

SO_GERICHTE VSBES.2017.8 vom 18. November 2016

SO Obergericht, 2016-11-18, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2017.8

FR: SO_GERICHTE VSBES.2017.8 du 18 novembre 2016

IT: SO_GERICHTE VSBES.2017.8 del 18 novembre 2016

Erwägungen

E. 1

1.1 Am 11. August 2004 meldete sich A.____ (nachfolgend Beschwerdeführer), geb. 1964, erstmals zum Bezug von Leistungen bei der IV-Stelle des Kantons Solothurn (nachfolgend Beschwerdegegnerin) an (IV-Nr. [Akten der IV-Stelle] 2). Nach Einholung medizinischer Unterlagen verneinte die Beschwerdegegnerin den Anspruch des Beschwerdeführers auf berufliche Massnahmen mit Verfügung vom 28. Februar 2005 (IV-Nr. 13).

1.2 Am 11. Mai 2006 meldete sich der Beschwerdeführer erneut zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an (IV-Nr. 22). Der Hausarzt des Beschwerdeführers, Dr. med. B.____, Facharzt für Allgemeine Medizin FMH, diagnostizierte in seinem Bericht vom 26. Mai 2006 (IV-Nr. 26) im Wesentlichen belastungsabhängige Restschmerzen nach Reinsertion der Rotatorenmanschette und Acromioplastik rechts am 17. August 2005, eine Zervikobrachialgie links bei Diskushernie C6/C7 und ein chronisches Zerviko-Cephalo-Schmerzsyndrom und Lumbovertebralsyndrom bei WS-Fehlhaltung und muskulärer Dysbalance. In der Folge holte die Beschwerdegegnerin weitere medizinische Unterlagen ein und veranlasste berufliche Abklärungen. Schliesslich veranlasste die Beschwerdegegnerin beim C.____, eine polydisziplinäre Begutachtung. Im Gutachtensbericht vom 12. Mai 2009 (IV-Nr. 115) kamen die Gutachter zum Schluss, dem Beschwerdeführer sei die bisherige Tätigkeit als Dachdecker nicht mehr zumutbar. In einer angepassten Tätigkeit bestehe aus rheumatologischer Sicht eine Arbeitsunfähigkeit von 50 %. Aus psychiatrischer Sicht bestehe eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 20 %. Insgesamt sei von einer 50%igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen. Gestützt darauf sprach die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer mit Verfügung vom 27. Januar 2010 (IV-Nr. 125) bei einem errechneten Invaliditätsgrad von 69 % per 1. Januar 2006 eine Dreiviertelrente zu.

1.3 Am 12. August 2010 leitete die Beschwerdegegnerin eine eingliederungsorientierte Renten-Revision ein (IV-Nr. 129). In der Folge veranlasste die Beschwerdegegnerin beim C.____ ein weiteres Gutachten. Im Gutachtensbericht vom 4. Januar 2011 (IV-Nr. 136.2) hielten die Gutachter fest, aus rheumatologischer Sicht sei eine Verbesserung eingetreten. Sowohl rheumatologisch als auch psychiatrisch betrage die Arbeitsunfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit 20 %, was gesamthaft eine Arbeitsunfähigkeit von 20 % ergebe. Gestützt darauf setzte die Beschwerdegegnerin die laufende Rente mit Verfügung vom 20. September 2011 auf eine Viertelrente herab, da der Invaliditätsgrad nur noch 48 % betrage (IV-Nr. 157). Mit Verfügung vom 26. September 2011 setzte die Beschwerdegegnerin die Höhe der verbleibenden Viertelrente per 1. November 2011 fest. Die dagegen erhobenen Beschwerden hiess das Versicherungsgericht des Kantons Solothurn mit Urteil vom 16. Mai 2013 (VSBES.2011.266, VSBES.2011.273) in dem Sinne gut, als die Verfügungen

vom 20. und 26. September 2011 aufgehoben wurden und die Sache zu weiteren Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen wurde. Zur Begründung wurde im Wesentlichen festgehalten, das C.____-Gutachten vom 4. Januar 2011 sei zwar grundsätzlich beweiswertig, jedoch sei eine Verbesserung aus somatischer Sicht nicht nachvollziehbar begründet worden. Zudem gehe aus dem Bericht von Dr. med. D.____ aus psychiatrischer Sicht eine mögliche Verschlechterung hervor.

1.4 Mit Schreiben vom 26. November 2013 (IV-Nr. 222) stellte die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer den Observationsbericht vom 1. Oktober 2013 (IV-Nr. 223) zu und teilte ihm mit, sie habe ihn in der Zeit vom 22. August 2013 bis 20. September 2013 überwachen lassen. Sodann veranlasste die Beschwerdegegnerin ein weiteres polydisziplinäres Gutachten bei der E.____. Im Gutachtensbericht vom 15. Juli 2015 kamen die Gutachter zum Schluss, es bestehe eine 20%ige Arbeitsunfähigkeit aus psychischen Gründen (IV-Nr. 264.1). Schliesslich hielt die Beschwerdegegnerin nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren mit Verfügung vom 18. November 2016 (A.S. [Akten-Seite] 1 ff.) fest, der Beschwerdeführer habe bei einem Invaliditätsgrad von 35 % keinen Rentenanspruch mehr. Die Rente werde per 1. November 2011 aufgehoben. Berufliche Massnahmen seien nicht angezeigt.

2. Dagegen lässt der Beschwerdeführer mit Schreiben vom 9. Januar 2017 (A.S. 9 ff.) beim Versicherungsgericht des Kantons Solothurn Beschwerde erheben und folgende Rechtsbegehren stellen:

3. Mit Eingabe vom 23. Februar 2017 (A.S. 45 ff.) lässt der Beschwerdeführer weitere medizinische Unterlagen einreichen.

4. Mit Verfügung vom 13. März 2017 (A.S. 48 ff.) weist die Vizepräsidentin das Begehren des Beschwerdeführers, die durch die Beschwerdegegnerin entzogene aufschiebende Wirkung der Beschwerde gegen die Verfügung vom 18. November 2016 sei wiederherzustellen, ab.

5. Mit Stellungnahme vom 24. März 2017 (A.S. 51 ff.) lässt sich die Beschwerdegegnerin abschliessend vernehmen.

6. Mit Verfügung vom 4. April 2017 (A.S. 56 f.) wird dem Beschwerdeführer ab Prozessbeginn die unentgeltliche Rechtspflege bewilligt und Rechtsanwalt Claude Wyssmann als unentgeltlicher Rechtsbeistand bestellt.

7. Mit Verfügung vom 14. März 2018 (A.S. 62) wird bei der Beschwerdegegnerin die DVD (zugehörend zum Ermittlungsbericht der F.____ vom 1. Oktober 2013) eingeholt.

8. Am 5. Juni 2018 findet vor dem Versicherungsgericht eine öffentliche Verhandlung statt. Anwesend sind der Beschwerdeführer sowie sein Rechtsvertreter, Rechtsanwalt Claude Wyssmann. Die Beschwerdegegnerin verzichtet auf eine Teilnahme an der Verhandlung.

Rechtsanwalt Wyssmann reicht folgende Berichte zu den Akten: Bericht des G.____ vom 20. Januar 2017 (B [Beschwerdebeilage] 7), Bericht des H.____ vom 25. Februar 2017 (B 8), Bericht der I.____ vom 3. April 2017 (B 9).

Ansonsten hat Rechtsanwalt Wyssmann keine Vorbemerkungen und stellt keine Beweisanträge. Er verweist im Wesentlichen auf seine bisherigen Rechtsbegehren, modifiziert Rechtsbegehren 2 aber folgendermassen:

E. 2

2.1 Gemäss Art. 28 Abs. 2 Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) besteht Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solches auf eine Viertelsrente.

2.2 Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen, Art. 16 Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG, SR 830.1]).

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

E. 2.2

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen, Art. 16 Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG, SR 830.1]).

2.3 Ändert sich der Invaliditätsgrad eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Dagegen stellt die bloss unterschiedliche Beurteilung der Auswirkungen eines im Wesentlichen

unverändert gebliebenen Gesundheitszustands auf die Arbeitsfähigkeit für sich allein genommen keinen Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG dar (Urteil des Bundesgerichts 9C_1025/2008 vom 19. Januar 2009 E. 1.1 mit Hinweisen). Für das Vorliegen einer erheblichen Sachverhaltsänderung genügt es nicht, dass der bereits bekannte, im Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenverfügung gegebene Sachverhalt anders bewertet wird und daraus andere Schlussfolgerungen gezogen werden als im früheren Verwaltungs- und/oder Beschwerdeverfahren. Vielmehr bedarf es neuer Elemente tatsächlicher Natur, die nach der ursprünglichen Rentenverfügung eingetreten und zu dem damals gegebenen Sachverhalt hinzugekommen sind oder diesen verändert haben. Die revisionsweise Anpassung setzt Tatsachenänderungen im massgeblichen Vergleichszeitraum voraus; eine einfache Neubeurteilung nach besserem Wissen ist nicht zulässig (Urteil des Bundesgerichts 8C_294/2010 vom 30. August 2010 E. 3.1 mit Hinweisen).

3. 3.1 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 132 V 99 f. E. 4, 125 V 261 E. 4).

3.2 Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

3.3 Den im Verwaltungsverfahren eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 1.3.4 S. 227, 135 V 465 E. 4.4 S. 470, BGE 125 V 351 E. 3b/bb S. 353).

4. Gemäss den Ausführungen des Beschwerdeführers ergebe sich aus dem Entscheid des Europäischen Gerichtshofs für Menschenrechte (EGMR) vom 18. Oktober 2016 in der Sache Vukota-Bojic gegen die Schweiz, dass der Observationsbericht der F.____ vom 1. Oktober 2013 und weitere mit der Observation in Zusammenhang stehende Datenträger (Daten-CDs) sowie sämtliche darauf berufenen Dokumente oder auf die Observation Bezug nehmende Dokumente beweisrechtlich nicht verwertbar und aus den Akten zu weisen seien. Weil das Gutachten der E.____ auch in Kenntnis des unrechtmässigen Überwachungsmaterials ergangen sei und darauf Bezug genommen habe, sei es beweisrechtlich ebenfalls nicht verwertbar. Dr. med. J.____ habe sich als psychiatrischer Gutachter denn auch offensichtlich vom unrechtmässig

beschafften Videomaterial massiv beeinflussen lassen (dies offensichtlich ohne die Aufnahmen selbst zu sichten) und beispielsweise die Beurteilung von Dr. med. D.____ als nicht relevant beurteilt und im Längsverlauf eine bloss leichte Depression gerechtfertigt. Des Weiteren werde im E.____-Gutachten nicht dargelegt, inwieweit sich der Gesundheitszustand seit der Rentenzusprache effektiv verändert habe (vgl. Urteil 9C_49/2012 vom 12. Juli 2012, E. 7.1). So werde nicht nachvollziehbar und schlüssig dargelegt, warum im Zeitpunkt der Rentenzusprache resp. dem C.____-Gutachten 2009 eine zervikale Radikulopathie vorgelegen habe. Im Gegenteil werde im E.____-Gutachten einzig festgehalten, dass im Erstgutachten «differentialdiagnostisch eine radikuläre Symptomatik eine wesentliche Rolle» gespielt habe und sich aktuell – auch trotz der Berichterstattung des Neurologen Dr. med. K.____ vom 24. November 2011 – keine Hinweise auf zervikale Wurzelirritationen ergeben hätten. Der E.____-Orthopäde habe in seinem Teilgutachten ausgeführt, dass «zu keinem Zeitpunkt eine radiiculäre Symptomatik» vorgelegen habe (vgl. Seite 30 des Gutachtens). Sodann zeige der im Vorbescheidverfahren eingereichte, von Dr. med. L.____ erhaltene, MRI-Befundbericht der Wirbelsäule vom 17. Oktober 2016 entgegen den Ausführungen des E.____-Orthopäden, Dr. med. M.____, auf, dass ein zervikoradikuläres Schmerzsyndrom vorliege. Bildgebend sei dargelegt, dass ein kleiner intraforaminaler Bandscheibenvorfall im Segment HWK 5/6 links bestehe, welcher zusammen mit Spondylophyten bei einer dorsalen foraminalen Spondylose zu einer Einengung des Neuroforamens führe. Ähnliche Veränderungen sehe man auch im Segment HWK 6/7 links. Dr. med. M.____ habe sich denn auch in keiner Art und Weise damit beschäftigt, ob und inwiefern dem Bandscheibenvorfall eine radikuläre Symptomatik zugrunde liege. Der E.____-Neurologe wiederum halte lediglich allgemein und nicht nachvollziehbar auf Seite 73 des Gutachtens fest, dass das MRT der HWS von 2011 «keine eindeutige Kompression der neuronalen Strukturen erkennen» lasse. Abgesehen davon, dass die von ihm wiedergegebene Bildgebung veraltet gewesen sei, zeige sich im nunmehr vorliegenden MRI vom 17. Oktober 2016 etwas ganz anderes. Und die entscheidende Frage, ob sich die Symptomatik seit 2009 verändert habe, werde gar nicht beantwortet resp. von Dr. med. M.____ eben gerade derart, dass sich nichts verändert habe. Zudem ergebe sich aus dem Bericht von Dr. med. N.____ vom 2. November 2016, dass sich die erhoffte Verbesserung (zumindest) nicht dauerhaft eingestellt habe und rechtsseitig eine signifikante Pathologie bestehe. Bei der rechten Schulter werde eine «deutliche Arthrose des AC Gelenkes» und ein Impingement bestätigt. Ferner seien weitere diagnostische und behandlungsmässige Schritte gemäss Dr. med. N.____ indiziert (Infiltrationen, arthroskopische laterale Clavicularesektion), zu welchen sich der Beschwerdeführer nun habe durchringen können. Die Schultersituation sei demnach noch nicht spruchreif resp. weiter abklärungsbedürftig. Hinsichtlich der Schultersituation zeige der eingereichte Bericht von Dr. med. N.____ vom 4. Januar 2017 eine nachgewiesene AC-Gelenksarthrose und ein Impingement. Diese Befunde seien vom E.____-Gutachter übersehen worden. Hinsichtlich der AC-Gelenksarthrose sei gemäss Dr. med. N.____ minimal eine arthroskopische laterale Clavicularesektion indiziert. Es liege somit gegenüber 2009 sicher keine verbesserte Situation der rechten Schulter vor, welche zusammen mit der HWS-Befundsituation zu der damaligen Berentung geführt habe. Die HWS-Beschwerden wiederum seien nun nach den Darlegungen der Rheumatologin, Frau Dr. med. O.____, vom 1. Februar 2017 entweder auf eine radikuläre Symptomatik zurückzuführen, eine SIG-Dysfunktion oder ein Facettensyndrom. Es bestehe weiterer Klärungs- resp. Untersuchungsbedarf (diagnostische SIG-Infiltration links, probatorische

Facettengelenksinfiltration links L4 bis S1). Schliesslich sei auch das psychiatrische Teilgutachten der E.____ nicht vollständig und vermöge nicht zu überzeugen. Ein dissoziatives Störungsbild wie vom E.____-Psychiater diagnostiziert bedürfe einer umfassenden Prüfung der bundesgerichtlichen Standardindikatoren (vgl. Urteil 8C_421/2015 vom 23. September 2015, wo es wie vorliegend um eine «komplexe» dissoziative Störung gegangen sei). Dies sei nicht erfolgt. Auch sei die Depressionsbeurteilung durch unvollständige Anamnese und tendenziöse Unterstellungen geprägt. Der Beschwerdeführer habe im Übrigen unlängst einen Arbeitsversuch begonnen, welcher gescheitert sei und in einem Klinikaufenthalt geendet habe. Allgemein sei das Gutachten mit dem Untersuchungszeitraum im Mai 2015 als nicht mehr genügend aktuell einzustufen. Auch die Rechtsprechung gehe davon aus, dass bei einem Zeitablauf von ca. 18 Monaten zwischen Begutachtung und Verfügung nicht mehr von einer zuverlässigen, genügend aktuellen medizinischen Entscheidungsgrundlage die Rede sein könne und auf ein solch altes Gutachten nicht mehr abgestellt werden sollte (vgl. Urteil des Versicherungsgerichts des Kantons Solothurn vom 27. Juli 2009, Prozess-Nr. VSBES.2008.344, E. 3c bezogen auf Wirbelsäulenerkrankungen und Herzbeschwerden, mit Hinweis auf das Urteil des EVG vom 3. Januar 2006, I 633/05, E. 4.2.3). Dass schliesslich der Einkommensvergleich nicht rechtskonform sei und insbesondere ein höherer Tabellenlohnabzug als 10 % gerechtfertigt erscheine, liege aufgrund des fortgeschrittenen Alters des Beschwerdeführers und der multiplen körperlichen Einschränkungen auf der Hand. Zudem verletze die angefochtene Verfügung auch den Grundsatz «Eingliederung vor Rentenrevision», zumal sich der Beschwerdeführer mit Jahrgang 1964 im fortgeschrittenen Alter befinde und bereits seit Januar 2006 Rentenbezüger sei und noch weit länger ohne Arbeit sei, über keine verwertbaren Erfahrungen in einer angepassten Tätigkeit verfüge, bisherige Eingliederungs- und Stellenbemühungen erfolglos geblieben seien und seine Eingliederungsbereitschaft unter Beweis gestellt habe. Demgegenüber vertritt die Beschwerdegegnerin die Ansicht, seit dem Zeitpunkt der Rentenzusprache hätten sich vor allem die Gesundheitsstörungen des Bewegungsapparates, namentlich der Schultern, verbessert. Die Schulterfunktion beidseits werde als objektiv nicht mehr eingeschränkt beurteilt. Die damalige Verdachtsdiagnose einer Radikulopathie als Ursache der Zervikobrachialgie links habe sich nicht bestätigt. Die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Dachdecker sei seit 2005 0 %. Vom 14. Januar 2005 bis 16. November 2010 habe die Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit 50 % betragen. Seit der gutachterlichen Untersuchung im C.____ vom 17. November 2010 betrage sie 80 % (vgl. RAD-Stellungnahme vom 30. November 2015). In Bezug auf den psychiatrischen Gesundheitszustand sei aber von der Einschätzung im Gutachten der E.____ aus rechtlicher Sicht abzuweichen, ohne dass dieses seinen Beweiswert verlöre. Denn auch eine langjährig bestehende chronifizierte rezidivierende depressive Störung könne aus rechtlicher Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründen, zumal zum heutigen Zeitpunkt nicht einmal die Voraussetzungen für eine auch nur leichte depressive Episode erfüllt würden. Nach geltender Rechtsprechung würden leichte bis höchstens mittelschwere psychische Störungen grundsätzlich als therapierbar und somit als nicht invalidisierend gelten (Urteil 9C_736/2011 vom 7. Februar 2012 E. 4.2.2.1 mit Hinweisen). Zudem gehe aus dem psychiatrischen Teilgutachten der E.____ hervor, dass es seit den Begutachtungen in den Jahren 2009 und 2011 zu keiner Ausweitung der Arbeitsfähigkeit (recte: Arbeitsunfähigkeit) gekommen sei. In der Konsequenz bedeute dies, dass auch in psychiatrischer Hinsicht von keiner Einschränkung der Arbeitsfähigkeit auszugehen sei. Es

sei somit von einer Arbeitsfähigkeit in einer optimal adaptierten Tätigkeit von 100 % auszugehen. Geeignet seien überwiegend sachorientierte, gut strukturierte Tätigkeiten ohne erhöhte Anforderungen an die Flexibilität und die Umstellungsfähigkeit (Stellungnahme psychiatrischer Experte). Der Beschwerdeführer sei in der Lage, körperlich leichte Tätigkeiten mit Heben und Tragen von Lasten bis zu 10 kg unter Vermeidung von Tätigkeiten in Zwangshaltungen, Überkopftätigkeiten, Vorbeuge durchzuführen. Die Tätigkeiten seien überwiegend im Sitzen, Stehen und Gehen durchführbar. Weitere qualitative Leistungseinschränkungen ergäben sich nicht (Stellungnahme orthopädischer Experte). Erweise sich somit – wie im vorliegenden Fall – nach der gerichtlichen Rückweisung zu weiteren Abklärungen, dass der ursprüngliche Reduktionsentscheid (Verfügungen vom 20. resp. 26. September 2011) korrekt gewesen sei resp. sogar eine Rentenaufhebung hätte erfolgen können, bestehe ab dem 1. November 2011 kein Anspruch mehr auf die laufende Rente. Art. 88bis Abs. 2 lit. a IVV finde in dieser Konstellation keine Anwendung (siehe Urteil des Bundesgerichts 8C_567/2011 vom 3. Januar 2012). Sodann liege kein Grenzfall (bspw. knapp 55 Jahre und Rentenbezug von knapp 15 Jahren) vor. Zudem sei zu berücksichtigen, dass sich der Beschwerdeführer im Umfang der bestehenden Restarbeitsfähigkeit von 50 % (vgl. Verfügung vom 27. Januar 2010) schon längst selbst hätte eingliedern können. Die im Urteil des Bundesgerichts 9C_228/2010 E. 3.3 und 3.5 statuierte Regel würde demnach selbst dann keine Anwendung finden, wenn er das 55. Altersjahr zurückgelegt und auch die Rente während mehr als 15 Jahren bezogen hätte. Dass keine Verwertung der Restarbeitsfähigkeit stattgefunden habe, sei nämlich invaliditätsfremd. Was den Einwand bezüglich der umfassenden Beurteilung und Einschätzung der Standardindikatoren sowohl bezüglich der dissoziativen Störung als auch der F54-Diagnose anbelange, so könne festgehalten werden, dass die Stellungnahme der RAD-Ärztin vom 30. November 2015 die erforderlichen Indikatoren in Bezug auf beide psychosomatischen Beschwerdebilder, F54 und F44.9, abgebildet habe. Wie aus der erwähnten Stellungnahme ersichtlich (vgl. «Detaillierter Tagesablauf und Freizeitgestaltung gemäss psychiatrischer Anamneseerhebung»), verfüge der Beschwerdeführer über genügende Ressourcen. 5. Streitig und zu prüfen ist demnach, ob die Beschwerdegegnerin mit der Verfügung vom 18. November 2016 zu Recht die rückwirkende Aufhebung der dem Beschwerdeführer mit Verfügung vom 27. Januar 2010 zugesprochenen Dreiviertelsrente per 1. November 2011 beschlossen hat. Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich bei einer Rentenrevision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG (BGE 105 V 29 S. 30) durch Vergleich des Sachverhalts, wie er im Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenverfügung vom 27. Januar 2010 bestanden hat, mit demjenigen zur Zeit der streitigen Ablehnungsverfügung vom 18. November 2016 (Urteil des ehemaligen Eidg. Versicherungsgerichts I 783/05 vom 18. April 2006 E. 1; BGE 130 V 71 E. 3.1 S. 73, mit Hinweisen; AHI 1999 S. 84 E. 1b; Urteil des Bundesgerichts 8C_819/2013 vom 4. Februar 2014 E. 2). 5.1 Die ursprüngliche Rentenverfügung vom 27. Januar 2010 (IV-Nr. 125) stützte sich im Wesentlichen auf das C.____-Gutachten vom 12. Mai 2009 (IV-Nr. 114) ab. Darin werden folgende Diagnosen gestellt: Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit 1. Leichte depressive Episode (ICD-10 F32.0) 2. Zervikobrachialgie links (ICD-J0 M50.1) · DD: radikuläres Syndrom C7 oder C8 links bei mediolateraler bis intraforaminaler Diskushernie C6/7 (MRI 0212006) 3. Persistierende schmerzhafte Funktionseinschränkung rechte Schulter (ICD-10 M75. 7) · Status nach offener Acromioplastik, Bursektomie und Debridement der Supraspinatussehne mit transossärer Reinsertion 01/2005 sowie Schultermobilisation in Narkose mit

Bridenlösung und Defektexcision 08/2005 4. Impingement-Syndrom Grad II links (ICD-10 M75.4) · leichte AC-Arthrose, Acromion Typ -II, leichte Bursitis subacromialis, Tendinopathie der Supraspinatussehne mit ansatznaher Ruptur (MRI 08/2007) 5. Chronisches Lumbovertebralsyndrom mit Schmerzausstrahlung in das linke Bein (ICD-10 M54.4) · DD: pseudoradikuläre Beinschmerzen links · Chondrose und Intervertebralarthrosen L4/5 ohne Hinweise für eine Neurokompromittierung (MRI 09/2004) Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit 1. Schmerzverarbeitungsstörung (ICD-10 F54) 2. Sarkoidose Stadium 1, Erstdiagnose April 2007 (ICD-10 D86,9) · Status nach Erythema nodosum April 2007 3. Hochtoninnenohrschwerhörigkeit beidseits linksbetont (ICD-10 H90.3) 4. Nässende erythrosquamöse Hautveränderung umbilical, DD: allergisches Ekzem, Psoriasis Der Explorand habe während nahezu 24 Jahren als Dachdecker gearbeitet, so dass dies als die angestammte Tätigkeit betrachtet werde. Aus rheumatologischer Sicht könnten aufgrund der anamnestischen Angaben, der erhobenen Untersuchungsbefunde sowie der bildgebenden Diagnostik mehrere Problemkreise des Bewegungsapparates objektiviert werden mit insbesondere chronischer Zervikobrachialgie links bei nachgewiesener mediolateraler bis intraforaminaler Diskushernie C6/7, eine Schulterproblematik beidseits mit persistierender, schmerzhafter Funktionseinschränkung der rechten Schulter sowie Impingement Grad II links als auch ein chronisches Lumbovertebralsyndrom mit Schmerzausstrahlung in das linke Bein bei nachgewiesener Chondrose und Intervertebralarthrose L4/5. Aufgrund der multiplen zu objektivierenden Beschwerden im Bereich des Bewegungsapparates könnten dem Exploranden körperlich schwere und mittelschwere Tätigkeiten und somit auch die angestammte Tätigkeit als Dachdecker bleibend nicht mehr zugemutet werden. Aus allgemeininternistischer Sicht könne eine seit April 2007 bekannte Sarkoidose Stadium 1 mit Zustand nach Erythema nodosum festgehalten werden. Die im April 2007 durchgeführte Lungenfunktion habe lediglich eine chronische Hyperventilation funktioneller Ätiologie nachweisen können. Eine Krankheitsaktivität bestehe bei derzeit normalen Entzündungsparametern nicht, so dass aus allgemeininternistischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit daraus abgeleitet werden könne. Aus psychiatrischer Sicht könnten aufgrund der anamnestischen Angaben sowie der erhobenen Untersuchungsbefunde eine leichte depressive Episode sowie eine Schmerzverarbeitungsstörung diagnostiziert werden. Aufgrund der leichten depressiven Episode bestehe aus psychiatrischer Sicht eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 20 %. Es könne dem Exploranden trotz der geklagten Beschwerden zugemutet werden, weiterhin einer seiner körperlichen Einschränkungen angepassten Tätigkeit zu 80 % nachzugehen. Die zusätzlich diagnostizierte Schmerzverarbeitungsstörung führe zu keiner zusätzlichen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Es sei davon auszugehen, dass die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit im oben genannten Ausmass sowohl für die angestammte als auch für Verweistätigkeiten seit dem 14. Januar 2005 bestehe. Aus rheumatologischer Sicht bestehe aufgrund der erheblichen Befunde und Diagnosen im Bereich des Bewegungsapparates auch für eine körperlich leichte, adaptierte Tätigkeit mit im rheumatologischen Teilgutachten explizit erwähnten Arbeitsplatzbedingungen eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 50 %. Aus allgemeininternistischer Sicht bestehe für eine körperlich geeignete, dem Leiden adaptierte Tätigkeit eine volle Arbeitsfähigkeit. Aus psychiatrischer Sicht bestehe aufgrund der diagnostizierten leichten depressiven Episode eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 20 %. Körperlich leichte, adaptierte Tätigkeiten könnten dem Exploranden zu 80 % zugemutet werden. Zusammenfassend bestehe aus polydisziplinärer Sicht für eine

körperlich leichte, adaptierte Tätigkeit eine zumutbare Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 50 %, halbtags realisierbar. Die geringe Leistungseinbuße aus psychiatrischer Sicht addiert sich nicht zur somatischen Einschränkung, da die gleichen Zeitabschnitte zum Einlegen von Pausen und zur Erholung genutzt werden könnten.

5.2 Da die Beschwerdeführerin in ihrer Verfügung vom 18. November 2016 die rückwirkende Rentenaufhebung per November 2011 statuiert hat, ist für den Revisionsvergleich der gesamte Sachverhalt ab 2011 relevant. In diesem Zusammenhang sind folgende Unterlagen von Belang:

5.2.1 Im C.____-Gutachten vom 4. Januar 2011 (IV-Nr. 136.2) wurden folgende Diagnosen gestellt:

Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit

1. Rezidivierende depressive Störung mit gegenwärtig leichtgradiger Episode (ICD-10 F33.00)
2. Chronisches zervikospindylogenes Schmerzsyndrom (ICD-10 M53. 1) · leichte Funktionseinschränkung
3. klinisch keine Hinweise für radikuläre Symptomatik · radiologisch beginnende Spondylosis deformans C5 bis C7 · mediolaterale bis foraminale Diskushernie C6/7 links mit Kompression der Nervenwurzel C7 links (MRI 02/2006)
4. Chronisches thorakolumbospondylogenes Schmerzsyndrom links (ICD-10 M54.5) · myostatische Insuffizienz mit den entsprechenden muskuloligamentären Überlastungsreaktionen · klinisch keine Hinweise für radikuläre Symptomatik · radiologisch beginnende Osteochondrose L5/S1
5. Schmerzhaftes Funktionseinschränkung rechte Schulter (ICD-10 M75.1) · St. n. offener Acromioplastik, Bursktomie und Debridement der Supraspinatussehne mit transossärer Reinsertion 01/2005 sowie Schultermobilisation in Narkose mit Bridenlösung und Defektexzision 08/2005 · radiologisch regelrechter Befund
6. Belastungsabhängige Schmerzen linke Schulter (ICD-10 M75.8) · klinisch keine Hinweise für Impingement oder Rotatorenmanschettenläsion · radiologisch unauffälliger Befund · leichte AC-Arthrose, Acromion Typ I bis II, leichte Bursitis subacromialis, Tendinopathie der Supraspinatussehne mit ansatznaher Ruptur (MRI 08/2007)

Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit

1. Schmerzverarbeitungsstörung mit Symptomausweitung (ICD-10 F54)
2. Sarkoidose Stadium II (ICD-10 M86.9) - computertomographisch 05/2010 erstmalig Nachweis eines Lungenbefalls - 05/2010 unauffällige Bronchioskopie, Bodyplethysmographie, Flussvolumenmessung und arterielle Blutgasanalyse seit 05/2010 wegen des Lungenbefalls und eines Erythema nodosum systemische Steroidtherapie
3. Hochtoninnenohrschwerhörigkeit bds. linksbetont (ICD- 10 H90.3)
4. Medikamentenmalcompliance (ICD-10 Z91 .1)

Der Explorand habe bei den Untersuchungen über Schmerzen im Bereich der gesamten Wirbelsäule mit Ausstrahlungen in den Kopf, den linken Arm und das linke Bein sowie über Schmerzen und Funktionseinschränkungen beider Schultern geklagt. An objektivierbaren schmerzauslösenden Befunden hätten degenerative Veränderungen im Zervikal- und Lumbalbereich, eine kernspintomographisch nachgewiesene Diskushernie C6/7 links sowie ein Status nach zweimaliger Schulteroperation links festgestellt werden können. Hinweiszeichen für eine radikuläre oder Wurzelkompressionssymptomatik hätten sich weder im Zervikal- noch Lumbalbereich gefunden. Mit den Befunden erkläre sich nicht das gesamte geklagte Schmerzausmass. Als Ursache für das verstärkte Schmerzerleben sei bei der psychiatrischen Untersuchung eine Schmerzverarbeitungsstörung mit Symptomausweitung festgestellt worden. Diese Schmerzstörung werde durch die gleichzeitig bestehende rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichtgradige Episode, verstärkend beeinflusst. Aufgrund dieser psychischen Co-Morbidität sei die Arbeitsfähigkeit für jegliche Tätigkeit um 20 % vermindert. Aufgrund der objektivierbaren rheumatologischen Befunde seien dem Beschwerdeführer schwere und mittelschwere

Tätigkeiten nicht mehr zumutbar. Für körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeiten ohne Tätigkeiten über der Horizontalen mit dem rechten Arm bestehe aus rheumatologischer Sicht eine volle Arbeitsfähigkeit. Die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Dachdecker sei dem Exploranden nicht mehr zumutbar. Aus allgemein-internistischer Sicht bestehe eine Sarkoidose Stadium II, die seit Mai 2010 systemisch mit Steroiden behandelt werde. Aufgrund unauffälliger Lungenfunktionsprüfung, unauffälliger Bronchoskopie und Bodyplethysmographie sowie fehlenden klinischen und laborchemischen Entzündungszeichen bestehe aus allgemein-internistischer Sicht keine Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit. Zusammenfassend sei der Explorand aus polydisziplinärer Sicht für körperlich leichte, adaptierte Tätigkeiten zu 80 % arbeits- und leistungsfähig, vollschichtig realisierbar. Es sei davon auszugehen, dass die 100%ige Arbeitsunfähigkeit für die angestammte Tätigkeit als Dachdecker seit dem 14. Januar 2005 bestehe. Für leichte, adaptierte Tätigkeiten habe zwischen Januar 2005 bis zur aktuellen gutachterlichen Untersuchung die im letzten Gutachten festgestellte 50%ige Arbeitsfähigkeit bestanden. Seit der letzten gutachterlichen Untersuchung am 18. März 2009 sei es auf rheumatologischem Fachgebiet zu einer objektivierbaren Verbesserung gekommen. Die damals festgestellte Radikulopathie C7/8 links sei bei der aktuellen Untersuchung nicht mehr nachweisbar gewesen, sodass ab dem Zeitpunkt der aktuellen gutachterlichen Untersuchung die 80%ige Arbeitsfähigkeit für leichte, adaptierte Tätigkeiten bestehe, wobei die Einschränkung von 20 % ausschliesslich auf psychiatrischem Fachgebiet bestehe. Auf psychiatrischem Fachgebiet hätten sich seit der letzten Begutachtung im C.____ die Befunde nicht wesentlich verändert, sodass unverändert die damals festgestellte 20%ige Arbeitsunfähigkeit aus psychiatrischer Sicht bestehe. Bezüglich des im Dezember 2009 aufgetretenen Sarkoidoserezidivs mit Übergang von Sarkoidose Stadium I in Stadium II habe zwischen Dezember 2009 und dem Beginn der systemischen Steroidtherapie im Mai 2010 vorübergehend eine Verminderung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 20 % bestanden. Bei gutem Ansprechen auf die Steroide, unauffälligen Lungenfunktionsprüfungen sowie fehlender klinischer und labortechnischer Entzündungsaktivität bestehe seit Mai 2010 aus allgemein-internistischer Sicht keine Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit.

5.2.2 In seinem Bericht vom 27. Mai 2011 (IV-Nr. 152, S. 2) stellte der behandelnde Psychiater, Dr. med. D.____, folgende Diagnosen: - Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4); Differentialdiagnose: Dissoziative Bewegungs-, Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen (ICD-10: F44.4, 44.6). - Reaktiv bedingte rezidivierende depressive Episoden leichten bis mittleren, gegenwärtig mittleren Schweregrades mit somatischen Symptomen (ICD-10: F33.11) - Somatogener Husten, konversionsneurotisch verarbeitet zu einer hyperexpressiven Ausdruckskrankheit, hier diagnostisch am ehesten beschreibbar als dissoziative Bewegungsstörung (ICD-10: F44.4) - Anankastische Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F60.5) mit narzisstischen Zügen und, bei Zusammenbruch des neurotischen, persönlichkeitsimmanenten Abwehrdispositivs (der Kontrolle, Disziplin, Berechenbarkeit): Ungerichtete psychosenahe Angst (Verletzungs-, dysmorphophobische und Desintegrationsängste) und Dissoziation (Derealisations- und Depersonalisationsphänomene, Automutilation) und Panik (ICD-10: F41.3)

5.2.3 Dr. med. K.____, Spezialarzt FMH für Neurologie, stellte in seinem Bericht vom 21. Dezember 2011 (IV-Nr. 169, S. 4) folgende Diagnosen: - Cerviko-radikulares Reiz- und leichtes Ausfallssyndrom C7 links bei/mit: · links foraminal betonter Bandscheibenprolaps mit knöcherner Abstützreaktion und Unkovertebratarthrose in C6/7. · Linkslaterale foraminal

reichende Bandscheibenhernie, und linksbetonte Uncovertebralarthrose und Osteochondrose in C5/C6. - Lumbo-radikuläres Reizsyndrom S1 links bei/mit: · Bandscheibenprotrusion und kleiner Anulus fibrosus Riss linkslateral in L5/S1. Anamnestisch, klinisch sowie elektrophysiologisch sei ein cerviko-radikuläres Reiz- und leichtes Ausfallssyndrom C7 links bei magnetomographisch nachgewiesener foraminaler Bandscheibenhernie in C5/6 mit deutlicher Uncovertebralarthrose und Osteochondrose feststellbar. Des Weiteren bestehe ein lumboradikuläres Reizsyndrom S1 links bei minimaler Bandscheibenprotrusion und kleinem Anulus fibrosus Riss linkslateral in L5/S1. Die rheumatologische Beurteilung im C.____-Gutachten, wonach die damals festgestellte Radikulopathie C7/8 bei der aktuellen Untersuchung nicht mehr nachweisbar sei, erachte er, Dr. med. K.____, als inkorrekt. Bei der Untersuchung vom 24. November 2011 sei ein cerviko-radikuläres Reizsyndrom deutlich vorhanden, magnetomographisch bestehe keine deutliche Änderung im Vergleich mit der Voruntersuchung, aber mit einer deutlichen foraminalen Stenose mit denkbarer C7-Wurzelirritation.

5.2.4 Mit Schreiben vom 21. März 2012 (IV-Nr. 176, S 12) nahm Dr. med. P.____, Facharzt für Chirurgie FMH, zu den beiden C.____-Gutachten Stellung und führte aus, im C.____-Gutachten vom 13. September 2009 finde sich kein Beweis für das Vorliegen einer echten Radikulopathie im Sinne einer Verengung einer Nervenwurzel, sondern nur die Vermutung. Eine beweisende neurologische Begutachtung fehle. Sodann finde sich im C.____-Gutachten vom 4. Januar 2011 die gleiche Situation vor wie im Gutachten 2009 in Bezug auf die radikuläre Problematik: Fortgesetzt würden sich gleiche Hinweise für eine radikuläre Problematik zeigen. Eine notwendige neurologische Abklärung fehle auch dieses Mal. Die Diagnose «gegenwärtig leichtgradige Episode einer depressiven Störung» werde festgestellt. Somit sei eine Verbesserung des Gesundheitszustandes nicht nachvollziehbar. Gestützt auf den Bericht von Dr. med. K.____ vom 21. Dezember 2011 sei vielmehr nachgewiesen, dass die gesundheitliche Situation von Seiten des Rückens nicht verbessert, sondern verschlimmert sei (radikuläre Syndrome im HWS- und im LWS-Bereich bei gleichbleibend degenerativen radiologischen Befunden zwischen 2009 und 2011). Im Übrigen bestehe eine auffallende, massive Divergenz zwischen den psychiatrischen Befunden in den beiden C.____-Gutachten einerseits und im psychiatrischen Bericht von Dr. med. D.____ vom 27. Mai 2011 andererseits, die von der IV fachlich nicht kompetent abgeklärt worden sei.

5.2.5 Im Bericht vom 19. Juli 2013 (IV-Nr. 195) führte Dr. med. D.____ aus, er habe den Beschwerdeführer heute im Rahmen einer Kriseninterventionssitzung untersucht und mit ihm ein einstündiges therapeutisches Gespräch geführt, nachdem es am letzten Freitag, dem 12. Juli 2013, im Vorfeld einer neuerlich anzuberaumenden Begutachtung durch das C.____ im Auftrag der IV-Stelle Solothurn zu einem Suizidversuch durch Erhängen gekommen sei. Mit Blick auf den wohl fast vollständigen Dissoziationsgrad zur Zeit der suizidalen Handlung und die damit einhergehende Erschwerung einer entsprechenden Risikoeinschätzung wie auch angesichts der Tatsache, dass es sich bereits um den dritten Suizidversuch gehandelt habe, welcher im Zusammenhang zu sehen sei mit existentiellem Verunsicherungserleben zufolge sozialversicherungsrechtlicher Irritationen, und schliesslich mit Rücksicht auf die akute Verschlechterung des psychischen Zustandes durch die Belastung einer neuerlich bevorstehenden Begutachtung, sei der Beschwerdeführer aktuell und vorderhand für die Dauer von zwei bis drei Monaten nicht in der Lage, sich einer solchen Belastung zu stellen.

5.2.6 Im Verlaufsbericht vom 31. August 2013 (IV-Nr. 200) hielt Dr. med. D.____ fest, anlässlich der letzten Konsultation am 19. Juli 2013 sei der Beschwerdeführer mittel- bis schwergradig depressiv erschienen mit somatischem

Syndrom. Er habe Zustände von Angst und Panik mit typischer vegetativer Begleitsymptomatik geschildert. Der Aufschub des weiteren gutachtlichen Vorgehens habe zu einer gewissen Entspannung geführt. 5.2.7 Dr. med. N.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, stellte in seinem Bericht vom 24. September 2013 (IV-Nr. 216, S. 10) folgende Diagnosen: · Schulterschmerzen mit Einschränkung der Beweglichkeit links bei massiver Hypertrophie des Acromioclaviculargelenkes sowie minimaler Absenkung des Acromions • Gelenkwärtige Partiallasion der Supraspinatussehne links • St. n. offener Acromioplastik, Clavicularesektion und Reinsertion der Supraspinatussehne rechts am 26. Januar 2005 • St. n. Revision und Bridenlösung sowie Side-zu-Side-Naht der Supraspinatussehne rechts 17. August 2005 • St. n. zervikaler Diskushernie mit Hyperästhesie und Brennen Vorderarm links Das MRT vom 6. September 2013 zeige eine doch eindruckliche AC-Gelenksarthrose mit dickem Ligamentum korako-akromiale mit Osteophytenbildung und deutlicher Einengung des Subacromialraumes mit Bursitis. Zudem bestehe eine Tendinose der Supraspinatussehne ohne durchgehende Rupturbildung. 5.2.8 Aus dem Bericht vom 1. Oktober 2013 (IV-Nr. 223) über die Observation im Zeitraum vom 22. August 2013 bis 20. September 2013 geht hervor, dass der Beschwerdeführer während der überwachten Zeitspanne sein Domizil am Vormittag regelmässig alleine oder auch zusammen mit Familienangehörigen verlassen habe. Gegen Mittag sei er wieder nach Hause zurückgekehrt. Auch am Nachmittag habe er sein Domizil mehrmals verlassen. Er sei oft in der Öffentlichkeit unterwegs gewesen, habe sich in Restaurants begeben und Einkäufe in Warenhäusern getätigt. Er habe sich oft mit unbekanntem Landsleuten in Gaststätten getroffen. Am 23. August 2013 habe er sich im Coop Restaurant [...] mit mehreren Landsleuten getroffen. Dort habe er sich in der Zeit von 10.09 h - 11.16 h aufgehalten, habe eine Tasse Kaffee getrunken und sich gestenreich mit Landsleuten unterhalten. Während der Diskussion habe er oft gelacht. Am 18. September 2013 habe er sich in das Restaurant Q.____ begeben. Hier habe er sich in der Zeit von 08.59 h - 10.01 h aufgehalten. Er habe eine Tasse Kaffee getrunken, habe die Zeitung gelesen und sich wieder mit verschiedenen Landsleuten unterhalten. Im Rahmen der überwachten Zeitspanne habe er mehrere Male Personenwagen gelenkt. Manchmal sei er alleine mit dem Fahrzeug unterwegs gewesen, manchmal sei er von Familienangehörigen begleitet worden und manchmal sei er auch als Beifahrer im Wagen gesessen. 5.2.9 Gemäss Operationsbericht vom 21. Oktober 2013 (IV-Nr. 216, S. 7) wurde beim Beschwerdeführer am 18. Oktober 2013 eine arthroskopische subacromiale Dekompression mit ventraler und lateraler Acromioplastik sowie Resektion der lateralen Clavicula Schulter links durchgeführt. 5.2.10 In seiner Aktennotiz vom 18. November 2013 (IV-Nr. 219) führte Dr. med. R.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, vom Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) aus, er nehme aus versicherungsmedizinischer Sicht Stellung zum vorliegenden Observationsmaterial, das im Zeitraum vom 22. August 2013 bis 20. September 2013 gesammelt worden sei. Diese Beobachtungsperiode liege zeitlich im Bereich der relevanten Arztberichte von Dr. med. D.____, behandelnder Psychiater, vom 19. Juli 2013 und 31. August 2013. Die aufgezeichneten Videosequenzen zeigten den Beschwerdeführer am 22. August 2013 mit dem Auto und zu Fuss unterwegs im Alltag, am 23. August 2013 draussen sitzend in einer Gesprächsrunde von etwa einer Stunde Dauer, am 28. August 2013 zusammen mit weiteren Personen beim Entsorgen von Säcken mit PET, am 18. September 2013 in einem Restaurant sitzend, zuerst beim Zeitungslesen, dann in ein Gespräch verwickelt. Allen aufgezeichneten Sequenzen sei gemeinsam, dass beim Versicherten

sowohl in den Bewegungsabläufen als auch in der Mimik keinerlei Hinweise auf ein Schmerzgeschehen zu entdecken seien. Der Gang sei aufrecht, locker bis dynamisch je nach Situation, die Körperhaltung jederzeit entspannt. Beim Entsorgen des PET-Materials zeige sich, dass der Versicherte (vor dem Schultereingriff vom 18. Oktober 2013) in der Lage gewesen sei, die Säcke anzuheben und etwa auf Kopfhöhe in den Sammelbehälter einzuwerfen. In der etwa eine Stunde lang angeregt diskutierenden Männerrunde vom 23. August 2013 habe sich der Versicherte sehr aktiv beteiligt, mit lebhafter Mimik und Gestik, habe zwischendurch auch einmal herzlich gelacht. Er sei dem Gespräch jederzeit aufmerksam gefolgt, sei entspannt gesessen, habe beim Aufstehen und Gehen nach einer Stunde keinerlei Mühe gezeigt. Auch in den Sequenzen vom 22. August 2013 und 18. September 2013 habe sich der Versicherte jederzeit frei bewegt, habe im Kontakt mit anderen Personen entspannt und aktiv gewirkt. Insgesamt könne aus versicherungsmedizinischer Sicht gesagt werden, dass die gemachten Beobachtungen weder Hinweise für das Vorliegen gröberer körperlicher Einschränkungen, noch für ein behinderndes Schmerzgeschehen oder eine relevante psychiatrische Erkrankung geben würden. Es bestehe eine grosse Diskrepanz zum Gesundheitszustand, wie er in den Arztberichten der Dres. D. ___ und L. ___ geschildert werde. Das Gezeigte sei nicht vereinbar mit den von den behandelnden Ärzten diagnostizierten schweren Leiden, hingegen problemlos mit der zusammenfassenden Beurteilung im polydisziplinären Gutachten des C. ___ vom 4. Januar 2011, wonach dem Versicherten eine körperlich leichte, adaptierte Tätigkeit vollschichtig, mit 80 % Leistung zugemutet werden könne. 5.2.11 Im Bericht vom 19. November 2013 (IV-Nr. 247, S. 15) betreffend die post-operative Kontrolle der Schulter hielt Dr. med. N. ___ fest, radiologisch sei die Situation sehr zufriedenstellend. Bis letzte Woche sei es dem Beschwerdeführer auch sehr gut gegangen, jetzt habe er wieder mehr Schmerzen. Die Schmerzen seien aber nicht so stark wie vor der Operation. Ob die Schmerzen mit einer gewissen Verkrampfung und dem Wetter zusammenhänge, könne nicht gesagt werden. 5.2.12 Der Hausarzt des Beschwerdeführers, Dr. med. L. ___, Facharzt für Allgemeine Medizin FMH, stellte in seinem Bericht vom 23. September 2014 (IV-Nr. 247, S. 5) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: - persistierende depressive Störung mit dissoziativen und psychotischen Anteilen · rezidivierende Autoaggressivität in dissoziativen Phasen mit Ritzen und Kopf gegen die Wand schlagen, letztmals 07/2014 mit konsekutiver HWS-Distorsion und frontaler Quetschwunde am Kopf - chronisches cervicobrachiales Schmerzsyndrom links mit Spannungsscephalgie · intermittierendes cervicoradikuläres Reiz- und sensibles Ausfallssyndrom C7 links bei links foraminal betontem Bandscheibenprolaps mit knöcherner Abstützreaktion und Unkovertebralarthrose C6/C7 links (MRI HWS vom 5. Dezember 2011), linkslaterale foraminal reichende Bandscheibenhernie und linksbetonte Uncovertebralarthrose und Osteochondrose C5/C6 · aktuell Exazerbation im Rahmen der Traumatisierung 07/2014 mit persistierendem sensiblem Ausfallssyndrom C7 links - residuelle Impingementsymptomatik Schulter links mit/bei: · St. n. arthroskopischer Acromioplastik und lateraler Clavicularesektion sowie Bursektomie links am 18. Oktober 2014 (recte: 2013) bei Acromion Typ III, hypertrophem coracoacromialem Band, AC-Arthrose und Partialläsion der Supraspinatussehne - persistierende schmerzhaft funktionseinschränkung der Schulter rechts · St. n. offener Acromioplastik, Bursektomie und Debridement der Supraspinatussehne mit transossärer Reinsertion 01/2005 sowie Schultermobilisation in Narkose mit Bridenlösung und Side-zu Side-Naht der Supraspinatussehne 08/2005 - persistierendes costovertebrales Schmerzsyndrom mit

Reizung der Wurzel Th 8 links · MRI BWS 4. Juni 2012: BWK7/8 mit Diskusprolaps mit konsekutiver Verdrängung des Duralsacks · Schmerzprovokation in gebeugter Haltung - chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom mit/bei: · lumboradikulärem Reizsyndrom S1 links bei Bandscheibenprotrusion und kleiner Anulus fibrosus Riss linkslateral in L5/S1 sowie Spondylarthrose und minimaler Protrusion der Bandscheibe L4/L5 Nach der Schulteroperation links habe der Beschwerdeführer über eine 50%ige Reduktion der Schmerzen berichtet. Der Bewegungsumfang sei weiterhin eingeschränkt und der Nackengriff nur mit Schmerzen durchführbar. Klinisch persistiere eine Impingementsymptomatik. Zwei bis dreimal pro Woche gebe der Beschwerdeführer Kopfschmerzattacken mit Lichtempfindlichkeit und rezidivierendem Erbrechen an. Im Rahmen der dissoziativen Störung würden sich immer wieder Attacken von Selbstverletzungen, letztmals im Juli 2014, mit wiederholtem heftigem Schlagen des Kopfes gegen eine Wand und konsekutiver ca. handtellergrößerer Quetschwunde an der Stirn und Traumatisierung der HWS zeigen. In der Folge zeigten sich konstante Nackenschmerzen mit Bewegungseinschränkung der HWS und persistierendem cervico-radikulärem Schmerz und sensiblem Ausfallssyndrom C7 links. Aktuell würden diesbezüglich nebst einer intensivierten Schmerzmedikation mit Tramadol und Novalgin physiotherapeutische Massnahmen durchgeführt. Konstant bestehe ein costovertebrales bzw. thoracoradikuläres Schmerzsyndrom Th8 links, welches in gebeugter Haltung provoziert werde und bei kontrollierter aufrechter Haltung in der BWS gelindert werden könne. Diesbezüglich bestehe sicherlich auch eine muskuläre Insuffizienz und es sei von einer gegenseitigen negativen Beeinflussung mit der HWS-Problematik auszugehen. Unverändert bestünden untere Rückenschmerzen und ein persistierendes lumboradikuläres Schmerzsyndrom S1 links mit intermittierenden Parästhesien im distalen Dermatom S1 links. Sehr problematisch sei die persistierende depressive Störung mit dissoziativen und psychotischen Anteilen. Der Beschwerdeführer leide an akustischen Halluzinationen (Nachpfeifen, Stimmen, die negativ über ihn sprechen würden) und einem Verfolgungs- und Beobachtungswahn. Diese Problematik führe zu Dissoziationen, in welchen er bisher mindestens 4 Suizidversuche (Erhängen) unternommen habe und in diesem Rahmen sei es im Dezember 2013 zu einer Kurzhospitalisation in der I. ___ gekommen. Im Rahmen der Dissoziationen würden sich auch wiederkehrende Selbstverletzungen mit Ritzen oder wie bereits erwähnt dem Kopf gegen die Wand schlagen zeigen. Von der Familie werde der Beschwerdeführer dann als vollkommen unzugänglich und potentiell auch fremdaggressiv beschrieben. Die psychiatrische Behandlung finde weiterhin bei Dr. med. D. ___ statt, welcher auch die Medikation mit Antidepressiva und Antipsychotika verschreibe. In der chronifizierten somatischen und psychiatrischen Situation sei eine Wiedereingliederung nicht zumutbar und auch nicht realistisch durchführbar. Einerseits brauche der Beschwerdeführer wiederholt tageweise einen isolierten Aufenthalt in seinem Zimmer zu Hause zur Behandlung seiner Kopfschmerzen aber auch im Sinne einer Reizabschirmung bezüglich der psychotischen Symptome. Bezüglich der Nackenproblematik und des nun persistierenden cervicoradikulären Schmerz- und sensiblen Ausfallssyndroms könnten bei ungünstigem Verlauf zusätzliche diagnostische und therapeutische Massnahmen notwendig werden. Bezüglich der Prognose blicke Dr. med. L. ___ für den Beschwerdeführer ungünstig in die Zukunft, da bisherige therapeutische Massnahmen sowohl somatisch wie psychiatrisch nur wenig Linderung gebracht hätten. Dieser Umstand sei sicherlich auch für den Beschwerdeführer problematisch, da er sich durch die körperlichen Leiden in seinem Selbstwert massiv eingeschränkt fühle und nicht mehr im Stande sei als «Familienernährer»

für den Grundbedarf der Familie zu sorgen, was dann wiederum zu suizidalen Gedanken und Lebensüberdruß führe. Insgesamt sehe Dr. med. L.____ keine Möglichkeit den Zustand des Patienten mit medizinischen Massnahmen langfristig zu verbessern und auch keine realistische Möglichkeit einen Zustand mit einer verwendbaren Arbeitsfähigkeit zu erzielen.

5.2.13 In seinem Bericht vom 28. November 2014 stellte Dr. med. D.____ folgende Diagnosen: - (ICD-10: F45.41) Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (bestehend seit mindestens 2/2006) Kommentar: Die Schmerzbelastung übersteige seines Erachtens eine depressogene Absenkung der Schmerzwahrnehmungsschwelle, weshalb er die separate Diagnose einer Chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren stelle. - (ICD-10: F33.11) Reaktiv bedingte rezidivierende depressive Episoden leichten, mittleren und schweren Grades mit somatischen respektive psychotischen Symptomen, gegenwärtig mittleren Grades (bestehend seit mindestens 2/2006) - (ICD-10: F60.5) Schwere anankastische Persönlichkeitsstörung mit narzisstischen Zügen (bestehend seit Jahrzehnten) und: bei Zusammenbruch des persönlichkeitsimmanenten Abwehrdispositivs (Ehrenmann, Kontrolle, Disziplin, Leistung): · Psychosenahe Desintegrationsängste (Angst, keine Beruhigung mehr finden zu können, zu explodieren, Angst vor körperlicher Desintegration durch ärztliche Behandlung, Depersonalisation, Derealisation) (gehäuft seit Suspendierung der Vollrente 2011, akzentuiert seit der Observierung 2013) · Automutilation (Beissen, Stechen, Schneiden, Kopfanschlagen) (gehäuft und im Umfang heftiger im April, Mai, Juli, August 2013 [keine Beobachtungen während der Praxisschliessung vom September 2013 bis Januar 2014], dann wieder im Januar, Februar, April, Juni und August 2014) · kaskadierende Steigerung der Angst bis zur - (ICD-10: F41.0) Panikattacke (gehäuft und in Zunahme begriffen seit Observation durch IV und Verheiratung der Töchter 2013) - (ICD-10: F42.1) Zwangsstörung, vorwiegend Zwangsrituale (erstmalig berichtet 2013) - (ICD-10: F44.4) Vermutungsdiagnose: Rezidivierende Reflex-Synkope vasovagaler Ätiologie (emotionaler Stress, Schmerz) mit Bewusstseinsverlust, Abasie und Astasie (seit 5/2011) Husten (seit 11/2009) und Singultus (einmalig als Befund 10/2011), konversionsneurotisch verarbeitet zu einer hyperexpressiven Ausdruckskrankheit, diagnostisch ebenfalls am ehesten zu beschreiben als dissoziative Bewegungsstörung. Der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers habe sich seit dem Gutachten des C.____ vom 4. Januar 2011 erheblich verschlechtert. Er leide deutlich häufiger unter Schmerzattacken, vorab der holokraniellen Kopfschmerzen und Nackenschmerzen und der Schmerzen in den Beinen entsprechend der Abhängigkeit der empfundenen Schmerzexazerbationen von psychosozialen Belastungen. Aktuell könne es bis zu viermal am Tag zu so einem Rückzug kommen, wenn er nicht gar den ganzen Tag im Zimmer verbringe. Dies ereigne sich aktuell deutlich häufiger: Es komme zu 8 - 9 ganztägigen Aufenthalten pro Monat in diesem Zimmer, vom Beschwerdeführer begründet mit Angst, Stress und Schmerzen. Als neuer Grund hinzugekommen seit einem halben Jahr – und vom Beschwerdeführer in Zusammenhang gebracht mit der Schande seiner Observierung – sei die Scham. Seit gut einem halben Jahr ziehe er sich aus Scham auch vor der eigenen Familie, respektive vor der Ehefrau in dieses Zimmer zurück, schliesse neu die Tür, die er vorher immer offen gelassen habe, um beim Familienleben «dabei zu sein». Sodann sei es zu einer Zunahme der Häufigkeit von Panikanfällen gekommen, ausgehend von kaskadierenden Angstzuständen im Zusammenhang mit dem versicherungsrechtlich/gutachtlich/observierenden Vorgehen der IV seit 2013, aber gleichzeitig auch in der Folge der mit der Verheiratung der Töchter und der Wiederverheiratung des Sohnes empfundenen Distanzierung. Aktuell wesentlich

häufiger, täglich mehrmals, höre er Pfeifgeräusche hinter sich und höre zwei verschiedene Männerstimmen, wovon die eine ihn vor den ärztlichen Verfolgern warne und die andere ihn wegen seines Unwerts auffordere zu sterben. Seit der Observierung durch die IV (2013) höre er diese Stimmen täglich mehrmals. Ebenfalls in diesem Zusammenhang sei es wiederholt zu abnormen Leibwahrnehmungen gekommen, indem er sich von einer Hand von hinten an der linken Schulter berührt fühle und beim Zurückschauen einen Mann in einem Wagen sehe, der ihn filme. Des Weiteren sei es zu einer Häufung (seit Suspendierung der Vollrente 2011) und Akzentuierung der psychosenahen Desintegrationsängste (seit der Observierung 2013) gekommen. Zudem bestünden Automutilationen durch Kratzen, Beissen, Stechen, Schneiden und Anschlagen des Kopfes gehäuft und an Heftigkeit zunehmend seit Frühjahr 2013. Die prognostische Perspektive erscheine düster. Die ängstlich-alarmistische Konzentration auf die leibliche Befindlichkeit und deren so empfundene immanente Bedrohlichkeit durch Unkontrollierbarkeit, Funktionsausfall und Schmerzen, erlaube keine Weitung des Aufmerksamkeitsfeldes auf Objekte ausserhalb dieser eigenen Körperlichkeit. Es sei nicht anzunehmen, dass der Beschwerdeführer sich während mehr als einiger Minuten auf ein solches äusseres Objekt konzentrieren, sich zuverlässig mit ihm befassen und dabei auch nur eine minimale Durchhaltefähigkeit zeigen könnte. Des Weiteren wäre es illusorisch anzunehmen, dass er es bei seiner unerträglichen Scham in einer Gemeinschaft von Mitarbeitenden aushalten würde, noch dazu vor dem Hintergrund seiner persönlichkeitsimmanenten Selbstanforderungen, welche nicht anders als zu schwersten Enttäuschungen am real zu Erreichenden und damit zu regressiv-depressiven Einbrüchen mit Antriebsverlust, Demotivation und Schmerzexazerbationen führen würden. Die Masslosigkeit seiner Vorstellungen über eine wünschenswerte Leistungsfähigkeit zeige sich in seiner nach wie vor zu beobachtenden Unfähigkeit, seine Grenzen zu respektieren, etwa bei seinen Versuchen in der Gartenarbeit. Obendrein halte Dr. med. D.____ den Beschwerdeführer aufgrund seiner Verhaltensauffälligkeiten nicht für vermittelbar. 5.2.14 Im polydisziplinären Gutachten der E.____ vom 15. Juli 2015 (IV-Nr. 264.1) werden folgende Diagnosen gestellt: Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (letzte Tätigkeit) 1. Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mässig ausgeprägt (F33.9) 2. Chronisches cervicospondylogenes Schmerzsyndrom links mit bekannter Diskushernie C6/7 links und demonstrierter ausgeprägter Funktionseinschränkung 3. Chronisches Lumbovertebralsyndrom mit demonstrierter ausgeprägter Funktionseinschränkung 4. Demonstrierte Funktionseinschränkung beider Schultergelenke nach subacromialer Dekompression beidseits ohne Gelenkreizung und passiv nahezu freier Beweglichkeit Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (letzte Tätigkeit) 5. Psychische und Verhaltensstörungen bei andernorts klassifizierten Krankheiten (F54) 6. Dissoziative Störung (F44.9)

E. 3

3.1 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 132 V 99 f. E. 4, 125 V 261 E. 4).

3.2 Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

3.3 Den im Verwaltungsverfahren eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 1.3.4 S. 227, 135 V 465 E. 4.4 S. 470, BGE 125 V 351 E. 3b/bb S. 353).

4. Gemäss den Ausführungen des Beschwerdeführers ergebe sich aus dem Entscheid des Europäischen Gerichtshofs für Menschenrechte (EGMR) vom 18. Oktober 2016 in der Sache Vukota-Bojic gegen die Schweiz, dass der Observationsbericht der F. ___ vom 1. Oktober 2013 und weitere mit der Observation in Zusammenhang stehende Datenträger (Daten-CDs) sowie sämtliche darauf berufenen Dokumente oder auf die Observation Bezug nehmende Dokumente beweisrechtlich nicht verwertbar und aus den Akten zu weisen seien. Weil das Gutachten der E. ___ auch in Kenntnis des unrechtmässigen Überwachungsmaterials ergangen sei und darauf Bezug genommen habe, sei es beweisrechtlich ebenfalls nicht verwertbar. Dr. med. J. ___ habe sich als psychiatrischer Gutachter denn auch offensichtlich vom unrechtmässig beschafften Videomaterial massiv beeinflussen lassen (dies offensichtlich ohne die Aufnahmen selbst zu sichten) und beispielsweise die Beurteilung von Dr. med. D. ___ als nicht relevant beurteilt und im Längsverlauf eine bloss leichte Depression gerechtfertigt. Des Weiteren werde im E. ___-Gutachten nicht dargelegt, inwieweit sich der Gesundheitszustand seit der Rentenzusprache effektiv verändert habe (vgl. Urteil 9C_49/2012 vom 12. Juli 2012, E. 7.1). So werde nicht nachvollziehbar und schlüssig dargelegt, warum im Zeitpunkt der Rentenzusprache resp. dem C. ___-Gutachten 2009 eine zervikale Radikulopathie vorgelegen habe. Im Gegenteil werde im E. ___-Gutachten einzig festgehalten, dass im Erstgutachten «differentialdiagnostisch eine radiculäre Symptomatik eine wesentliche Rolle» gespielt habe und sich aktuell ■ auch trotz der Berichterstattung des Neurologen Dr. med. K. ___ vom 24. November 2011 ■ keine Hinweise auf zervikale Wurzelirritationen ergeben hätten. Der E. ___-Orthopäde habe in seinem Teilgutachten ausgeführt, dass «zu keinem Zeitpunkt eine radioculäre Symptomatik» vorgelegen habe (vgl. Seite 30 des Gutachtens). Sodann zeige der im Vorbescheidverfahren eingereichte, von Dr. med. L. ___ erhaltene, MRI-Befundbericht der Wirbelsäule vom 17. Oktober 2016 entgegen den Ausführungen des E. ___-Orthopäden, Dr. med. M. ___, auf, dass ein zervikoradikuläres Schmerzsyndrom vorliege. Bildgebend sei dargelegt, dass ein kleiner intraforaminaler

Bandscheibenvorfall im Segment HWK 5/6 links bestehe, welcher zusammen mit Spondylophyten bei einer dorsalen foraminale Spondylose zu einer Einengung des Neuroforamens führe. Ähnliche Veränderungen sehe man auch im Segment HWK 6/7 links. Dr. med. M. ___ habe sich denn auch in keiner Art und Weise damit beschäftigt, ob und inwiefern dem Bandscheibenvorfall eine radikuläre Symptomatik zugrunde liege. Der E. ___-Neurologe wiederum halte lediglich allgemein und nicht nachvollziehbar auf Seite 73 des Gutachtens fest, dass das MRT der HWS von 2011 «keine eindeutige Kompression der neuronalen Strukturen erkennen» lasse. Abgesehen davon, dass die von ihm wiedergegebene Bildgebung veraltet gewesen sei, zeige sich im nunmehr vorliegenden MRI vom 17. Oktober 2016 etwas ganz anderes. Und die entscheidende Frage, ob sich die Symptomatik seit 2009 verändert habe, werde gar nicht beantwortet resp. von Dr. med. M. ___ eben gerade derart, dass sich nichts verändert habe. Zudem ergebe sich aus dem Bericht von Dr. med. N. ___ vom 2. November 2016, dass sich die erhoffte Verbesserung (zumindest) nicht dauerhaft eingestellt habe und rechtsseitig eine signifikante Pathologie bestehe. Bei der rechten Schulter werde eine «deutliche Arthrose des AC Gelenkes» und ein Impingement bestätigt. Ferner seien weitere diagnostische und behandlungsmässige Schritte gemäss Dr. med. N. ___ indiziert (Infiltrationen, arthroskopische laterale Clavicularesektion), zu welchen sich der Beschwerdeführer nun habe durchringen können. Die Schultersituation sei demnach noch nicht spruchreif resp. weiter abklärungsbedürftig. Hinsichtlich der Schultersituation zeige der eingereichte Bericht von Dr. med. N. ___ vom 4. Januar 2017 eine nachgewiesene AC-Gelenksarthrose und ein Impingement. Diese Befunde seien vom E. ___-Gutachter übersehen worden. Hinsichtlich der AC-Gelenksarthrose sei gemäss Dr. med. N. ___ minimal eine arthroskopische laterale Clavicularesektion indiziert. Es liege somit gegenüber 2009 sicher keine verbesserte Situation der rechten Schulter vor, welche zusammen mit der HWS-Befundsituation zu der damaligen Berentung geführt habe. Die HWS-Beschwerden wiederum seien nun nach den Darlegungen der Rheumatologin, Frau Dr. med. O. ___, vom 1. Februar 2017 entweder auf eine radikuläre Symptomatik zurückzuführen, eine SIG-Dysfunktion oder ein Facettensyndrom. Es bestehe weiterer Klärungs- resp. Untersuchungsbedarf (diagnostische SIG-Infiltration links, probatorische Facettengelenksinfiltration links L4 bis S1). Schliesslich sei auch das psychiatrische Teilgutachten der E. ___ nicht vollständig und vermöge nicht zu überzeugen. Ein dissoziatives Störungsbild wie vom E. ___-Psychiater diagnostiziert bedürfe einer umfassenden Prüfung der bundesgerichtlichen Standardindikatoren (vgl. Urteil 8C_421/2015 vom 23. September 2015, wo es wie vorliegend um eine «komplexe» dissoziative Störung gegangen sei). Dies sei nicht erfolgt. Auch sei die Depressionsbeurteilung durch unvollständige Anamnese und tendenziöse Unterstellungen geprägt. Der Beschwerdeführer habe im Übrigen unlängst einen Arbeitsversuch begonnen, welcher gescheitert sei und in einem Klinikaufenthalt geendet habe. Allgemein sei das Gutachten mit dem Untersuchungszeitraum im Mai 2015 als nicht mehr genügend aktuell einzustufen. Auch die Rechtsprechung gehe davon aus, dass bei einem Zeitablauf von ca. 18 Monaten zwischen Begutachtung und Verfügung nicht mehr von einer zuverlässigen, genügend aktuellen medizinischen Entscheidungsgrundlage die Rede sein könne und auf ein solch altes Gutachten nicht mehr abgestellt werden sollte (vgl. Urteil des Versicherungsgerichts des Kantons Solothurn vom 27. Juli 2009, Prozess-Nr. VSBES.2008.344, E. 3c bezogen auf Wirbelsäulenaaffektionen und Herzbeschwerden, mit Hinweis auf das Urteil des EVG vom 3. Januar 2006, I 633/05, E. 4.2.3). Dass schliesslich der Einkommensvergleich nicht rechtskonform sei und insbesondere ein höherer

Tabellenlohnabzug als 10 % gerechtfertigt erscheine, liege aufgrund des fortgeschrittenen Alters des Beschwerdeführers und der multiplen körperlichen Einschränkungen auf der Hand. Zudem verletze die angefochtene Verfügung auch den Grundsatz «Eingliederung vor Rentenrevision», zumal sich der Beschwerdeführer mit Jahrgang 1964 im fortgeschrittenen Alter befinde und bereits seit Januar 2006 Rentenbezüger sei und noch weit länger ohne Arbeit sei, über keine verwertbaren Erfahrungen in einer angepassten Tätigkeit verfüge, bisherige Eingliederungs- und Stellenbemühungen erfolglos geblieben seien und seine Eingliederungsbereitschaft unter Beweis gestellt habe.

Demgegenüber vertritt die Beschwerdegegnerin die Ansicht, seit dem Zeitpunkt der Rentenzusprache hätten sich vor allem die Gesundheitsstörungen des Bewegungsapparates, namentlich der Schultern, verbessert. Die Schulterfunktion beidseits werde als objektiv nicht mehr eingeschränkt beurteilt. Die damalige Verdachtsdiagnose einer Radikulopathie als Ursache der Zervikobrachialgie links habe sich nicht bestätigt. Die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Dachdecker sei seit 2005 0 %. Vom 14. Januar 2005 bis 16. November 2010 habe die Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit 50 % betragen. Seit der gutachterlichen Untersuchung im C.____ vom 17. November 2010 betrage sie 80 % (vgl. RAD-Stellungnahme vom 30. November 2015). In Bezug auf den psychiatrischen Gesundheitszustand sei aber von der Einschätzung im Gutachten der E.____ aus rechtlicher Sicht abzuweichen, ohne dass dieses seinen Beweiswert verlöre. Denn auch eine langjährig bestehende chronifizierte rezidivierende depressive Störung könne aus rechtlicher Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründen, zumal zum heutigen Zeitpunkt nicht einmal die Voraussetzungen für eine auch nur leichte depressive Episode erfüllt würden. Nach geltender Rechtsprechung würden leichte bis höchstens mittelschwere psychische Störungen grundsätzlich als therapierbar und somit als nicht invalidisierend gelten (Urteil 9C_736/2011 vom 7. Februar 2012 E. 4.2.2.1 mit Hinweisen). Zudem gehe aus dem psychiatrischen Teilgutachten der E.____ hervor, dass es seit den Begutachtungen in den Jahren 2009 und 2011 zu keiner Ausweitung der Arbeitsfähigkeit (recte: Arbeitsunfähigkeit) gekommen sei. In der Konsequenz bedeute dies, dass auch in psychiatrischer Hinsicht von keiner Einschränkung der Arbeitsfähigkeit auszugehen sei. Es sei somit von einer Arbeitsfähigkeit in einer optimal adaptierten Tätigkeit von 100 % auszugehen. Geeignet seien überwiegend sachorientierte, gut strukturierte Tätigkeiten ohne erhöhte Anforderungen an die Flexibilität und die Umstellungsfähigkeit (Stellungnahme psychiatrischer Experte). Der Beschwerdeführer sei in der Lage, körperlich leichte Tätigkeiten mit Heben und Tragen von Lasten bis zu 10 kg unter Vermeidung von Tätigkeiten in Zwangshaltungen, Überkopftätigkeiten, Vorbeuge durchzuführen. Die Tätigkeiten seien überwiegend im Sitzen, Stehen und Gehen durchführbar. Weitere qualitative Leistungseinschränkungen ergäben sich nicht (Stellungnahme orthopädischer Experte). Erweise sich somit ■ wie im vorliegenden Fall ■ nach der gerichtlichen Rückweisung zu weiteren Abklärungen, dass der ursprüngliche Reduktionsentscheid (Verfügungen vom 20. resp. 26. September 2011) korrekt gewesen sei resp. sogar eine Rentenaufhebung hätte erfolgen können, bestehe ab dem 1. November 2011 kein Anspruch mehr auf die laufende Rente. Art. 88bis Abs. 2 lit. a IVV finde in dieser Konstellation keine Anwendung (siehe Urteil des Bundesgerichts 8C_567/2011 vom 3. Januar 2012). Sodann liege kein Grenzfall (bspw. knapp 55 Jahre und Rentenbezug von knapp 15 Jahren) vor. Zudem sei zu berücksichtigen, dass sich der Beschwerdeführer im Umfang der bestehenden Restarbeitsfähigkeit von 50 % (vgl. Verfügung vom 27. Januar 2010) schon längst selbst hätte eingliedern können. Die im Urteil des Bundesgerichts 9C_228/2010 E. 3.3 und 3.5

statuierte Regel würde demnach selbst dann keine Anwendung finden, wenn er das 55. Altersjahr zurückgelegt und auch die Rente während mehr als 15 Jahren bezogen hätte. Dass keine Verwertung der Restarbeitsfähigkeit stattgefunden habe, sei nämlich invaliditätsfremd. Was den Einwand bezüglich der umfassenden Beurteilung und Einschätzung der Standardindikatoren sowohl bezüglich der dissoziativen Störung als auch der F54-Diagnose anbelange, so könne festgehalten werden, dass die Stellungnahme der RAD-Ärztin vom 30. November 2015 die erforderlichen Indikatoren in Bezug auf beide psychosomatischen Beschwerdebilder, F54 und F44.9, abgebildet habe. Wie aus der erwähnten Stellungnahme ersichtlich (vgl. «Detaillierter Tagesablauf und Freizeitgestaltung gemäss psychiatrischer Anamneseerhebung»), verfüge der Beschwerdeführer über genügende Ressourcen.

5. Streitig und zu prüfen ist demnach, ob die Beschwerdegegnerin mit der Verfügung vom 18. November 2016 zu Recht die rückwirkende Aufhebung der dem Beschwerdeführer mit Verfügung vom 27. Januar 2010 zugesprochenen Dreiviertelsrente per 1. November 2011 beschlossen hat. Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich bei einer Rentenrevision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG (BGE 105 V 29 S. 30) durch Vergleich des Sachverhalts, wie er im Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenverfügung vom 27. Januar 2010 bestanden hat, mit demjenigen zur Zeit der streitigen Ablehnungsverfügung vom 18. November 2016 (Urteil des ehemaligen Eidg. Versicherungsgerichts I 783/05 vom 18. April 2006 E. 1; BGE 130 V 71 E. 3.1 S. 73, mit Hinweisen; AHI 1999 S. 84 E. 1b; Urteil des Bundesgerichts 8C_819/2013 vom 4. Februar 2014 E. 2).

5.1 Die ursprüngliche Rentenverfügung vom 27. Januar 2010 (IV-Nr. 125) stützte sich im Wesentlichen auf das C.____-Gutachten vom 12. Mai 2009 (IV-Nr. 114) ab. Darin werden folgende Diagnosen gestellt:

Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit

Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit

6.1 Die Beschwerdegegnerin stützt sich in ihrem angefochtenen Entscheid unter anderem auf die Ergebnisse der von ihr veranlassten Observation im Zeitraum vom 22. August 2013 - 20. September 2013 (IV-Nr. 223). Der Beschwerdeführer macht in diesem Zusammenhang geltend, die Observationsunterlagen dürften nicht verwendet werden. Somit ist vorweg auf diesen Punkt einzugehen.

Das Bundesgericht hat unter Berücksichtigung des Urteils des Europäischen Gerichtshofs für Menschenrechte (EGMR; dritte Kammer) vom 18. Oktober 2016 in Sachen Vukota-Bojic gegen die Schweiz (61838/10) entschieden, dass es trotz Art. 59 Abs. 5 IVG auch im Bereich der Invalidenversicherung an einer ausreichenden gesetzlichen Grundlage fehlt, die die Observation umfassend klar und detailliert regelt. Folglich verletzen solche Handlungen Art. 8 EMRK bzw. den einen im Wesentlichen gleichen Gehalt aufweisenden Art. 13 BV. Insofern kann insbesondere auch an BGE 137 I 327 nicht weiter festgehalten werden (vgl. zum Ganzen: BGE 143 I 377).

Demnach kann festgestellt werden, dass die im vorliegenden Fall durchgeführte Observation rechtswidrig, das heisst in Verletzung der Rechte gemäss Art. 8 EMRK und Art. 13 BV erfolgt ist.

6.2 Was die Verwendung des im Rahmen der (widerrechtlichen) Observation gewonnenen Materials anbelangt, richtet sich diese allein nach schweizerischem Recht. Der EGMR prüft dabei nur, ob ein Verfahren insgesamt fair im Sinne von Art. 6 Abs. 1 EMRK gewesen ist (vgl. E. 5.2 hiervor). In diesem Zusammenhang hat das Bundesgericht im soeben vermerkten BGE 143 I 377 im Wesentlichen erkannt, dass die Verwertung der widerrechtlich erlangten Observationsergebnisse (und damit auch der gestützt darauf ergangenen weiteren Beweise) nur dann zulässig ist, wenn bei einer Abwägung der tangierten Interessen der Öffentlichkeit und der privaten Interessen der observierten Person die erstgenannten überwiegen (vgl. E. 5.1.1 des BGE 143 I 377). Mit Blick auf die gebotene Verfahrensfairness hat es sodann in derselben Erwägung eine weitere Präzisierung angebracht: Unter Hinweis auf das Urteil 8C_239/2008 vom 17. Dezember 2009 E. 6.4.2 Abs. 2 und die darin enthaltene Anlehnung an die strafprozessuale Rechtsprechung (vgl. BGE 131 I 272 E. 4.2 S. 279) hat es daran erinnert, dass eine gegen Art. 8 EMRK verstossende Videoaufnahme verwertbar ist, solange Handlungen des «Beschuldigten» aufgezeichnet werden, die er aus eigenem Antrieb und ohne äussere Beeinflussung machte, und ihm keine Falle gestellt worden war. Ferner hat es erwogen, dass von einem absoluten Verwertungsverbot wohl immerhin insoweit auszugehen ist, als es um Beweismaterial geht, das im nicht öffentlich frei einsehbaren Raum zusammengetragen wurde, was im konkreten Fall jedoch nicht zu beurteilen war (vgl. E. 5.1.3 des BGE 143 I 377 mit Hinweis auf Urteil 8C_830/2011 vom 9. März 2012 E. 6.4).

6.3 In diesem Lichte ist zur Verwertbarkeit für den vorliegenden Fall Folgendes zu erwägen:

6.3.1 Anlass zu der durchgeführten Observation gaben gemäss Stellungnahme der Beschwerdegegnerin vom 8. Januar 2014 (IV-Nr. 230) einerseits eine anonyme Meldung vom 9. Juli 2010, wonach sich der Beschwerdeführer in der Öffentlichkeit anders präsentiere als im privaten Bereich. Andererseits liege der Serumwert des Antidepressivums gemäss C.___-Gutachten vom 4. Januar 2011 unter dem Referenzwert, was gegen eine regelmässige Einnahme des Medikaments spreche. Dem Schreiben der Beschwerdegegnerin vom 26. November 2013 (IV-Nr. 222) ist konkretisierend zu entnehmen, man habe einen anonymen Hinweis erhalten, wonach der Beschwerdeführer in der Öffentlichkeit über Schmerzen geklagt habe und auf der Strasse demonstrativ gehumpelt sei, gleichzeitig aber einen grossen Teil der Umbauarbeiten im Mehrfamilienhaus selber erledigt habe und auf der Baustelle herumspringen könne wie ein junges Wiesel. Damit bestand in grundsätzlicher Hinsicht ausreichender Grund für eine Überwachung. Der Umstand, dass die Observation erst 3 Jahre nach dem ersten Anlassverdacht durchgeführt wurde, vermag daran nicht zu ändern, zumal nicht davon auszugehen ist, dass sich am diesbezüglichen Verhalten des Beschwerdeführers in der Zwischenzeit etwas geändert hatte.

6.3.2 Über die Ergebnisse der Observation existiert ein Bericht der beauftragten F.___ vom 1. Oktober 2013, umfassend eine Fotodokumentation und Videoaufzeichnungen (DVD). Der Bericht enthält Angaben zur Identifikation der überwachten Person, zu den Wohnverhältnissen und zu den von der überwachten Person benutzten Fahrzeugen. Zudem finden sich darin die Ergebnisse der an acht einzelnen Tagen, verteilt über einen Zeitraum von knapp einem Monat, durchgeführten Observation. Die Beobachtung bezog sich im Wesentlichen auf folgende alltägliche Verrichtungen: Betreten und Verlassen des Hauses; Aufenthalt in Restaurants und Einkaufshäusern; Erledigen von Einkäufen; Chauffieren der

Autos; Gespräche mit anderen verschiedenen Leuten. Die Einsätze der Ermittelnden vom 2. August 2013, 27. August 2013, 28. August 2013, 29. August 2013 und 12. September 2013 dauerten insgesamt jeweils rund 8 Stunden. Die Einsätze vom 23. August 2013, 18. September 2013 und 20. September 2013 dauerten jeweils zwischen 5 und

E. 4

Der vorliegenden Beschwerdesache sei die aufschiebende Wirkung zu erteilen unter Anweisung an die IV-Stelle, dem Versicherten während des Beschwerdeverfahrens zumindest eine IV-Viertelsrente weiter auszurichten.

E. 5

Es sei eine öffentliche Verhandlung nach Art. 6 Ziff. 1 EMRK durchzuführen.

E. 5.2

hiervor). In diesem Zusammenhang hat das Bundesgericht im soeben vermerkten BGE 143 I 377 im Wesentlichen erkannt, dass die Verwertung der widerrechtlich erlangten Observationsergebnisse (und damit auch der gestützt darauf ergangenen weiteren Beweise) nur dann zulässig ist, wenn bei einer Abwägung der tangierten Interessen der Öffentlichkeit und der privaten Interessen der observierten Person die erstgenannten überwiegen (vgl. E. 5.1.1 des BGE 143 I 377). Mit Blick auf die gebotene Verfahrensfairness hat es sodann in derselben Erwägung eine weitere Präzisierung angebracht: Unter Hinweis auf das Urteil 8C_239/2008 vom 17. Dezember 2009 E. 6.4.2 Abs. 2 und die darin enthaltene Anlehnung an die strafprozessuale Rechtsprechung (vgl. BGE 131 I 272 E. 4.2 S. 279) hat es daran erinnert, dass eine gegen Art. 8 EMRK verstossende Videoaufnahme verwertbar ist, solange Handlungen des «Beschuldigten» aufgezeichnet werden, die er aus eigenem Antrieb und ohne äussere Beeinflussung machte, und ihm keine Falle gestellt worden war. Ferner hat es erwogen, dass von einem absoluten Verwertungsverbot wohl immerhin insoweit auszugehen ist, als es um Beweismaterial geht, das im nicht öffentlich frei einsehbaren Raum zusammengetragen wurde, was im konkreten Fall jedoch nicht zu beurteilen war (vgl. E. 5.1.3 des BGE 143 I 377 mit Hinweis auf Urteil 8C_830/2011 vom 9. März 2012 E. 6.4). 6.3 In diesem Lichte ist zur Verwertbarkeit für den vorliegenden Fall Folgendes zu erwägen: 6.3.1 Anlass zu der durchgeführten Observation gaben gemäss Stellungnahme der Beschwerdegegnerin vom 8. Januar 2014 (IV-Nr. 230) einerseits eine anonyme Meldung vom 9. Juli 2010, wonach sich der Beschwerdeführer in der Öffentlichkeit anders präsentiere als im privaten Bereich. Andererseits liege der Serumwert des Antidepressivums gemäss C.____-Gutachten vom 4. Januar 2011 unter dem Referenzwert, was gegen eine regelmässige Einnahme des Medikaments spreche. Dem Schreiben der Beschwerdegegnerin vom 26. November 2013 (IV-Nr. 222) ist konkretisierend zu entnehmen, man habe einen anonymen Hinweis erhalten, wonach der Beschwerdeführer in der Öffentlichkeit über Schmerzen geklagt habe und auf der Strasse demonstrativ gehumpelt sei, gleichzeitig aber einen grossen Teil der Umbauarbeiten im Mehrfamilienhaus selber erledigt habe und auf der Baustelle herumspringen könne wie ein junges Wiesel. Damit bestand in grundsätzlicher Hinsicht ausreichender Grund für eine Überwachung. Der Umstand, dass die Observation erst 3 Jahre nach dem ersten Anlassverdacht durchgeführt wurde, vermag daran nicht zu ändern, zumal nicht davon auszugehen ist, dass sich am diesbezüglichen Verhalten des Beschwerdeführers in der Zwischenzeit etwas geändert hatte. 6.3.2 Über die Ergebnisse der Observation existiert ein Bericht der beauftragten F.____ vom 1. Oktober 2013, umfassend eine Fotodokumentation

und Videoaufzeichnungen (DVD). Der Bericht enthält Angaben zur Identifikation der überwachten Person, zu den Wohnverhältnissen und zu den von der überwachten Person benutzten Fahrzeugen. Zudem finden sich darin die Ergebnisse der an acht einzelnen Tagen, verteilt über einen Zeitraum von knapp einem Monat, durchgeführten Observation. Die Beobachtung bezog sich im Wesentlichen auf folgende alltägliche Verrichtungen: Betreten und Verlassen des Hauses; Aufenthalt in Restaurants und Einkaufshäusern; Erledigen von Einkäufen; Chauffieren der Autos; Gespräche mit anderen verschiedenen Leuten. Die Einsätze der Ermittelnden vom 2. August 2013, 27. August 2013, 28. August 2013, 29. August 2013 und 12. September 2013 dauerten insgesamt jeweils rund 8 Stunden. Die Einsätze vom 23. August 2013, 18. September 2013 und 20. September 2013 dauerten jeweils zwischen 5 und 6 Stunden. Der Beschwerdeführer war dabei in folgendem zeitlichem Umfang zu beobachten: 22. August 2013 ca. 2 Stunden, 23. August 2013 ca. 90 Minuten, 27. August 2013 ca. 1 Stunde, 28. August 2013 ca. 1 Stunde, 29. August 2013 ca. 30 Minuten, am 12. September 2013 war der Beschwerdeführer nicht zu erblicken, 18. September 2013 ca. 90 Minuten, 20. September 2013 ca. 20 Minuten. 6.3.3 Dass es sich beim Überwachten nicht um die versicherte Person handeln könnte, wurde nie geltend gemacht. Ebenso wenig ist behauptet oder ersichtlich, dass die Überwachung in nicht öffentlich zugänglichen Räumen stattgefunden hätte. Der zeitliche Umfang des Eingriffs in die Privatsphäre des Beschwerdeführers war verhältnismässig gering. Die Überwachung erfolgte zwar gezielt und nicht bloss zufällig, dafür aber weder andauernd noch systematisch über einen längeren Zeitraum hinweg. Damit und vor allem mit Blick auf die aufgezeichneten alltäglichen Verrichtungen und Handlungen kann insgesamt bei bloss geringfügiger Tangierung der Privatsphäre jedenfalls nicht von einer schweren Verletzung der Persönlichkeit ausgegangen werden (vgl. BGE 137 I 327 E. 5.6 S. 334). Dem gegenüberzustellen gilt es das Interesse des Versicherungsträgers und der Versichertengemeinschaft, unrechtmässige Leistungsbezüge abzuwenden. Dieses ist unter den hier gegebenen Umständen höher zu gewichten als das Interesse des Beschwerdeführers an einer unbehelligten Privatsphäre (vgl. BGE 137 I 327 E.

E. 5.6

S. 335). Damit können im vorliegenden Fall die Observationsergebnisse in Form des entsprechenden Berichts sowie der Foto- und Videoaufnahmen verwertet werden, zumal der Kerngehalt von Art. 13 BV bei der hier gegebenen Überwachung und der damit verbundenen geringen Eingriffsschwere ebenfalls unangetastet blieb (vgl. Urteil 8C_735/2016 vom 27. Juli 2017 E. 5.3.6.3; BGE 137 I 327 E. 5.6 S. 335). 6.3.4 Insofern der Beschwerdeführer rügt, dass die Observationen teilweise in nicht öffentlichem Raum stattgefunden hätten und damit nicht verwertbar seien, ist einerseits darauf hinzuweisen, dass ein Grossteil der Observationen auf offener Strasse stattfand. Andererseits hat das Bundesgericht die Observation bei einer Person bei ihrer Arbeit als Serviceangestellte in einem Restaurant als zulässig erachtet (Urteil des Bundesgerichts 8C_557/2007 und 8C_581/2007 vom 4. Juni 2008, E. 6 f.). Im Übrigen ist das Gartenrestaurant des [...] vom öffentlichen Parkplatz her einsehbar, weshalb die diesbezügliche Observation auch unter diesem Gesichtspunkt zulässig war. Die diesbezügliche Rüge ist demnach unbegründet. 6.3.5 Schliesslich rügt der Beschwerdeführer, es habe vor der IV-Stelle nie eine Auseinandersetzung mit der Interessenabwägung bezüglich der Verwertbarkeit des Observationsmaterials stattgefunden, womit das rechtliche Gehör des Beschwerdeführers verletzt worden sei. Demnach sei die Sache an die IV-Stelle zurückzuweisen. Diesbezüglich ist festzuhalten, dass der BGE 143 I 377, welche die vorgenannte Interessenabwägung

statuiert hat, auf den 14. Juli 2017 datiert. Damit konnte sich die Beschwerdegegnerin in ihrem angefochtenen Entscheid vom 18. November 2016 noch gar nicht damit auseinandersetzen, womit diesbezüglich auch keine Verletzung des rechtlichen Gehörs vorliegen kann. 7. Die Beschwerdegegnerin hat den Leistungsanspruch im Wesentlichen gestützt auf die Ergebnisse der Observation des Beschwerdeführers, auf die sich darauf beziehende Stellungnahme von Dr. med. R.____ vom 18. November 2013 sowie auf das E.____-Gutachten vom 15. Juli 2015 beurteilt, weshalb zu prüfen ist, ob diese eine genügende Basis bilden, um den Sachverhalt zu beurteilen.

E. 6

Stunden. Der Beschwerdeführer war dabei in folgendem zeitlichem Umfang zu beobachten: 22. August 2013 ca. 2 Stunden, 23. August 2013 ca. 90 Minuten, 27. August 2013 ca. 1 Stunde, 28. August 2013 ca. 1 Stunde, 29. August 2013 ca. 30 Minuten, am 12. September 2013 war der Beschwerdeführer nicht zu erblicken, 18. September 2013 ca. 90 Minuten, 20. September 2013 ca. 20 Minuten.

6.3.3 Dass es sich beim Überwachten nicht um die versicherte Person handeln könnte, wurde nie geltend gemacht. Ebenso wenig ist behauptet oder ersichtlich, dass die Überwachung in nicht öffentlich zugänglichen Räumen stattgefunden hätte. Der zeitliche Umfang des Eingriffs in die Privatsphäre des Beschwerdeführers war verhältnismässig gering. Die Überwachung erfolgte zwar gezielt und nicht bloss zufällig, dafür aber weder andauernd noch systematisch über einen längeren Zeitraum hinweg. Damit und vor allem mit Blick auf die aufgezeichneten alltäglichen Verrichtungen und Handlungen kann insgesamt bei bloss geringfügiger Tangierung der Privatsphäre jedenfalls nicht von einer schweren Verletzung der Persönlichkeit ausgegangen werden (vgl. BGE 137 I 327 E. 5.6 S. 334). Dem gegenüberzustellen gilt es das Interesse des Versicherungsträgers und der Versichertengemeinschaft, unrechtmässige Leistungsbezüge abzuwenden. Dieses ist unter den hier gegebenen Umständen höher zu gewichten als das Interesse des Beschwerdeführers an einer unbehelligten Privatsphäre (vgl. BGE 137 I 327 E. 5.6 S. 335). Damit können im vorliegenden Fall die Observationsergebnisse in Form des entsprechenden Berichts sowie der Foto- und Videoaufnahmen verwertet werden, zumal der Kerngehalt von Art. 13 BV bei der hier gegebenen Überwachung und der damit verbundenen geringen Eingriffsschwere ebenfalls unangetastet blieb (vgl. Urteil 8C_735/2016 vom 27. Juli 2017 E. 5.3.6.3; BGE 137 I 327 E. 5.6 S. 335).

7. Die Beschwerdegegnerin hat den Leistungsanspruch im Wesentlichen gestützt auf die Ergebnisse der Observation des Beschwerdeführers, auf die sich darauf beziehende Stellungnahme von Dr. med. R.____ vom 18. November 2013 sowie auf das E.____-Gutachten vom 15. Juli 2015 beurteilt, weshalb zu prüfen ist, ob diese eine genügende Basis bilden, um den Sachverhalt zu beurteilen.

Des Weiteren decken sich die im Observationsbericht vom 1. Oktober 2013 erwähnten Beobachtungen auch mit den Beobachtungen, welche das Gericht bei der eigenen Sichtung des Observationsmaterials auf der DVD gemacht hat. Darauf ist zu keiner Zeit ersichtlich, dass der Beschwerdeführer an derartig eindrücklichen psychischen Beschwerden leidet, wie diese in den Berichten von Dr. med. D.____ beschrieben wird. Ebenso wenig ist darauf eine körperliche Einschränkung ersichtlich. So konnte er auf den Aufnahmen vom 22. August 2013 beobachtet werden, wie er selbst Auto fährt, locker und mit dynamischen Bewegungen mit seiner Familie in Ottos Warenposten, Conforama und Coop einkaufen

geht. Das ganze Bewegungsbild erscheint auffallend flüssig und zülig. Sodann konnte der Beschwerdeführer am 23. August 2013 beobachtet werden, wie er mit mehreren Männern zusammen in einem Gartenrestaurant sitzt, einen Café trinkt und sich hierbei angeregt mit den Männern unterhält. Der Beschwerdeführer erscheint kommunikativ und durchaus gut gelaunt und lacht sogar. Auf den Videoaufnahmen vom 28. August 2013 ist sodann ersichtlich, wie der Beschwerdeführer zusammen mit seiner Familie PET-Flaschen entsorgt und hierbei selbst einen Sack voller PET-Flaschen über Schulter-Höhe in die PET-Sammelstelle entleert. Später kann er beim Einkauf von mehreren vollen 6er-Packs PET-Flaschen beobachtet werden, wobei er diese hiernach nicht selber ins Auto einlädt. Schliesslich ist der Beschwerdeführer auf den Videoaufnahmen vom 18. September 2013 zu sehen, wie er wiederum zusammen mit anderen Leuten in einem Restaurant sitzt, Zeitung liest und sich mit den Leuten am Tisch unterhält.

1) Kategorie «funktioneller Schweregrad» (E. 4.3)

a) Komplex «Gesundheitsschädigung» (E. 4.3.1)

-Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde (E. 4.3.1.1)

-Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz (E. 4.3.1.2)

-Komorbiditäten (E. 4.3.1.3)

b) Komplex «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen; E. 4.3.2)

c) Komplex «Sozialer Kontext» (E. 4.3.3)

2) Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens; E. 4.4)

-gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1)

-behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2)

Wie das Bundesgericht mit Hinweis auf BGE 137 V 210 weiter festhält, verlieren gemäss altem Verfahrensstandard eingeholte Gutachten nicht per se ihren Beweiswert. Vielmehr ist im Rahmen einer gesamthaften Prüfung des Einzelfalls mit seinen spezifischen Gegebenheiten und den erhobenen Rügen entscheidend, ob ein abschliessendes Abstellen auf die vorhandenen Beweisgrundlagen vor Bundesrecht standhält. In sinngemässer Anwendung auf die nunmehr materiell-beweisrechtlich geänderten Anforderungen ist in jedem einzelnen Fall zu prüfen, ob die beigezogenen administrativen und/oder gerichtlichen Sachverständigengutachten ■ gegebenenfalls im Kontext mit weiteren fachärztlichen Berichten ■ eine schlüssige Beurteilung im Lichte der massgeblichen Indikatoren erlauben oder nicht. Je nach Abklärungstiefe und -dichte kann zudem unter Umständen eine punktuelle Ergänzung genügen (BGE 141 V 281 E. 8). Es stellt sich somit vorliegend die Frage, ob das Teilgutachten von Dr. med. J. ___ im Lichte der vorgehenden Ausführungen auch den Anforderungen der neuen Rechtsprechung standhält, nachdem sich dieser nicht explizit zu den vorgenannten Kriterien geäussert hat. Dies ist vorliegend der Fall. Zwar hat Dr. med. F. ___ hinsichtlich der Arbeitsunfähigkeits-Relevanz der von ihm diagnostizierten dissoziativen Störung die Förster-Kriterien geprüft, deren Anwendung das Bundesgericht eben mit BGE 137 V 210 aufgegeben hat. Dennoch lässt das psychiatrische Teilgutachten von Dr. med. J. ___ eine schlüssige Beurteilung der vorerwähnten Indikatoren zu, wie nachfolgend darzulegen ist.

Hinsichtlich der Indikatoren «Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde» sowie «Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz» ist dem E.____-Gutachten zu entnehmen, dass die diagnoserelevanten Befunde moderat ausgeprägt seien. Es erfolge zwar schon seit vielen Jahren eine ambulante psychiatrische Behandlung, die eher supportiv-stützend zu sein scheine, bislang seien aber noch keine stationären Therapieversuche erfolgt (mit Ausnahme eines kurzfristigen einwöchigen stationär psychiatrischen Aufenthaltes, entsprechend Mitteilung des Versicherten). Hinzuweisen sei auch auf die sehr niedrigen Medikamentenspiegel, bei stärker ausgeprägten Depressionen sei in der Regel der Leidensdruck hoch und Betroffene seien stark motiviert, ihre Medikation regelmässig einzunehmen. Im Übrigen ist den Akten nicht zu entnehmen, dass die Eingliederungsmöglichkeiten bereits ausgeschöpft worden wären. In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass bereits im C.____-Gutachten vom 4. Januar 2011 festgehalten wurde, beim Beschwerdeführer bestehe eine Medikamentenmalcompliance.

Beim Indikator «Komorbiditäten» ist eine Gesamtbetrachtung der Wechselwirkungen und sonstigen Bezüge der psychischen Störungen zu sämtlichen begleitenden krankheitswertigen Störungen erforderlich. Eine Störung, welche nach der Rechtsprechung als solche nicht invalidisierend sein kann (vgl. E. 4.3.1.2; Urteil 9C_98/2010 vom 28. April 2010 E. 2.2.2, in: SVR 2011 IV Nr. 17 S. 44) ist keine Komorbidität. In diesem Zusammenhang ist dem Gutachten zu entnehmen, dass die aus somatischer Sicht demonstrierten Einschränkungen kaum objektiviert werden können. Es bestehen zwar gewisse Einschränkungen, welche es dem Beschwerdeführer nicht mehr erlauben, seine bisherige Tätigkeit als Dachdecker weiter auszuüben. Jedoch bestehen in einer angepassten Tätigkeit aus somatischer Sicht keine zusätzlichen Einschränkungen, weshalb bereits aus diesem Grund eine erhebliche Ausprägung einer Wechselwirkung zwischen den psychischen Störungen und den Komorbiditäten zu verneinen ist.

Hinsichtlich des Komplexes «Persönlichkeit» geht aus dem Gutachten hervor, es bestünden Hinweise für emotional-instabile und narzisstische Persönlichkeitszüge. Die Willenskräfte seien ausreichend strukturiert und regelrecht. Ambivalenz oder Ambitendenz bestünden nicht. Die Antriebslage sei ausreichend. Es sei auf eine relativ aktive und auch mit Interesse (an der Wahrnehmung positiv besetzter Aktivitäten) verbundene Alltagsgestaltung hinzuweisen. Gestützt darauf ist davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer hinsichtlich seiner Persönlichkeit über eine ordentliche Ressourcenlage verfügt.

Zum Komplex «sozialer Kontext» ist dem Gutachten zu entnehmen, der Beschwerdeführer bewohne mit seiner Ehefrau und seiner jüngsten 18-jährigen Tochter eine 4 1/2-Zimmerwohnung in einem Mehrfamilienhaus, das ihm gehöre. Er stehe zwischen 11.00 und 12.00 Uhr morgens auf, verrichte seine Körperhygiene, kleide sich an, esse zu Mittag. Dann schaue er fern, bis 14.00 oder 14.30 Uhr, Sportsendungen. Danach ruhe er sich aus, bis etwa 17.00 Uhr. Dann schaue er entweder wieder fern, bei schönerem Wetter setze er sich in den Garten oder gehe spazieren. Manchmal gehe er auch mit der Familie einkaufen. Wenn er sich gut fühle, das sei etwa zwei- bis dreimal im Monat der Fall, besuche er das Coop-Restaurant, dort gebe es immer sehr viele Menschen vom [...], die sich dort aufhalten und sich unterhalten würden etc. Er setze sich dann dazu, es gebe immer Gesprächsthemen wie die eigene Familie, was jeder so erlebt habe. Der Beschwerdeführer berichtet weiter, dass er gegen 23:00 Uhr zu Bett gehe. Er fahre Auto, benutze auch öffentliche Verkehrsmittel. Zuletzt sei er 2014 im Urlaub gewesen, in [...], für zwei Wochen, An- und

Abreise seien mit dem Auto erfolgt.

Schliesslich geht aus dem Gutachten hinsichtlich der Kategorie «Konsistenz» hervor, dass sich die vom Beschwerdeführer in somatischer Hinsicht geltend gemachten Funktionseinschränkungen in dem von ihm demonstrierten Ausmass nicht objektivieren lassen bzw. teilweise widersprüchlich ausfallen. Auch das sehr auffällige, geschilderte Verhalten des Versicherten im Rahmen der aktuellen psychiatrischen Untersuchung (eine grüne Kordel hervorziehen, zu einer Schlinge knoten, wieder aufknoten, auf den Tisch legen etc. und das mehrfach, ohne dass dabei ansatzweise ein depressiv verzweifeltes oder gar suizidales Empfinden spürbar worden sei), müsse als manipulativ angesehen werden.

9.1 Das Valideneinkommen ist vorliegend unbestritten geblieben und denn auch nicht zu beanstanden. So hat die Beschwerdegegnerin zu Recht auf das Einkommen bei der letzten Arbeitgeberin des Beschwerdeführers, Firma [...], abgestellt, da der Beschwerdeführer seine letzte Arbeitsstelle aus gesundheitlichen Gründen verloren hatte (vgl. IV-Nr. 27).

9.2 Dagegen rügt der Beschwerdeführer das errechnete Invalideneinkommen. Soerscheine ein Abzug von lediglich 10 % aufgrund des fortgeschrittenen Alters und der multiplen körperlichen Beschwerden zu tief.

9.2.1 Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert (Tabellenlohn) allenfalls zu kürzen. Damit soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass persönliche und berufliche Merkmale, wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können (BGE 124 V 321 E. 3b/aa S. 323). Aufgrund dieser Faktoren kann die versicherte Person die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt möglicherweise nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten (BGE 126 V 75 E. 5b/aa in fine S. 80). Der Abzug soll aber nicht automatisch erfolgen. Er ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen und darf 25 % nicht übersteigen (BGE 135 V 297 E. 5.2 S. 301, 134 V 322 E. 5.2 S. 327 f., 126 V 75 E. 5b/bb-cc S. 80). Ob ein (behinderungsbedingt oder anderweitig begründeter) Abzug vom Tabellenlohn vorzunehmen ist, stellt eine vom Versicherungsgericht frei überprüfbare Rechtsfrage dar (Urteil 8C_652/2008 vom 8. Mai 2009 E. 4, nicht publ. in: BGE 135 V 297). Dagegen ist die Höhe des (im konkreten Fall grundsätzlich angezeigten) Abzugs eine Ermessensfrage und daher durch das Versicherungsgericht nur bei Ermessensüberschreitung, -missbrauch oder -unterschreitung korrigierbar (BGE 137 V 71 E. 5.1 S. 72 f., 132 V 393 E. 3.3 S. 399; Urteil 8C_477/2016 vom 23. November 2016 E. 4.1).

9.2.2 Vorliegend hat die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung einen Abzug vom Tabellenlohn von 10 % vorgenommen. Sie verweist in diesem Zusammenhang auf die Invaliditätsberechnung in der Verfügung vom 20. September 2011 (IV-Nr. 157), in welcher mit dem Abzug von 10 % dem Umstand der behinderungsbedingten erschwerten Eingliederung Rechnung getragen wurde, was aufgrund der leidensbedingten Einschränkung angemessen erscheint. Weitere Abzüge vom Tabellenlohn sind dagegen nicht vorzunehmen. Der Beschwerdeführer war im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung 52 Jahre alt, so dass nicht gesagt werden kann, dass ihm aufgrund seines Alters die Integration in den Arbeitsmarkt erheblich erschwert sei. Des Weiteren reiste der Beschwerdeführer bereits 1992 in die Schweiz ein und verfügt über eine

Niederlassungsbewilligung C (IV-Nr. 5). Zudem war er offensichtlich während vieler Jahre in der ihm nach wie vor offen stehenden Arbeitswelt gut integriert. Ein abzugsbegründender Nachteil aufgrund der Nationalität ist in dieser Hinsicht nicht ersichtlich, zumal Ausländer mit Aufenthaltsbewilligung C im tiefsten Anforderungsniveau nicht schlechter entlohnt werden als Schweizer und Ausländer zusammen (vgl. LSE 2008 TA12). Zusammenfassend ist demnach der vorgenommene Abzug vom Tabellenlohn nicht zu beanstanden.

In Anbetracht von Aufwand und Schwierigkeit des Prozesses ist die Parteientschädigung demnach auf CHF 1'115.50 (12 Stunden à CHF 240.00 / davon 1/3; zuzüglich Auslagen von 220.30 / davon 1/3 und MwSt.) festzusetzen.

In den eingereichten Kostennoten sind vorweg verschiedene der geltend gemachten Positionen zu streichen: Mehrere Positionen stellen Kanzleiaufwand dar (Orientierungskopien an den Klienten vom 10. und 17. Januar, 13. und 23. Februar, 30. März, 11. April und 1. Mai 2017, vom 19. März 2018; Einreichung der UP-Unterlagen am 13. Februar und 30. März 2017; Einreichung der Kostennote am 11. April 2017), der bereits im Stundenansatz enthalten ist und nicht gesondert entschädigt wird. Sodann sind die Kopien pro Stück nur mit 50 Rappen zu vergüten (§ 158 Abs. 3 Gebührentarif) und nicht mit CHF 1.00, wie in der Kostennote geltend gemacht wird. Zudem beträgt der Ansatz für die Vergütung von Fahrtspesen 70 Rappen pro Kilometer (§ 157 Abs. 3 Gebührentarif i.V.m. 161 lit. a GAV) und nicht CHF 1.00, wie beantragt. Nicht nachvollziehbar ist sodann die Position «Telefon an Versicherungsgericht» vom 24. Januar 2018 von einer Stunde, weshalb diese nicht berücksichtigt wird. Des Weiteren ist der Aufwand für die 1 ¼ Stunde dauernde Verhandlung vor Versicherungsgericht um eine Viertelstunde zu kürzen, da der Vertreter des Beschwerdeführers während seines Parteivortrags zeitweise auf seinem Handy nach Entscheiden gesucht und damit die Verhandlung unnötig verlängert hat. Schliesslich erscheint der geltend gemachte Zeitaufwand in Anbetracht von Aufwand und Schwierigkeit des Prozesses bzw. des Aufwandes in vergleichbaren Fällen überhöht, weshalb der zu entschädigende Aufwand pauschal auf 12 Stunden zu kürzen ist.

Da der Beschwerdeführer ab Prozessbeginn im Genusse der unentgeltlichen Rechtspflege steht (vgl. E. I. 6. hiervor), sind ihm die übrigen 2/3 der Parteientschädigung durch den Kanton Solothurn zu entschädigen. Der Kanton entschädigt die unentgeltliche Rechtsbeiständin oder den unentgeltlichen Rechtsbeistand angemessen (Art. 122 Abs. 1 lit. a ZPO). Der Stundenansatz beträgt aufgrund des Kreisschreibens Nr. 1 der Gerichtsverwaltungskommission des Kantons Solothurn vom 18. September 2006 seit 1. Oktober 2006 bzw. § 160 Abs. 3 Gebührentarif (GT) CHF 180.00. Damit ist die Kostenforderung auf CHF 1'712.80 festzusetzen (12 Stunden zu CHF 180.00 / davon 2/3, zuzügl. Auslagen von 220.30 / davon 2/3 und MwSt.), zahlbar durch die Zentrale Gerichtskasse des Kantons Solothurn. Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates sowie der Nachzahlungsanspruch des unentgeltlichen Rechtsbeistandes im Umfang von CHF 431.75 (Differenz zum vollen Honorar [8 x 230.00 + Auslagen von CHF 146.85 + MwSt. = 2'144.55 ; - 1'712.80 = CHF 431.75]) während zehn Jahren, wenn A.____ zur Nachzahlung in der Lage ist (§ 123 ZPO).

Der Nachzahlungsanspruch wird praxisgemäss basierend auf den Stundenansatz von CHF 230.00 festgesetzt (vgl. § 160 Abs. 2 GT), wenn wie vorliegend keine Honorarvereinbarung mit dem Klienten vorgelegt wird, in der ein höherer Ansatz vereinbart worden ist. Andernfalls wäre das rechtliche Gehör des Beschwerdeführers, der sich zur Höhe des Stundenansatzes nicht äussern konnte, verletzt.

Aufgrund von Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 - 1'000.00 festgelegt. Nach dem Ausgang des vorliegenden Verfahrens haben die IV-Stelle und der Beschwerdeführer die Verfahrenskosten von CHF 1'000.00 im Verhältnis 1/3 zu 2/3 zu bezahlen. Die IV-Stelle hat somit CHF 340.00 zu bezahlen. Der Beschwerdeführer hat CHF 660.00 an die Verfahrenskosten zu bezahlen, die jedoch infolge Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege durch den Kanton Solothurn zu übernehmen sind (Art. 122 Abs. 1 lit. b ZPO). Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren, wenn A. ___ zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

Demnach wird erkannt:

2. Die bisherige Dreiviertelsrente wird per 1. Mai 2014 aufgehoben.

3. Die IV-Stelle des Kantons Solothurn hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von CHF 1'115.50 (inkl. Auslagen und MwSt) zu bezahlen.

4. Die Kostenforderung des unentgeltlichen Rechtsbeistandes, Claude Wyssmann, wird auf CHF 1'712.80 (inkl. Auslagen und MwSt) festgesetzt, zahlbar durch die Zentrale Gerichtskasse des Kantons Solothurn. Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates sowie der Nachzahlungsanspruch des unentgeltlichen Rechtsbeistandes im Umfang von CHF 431.75 während zehn Jahren, wenn A. ___ zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

5. Die IV-Stelle des Kantons Solothurn hat an die Verfahrenskosten CHF 340.00 zu bezahlen.

6. Der Beschwerdeführer hat an die Verfahrenskosten CHF 660.00 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 A. ___ zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

7. Das Protokoll der Verhandlung vom 5. Juni 2018 geht zur Kenntnisnahme an die Parteien.

Rechtsmittel

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

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Die Vizepräsidentin

Der Gerichtsschreiber

Weber-Probst

Isch

Der vorliegende Entscheid wurde vom Bundesgericht mit Urteil 9C_499/2018 vom 23. Januar 2019 bestätigt.

E. 6.1

Die Beschwerdegegnerin stützt sich in ihrem angefochtenen Entscheid unter anderem auf die Ergebnisse der von ihr veranlassten Observation im Zeitraum vom 22. August 2013 - 20. September 2013 (IV-Nr. 223). Der Beschwerdeführer macht in diesem Zusammenhang geltend, die Observationsunterlagen dürften nicht verwendet werden. Somit ist vorweg auf diesen Punkt einzugehen. Das Bundesgericht hat unter Berücksichtigung des Urteils des Europäischen Gerichtshofs für Menschenrechte (EGMR; dritte Kammer) vom 18. Oktober 2016 in Sachen Vukota-Bojic gegen die Schweiz (61838/10) entschieden, dass es trotz Art. 59 Abs. 5 IVG auch im Bereich der Invalidenversicherung an einer ausreichenden gesetzlichen Grundlage fehlt, die die Observation umfassend klar und detailliert regelt. Folglich verletzen solche Handlungen Art. 8 EMRK bzw. den einen im Wesentlichen gleichen Gehalt aufweisenden Art. 13 BV. Insofern kann insbesondere auch an BGE 137 I 327 nicht weiter festgehalten werden (vgl. zum Ganzen: BGE 143 I 377). Demnach kann festgestellt werden, dass die im vorliegenden Fall durchgeführte Observation rechtswidrig, das heisst in Verletzung der Rechte gemäss Art. 8 EMRK und Art. 13 BV erfolgt ist. 6.2 Was die Verwendung des im Rahmen der (widerrechtlichen) Observation gewonnenen Materials anbelangt, richtet sich diese allein nach schweizerischem Recht. Der EGMR prüft dabei nur, ob ein Verfahren insgesamt fair im Sinne von Art. 6 Abs. 1 EMRK gewesen ist (vgl. E.

E. 7

Akzentuierte Persönlichkeitszüge, emotional-Instabil und narzisstisch (Z73)

E. 7.1

Nach der Rechtsprechung können die Ergebnisse einer Observation zusammen mit einer ärztlichen Aktenbeurteilung grundsätzlich geeignet sein, eine genügende Basis für die Sachverhaltsfeststellungen betreffend den Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit zu bilden (BGE 137 I 327 E. 7.1 S. 337 mit Hinweisen). Ein Observationsbericht für sich allein bildet jedoch keine sichere Basis für diese Sachverhaltsfeststellungen. Er kann diesbezüglich höchstens Anhaltspunkte liefern oder Anlass zu Vermutungen geben. Sichere Kenntnis des Sachverhalts kann in dieser Hinsicht jedoch erst die ärztliche Beurteilung des Observationsmaterials liefern (SVR 2012 UV Nr. 17 S. 63 E. 4.2 mit Hinweis; Urteil des Bundesgerichts 8C_521/2012 vom 20. Dezember 2012 E. 5.1; Margit Moser-Szeless, La surveillance comme moyen de preuve en assurance sociale, in: SZS 2013 S. 129 ff., 152 Ziff. 5 mit weiteren Hinweisen in Fn. 83 und 84). Dr. med. R.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, bezieht in seiner Stellungnahme vom 18. November 2013 (IV-Nr. 219) das Observationsmaterial in seine Beurteilung mit ein. Darin kommt Dr. med. R.____ überzeugend begründet zum Schluss, die gemachten Beobachtungen würden weder Hinweise für das Vorliegen gröberer körperlicher Einschränkungen, noch für ein hinderndes Schmerzgeschehen oder eine relevante psychiatrische Erkrankung geben. Es bestehe eine grosse Diskrepanz zum Gesundheitszustand, wie er in den Arztberichten der Dres. D.____ und L.____ geschildert werde. Das Gezeigte sei nicht vereinbar mit den von den behandelnden Ärzten diagnostizierten schweren Leiden. Die aufgezeichneten Videosequenzen zeigten den Versicherten mit dem Auto und zu Fuss unterwegs im Alltag, draussen sitzend in einer Gesprächsrunde von etwa einer Stunde Dauer, mit weiteren Personen beim Entsorgen von Säcken mit PET, in einem Restaurant sitzend, zuerst beim Zeitungslesen, dann in ein Gespräch verwickelt. Allen aufgezeichneten Sequenzen sei gemeinsam, dass beim Versicherten sowohl in den Bewegungsabläufen als auch in der

Mimik keinerlei Hinweise auf ein Schmerzgeschehen zu entdecken seien. Der Gang sei aufrecht, locker bis dynamisch je nach Situation, die Körperhaltung jederzeit entspannt. In der etwa eine Stunde lang angeregt diskutierenden Männerrunde vom 23. August 2013 habe sich der Versicherte sehr aktiv beteiligt, mit lebhafter Mimik und Gestik, habe zwischendurch auch einmal herzlich gelacht. Er sei dem Gespräch jederzeit aufmerksam gefolgt, sei entspannt gesessen, habe beim Aufstehen und Gehen nach einer Stunde keinerlei Mühe gezeigt. Des Weiteren decken sich die im Observationsbericht vom 1. Oktober 2013 erwähnten Beobachtungen auch mit den Beobachtungen, welche das Gericht bei der eigenen Sichtung des Observationsmaterials auf der DVD gemacht hat. Darauf ist zu keiner Zeit ersichtlich, dass der Beschwerdeführer an derartig eindrücklichen psychischen Beschwerden leidet, wie diese in den Berichten von Dr. med. D.____ beschrieben wird. Ebenso wenig ist darauf eine körperliche Einschränkung ersichtlich. So konnte er auf den Aufnahmen vom 22. August 2013 beobachtet werden, wie er selbst Auto fährt, locker und mit dynamischen Bewegungen mit seiner Familie in Ottos Warenposten, Conforama und Coop einkaufen geht. Das ganze Bewegungsbild erscheint auffallend flüssig und zügig. Sodann konnte der Beschwerdeführer am 23. August 2013 beobachtet werden, wie er mit mehreren Männern zusammen in einem Gartenrestaurant sitzt, einen Café trinkt und sich hierbei angeregt mit den Männern unterhält. Der Beschwerdeführer erscheint kommunikativ und durchaus gut gelaunt und lacht sogar. Auf den Videoaufnahmen vom 28. August 2013 ist sodann ersichtlich, wie der Beschwerdeführer zusammen mit seiner Familie PET-Flaschen entsorgt und hierbei selbst einen Sack voller PET-Flaschen über Schulter-Höhe in die PET-Sammelstelle entleert. Später kann er beim Einkauf von mehreren vollen 6er-Packs PET-Flaschen beobachtet werden, wobei er diese hiernach nicht selber ins Auto einlädt. Schliesslich ist der Beschwerdeführer auf den Videoaufnahmen vom 18. September 2013 zu sehen, wie er wiederum zusammen mit anderen Leuten in einem Restaurant sitzt, Zeitung liest und sich mit den Leuten am Tisch unterhält. 7.2 Neben der überzeugenden Stellungnahme des RAD-Arztes, Dr. med. R.____ vom 18. November 2013, welcher darin das Observationsmaterial würdigt, stützt sich die Beschwerdegegnerin in ihrem Entscheid wie erwähnt auf das E.____ Gutachten vom

E. 8

Zwangsstörung, vorwiegend Zwangshandlungen/Zwangsrituale (F42.1)

E. 9

Verdacht auf beginnendes Karpaltunnelsyndrom beidseits

E. 10

Migräne

E. 11

Sarkoidose, aktuell stabil ohne Behandlung

E. 12

Anamnestisch Hämorrhoiden Auf psychiatrischem Gebiet sei die langjährig gestellte Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung bestätigt worden, mit allerdings derzeit gering ausgeprägter Symptomatik im Sinne der Diagnose F33.9 (d.h. derzeit seien auch nicht die Voraussetzungen für eine auch nur leichte depressive Episode erfüllt). Gegen das Vorliegen einer stärker ausgeprägten depressiven Symptomatik sprächen nicht nur die Beobachtungen im Rahmen der aktuellen psychiatrischen Untersuchung (bei der der

Versicherte im Übrigen spontan zunächst gar keine depressionsbezogenen Symptome geschildert habe), sondern auch die derzeitige, durchaus relativ aktive und auch mit Interesse (an der Wahrnehmung positiv besetzter Aktivitäten) und Lebensfreude verbundene Alltagsgestaltung. Hinzuweisen sei auch auf die sehr niedrigen Medikamentenspiegel. Dennoch ergebe sich aufgrund der langjährig bestehenden chronifizierten rezidivierenden depressiven Störung, dass relevante Fähigkeitsstörungen in den Bereichen Durchhaltevermögen, Flexibilität und Umstellungsfähigkeit sowie emotionale Belastbarkeit vorliegen würden, mit einer quantitativen Verminderung der Arbeitsfähigkeit um 20 %. Sodann ergebe sich hinsichtlich der von dem Versicherten mitgeteilten Schmerzsymptomatik aufgrund der aktuellen orthopädisch-traumatologischen Begutachtung, dass die Symptomatik nicht vollständig organmedizinisch erklärbar, bzw. psychogen überlagert sei. Unter Berücksichtigung der Tatsache, dass keine psychische Komorbidität von erheblicher Schwere, Dauer und Intensität vorliege, sowie unter Berücksichtigung der Foerster-Kriterien werde eingeschätzt, dass sich aus der psychogenen Überlagerung bzw. der dazugehörigen ICD-10-Diagnose psychische und Verhaltensstörungen bei andernorts klassifizierten Krankheiten F54 keine quantitative Verminderung der Arbeitsfähigkeit ergebe. Dies gelte auch für die vor allem durch Pseudohalluzinationen gekennzeichnete dissoziative Störung, ferner für vorliegende akzentuierte Persönlichkeitszüge (emotional instabil und narzisstisch) sowie für eine durch Zwangsrituale gekennzeichnete Zwangsstörung. Der Orthopäde teile die arbeitsunfähigkeitsrelevanten Diagnosen chronisches cervicospondylogenes Schmerzsyndrom links, chronisches Lumbovertebralsyndrom sowie demonstrierte Funktionseinschränkung beider Schultergelenke mit. Der Versicherte könne aus diesem Grund seine angestammte Tätigkeit als Dachdecker nicht mehr ausüben, diesbezüglich sei die bereits seit 1. Mai 2005 bestehende Arbeitsunfähigkeit zu 100 % nachvollziehbar. In angepassten Tätigkeiten werde die Arbeitsfähigkeit aus orthopädischer Sicht auf 100 % eingeschätzt. Die Neurologin habe sich in ihrem Gutachten auf die Frage fokussiert, ob Radikulopathien bestünden. Diese würden nicht gesehen. Auf neurologischem Fachgebiet ergebe sich keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, auch nicht unter Berücksichtigung der Migräneanfälle, die einmal im Monat auftreten würden. Der Internist stelle hinsichtlich einer vorliegenden Sarkoidose fest, dass diese seit längerem ohne Behandlung stabil sei. Eine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit ergebe sich dadurch nicht. Integral ergebe sich damit, dass hinsichtlich der angestammten Tätigkeit als Dachdecker die Arbeitsfähigkeit 0 % betrage. Hinsichtlich einer adaptierten Tätigkeit bestehe aus interdisziplinärer Sicht eine Arbeitsfähigkeit von 80 %. Aus psychiatrischer Sicht seien überwiegend sachorientierte, gut strukturierte Tätigkeiten ohne erhöhte Anforderungen an die Flexibilität und die Umstellungsfähigkeit sowie an die emotionale Belastbarkeit geeignet. Orthopädisch sei der Versicherte in der Lage, körperlich leichte Tätigkeiten mit Heben und Tragen von Lasten bis zu 10 kg unter Vermeidung von Tätigkeiten in Zwangshaltungen (Überkopftätigkeiten, Vorbeuge) durchzuführen. Die Tätigkeiten seien überwiegend im Sitzen, Stehen und Gehen durchführbar. Weitere qualitative Leistungseinschränkungen ergäben sich nicht. Auf internistischem und neurologischem Fachgebiet ergäben sich hinsichtlich des Belastungsprofils keine weiteren Einschränkungen. Hinsichtlich des retrospektiven Verlaufs der Arbeitsfähigkeit sei festzuhalten, dass bereits 2009 vom C.____ eingeschätzt worden sei, die Arbeitsfähigkeit sei aus psychiatrischer Sicht um 20 % reduziert. Auch wenn sich das Krankheitsbild inzwischen komplexer darstelle als 2009 und 2011 (in Zusammenhang mit den C.____-Begutachtungen), ergebe sich daraus nicht, dass es

aus psychiatrischer Sicht zu einer Ausweitung der Arbeitsunfähigkeit gekommen sei. Mit dem Gutachten des C.____ vom 12. Mai 2009 werde die Arbeitsfähigkeit in leidensadaptierter Tätigkeit auf 50 % eingeschätzt, für die Leistungsminderung habe differenzialdiagnostisch eine radiculäre Symptomatik eine wesentliche Rolle gespielt. Aus aktueller fachneurologischer Sicht bestehe für leidensangepasste Tätigkeiten keine Arbeitsunfähigkeit. Mit dem Gutachten vom 4. Januar 2011 werde die Arbeitsfähigkeit in leidensadaptierter Tätigkeit zu 20 % eingeschränkt. Hierbei finde sich die Einschränkung nicht auf orthopädischem Gebiet sondern wegen der bestehende Schmerzstörung als sog. psychische Komorbidität, welche die Arbeitsfähigkeit um 20 % vermindere. Aus rein orthopädischer Sicht ergebe sich derzeit keine Leistungsminderung. Eine Leistungsminderung für leidensadaptierte Tätigkeiten könne aus orthopädischer Sicht nicht abgeleitet werden. Aus orthopädischer Sicht habe diese Einschätzung auch noch heute Gültigkeit. Eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes habe auf orthopädischer Ebene seitdem nicht stattgefunden.

5.2.15 In seiner Stellungnahme vom 10. September 2015 (IV-Nr. 270) zum E.____-Gutachten führte Dr. med. L.____ aus, es sei für ihn unverständlich, dass auf die Erhebung der Fremdanamnese verzichtet worden sei. Dabei könnten wichtige Informationen bezüglich des Leidensdruckes und insbesondere auch der depressiven und psychotischen Symptome eruiert werden. Sodann sei der nachgewiesene Medikamentenspiegel nicht auf eine Malcompliance zurückzuführen, was auch nicht zu den regelmässig bezogenen Medikamenten-Mengen passen würde, sondern auf die geringe Dosierung und die nun doch schon mehrjährige Einnahme. Mehrfach sei auch längerfristig die Dosierung der Medikamente gesteigert worden, was jedoch zu einer erheblichen Zunahme der Müdigkeit bis zu konstanter Schläfrigkeit geführt habe. Diagnostisch bestehe für Dr. med. L.____ klar die Diagnose: ICD-10 F33.3 rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen. Die eindeutig vorhanden psychotischen Symptome würden die Diagnose der schweren Episode bedingen. Aufgrund der argumentierten Diagnose «rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptome» und des nun langfristigen Anhaltens sowie fehlendem Ansprechen der therapeutischen Bemühungen sei selbstsagend auch keine verwertbare Arbeitsfähigkeit vorhanden. Sodann müsste aus orthopädischer Sicht ein chronisches cervicospondylogenes und cervicoradikuläres Schmerzsyndrom C7 links bei bildmorphologisch beschriebener Diskushernie C6/7 mit persistierenden Dysästhesien im distalen Dermatom C7 diagnostiziert werden. Zudem fehle die Diagnose: chronisches, lageabhängiges thorakoradikuläres Schmerzsyndrom Th 8 links bei bildmorphologisch nachgewiesenem Diskusprolaps mit Verdrängung des Duralsackes BWK 7/BWK8. Auch die im Gutachten gestellte Diagnose «chronisches Lumbovertebralsyndrom mit demonstrierter Funktionseinschränkung» sei unklar. Die korrekte Diagnose müsste lauten: chronisches lumbovertebrales und lumboradikuläres Schmerzsyndrom S1 links mit persistierenden Hyp-/und Dysästhesien S1 links. Auch bezüglich der Diagnose «demonstrierte Funktionseinschränkung beider Schultergelenke nach subacromialer Dekompression beidseits ohne Gelenkreizung und passive nahezu freier Beweglichkeit» sei die Bedeutung fraglich. Die aktive Funktionseinschränkung könne in seinen Untersuchungen wiederholt festgestellt werden und bestehe bei Gebrauch der Arme über Schulterhöhe. Diese sei durchaus auf eine fehlende Muskelkraft der Rotatorenmanschette und einen fehlzentrierten Bewegungsablauf zurückzuführen. Schliesslich habe Dr. med. L.____ bezüglich der gutachterlich attestierten vollen Arbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit seine Zweifel. Überkopfarbeiten seien nicht mehr möglich. Arbeiten unter

Kniehöhe seien aufgrund der Symptomatik der LWS nicht möglich. Das Heben von auch kleinen Lasten führe zu einer Schmerzprovokation der LWS. Sitzende Positionen führten zu einer Triggerung der thorakoradikulären Symptomatik und repetitive Arbeiten der Arme zu einem Einschlafen der Finger links. Dr. med. L. ___ könne sich keine Verweistätigkeit vorstellen, in welcher der Versicherte eine verwendbare körperliche Arbeit längerfristig erbringen könnte. 5.2.16 In seiner Stellungnahme vom 13. September 2015 (IV-Nr. 269) zum E. ___-Gutachten hielt Dr. med. D. ___ fest, entgegen der Ansicht des psychiatrischen Gutachters, Dr. med. J. ___, habe der Beschwerdeführer mit dem Hinweis auf seine Dämonen und der Selbstverletzung durchaus spontan depressive Inhalte, noch dazu psychotischen Anmutungscharakters, geäußert. Zu den von Dr. med. J. ___ mitgeteilten Feststellungen aus seiner aktuellen Untersuchung, der «durchaus relativ aktiven und auch mit Interesse (an der Wahrnehmung positiv besetzter Aktivitäten) und Lebensfreude verbundenen Alltagsgestaltung», sei sodann festzuhalten, dass sowohl der anlässlich des Gutachtens erhobene Tagesablauf als auch der von Dr. med. D. ___ erhobene Tagesablauf von depressiven Antriebs- und Motivationsstörungen geprägt sei und ein massiv vermindertes Aktivitätsniveau aufweise. Zudem sei es eine Unterstellung, wenn im Gutachten stehe, es bestehe eine derzeitige, durchaus relativ aktive und auch mit Interesse (an der Wahrnehmung positiv besetzter Aktivitäten) und Lebensfreude verbundene Alltagsgestaltung. Des Weiteren sei Dr. med. J. ___ Aussage, es hätten keine Hinweise vorgelegen, dass die orthopädischen Beschwerden entscheidend durch psychosoziale Belastung der emotionalen Konflikte verursacht würden, nicht nachvollziehbar. So hätte er hinreichendes Material im Bericht von ihm, Dr. med. D. ___, vom 28. November 2014 finden können, welches als solches inhaltlich hätte diskutiert werden können. Dort sei die Rede davon, dass es bei konfliktbedingter und psychosozialer Belastung zu Akzentuierungen des Schmerzerlebens komme, und zwar nicht nur in den verschiedenen Lokalisationen somatischen Ursprungs (z.B. überlastungsbedingte Erkrankungen des neuromuskuloskelettalen Systems im Bereich des Schultergürtels), sondern darüber hinaus in verschiedensten Lokalisationen. Gemäss Ansicht von Dr. med. D. ___ sei eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) zu diagnostizieren. So bestünden Belastungssituationen in Verbindung mit ungünstigen psychischen Verarbeitungsprozessen, die zur Beeinflussung des Schmerzerlebens führten: Der Beschwerdeführer tendiere aufgrund persönlichkeitsimmanenter Gründe – eines rigiden überhöhten Anspruchsniveaus in Bezug auf eigene Leistungsfähigkeit und Körperkraft, anankastische Selbstbeherrschung und -kontrolle, Korrektheit und Ehre – zu ausgeprägten Gefühlen von Scham und Schuld mit projektiv abgewehrter Selbstentwertung, indem er in der Öffentlichkeit befürchte, als unwürdiger und wertloser Versager angesehen zu werden. Zudem neige er sich zu überfordern, zum Beispiel bei Arbeit im Garten. Es handle sich dabei um eine notorisch auftretende autodestruktive Selbstüberforderung im Sinne eines dysfunktionalen Verhaltensmusters auf dem Hintergrund einer dissoziationsbedingt verminderten Körperwahrnehmung mit der Folge einer in den darauf folgenden Tagen (gewöhnlich über eine Dauer von 1 - 3 Tagen) andauernden Schmerzexazerbation mit Lethargie und Rückzug ins Bett. Sodann bestünden beim Beschwerdeführer maladaptive Kognitionen in einer gedanklichen Einengung und in einer sehr ausgeprägten, seine Aufmerksamkeitsbreite stark verengenden Konzentration der Wahrnehmung auf den eigenen Körper und in einer ängstlich katastrophisierenden Selbstbeobachtung in Bezug auf seine Betroffenheit durch Schmerzen unterschiedlichster Qualität, Ausprägung und Lokalisation. Die Folge sei die Ausbreitung des Schmerzerlebens über die organisch

begründeten Lokalisationen hinaus, die Akzentuierung der erlebten Schmerzen und die Überbesetzung und Fokussierung der Wahrnehmungsfunktionen auf das Schmerzerleben. Zudem habe die Überzeugung, körperlich nicht mehr belastbar zu sein, zu veränderten Rollen in der Familie geführt und sei mit reduzierten Kontakten im Freundeskreis (sozialer Rückzug) und zunehmenden Problemen im Beruf (Krankschreibung, Berentung) verbunden. Somit ergebe sich aus der Diagnose chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) eine Relevanz für die Arbeitsfähigkeit. Des Weiteren stelle Dr. med. D.____ aufgrund der geschilderten ausgeprägten ichsyntonen charakterneurotischen Symptome die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung, und zwar einer anankastischen Persönlichkeitsstörung mit narzisstischen Zügen (ICD-10 F60.5) mit – bei Zusammenbruch des persönlichkeitsimmanenten Abwehrdispositivs – psychosenahen Desintegrationsängsten, Automutilation, kaskadierender Steigerung der Angst bis zur Diagnose 4. So sei der Beschwerdeführer früher als sehr tüchtiger Dachdecker tätig gewesen und habe weder bei sich noch bei seinen Arbeitskollegen Halbheiten oder flauere Engagements dulden können. Er habe sich schon immer ausgezeichnet durch ein ständiges Beschäftigtsein mit Regeln, Prinzipien, Ordnung und Organisation, durch übermässige Gewissenhaftigkeit, Skrupelhaftigkeit und eine unverhältnismässige Leistungsbezogenheit. Dabei habe er Vergnügen und zwischenmenschliche Beziehungen vernachlässigt: So habe er während fast 25 Jahren im Hinblick auf einen geplanten Hauskauf und die erhoffte berufliche Verselbständigung sich selbst – wie auch seiner Familie – schwere Entbehrungen auferlegt: «Keine Ferien, kein BMW, kein Restaurantbesuch, keine Disco, kein Cafe & Besuch!» Dabei habe er zu übermässiger Pedanterie und Befolgung von Konventionen geneigt. Persönlichkeitsstörungen führten meist schon sehr früh, meist im sehr frühen Erwachsenenleben (oder ggf. auch schon in der Jugend), zu deutlichen Einschränkungen der beruflichen und sozialen Leistungsfähigkeit. Dies sei damit erstellt. Aus dieser Diagnose ergebe sich wiederum eine Relevanz für die Arbeitsfähigkeit. Schliesslich sei Dr. med. J.____s Schätzung der Arbeitsunfähigkeit nicht nachvollziehbar. 5.2.17 Im Bericht vom 2. November 2016 (IV-Nr. 306, S. 7) hielt Dr. med. N.____ fest, der Beschwerdeführer habe ziemlich sicher eine AC-Gelenksarthrose und ein Impingement. Er habe wahrscheinlich keine Insuffizienz der Rotatorenmanschette. Dies lasse sich klinisch aber schlecht prüfen wegen Schmerzen und etwas mangelnder Kooperation. Dr. med. N.____ hätte gerne heute das AC-Gelenk aus diagnostischen Gründen infiltriert. Der Beschwerdeführer wolle dies aber im Moment mit den vielen Problemen, die er sonst habe, nicht, er würde sich dann später dafür melden. Wenn er dann gut auf die Infiltration anspreche, hätte man möglicherweise eine Indikation für eine arthroskopische laterale Clavicularesektion. Auf die Leiste angesprochen habe er ihm einen neuen Termin gegeben. Dr. med. N.____ denke, der Beschwerdeführer habe hier wahrscheinlich jetzt eine Coxarthrose bei Impingementkonfiguration. 5.2.18 In ihrer Stellungnahme vom 15. November 2016 (IV-Nr. 310) führte Dr. med. S.____ vom RAD aus, der aktuelle Bericht von Dr. med. N.____ vom 2. November 2016 vermöge die gutachterliche Beurteilung von Dr. med. M.____ vom Juli 2015 nicht in Zweifel ziehen, sondern er belege nur, dass nach längerem stabilen Verlauf, von Seiten der rechten Schulter, wieder vermehrt Beschwerden bestünden: «...Die linke Schulter sei nicht ganz gut, aber er könne damit leben. Dafür aber habe die rechte Schulter wieder zunehmend zu schmerzen angefangen. Er kann nicht auf der rechten Seite liegen, er kann den Arm nicht anheben.» Klinisch und radiologisch beurteile Dr. med. N.____ das Beschwerdebild als Ausdruck einer AC-Gelenksarthrose und

Impingement, eine Insuffizienz der Rotatorenmanschette schliesse er eher aus. Eine diagnostische Infiltration habe der Beschwerdeführer abgelehnt. Eine solche wäre aber die Voraussetzung um das weitere therapeutische Prozedere festzulegen. Hier liege offenbar eine sekundäre Verschlechterung eines vorbestehenden Gesundheitsschadens im Sinne einer aktivierten Arthrose vor. Dabei handle es sich um ein behandelbares Leiden. Die diagnostischen und die therapeutischen Optionen seien nicht ausgeschöpft. Im medizinischen Zumutbarkeitsprofil einer angepassten Verweistätigkeit sei die Minderbelastbarkeit der Schultern wegen der Vorerkrankung berücksichtigt (Belastungsprofil gemäss Gutachten E. ___ vom 15. Juli 2015: «Der Versicherte ist in der Lage, körperlich leichte Tätigkeiten mit Heben und Tragen von Lasten bis zu 10 kg unter Vermeidung von Tätigkeiten in Zwangshaltungen (Überkopftätigkeiten, Vorbeuge) durchzuführen...»). Weitere qualitative Leistungseinschränkungen würden sich nicht ergeben. Eine weitergehende Einschränkung sei, nach erfolgter Behandlung, nicht zu erwarten. Anlässlich der Konsultation bei Dr. med. N. ___ am 31. Oktober 2016 habe der Versicherte Beschwerden in der linken Leiste geäussert. Bei familiär gehäuftem Auftreten von Hüftimpingement stelle Dr. med. N. ___ die Verdachtsdiagnose eines solchen und empfehle eine weiterführende Abklärung. Auch bei diesem neuen Problemkreis seien die diagnostischen und therapeutischen Optionen noch nicht ausgeschöpft. Grundsätzlich sei ein Hüftimpingement gut behandelbar und führe in der Regel nicht zu bleibenden Funktionseinschränkungen.

5.2.19 Dr. med. T. ___, Facharzt FMH für Neurochirurgie, führte im Bericht vom 1. Dezember 2016 (B 3) aus, aus klinischer Sicht stelle er eine leichte Sensibilitätsverminderung L5 links und symmetrische ASR und PSR beidseits fest. Lasègue links positiv ab 60° mit Druckdolenz im Bereich der Crista iliaca links und im Bereich des Domfortsatzes L5 links feststellbar. Es bestünden eine leichte Verspannung der Muskulatur und eine normale Beweglichkeit der LWS, keine Kraftverminderung, der Spitzen- und Fersengang sei problemlos möglich. Die klinische Untersuchung im zervikothorakalen Gebiet sei unauffällig. Kein Hinweis auf eine Myelopathie. Das durchgeführte MRI (29. November 2016) zeige eine minimale Anterolisthese L4/5 ohne Hinweis auf eine Wurzelkompression. Es bestehe keine signifikante Krankheit im Bereich der LWS. Die Röntgen der HWS und BWS würden ein unauffälliges Alignment ohne Hinweis auf Krankheiten zeigen. Beim Beschwerdeführer bestünden chronische lumbale und thorakale Schmerzen unklarer Ursache. Die Sensibilitätsverminderung L5 links und der positive Lasègue links hätten eine unklare Ursache. Der MRI Befund könne diesen Befund nicht erklären.

5.2.20 Im Bericht von Dr. O. ___, Fachärztin FMH für Rheumatologie und Innere Medizin, vom 1. Februar 2017 (B 4) wurde ausgeführt, die Einordnung der ins linke Bein ausstrahlenden Schmerzsymptomatik sei schwierig, zumal es sowohl Hinweise für eine SIG-Dysfunktion als auch für ein Facettensyndrom gebe. Die kutane Hypästhesie, aber auch die Symptomatik, die spontan in der linken Grosszehe und kleinen Zehe auftrete, lasse eine radikuläre Symptomatik vermuten, die jedoch in den MRI-Aufnahmen nicht nachvollzogen werden könne. Der Lasègue sei auch nicht typisch positiv.

5.2.21 Im Bericht vom 24. Januar 2017 (B 5) führte Dr. med. D. ___ aus, im Zeitverlauf sei zu erkennen, dass der Beschwerdeführer in mindestens zwei verschiedenen Welten lebe, die aber nicht vollständig voneinander dissoziiert seien. Wenn er sich im Herbst 2016 willentlich entscheide, jäh wieder zu 100 % in seinem gelernten – und seit Jahren nicht mehr ausgeübten Beruf – als Dachdecker zu arbeiten, und wenn er die Stellenvermittler als mittlerweile 53-Jähriger aufgrund seiner eingereichten Papiere und seines Auftretens zu überzeugen vermöge, dass er dies auch könne, dann gehöre für ihn offensichtlich zu dieser

Welt auch zwingend, dass er jeden Kontakt zu allen Ärzten und zu seinem Anwalt, der ihn in der sozialversicherungsrechtlichen Auseinandersetzung mit der IV vertrete, sofort abbreche. In dieser Welt bewege sich der Beschwerdeführer für Dritte überzeugend stimmig, könne auch den Arbeitgeber mit seiner Arbeit beeindrucken (habe auch auf den E.____-Gutachter wenig auffällig gewirkt, kaum depressiv). Es gelinge ihm, 2 - 3 Tage hintereinander zu arbeiten, auch wenn der Arbeitsort mehr als 1 Stunde Autofahrt von zuhause entfernt sei. Allerdings habe er sich am Abend des ersten Arbeitstages wegen unerträglicher Schmerzen in beiden Armen und Schultern in die Notfallabteilung des H.____ begeben, habe dort kontrolliert Schmerzmittel per os und eine Spritze und die Verordnung erhalten, am nächsten Morgen den Hausarzt aufzusuchen. Er habe sich am folgenden Tag nicht an die ärztliche Verordnung gehalten, sei nicht zum Hausarzt gegangen mit der Rationalisierung, seine Anstellung nicht gefährden zu wollen, habe aber konsequent auch keine Medikamente genommen und sei wieder an die Arbeit in der Nähe von Luzern gegangen. Dies bis zu seinem Zusammenbruch nach 5 oder 6 Tagen, Arbeitstage, die nicht kontinuierlich aufeinanderfolgen würden, sondern mehrmals unterbrochen gewesen seien. Dies habe es dem Beschwerdeführer erlaubt, sich an den freien Tagen durch konsequente Besuche im warmen Solbad einigermassen zu entspannen und seine Schmerzen herabzumildern. Am folgenden Montag dann nach dem Arbeitsschluss der Zusammenbruch mit Aufsuchen medizinischer Hilfe im Notfall des H.____. Dort äussere er Klagen über Stimmen mit gehörten Befehlen, wonach er Frauen und Tieren sexuelle Gewalt antun müsse, sich selbst töten müsse. Aufgrund psychiatrischer Einschätzung Verlegung in die Kantonale I.____ am 12. Dezember 2016. Nach der Entlassung aus der Klinik am 3. Januar 2017 scheine sich der Beschwerdeführer in einer anderen Welt zu befinden: Er komme in Begleitung seiner Schwiegertochter in die Praxis von Dr. med. D.____, weil er den Weg mit dem Auto (10 Minuten) allein nicht zu bewältigen vermöge wegen seiner Ängste und Stimmen, die ihn von der Behandlung abhalten wollten und ihm den Tod androhten. In diesem Konflikt fühle er sich aktuell unfähig, die Medikation selbständig einzunehmen, benötige dazu die von ihm durchaus akzeptierte Kontrolle durch seine Schwiegertochter oder den Sohn, lasse sich von Schwiegertochter oder Sohn auch zum Hausarzt fahren, weil er sich unfähig fühle, dies allein zu tun. Könne auch nicht selbständig aus dem Haus. Fühle sich von der Unterstützung und Führung durch seine Familienmitglieder völlig abhängig. Höre andauernd Stimmen, die ihn bedrängen würden, dem Patientenstatus wieder zu entsagen oder sich umzubringen. Auffallend sei, dass er sich dem E.____-Gutachter präsentiert habe als nahezu gesunder und kontrollierter Mann, der auf Stellensuche sei, abgesehen von der Groteske, dem Gutachter eine Kordel zu präsentieren, mit der er sich aufhängen würde. Die Verschiedenheit respektive Unvereinbarkeit der oben beschriebenen – und für den Beschwerdeführer aktuell fast vollständig dissoziiert erscheinenden – beiden Welten sei erst nach mehreren Jahren der ambulanten Behandlung bei Dr. med. D.____ deutlich geworden, sei scheinbar aber mittels einer gutachtlichen Untersuchungssituation kaum zu erfassen in ihrer qualitativen Nähe zum psychotischen Split. Dies würde der Diagnose F44.88 nach ICD-10 entsprechen: Psychosenahe psychogene Dämmerzustände im Sinne dissoziativer Störungen mit aussergewöhnlichen Bewusstseinszuständen, akustischen und taktilen Pseudohalluzinationen und wahnähnlichen Zuständen mit systematisierten desiderativen und persekutorischen Wahnvorstellungen, wenn persekutorisch, dann oft begleitet von regressiv bedingtem Verlust der Sphinkterkontrolle (Urin, Faeces). 5.2.22 Im Austrittsbericht der I.____ vom 3. Januar 2016 (recte: 2017; B 6), wo der Beschwerdeführer vom 12. Dezember 2016 bis 3. Januar 2017 hospitalisiert war,

wurden folgende Diagnosen gestellt: - Anpassungsstörung mit rezidivierender depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode. DD schizoaffektive Psychose. Vd. a. narzisstische Persönlichkeitsstruktur. DD abhängige Persönlichkeitsstörung. - Aktenanamnestisch Sarkoidose der Lunge - St n. Schulteroperationen beidseits. 5.2.23 Bezüglich der erst anlässlich der Verhandlung vor Versicherungsgericht eingereichten Berichte – Bericht des G.____ vom 20. Januar 2017 (B [Beschwerdebeilage] 7), Bericht des H.____ vom 25. Februar 2017 (B 8), Bericht der I.____ vom 3. April 2017 (B 9) – ist festzuhalten, dass diese allesamt erst nach dem Erlass der angefochtenen Verfügung vom 18. November 2016 verfasst wurden. Angesichts des Grundsatzes, dass die gerichtliche Überprüfungsbefugnis nur bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung reicht, es sich bei den in den Berichten erwähnten Konsultationen und Behandlungen im Wesentlichen um situative Notfallbehandlungen gehandelt hat – fürsorgliche Unterbringung, Infiltration – und nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen ist, dass diese Berichte bezüglich des Sachverhalts bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung weiterführende Informationen enthalten, sind diese nicht zum Beweis zuzulassen. 6.

E. 15

Juli 2015 (IV-Nr. 264.1). Dem E.____-Gutachten ist in formeller Hinsicht voller Beweiswert zuzumessen. So ist dieses für die streitigen Belange umfassend, beruht auf allseitigen Untersuchungen, berücksichtigt auch die geklagten Beschwerden und ist in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden. Nachfolgend ist sodann zu prüfen, ob das E.____-Gutachten auch hinsichtlich der Diagnoseerhebung, Schlussfolgerungen und Beurteilung der Arbeitsfähigkeit zu überzeugen vermag. 7.2.1 Im psychiatrischen Teilgutachten (IV-Nr. 264.2) setzt sich Dr. med. J.____ eingehend mit den Vorakten auseinander und diskutiert nachvollziehbar die möglichen Diagnosen und deren allfällige Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Der Versicherte leide seit vielen Jahren an einer rezidivierenden depressiven Störung, auch aktuell könne diese Diagnose bestätigt werden, wobei derzeit aber nur eine geringgradig depressive Symptomatik vorliege, es seien nicht einmal die Kriterien für eine leichte depressive Episode erfüllt. Gegen das Vorliegen einer stärker ausgeprägten depressiven Symptomatik sprächen nicht nur die Beobachtungen im Rahmen der aktuellen psychiatrischen Untersuchung (bei der der Versicherte im Übrigen spontan zunächst gar keine depressionsbezogenen Symptome schildere), sondern auch die derzeitige, durchaus relativ aktive und auch mit Interesse (an der Wahrnehmung positiv besetzter Aktivitäten) verbundene Alltagsgestaltung. Hinzuweisen sei auch auf die sehr niedrigen Medikamentenspiegel, bei stärker ausgeprägten Depressionen sei in der Regel der Leidensdruck hoch und Betroffene seien stark motiviert, ihre Medikation regelmässig einzunehmen. Weiter hielt Dr. med. J.____ nachvollziehbar fest, trotz der relativ gering ausgeprägten rezidivierenden depressiven Störung ergebe sich aus der Tatsache, dass die rezidivierende depressive Störung schon langjährig und chronifiziert bestehe, dass relevante Fähigkeitsstörungen in den Bereichen Durchhaltevermögen, Flexibilität und Umstellungsfähigkeit sowie emotionale Belastbarkeit bestünden, es ergebe sich daraus eine quantitative Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit um 20 %. Wie bereits erwähnt, habe der Versicherte zunächst keine depressionsbezogenen Symptome geschildert, sondern habe Pseudohalluzinationen beschrieben, die als Ausdruck einer dissoziativen Störung anzusehen seien, nicht als Ausdruck psychotischen Erlebens. Hinsichtlich der AUF-Relevanz der dissoziativen Störung sei zunächst zu prüfen, ob eine psychische Komorbidität von erheblicher Dauer, Schwere und Intensität vorliege, dies sei nicht der Fall. Es liege kein ausgewiesener sozialer Rückzug vor. Des Weiteren sei auch nicht erkennbar, dass ein

verfestigter, therapeutisch nicht mehr angehbarer innerseelischer Verlauf einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung vorliegen würde. Es erfolge zwar schon seit vielen Jahren eine ambulante psychiatrische Behandlung, die eher supportiv-stützend zu sein scheine, bislang seien aber noch keine stationären Therapieversuche erfolgt (mit Ausnahme eines kurzfristigen einwöchigen stationären psychiatrischen Aufenthaltes, entsprechend Mitteilung des Versicherten). Es werde eingeschätzt, dass diese dissoziative Störung überwindbar sei, dass aus ihr keine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit resultiere. Des Weiteren lägen beim Versicherten Beschwerden von Seiten des Stütz- und Bewegungsapparates vor, wobei sowohl in den Akten als auch aktuell, im Rahmen der orthopädisch-traumatologischen Begutachtung eingeschätzt werde, dass die von dem Versicherten demonstrierten Funktionsstörungen nicht ausreichend organmedizinisch erklärbar seien. Es ergebe sich damit also die Situation, dass auf der einen Seite, entsprechend orthopädischem Gutachten, organisch begründete orthopädische Beschwerden vorliegen würden, diese seien aber psychogen überlagert. Hinweise dafür, dass die orthopädischen Beschwerden entscheidend durch psychosoziale Belastungen oder emotionale Konflikte verursacht würden, lägen jedoch nicht vor, es ergebe sich damit die Diagnose F54, psychische und Verhaltensstörungen bei andernorts klassifizierten Krankheiten, die eine psychogene Überlagerung gut abbilde aber nicht voraussetze (wie bei der Diagnose anhaltende somatoforme Schmerzstörung), dass nicht-organischen Faktoren eine entscheidende Rolle hinsichtlich der Schmerzsymptomatik zukomme. Aus der Diagnose F54 ergebe sich keine AUF-Relevanz. Sodann verneint Dr. med. J. ___ einleuchtend das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung: Der Versicherte habe eine emotionale Instabilität mit Spannungszuständen und Selbstverletzungen geschildert. Am ehesten lägen emotional-instabile Persönlichkeitszüge vor. Zu denken sei natürlich auch an die Diagnose einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung, dagegen spreche aber, dass der Versicherte, wie er im Rahmen der aktuellen Untersuchung betont habe und wie sich auch aus den Akten ergebe, bis 2005 in psychosozialer Hinsicht stabil gewesen sei. Persönlichkeitsstörungen führten meist schon sehr früh, meist im sehr frühen Erwachsenenleben (oder ggf. auch schon in der Jugend) zu deutlichen Einschränkungen der beruflichen und sozialen Leistungsfähigkeit. Abgesehen von der Frage der genauen diagnostischen Zuordnung ergebe sich aus den Verhaltensstörungen (autoaggressives, selbstverletzendes Verhalten), die damit verbunden seien, keine quantitative Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit. Dies treffe auch auf die mit überwiegender Wahrscheinlichkeit vorliegenden narzisstischen (im Sinne einer Selbstwertregulationsstörung mit übermäßigem Angewiesensein auf äussere Bestätigung) Persönlichkeitszüge zu. Als Letztes seien noch Zwangsrituale erwähnt, der Versicherte dusche sich nur an geraden Tagen, empfinde Schuldgefühle, wenn er sich versehentlich an ungeraden Tagen dusche, löse diese Schuldgefühle dann durch ein Zwangsritual. Eine quantitative Verminderung der Arbeitsfähigkeit sei daraus aber nicht erkennbar. Zusammenfassend ergebe sich, dass aus psychiatrischer Sicht sich nur aus der derzeit mässig ausgeprägten rezidivierenden depressiven Störung eine Verminderung der Arbeitsfähigkeit ergebe, im Umfang von 20 %. Bereits 2009 sei vom Institut C. ___ eingeschätzt worden, dass die Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht um 20 % reduziert sei. Auch wenn sich das Krankheitsbild inzwischen komplexer darstelle als 2009 und 2011 (in Zusammenhang mit den C. ___ -Begutachtungen), ergebe sich daraus nicht, dass es zu einer Ausweitung der Arbeitsunfähigkeit gekommen sei. Schliesslich setzt sich Dr. med. J. ___ eingehend und wohlbegründet mit den entgegenstehenden Berichten des

behandelnden Psychiaters, Dr. med. D.____, auseinander: In den Berichten von Dr. med. D.____ werde der Versicherte durchgehend als schwerstkrank, in seiner Alltagsgestaltung massiv beeinträchtigt, geschildert, wobei eine ausreichend kritische Prüfung der Beschwerdeschilderungen und Angaben des Versicherten nicht erkennbar sei. So werde in dem Bericht an die IV vom 31. August 2013 eine schwer ausgeprägte Symptomatik im Sinne von Mattigkeit, Müdigkeit usw. beschrieben, der Versicherte werde erneut als schwerstkrank dargestellt. Zeitgleich mit diesem Bericht sei in der Zeit vom

E. 20

August 2013 - 20. September 2013 eine von der IV veranlasste Überwachung durch eine Überwachungsfirma erfolgt. Das hier protokollierte Verhalten des Versicherten im Alltag weiche massiv von der Darstellung seitens Dr. med. D.____ in dem Bericht vom 31. August 2013 ab. Diese massive Divergenz zwischen den Berichten von Dr. med. D.____ und dem auf den Observationsaufnahmen abgebildeten Verhalten wurde denn auch durch das Versicherungsgericht bei der eigenen Sichtung des Observationsmaterials festgestellt (vgl. E. II 7.1 hiervor). Die Berichte von Dr. med. D.____ sind demnach in beweisrechtlicher Sicht kaum verwertbar. Auch die Berichte des Hausarztes des Beschwerdeführers, Dr. med. L.____, erscheinen die vom Beschwerdeführer geschilderten Beschwerden relativ unkritisch zu übernehmen, zumal auch diese im Resultat nicht mit dem Observationsmaterial vereinbar sind. Zudem äussert sich L.____ in seiner Stellungnahme zum E.____-Gutachten als Allgemeinarzt teilweise zu fachspezifischen Themen aus der Psychiatrie und Orthopädie, weshalb diesen Aussagen von vornherein kaum Beweiswert zuzumessen ist. In diesem Zusammenhang ist zudem auf die Erfahrungstatsache hinzuweisen, dass behandelnde Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b/cc mit weiteren Hinweisen), weshalb den Berichten von Dr. med. D.____ und Dr. med. L.____ auch deswegen vergleichsweise geringer Beweiswert zuzumessen ist. 7.4 Des Weiteren vermögen auch die Rügen des Beschwerdeführers den Beweiswert der Gutachten nicht zu schmälern. Vorab ist hierzu festzuhalten, dass es die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag der therapeutisch tätigen Fachperson einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich oder gerichtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits nicht zulässt, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass für weitere Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen (vgl. z.B. BGE 124 I 170 E. 4 S. 175; Urteil 9C_630/2016 vom 9. Februar 2017 E. 4.2.1.1). Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die behandelnden Ärzte wichtige Aspekte benennen, die bei der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (vgl. z.B. Urteil 9C_276/2016 vom 19. August 2016 E. 3.1.1 mit Hinweisen). Ein solcher Fall liegt hier nicht vor. Der Beschwerdeführer bringt sodann vor, das E.____-Gutachten sei nicht mehr aktuell, zumal aufgrund des MRI-Befundberichts vom 17. Oktober 2016 ein Bandscheibenvorfall vorliege. Dr. M.____ habe sich in seinem Teilgutachten denn auch in keiner Art und Weise damit beschäftigt, ob und inwiefern dem Bandscheibenvorfall eine radikuläre Symptomatik zugrundeliege. Dem ist entgegenzuhalten, dass sich alleine aus einem MRI-Befund noch nichts hinsichtlich einer allfälligen gesundheitlichen Verschlechterung ableiten lässt. Wie denn auch Dr. med. S.____ in ihrer Aktennotiz vom 15. November 2016 (IV-Nr. 310) einleuchtend darlegt, könne ein MRT-Befund nie ein zerviko-radikuläres Syndrom zeigen. Ein solches sei immer eine klinische Diagnose, die sich aus einem typischen Beschwerdebild und entsprechenden klinischen Symptomen ergebe. Im MRT könne dann höchstens eine erklärende, strukturelle

Pathologie gesehen werden. So könne einer radikulären Symptomatik ein Bandscheibenvorfall zugrunde liegen, aber nicht umgekehrt. Die Beurteilung radikulärer, bandscheibenassoziierter Beschwerden liege in erster Linie in der Fachkompetenz des Neurologen, da es ja darum gehe, ob die geklagten Beschwerden und die objektivierbaren Befunde Ausdruck einer Nervenwurzelkompression seien oder nicht. Eine radiologisch festgestellte Einengung eines Neuroforamens alleine sage weder etwas über die Art noch die Intensität der Beschwerden aus und noch weniger über allfällige funktionelle Einschränkungen. Zudem äussern sich die behandelnden Ärzte in den zahlreichen nachgereichten Berichten nicht zu diesem MRI-Bericht bzw. folgern daraus auch keine Verschlechterung, so dass eine solche nicht erstellt ist. Des Weiteren bringt der Beschwerdeführer vor, aus dem Bericht von Dr. med. N.____ vom 2. November 2016 ergebe sich, dass sich die erhoffte Verbesserung nicht dauerhaft eingestellt habe. So werde bei der rechten Schulter eine deutliche Arthrose des AC-Gelenkes und ein Impingement bestätigt. Diesbezüglich kann auf die Stellungnahme von Dr. med. S.____ vom 15. November 2016 (IV-Nr. 310) verwiesen werden. Darin führt Dr. med. S.____ einleuchtend aus, dass der aktuelle Bericht von Dr. med. N.____ vom 2. November 2016 die gutachterliche Beurteilung von Dr. med. M.____ vom Juli 2015 nicht in Zweifel zu ziehen vermöge, sondern er belege nur, dass nach längerem stabilen Verlauf von Seiten der rechten Schulter wieder vermehrt Beschwerden bestünden (vgl. E. II. 5.2.17). Klinisch und radiologisch beurteile Dr. med. N.____ das Beschwerdebild als Ausdruck einer AC-Gelenksarthrose und Impingement, eine Insuffizienz der Rotatorenmanschette schliesse er eher aus. Eine diagnostische Infiltration habe der Beschwerdeführer abgelehnt. Eine solche wäre aber die Voraussetzung, um das weitere therapeutische Prozedere festzulegen. Hier liege offenbar eine sekundäre Verschlechterung eines vorbestehenden Gesundheitsschadens im Sinne einer aktivierten Arthrose vor. Dabei handle es sich um ein behandelbares Leiden. Die diagnostischen und die therapeutischen Optionen seien nicht ausgeschöpft. Eine diesbezügliche relevante Verschlechterung ist demnach nicht erstellt. Schliesslich vermögen auch die nachträglich eingereichten Berichte von Dr. med. O.____ und Dr. med. T.____ eine seit dem E.____-Gutachten eingetretene relevante Verschlechterung nicht zu begründen (vgl. E. 5.2.18 und 5.2.19). Da somit seit dem E.____-Gutachten vom 15. Juli 2015 keine gesundheitliche Verschlechterung erstellt ist, kann nach wie vor auf dieses abgestellt werden. 8. Die E.____-Gutachter gingen wie erwähnt von einer 20%igen Arbeitsunfähigkeit aus psychischen Gründen aus. Die Gutachter diagnostizierten in diesem Zusammenhang eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mässig ausgeprägt (ICD-10 F33.9; d.h. derzeit seien auch die Voraussetzungen für eine nur leichte depressive Episode nicht erfüllt). Die Beschwerdegegnerin stütze sich in ihrer Entscheidung dagegen auf den Standpunkt, nach geltender Rechtsprechung würden leichte bis höchstens mittelschwere psychische Störungen grundsätzlich als therapierbar und somit als nicht invalidisierend gelten. In der Konsequenz bedeute dies, dass auch in psychiatrischer Hinsicht von keiner Einschränkung der Arbeitsfähigkeit auszugehen sei. Dem ist entgegenzuhalten, dass das Bundesgericht mit Urteil 8C_841/2017 vom 30. November 2017 die vorgenannte Rechtsprechung geändert hat. Gemäss der bisherigen Rechtsprechung zu leichten bis mittelschweren Depressionen konnten entsprechende Erkrankungen nur dann als invalidisierend in Betracht fallen, wenn sie erwiesenermassen «therapieresistent» waren. Mit der vom Bundesgericht vorgenommenen Praxisänderung gilt dies nicht mehr in dieser absoluten Form. Die entscheidende Frage ist wie bei anderen psychischen Erkrankungen, ob es der betroffenen Person gelingt, auf objektiver Basis den Beweis

einer invalidisierenden Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit zu erbringen. Diesbezüglich ist, wie unter E. II 7.2.1 bereits durchgeführt, eine Indikatorenprüfung vorzunehmen. Diese hat im vorliegenden Fall ergeben, dass der Beschwerdeführer über genügend Ressourcen verfügt, seine Arbeitsfähigkeit, trotz diagnostizierter depressiver Störung, ohne Einschränkungen umzusetzen. Damit ist die angefochtene Verfügung in diesem Punkt im Resultat nicht zu beanstanden.

9. 9.1 Das Valideneinkommen ist vorliegend unbestritten geblieben und denn auch nicht zu beanstanden. So hat die Beschwerdegegnerin zu Recht auf das Einkommen bei der letzten Arbeitgeberin des Beschwerdeführers, Firma [...], abgestellt, da der Beschwerdeführer seine letzte Arbeitsstelle aus gesundheitlichen Gründen verloren hatte (vgl. IV-Nr. 27).

9.2 Dagegen rügt der Beschwerdeführer das errechnete Invalideneinkommen. So erscheine ein Abzug von lediglich 10 % aufgrund des fortgeschrittenen Alters und der multiplen körperlichen Beschwerden zu tief.

9.2.1 Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert (Tabellenlohn) allenfalls zu kürzen. Damit soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass persönliche und berufliche Merkmale, wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können (BGE 124 V 321 E. 3b/aa S. 323). Aufgrund dieser Faktoren kann die versicherte Person die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt möglicherweise nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten (BGE 126 V 75 E. 5b/aa in fine S. 80). Der Abzug soll aber nicht automatisch erfolgen. Er ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäsem Ermessen gesamthaft zu schätzen und darf 25 % nicht übersteigen (BGE 135 V 297 E. 5.2 S. 301, 134 V 322 E. 5.2 S. 327 f., 126 V 75 E. 5b/bb-cc S. 80). Ob ein (behinderungsbedingt oder anderweitig begründeter) Abzug vom Tabellenlohn vorzunehmen ist, stellt eine vom Versicherungsgericht frei überprüfbare Rechtsfrage dar (Urteil 8C_652/2008 vom 8. Mai 2009 E. 4, nicht publ. in: BGE 135 V 297). Dagegen ist die Höhe des (im konkreten Fall grundsätzlich angezeigten) Abzugs eine Ermessensfrage und daher durch das Versicherungsgericht nur bei Ermessensüberschreitung, -missbrauch oder -unterschreitung korrigierbar (BGE 137 V 71 E. 5.1 S. 72 f., 132 V 393 E. 3.3 S. 399; Urteil 8C_477/2016 vom 23. November 2016 E. 4.1).

9.2.2 Vorliegend hat die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung einen Abzug vom Tabellenlohn von 10 % vorgenommen. Sie verweist in diesem Zusammenhang auf die Invaliditätsberechnung in der Verfügung vom 20. September 2011 (IV-Nr. 157), in welcher mit dem Abzug von 10 % dem Umstand der behinderungsbedingten erschwerten Eingliederung Rechnung getragen wurde, was aufgrund der leidensbedingten Einschränkung angemessen erscheint. Weitere Abzüge vom Tabellenlohn sind dagegen nicht vorzunehmen. Der Beschwerdeführer war im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung 52 Jahre alt, so dass nicht gesagt werden kann, dass ihm aufgrund seines Alters die Integration in den Arbeitsmarkt erheblich erschwert sei. Des Weiteren reiste der Beschwerdeführer bereits 1992 in die Schweiz ein und verfügt über eine Niederlassungsbewilligung C (IV-Nr. 5). Zudem war er offensichtlich während vieler Jahre in der ihm nach wie vor offen stehenden Arbeitswelt gut integriert. Ein abzugsbegründender Nachteil aufgrund der Nationalität ist in dieser Hinsicht nicht ersichtlich, zumal Ausländer mit Aufenthaltsbewilligung C im tiefsten Anforderungsniveau nicht schlechter entlohnt werden als Schweizer und Ausländer zusammen (vgl. LSE 2008 TA12). Zusammenfassend ist demnach der vorgenommene Abzug vom Tabellenlohn nicht zu beanstanden.

9.3 Da wie vorgehend festgehalten per 1. Februar 2014, von einer Verbesserung des

Gesundheitszustandes auszugehen ist, sind das Validen- und Invalideneinkommen entsprechend auf 2014 aufzurechnen. Das Valideneinkommen errechnet sich gestützt auf den Arbeitgeberbericht der Firma [...] vom 6. Juni 2006: CHF 6'100.00 x 13 = CHF 79'300.00; + Teuerung 2006 - 2014 Baugewerbe (:115.2 x 126.1) = 86'803.20. Das Invalideneinkommen berechnet sich gestützt auf den Totalwert Niveau 1, 2014, TA1_Tirage_skill_level, Total Niveau 1, Männer: CHF 5'312.00 x 12, Aufrechnung Wochenstunden (:40 x 41.7) = CHF 66'453.10, was bei einer vollen Arbeitsfähigkeit dem Invalideneinkommen entspricht. Hiervon ist der leidensbedingte Abzug von 10 % vorzunehmen, was ein Invalideneinkommen von CHF 59'807.80 ergibt. Daraus resultiert ein Invaliditätsgrad von gerundet 31 %, woraus sich kein Rentenanspruch ergibt. Die Dreiviertelrente ist somit in Anwendung der zusätzlichen Dreimonatsfrist gemäss Art. 88a Abs. 2 IVV – und entgegen der angefochtenen Verfügung – erst per 1. Mai 2014 aufzuheben. Somit ist die Beschwerde teilweise gutzuheissen. 10. Bei diesem Verfahrensausgang steht dem Beschwerdeführer eine ordentliche Parteientschädigung zu, die von der Beschwerdegegnerin zu bezahlen ist. Bei der Bemessung der Parteientschädigung ist zu berücksichtigen, dass der Beschwerdeführer im Hauptbegehren weiterhin die Ausrichtung einer Dreiviertelrente verlangt hat. Er hat jedoch nur insofern teilweise obsiegt, als die Rente erst per 1. Mai 2014 aufgehoben wird. Ist das Quantitative einer Leistung streitig, rechtfertigt eine «Überklagung» nach der in Rentenangelegenheiten ergangenen Rechtsprechung eine Reduktion der Parteientschädigung nur, wenn das ziffernmässig bestimmte Rechtsbegehren den Prozessaufwand des Versichertenanwaltes beeinflusst hat (vgl. Urteil 8C_449/2016 vom 2. November 2016 E. 3.1.1; BGE 117 V 401 E. 2c S. 407). Bildet beispielsweise ein invalidenversicherungsrechtlicher Rentenanspruch Anfechtungs- und Streitgegenstand, führt demgemäss der Umstand allein, dass im Beschwerdeverfahren abweichend von dem auf eine ganze oder zumindest eine höhere Rente gerichteten Rechtsbegehren keine ganze oder aber eine geringere Rente als beantragt zugesprochen wird, noch nicht zu einer Reduktion der Parteientschädigung (Urteile 9C_580/2010 vom 16. November 2010 E. 4.1 und 9C_94/2010 vom 26. Mai 2010 E. 4.1 mit Hinweisen). Angesichts der im vorliegenden Verfahren eingereichten Rechtschriften ist festzuhalten, dass der Prozessaufwand des Versichertenanwaltes durchaus höher ausfiel, weil er die Weiterausrichtung eine Dreiviertelrente beantragt hat und dies dementsprechend begründen musste. Im Lichte der dargelegten Grundsätze erscheint es deshalb gerechtfertigt, die im Rahmen der Parteientschädigung zu vergütenden Aufwände um 2/3 auf 1/3 zu kürzen. In Anbetracht von Aufwand und Schwierigkeit des Prozesses ist die Parteientschädigung demnach auf CHF 1'115.50 (12 Stunden à CHF 240.00 / davon 1/3; zuzüglich Auslagen von 220.30 / davon 1/3 und MwSt.) festzusetzen. In den eingereichten Kostennoten sind vorweg verschiedene der geltend gemachten Positionen zu streichen: Mehrere Positionen stellen Kanzleiaufwand dar (Orientierungskopien an den Klienten vom 10. und 17. Januar, 13. und 23. Februar, 30. März, 11. April und 1. Mai 2017, vom 19. März 2018; Einreichung der UP-Unterlagen am 13. Februar und 30. März 2017; Einreichung der Kostennote am 11. April 2017), der bereits im Stundenansatz enthalten ist und nicht gesondert entschädigt wird. Sodann sind die Kopien pro Stück nur mit 50 Rappen zu vergüten (§ 158 Abs. 3 Gebührentarif) und nicht mit CHF 1.00, wie in der Kostennote geltend gemacht wird. Zudem beträgt der Ansatz für die Vergütung von Fahrtspesen 70 Rappen pro Kilometer (§ 157 Abs. 3 Gebührentarif i.V.m. 161 lit. a GAV) und nicht CHF 1.00, wie beantragt. Nicht nachvollziehbar ist sodann die Position «Telefon an Versicherungsgericht» vom 24. Januar 2018 von einer Stunde, weshalb diese nicht

berücksichtigt wird. Des Weiteren ist der Aufwand für die 1 ¼ Stunde dauernde Verhandlung vor Versicherungsgericht um eine Viertelstunde zu kürzen, da der Vertreter des Beschwerdeführers während seines Parteivortrags zeitweise auf seinem Handy nach Entscheiden gesucht und damit die Verhandlung unnötig verlängert hat. Schliesslich erscheint der geltend gemachte Zeitaufwand in Anbetracht von Aufwand und Schwierigkeit des Prozesses bzw. des Aufwandes in vergleichbaren Fällen überhöht, weshalb der zu entschädigende Aufwand pauschal auf 12 Stunden zu kürzen ist. Da der Beschwerdeführer ab Prozessbeginn im Genusse der unentgeltlichen Rechtspflege steht (vgl. E. I. 6. hiervor), sind ihm die übrigen 2/3 der Parteientschädigung durch den Kanton Solothurn zu entschädigen. Der Kanton entschädigt die unentgeltliche Rechtsbeiständin oder den unentgeltlichen Rechtsbeistand angemessen (Art. 122 Abs. 1 lit. a ZPO). Der Stundenansatz beträgt aufgrund des Kreisschreibens Nr. 1 der Gerichtsverwaltungskommission des Kantons Solothurn vom 18. September 2006 seit 1. Oktober 2006 bzw. § 160 Abs. 3 Gebührentarif (GT) CHF 180.00. Damit ist die Kostenforderung auf CHF 1'712.80 festzusetzen (12 Stunden zu CHF 180.00 / davon 2/3, zuzügl. Auslagen von 220.30 / davon 2/3 und MwSt.), zahlbar durch die Zentrale Gerichtskasse des Kantons Solothurn. Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates sowie der Nachzahlungsanspruch des unentgeltlichen Rechtsbeistandes im Umfang von CHF 431.75 (Differenz zum vollen Honorar [8 x 230.00 + Auslagen von CHF 146.85 + MwSt. = 2'144.55 ; - 1'712.80 = CHF 431.75]) während zehn Jahren, wenn A. ___ zur Nachzahlung in der Lage ist (§ 123 ZPO). Der Nachzahlungsanspruch wird praxisgemäss basierend auf den Stundenansatz von CHF 230.00 festgesetzt (vgl. § 160 Abs. 2 GT), wenn wie vorliegend keine Honorarvereinbarung mit dem Klienten vorgelegt wird, in der ein höherer Ansatz vereinbart worden ist. Andernfalls wäre das rechtliche Gehör des Beschwerdeführers, der sich zur Höhe des Stundenansatzes nicht äussern konnte, verletzt. Aufgrund von Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 - 1'000.00 festgelegt. Nach dem Ausgang des vorliegenden Verfahrens haben die IV-Stelle und der Beschwerdeführer die Verfahrenskosten von CHF 1'000.00 im Verhältnis 1/3 zu 2/3 zu bezahlen. Die IV-Stelle hat somit CHF 340.00 zu bezahlen. Der Beschwerdeführer hat CHF 660.00 an die Verfahrenskosten zu bezahlen, die jedoch infolge Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege durch den Kanton Solothurn zu übernehmen sind (Art. 122 Abs. 1 lit. b ZPO). Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren, wenn A. ___ zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

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