach dem Gesagten liegt keine Verletzung des rechtlichen Gehörs des Beschwerdeführers vor. Somit besteht kein Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Parteientschädigung zu Lasten der Beschwerdegegnerin; ebenso wenig ist diese zu verpflichten, die Verfahrenskosten zu übernehmen.

6. 6.1 Der Beschwerdeführer macht im Weiteren geltend, das J.___-Gutachten vom 22. Januar 2016 stelle ein nicht verwertbares Beweismittel dar, weil es direkt (statt zufallsbasiert) und nur bidisziplinär (statt polydisziplinär) in Auftrag gegeben worden sei. Es liege kein Anwendungsfall vor, bei welchem die IV-Stelle ausnahmsweise ein Gutachten mit nur zwei medizinischen Fachrichtungen in Direktvergabe hätten einholen dürfen (vgl. Beschwerde, S. 9 ff. Ziff. 11). Nach der Rechtsprechung existieren keine festen Kriterien zur allgemeingültigen Abgrenzung der Anwendungsfelder der verschiedenen Kategorien von Expertisen. Die grosse Vielfalt von Begutachtungssituationen erfordert Flexibilität. In groben Zügen jedoch lassen sich die jeweiligen Einsatzbereiche wie folgt umreissen: Die umfassende administrative Erstbegutachtung wird regelmässig polydisziplinär und damit zufallsbasiert anzulegen sein; eine direkte Auftragserteilung soll die Ausnahme bleiben. Eine polydisziplinäre Expertise ist auch dann einzuholen, wenn der Gesundheitsschaden zwar bloss als auf eine oder zwei medizinische Disziplinen fokussiert erscheint, die

Beschaffenheit der Gesundheitsproblematik aber noch nicht vollends gesichert ist. In begründeten Fällen kann von einer polydisziplinären Begutachtung abgesehen und eine mono- oder bidisziplinäre durchgeführt werden, sofern die medizinische Situation offenkundig ausschliesslich ein oder zwei Fachgebiete beschlägt; weder dürfen weitere interdisziplinäre Bezüge (z.B. internistischer Art) notwendig sein, noch darf ein besonderer arbeitsmedizinischer bzw. eingliederungsbezogener Klärungsbedarf bestehen. Diese Voraussetzungen werden vor allem bei Verlaufsbeurteilungen erfüllt sein (BGE 139 V 349 E. 3.2 S. 352 mit Hinweis). Wird anstelle eines polydisziplinären (MEDAS-)Gutachtens eine mono- oder bidisziplinäre Expertise eingeholt, so sind dieselben Partizipationsrechte beachtlich. Bei Uneinigkeit ist eine Begutachtung demnach mit anfechtbarer Zwischenverfügung anzuordnen; zudem hat die versicherte Person ein Recht zur vorgängigen Fragestellung (BGE 139 V 349 E. 5.1 S. 354 mit Hinweisen).

6.2 Im vorliegenden Fall teilte die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer nach Rücksprache mit dem RAD am 19. November 2015 mit, zur Klärung der Leistungsansprüche sei eine bidisziplinäre medizinische Begutachtung notwendig. Als Begutachtungsstelle werde das J.____ vorgeschlagen, wobei die medizinische Untersuchung die Fachbereiche «Psychiatrie» (Dr. med. K.____) und «Rheumatologie» (Dr. med. L.____) umfasse. Trifftige Einwendungen gegen eine oder mehrere Gutachtenspersonen und allfällige Zusatzfragen könnten bis 4. Dezember 2015 schriftlich eingereicht werden (IV-Nr. 89). In der Folge erhob der Beschwerdeführer innert Frist weder Einwände gegen die vorgeschlagenen Gutachter noch gegen die Beschränkung auf die zwei genannten Fachdisziplinen. Dies wird von keiner Seite bestritten. Dem erst im vorliegenden Beschwerdeverfahren geltend gemachten Einwand des Beschwerdeführers, es liege hier kein Anwendungsfall vor, bei welchem die Beschwerdegegnerin ausnahmsweise ein Gutachten mit nur zwei medizinischen Fachrichtungen in Direktvergabe hätte einholen dürfen, kann nicht gefolgt werden. Gemäss den vorliegenden Berichten der behandelnden Ärzte (Bericht der Klinik M.____ vom 18. Februar 2011, Berichte von Dr. med. N.____ vom 23. März 2015 und 25. Februar 2016, Berichte von Dr. med. O.____ vom 1. März, 12. September 2012 und 1. Oktober 2015, Bericht des P.____ vom 26. März 2012 und Bericht von Dr. med. E.____ vom 28. Juni 2015; vgl. E. II. 9. hiernach) stehen das chronische Schmerzsyndrom, die depressive Symptomatik sowie die Rückenbeschwerden des Beschwerdeführers im Vordergrund. Diese Beschwerden weisen klar in die Fachbereiche der Rheumatologie und Psychiatrie. Die als beginnend und diskret bezeichnete Gonarthrose, der Status nach Supraspinatustendinopathie, die Handwurzelarthrose sowie Hüftbeschwerden werden ebenfalls durch den Fachbereich der Rheumatologie abgedeckt; für die Anordnung einer zusätzlichen orthopädischen Begutachtung bestand demnach kein Anlass. Die vom Beschwerdeführer vorgebrachten, grundsätzlich gut behandelbaren weiteren Leiden (Diabetes mellitus, Bluthochdruck, Übergewicht, Fettstoffwechselstörung, Vitamin-D-Mangel, Harnblasenspeicher- und Entleerungsstörung, dermatologische Beschwerden) rechtfertigen keine zusätzliche internistische Begutachtung, kommt diesen Beschwerden hier doch eine untergeordnete Bedeutung zu (vgl. Beschwerdebeilagen Nr. 5). Angesichts der vorliegenden medizinischen Situation besteht auch kein besonderer arbeitsmedizinischer oder eingliederungsbezogener Klärungsbedarf, der eine Abklärung in zusätzlichen Fachbereichen erfordern würde. Es gilt festzuhalten, dass weder bei der Begutachtung Untersuchungen in jede erdenkliche Richtung noch bei der Darlegung des medizinischen Sachverhalts eine Auseinandersetzung mit jedem anamnestisch dokumentierten Befund erforderlich sind. Vielmehr genügt es, wenn ein Gutachten im

Hinblick auf die gesundheitlichen Beeinträchtigungen und die darauf beruhende Einschätzung der Arbeitsfähigkeit auf das Wesentliche beschränkt wird, solange es einleuchtet, begründet und nachvollziehbar ist (Urteil des Bundesgerichts 9C_423/2010 vom 17. Juni 2010 E. 3.2.4). Mit der Veranlassung des vorliegenden rheumatologischen und psychiatrischen J.____-Gutachtens hat sich die Beschwerdegegnerin auf die wesentlichen Fachbereiche beschränkt; sodann ist das begründete Gutachten nachvollziehbar und leuchtet ein. Im Weiteren liegt es im Ermessen der begutachtenden Ärzte zu entscheiden, ob neue Abklärungen erforderlich sind, um den Gesundheitszustand der versicherten Person beurteilen zu können (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_68/2014 vom 2. Juni 2014 E. 3.3 mit Hinweis). Es bestehen vorliegend keine Hinweise, dass die begutachtenden Ärzte – neben der durchgeführten rheumatologischen und psychiatrischen – auch eine internistische, orthopädische und/oder neurologische, somit polydisziplinäre Begutachtung, als erforderlich erachtet hätten. Der Einwand des Beschwerdeführers, die Polymorbidität und das Alter des Beschwerdeführers hätten eine polydisziplinäre Begutachtung erfordert, vermag nicht zu überzeugen. 7. Der Beschwerdeführer lässt sodann vorbringen, das J.____-Gutachten falle auch ausser Betracht, weil die mono- und bidisziplinären Gutachten dieser MEDAS dem Anschein nach nicht ergebnisoffen ausfielen, sondern dem Anschein nach immer zu einer Rentenablehnung führten (Beschwerde, S. 13 Ziff. 12). Soweit der Beschwerdeführer geltend macht, mono- und bidisziplinäre Gutachten des J.____ seien dem Anschein nach generell nicht ergebnisoffen und daher abzulehnen, ist darauf hinzuweisen, dass sich das Ablehnungsrecht nur auf die Ärztinnen und Ärzte des J.____ beziehen kann, nicht aber auf die Abklärungsstelle als Institution (Urteil des Bundesgerichts 9C_134/2011 vom 6. Juni 2011 E. 1 mit Hinweis). Demnach kann auch nach einer allfälligen Herausgabe der vom Beschwerdeführer verlangten Ergebnisse der Gutachtertätigkeit dieser Gutachterstelle nicht abgeleitet werden, damit könne die Frage nach der Ergebnisoffenheit der J.____-Gutachter beantwortet werden. Vielmehr ist entscheidend, dass das Ergebnis einer konkreten Begutachtung durch eine bestimmte Ärztin oder einen bestimmten Arzt nach wie vor als offen und nicht vorbestimmt erscheint. Nach der Rechtsprechung gelten für Sachverständige grundsätzlich die gleichen Ausstands- und Ablehnungsgründe, wie sie für Richter vorgesehen sind. Danach ist Befangenheit anzunehmen, wenn Umstände vorliegen, die geeignet sind, Misstrauen in die Unparteilichkeit zu erwecken. Bei der Befangenheit handelt es sich allerdings um einen inneren Zustand, der nur schwer bewiesen werden kann. Es braucht daher für die Ablehnung nicht nachgewiesen zu werden, dass die sachverständige Person tatsächlich befangen ist, es genügt vielmehr, wenn Umstände vorliegen, die den Anschein der Befangenheit und die Gefahr der Voreingenommenheit zu begründen vermögen. Bei der Beurteilung des Anscheins der Befangenheit und der Gewichtung solcher Umstände kann jedoch nicht auf das subjektive Empfinden einer Partei abgestellt werden. Dass Misstrauen muss vielmehr in objektiver Weise als begründet erscheinen. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den Arztgutachten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters ein strenger Massstab anzusetzen (BGE 132 V 93 E. 7.1 S. 110). Im vorliegenden Fall bestehen keine Hinweise, welche den Anschein der Befangenheit und die Gefahr der Voreingenommenheit der J.____-Gutachter Dres. med. K.____ und L.____ objektiv zu begründen vermögen. Insbesondere kann nicht gesagt werden, die Sachverständigen hätten ihre Berichte nicht neutral und sachlich abgefasst. Dies wird vom Beschwerdeführer denn auch nicht geltend gemacht. Eine von anderen mit dem Beschwerdeführer befassten Ärzten abweichende Beurteilung vermag die Objektivität der

begutachtenden Fachärzte nicht in Frage zu stellen. Es gehört vielmehr zu ihren Pflichten, sich kritisch mit dem Aktenmaterial auseinanderzusetzen und eine eigenständige Beurteilung abzugeben. Auf welche Einschätzung letztlich abgestellt werden kann, ist eine im Verwaltungs- und allenfalls Gerichtsverfahren zu klärende Frage der Beweiswürdigung (BGE 132 V 93 E. 7.2.2 S. 110 f.). Nach dem Gesagten zielt der Einwand des Beschwerdeführers, das bidisziplinäre J.____-Gutachten vom 22. Januar 2016 sei dem Anschein nach nicht ergebnisoffen ausgefallen, ins Leere.

E. 4

Das vorliegende Beschwerdeverfahren sei bis zum Abschluss des datenschutzrechtlichen Verfahrens die mono- und bidisziplinäre Gutachtertätigkeit des J.____ betreffend zu sistieren.

E. 5

5.1 Der Beschwerdeführer lässt zunächst in formeller Hinsicht geltend machen, die Beschwerdegegnerin habe im Vorbescheid vom 30. Juni 2016 keinen Einkommensvergleich vorgenommen; dieser sei erst in der vorliegend angefochtenen Verfügung enthalten (IV-Grad von 25 %). Demnach hätte die neue Invaliditätsbeurteilung nicht mittels Verfügung, sondern mittels eines neuen Vorbescheids erlassen werden müssen. Der Beschwerdeführer habe so zu den Vergleichseinkommen bzw. Lohnstatistiken keine Stellung beziehen können. Der «wirkungslos» gewordene Vorbescheid vom 30. Juni 2016 hätte durch einen neuen Vorbescheid ersetzt werden müssen. Die angefochtene Verfügung sei daher in Verletzung von Art. 57a Abs. 1 IVG ergangen. Dies sei eine schwerwiegende Gehörsverletzung, welche einer Heilung grundsätzlich nicht zugänglich sei (Beschwerde, S. 8 f. Ziff. 10).

5.2 Der Sinn und Zweck des Vorbescheidverfahrens besteht darin, die Akzeptanz des Entscheids bei den Versicherten zu verbessern. Die IV-Stelle darf sich daher nicht darauf beschränken, die von der versicherten Person vorgebrachten Einwände tatsächlich zur Kenntnis zu nehmen und zu prüfen. Sie hat ihre Überlegungen dem Betroffenen gegenüber auch namhaft zu machen und sich dabei ausdrücklich mit den (entscheidwesentlichen) Einwänden auseinanderzusetzen, oder aber zumindest die Gründe anzugeben, weshalb sie gewisse Gesichtspunkte nicht berücksichtigen kann. Das Vorbescheidverfahren geht über den verfassungsrechtlichen Mindestanspruch auf rechtliches Gehör (Art. 29 Abs. 2 BV) hinaus, indem es Gelegenheit gibt, sich nicht nur zur Sache, sondern auch zum vorgesehenen Entscheid zu äussern. Dies heisst nicht, dass eine IV-Stelle, die von dem im Vorbescheid in Aussicht gestellten Entscheid abweichend verfügen will, vorgängig nochmals ein Vorbescheidverfahren durchzuführen hätte. Ob die Verwaltung, wenn sie auf die Einwände der versicherten Person gegen den Vorbescheid hin weitere Abklärungen vornimmt, nochmals ein Vorbescheidverfahren durchzuführen hat, hängt von den Umständen des Einzelfalles ab, unter anderem von der inhaltlichen Bedeutung der Sachverhaltsvervollständigung (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C_606/2014 vom 9. Dezember 2014 E. 2.1 und 9C_312/2014 vom 19. September 2014 E. 2.2.1, je mit Hinweisen).

5.3 Die Beschwerdegegnerin hielt im Vorbescheid vom 30. Juni 2016 fest, gemäss den medizinischen Abklärungen sei dem Beschwerdeführer eine leichte, vorwiegend sitzende Tätigkeit weiterhin vollumfänglich zumutbar. In einer leichten bis selten mittelschweren Tätigkeit bestünde in einem vollen Pensum eine Leistungseinbusse von 25 % aufgrund

eines erhöhten Pausenbedarfs und eines leicht reduzierten Rendements. Eine Invalidität im Sinne des Gesetzes liege somit weiterhin nicht vor, weshalb kein Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung bestehe (IV-Nr. 111 S. 2 f.). Dagegen liess der Beschwerdeführer am 29. August 2016 Einwände erheben und geltend machen, der Vorbescheid vom 30. Juni 2016 sei aufzuheben, es sei eine umfassende Neubegutachtung anzuordnen, dem Beschwerdeführer sei ab wann rechtens eine ganze IV-Rente zuzusprechen und dem Versicherten seien berufliche Massnahmen zuzusprechen (IV-Nr. 114). In der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 9. Januar 2017 erläuterte die Beschwerdegegnerin nochmals das Abklärungsergebnis, gab neu die von ihr herangezogenen Validen- und Invalideneinkommen sowie den ermittelten Invaliditätsgrad von 25 % an und nahm zu den Einwänden vom 29. August 2016 Stellung (IV-Nr. 116).

Indem die Beschwerdegegnerin in der vorliegend angefochtenen Verfügung ■ im Gegensatz zum Vorbescheid ■ den Einkommensvergleich darlegte, trat dadurch keine rentenrelevante Veränderung ein. Neue Abklärungen wurden von der Beschwerdegegnerin ■ entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers - nicht vorgenommen, vielmehr wurde der Vorbescheid ■ auf den Einwand des Beschwerdeführers hin, ein Einkommensvergleich fehle im Vorbescheid und es sei nicht ersichtlich, mit welchen Validen- und Invalideneinkommen die Beschwerdegegnerin gerechnet habe ■ lediglich ergänzt. Gemäss dem bidisziplinären J. ___-Gutachten vom 22. Januar 2016 besteht ab Januar 2013 bei leichten bis selten mittelschweren, wechselbelastenden Tätigkeiten eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 75 %, wobei das Pensum vollschichtig umgesetzt werden könnte mit einem erhöhten Pausenbedarf von 10 bis 15 Minuten pro Stunde und leicht reduziertem Rendement (IV-Nr. 95.1 S. 25). Leichte, vorwiegend sitzende Tätigkeiten sind weiterhin vollumfänglich zuzumuten (IV-Nr. 95.1 S. 22 Ziff. 4.5). Angesichts dieser gutachterlichen Beurteilung, auf welche die Beschwerdegegnerin vollumfänglich abstellte, konnte der Beschwerdeführer aufgrund des Vorbescheids nachvollziehen, dass die Beschwerdegegnerin von einem geringeren Invaliditätsgrad als dem für eine Rente erforderlichen Mindestinvaliditätsgrad von 40 % ausging. Seinem Einwand, er sei mit dem Vorbescheid vom 30. Juni 2016 nicht in die Lage versetzt worden, zu den beiden Vergleichseinkommen bzw. Lohnstatistiken Stellung zu nehmen, ist entgegenzuhalten, dass es ihm bereits mit Einwand vom 29. August 2016 offen gestanden wäre, die seiner Ansicht nach korrekten Vergleichseinkommen zu benennen bzw. sich damit auseinanderzusetzen. Der Beschwerdeführer nahm im vorerwähnten Einwand zum Einkommensvergleich denn auch insoweit bereits Stellung, als er einen leidensbedingten Abzug im Ausmass des Maximalabzugs von 25 % geltend machte und weitere Einwände zum Einkommensvergleich für ein allfälliges Beschwerdeverfahren in Aussicht stellte (IV-Nr. 114 S. 3). Mit der Angabe der Vergleichseinkommen in der angefochtenen Verfügung wurden gegenüber dem Vorbescheid keine anderen Sachverhaltsgrundlagen berücksichtigt. Der Erlass eines weiteren Vorbescheids wäre ein formalistischer Leerlauf gewesen, weshalb die Beschwerdegegnerin unter den gegebenen Umständen darauf verzichten durfte, zumal dem kantonalen Versicherungsgericht in einem allfälligen Beschwerdeverfahren eine uneingeschränkte Überprüfungsbefugnis in tatsächlicher und rechtlicher Hinsicht zukommt. Nach dem Gesagten liegt keine Verletzung des rechtlichen Gehörs des Beschwerdeführers vor. Somit besteht kein Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Parteientschädigung zu Lasten der Beschwerdegegnerin; ebenso wenig ist diese zu verpflichten, die Verfahrenskosten zu übernehmen.

E. 6

6.1 Der Beschwerdeführer macht im Weiteren geltend, das J.____-Gutachten vom 22. Januar 2016 stelle ein nicht verwertbares Beweismittel dar, weil es direkt (statt zufallsbasiert) und nur bidisziplinär (statt polydisziplinär) in Auftrag gegeben worden sei. Es liege kein Anwendungsfall vor, bei welchem die IV-Stelle ausnahmsweise ein Gutachten mit nur zwei medizinischen Fachrichtungen in Direktvergabe hätten einholen dürfen (vgl. Beschwerde, S. 9 ff. Ziff. 11).

Nach der Rechtsprechung existieren keine festen Kriterien zur allgemeingültigen Abgrenzung der Anwendungsfelder der verschiedenen Kategorien von Expertisen. Die grosse Vielfalt von Begutachtungssituationen erfordert Flexibilität. In groben Zügen jedoch lassen sich die jeweiligen Einsatzbereiche wie folgt umreissen: Die umfassende administrative Erstbegutachtung wird regelmässig polydisziplinär und damit zufallsbasiert anzulegen sein; eine direkte Auftragserteilung soll die Ausnahme bleiben. Eine polydisziplinäre Expertise ist auch dann einzuholen, wenn der Gesundheitsschaden zwar bloss als auf eine oder zwei medizinische Disziplinen fokussiert erscheint, die Beschaffenheit der Gesundheitsproblematik aber noch nicht vollends gesichert ist. In begründeten Fällen kann von einer polydisziplinären Begutachtung abgesehen und eine mono- oder bidisziplinäre durchgeführt werden, sofern die medizinische Situation offenkundig ausschliesslich ein oder zwei Fachgebiete beschlägt; weder dürfen weitere interdisziplinäre Bezüge (z.B. internistischer Art) notwendig sein, noch darf ein besonderer arbeitsmedizinischer bzw. eingliederungsbezogener Klärungsbedarf bestehen. Diese Voraussetzungen werden vor allem bei Verlaufsbeurteilungen erfüllt sein (BGE 139 V 349 E. 3.2 S. 352 mit Hinweis).

Wird anstelle eines polydisziplinären (MEDAS-)Gutachtens eine mono- oder bidisziplinäre Expertise eingeholt, so sind dieselben Partizipationsrechte beachtlich. Bei Uneinigkeit ist eine Begutachtung demnach mit anfechtbarer Zwischenverfügung anzuordnen; zudem hat die versicherte Person ein Recht zur vorgängigen Fragestellung (BGE 139 V 349 E. 5.1 S. 354 mit Hinweisen).

6.2 Im vorliegenden Fall teilte die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer nach Rücksprache mit dem RAD am 19. November 2015 mit, zur Klärung der Leistungsansprüche sei eine bidisziplinäre medizinische Begutachtung notwendig. Als Begutachtungsstelle werde das J.____ vorgeschlagen, wobei die medizinische Untersuchung die Fachbereiche «Psychiatrie» (Dr. med. K.____) und «Rheumatologie» (Dr. med. L.____) umfasse. Triftige Einwendungen gegen eine oder mehrere Gutachtenspersonen und allfällige Zusatzfragen könnten bis 4. Dezember 2015 schriftlich eingereicht werden (IV-Nr. 89). In der Folge erhob der Beschwerdeführer innert Frist weder Einwände gegen die vorgeschlagenen Gutachter noch gegen die Beschränkung auf die zwei genannten Fachdisziplinen. Dies wird von keiner Seite bestritten.

Dem erst im vorliegenden Beschwerdeverfahren geltend gemachten Einwand des Beschwerdeführers, es liege hier kein Anwendungsfall vor, bei welchem die Beschwerdegegnerin ausnahmsweise ein Gutachten mit nur zwei medizinischen Fachrichtungen in Direktvergabe hätte einholen dürfen, kann nicht gefolgt werden. Gemäss den vorliegenden Berichten der behandelnden Ärzte (Bericht der Klinik M.____ vom 18. Februar 2011, Berichte von Dr. med. N.____ vom 23. März 2015 und 25. Februar 2016, Berichte von Dr. med. O.____ vom 1. März, 12. September 2012 und 1. Oktober 2015,

Bericht des P.____ vom 26. März 2012 und Bericht von Dr. med. E.____ vom 28. Juni 2015; vgl. E. II. 9. hiernach) stehen das chronische Schmerzsyndrom, die depressive Symptomatik sowie die Rückenbeschwerden des Beschwerdeführers im Vordergrund. Diese Beschwerden weisen klar in die Fachbereiche der Rheumatologie und Psychiatrie. Die als beginnend und diskret bezeichnete Gonarthrose, der Status nach Supraspinatustendinopathie, die Handwurzelarthrose sowie Hüftbeschwerden werden ebenfalls durch den Fachbereich der Rheumatologie abgedeckt; für die Anordnung einer zusätzlichen orthopädischen Begutachtung bestand demnach kein Anlass. Die vom Beschwerdeführer vorgebrachten, grundsätzlich gut behandelbaren weiteren Leiden (Diabetes mellitus, Bluthochdruck, Übergewicht, Fettstoffwechselstörung, Vitamin-D-Mangel, Harnblasenspeicher- und Entleerungsstörung, dermatologische Beschwerden) rechtfertigen keine zusätzliche internistische Begutachtung, kommt diesen Beschwerden hier doch eine untergeordnete Bedeutung zu (vgl. Beschwerdebeilagen Nr. 5). Angesichts der vorliegenden medizinischen Situation besteht auch kein besonderer arbeitsmedizinischer oder eingliederungsbezogener Klärungsbedarf, der eine Abklärung in zusätzlichen Fachbereichen erfordern würde. Es gilt festzuhalten, dass weder bei der Begutachtung Untersuchungen in jede erdenkliche Richtung noch bei der Darlegung des medizinischen Sachverhalts eine Auseinandersetzung mit jedem anamnestisch dokumentierten Befund erforderlich sind. Vielmehr genügt es, wenn ein Gutachten im Hinblick auf die gesundheitlichen Beeinträchtigungen und die darauf beruhende Einschätzung der Arbeitsfähigkeit auf das Wesentliche beschränkt wird, solange es einleuchtet, begründet und nachvollziehbar ist (Urteil des Bundesgerichts 9C_423/2010 vom 17. Juni 2010 E. 3.2.4). Mit der Veranlassung des vorliegenden rheumatologischen und psychiatrischen J.____-Gutachtens hat sich die Beschwerdegegnerin auf die wesentlichen Fachbereiche beschränkt; sodann ist das begründete Gutachten nachvollziehbar und leuchtet ein. Im Weiteren liegt es im Ermessen der begutachtenden Ärzte zu entscheiden, ob neue Abklärungen erforderlich sind, um den Gesundheitszustand der versicherten Person beurteilen zu können (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_68/2014 vom 2. Juni 2014 E. 3.3 mit Hinweis). Es bestehen vorliegend keine Hinweise, dass die begutachtenden Ärzte ■ neben der durchgeführten rheumatologischen und psychiatrischen ■ auch eine internistische, orthopädische und/oder neurologische, somit polydisziplinäre Begutachtung, als erforderlich erachtet hätten. Der Einwand des Beschwerdeführers, die Polymorbidität und das Alter des Beschwerdeführers hätten eine polydisziplinäre Begutachtung erfordert, vermag nicht zu überzeugen.

7. Der Beschwerdeführer lässt sodann vorbringen, das J.____-Gutachten falle auch ausser Betracht, weil die mono- und bidisziplinären Gutachten dieser MEDAS dem Anschein nach nicht ergebnisoffen ausfielen, sondern dem Anschein nach immer zu einer Rentenablehnung führten (Beschwerde, S. 13 Ziff. 12).

Soweit der Beschwerdeführer geltend macht, mono- und bidisziplinäre Gutachten des J.____ seien dem Anschein nach generell nicht ergebnisoffen und daher abzulehnen, ist darauf hinzuweisen, dass sich das Ablehnungsrecht nur auf die Ärztinnen und Ärzte des J.____ beziehen kann, nicht aber auf die Abklärungsstelle als Institution (Urteil des Bundesgerichts 9C_134/2011 vom 6. Juni 2011 E. 1 mit Hinweis). Demnach kann auch nach einer allfälligen Herausgabe der vom Beschwerdeführer verlangten Ergebnisse der Gutachtertätigkeit dieser Gutachterstelle nicht abgeleitet werden, damit könne die Frage nach der Ergebnisoffenheit der J.____-Gutachter beantwortet werden. Vielmehr ist

entscheidend, dass das Ergebnis einer konkreten Begutachtung durch eine bestimmte Ärztin oder einen bestimmten Arzt nach wie vor als offen und nicht vorbestimmt erscheint.

Nach der Rechtsprechung gelten für Sachverständige grundsätzlich die gleichen Ausstands- und Ablehnungsgründe, wie sie für Richter vorgesehen sind. Danach ist Befangenheit anzunehmen, wenn Umstände vorliegen, die geeignet sind, Misstrauen in die Unparteilichkeit zu erwecken. Bei der Befangenheit handelt es sich allerdings um einen inneren Zustand, der nur schwer bewiesen werden kann. Es braucht daher für die Ablehnung nicht nachgewiesen zu werden, dass die sachverständige Person tatsächlich befangen ist, es genügt vielmehr, wenn Umstände vorliegen, die den Anschein der Befangenheit und die Gefahr der Voreingenommenheit zu begründen vermögen. Bei der Beurteilung des Anscheins der Befangenheit und der Gewichtung solcher Umstände kann jedoch nicht auf das subjektive Empfinden einer Partei abgestellt werden. Dass Misstrauen muss vielmehr in objektiver Weise als begründet erscheinen. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den Arztgutachten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters ein strenger Massstab anzusetzen (BGE 132 V 93 E. 7.1 S. 110).

Im vorliegenden Fall bestehen keine Hinweise, welche den Anschein der Befangenheit und die Gefahr der Voreingenommenheit der J.____-Gutachter Dres. med. K.____ und L.____ objektiv zu begründen vermögen. Insbesondere kann nicht gesagt werden, die Sachverständigen hätten ihre Berichte nicht neutral und sachlich abgefasst. Dies wird vom Beschwerdeführer denn auch nicht geltend gemacht. Eine von anderen mit dem Beschwerdeführer befassten Ärzten abweichende Beurteilung vermag die Objektivität der begutachtenden Fachärzte nicht in Frage zu stellen. Es gehört vielmehr zu ihren Pflichten, sich kritisch mit dem Aktenmaterial auseinanderzusetzen und eine eigenständige Beurteilung abzugeben. Auf welche Einschätzung letztlich abgestellt werden kann, ist eine im Verwaltungs- und allenfalls Gerichtsverfahren zu klärende Frage der Beweiswürdigung (BGE 132 V 93 E. 7.2.2 S. 110 f.). Nach dem Gesagten zielt der Einwand des Beschwerdeführers, das bidisziplinäre J.____-Gutachten vom 22. Januar 2016 sei dem Anschein nach nicht ergebnisoffen ausgefallen, ins Leere.

8. Im Folgenden ist zu prüfen, ob seit dem rechtskräftigen Einspracheentscheid vom 25. April 2005 (IV-Nr. 49) eine relevante gesundheitliche Verschlechterung des Beschwerdeführers eingetreten ist. Dazu ist der medizinische Sachverhalt darzulegen, wie er dem vorerwähnten Einspracheentscheid zu Grunde lag:

8.1 Dem Bericht der F.____ über das Erstgespräch vom 2. und 21. Juni 2004 kann entnommen werden, dass der Beschwerdeführer von seinem Hausarzt Dr. med. E.____ aufgrund einer schweren, chronifizierten und therapieresistenten Somatisierungsstörung zur psychiatrischen Beurteilung dem psychiatrischen Ambulatorium [...] zugewiesen wurde. Die Diagnose lautete auf eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4). Zur Beurteilung wurde angegeben, die chronischen, sich verschlechternden und ausbreitenden Schmerzen des Bewegungsapparates, welche keinen adäquaten somatischen Befund aufwiesen, seien unter einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung einzuordnen. Die Krankheitsentwicklung vor ca. vier Jahren habe mit somatischen Beschwerden wahrscheinlich als Folge der schweren körperlichen Arbeit angefangen. Trotz wiederholten Therapieversuchen sei es zur Verschlechterung der Symptomatik und Entwicklung einer affektiven Störung gekommen. Eine wichtige Rolle bei der Krankheitsentwicklung spiele wahrscheinlich die Selbstwertproblematik des Patienten, welcher nicht in der Lage sei,

seine Familie zu ernähren, was zu inneren Konflikten führe (IV-Nr. 34 S. 2 f.).

8.2 Dem Bericht von Dr. med. E.____ vom 27. Dezember 2004 kann entnommen werden, der Beschwerdeführer sei seit Januar 2003 bei ihm regelmässig in seiner Sprechstunde in Therapie. In dieser Zeit habe er den Patienten intensiv kennenlernen können. Der Patient leide weiterhin an einer nun offensichtlich anhaltenden, schwer chronifizierten, therapieresistenten und unüberwindbaren somatoformen Schmerzstörung (IV-Nr. 44 S. 45).

8.3 Im Bericht vom 12. Mai 2005 hielt der Hausarzt unter Angabe der vorerwähnten Diagnosen fest, der Beschwerdeführer empfinde seine Schmerzen dermassen quälend und kaum aushaltbar, dass er immer wieder Linderung durch seine Therapien erwarte. Diese schwere Erkrankung habe sich bei diesem bedauernswerten Patienten auf eine schwere Art chronifiziert, sodass sie eben nicht überwindbar sei (IV-Nr. 50 S. 56).

8.4 Vom 18. Oktober bis 7. November 2005 war der Beschwerdeführer in der G.____, [...], hospitalisiert. Es wurden folgende Diagnosen gestellt: «1. Chronifiziertes generalisiertes weichteilrheumatisches Schmerzsyndrom mit/bei: Somatisierungsstörung mit depressiver Reaktion; 2. Anamnestisch ASS- und Celebrex-Unverträglichkeit». Im Weiteren wurde angegeben, der Beschwerdeführer sei zur intensiven stationären Rehabilitation zugewiesen worden. Klinisch habe neben 11 von 18 positiven Fibromyalgiepunkten eine diffuse, stark ausgeprägte Druckdolenz über der gesamten Wirbelsäule und diffus an der Muskulatur bestanden. Die einzelnen Wirbelsäulenabschnitte seien schmerzbedingt bewegungseingeschränkt gewesen. Zusätzlich habe der Patient eine schmerzbedingte Einschränkung der aktiven Schulterbewegung bei passiv unauffälligem Befund und eine schmerzbedingte Kraftminderung der oberen Extremität links gezeigt. Ausser Parästhesien im Bereich des medialen Oberschenkels und dorsalen Unterschenkels bds. sei die Oberflächensensibilität unauffällig gewesen. Die Muskeleigenreflexe seien symmetrisch auslösbar gewesen, der Lasègue bds. sei negativ gewesen. Es seien noch Zeichen für eine Schmerzausweitungssymptomatik, möglicherweise einer Schmerzverarbeitungsstörung vorgelegen. Der Patient sei mit täglicher physiotherapeutischer Einzeltherapie und täglicher stabilisierender Rückengymnastik im Trockenen sowie im Bewegungsbad behandelt worden. Flankierend habe er eine physikalische Therapie mit warmen Wickeln lumbal und nuchal erhalten. Es sei eine Instruktion in der Rückenschule und eine ergonomische Beratung erfolgt. Zusätzlich habe der Patient initial an der Entspannungsgruppe teilgenommen. Es seien auch psychologische Einzelgespräche geführt worden mit dem Schwerpunkt von Schmerzverarbeitungsstrategien und Erlernen von Entspannungstechniken. Die Analgesie sei mit Paracetamol durchgeführt worden. Trotz der multimodalen und beschwerdeangepassten Therapie habe kein wesentlicher Durchbruch bei der Beschwerdereduktion erzielt werden können. Der Patient sei mit der Rehabilitation nur mässig zufrieden gewesen und habe sich von den Therapien mehr erhofft. Es hätten weiterhin subjektiv starke Schmerzen im Bereich des gesamten Bewegungsapparates bestanden. Bei der Austrittsuntersuchung sei weder eine Verbesserung der Beweglichkeit noch der Schmerzen eruierbar gewesen. Der neurologische Status sei im Vergleich zum Eintritt unverändert gewesen. Vom 18. Oktober bis 7. November 2005 habe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bestanden; danach sei aus rheumatologischer Sicht eine Arbeitsfähigkeit von 50 % für leichte Arbeit gegeben (IV-Nr. 55).

8.5 Dem rechtskräftigen Urteil des Versicherungsgerichts vom 18. August 2006 () können im Wesentlichen folgende Erwägungen entnommen werden (IV-Nr. 58 S. 7 ff.,

E. II. Ziff. 4b, c und 5):

b) .. Nebst der somatoformen Schmerzstörung wurden beim Beschwerdeführer keine weiteren psychisch ausgewiesenen Diagnosen gestellt. Im Bericht des Ambulatoriums [...] wird ausschliesslich die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (F45.4) abgegeben. Auch Dr. E.____ macht in seinen Berichten keine weiteren psychischen Krankheitsbilder geltend. Die vom Beschwerdeführer angegebene Diagnose von Dr. med. B. Q.____ vom 21.7.2000 vermag daran nichts zu verändern. Dr. Q.____ diagnostizierte zwar eine anhaltend somatoforme Schmerzstörung mit psychovegetativer Symptomatik. Bei letzterer Diagnose handelt es sich jedoch nicht um eine solche, welche die obigen Voraussetzungen des wissenschaftlich anerkannten Klassifikationssystems erfüllt.

Somit bleibt zu prüfen, ob beim Beschwerdeführer andere qualifizierte, mit gewisser Intensität und Konstanz erfüllte Kriterien vorliegen, welche die Unzumutbarkeit einer willentlichen Schmerzüberwindung begründen.

- Chronische körperliche Begleiterkrankungen und mehrjähriger Krankheitsverlauf bei unveränderter oder progredienter Symptomatik ohne längerfristige Remission können in den Akten nicht ausgemacht werden. Anlässlich des ersten Rentengesuchs stellte Dr. med. C.____ unbestrittenermassen fest, dass der Beschwerdeführer somatisch gesund sei. Es liegen seit dieser Einschätzung keine Arztberichte vor, welche ein somatisches Krankheitsbild feststellten. Eine Verschlechterung des somatischen Gesundheitszustandes ist auch den Berichten von Dr. E.____ oder dem Ambulatorium [...] nicht zu entnehmen. Wenn der Beschwerdeführer auf das von den Ärzten der G.____ am 22.11.2005 diagnostizierte weichteilrheumatische Schmerzsyndrom verweist, kann darauf ebenfalls nicht abgestellt werden. Wie die Vorinstanz zu Recht erläutert, ist diesem Bericht kein hoher Beweiswert zuzuerkennen. Aufgrund fehlendem Bezug auf die Vorakten muss davon ausgegangen werden, dass diese den Ärzten nicht vorgelegen haben und sie sich damit nicht auseinandersetzen konnten. Es ist folglich nicht nachvollziehbar, ob überhaupt, und wenn ja, seit wann beim Beschwerdeführer ein weichteilrheumatisches Schmerzsyndrom vorliegt. Aufgrund konstanter Rechtsprechung hat der Versicherungsrichter den Sachverhalt zu beurteilen, wie er sich im Zeitpunkt des Einspracheentscheides präsentierte. Da der Bericht der G.____ aufgrund eines Aufenthaltes zwischen dem 18.10. und 7.11.2005 ergangen ist und nicht ausführt, dass dieser somatische Befund und die angeblich daraus folgende 50%ige Arbeitsunfähigkeit bereits im April 2005 vorgelegen habe, kann darauf nicht abgestellt werden.

- Ein ausgeprägter sozialer Rückzug in allen Lebenslagen des Beschwerdeführers hat nicht stattgefunden. Gemäss eigener Angaben gegenüber den Ärzten des Ambulatoriums [] pflegt er wenige soziale Kontakte, sporadisch zu seinen Geschwistern sowie zu einem Nachbarn (IV-St. Beleg Nr. 34). Ebenfalls verfügt er über einen Führerausweis, welchen er erst im Februar 2005 hat erstellen lassen (IV-St. Beleg Nr. 48). Dies sind klare Belege dafür, dass es beim Beschwerdeführer nicht zu einem umfassenden sozialen Rückzug mit gleichsam apathischem Verharren in sozialer Isolation gekommen ist.

- Beim Beschwerdeführer liegt auch kein unüberwindbarer primärer Krankheitsgewinn vor. Ausser dem von Dr. med. D.____ in seinem Gutachten vom 8.5.2001 festgestellten, aber rechtlich unbeachtlichen Krankheitsgewinn (keine strengen Arbeiten mehr ausführen), welcher sich als invaliditätsfremder Faktor erweist, wird vom Beschwerdeführer diesbezüglich nichts weiteres vorgebracht.

- Von unbefriedigenden Behandlungsergebnissen trotz konsequent durchgeführter Behandlungsbemühungen kann im vorliegenden Fall nicht gesprochen werden. Dem Bericht des Ambulatoriums [...] ist zu entnehmen, dass die erforderliche medikamentöse Behandlung mit Antidepressiva sistiert wurde, da der Beschwerdeführer die Einnahme verweigerte und eine Wirkung ausblieb. Dass dies aufgrund einer Übermedikation erfolgt sein soll, entspricht einer Parteibehauptung, welche durch die Akten keineswegs gestützt wird. Vielmehr ist davon auszugehen, dass die Ärzte die nötige Medikation korrekt verschreiben. Der Beschwerdeführer verweist weiter auf den Bericht von Dr. med. C.____ vom 12.2.2001, welche eine Therapieresistenz auf Physiotherapien und medikamentöse Massnahmen, einschliesslich Antidepressiva festhielt. Diese nicht näher ausgeführte und erläuterte Behauptung vermag vorliegend nicht zu überzeugen. Einerseits führt Dr. med. C.____ nicht weiter aus, welche medikamentösen Behandlungen sie erfolglos vorgenommen habe. Andererseits wird die Therapieresistenz in späteren Berichten nicht gestützt. Vielmehr wurde bereits im Vorfeld der Erstgespräche im Juni 2004 eine medikamentöse Behandlung mit Antidepressiva durchgeführt. Und auch die Ärzte des Ambulatoriums empfehlen eine Therapie mit Antidepressiva, was dafür spricht, dass diese von einem zu erwartenden Erfolg ausgehen und somit eine Resistenz eher ausschliessen.

Somit gibt es keine hinreichenden Gründe für die Annahme, dem Beschwerdeführer würden die psychischen Ressourcen fehlen, um trotz seiner Schmerzen eine leichte Tätigkeit auszuüben; vielmehr ist in diesem Rahmen von der Überwindbarkeit dieser Schmerzen auszugehen und ihm eine volle Arbeitstätigkeit zuzumuten.

c) Dem vom Beschwerdeführer erhobenen Vorwurf der mangelnden Abklärung des medizinischen Sachverhalts durch die IV-Stelle und der damit erfolgten Verletzung des Gebots der Rechtsgleichheit und der Rechtsverweigerung kann nicht gefolgt werden. Die Vorinstanz hatte einen Arztbericht sowie ein psychiatrisches Gutachten im Rahmen des ersten Anmeldeverfahrens eingeholt. Die vom Beschwerdeführer im zweiten Gesuch geltend gemachte Verschlechterung des Gesundheitszustandes hat sie berücksichtigt und die gesamten Akten Dr. med. R.____ vom Regionalen ärztlichen Dienst der Invalidenversicherungsstelle vorgelegt. Dieser hat die medizinische Situation des Beschwerdeführers im Aktenbericht vom 12.8.2004 festgehalten. Dieser Bericht erfüllt die Beweisanforderungen an einen Aktenbericht gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung, da keine widersprüchlichen Arztberichte vorlagen und es im Wesentlichen nur um die ärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts ging (EVG U 45/05). Den daraus gefolgerten Ausschluss einer Unüberwindbarkeit der somatoformen Schmerzstörung führte die Vorinstanz rechtmässig durch, weshalb sie im Rahmen der antizipierten Beweiswürdigung auf die Vornahme weiterer Abklärungen verzichten konnte (vgl. BGE 124 V 94). .

5. Aus den vorstehenden Erwägungen ergibt sich, dass eine invalidisierende somatoforme Schmerzstörung, welche die Kriterien einer ausnahmsweise annehmbaren Unüberwindbarkeit erfüllen würde, nicht vorliegt. Vielmehr ist dem Beschwerdeführer eine volle Arbeitstätigkeit mangels anderweitiger somatischer oder psychischer Befunde zumutbar. Ein rentenbegründendes Surrogat liegt folglich nicht vor, weshalb sich die Beschwerde trotz umfangreichen, gegenteiligen Ausführungen als unbegründet erweist und abzuweisen ist. Nach Massgabe der ärztlichen Beurteilung der Arbeitsfähigkeit darf nun erwartet werden, dass der Beschwerdeführer die nötigen Willensanstrengungen unternimmt, seine ärztlich attestierte Arbeitsfähigkeit zu verwerten. Es ist nämlich durchaus möglich,

dass die Verweigerung einer Rente den Beschwerdeführer von seiner psychogenen Störung befreit und ihn auf diese Weise veranlasst, die Erwerbsfähigkeit wieder zu erlangen, weil der erwartete Krankheitsgewinn (Rente) wegfällt. Jedenfalls ist solange keine Rente auszurichten, als eine Anstrengung des Beschwerdeführers zur Verwertung der Resterwerbsfähigkeit erwartet werden kann.

9. Der aktuelle medizinische Sachverhalt präsentiert sich wie folgt:

9.1 Vom 27. Dezember 2010 bis 18. Februar 2011 war der Beschwerdeführer in der Klinik S.____ hospitalisiert. Die Diagnosen lauteten wie folgt: «1. Somatoforme, autonome Funktionsstörung, mehrere Organe und Systeme betroffen (ICD-10: F45.3); 2. Angst und depressive Störung gemischt (ICD-10: F41.2)». Als Nebendiagnose wurde eine Gonarthrose mit Status nach einer Knieoperation rechts im Jahr 1979 sowie eine Knieoperation links im Jahr 2006 angegeben. Zum Prozedere wurde ausgeführt, der Patient werde in psychisch stabilisiertem Zustand bei leichtgradiger Besserung der Schmerzproblematik und verbesserter Mobilität in die hausärztliche Behandlung entlassen. Der Patient werde durch die behandelnde Psychiaterin weiterhin betreut und nehme auch an ergotherapeutischen Angeboten der Klinik teil (Bericht vom 18. Februar 2011, IV-Nr. 76 S. 16 f.).

9.2 Vom 24. Februar bis zum 1. März 2012 war der Beschwerdeführer in der I.____ in stationärer wirbelsäulenchirurgischer Behandlung. Gemäss dem Bericht vom 1. März 2012 lautete die Diagnose wie folgt: «Foraminäre Stenose und sequestrierte Diskushernie LWK5/SW1 rechts mit Nervenwurzelkompression. Im Weiteren wurden verschiedene Nebendiagnosen (generalisierte Angststörung im Rahmen einer depressiven Symptomatik bei langjährig vorbestehendem chronischem Schmerzsyndrom, arterielle Hypertonie, Vitamin-D-Insuffizienz) gestellt. Die operative Behandlung (Hemilaminektomie LWK5 rechts, Sequestrektomie, Nukleotomie und Foraminotomie LWK5/SW1 rechts mit Neurolyse S1 rechts) erfolgte am 24. Februar 2012. Dr. med. O.____ hielt zu den Beschwerden und pathologischen Befunden bei Aufnahme fest, der Patient leide seit etwa drei Monaten nun zusätzlich zu seinem bekannten wandernden Ganzkörperschmerz verstärkt und progredient unter rechtsseitigen Lumboischialgien mit einer Schmerzausstrahlung in den lateralen Ober- und Unterschenkel verbunden mit Dysästhesien in der Schmerzstrasse. Intermittierend verspüre er eine Beinschwäche rechts und könne zur Zeit nur noch mit Gehstützen laufen. Sphinkterstörungen von Blase oder Mastdarm seien bisher nicht aufgetreten.

Die Beurteilung des Gesamtverlaufes lautete dahingehend, in Anbetracht der röntgenologischen Befunde und der entsprechenden S1-Symptomatik des Patienten habe sich die Indikation für eine operative Massnahme ergeben. Der postoperative Verlauf sei regelrecht gewesen. Der Patient sei früh mobilisiert worden und habe täglich physiotherapeutische Übungsbehandlungen erhalten. Zum Befund bei Entlassung wurde erwähnt, die präoperativen neurologischen Symptome seien in Rückbildung begriffen. Es bestünden keine manifesten Paresen. Die Hypästhesie entspreche dem Dermatome S1 rechts distal. Der Patient sei an Gehstützen selbstständig gehfähig (IV-Nr. 76 S. 7 ff.).

9.3 Vom 1. bis 13. März 2012 war der Beschwerdeführer im P.____ hospitalisiert. Laut Bericht vom 26. März 2012 lauteten die Diagnosen wie folgt: «1. St.n. Hemilaminektomie LWK 5 rechts, Sequestrektomie, Nukleotomie und Foraminotomie LWK5/SWK1 rechts mit Neurolyse S1 rechts am 24.2.2012 (Dr. S. O.____) bei foraminärer Stenose und

sequestrierter Diskushernie LWK5/SWK 1 rechts mit Nervenkompression; 2. Generalisierte Angststörung im Rahmen einer depressiven Symptomatik bei langjährigem vorbestehendem chronischem Schmerzsyndrom; 3. Metabolisches Syndrom, arterielle Hypertonie, Adipositas, Dyslipidämie; 4. Dyslipidämie». Zur Beurteilung und zum Verlauf wurde im Wesentlichen angegeben, der Patient sei postoperativ zur weiteren Rehabilitation zugewiesen worden. Initial habe beim Patienten ein Ruhe- sowie ein Bewegungsschmerz bestanden, weshalb mit einer Schmerztherapie begonnen worden sei. Es sei nur eine sehr mässige Schmerzbesserung eingetreten, sodass auch unter physiotherapeutischen Massnahmen der Schmerz stets im Vordergrund gestanden sei. Der Patient habe mittels zwei Unterarmgehstöcken 100 Meter bewältigen können. Trotz stetiger Anpassung der analgetischen Therapie habe der Patient vermehrte Schmerzen in der Trochanter major-Region angegeben, die unter physiotherapeutischen Massnahmen schwer zu therapieren gewesen seien. Bei der Entlassung habe sich die Fortbewegung, der Transfer sowie das Ankleiden verbessert. Bei mangelnder Möglichkeit der Therapierbarkeit bei chronischem Rückenschmerzpatienten sei die Rehabilitation gestoppt worden (IV-Nr. 76 S. 10 ff.).

9.4 Dr. med. Dipl. Psych. O.____, Praxis für Neurochirurgie, hielt in ihrem Bericht vom 12. September 2012 fest, in den vergangenen Monaten sei sowohl durch spezielle konservative schmerztherapeutische Massnahmen als auch durch eine operative Intervention bei vorliegender sequestrierter Diskushernie zumindest eine lokale Beschwerdelinderung erzielt worden. Nun beklage der Patient schon seit längerer Zeit Schmerzen und ein Blockadefühl im Bereich der linken Hüfte, weswegen ein Arthro-MRI veranlasst worden sei, welches ein femoroacetabuläres Impingement gezeigt habe. Daraufhin sei im weiteren Verlauf eine Hüftinfiltration links durchgeführt worden, welche für etwa 5 Tage eine deutliche Beschwerdebesserung gebracht habe (IV-Nr. 76 S. 15).

9.5 Dem fachpsychiatrischen Bericht der M.____ (Dr. med.N.____, Fachärztin FMH für Psychiatrie und Psychotherapie) vom 23. März 2015 (Beurteilung vom 19. März 2015) kann im Wesentlichen entnommen werden, der Patient befinde sich seit dem 6. September 2011 bei ihr in ambulanter psychiatrisch-psychotherapeutischer (muttersprachlicher) Behandlung. Zuvor habe sich der Patient in den Jahren 2008 und 2010 in stationärer Behandlung in der psychosomatischen Station der Klinik S.____ befunden. Vor dem Hintergrund der progredient verlaufenden Krankheitsentwicklung sei es trotz mehreren stationären Behandlungen und Operationen zu keiner namhaften Verbesserung des Zustandsbildes gekommen, weswegen auf Empfehlung der damaligen behandelnden Ärzte eine Anmeldung bei der IV vorgenommen worden sei. Ein Arbeitstraining und ein Integrationskurs seien nach 6 Monaten abgebrochen worden. Subjektiv beklage der Patient phänomenologisch ein schwer- bis mittelgradiges depressives Zustandsbild. Im Vordergrund der aktuellen Beschwerdebezeichnung stünden neben Schmerzen eine allgemeine Erschöpfung und leichte Erschöpfbarkeit, Nervosität, aggressive Impulse und Impulsdurchbrüche, Angst, Anspannung und kognitive Störungen. Objektiv wirke der Patient angespannt und belastet, im Untersuchungsgang sei er kooperativ, wach und allseits orientiert. Psychomotorisch sei er etwas verlangsamt. Es bestehe ein unauffälliges Sprechverhalten und die Grundstimmung sei bedrückt, deutlich zum depressiven Pol verschoben. Es bestehe eine Affektlabilität. Situativ sei eine schwere Einschränkung der affektiven Modulationsfähigkeit festzustellen.

Die zusammenfassende Beurteilung lautete dahingehend, der Patient befinde sich seit Jahren in psychiatrisch-psychotherapeutischer (muttersprachlicher) Behandlung. Aufgrund der objektivierbaren Verschlechterung sei durch die behandelnde Psychiaterin (Dr. med. N.____) eine Intensivierung des aufsuchenden Angebotes (psychiatrische Spitex) verordnet worden. Diagnostisch sei das Zustandsbild als chronisch-generalisierte Schmerzkrankheit, mittelschwere bis schwere depressive Störung und schwere posttraumatische Belastungsstörung mit zum Teil konversionsneurotischen Symptomen eingeordnet worden. Der Patient sei psychopharmakologisch im Sinne einer schwergradigen Erkrankung eingestellt und werde dementsprechend behandelt. Beim Patienten liessen sich anamnestisch explorativ, im Sinne von Anhaltspunkten, biopsychologische Ursachen sowie biographische Entwicklungsparameter für strukturelle Vulnerabilität bzw. störungsspezifische Psychodynamik feststellen. Klinisch-phänomenologisch und psychopathometrisch liessen sich im Rahmen der Verlaufsbeurteilung und unter Würdigung der Aktenlage auch vor dem Hintergrund der zwischenzeitlich gewonnenen Erkenntnisse kriterienlogisch Indizien für das Vorliegen folgender psychiatrischer Diagnosen feststellen: Rezidivierende depressive Störung mit Somatisierung und intermittierenden präsuizidalen Phasen und konversionsneurotischen Symptomen ICD-10 33.2, posttraumatische Belastungsstörung mit psychotischen Symptomen PTBS ICD-10 F43.1 sowie anhaltende somatoforme Schmerzstörung F45. Das aktuelle Beschwerdebild des Patienten entspreche einer mittelgradigen (depressiven) psychischen Beeinträchtigung bei komorbiden psychischen Störungen mit St.n. psychotischer Symptombildung. Das Beschwerdebild erscheine klinisch phänomenologisch und kriterienlogisch mit den obgenannten Diagnosen am besten erfasst, wobei es sich hier um eine syndromale Erfassung handle. Aufgrund des Verlaufs und der ausbleibenden namhaften Verbesserung trotz massiver Bemühungen sowohl therapeutisch als auch durch den mitwirkenden Patienten sei es in den letzten Monaten zu einer progredienten Verschlechterung des Zustandsbildes gekommen (IV-Nr. 74 S. 3 ff.).

9.6 Dr. med. E.____ stellte in seinem Bericht zu Handen der Beschwerdegegnerin vom 28. Juni 2015 folgende Diagnosen: Verdacht auf Persönlichkeitsstörung, chronisches, nicht überwindbares Somatisierungsproblem sowie verschiedene degenerative Probleme. Im Weiteren hielt der Hausarzt fest, der Patient sei bei ihm seit vielen Jahren in begleitender Therapie. Zu einer spezifischen Therapie sei der Patient zur Psychologin und Neurochirurgin Dr. med. O.____ zugewiesen worden. Zudem sei der Patient bei Dr. med. N.____ in psychiatrischer Therapie, welche dort zudem in seiner Landessprache erfolgen könne. Aufgrund seiner nun langjährigen Begleitung dieses Patienten komme er zum Schluss, dass hier eine Persönlichkeitsstörung vorliege. Die Absicherung dieser Diagnose habe durch eine psychiatrische Stelle zu erfolgen (IV-Nr. 82 S. 5).

9.7 Dr. med. O.____ gab in ihrem Bericht zu Handen der Beschwerdegegnerin vom 1. Oktober 2015 folgende Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit an: «Chronisches Schmerzsyndrom mit Depression, bestehend seit Jahren». Der Gesundheitszustand sei stationär. Ergänzende medizinische Abklärungen seien nicht angezeigt. Zur Therapie wurde eine multimodale Schmerztherapie sowie eine psychologische Betreuung empfohlen. Die Prognose sei stationär. Die bisherige Tätigkeit als Hilfsarbeiter sei nicht mehr zumutbar. Leichte Tätigkeiten ohne grosse körperliche Belastung mit vielen Ruhephasen seien dagegen im Rahmen von 2 bis 3 Stunden pro Tag zuzumuten (IV-Nr. 85).

9.8 Dem bidisziplinären (rheumatologischen und psychiatrischen) Gutachten des J.____, [...], vom 22. Januar 2016 kann entnommen werden, dass der Beschwerdeführer dort am 11. Januar 2016 psychiatrisch (Dr. med. K.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie) und am 12. Januar 2016 rheumatologisch (Dr. med. L.____, FMH Rheumatologie) im Beisein eines Dolmetschers untersucht und begutachtet wurde. Die bidisziplinären Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit lauteten wie folgt: «1. Chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom mit pseudoradikulärer Ausstrahlung in die rechte untere Extremität (ICD-10 M54.5), St.n. Hemilaminektomie LWK5 rechts, Sequestrektomie, Nukleotomie und Foraminotomie LWK5/S1 rechts und Neurolyse S1 rechts am 24.02.2012 bei foraminärer Stenose und sequestrierter Diskushernie LWK5/S1 rechts mit Nervenkompression, Wirbelsäulenfehlform/-fehlhaltung (betonte Lendenlordose, langgezogene deutlich betonte thorakale Hypokyphose mit partiell fixierter Kyphose, konsekutiv HWS- sowie Schulterprotraktionsfehlstellung, erhebliche muskuläre Dysbalance mit Abschwächung der gesamten abdominellen und rückenstabilisierenden Muskelgruppen mit schmerzhaften reaktiven Myogelosen im gesamten Nacken-Schultergürtel thorakal, lumbal, paravertebral im Beckengürtel, Adipositas mit deutlich ausladendem Abdomen mit BMI von 31 kg/m² bei allgemeiner muskulärer Dekonditionierung; 2. Diskret beginnende mediale Gonarthrose bds. (ICD-10 M17.0), radiomorphologisch Hinweise auf Chondrokalzinose rechts mehr als links (ICD-10 M11); 3. Radiomorphologisch STT-Arthrose links (ICD-10 M25.5)». Die weiteren Diagnosen (1. leichte depressive Episode [ICD-10 F32.0]; 2. Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren [ICD-10 F45.41], chronisches multilokuläres therapieresistentes Schmerzsyndrom [ICD-10 R52.9]; 3. St.n. Supraspinatustendinopathie gemäss Arthro-MRI 12/2003 [ICD-10 M75.4], aktuell klinisch keine Impingement-Symptomatik objektivierbar) haben nach den gutachterlichen Angaben keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit.

Im Rahmen der bidisziplinären Beurteilung wurde im Wesentlichen ausgeführt, den subjektiv geklagten somatischen Beschwerden entsprechend sei der Explorand auftragsgemäss am Bewegungsapparat in der rheumatologischen Untersuchung evaluiert worden. Beim Exploranden könne bei Status nach Voroperation im Jahr 2012 mit Hemilaminektomie LWK5 rechts das chronische lumbospondylogene Schmerzsyndrom festgestellt werden mit pseudoradikulärer Ausstrahlung in die rechte untere Extremität, dies bei Wirbelsäulenfehlhaltung und muskulärer Dysbalance. Beungünstigend sei auch die Adipositas mit dem ausladenden Abdomen zu erwähnen. Zudem bestehe eine diskrete, beginnende mediale Gonarthrose beidseits sowie radiomorphologisch eine STT-Arthrose links. Im Weiteren sei das chronische multilokuläre therapieresistente Schmerzsyndrom mit verschiedenen Beschwerden ohne Korrelat zu erwähnen. Hinsichtlich Arbeitsfähigkeit lasse sich ableiten, dass regelmässig schwer und auch mittelschwer belastende Tätigkeiten nicht mehr zumutbar seien. Für eine körperlich leichte bis selten mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeiten, verschiedentlich adaptiert, wie im Teilgutachten dargelegt, bestehe aus rheumatologischer Sicht eine vollschichtige Arbeitsfähigkeit. Es könne eine Leistungseinbusse von 25 % zuerkannt werden bei erhöhtem Pausenbedarf und leicht reduziertem Rendement. Aus psychiatrischer Sicht könne auf affektiver Ebene eine leichte depressive Episode festgestellt werden. Die somatisch nicht ausreichend erklärbaren Befunde für die subjektiven Limitierungen und Beschwerdeangaben könnten beschreibend einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren zugeordnet werden. Die Diskussion der Indikatoren ergebe, dass durch die Schmerzstörung keine

wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ableitbar sei. Die leichte depressive Episode sei niederschwellig und erreiche nicht das Ausmass, dass die Arbeitsfähigkeit tangiert sei. Somit bestehe aus psychiatrischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit.

Im Weiteren hielten die Gutachter fest, zusammenfassend resultiere aus bidisziplinärer Sicht, dass beim Exploranden eine Arbeitsunfähigkeit in schweren, anhaltend mittelschweren und nicht adaptierten Tätigkeiten bestätigt werden könne. In leichten bis selten mittelschweren, wechselbelastenden Tätigkeiten bestehe eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 75 %. Das Pensum könnte vollschichtig umgesetzt werden mit erhöhtem Pausenbedarf von 10 bis 15 Minuten pro Stunde und leicht reduziertem Rendement. Diese Einschätzung könne mit Sicherheit ab dem Januar 2016 bestätigt werden. Eine Rückdatierung sei aufgrund der vorliegenden Aktenlage schwierig. Arbiträr sei davon auszugehen, dass die aktuelle Arbeitsfähigkeit ab Januar 2013 anzunehmen sei, nach vorübergehend postoperativ aufgehobener Arbeitsfähigkeit vom Februar 2012 bis längstens Dezember 2012. Noch vorher könne keine wesentliche Einschränkung in adaptierten Tätigkeiten bestätigt werden. Zu früheren ärztlichen Einschätzungen sei in den Teilgutachten Stellung bezogen worden; allfällige Diskrepanzen seien diskutiert worden. Aus psychiatrischer Sicht seien derzeit keine spezifischen Massnahmen vorzuschlagen. Bei einer Verstärkung der Depression könnte auch die antidepressive Medikation wieder eingesetzt werden. Aus rheumatologischer Sicht könnten bei verfestigter therapieresistenter Beschwerdesituation und Selbstlimitierung keine speziellen Massnahmen vorgeschlagen werden. Eine physiotherapeutische Anleitung zu Übungen wäre theoretisch sinnvoll. Das offensichtlich nicht eingenommene Lyrica müsse nicht weiter verordnet werden. Überhaupt sollte mit der Gabe von Schmerzmitteln zurückhaltend umgegangen werden. Berufliche Massnahmen könnten realistischerweise bei der vorhandenen subjektiven Krankheits- und Behinderungsüberzeugung und dem fortgeschrittenen Erwerbsalter des Exploranden nicht vorgeschlagen werden. Eine relevante Veränderung des Gesundheitszustands sei wahrscheinlich anzunehmen, manifest seit dem Jahr 2012 bzw. unverändert seit Anfang 2013 (IV-Nr. 95.1 S. 2 ff.).

9.9 Die behandelnde Psychiaterin, Dr. med. N.____, hielt in ihrer Stellungnahme vom 25. Februar 2016 zum vorerwähnten J.____-Gutachten fest, weder der aktuelle psychische Zustand des Patienten noch seine Erfahrungen im Alltag seien im Gutachten abgebildet worden (IV-Nr. 103 S. 2 ff.).

9.10 Der RAD-Arzt (Dr. med. T.____, Facharzt Allgemeine Medizin FMH) hielt in seiner Stellungnahme vom 30. März 2016 fest, die Stellungnahme der behandelnden Psychiaterin vom 25. Februar 2016 stelle eine andere Beurteilung und vor allem Gewichtung des gleichen Zustandes und der vom Gutachter zitierten anamnestischen Aktivitätsangaben dar. Dennoch sei sie dem Gutachter zuzustellen, da es sich um eine fachärztliche Diskussion handle (IV-Nr. 106 S. 2 f.).

9.11 Der psychiatrische J.____-Gutachter, Dr. med. K.____, hielt in seiner Stellungnahme vom 5. April 2016 fest, die behandelnde Psychiaterin mache keine wesentliche andere Beurteilung als diejenige, die bereits während der Begutachtung vorgelegen sei und zu der im J.____-Gutachten eingehend Stellung genommen worden sei. Am Gutachten könne deshalb auch weiterhin festgehalten werden (IV-Nr. 108).

9.12 Zu den somatisch begründbaren Schmerzen hielt Dr. med. K.____ in seiner Stellungnahme vom 21. Juni 2016 noch fest, jene seien im psychiatrischen Teilgutachten eingehend miteinbezogen worden. Es sei auch eine entsprechende Schmerzstörung diagnostiziert worden. Zu den Indikatoren sei im psychiatrischen Teilgutachten Stellung genommen worden. Die Einwände könnten das J.____-Gutachten nicht in Frage stellen (IV-Nr. 110).

E. 7

Alles unter Kosten- und Entschädigungsfolge zu Lasten der Beschwerdegegnerin. 2.2 Mit Verfügung vom 15. Februar 2017 wird der Antrag des Beschwerdeführers, das Verfahren sei zu sistieren, abgewiesen (A.S. 39 f.). 2.3 In ihrer Beschwerdeantwort vom 14. März 2017 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde (A.S. 41 f.). 2.4 Mit Verfügung vom 12. April 2017 wird dem Beschwerdeführer ab Prozessbeginn die unentgeltliche Rechtspflege bewilligt und Rechtsanwalt Claude Wyssmann, [...], als unentgeltlicher Rechtsbeistand bestellt (A.S. 47 f.). 2.5 Am 16. Juni 2017 lässt der Beschwerdeführer eine Replik einreichen und sinngemäss an seinen in der Beschwerde gestellten Anträgen festhalten (A.S. 56 f.). 2.6 Mit Verfügung vom 17. Juli 2017 wird festgestellt, dass die Beschwerdegegnerin auf eine Äusserung zur Replik des Vertreters des Beschwerdeführers vom 16. Juni 2017 verzichtet hat (A.S. 59). 2.7 Am 29. August 2017 reicht der Vertreter des Beschwerdeführers seine Kostennote ein (A.S. 60 ff.). 2.8 Mit Verfügung vom 17. Mai 2018 werden die Parteien zur vom Beschwerdeführer beantragten öffentlichen Verhandlung vom Montag, 29. Oktober 2018, vorgeladen (A.S. 64 f.). 2.9 Am 29. Oktober 2018 führt das Versicherungsgericht die erwähnte öffentliche Verhandlung durch (siehe Protokoll der Verhandlung vom 29. Oktober 2018; A.S. 67 ff.). 2.10 Auf die Ausführungen in den Rechtsschriften der Parteien wird, soweit erforderlich, in den folgenden Erwägungen eingegangen. Im Übrigen wird auf die Akten verwiesen. II. 1. 1.1 Die Sachurteilsvoraussetzungen (Einhaltung von Frist und Form, örtliche und sachliche Zuständigkeit des angerufenen Gerichts, Legitimation) sind erfüllt. Auf die Beschwerde ist daher einzutreten. 1.2 Streitig und zu prüfen ist, ob das Vorbescheidverfahren korrekt durchgeführt wurde, dem bidisziplinären J.____-Gutachten vom 22. Januar 2016 Beweiswert zukommt und ob seit dem rechtskräftigen Einspracheentscheid vom 25. April 2005 eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist. Bei der Beurteilung des Falles ist grundsätzlich auf den Sachverhalt abzustellen, der bis zum Erlass der vorliegend angefochtenen Verfügung am 9. Januar 2017 eingetreten ist (BGE 132 V 215 E. 3.1.1 S. 220 mit Hinweisen). 2.

E. 8

. Im Folgenden ist zu prüfen, ob seit dem rechtskräftigen Einspracheentscheid vom 25. April 2005 (IV-Nr. 49) eine relevante gesundheitliche Verschlechterung des Beschwerdeführers eingetreten ist. Dazu ist der medizinische Sachverhalt darzulegen, wie er dem vorerwähnten Einspracheentscheid zu Grunde lag: 8.1 Dem Bericht der F.____ über das Erstgespräch vom 2. und 21. Juni 2004 kann entnommen werden, dass der Beschwerdeführer von seinem Hausarzt Dr. med. E.____ aufgrund einer schweren, chronifizierten und therapieresistenten Somatisierungsstörung zur psychiatrischen Beurteilung dem psychiatrischen Ambulatorium [...] zugewiesen wurde. Die Diagnose lautete auf eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4). Zur Beurteilung wurde angegeben, die chronischen, sich verschlechternden und ausbreitenden Schmerzen

des Bewegungsapparates, welche keinen adäquaten somatischen Befund aufwiesen, seien unter einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung einzuordnen. Die Krankheitsentwicklung vor ca. vier Jahren habe mit somatischen Beschwerden wahrscheinlich als Folge der schweren körperlichen Arbeit angefangen. Trotz wiederholten Therapieversuchen sei es zur Verschlechterung der Symptomatik und Entwicklung einer affektiven Störung gekommen. Eine wichtige Rolle bei der Krankheitsentwicklung spiele wahrscheinlich die Selbstwertproblematik des Patienten, welcher nicht in der Lage sei, seine Familie zu ernähren, was zu inneren Konflikten führe (IV-Nr. 34 S. 2 f.).

8.2 Dem Bericht von Dr. med. E. ___ vom 27. Dezember 2004 kann entnommen werden, der Beschwerdeführer sei seit Januar 2003 bei ihm regelmässig in seiner Sprechstunde in Therapie. In dieser Zeit habe er den Patienten intensiv kennenlernen können. Der Patient leide weiterhin an einer nun offensichtlich anhaltenden, schwer chronifizierten, therapieresistenten und unüberwindbaren somatoformen Schmerzstörung (IV-Nr. 44 S. 45).

8.3 Im Bericht vom 12. Mai 2005 hielt der Hausarzt unter Angabe der vorerwähnten Diagnosen fest, der Beschwerdeführer empfinde seine Schmerzen dermassen quälend und kaum aushaltbar, dass er immer wieder Linderung durch seine Therapien erwarte. Diese schwere Erkrankung habe sich bei diesem bedauernswerten Patienten auf eine schwere Art chronifiziert, sodass sie eben nicht überwindbar sei (IV-Nr. 50 S. 56).

8.4 Vom 18. Oktober bis 7. November 2005 war der Beschwerdeführer in der G. ___, [...], hospitalisiert. Es wurden folgende Diagnosen gestellt: «1. Chronifiziertes generalisiertes weichteilrheumatisches Schmerzsyndrom mit/bei: Somatisierungsstörung mit depressiver Reaktion; 2. Anamnestisch ASS- und Celebrex-Unverträglichkeit». Im Weiteren wurde angegeben, der Beschwerdeführer sei zur intensiven stationären Rehabilitation zugewiesen worden. Klinisch habe neben 11 von 18 positiven Fibromyalgiepunkten eine diffuse, stark ausgeprägte Druckdolenz über der gesamten Wirbelsäule und diffus an der Muskulatur bestanden. Die einzelnen Wirbelsäulenabschnitte seien schmerzbedingt bewegungseingeschränkt gewesen. Zusätzlich habe der Patient eine schmerzbedingte Einschränkung der aktiven Schulterbewegung bei passiv unauffälligem Befund und eine schmerzbedingte Kraftminderung der oberen Extremität links gezeigt. Ausser Parästhesien im Bereich des medialen Oberschenkels und dorsalen Unterschenkels bds. sei die Oberflächensensibilität unauffällig gewesen. Die Muskeleigenreflexe seien symmetrisch auslösbar gewesen, der Lasègue bds. sei negativ gewesen. Es seien noch Zeichen für eine Schmerzausweitungssymptomatik, möglicherweise einer Schmerzverarbeitungsstörung vorgelegen. Der Patient sei mit täglicher physiotherapeutischer Einzeltherapie und täglicher stabilisierender Rückengymnastik im Trockenen sowie im Bewegungsbad behandelt worden. Flankierend habe er eine physikalische Therapie mit warmen Wickeln lumbal und nuchal erhalten. Es sei eine Instruktion in der Rückenschule und eine ergonomische Beratung erfolgt. Zusätzlich habe der Patient initial an der Entspannungsgruppe teilgenommen. Es seien auch psychologische Einzelgespräche geführt worden mit dem Schwerpunkt von Schmerzverarbeitungsstrategien und Erlernen von Entspannungstechniken. Die Analgesie sei mit Paracetamol durchgeführt worden. Trotz der multimodalen und beschwerdeangepassten Therapie habe kein wesentlicher Durchbruch bei der Beschwerdereduktion erzielt werden können. Der Patient sei mit der Rehabilitation nur mässig zufrieden gewesen und habe sich von den Therapien mehr erhofft. Es hätten weiterhin subjektiv starke Schmerzen im Bereich des gesamten Bewegungsapparates bestanden. Bei der Austrittsuntersuchung sei weder eine Verbesserung der Beweglichkeit noch der Schmerzen eruierbar gewesen. Der neurologische Status sei im Vergleich zum

Eintritt unverändert gewesen. Vom 18. Oktober bis 7. November 2005 habe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bestanden; danach sei aus rheumatologischer Sicht eine Arbeitsfähigkeit von 50 % für leichte Arbeit gegeben (IV-Nr. 55). 8.5 Dem rechtskräftigen Urteil des Versicherungsgerichts vom 18. August 2006 () können im Wesentlichen folgende Erwägungen entnommen werden (IV-Nr. 58 S. 7 ff., E. II. Ziff. 4b, c und 5): b) Nebst der somatoformen Schmerzstörung wurden beim Beschwerdeführer keine weiteren psychisch ausgewiesenen Diagnosen gestellt. Im Bericht des Ambulatoriums [...] wird ausschliesslich die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (F45.4) abgegeben. Auch Dr. E. ___ macht in seinen Berichten keine weiteren psychischen Krankheitsbilder geltend. Die vom Beschwerdeführer angegebene Diagnose von Dr. med. B. Q. ___ vom 21.7.2000 vermag daran nichts zu verändern. Dr. Q. ___ diagnostizierte zwar eine anhaltend somatoforme Schmerzstörung mit psychovegetativer Symptomatik. Bei letzterer Diagnose handelt es sich jedoch nicht um eine solche, welche die obigen Voraussetzungen des wissenschaftlich anerkannten Klassifikationssystems erfüllt. Somit bleibt zu prüfen, ob beim Beschwerdeführer andere qualifizierte, mit gewisser Intensität und Konstanz erfüllte Kriterien vorliegen, welche die Unzumutbarkeit einer willentlichen Schmerzüberwindung begründen. - Chronische körperliche Begleiterkrankungen und mehrjähriger Krankheitsverlauf bei unveränderter oder progredienter Symptomatik ohne längerfristige Remission können in den Akten nicht ausgemacht werden. Anlässlich des ersten Rentengesuchs stellte Dr. med. C. ___ unbestrittenermassen fest, dass der Beschwerdeführer somatisch gesund sei. Es liegen seit dieser Einschätzung keine Arztberichte vor, welche ein somatisches Krankheitsbild feststellten. Eine Verschlechterung des somatischen Gesundheitszustandes ist auch den Berichten von Dr. E. ___ oder dem Ambulatorium [...] nicht zu entnehmen. Wenn der Beschwerdeführer auf das von den Ärzten der G. ___ am 22.11.2005 diagnostizierte weichteilrheumatische Schmerzsyndrom verweist, kann darauf ebenfalls nicht abgestellt werden. Wie die Vorinstanz zu Recht erläutert, ist diesem Bericht kein hoher Beweiswert zuzuerkennen. Aufgrund fehlendem Bezug auf die Vorakten muss davon ausgegangen werden, dass diese den Ärzten nicht vorgelegen haben und sie sich damit nicht auseinandersetzen konnten. Es ist folglich nicht nachvollziehbar, ob überhaupt, und wenn ja, seit wann beim Beschwerdeführer ein weichteilrheumatisches Schmerzsyndrom vorliegt. Aufgrund konstanter Rechtsprechung hat der Versicherungsrichter den Sachverhalt zu beurteilen, wie er sich im Zeitpunkt des Einspracheentscheides präsentierte. Da der Bericht der G. ___ aufgrund eines Aufenthaltes zwischen dem 18.10. und 7.11.2005 ergangen ist und nicht ausführt, dass dieser somatische Befund und die angeblich daraus folgende 50%ige Arbeitsunfähigkeit bereits im April 2005 vorgelegen habe, kann darauf nicht abgestellt werden. - Ein ausgeprägter sozialer Rückzug in allen Lebenslagen des Beschwerdeführers hat nicht stattgefunden. Gemäss eigener Angaben gegenüber den Ärzten des Ambulatoriums [...] pflegt er wenige soziale Kontakte, sporadisch zu seinen Geschwistern sowie zu einem Nachbarn (IV-St. Beleg Nr. 34). Ebenfalls verfügt er über einen Führerausweis, welchen er erst im Februar 2005 hat erstellen lassen (IV-St. Beleg Nr. 48). Dies sind klare Belege dafür, dass es beim Beschwerdeführer nicht zu einem umfassenden sozialen Rückzug mit gleichsam apathischem Verharren in sozialer Isolation gekommen ist. - Beim Beschwerdeführer liegt auch kein unüberwindbarer primärer Krankheitsgewinn vor. Ausser dem von Dr. med. D. ___ in seinem Gutachten vom 8.5.2001 festgestellten, aber rechtlich unbeachtlichen Krankheitsgewinn (keine strengen Arbeiten mehr ausführen), welcher sich als invaliditätsfremder Faktor erweist, wird vom

Beschwerdeführer diesbezüglich nichts weiteres vorgebracht. - Von unbefriedigenden Behandlungsergebnissen trotz konsequent durchgeführter Behandlungsbemühungen kann im vorliegenden Fall nicht gesprochen werden. Dem Bericht des Ambulatoriums [...] ist zu entnehmen, dass die erforderliche medikamentöse Behandlung mit Antidepressiva sistiert wurde, da der Beschwerdeführer die Einnahme verweigerte und eine Wirkung ausblieb. Dass dies aufgrund einer Übermedikation erfolgt sein soll, entspricht einer Parteibehauptung, welche durch die Akten keineswegs gestützt wird. Vielmehr ist davon auszugehen, dass die Ärzte die nötige Medikation korrekt verschreiben. Der Beschwerdeführer verweist weiter auf den Bericht von Dr. med. C. ___ vom 12.2.2001, welche eine Therapieresistenz auf Physiotherapien und medikamentöse Massnahmen, einschliesslich Antidepressiva festhielt. Diese nicht näher ausgeführte und erläuterte Behauptung vermag vorliegend nicht zu überzeugen. Einerseits führt Dr. med. C. ___ nicht weiter aus, welche medikamentösen Behandlungen sie erfolglos vorgenommen habe. Andererseits wird die Therapieresistenz in späteren Berichten nicht gestützt. Vielmehr wurde bereits im Vorfeld der Erstgespräche im Juni 2004 eine medikamentöse Behandlung mit Antidepressiva durchgeführt. Und auch die Ärzte des Ambulatoriums empfehlen eine Therapie mit Antidepressiva, was dafür spricht, dass diese von einem zu erwartenden Erfolg ausgehen und somit eine Resistenz eher ausschliessen. Somit gibt es keine hinreichenden Gründe für die Annahme, dem Beschwerdeführer würden die psychischen Ressourcen fehlen, um trotz seiner Schmerzen eine leichte Tätigkeit auszuüben; vielmehr ist in diesem Rahmen von der Überwindbarkeit dieser Schmerzen auszugehen und ihm eine volle Arbeitstätigkeit zuzumuten. c) Dem vom Beschwerdeführer erhobenen Vorwurf der mangelnden Abklärung des medizinischen Sachverhalts durch die IV-Stelle und der damit erfolgten Verletzung des Gebots der Rechtsgleichheit und der Rechtsverweigerung kann nicht gefolgt werden. Die Vorinstanz hatte einen Arztbericht sowie ein psychiatrisches Gutachten im Rahmen des ersten Anmeldeverfahrens eingeholt. Die vom Beschwerdeführer im zweiten Gesuch geltend gemachte Verschlechterung des Gesundheitszustandes hat sie berücksichtigt und die gesamten Akten Dr. med. R. ___ vom Regionalen ärztlichen Dienst der Invalidenversicherungsstelle vorgelegt. Dieser hat die medizinische Situation des Beschwerdeführers im Aktenbericht vom 12.8.2004 festgehalten. Dieser Bericht erfüllt die Beweisanforderungen an einen Aktenbericht gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung, da keine widersprüchlichen Arztberichte vorlagen und es im Wesentlichen nur um die ärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts ging (EVG U 45/05). Den daraus gefolgerten Ausschluss einer Unüberwindbarkeit der somatoformen Schmerzstörung führte die Vorinstanz rechtmässig durch, weshalb sie im Rahmen der antizipierten Beweiswürdigung auf die Vornahme weiterer Abklärungen verzichten konnte (vgl. BGE 124 V 94). 5. Aus den vorstehenden Erwägungen ergibt sich, dass eine invalidisierende somatoforme Schmerzstörung, welche die Kriterien einer ausnahmsweise annehmbaren Unüberwindbarkeit erfüllen würde, nicht vorliegt. Vielmehr ist dem Beschwerdeführer eine volle Arbeitstätigkeit mangels anderweitiger somatischer oder psychischer Befunde zumutbar. Ein rentenbegründendes Surrogat liegt folglich nicht vor, weshalb sich die Beschwerde trotz umfangreichen, gegenteiligen Ausführungen als unbegründet erweist und abzuweisen ist. Nach Massgabe der ärztlichen Beurteilung der Arbeitsfähigkeit darf nun erwartet werden, dass der Beschwerdeführer die nötigen Willensanstrengungen unternimmt, seine ärztlich attestierte Arbeitsfähigkeit zu verwerten. Es ist nämlich durchaus möglich, dass die Verweigerung einer Rente den Beschwerdeführer von seiner psychogenen Störung befreit und ihn auf diese Weise veranlasst, die

Erwerbsfähigkeit wieder zu erlangen, weil der erwartete Krankheitsgewinn (Rente) wegfällt. Jedenfalls ist solange keine Rente auszurichten, als eine Anstrengung des Beschwerdeführers zur Verwertung der Resterwerbsfähigkeit erwartet werden kann. 9.

Der aktuelle medizinische Sachverhalt präsentiert sich wie folgt: 9.1 Vom 27. Dezember 2010 bis 18. Februar 2011 war der Beschwerdeführer in der Klinik S.____ hospitalisiert. Die Diagnosen lauteten wie folgt: «1. Somatoforme, autonome Funktionsstörung, mehrere Organe und Systeme betroffen (ICD-10: F45.3); 2. Angst und depressive Störung gemischt (ICD-10: F41.2)». Als Nebendiagnose wurde eine Gonarthrose mit Status nach einer Knieoperation rechts im Jahr 1979 sowie eine Knieoperation links im Jahr 2006 angegeben. Zum Prozedere wurde ausgeführt, der Patient werde in psychisch stabilisiertem Zustand bei leichtgradiger Besserung der Schmerzproblematik und verbesserter Mobilität in die hausärztliche Behandlung entlassen. Der Patient werde durch die behandelnde Psychiaterin weiterhin betreut und nehme auch an ergotherapeutischen Angeboten der Klinik teil (Bericht vom 18. Februar 2011, IV-Nr. 76 S. 16 f.). 9.2 Vom 24. Februar bis zum 1. März 2012 war der Beschwerdeführer in der I.____ in stationärer wirbelsäulenchirurgischer Behandlung. Gemäss dem Bericht vom 1. März 2012 lautete die Diagnose wie folgt: «Foraminäre Stenose und sequestrierte Diskushernie LWK5/SW1 rechts mit Nervenwurzelkompression. Im Weiteren wurden verschiedene Nebendiagnosen (generalisierte Angststörung im Rahmen einer depressiven Symptomatik bei langjährig vorbestehendem chronischem Schmerzsyndrom, arterielle Hypertonie, Vitamin-D-Insuffizienz) gestellt. Die operative Behandlung (Hemilaminektomie LWK5 rechts, Sequestrektomie, Nukleotomie und Foraminotomie LWK5/SW1 rechts mit Neurolyse S1 rechts) erfolgte am 24. Februar 2012. Dr. med. O.____ hielt zu den Beschwerden und pathologischen Befunden bei Aufnahme fest, der Patient leide seit etwa drei Monaten nun zusätzlich zu seinem bekannten wandernden Ganzkörperschmerz verstärkt und progredient unter rechtsseitigen Lumboischialgien mit einer Schmerzausstrahlung in den lateralen Ober- und Unterschenkel verbunden mit Dysästhesien in der Schmerzstrasse. Intermittierend verspüre er eine Beinschwäche rechts und könne zur Zeit nur noch mit Gehstützen laufen. Sphinkterstörungen von Blase oder Mastdarm seien bisher nicht aufgetreten. Die Beurteilung des Gesamtverlaufes lautete dahingehend, in Anbetracht der röntgenologischen Befunde und der entsprechenden S1-Symptomatik des Patienten habe sich die Indikation für eine operative Massnahme ergeben. Der postoperative Verlauf sei regelrecht gewesen. Der Patient sei früh mobilisiert worden und habe täglich physiotherapeutische Übungsbehandlungen erhalten. Zum Befund bei Entlassung wurde erwähnt, die präoperativen neurologischen Symptome seien in Rückbildung begriffen. Es bestünden keine manifesten Paresen. Die Hypästhesie entspreche dem Dermatome S1 rechts distal. Der Patient sei an Gehstützen selbstständig gehfähig (IV-Nr. 76 S. 7 ff.). 9.3 Vom 1. bis 13. März 2012 war der Beschwerdeführer im P.____ hospitalisiert. Laut Bericht vom 26. März 2012 lauteten die Diagnosen wie folgt: «1. St.n. Hemilaminektomie LWK 5 rechts, Sequestrektomie, Nukleotomie und Foraminotomie LWK5/SWK1 rechts mit Neurolyse S1 rechts am 24.2.2012 (Dr. S. O.____) bei foraminärer Stenose und sequestrierter Diskushernie LWK5/SWK 1 rechts mit Nervenkompression; 2. Generalisierte Angststörung im Rahmen einer depressiven Symptomatik bei langjährigem vorbestehendem chronischem Schmerzsyndrom; 3. Metabolisches Syndrom, arterielle Hypertonie, Adipositas, Dyslipidämie; 4. Dyslipidämie». Zur Beurteilung und zum Verlauf wurde im Wesentlichen angegeben, der Patient sei postoperativ zur weiteren Rehabilitation zugewiesen worden. Initial habe beim

Patienten ein Ruhe- sowie ein Bewegungsschmerz bestanden, weshalb mit einer Schmerztherapie begonnen worden sei. Es sei nur eine sehr mässige Schmerzbesserung eingetreten, sodass auch unter physiotherapeutischen Massnahmen der Schmerz stets im Vordergrund gestanden sei. Der Patient habe mittels zwei Unterarmgehstöcken 100 Meter bewältigen können. Trotz stetiger Anpassung der analgetischen Therapie habe der Patient vermehrte Schmerzen in der Trochanter major-Region angegeben, die unter physiotherapeutischen Massnahmen schwer zu therapieren gewesen seien. Bei der Entlassung habe sich die Fortbewegung, der Transfer sowie das Ankleiden verbessert. Bei mangelnder Möglichkeit der Therapierbarkeit bei chronischem Rückenschmerzpatienten sei die Rehabilitation gestoppt worden (IV-Nr. 76 S. 10 ff.).

9.4 Dr. med. Dipl. Psych. O.____, Praxis für Neurochirurgie, hielt in ihrem Bericht vom 12. September 2012 fest, in den vergangenen Monaten sei sowohl durch spezielle konservative schmerztherapeutische Massnahmen als auch durch eine operative Intervention bei vorliegender sequestrierter Diskushernie zumindest eine lokale Beschwerdelinderung erzielt worden. Nun beklage der Patient schon seit längerer Zeit Schmerzen und ein Blockadegefühl im Bereich der linken Hüfte, weswegen ein Arthro-MRI veranlasst worden sei, welches ein femoroacetabuläres Impingement gezeigt habe. Daraufhin sei im weiteren Verlauf eine Hüftinfiltration links durchgeführt worden, welche für etwa 5 Tage eine deutliche Beschwerdeverbesserung gebracht habe (IV-Nr. 76 S. 15).

9.5 Dem fachpsychiatrischen Bericht der M.____ (Dr. med.N.____, Fachärztin FMH für Psychiatrie und Psychotherapie) vom 23. März 2015 (Beurteilung vom 19. März 2015) kann im Wesentlichen entnommen werden, der Patient befinde sich seit dem 6. September 2011 bei ihr in ambulanter psychiatrisch-psychotherapeutischer (muttersprachlicher) Behandlung. Zuvor habe sich der Patient in den Jahren 2008 und 2010 in stationärer Behandlung in der psychosomatischen Station der Klinik S.____ befunden. Vor dem Hintergrund der progredient verlaufenden Krankheitsentwicklung sei es trotz mehreren stationären Behandlungen und Operationen zu keiner namhaften Verbesserung des Zustandsbildes gekommen, weswegen auf Empfehlung der damaligen behandelnden Ärzte eine Anmeldung bei der IV vorgenommen worden sei. Ein Arbeitstraining und ein Integrationskurs seien nach 6 Monaten abgebrochen worden. Subjektiv beklage der Patient phänomenologisch ein schwer- bis mittelgradiges depressives Zustandsbild. Im Vordergrund der aktuellen Beschwerdebezeichnung stünden neben Schmerzen eine allgemeine Erschöpfung und leichte Erschöpfbarkeit, Nervosität, aggressive Impulse und Impulsdurchbrüche, Angst, Anspannung und kognitive Störungen. Objektiv wirke der Patient angespannt und belastet, im Untersuchungsgang sei er kooperativ, wach und allseits orientiert. Psychomotorisch sei er etwas verlangsamt. Es bestehe ein unauffälliges Sprechverhalten und die Grundstimmung sei bedrückt, deutlich zum depressiven Pol verschoben. Es bestehe eine Affektlabilität. Situativ sei eine schwere Einschränkung der affektiven Modulationsfähigkeit festzustellen. Die zusammenfassende Beurteilung lautete dahingehend, der Patient befinde sich seit Jahren in psychiatrisch-psychotherapeutischer (muttersprachlicher) Behandlung. Aufgrund der objektivierbaren Verschlechterung sei durch die behandelnde Psychiaterin (Dr. med. N.____) eine Intensivierung des aufsuchenden Angebotes (psychiatrische Spitex) verordnet worden. Diagnostisch sei das Zustandsbild als chronisch-generalisierte Schmerzkrankheit, mittelschwere bis schwere depressive Störung und schwere posttraumatische Belastungsstörung mit zum Teil konversionsneurotischen Symptomen eingeordnet worden. Der Patient sei psychopharmakologisch im Sinne einer schwergradigen Erkrankung eingestellt und werde dementsprechend behandelt. Beim Patienten liessen sich

anamnestisch explorativ, im Sinne von Anhaltspunkten, biopsychologische Ursachen sowie biographische Entwicklungsparameter für strukturelle Vulnerabilität bzw. störungsspezifische Psychodynamik feststellen. Klinisch-phänomenologisch und psychopathometrisch liessen sich im Rahmen der Verlaufsbeurteilung und unter Würdigung der Aktenlage auch vor dem Hintergrund der zwischenzeitlich gewonnenen Erkenntnisse kriterienlogisch Indizien für das Vorliegen folgender psychiatrischer Diagnosen feststellen: Rezidivierende depressive Störung mit Somatisierung und intermittierenden präsuizidalen Phasen und konversionsneurotischen Symptomen ICD-10 33.2, posttraumatische Belastungsstörung mit psychotischen Symptomen PTBS ICD-10 F43.1 sowie anhaltende somatoforme Schmerzstörung F45. Das aktuelle Beschwerdebild des Patienten entspreche einer mittelgradigen (depressiven) psychischen Beeinträchtigung bei komorbiden psychischen Störungen mit St.n. psychotischer Symptombildung. Das Beschwerdebild erscheine klinisch phänomenologisch und kriterienlogisch mit den obgenannten Diagnosen am besten erfasst, wobei es sich hier um eine syndromale Erfassung handle. Aufgrund des Verlaufs und der ausbleibenden namhaften Verbesserung trotz massiver Bemühungen sowohl therapeutisch als auch durch den mitwirkenden Patienten sei es in den letzten Monaten zu einer progredienten Verschlechterung des Zustandsbildes gekommen (IV-Nr. 74 S. 3 ff.).

9.6 Dr. med. E. ___ stellte in seinem Bericht zu Händen der Beschwerdegegnerin vom 28. Juni 2015 folgende Diagnosen: Verdacht auf Persönlichkeitsstörung, chronisches, nicht überwindbares Somatisierungsproblem sowie verschiedene degenerative Probleme. Im Weiteren hielt der Hausarzt fest, der Patient sei bei ihm seit vielen Jahren in begleitender Therapie. Zu einer spezifischen Therapie sei der Patient zur Psychologin und Neurochirurgin Dr. med. O. ___ zugewiesen worden. Zudem sei der Patient bei Dr. med. N. ___ in psychiatrischer Therapie, welche dort zudem in seiner Landessprache erfolgen könne. Aufgrund seiner nun langjährigen Begleitung dieses Patienten komme er zum Schluss, dass hier eine Persönlichkeitsstörung vorliege. Die Absicherung dieser Diagnose habe durch eine psychiatrische Stelle zu erfolgen (IV-Nr. 82 S. 5).

9.7 Dr. med. O. ___ gab in ihrem Bericht zu Händen der Beschwerdegegnerin vom 1. Oktober 2015 folgende Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit an: «Chronisches Schmerzsyndrom mit Depression, bestehend seit Jahren». Der Gesundheitszustand sei stationär. Ergänzende medizinische Abklärungen seien nicht angezeigt. Zur Therapie wurde eine multimodale Schmerztherapie sowie eine psychologische Betreuung empfohlen. Die Prognose sei stationär. Die bisherige Tätigkeit als Hilfsarbeiter sei nicht mehr zumutbar. Leichte Tätigkeiten ohne grosse körperliche Belastung mit vielen Ruhephasen seien dagegen im Rahmen von 2 bis 3 Stunden pro Tag zuzumuten (IV-Nr. 85).

9.8 Dem bidisziplinären (rheumatologischen und psychiatrischen) Gutachten des J. ___, [...], vom 22. Januar 2016 kann entnommen werden, dass der Beschwerdeführer dort am 11. Januar 2016 psychiatrisch (Dr. med. K. ___, FMH Psychiatrie und Psychotherapie) und am 12. Januar 2016 rheumatologisch (Dr. med. L. ___, FMH Rheumatologie) im Beisein eines Dolmetschers untersucht und begutachtet wurde. Die bidisziplinären Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit lauteten wie folgt: «1. Chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom mit pseudoradikulärer Ausstrahlung in die rechte untere Extremität (ICD-10 M54.5), St.n. Hemilaminektomie LWK5 rechts, Sequestrektomie, Nukleotomie und Foraminotomie LWK5/S1 rechts und Neurolyse S1 rechts am 24.02.2012 bei foraminärer Stenose und sequestrierter Diskushernie LWK5/S1 rechts mit Nervenkompression, Wirbelsäulenfehlform/-fehlhaltung (betonte Lendenlordose, langgezogene deutlich betonte thorakale Hypokyphose mit partiell

fixierter Kyphose, konsekutiv HWS- sowie Schulterprotraktionsfehlstellung, erhebliche muskuläre Dysbalance mit Abschwächung der gesamten abdominellen und rückenstabilisierenden Muskelgruppen mit schmerzhaften reaktiven Myogelosen im gesamten Nacken-Schultergürtel thorakal, lumbal, paravertebral im Beckengürtel, Adipositas mit deutlich ausladendem Abdomen mit BMI von 31 kg/m² bei allgemeiner muskulärer Dekonditionierung; 2. Diskret beginnende mediale Gonarthrose bds. (ICD-10 M17.0), radiomorphologisch Hinweise auf Chondrokalzinose rechts mehr als links (ICD-10 M11); 3. Radiomorphologisch STT-Arthrose links (ICD-10 M25.5)». Die weiteren Diagnosen (1. leichte depressive Episode [ICD-10 F32.0]; 2. Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren [ICD-10 F45.41], chronisches multilokuläres therapieresistentes Schmerzsyndrom [ICD-10 R52.9]; 3. St.n. Supraspinatustendinopathie gemäss Arthro-MRI 12/2003 [ICD-10 M75.4], aktuell klinisch keine Impingement-Symptomatik objektivierbar) haben nach den gutachterlichen Angaben keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Im Rahmen der bidisziplinären Beurteilung wurde im Wesentlichen ausgeführt, den subjektiv geklagten somatischen Beschwerden entsprechend sei der Explorand auftragsgemäss am Bewegungsapparat in der rheumatologischen Untersuchung evaluiert worden. Beim Exploranden könne bei Status nach Voroperation im Jahr 2012 mit Hemilaminektomie LWK5 rechts das chronische lumbospondylogene Schmerzsyndrom festgestellt werden mit pseudoradikulärer Ausstrahlung in die rechte untere Extremität, dies bei Wirbelsäulenfehlhaltung und muskulärer Dysbalance. Beungünstigend sei auch die Adipositas mit dem ausladenden Abdomen zu erwähnen. Zudem bestehe eine diskrete, beginnende mediale Gonarthrose beidseits sowie radiomorphologisch eine STT-Arthrose links. Im Weiteren sei das chronische multilokuläre therapieresistente Schmerzsyndrom mit verschiedenen Beschwerden ohne Korrelat zu erwähnen. Hinsichtlich Arbeitsfähigkeit lasse sich ableiten, dass regelmässig schwer und auch mittelschwer belastende Tätigkeiten nicht mehr zumutbar seien. Für eine körperlich leichte bis selten mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeiten, verschiedentlich adaptiert, wie im Teilgutachten dargelegt, bestehe aus rheumatologischer Sicht eine vollschichtige Arbeitsfähigkeit. Es könne eine Leistungseinbusse von 25 % zuerkannt werden bei erhöhtem Pausenbedarf und leicht reduziertem Rendement. Aus psychiatrischer Sicht könne auf affektiver Ebene eine leichte depressive Episode festgestellt werden. Die somatisch nicht ausreichend erklärbaren Befunde für die subjektiven Limitierungen und Beschwerdeangaben könnten beschreibend einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren zugeordnet werden. Die Diskussion der Indikatoren ergebe, dass durch die Schmerzstörung keine wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ableitbar sei. Die leichte depressive Episode sei niederschwellig und erreiche nicht das Ausmass, dass die Arbeitsfähigkeit tangiert sei. Somit bestehe aus psychiatrischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Im Weiteren hielten die Gutachter fest, zusammenfassend resultiere aus bidisziplinärer Sicht, dass beim Exploranden eine Arbeitsunfähigkeit in schweren, anhaltend mittelschweren und nicht adaptierten Tätigkeiten bestätigt werden könne. In leichten bis selten mittelschweren, wechselbelastenden Tätigkeiten bestehe eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 75 %. Das Pensum könnte vollschichtig umgesetzt werden mit erhöhtem Pausenbedarf von 10 bis 15 Minuten pro Stunde und leicht reduziertem Rendement. Diese Einschätzung könne mit Sicherheit ab dem Januar 2016 bestätigt werden. Eine Rückdatierung sei aufgrund der vorliegenden Aktenlage schwierig. Arbiträr sei davon auszugehen, dass die aktuelle Arbeitsfähigkeit ab Januar 2013 anzunehmen sei, nach

vorübergehend postoperativ aufgehobener Arbeitsfähigkeit vom Februar 2012 bis längstens Dezember 2012. Noch vorher könne keine wesentliche Einschränkung in adaptierten Tätigkeiten bestätigt werden. Zu früheren ärztlichen Einschätzungen sei in den Teilgutachten Stellung bezogen worden; allfällige Diskrepanzen seien diskutiert worden. Aus psychiatrischer Sicht seien derzeit keine spezifischen Massnahmen vorzuschlagen. Bei einer Verstärkung der Depression könnte auch die antidepressive Medikation wieder eingesetzt werden. Aus rheumatologischer Sicht könnten bei verfestigter therapieresistenter Beschwerdesituation und Selbstlimitierung keine speziellen Massnahmen vorgeschlagen werden. Eine physiotherapeutische Anleitung zu Übungen wäre theoretisch sinnvoll. Das offensichtlich nicht eingenommene Lyrica müsse nicht weiter verordnet werden. Überhaupt sollte mit der Gabe von Schmerzmitteln zurückhaltend umgegangen werden. Berufliche Massnahmen könnten realistischerweise bei der vorhandenen subjektiven Krankheits- und Behinderungsüberzeugung und dem fortgeschrittenen Erwerbsalter des Exploranden nicht vorgeschlagen werden. Eine relevante Veränderung des Gesundheitszustands sei wahrscheinlich anzunehmen, manifest seit dem Jahr 2012 bzw. unverändert seit Anfang 2013 (IV-Nr. 95.1 S. 2 ff.). 9.9 Die behandelnde Psychiaterin, Dr. med. N.____, hielt in ihrer Stellungnahme vom 25. Februar 2016 zum vorerwähnten J.____-Gutachten fest, weder der aktuelle psychische Zustand des Patienten noch seine Erfahrungen im Alltag seien im Gutachten abgebildet worden (IV-Nr. 103 S. 2 ff.). 9.10 Der RAD-Arzt (Dr. med. T.____, Facharzt Allgemeine Medizin FMH) hielt in seiner Stellungnahme vom 30. März 2016 fest, die Stellungnahme der behandelnden Psychiaterin vom 25. Februar 2016 stelle eine andere Beurteilung und vor allem Gewichtung des gleichen Zustandes und der vom Gutachter zitierten anamnestischen Aktivitätsangaben dar. Dennoch sei sie dem Gutachter zuzustellen, da es sich um eine fachärztliche Diskussion handle (IV-Nr. 106 S. 2 f.). 9.11 Der psychiatrische J.____-Gutachter, Dr. med. K.____, hielt in seiner Stellungnahme vom 5. April 2016 fest, die behandelnde Psychiaterin mache keine wesentliche andere Beurteilung als diejenige, die bereits während der Begutachtung vorgelegen sei und zu der im J.____-Gutachten eingehend Stellung genommen worden sei. Am Gutachten könne deshalb auch weiterhin festgehalten werden (IV-Nr. 108). 9.12 Zu den somatisch begründbaren Schmerzen hielt Dr. med. K.____ in seiner Stellungnahme vom 21. Juni 2016 noch fest, jene seien im psychiatrischen Teilgutachten eingehend miteinbezogen worden. Es sei auch eine entsprechende Schmerzstörung diagnostiziert worden. Zu den Indikatoren sei im psychiatrischen Teilgutachten Stellung genommen worden. Die Einwände könnten das J.____-Gutachten nicht in Frage stellen (IV-Nr. 110).

E. 10

10.1 Die Beschwerdegegnerin stütze sich in der vorliegend angefochtenen Verfügung auf das J.____-Gutachten vom 22. Januar 2016, die Stellungnahmen des psychiatrischen Gutachters vom 5. April und 21. Juni 2016 sowie auf die Stellungnahme des RAD-Arztes vom 30. März 2016 und lege dar, gemäss den medizinischen Abklärungen sei dem Beschwerdeführer eine leichte, vorwiegend sitzende Tätigkeit weiterhin vollumfänglich zuzumuten. In einer leichten, bis selten mittelschweren Tätigkeit bestehe in einem vollen Pensum eine Leistungseinbusse von 25 % aufgrund des erhöhten Pausenbedarfs und eines leicht reduzierten Rendements. Eine Invalidität im Sinne des Gesetzes liege somit weiterhin nicht vor, weshalb kein Anspruch auf IV-Leistungen bestehe. Der Invaliditätsgrad betrage 25 % (IV-Nr. 116).

Der Beschwerdeführer lässt demgegenüber geltend machen, das J.____-Gutachten sei (auch) in materieller Hinsicht nicht beweiskräftig. So hätten sich beide Gutachter nicht wirklich mit den Ergebnissen der Eingliederungsversuche, etwa bei der H.____ in den Jahren 2011 bis 2015 auseinandergesetzt. Die Zweifel an der gutachterlichen Einschätzung einer Restarbeitsfähigkeit von 75 % seien vorliegend umso grösser, als der Beschwerdeführer während Jahren bei der H.____ nicht über ein Arbeitspensum von 3 Stunden pro Tag gekommen sei und schliesslich auch mit diesem Pensum gescheitert sei. Eine Indikatorenprüfung, welche es dem Rechtsanwender erlauben würde, verbindliche Aussagen zu entnehmen, fehle gänzlich. Auch die anderslautende Beurteilung der behandelnden Psychiaterin werde weder inhaltsbezogen noch kriterienorientiert diskutiert. Der psychiatrische Gutachter habe auch seine Diagnosen nicht kriterienorientiert gestellt. Seine Befunderhebung sei vollkommen rudimentär und er stelle einfach Diagnosen, welche nicht nachvollziehbar seien. Schliesslich sei die Verständigung mit dem Dolmetscher bei der psychiatrischen Begutachtung erschwert gewesen. Da die einwandfreie Kommunikation zwischen Explorand und Gutachter bei einer psychiatrischen Exploration unverzichtbar sei und das Fehlen derselben einen massiven Mangel des Gutachtens darstelle, müssten diesbezüglich weitere Abklärungen durch das Gericht erfolgen (Beschwerde, S. 14 ff. Ziff. 13).

10.2 Im Folgenden ist zu prüfen, ob dem von der Beschwerdegegnerin veranlassten bidisziplinären J.____-Gutachten vom 22. Januar 2016 Beweiskraft zu kommt, und ob seit dem Einspracheentscheid der Beschwerdegegnerin vom 25. April 2005 (IV-Nr. 49) eine relevante, d.h. den Anspruch auf eine Invalidenrente begründende Verschlechterung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers ausgewiesen ist.

11. Das bidisziplinäre J.____-Gutachten vom 22. Januar 2016 beruht auf den vollständigen Vorakten sowie auf den spezialärztlichen Untersuchungen in den Disziplinen «Rheumatologie» und «Psychiatrie». Die vom Beschwerdeführer angegebenen Beschwerden wurden durch die Gutachter berücksichtigt und in ihre Beurteilung einbezogen. Die Expertise konnte sich somit auf vollständige Grundlagen stützen. Die beiden Teilgutachter geben 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 Begutachtungen wiedergegeben. Das Gutachten trägt die Unterschrift der beteiligten Gutachter. Inhaltlich gelangen die beiden Teilgutachter zu schlüssigen Ergebnissen, welche nachvollziehbar hergeleitet werden. Die abweichenden Einschätzungen in den medizinischen Vorakten wurden durch die Gutachter berücksichtigt und es ist erkennbar, warum ihnen nicht oder nur teilweise gefolgt wurde. Das J.____-Gutachten wird damit den durch die Rechtsprechung formulierten Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Stellungnahme (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352) gerecht (vgl. E. II. 4.4 hiervor).

E. 12

12.1 Gemäss den Feststellungen der Fachärzte im J.____-Gutachten vom 22. Januar 2016 ist aus psychiatrischer Sicht seit dem Einspracheentscheid vom 25. April 2005 von einer weitgehend unveränderten gesundheitlichen Situation auszugehen. Während die Beschwerdegegnerin damals aufgrund der Aktenlage zum Schluss kam, die von den F.____ diagnostizierte anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) könne im Sinne der damals geltenden Rechtsprechung als überwindbar bezeichnet werden und habe

demnach keine leistungseinschränkende Wirkung (IV-Nr. 34 S. 2 f., 49 S. 3), was vom Versicherungsgericht mit rechtskräftigem Urteil vom 18. August 2006 () bestätigt wurde (vgl. E. II. 8.5 hiervor), diagnostizierte der psychiatrische J.____-Gutachter Dr. med. K.____ aufgrund seiner Untersuchung vom 11. Januar 2016 eine leichte depressive Episode (ICD-10 F32.0) sowie eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41), wobei sich beide Diagnosen zwar gegenseitig verstärken könnten, ihnen aber keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zukomme. Dr. med. K.____ hielt ausdrücklich fest, für die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung nach ICD-10 fehlten deutlich schwere psychosoziale oder emotionale Belastungsfaktoren, die als hauptsächlich ursächliche Einflüsse der Schmerzen gelten könnten. In den F.____ sei im Jahr 2004 zwar die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung gestellt worden, es sei jedoch keine deutliche komorbide psychische Störung aufgeführt worden (vgl. IV-Nr. 34 S. 2 f.; IV-Nr. 95.1 S. 12 f.). Im Weiteren äusserte sich Dr. med. K.____ dahingehend, die diagnostische Beurteilung der behandelnden Psychiaterin im Jahr 2015 (rezidivierende depressive Störung mit Somatisierung, intermittierenden präsuizidalen Phasen und konversionsneurotischen Symptomen [ICD-10 F33.2], posttraumatische Belastungsstörung mit psychotischen Symptomen [ICD-10 F43.1] und anhaltende somatoforme Schmerzstörung [ICD-10 F45]; vgl. IV-Nr. 74 S. 3 ff. und 79 S. 2 ff.) könne nicht nachvollzogen werden. Die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung könne hier nicht gestellt werden. Sodann sei die festzustellende depressive Episode unter genauer Berücksichtigung der diagnostischen Kriterien nach ICD-10 leichtgradig ausgeprägt. Ein rezidivierender Verlauf mit deutlichen Phasen von Verschlechterung, Verbesserung und symptomfreien Intervallen sei zudem nicht erwiesen. Die konversionsneurotische Symptomatik gehöre zur Schmerzstörung, indem sich die psychosozialen Belastungen im Sinne der Abwehr in den Schmerzen ausdrückten. Zusätzlich bestehe eine leichte depressive Episode im Rahmen der Chronifizierung und unter den psychosozialen Belastungen. Dementsprechend attestierte der psychiatrische Gutachter beim Beschwerdeführer in allen seinen Fähigkeiten entsprechenden und aus somatischer Sicht angepassten Tätigkeiten eine 100%ige Arbeitsfähigkeit ohne Leistungseinschränkung. Auch im Verlauf sei eine Arbeitsunfähigkeit aus psychiatrischer Sicht nicht erwiesen (IV-Nr. 95.1 S. 13 f. Ziff. 3.6 und 3.7). Demnach ist aus psychiatrischer Sicht keine relevante Verschlechterung des Gesundheitszustands ersichtlich.

12.2 Im rheumatologischen Fachbereich stellt sich die gesundheitliche Situation jedoch insofern verändert dar, als der Beschwerdeführer am 24. Februar 2012 von der Neurochirurgin Dr. med. O.____ am Rücken (Diskushernie) operiert wurde (vgl. IV-Nr. 76 S. 7). Der rheumatologische J.____-Gutachter stellte verschiedene rheumatologische Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom mit pseudoradikulärer Ausstrahlung in die rechte untere Extremität [ICD-10 M54.5], diskret beginnende mediale Gonarthrose bds. [ICD-10 M17.0], radiomorphologisch STT-Arthrose links [ICD-10 M25.5]) und hielt fest, zusammenfassend bestehe somatisch orientiert ein Status nach der erwähnten Diskushernienoperation vom 24. Februar 2012 mit persistierenden lumbospondylogenen und pseudoradikulären Schmerzen mit Ausstrahlungen in das rechte Bein sowie beginnende degenerative Veränderungen im Bereich der medialen Kniegelenkskompartimente beidseits. Dr. med. L.____ äusserte sich jedoch aufgrund seiner Untersuchung vom 12. Januar 2016 auch dahingehend, das gesamte beklagte Ausmass der Beschwerden, die weitgehende Therapieresistenz trotz einer ausgebauten Analgetika-Therapie inklusive zentral wirkenden

Opioiden und die Selbstlimitierung, indem nun seit bald 4 Jahren ein ausserhgisliches Gehen nur an einem Rollator mglich sein soll, knne durch die gesamten objektivierbaren somatischen Befunde in keiner Art und Weise adquat erklrt werden. Die gesamte Schmerzprsentation und das Verhalten des Exploranden bei der Anamnese und im Status liessen auf eine massive psychosoziale Überlagerung des Schmerzbildes schliessen, wie dies bereits seit Jahren von verschiedenen Fachrztren in diesem Sinne postuliert worden sei (IV-Nr. 95.1 S. 22 Ziff. 4.4).

Zur Arbeitsfhigkeit aus rheumatologischer Sicht hielt Dr. med. L.____ fest, es bestehe einzig fr die ursprnglich erlernte berufliche Ttigkeit, gemss Aktenlage als Schreiner, sowie fr sonstige krperlich regelmssig mittel- bis schwerbelastende berufliche Ttigkeiten eine aufgehobene Arbeitsfhigkeit. Fr eine krperlich leichte bis selten mittelschwere, wechselbelastende berufliche Ttigkeit bestehe eine 75%ige Arbeits- und Leistungsfhigkeit unter folgenden Arbeitsplatzbedingungen: An einer vorwiegend sitzenden beruflichen Ttigkeit an einem ergonomisch gut eingestellten Arbeitsplatz bestnden keinerlei Einbussen in Bezug auf fein- bis selten grobmanuell verarbeitende Ttigkeiten in mehrheitlicher Schulterneutralstellung. Dementsprechend seien rheumatologisch-theoretisch auch industrielle Montagettigkeiten in diesem Sinne gut vorstellbar. Dem Exploranden sollte an einem Arbeitsplatz die Mglichkeit geboten werden, dass er seine Arbeitsposition regelmssig selbststndig wechseln knne. Arbeiten mit stereotypen Rotationsbewegungen oder in anhaltender Oberkrpervorneigeposition seien zu vermeiden, ebenso repetitive Überkopfbewegungen mit den Armen. Grundsztzlich sollte das Gehen in der Ebene ohne Rollator mglich sein. Es bestehe keine fassbare Indikation, dass er ausser Haus einen Rollator bentige, d.h. auch Gehttigkeiten fr kzurere Strecken in der Ebene seien dem Exploranden aus rheumatologischer Sicht mglich. Dementsprechend seien aus rheumatologisch-theoretischer Sicht gewisse Verweisarbeiten in der freien Wirtschaft mglich (IV-Nr. 95.1 S. 22 Ziff. 4.5). Zur Beurteilung von Dr. med. O.____ vom 1. Oktober 2015, wonach nur noch Verweisttigkeiten ohne grssere krperliche Belastung und mit vielen Ruhepausen im Ausmass von 2 bis 3 Stunden pro Tag mglich seien (IV-Nr. 85 S. 4; E. II. 9.7 hiervor), hielt der rheumatologische Gutachter fest, aus rein somatisch-rheumatologischer Sicht sei es schwierig nachzuvollziehen, wie eine derart hohe Einschrnkung der Arbeits- und Leistungsfhigkeit objektiv begrndet werden knne (IV-Nr. 95.1 S. 22 f. Ziff. 4.7).

Im Rahmen der bidisziplinren Beurteilung kamen die Gutachter zum Schluss, fr eine krperlich leichte bis selten mittelschwere, wechselbelastende Ttigkeit, verschiedentlich adaptiert, wie im Teilgutachten dargelegt, bestehe aus rheumatologischer Sicht eine vollschichtige Arbeitsfhigkeit; es knne eine Leistungseinbusse von 25 % zuerkannt werden bei erhhtem Pausenbedarf und leicht reduziertem Rendement. Aus psychiatrischer Sicht sei die leichte depressive Episode niederschwellig und erreiche nicht das Ausmass, dass die Arbeitsfhigkeit tangiert sei. Die somatisch nicht ausreichend erklrbaren Befunde fr die subjektiven Limitierungen und Beschwerdeangaben seien beschreibend einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren zuzuordnen. Die Diskussion der Indikatoren ergebe, dass durch die Schmerzstörung keine wesentliche Einschrnkung der Arbeitsfhigkeit ableitbar sei. Das Pensum knnte vollschichtig umgesetzt werden mit erhhtem Pausenbedarf von 10 bis 15 Minuten pro Stunde und leicht reduziertem Rendement. Diese bidisziplinre Einschtzung knne mit Sicherheit ab Januar 2016 besttigt werden. Eine Rckdatierung sei aufgrund der vorliegenden Aktenlage

schwierig; arbiträr sei davon auszugehen, dass die aktuelle Arbeitsfähigkeit ab Januar 2013 anzunehmen sei, nach vorübergehend postoperativ aufgehobener Arbeitsfähigkeit vom Februar 2012 bis längstens Dezember 2012. Noch vorher könne keine wesentliche Einschränkung in adaptierten Tätigkeiten bestätigt werden (IV-Nr. 95.1 S. 24 f. Ziff. 6).

12.3 Nach dem Gesagten ist gestützt auf das beweiserwertige bidisziplinäre J.____-Gutachten vom 22. Januar 2016 davon auszugehen, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit dem Einspracheentscheid vom 25. April 2005 ausschliesslich aus rheumatologischer Sicht verschlechtert hat. Dementsprechend hielten die J.____-Gutachter auf die Frage, ob sich der Gesundheitszustand relevant verschlechtert habe, abschliessend fest, «eine Veränderung ist wahrscheinlich anzunehmen, manifest seit 2012 beziehungsweise unverändert seit Anfang 2013» (IV-Nr. 95.1 S. 25 Ziff. 7.1). Die von der bidisziplinären Begutachtung abweichenden Berichte der Neurochirurgin Dr. med. O.____ (vgl. E. II. 9.7 hiervor), des Hausarztes Dr. med. E.____ (vgl. E. II. 9.6 hiervor) sowie der behandelnden Psychiaterin Dr. med. N.____ (vgl. E. II. 9.5 und 9.9 hiervor) vermögen den Beweiswert des J.____-Gutachtens nicht zu schmälern. Mit Blick auf den grundsätzlichen Unterschied zwischen Begutachtungs- und Behandlungsauftrag sowie die Erfahrungstatsache, dass behandelnde Ärzte im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen mitunter eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen, können ihre Berichte nicht denselben Stellenwert beanspruchen wie ein Gutachten, welches der Sozialversicherungsträger im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholt hat. Stellungnahmen, in denen die behandelnden Ärzte den gutachterlichen Feststellungen widersprechen oder an früher geäusserten abweichenden Meinungen festhalten, bilden nur dann Anlass zu ergänzenden Abklärungen, wenn sie wichtige, nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende Aspekte enthalten, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (vgl. statt vieler Urteil des Bundesgerichts 9C_183/2015 vom 19. August 2015 E. 4.2 mit Hinweis). Eine solche Konstellation liegt hier nicht vor.

12.4 Dem Einwand des Beschwerdeführers, die beiden Gutachter hätten sich nicht wirklich mit den Ergebnissen seiner Eingliederungsversuche, etwa bei der H.____ in den Jahren 2011 bis 2015 auseinandergesetzt, ist entgegenzuhalten, dass sowohl das aus den Akten hervorgehende Arbeitszeugnis der H.____ vom April 2015 (vgl. IV-Nr. 76 S. 21) als auch das Schreiben des Sozialamtes vom 9. Januar 2015, worin dem Beschwerdeführer mitgeteilt wurde, es könne ab 1. Januar 2015 für seine Beschäftigung am Gemeindearbeitsplatz in der H.____ keine Zulage mehr auszahlen und sein Einsatz werde daher per 1. Februar 2015 abgebrochen (IV-Nr. 76 S. 2), von den J.____-Gutachtern erwähnt, gewürdigt und in ihre Beurteilung miteinbezogen wurden (vgl. IV-Nr. 95.1 S. 4 f. Ziff. 1.1,

E. 15

15.1 Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Parteientschädigung (Art. 61 lit. g ATSG).

Der Beschwerdeführer steht ab Prozessbeginn im Genuss der unentgeltlichen Rechtspflege (Verfügung vom 12. April 2017; A.S. 47; vgl. E. I. 2.4 hiervor). Die Kostenforderung ist bei Unterliegen der Partei mit unentgeltlichem Rechtsbeistand vom Gericht festzusetzen. Der Kanton entschädigt den unentgeltlichen Rechtsbeistand angemessen (Art. 122 Abs. 1 lit. a ZPO). Rechtsanwalt Wyssmann hat anlässlich der öffentlichen Verhandlung vom

29. Oktober 2018 seine Kostennoten vom 29. August 2017 und 29. Oktober 2018 eingereicht, worin er einen Kostenersatz von insgesamt CHF 5'398.35 (19.15 Std. x CHF 250.00 pro Stunde zuzüglich Spesenersatz von CHF 213.80) geltend macht (A.S. 70 ff.).

Reine Kanzleiarbeit wie die Weiterleitung von Dokumenten an die Klientschaft, das Einfordern von Akten, die Kenntnisnahme von Verfügungen und das Stellen von Fristerstreckungsgesuchen etc. sind im Stundenansatz eines Anwalts bereits inbegriffen und nicht separat zu vergüten. Demnach können die unter folgenden Daten angegebenen Positionen nicht berücksichtigt werden: 20. Februar 2017 (Brief an Klient, 0.17 Std.; Brief an Dr. med. N.____, 0.17 Std.), 10. April 2017 (Brief an Klient, 0.17 Std.; Brief an Dr. med. N.____, 0.17 Std.; Brief an Dr. med. E.____, 0.17 Std.), 19. April 2017 (Brief an Klient, 0.17 Std.), 12. Mai 2017 (Brief an Versicherungsgericht, 0.25 Std.), 6. Juni 2017 (Brief an Versicherungsgericht, 0.25 Std.), 16. Juni 2017 (Brief an Klient, 0.17 Std.), 29. August 2017 (Brief an Versicherungsgericht, 0.25 Std.) und 23. Mai 2018 (Brief an Klient, 0.17 Std.). Im Weiteren sind die unter den Daten vom 10. April 2017 (Brief an Sozialregion, 0.5 Std.) und 22. Oktober 2018 (Brief an IV-Stelle, 0.25 Std.) als verfahrensfremd zu qualifizieren. Für die Vorbereitung und die Teilnahme an der öffentlichen Verhandlung vom 29. Oktober 2018 sind ein Aufwand von je einer Stunde zu berücksichtigen. Damit verbleibt ein Aufwand von insgesamt 15.29 Stunden. Bei den Auslagen sind die Kopien mit CHF 0.50 (und nicht CHF 1.00) zu entschädigen (§ 160 Abs. 5 des Gebührentarifs [GT]; BGS 615.11). Der Stundenansatz gemäss § 161 i.V.m. § 160 Abs. 3 GT beträgt CHF 180.00. Damit beläuft sich die Kostenforderung auf insgesamt CHF 3'112.80 (Honorar von CHF 2'752.20 zuzüglich Auslagen von CHF 131.30 und MwSt. von CHF 229.30 [8 % auf CHF 2'413.00 und 7.7 % auf CHF 470.50]). Dieser Betrag ist von der Zentralen Gerichtskasse des Kantons Solothurn zu bezahlen. Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren sowie der Nachzahlungsanspruch des unentgeltlichen Vertreters im Umfang von CHF 825.25 (Differenz zu dem mit einem Stundenansatz von CHF 230.00 ermittelten Honorar; eine Honorarvereinbarung mit einem Stundenansatz von CHF 250.00 liegt nicht vor), wenn der Beschwerdeführer zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

15.2 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. Als unterliegende Partei hat der Beschwerdeführer die Verfahrenskosten von CHF 1'000.00 zu bezahlen, die jedoch infolge Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege durch den Kanton Solothurn zu übernehmen sind (Art. 122 Abs. 1 lit. b ZPO). Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren, wenn der Beschwerdeführer zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

Demnach wird erkannt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
3. Die Kostenforderung des unentgeltlichen Rechtsbeistands, Rechtsanwalt Claude Wyssmann, [...], wird auf CHF 3'112.80 (inkl. Auslagen und MwSt) festgesetzt, zahlbar durch die Zentrale Gerichtskasse des Kantons Solothurn. Vorbehalten bleibt der

Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren sowie der Nachzahlungsanspruch des unentgeltlichen Rechtsvertreters im Umfang von CHF 825.25, wenn der Beschwerdeführer zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

4. Der Beschwerdeführer hat die Verfahrenskosten von CHF 1'000.00 zu bezahlen, die infolge Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege durch den Staat Solothurn zu übernehmen sind. Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren, wenn der Beschwerdeführer zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

5. Eine Kopie des Protokolls der öffentlichen Verhandlung vom 29. Oktober 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

Die Vizepräsidentin Der Gerichtsschreiber

Weber-Probst Schmidhauser

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