

SO_GERICHTE VSBES.2017.86 vom 8. Februar 2017

SO Obergericht, 2017-02-08, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2017.86

FR: SO_GERICHTE VSBES.2017.86 du 8 février 2017

IT: SO_GERICHTE VSBES.2017.86 del 8 febbraio 2017

Erwägungen

E. 1

August 2009 bis 31. Juli 2011 dauern.

E. 2

2.1 Das erste Lehrjahr in der Ausbildung als Elektroniker bestand der Beschwerdeführer, wobei dieses gemäss Ansicht der Involvierten nicht problemlos verlaufen sei. Der Gesundheitszustand habe sich durch eine neu diagnostizierte Arthritis verschlechtert, der Beschwerdeführer habe einen langen Arbeitsweg sowie religiöse und familiäre Verpflichtungen. Man befürchtete, er würde dem Druck nicht standhalten und es wurde vorgeschlagen, die Lehre in eine weniger anspruchsvolle als Automatikmonteur umzuwandeln (IV-Nr. 102). 2.2 Der Beschwerdeführer wollte an der Ausbildung zum Elektroniker festhalten, woraufhin die IV-Stelle des Kantons Aargau ein Mahn- und Bedenkzeitverfahren in die Wege leitete und dem Beschwerdeführer in Aussicht stellte, er müsse sich eine neue Lehrstelle suchen. Des Weiteren würde man eine Wiederholung eines Lehrjahres nicht unterstützen und im Falle eines Lehrabbruchs bestünde kein weiterer Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen (IV-Nr. 103). Der Beschwerdeführer entschied sich in der Folge dann doch zur Ausbildung als Automatikmonteur (IV-Nr. 112), nachdem der Lehrvertrag als Elektroniker vom Ausbildungsbetrieb aufgelöst worden war (IV-Nr. 111). Die Lehre als Automatikmonteur schloss der Beschwerdeführer ordentlich ab (IV-Nr. 138). 2.3 Mit Verfügung vom 20. Februar 2013 entschied die IV-Stelle des Kantons Aargau, dass der Beschwerdeführer keinen Anspruch auf eine Invalidenrente habe (IV-Nr. 147). Sie gewährte ihm aber im Anschluss Unterstützung bei der Stellensuche (IV-Nr. 148). Nachdem ein weiterer Arbeitsversuch bei der Firma D.____ erfolgte, jedoch abgebrochen worden war (IV-Nr. 157), wurde die berufliche Integration am 30. Dezember 2013 abgeschlossen (IV-Nr. 165).

E. 3

3.1 Am 29. Oktober 2014 meldete sich der Beschwerdeführer erneut bei der nunmehr zuständigen IV-Stelle des Kantons Solothurn (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) zum Leistungsbezug an (IV-Nr. 168). Als gesundheitliche Beeinträchtigung wurden eine Arthritis, Magen-/Darmprobleme und ein geschwächtes Immunsystem angegeben. 3.2 Die Beschwerdegegnerin erliess am 11. Dezember 2014 zunächst eine Verfügung, gemäss welcher sie nicht auf das Leistungsbegehren eintrat (IV-Nr. 179). Nachdem der Regionale Ärztliche Dienst aber am 2. Februar 2015 (IV-Nr. 181) gestützt auf ein Arztzeugnis von Dr. med. E.____, Facharzt für Rheumatologie FMH, vom 10. November 2014 (IV-Nr. 176) darlegte, mit einer Psoriasis Arthritis liege eine neue Diagnose vor, die eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes glaubhaft erscheinen lasse, wurde dem Beschwerdeführer bestätigt, dass auf das Leistungsbegehren eingetreten werde (IV-Nr.

182). 3.3 Die Beschwerdegegnerin tätigte daraufhin medizinische Abklärungen und holte bei der Begutachtungsstelle F.____ ein Gutachten ein. Dieses wurde am 14. August 2015 von Dr. med. G.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, und Dr. med. H.____, Facharzt für Rheumatologie FMH, erstattet (IV-Nr. 194.1). 4. Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (IV-Nrn. 198, 201 206) sprach die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer mit Verfügung vom 8. Februar 2017 (Aktenseite [A.S.] 1 ff.) für die Zeit vom 1. April bis 31. Oktober 2015 eine befristete halbe Invalidenrente zu. Ab dem 1. November 2015 bestehe kein Rentenanspruch mehr. Berufliche Eingliederungsmassnahmen würden zurzeit abgewiesen. 5. Gegen die genannte Verfügung lässt der Beschwerdeführer am 14. März 2017 (A.S. 12 ff.) beim Versicherungsgericht des Kantons Solothurn (nachfolgend: Versicherungsgericht) Beschwerde erheben und folgende Rechtsbegehren stellen: 1. Die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom

E. 4

4.1 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).

4.2 Das Administrativverfahren vor der IV-Stelle wie auch der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben IV-Stelle und Sozialversicherungsgericht den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichend Klarheit besteht. Der Untersuchungsgrundsatz weist enge Bezüge zum ■ auf Verwaltungs- und Gerichtsstufe ebenfalls in gleicher Weise geltenden ■ Prinzip der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c in fine ATSG) auf (einschliesslich die antizipierte Beweiswürdigung): Führt die pflichtgemässe, umfassende und sachbezogene Beweiswürdigung den Versicherungsträger oder das Gericht zur Überzeugung, der Sachverhalt sei hinreichend abgeklärt, darf von weiteren Untersuchungen (Beweismassnahmen) abgesehen werden. Ergibt die Beweiswürdigung jedoch, dass erhebliche Zweifel an Vollständigkeit und/oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellungen bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteil des Bundesgerichts 8C_308/2007 vom 9. April 2008 E. 2.2.1, mit vielen Hinweisen).

4.3 Der im Sozialversicherungsrecht massgebende Beweisgrad ist derjenige der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 117 V 194 E. 3b S. 194 f.). Das Bundesrecht schreibt nicht vor, wie die einzelnen Beweismittel zu würdigen sind. Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsbeschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352). Der Sozialversicherungsrichter hat alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf er bei einander widersprechenden

medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum er auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten ■ d.h. der Anamnese ■ abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und in seinen Schlussfolgerungen begründet ist (AHI 1997 S. 121; BGE 122 V 157 E. 1c S. 160). Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten.

Die Rechtsprechung erachtet es jedoch als mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (BGE 125 V 351 E. 3b S. 352 ff.). So ist einem im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten medizinischen Gutachten durch externe Spezialärzte, welches auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten erstellt wurde und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangt, in der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 135 V 465 E. 4.4 S. 70). Andererseits ist der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Ärzte im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen mitunter eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 353).

E. 5

5.1 Der Leistungsanspruch des Beschwerdeführers wird durch den Vergleich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der letztmaligen materiellen Rentenprüfung ■ Verfügung vom 20. Februar 2013 (IV-Nr. 147) ■ und demjenigen, wie er zur Zeit der streitigen Verfügung vom 8. Februar 2017 (A.S. 1 ff.) bestanden hat, beurteilt (BGE 130 V 73 E. 3.1 mit Hinweisen, AHI 1999 S. 84 E. 1b).

5.2 Im Zeitpunkt der mit Verfügung vom 20. Februar 2013 erfolgten erstmaligen Rentenbeurteilung durch die damals zuständige IV-Stelle des Kantons Aargau lag in gesundheitlicher Hinsicht ein Gutachten der Begutachtungsstelle C.____ (Rheumatologie und Psychiatrie) vom 8. August 2007 (IV-Nr. 30) vor. Der Beweiswert dieser Einschätzungen ist unbestritten und die damalige Verweigerung einer Rente nach erfolgter Umschulung unangefochten geblieben. Gemäss dem erwähnten Gutachten lagen beim Beschwerdeführer folgende Diagnosen vor:

mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

Die Ätiologie der beim Beschwerdeführer bestehenden panvertebralen Schmerzen wurde als gemischt interpretiert. Die anamnestische Schilderung der Schmerzsymptomatik, der Verlauf mit Verschlechterung auf physiotherapeutische Massnahmen und der körperliche Untersuchungsbefund mit Waddel-Zeichen sprächen für das Vorliegen einer im Vordergrund stehenden somatoformen Schmerzkomponente. Auffallend seien die Stärke der Schmerzen, die geringe Variation der Schmerzintensität und die Diskrepanz zwischen Intensität der Schmerzen, deren Ausdehnung sowie den doch diskreten und lokalisierten Befunden in den radiologischen und MRI-Aufnahmen. Es bestehe eine Haltungsinsuffizienz, die klinisch schon bei der Körperhaltung zu beobachten sei und auch

im globalen Haltungstest deutlich werde. Die anteriore Blockwirbelbildung könne die Schmerzen nur teilweise erklären. Hinweise für eine entzündliche Komponente bestünden nicht. Die nachgewiesene Osteopenie an der Wirbelsäule erkläre die Schmerzsymptomatik ebenfalls nicht. Aus rheumatologischer Sicht bestehe eine 100%ige Arbeitsfähigkeit für leichte und mittelschwere körperliche Tätigkeiten mit folgenden Einschränkungen: regelmässiger Positionswechsel, Vermeiden von Zwangshaltungen, Vermeiden von häufigem Heben über 25 kg bis Gürtelhöhe und 15 kg bis Brusthöhe. Arbeiten in Kälte, Zugluft und Überkopfarbeiten sollten zeitlich begrenzt erfolgen. Diese Einschätzung gelte seit 2002.

In psychiatrischer Hinsicht habe sich beim Beschwerdeführer nach der Kündigung des letzten Arbeitsverhältnisses im Jahr 2002 eine depressive Symptomatik entwickelt, die ca. 2003 / 2004 auch zu einer psychiatrischen Behandlung geführt habe. Nach seinen Angaben sei unter ambulant-psychotherapeutischer Behandlung eine Besserung des psychischen Zustandsbildes eingetreten, wenngleich verschiedene Belastungsfaktoren fortbeständen. Aufgrund der Befunde in den Selbstbeurteilungsfragebögen sei von einer leichten Verdeutlichungstendenz auszugehen. In Anbetracht der Gesamtbefunde sei ein leichtgradiges depressives Zustandsbild mit gedrückter Grundstimmung, eingeschränkter Schwingungsfähigkeit und Freudempfinden sowie Insuffizienz- und Schuldgefühlen gegenüber der Familie zu attestieren. Bei vorbekannter mittelgradig-depressiver Episode müsse die aktuelle Symptomatik im Sinne einer teilremittierten depressiven Symptomatik mit noch leichter Ausprägung festgehalten werden. Aufgrund der Lebensgeschichte und des Krankheitsverlaufs sei differentialdiagnostisch aber auch eine Dysthymia zu erwägen. Die Schmerzproblematik werde durch die depressive Symptomatik negativ beeinflusst. Ausserdem sei von einer Dekonditionierung mit Schmerzausweitung auszugehen. Eine eigenständige anhaltende somatoforme Schmerzstörung liege nicht vor. Aus rein psychiatrischer Sicht bestehe derzeit eine Arbeitsfähigkeit von 80 %. Die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht wäre in einer allfälligen Einschränkung aus somatischer Sicht mitenthalten.

Retrospektiv sei aus somatischer Sicht die attestierte Arbeitsfähigkeit von 100 % für eine angepasste körperliche Tätigkeit auch rückwirkend anzunehmen. Im Bericht des behandelnden Psychotherapeuten vom 22. Dezember 2004 werde eine Verbesserung der Arbeitsfähigkeit auf 50 % bis ca. Juni 2005 erwartet. Zumindest ab diesem Zeitpunkt sei eine 50%ige Arbeitsfähigkeit anzunehmen. Ab Begutachtungszeitpunkt betrage die Arbeitsfähigkeit 80 %.

Die IV-Stelle des Kantons Aargau übernahm im Anschluss die Kosten für eine Umschulung des Beschwerdeführers; dieser schloss eine Ausbildung zum Automatikmonteur im Juni 2012 erfolgreich ab (IV-Nr. 142). Die berufliche Integration wurde daraufhin beendet und die IV-Stelle des Kantons Aargau ging davon aus, dass der Beschwerdeführer nach einer ausreichenden Einarbeitungszeit ein 100%-Pensum bei voller Leistung in der freien Wirtschaft bewältigen könne (IV-Nr. 139). In der Rentenverfügung vom 20. Februar 2013 ging sie mit Blick auf das festgehaltene Invalideneinkommen (Tabellenlohn der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung LSE 2010, Ziff. 26, Niveau 3) von CHF 81'071.00 offensichtlich ebenfalls davon aus, dass der Beschwerdeführer nach der Umschulung zu 100 % als Automatikmonteur tätig sein und damit ein rentenausschliessendes Einkommen erzielen könne.

5.3 Folgender medizinischer Sachverhalt zeigte sich im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 8. Februar 2017:

5.3.1 Gemäss den Berichten von Dr. med. E.____ vom 25. März, 24. Juni sowie 2. und 18. September 2014 (IV-Nr. 178 S. 3 ff.) sind beim Beschwerdeführer folgende Diagnosen zu stellen:

Der Beschwerdeführer leide seit Jahren unter teils nächtlich exazerbierten Schmerzen an Händen und Füssen. Aktuell gehe es um schmerzhafte Schwellungen der MCP-Gelenke sowie des PIP III Hand links. Auch die MTP-Gelenke seien schmerzhaft. Aufgrund des entzündlichen Charakters der Beschwerden sowie der klinischen Untersuchung mit positiven Gänslenzeichen und Synovitis PIP III Hand links seien die Beschwerden auf eine entzündliche Gelenkerkrankung zurückzuführen. Bei anamnestisch Psoriasis, Status nach Daktylitis sowie Tenosynovitis der Flexorensehnen Dig. III links seien die Beschwerden am ehesten als Psoriasisarthritis zu interpretieren. Bei intermittierenden Schmerzen im Bereich des rechten Gesässes müsse differentialdiagnostisch an einen axialen Gelenksbefall mit Sakroiliitis der Psoriasisarthritis gedacht werden. Seit Behandlungsbeginn mit Leflunomid sei es zu einer Reduktion der Gelenksbeschwerden gekommen, dennoch persistiere die schmerzhafte Schwellung PIP III Hand links. Das Gänselzeichen der Hände beidseits sei bei der Untersuchung im Juni 2014 indessen negativ. Eine Knochendichtemessung zeige Werte im oestopenischen Bereich. Im Rahmen der Abklärungen vor Beginn einer Behandlung mit einem TNF-a Hemmer habe ein durchgeführtes IGRA einen positiven Befund gezeigt, weshalb eine latente Tuberkulose nicht ausgeschlossen werden könne.

5.3.2 Im Arztbericht von Dr. med. E.____ vom 12. Februar 2015 an die Beschwerdegegnerin (IV-Nr. 183) werden die gleichen Diagnosen genannt wie die in Ziff. 5.3.1 oben aufgeführten. Als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wird die Psoriasisarthritis deklariert. Die Arbeitsunfähigkeit als Automatikmonteur betrage 100 %. Für eine leichte Tätigkeit bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 50 %, wobei die letzte Untersuchung am 23. Dezember 2014 stattgefunden habe.

5.3.3 Im Arztbericht von Dr. med. I.____, Facharzt für Innere Medizin, vom 8. März 2015 (IV-Nr. 184) werden eine Depression mit somatischem Syndrom, eine Osteopenie bei Testosteronmangel, ein chronisches WS-Syndrom und eine rheumatologische Polyarthritits als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit genannt.

5.3.4 Im Rahmen einer weiteren Berichterstattung von Dr. med. E.____ vom 11. März 2015 (IV-Nr. 194.2 S. 1) wird festgehalten, der Beschwerdeführer sei seitens der Psoriasis Arthritis nahezu beschwerdefrei. Lediglich im Bereich PIP III Hand links persistiere eine indolente spindelförmige Schwellung des Gelenks.

5.3.5 Im von der Beschwerdegegnerin eingeholten bidisziplinären Gutachten der Begutachtungsstelle F.____ vom 14. August 2015 (IV-Nr. 194.1), erstellt von Dr. med. G.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, und Dr. med. H.____, Facharzt für Rheumatologie FMH, erheben die Gutachter folgende Diagnosen:

mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

«somatoforme» Überlagerung im Rahmen der chronischen depressiven Verstimmung (Dysthymia) und erheblichen psychosozialen Problemen

Aktuell: gegenwärtiger Aktivitätsgrad der Erkrankung leicht bis sehr leicht unter Leflunomid 10 mg sowie Salazopyrin 1000 mg täglich

ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

Subjektiv gebe der Beschwerdeführer an, gesundheitliche Hauptbeschwerden seien Schmerzen und Schwellungen mit Morgensteifigkeit in den Händen beidseits sowie zusätzlich wechselnde «Knochenschmerzen» in beiden Unterschenkeln und Vorderarmen. Zudem habe er auch Rückenschmerzen, z.B. nach längerem Sitzen, sowie Schmerzen im Schultergürtel-Nacken-Bereich und häufige Kopfschmerzen. Derzeit seien die Schmerzen erträglich. Er fühle sich ständig müde, körperlich schwach. Seine aktuelle Lebenssituation sei schwierig. Er habe seine Familie verloren und keine Zukunftsperspektiven mehr. Auf Nachfrage nach psychischen Beschwerden, die nicht spontan geschildert worden seien, gebe der Beschwerdeführer an, die Lebensmotivation und die Kraft zum Kämpfen verloren zu haben. Er würde sich aber wegen der Kinder nichts antun. Zu Hause weine er viel und fühle sich traurig. Die Zukunft sehe er negativ. Auf Nachfrage gebe er einen verminderten Antrieb an. Wenn er nicht müsse, stehe er morgens sehr spät auf und mache nur, was er müsse. Er verspüre keinen Antrieb oder Motivation, etwas Schönes zu machen. Sein Appetit sei normal. Er habe ein vermehrtes Schlafbedürfnis, fühle sich aber morgens trotzdem nie ausgeruht. Die Konzentration sei nicht vermindert. Sein Selbstvertrauen und Selbstwertgefühl hätten gelitten durch die beruflichen Abstiege und die Entwertungen seiner Ehefrau. Manchmal denke er, dass er wertlos sei, aber auch nicht ständig. Einmal pro Monat suche der Beschwerdeführer den Hausarzt auf. Eine psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung bestehe zurzeit nicht, er wünsche sich aber eine solche. Psychopharmaka wolle er keine einnehmen. Aufgrund der Beeinträchtigungen seiner Hände und wegen seiner Kraftlosigkeit betrachte er sich derzeit nicht als arbeitsfähig.

Der gutachterliche internistische Befund fällt unauffällig aus. Die Haut zeige im Bereich der Beine multiple rötliche, papelartige Erhebungen, dagegen keine Psoriasis-typisch flächigen Herde mit peripherer Schuppung. Auch die Finger- und Zehennägel zeigten zurzeit keine Psoriasis-typischen Veränderungen. Im rheumatologischen Befund zeige sich eine unbehinderte allgemeine Fortbewegung, das Gangbild sei flüssig. Im Bereich der Wirbelsäule stehe das Achsenorgan völlig lotrecht auf dem Becken mit absolut physiologischen Krümmungen der Sagittalebene. Die Untersuchung der Halsregion ergebe eine mässige Verspannung der zervikalen Streckmuskulatur, die jedoch nicht dolent erscheine. Umschriebene palpatorische Schmerzpunkte zeigten sich nicht. Bei der Lateralflexion der HWS zeige sich eine diskrete, schmerzlose Einschränkung nach beiden Seiten. Lumbal zeige sich bei Inklination ein Schober von 10/13 cm, Einschränkung der Inklination von ca. einem Drittel, ebenso der Reklination, beide schmerzfrei. Bei Lateralflexion nach links werde ein Schmerz in der linken Flankenregion empfunden, bei derjenigen nach rechts sei die Schmerzangabe beidseitig. Eine deutliche Druckdolenz finde sich lumbal einzig im Bereich des Segments L5/S1. In der Schulterregion und den oberen Extremitäten bestehe eine leicht dolente muskuläre Verspannungszone im Übergang des horizontalen zum oberen Trapeziusast rechts (links nicht vorhanden). Am linken Handrücken finde sich im Bereich des Os naviculare ein indolentes, leicht prominentes Ganglion. Die Handgelenke seien schmerzfrei und ungehindert mobil. Der linke Zeigefinger zeige eine deutlich synoviale Verdickung mit Druckempfindlichkeit des proximalen Interphalangealgelenks, eine angedeutete, weniger dolente Synovitis auch des Grundgelenks. In der linken Hohlhand sei die Beugesehne des linken Mittelfingers dolent, einer vermutlichen Tendinitis/Tendovaginitis entsprechend. Die Kompression der vier MCP links sei empfindlich. Beim Faustschluss zeige sich ein leichtes Defizit des linken

Mittelfingers von ca. 1 cm. Die rechte Hand sei ohne manifeste Synovitiden, nur angedeutet bestehe ein positives Gaenslen-Kompressionszeichen der Grundgelenke. Der Faustschluss sei hier vollständig. Die Sehnenreflexe der oberen Extremitäten seien symmetrisch gut auslösbar, die Berührungssensibilität sei normal. Im Bereich des Beckens und der unteren Extremitäten wirke die ganze Beckenstatik symmetrisch. Eine diskrete Druckempfindlichkeit bestehe über beiden Iliosakralgelenken, ferner eine deutliche Druckempfindlichkeit der linken Leistenregion. Die Menell-Zeichen seien beidseits fraglich positiv. Die Innenrotation der Hüftgelenke sei etwas vermindert, wobei sich links ein Schmerz im Bereich der Adduktorenmuskulatur von der Leiste bis gegen die Innenseite des Knies ergebe. Im Fussbereich gebe es keinen Nachweis von Synovitiden, der Gang sei auch auf Zehen und Fersen unbehindert möglich.

In psychischer Hinsicht ergäben sich im Gespräch keine Hinweise auf Persönlichkeitsakzentuierungen. Der affektive Rapport lasse sich gut herstellen. Der Beschwerdeführer sei affektiv gut moduliert, wobei in Zusammenhang mit der aktuellen Lebenssituation nach der Trennung von der Ehefrau ein deutlicher Leidensdruck erkennbar werde. Hier wirke der Beschwerdeführer bei der Untersuchung emotional aufgewühlt und affektlabil, dies jedoch nicht durchgehend, sondern themenabhängig. Dazwischen fange er sich affektiv immer wieder ein und wirke dann jeweils subdepressiv herabgestimmt, ernst und nachdenklich. Während der Untersuchung seien keine übermässigen schmerzdemonstrativen Verhaltensweisen erkennbar. Lediglich ein- oder zweimal deute der Beschwerdeführer Rückenschmerzen an. Das Schmerzverhalten wirke insgesamt adäquat. Kognitiv seien während der Untersuchung klinisch keine Einschränkungen und keine Ermüdungszeichen erkennbar.

6. Die Beschwerdegegnerin stützt ihren ablehnenden Entscheid in Bezug auf die Diagnostik und die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit im Wesentlichen auf das von ihr eingeholte bidisziplinäre Gutachten der Begutachtungsstelle F.____ vom 14. August 2015 (IV-Nr. 194.1), weshalb dessen Beweiswert zu prüfen ist. Der Beschwerdeführer wurde in den Disziplinen Rheumatologie und Psychiatrie und damit in den vorliegend relevanten Bereichen begutachtet. Das Gutachten erweist sich als vollständig. Es beruht auf umfassender Aktenkenntnis und -analyse und wurde von auf den entsprechenden Gebieten ausgewiesenen Fachpersonen erstellt. In dieser Hinsicht genügt es den Anforderungen an ein verwertbares Gerichtsgutachten.

6.1 Inhaltlich kommen die Gutachter zum nachvollziehbaren Schluss, dass in somatischer Hinsicht der auffälligste Befund ein zweifellos arthritischer, zurzeit aber nicht mehr sehr aktiver Befall des III. Strahls an der linken Hand sei. Dieser Mittelfinger weise einen Restzustand nach Arthritis im proximalen Interphalangealgelenk sowie im Grundgelenk auf, die zu einem leichten Flexionsdefizit des Fingers führe. Ferner bestehe eine wahrscheinliche Tendovaginitis der Beugesehne dieses Fingers. Bedingt durch den arthritischen Befall sei die Faustschlusskraft der linken Hand auf weniger als die Hälfte derjenigen der rechten reduziert. Zudem bestehe ein positives Gänse-Zeichen für die linke Hand. Das radiologische Bild der Hände zeige im dorso-ventralen Strahlengang hingegen völlig normale Verhältnisse beider Hände. Insbesondere bestünden keine gelenknahe Osteopenie und keine Andeutung von Usurierung in den zur Diskussion stehenden Fingergelenken. Die rechte Hand sei derzeit ohne manifeste Synovitiden. Es bestehe nur andeutend ein positives Gänse-Kompressionszeichen der Grundgelenke. Nicht ganz eindeutig sei der klinische Befund am linken Hüftgelenk. Es gebe einen gewissen Hinweis,

dass hier eine leichte Coxitis vorliegen könnte. Die Lendenwirbelsäule zeige ebenfalls eine leichte funktionelle Einschränkung. Klinisch ergebe sich kein dringender Verdacht auf das Vorliegen einer Entzündung der Iliosakralgelenke. Mit Bezug auf die vom behandelnden Rheumatologen, Dr. med. E.____, erstellten Berichte mit Diagnostizierung einer Psoriasis-Arthritis wird einleuchtend dargelegt, dass das zum Zeitpunkt des Gutachtens bestehende Bild demjenigen einer eher diskret schwelenden Oligoarthritis entspreche, womit sichere klinische Hinweise für eine Psoriasis-Arthritis zurzeit nicht vorlägen. Untermauert wird dies damit, dass die Hautmanifestationen an den Beinen nicht typischen Psoriasisherden entsprächen. Dennoch wird aufgrund der Anamnese diese Diagnose als die wahrscheinlichste angesehen. Differentialdiagnostisch könnte nach gutachterlicher Einschätzung aber auch eine anders zu klassifizierende Form einer Oligiarthritis vorliegen, dies aber ohne Konsequenzen für die Behandlung. Zu Recht wird erwähnt, dass die Behandlung beim Beschwerdeführer gut zu wirken scheint, was sich mit den Ausführungen von Dr. med. E.____ vom 11. März 2015 deckt. Es ist daher nachvollziehbar, dass der zum Zeitpunkt der Begutachtung vorliegende Aktivitätsgrad der Erkrankung als leicht bis sehr leicht bezeichnet wird. Die in der Vergangenheit diagnostizierte Osteopenie wird im Gutachten mit Verweis auf die im Juni 2014 durchgeführte Knochendichtemessung als klinisch bedeutungslos erachtet, da die Werte deutlich vom osteoporotischen Bereich entfernt lägen. Damit übereinstimmend wird festgehalten, dass es bisher auch zu keinen Osteoporose-verdächtigen Frakturen gekommen ist. Unter Umständen könne hier auch ein Behandlungserfolg, denn die vor den Behandlungen mit dem Bisphosphonat bzw. mit Testosteron gegebenen die Dichtewerte seien unbekannt und möglicherweise ungünstiger. Aufgrund der Befundlage und der vom Beschwerdeführer subjektiv geschilderten, intensiven Schilderung von Gelenkschmerzen wird im Gutachten stimmig ausgeführt, dass von einer gewissen erhöhten Schmerzempfindlichkeit auszugehen ist, die durch die etwas depressiv wirkende Grundstimmung schmerzverstärkenden Charakter hat.

Im Rahmen der psychiatrischen Untersuchung wird psychopathologisch eine themenadäquate, intermittierende Affektlabilität mit emotionaler Aufgewühltheit als im Vordergrund stehend erachtet. Auch diese Einschätzung ist unter Berücksichtigung der vom Beschwerdeführer geschilderten belastenden Lebenssituation mit Trennung von der Ehefrau und Ablehnung durch die eigenen Kinder nachvollziehbar. Die psychiatrische Fachgutachterin schildert diesbezüglich, dass die Grundstimmung zu Beginn der Untersuchung durchaus euthym gewesen sei, wobei aber in Zusammenhang mit der Schilderung der aktuellen Lebenssituation ein hoher Leidensdruck mit Gefühlen von Trauer, Enttäuschung und Perspektivlosigkeit spürbar gewesen sei. Dazwischen habe sich der Beschwerdeführer jedoch affektiv immer wieder aufgefangen und insgesamt leicht, d.h. subdepressiv herabgestimmt gewirkt, ernst und nachdenklich, jedoch affektiv gut moduliert mit erhaltener Schwingungsfähigkeit bei leicht gegen den depressiven Pol hin verschobenem Spektrum affektiver Tönungen und normalem Antriebsverhalten. Anamnestisch hätten sich auf Nachfrage Hinweise auf eine Befindlichkeitsstörung von depressivem Gepräge mit einer häufig traurigen Verstimmung, einem Verlust der Lebensmotivation, einer Verminderung der Vitalgefühle sowie einer Verminderung von Interesse an angenehmen Tätigkeiten sowie einer leichten Antriebsminderung gefunden. Nachvollziehbar wird dargelegt, dass diese, nur auf Nachfrage geäußerten psychischen Beschwerden formaldiagnostisch die Kriterien für eine leichte depressive Episode erfüllen würden, der klinische Befund aber nicht dazu passe. Dieser Beurteilung ist angesichts der guten affektiven Modulationsfähigkeit, der subdepressiven Stimmungslage und den

unauffälligen psychischen Grundfunktionen zu folgen und damit von einem leichten depressiven Verstimmungszustand zu sprechen, das derzeit nicht das Ausmass einer leichten oder mittelschweren depressiven Episode erreicht. Die Befindlichkeitsstörung wird gegenwärtig diagnostisch am ehesten einer Anpassungsstörung mit depressiver Reaktion (ICD-10 F43.21) zugeordnet, wobei differentialdiagnostisch das Vorliegen einer leichten depressiven Episode nicht ganz ausgeschlossen wird. Die Gutachterin verweist in diesem Zusammenhang auf die Aktenlage, wo 2004 erstmals eine mittelgradige Depression beschrieben wird, die auch psychopharmakologisch behandelt wurde. Die Behandlung erfolgte aber nicht bei einem entsprechenden Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, sondern einem türkisch sprechenden Neurologen (Dr. med. J. ____). Die von ihm erhobene Diagnose einer langdauernden, ausgeprägten Depression muss daher mit Vorsicht behandelt werden. Nicht mit einer solchen Diagnose in Einklang steht, dass neben einer Medikation mit Efexor stützende Gespräche nur in zwei- bis dreimonatigen Abständen stattgefunden haben. Zum Zeitpunkt der Begutachtung fand gar keine psychotherapeutische Behandlung statt. Auch weil der Beschwerdeführer in der Lage war, von 2008 bis 2012 eine Umschulung zu absolvieren, wird gutachterlich das Vorliegen einer mittelgradigen Depression als unwahrscheinlich angesehen. Schliesslich wird auf die Begutachtung im Jahr 2007 verwiesen, in deren Rahmen eine teilremittierte depressive Episode mit somatischem Syndrom diagnostiziert und differentialdiagnostisch eine Dysthymie erwogen wurde. Daher wird in der aktuellen Begutachtung eine anhaltende, leichtere depressive Verstimmung im Sinne einer der im Gutachten 2007 vermuteten Dysthymie (ICD-10 F34.1) als wahrscheinlich angesehen. Diese Diagnose wird nun mit Verweis auf den Längsverlauf nachvollziehbar bestätigt. Eine eigenständige somatoforme Schmerzstörung wird indessen, wie bereits 2007, nicht diagnostiziert, was mit Blick darauf, dass es am zentralen diagnostischen Kriterium eines schweren, quälenden Schmerzes fehlt, einleuchtend erscheint. Weiter wirke auch das Ausdrucks- und Interaktionsverhalten nicht im engeren Sinne somatoform ausgestaltet. Berücksichtige man die persönliche Anamnese des Beschwerdeführers, liessen sich zwar schon seit Jahren recht erhebliche psychosoziale Belastungen eruieren, die als Ursache für die Manifestation einer somatoformen Schmerzstörung grundsätzlich in Frage kämen. Andererseits beschreibe der Beschwerdeführer bei sommerlichem Klima eine deutlich geringere Schmerzaktivität, obwohl gleichzeitig ein ganz erheblicher psychosozialer Stressor vorliege. Dies spreche gegen eine krankheitswertige somatoforme Überlagerung.

6.2 Als nachvollziehbar erweist sich auch die gutachterliche Beurteilung der Arbeitsfähigkeit, wobei das rheumatisch-entzündliche Leiden mit nennenswerter Einschränkung der Handkraft links wie auch einem möglichen Betroffen-Sein des linken Hüftgelenks für den Beruf als Automatik-Mechanikers als ungünstig angesehen wird. Die Gutachter schliessen sich gestützt darauf der Ansicht des behandelnden Rheumatologen an und deklarieren für diese Tätigkeit eine Arbeitsunfähigkeit von 100 %. Für eine leichte Tätigkeit, z.B. im Informatik- oder Elektronikbereich, wird indessen in Abweichung von der Beurteilung des behandelnden Rheumatologen eine Arbeitsfähigkeit von 70 - 80 % angenommen. Die Einschränkung von 20 - 30 % ergibt sich nach schlüssiger gutachterlicher Beurteilung aus den Beeinträchtigungen seitens der teilweise entzündeten und teilversteiften Fingergelenke und Tendovaginitis einer Beugesehne der linken Hand. Es sei daher bei allen manuellen Tätigkeiten mit einer gewissen Verlangsamung des Arbeitstempos und damit einer Verminderung des Rendements zu rechnen. Die von Dr. med. E. ____ im Februar 2015 postulierte Einschränkung von 50 % für leichte körperliche

Tätigkeiten lasse sich aufgrund der zum Begutachtungszeitpunkt nur leichten oder sogar sehr leichten Aktivität mit Oligoarthritis und praktisch nur linksseitigem Handbefall nicht rechtfertigen. Auch diese Einschätzung ist zu teilen.

Vor dem Hintergrund der leicht ausgeprägten depressiven Symptomatik lasse sich medizinisch-theoretisch eine höhergradige Arbeitsunfähigkeit nicht begründen. Aus fachpsychiatrischer Sicht rechtfertige sich aufgrund einer leicht verminderten psychischen Belastbarkeit, dem verminderten Selbstwert und Selbstvertrauen und einer vermehrten gedanklich-emotionalen Inanspruchnahme eine qualitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit für Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt von 20 %.

In der interdisziplinären Einschätzung der Arbeitsfähigkeit wird zusammengefasst die zuletzt ausgeübte Tätigkeit eines Mitarbeiters in der Storen-Schweisserei sowie die neu erlernte Tätigkeit des Automatikmonteurs aus rheumatologischen Gründen als unzumutbar erachtet. In einer dem somatischen Leiden angepassten Verweistätigkeit besteht aus integrativer versicherungsmedizinischer Sicht ein Leistungsvermögen von 70 bis 80 %. Dabei ist bei voller zeitlicher Zumutbarkeit von einer Einschränkung des Rendements von 20 - 30 % auszugehen, wobei sich die auf dem rheumatologischen und psychiatrischen Gebiet postulierten Einschränkungen überschneiden und das Rendement gleichermassen betreffen. Ob die diagnostizierten psychischen Störungen (Anpassungsstörung und Dysthymie) nach jüngster bundesgerichtlicher Rechtsprechung wie die depressiven Störungen leicht- bis mittelgradiger Natur einem strukturierten Beweisverfahren gemäss BGE 141 V 281 zu unterziehen sind oder nicht (vgl. hierzu Urteile des Bundesgerichts 8C_841/2016 und 8C_130/2017 vom 30. November 2017) kann insofern offen bleiben, denn mit oder ohne deren Berücksichtigung besteht auch aus somatischer Sicht eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit um 20 - 30 % in jeglichen Tätigkeiten.

In retrospektiver Hinsicht wird im Gutachten festgehalten, es sei davon auszugehen, dass eine medizinisch begründete Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit seit September 2003 bestehe. Nach der Umschulung auf den Beruf des Automatikmonteurs sei der Beschwerdeführer zu 100 % arbeitsfähig eingeschätzt worden. Aufgrund der im März 2014 diagnostizierten Psoriasisarthritis sei seit 2014 in der Tätigkeit als Automatikmonteur eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % attestiert worden, woran sich bis heute nichts geändert habe. Spätestens ab März 2014 sei von einer vollen Arbeitsunfähigkeit in dieser Tätigkeit auszugehen. Körperlich leichte Tätigkeiten z.B. im Informatik- oder Elektronikbereich könnten bei voller zeitlicher Leistungsfähigkeit ausgeübt werden, dies spätestens ab dem Zeitpunkt der aktuellen Begutachtung.

6.3 Zu prüfen bleibt, ob die zeitlich nach Erstellung des Gutachtens und Erlass der angefochtenen Verfügung erstellten Berichte von Dr. med. E.____ den Beweiswert des Gutachtens zu erschüttern vermögen. Diese lassen indessen keine Schlüsse darauf zu, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers bereits vor Erlass der angefochtenen Verfügung wieder massgeblich verschlechtert hat, obwohl auch im Gutachten der F.____ erwähnt wird, dass beim bestehenden somatischen Beschwerdebild eine Verschlechterung des Gesundheitszustands in Zukunft in Frage kommen könnte.

Dr. med. E.____ berichtet am 28. Februar 2017 (Beilage 3 zur Beschwerde vom 14. März 2017), seit der letzten Beurteilung der Arbeitsfähigkeit im August sei eine Verschlechterung des Krankheitszustandes eingetreten, weshalb er die Therapie mit einer neuen Medikation ausbauen müsse. Der Beschwerdeführer sei aus rheumatologischer Sicht

zu 100 % arbeitsunfähig. Worin die Verschlechterung liegt, wird nicht dargelegt. Der Einsatz einer neuen Medikation hatte zum Zeitpunkt der Berichterstattung offenbar noch nicht stattgefunden. In seinem Bericht vom 13. März 2017 (Beilage 5 zur Beschwerde vom 14. März 2017) erhebt Dr. med. E.____ sodann als Befund leicht schmerzhafte, diskret ausgeprägte Schwellungen einzelner PIP-Gelenke der Hände beidseits. Die Gänseleichen der Hände und Füsse seien beidseits negativ. Es bestünden keine Hinweise auf Enthesetiden oder Daktylitiden. Dieser Befund entspricht demjenigen der Begutachtung. Es liegt darin auch kein gravierenderer Befund als derjenige, den er selber noch am 11. März 2015 festgehalten hatte. Es ist daher nicht nachvollziehbar, weshalb er im Anschluss von einer Zunahme der entzündlichen Gelenksaktivität mit schmerzhaften Schwellungen der Fingergelenke spricht und eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % postuliert. In seinem Bericht vom 26. Juni 2017 (Beilage 6 zur Beschwerde vom 14. März 2017) führt Dr. med. E.____ schliesslich aus, im Vergleich zum Gutachten von August 2015 habe sich eine Zunahme der Fingergelenkschwellungen gezeigt. Ansonsten entspricht dieser Bericht wortwörtlich demjenigen vom 13. März 2017.

7. Nach dem Gesagten kann vollumfänglich auf das Gutachten der Begutachtungsstelle F.____ abgestellt werden. Demgemäss ist im Vergleich zum Zeitpunkt der ersten rentenablehnenden Verfügung am 20. Februar 2013 (IV-Nr. 147) eine relevante Verschlechterung des Gesundheitszustandes eingetreten. Damals betrug die Arbeitsfähigkeit für eine angepasste bzw. die umgeschulte Tätigkeit 100 %. Im Gutachten der F.____ Bern wird seit März 2014 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % für die Tätigkeit als Automatikmonteur festgelegt, die im Rahmen der ersten, rentenablehnenden Verfügung noch zur Bemessung des Invalideneinkommens herangezogen worden war. Die aktuelle gutachterliche Beurteilung erfolgte aufgrund einer neu hinzugekommenen Diagnose, die im Zeitpunkt der ersten Rentenverfügung noch nicht vorgelegen hatte. Für körperlich leichte Tätigkeiten besteht ab dem Begutachtungszeitpunkt bzw. Untersuchungszeitpunkt (28. Juli 2015) nunmehr eine Arbeitsfähigkeit von 70 - 80 %. Diese Einschränkung bezieht sich explizit auf die neu hinzugekommene Diagnose (Beeinträchtigungen seitens der teilweise entzündeten und versteiften Fingergelenke sowie Tendovaginitis einer Beugesehne der linken Hand). Gestützt auf die nachvollziehbare gutachterliche Schlussfolgerung, dass die von Dr. med. E.____ am 12. Februar 2015 (IV-Nr. 183) postulierte 50%ige Arbeitsfähigkeit für eine leichte Tätigkeit (aufgrund der Psoriasisarthritis) zum Begutachtungszeitpunkt nicht mehr zu rechtfertigen sei, da gegenwärtig nur eine leichte bis sehr leichte entzündliche Aktivität vorhanden sei, ist davon auszugehen, dass zwischen dem Zeitpunkt der letzten Untersuchung bei Dr. med. E.____ (23. Dezember 2014), die zu dieser Einschätzung führte, und dem Begutachtungszeitpunkt (28. Juli 2015) eine Verbesserung des gesundheitlichen Zustands eingetreten ist. Mangels anderer Hinweise ist für den Zeitraum 23. Dezember 2014 bis 28. Juli 2015 von der Einschätzung von Dr. med. E.____ und damit einer 50%igen Arbeitsunfähigkeit auch in einer leichten Tätigkeit auszugehen.

8. Bestritten ist vorliegend auch die Ermittlung des Invaliditätsgrades bzw. des Validens sowie des Invalideneinkommens. Einig sind sich die Parteien dahingehend, dass ein reiner Einkommensvergleich vorzunehmen ist, was auch korrekt ist.

8.1 Für die Bemessung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des Rentenbeginns überwiegend wahrscheinlich als Gesunde tatsächlich verdienen würde. Da die bisherige Tätigkeit im Gesundheitsfall vermutungsweise fortgesetzt worden wäre, ist in der Regel vom letzten Lohn auszugehen,

der vor Eintritt der Gesundheitsschädigung erzielt wurde. Dieser Verdienst ist wenn nötig der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung anzupassen (BGE 135 V 58 E. 3.1 S. 59). Ist eine Bestimmung aufgrund des zuletzt erzielten tatsächlichen Einkommens nicht möglich, wird stattdessen auf Tabellenlöhne, Erfahrungs- oder Durchschnittswerte abgestellt. Art. 16 ATSG nennt als Vergleichsgrundlage zum Einkommen nach Eintritt der Invalidität das Einkommen, das der Versicherte erzielen könnte, wenn er nicht invalid geworden wäre und nicht dasjenige, welches er nach einer erfolgreichen Umschulung verdienen könnte (Urteil des eidgenössischen Versicherungsgerichts I 479/04 vom 8. Februar 2005 E. 4.2.2). Somit ist als Valideneinkommen nicht dasjenige heranzuziehen, das der Beschwerdeführer im umgeschulten Beruf zu erzielen vermöchte, sondern dasjenige, das er mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erzielt hätte, wäre es nicht zu einer gesundheitlichen Beeinträchtigung gekommen. Konkrete Anhaltspunkte dafür, dass ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ein beruflicher Aufstieg im Sinne der von der IV-Stelle Aargau gewährten Umschulung und ein entsprechend höheres Einkommen tatsächlich realisiert worden wäre, bestehen nicht. Aus einer erfolgreichen Invalidenkarriere in einem neuen Tätigkeitsbereich darf nicht ohne Weiteres abgeleitet werden, die versicherte Person hätte ohne Invalidität eine vergleichbare Position auch im angestammten Tätigkeitsgebiet erreicht (Urteil des Bundesgerichts 8C_741/2016 vom 3. März 2017 E. 5). Der Beschwerdeführer hat zwar in seiner Heimat einen Hochschulabschluss als Bergbauingenieur erlangt. Seit seiner Einreise in die Schweiz im Jahr 1988 bis zur Kündigung der letzten Arbeitsstelle 2002 war er indessen als Mitarbeiter in einer Weberei (bis hin zum Maschinenführer) und als Textil-Schweisser tätig. Im Jahr 2003 absolvierte er einen CNC-Programmierungskurs. Diese Umstände lassen nicht darauf schliessen, dass er im Gesundheitsfall eine der Umschulung vergleichbare Karriere gemacht hätte. Seine letzte Arbeitsstelle bei der Firma B.____ in [] wurde aus wirtschaftlichen Gründen gekündigt (IV-Nr. 3 S. 4). Die Beschwerdegegnerin hat daher zur Bemessung des Valideneinkommens zu Recht auf einen Tabellenlohn der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) abgestellt.

Die Beschwerdegegnerin geht in der angefochtenen Verfügung von einem Valideneinkommen von CHF 74'446.00 aus. Die herangezogene Tabelle (TA1_tirage_skill_level) erweist sich als korrekt. Innerhalb dieser Tabelle wird auf Ziff. 05-43 (Sektor 2 Produktion), Kompetenzniveau 2, abgestellt und die Wochenstunden sowie der Nominallohnindex 2014 / 2015 werden aufgerechnet. Auch dies ist nicht zu beanstanden. Der Beschwerdeführer lässt hinsichtlich der Anwendung dieses Tabellenlohns vorbringen, es wäre mindestens auf das Kompetenzniveau 3 abzustellen, weil der Beschwerdeführer in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Abteilungsleiter tätig gewesen sei und eine Kaderfunktion innegehabt habe. Zudem verfüge er über die entsprechenden Fachausbildungen als Schweisser. Der Beschwerdeführer war in der B.____ als Abteilungsleiter offenbar auch zu 20 % mit Büroarbeit beschäftigt (IV-Nr. 30 S. 34). Über Fachausbildungen ist abgesehen von einem CNC-Programmierungskurs nichts bekannt. Das Kompetenzniveau 3 beinhaltet komplexe praktische Tätigkeiten, welche ein grosses Wissen in einem Spezialgebiet voraussetzen. Hiervon kann im vorliegenden Fall nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit ausgegangen werden. Zudem spricht der zuletzt erzielte Verdienst in der B.____ von CHF 5'100.00 monatlich (IV-Nr. 2 S. 4) bzw. das Jahreseinkommen 2001 gemäss IK-Auszug von CHF 63'700.00 (IV-Nr. 9 S. 9) dagegen. Passt man diesen Verdienst an die Teuerung an, resultiert kein Einkommen in der Höhe von CHF 7'236.00, wie es beim Kompetenzniveau 3 anzunehmen wäre. Vielmehr

bewegt sich der Lohn im Bereich des Kompetenzniveaus 2. Bei der Aufrechnung der Wochenstunden hat die Beschwerdegegnerin die betriebsübliche Arbeitszeit im Sektor 2 Produktion herangezogen (41,4), was ebenfalls nicht zu beanstanden ist. Somit beträgt das Valideneinkommen CHF 74'446.00.

8.2 In Bezug auf das Invalideneinkommen ist die Beschwerdegegnerin ebenfalls von einem Tabellenlohn ausgegangen. Dieser wird nicht moniert und erweist sich ebenfalls als korrekt. Dem Beschwerdeführer ist lediglich noch eine leichte Tätigkeit zumutbar, weshalb sich die Anwendung der Tabelle TA1_tirage_skill_level, Total Kompetenzniveau 1 Männer, aufdrängt. Nach Aufrechnung der Wochenstunden (41,7, da hier nicht mehr der Sektor 2 Produktion herangezogen wird) und an Anpassung an die Teuerung 2014 / 2015 resultiert ein Invalideneinkommen von CHF 66'710.00 für ein 100 %-Pensum, CHF 33'355.00 für ein 50 %-Pensum und CHF 50'032.00 für ein 75%-Pensum.

8.3 Der Beschwerdeführer stellt sich auf den Standpunkt, es sei ein maximaler leidensbedingter Abzug von 25 % zu gewähren. Die Beschwerdegegnerin hat einen solchen von 10 % vorgenommen.

Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert (Tabellenlohn) allenfalls zu kürzen (sog. leidensbedingter Abzug). 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 und je nach Ausprägung die versicherte Person deswegen die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten kann. Der Abzug ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen. Er darf 25 % nicht übersteigen und soll nicht automatisch, sondern nur dann erfolgen, wenn im Einzelfall Anhaltspunkte dafür bestehen, dass die versicherte Person wegen eines oder mehrerer dieser Merkmale ihre gesundheitlich bedingte (Rest-)Arbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem Einkommen verwerten kann. Ob ein Abzug vom Tabellenlohn vorzunehmen ist, ist ■ anders als die Bemessung der Höhe eines gewährten Abzugs ■ eine Rechtsfrage, die das Gericht frei prüft (BGE 137 V 71 E. 5.1 S. 72).

Für einen Abzug aufgrund der Merkmale wie Alter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie, die sich im konkreten Fall nicht lohnmindernd auswirken (vgl. hierzu Urteil des Bundesgerichts 9C_380/2015 vom 17. November 2015 E. 3.2.4, mit Hinweis, zur Frage der grundsätzlichen Nachfrage nach Hilfsarbeiten gemäss Kompetenzniveau 1 auf dem massgebenden hypothetischen ausgeglichenen Arbeitsmarkt) besteht kein Raum. Der Beschwerdeführer ist vollzeitlich arbeitsfähig, mit einer gewissen Leistungseinschränkung aufgrund der Psoriasisarthritis. Diesem Umstand wird mit der um 25 % eingeschränkten Leistungsfähigkeit bereits Rechnung getragen. Auch mit Blick auf das der Beschwerdegegnerin zustehende Ermessen, an dessen Stelle das gerichtliche Ermessen nicht ohne triftigen Grund treten darf (BGE 137 V 71 E. 5.2 S. 73 ff., 126 V 75 E. 6 S. 81), ist der gewährte leidensbedingte Abzug von 10 % nicht zu beanstanden.

9. Nach dem Gesagten sind der in der angefochtenen Verfügung vorgenommene Einkommensvergleich und die daraus ermittelten Invaliditätsgrade von 59 % (für die Zeit vom 23. Dezember 2014 bis 27. Juli 2015) und 39 % (ab dem 28. Juli 2015) korrekt. Was

den Beginn des Rentenanspruchs anbelangt, so wurde in der ursprünglichen Rentenverfügung der IV-Stelle Aargau ein Invaliditätsgrad von 0 % ermittelt. Gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG besteht ein Rentenanspruch, wenn die betroffene Person während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) war und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) ist. Diese Regelung muss auch dann gelten, wenn eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades bereits einmal verweigert wurde, denn diese Grundvoraussetzungen waren zum damaligen Zeitpunkt offensichtlich nicht erfüllt. Entgegen der vom Beschwerdeführer vorgebrachten Argumentation handelt es sich vorliegend nicht um einen Revisionsfall, sondern um eine Neuanschuldung. Auch hier ist das Wartejahr abzuwarten. Somit kann ein Rentenanspruch frühestens im März 2015 gegeben sein. Ebenfalls kommt die Regel gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG zur Anwendung, gemäss welcher der Rentenanspruch frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs entsteht (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_56/2016 vom 24. Oktober 2016 E. 3). Die Neuanschuldung erfolgte am 29. Oktober 2014 (IV-Nr. 168). Damit beginnt der Anspruch auf eine halbe Invalidenrente im April 2015. Zufolge Verbesserung des gesundheitlichen Zustands per 28. Juli 2015 ist dieser unter Berücksichtigung von Art. 88a Abs. 1 IVV bis zum 31. Oktober 2015 zu befristen. Die Beschwerde ist somit in Bezug auf die Ausrichtung weitergehende Rentenansprüche abzuweisen.

10. Der Beschwerdeführer lässt weiter berufliche Massnahmen beantragen, insbesondere bestehe Anspruch auf eine erneute Umschulung. Die Beschwerdegegnerin hat einen Anspruch auf berufliche Massnahmen mit der Begründung abgewiesen, dass der Beschwerdeführer noch im Rahmen der Begutachtung geäussert habe, sich nicht als arbeitsfähig zu betrachten. Da er eine maximale Arbeitsfähigkeit von 50 % in einer angepassten Tätigkeit geltend mache, bestünden zumindest Zweifel an seiner subjektiven Eingliederungsbereitschaft. Mit einer subjektiven Arbeitsfähigkeit von 50 % lasse sich keine eingliederungswirksame Umschulung realisieren. Sollte der Beschwerdeführer indessen bereit sein, das ermittelte Leistungsvermögen von 75 % zu verwerten, könne bei der Beschwerdegegnerin ein erneutes Gesuch für berufliche Eingliederungsmassnahmen gestellt werden.

Damit hat die Beschwerdegegnerin einen Anspruch auf berufliche Eingliederungsmassnahmen nicht abschliessend abgelehnt, sondern zum Ausdruck gebracht, dass solche geprüft würden, sofern der Beschwerdeführer die zumutbare Restarbeitsfähigkeit zu verwerten bereit sei. Im Rahmen dieses Beschwerdeverfahrens wird einerseits geltend gemacht, der Beschwerdeführer sei bereit gewesen, berufliche Massnahmen im Umfang von 50 % anzugehen und es dürften ihm solche nicht verwehrt werden, nur weil er das Rentenverdict nicht akzeptiere. Andererseits wird nun im Rahmen des Beschwerdeverfahrens eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes geltend gemacht, die zu einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit in jeglicher Tätigkeit führe, womit jegliche Eingliederungsbemühungen gar nicht angezeigt wären. Wohl kann alleine der Umstand, dass sich der Beschwerdeführer gegen die Verweigerung einer Rente wehrt, nicht genügen, die subjektive Eingliederungsbereitschaft zu verneinen. Demgegenüber ist aber auch nicht ersichtlich, dass er nach seiner Umschulung Anstalten getroffen hätte, die bestehende Restarbeitsfähigkeit zu verwerten. Die Beschwerdegegnerin verweist zudem darauf, dass dieser sich im Rahmen der Begutachtung dahingehend geäussert hat, sich selber eher an einem geschützten Arbeitsplatz ohne Stress zu sehen und auch deutlich zum

Ausdruck gebracht habe, eine Invalidenrente zu erwarten. Schliesslich reicht es nicht aus, eine 50%ige Eingliederungsbereitschaft anzubieten, wenn eine höhere Restarbeitsfähigkeit besteht. Gerade in Bezug auf eine vom Beschwerdeführer ebenfalls verlangte Umschulung ist der Beschwerdegegnerin zuzustimmen, wenn sie ausführt, in einem solchen Pensum erweise sich eine Umschulung als schwerlich durchführbar. Insofern ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin die Durchführung beruflicher Eingliederungsmassnahmen für den Moment abgelehnt hat. Die Beschwerde ist auch in diesem Punkt abzuweisen.

11.

11.1 Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung. Der Beschwerdeführer steht indessen ab Prozessbeginn im Genusse der unentgeltlichen Rechtspflege (vgl. Ziff. I. / 7 hiavor).

Die Kostenforderung ist bei Unterliegen der Partei mit unentgeltlichem Rechtsbeistand vom Gericht festzusetzen. Der Kanton entschädigt die unentgeltliche Rechtsbeistandin oder den unentgeltlichen Rechtsbeistand angemessen (Art. 122 Abs. 1 lit. a ZPO). Der unentgeltliche Rechtsbeistand hat am 29. September 2017 eine Kostennote eingereicht (A.S. 79 f.), worin er einen Kostenersatz von insgesamt CHF4'338.15 geltend macht. Dabei wird ein Aufwand von total 15,6 Stunden geltend gemacht, was angesichts des Aktenumfangs und der Schwierigkeit des Verfahrens grundsätzlich angemessen erscheint. Zu streichen sind die Positionen «Brief an Klient» vom 21. März 2017, 26. Mai 2017, 27. Juni 2017 und 26. September 2017 von jeweils 0,17 Stunden, da es sich dabei offensichtlich um die Zustellung von Kopien von Verfügungen des Versicherungsgerichts an den Klienten handelt, was Kanzleiaufwand darstellt, der im Honorar bereits inbegriffen ist und nicht separat vergütet wird. Somit reduziert sich der zu vergütende Aufwand auf 14,92 Stunden. Der Stundenansatz beträgt aufgrund des Kreisschreibens Nr. 1 der Gerichtsverwaltungskommission des Kantons Solothurn vom 18. September 2006 seit 1. Oktober 2006 bzw. § 179 Abs. 3 Gebührentarif (GT) CHF 180.00. Die Auslagen von CHF 116.80 sind ausgewiesen. In Anbetracht von Aufwand und Schwierigkeit des Prozesses ist die Kostenforderung auf CHF 3'026.60 festzusetzen (14,92 Stunden zu CHF 180.00, zuzügl. Auslagen und MwSt), zahlbar durch die Zentrale Gerichtskasse des Kantons Solothurn. Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren, wenn A. ___ zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 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. Der Nachzahlungsanspruch beträgt demgemäss inkl. Mehrwertsteuer CHF 805.70.

11.2 Aufgrund von Art. 69 Abs. 1bisIVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 - 1'000.00 festgelegt. Im vorliegenden Fall hat der Beschwerdeführer die gesamten Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen, die jedoch infolge Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege durch den Kanton Solothurn zu übernehmen sind (Art. 122 Abs. 1 lit. b ZPO). Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren, wenn A. ___ zur

Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

Demnach wird erkannt:

2. Die Kostenforderung des unentgeltlichen Rechtsbeistands, Rechtsanwalt Roger Zenari, wird auf CHF 3'026.60 (inkl. Auslagen und MwSt) festgesetzt, zahlbar durch die Zentrale Gerichtskasse des Kantons Solothurn. Vorbehalten bleiben der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren sowie der Nachzahlungsanspruch des unentgeltlichen Rechtsbeistands im Umfang von CHF 805.70 (inkl. MwSt), wenn A. ___ zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

3. Der Beschwerdeführer hat die Verfahrenskosten von CHF 600.00 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).

Rechtsmittel

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

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Die Vizepräsidentin Die Gerichtsschreiberin

Weber-Probst Fischer

Der vorliegende Entscheid wurde vom Bundesgericht mit Urteil 8C_220/2018 vom 14. November 2018 bestätigt.

E. 8

Februar 2017 sei aufzuheben. 2. Die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, dem Beschwerdeführer eine Invalidenrente nach Massgabe eines Invaliditätsgrades von mindestens 70 % zu entrichten. 3. Die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, dem Beschwerdeführer die vollumfänglichen beruflichen Massnahmen, insbesondere Umschulung, Berufsberatung und Arbeitsvermittlung zu gewähren. 4. Eventualiter sei die Streitsache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen zur Einholung einer polydisziplinären Begutachtung unter Einbezug der Disziplinen Innere Medizin, Rheumatologie, Orthopädie und Psychiatrie. 5. Dem Beschwerdeführer sei die vollumfängliche unentgeltliche Rechtspflege unter Beiordnung des unterzeichnenden Rechtsanwalts als unentgeltlichen Rechtsbeistand zu gewähren. Es sei bis zum Entscheid über den Anspruch auf unentgeltliche Rechtspflege auf die Erhebung eines Gerichtskostenvorschusses zu verzichten. 6. Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen. 6. Die Beschwerdegegnerin beantragt in ihrer Beschwerdeantwort vom 30. Mai 2017 (A.S. 58 ff.), die Beschwerde sei abzuweisen. 7. Mit Verfügung vom 1. Juni 2017 (A.S. 63 f.) gewährt das Versicherungsgericht dem Beschwerdeführer ab Prozessbeginn die unentgeltliche Rechtspflege und bestellt Rechtsanwalt Roger Zenari als unentgeltlichen

Rechtsbeistand. 8. Am 30. August 2017 lässt der Beschwerdeführer eine weitere Stellungnahme zu den Akten geben (A.S. 71 ff.). 9. Mit Eingabe vom 29. September 2017 (A.S. 78 ff.) reicht der unentgeltliche Rechtsbeistand eine Kostennote zu den Akten. 10. Auf die weiteren Ausführungen in den Rechtsschriften der Parteien wird, soweit erforderlich, in den folgenden Erwägungen eingegangen. Im Übrigen wird auf die Akten verwiesen. II. 1. Die Sachurteilsvoraussetzungen (Einhaltung von Frist und Form, örtliche und sachliche Zuständigkeit des angerufenen Gerichts) sind erfüllt. Auf die Beschwerde ist einzutreten. 2. 2.1 Die Beschwerdegegnerin legt in der angefochtenen Verfügung (A.S. 1 ff.) und ihrer Beschwerdeantwort (A.S. 58 ff.) dar, die medizinischen Abklärungen hätten ergeben, dass der Beschwerdeführer seit dem 25. März 2014 als Automatikmonteur zu 100 % arbeitsunfähig sei. Für eine angemessene Verweistätigkeit bestehe ab dem 23. Dezember 2014 (Untersuchung bei Dr. med. E.____) zunächst eine 50%ige Arbeitsfähigkeit und ab dem 28. Juli 2015 (bidisziplinäre Begutachtung) eine solche von 75 % (volles Arbeitspensum mit einer Leistungsminderung von 20 bis 30 %). Dem Umstand der behinderungsbedingten erschwerten Eingliederung habe man mit einem leidensbedingten Abzug von 10 % Rechnung getragen. Der Invaliditätsgrad betrage ab dem 1. April 2015 59 % und ab dem 28. Juli 2015 39 %. Im Vorbescheid sei noch eine befristete ganze Rente in Aussicht gestellt worden mit der Begründung, dass ab Ablauf des Wartejahres am 1. März 2015 für jegliche Verweistätigkeiten keine Arbeitsfähigkeit bestanden habe. Der behandelnde Rheumatologe, Dr. med. E.____, habe aber bereits im Bericht vom 12. Februar 2015 eine 50%ige Arbeitsfähigkeit für körperlich leichte Tätigkeiten attestiert. Diese Beurteilung gelte ab dem 23. Dezember 2014, dem Datum der letzten dem Bericht vorangegangenen Untersuchung. Die von Dr. med. E.____ postulierte Arbeitsunfähigkeit von 50 % hätten die Gutachter der F.____ anlässlich ihrer Untersuchung am 28. Juli 2015 nicht mehr rechtfertigen können. Für eine höhere Arbeitsunfähigkeit aufgrund eines psychischen Leidens bestünden keine Anhaltspunkte. Dafür, dass der Beschwerdeführer auch ohne gesundheitliche Einschränkung eine Ausbildung zum Automatikmonteur abgeschlossen hätte, gebe es keine Anhaltspunkte. Vielmehr wäre er im Gesundheitsfall in irgendeiner Branche als Produktionsmitarbeiter tätig. Es sei daher beim Valideneinkommen auf einen entsprechenden Tabellenlohn abzustellen. Den zuletzt erzielten Verdienst bei der Firma B.____ könne man nicht heranziehen, weil dem Beschwerdeführer aus wirtschaftlichen Gründen gekündigt worden sei. Im Übrigen habe der Beschwerdeführer nach Abschluss der Ausbildung nicht als Automatikmonteur gearbeitet. Bei der Firma B.____ habe er nur zu 20 % im Büro als Abteilungsleiter gearbeitet. Er habe dort einen Jahreslohn von CHF 63'700.00 erzielt. Der LSE-Lohn im Sektor 2 Produktion im Anforderungsniveau 3 liege deutlich darüber. Es sei daher auf das Anforderungsniveau 2 abzustellen. Anhaltspunkte für eine Validenkarriere gebe es nicht. Beim Invalideneinkommen rechtfertige sich kein höherer leidensbedingter Abzug. Den behinderungsbedingten Einschränkungen werde bereits mit einer Leistungseinschränkung von 20 – 30 % Rechnung getragen. Weil der Beschwerdeführer geltend mache, er wolle einen Arbeitsversuch zu 50 % starten, obwohl er gutachterlich festgestellt eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 75 % ausschöpfen könne, und weil er im Rahmen der Begutachtung klar zum Ausdruck gebracht habe, dass er eine Rente erwarte, seien berufliche Massnahmen nicht zu gewähren. Ein Gesuch um berufliche Massnahmen könne eingereicht werden, wenn der Beschwerdeführer bereit sei, die bestehende Leistungsfähigkeit auszuschöpfen. Der am 23. August 2016 eingereichte Bericht von Dr. med. E.____ vom 11. August 2016 entspreche in Ziff. 1 und 2 wortwörtlich den Angaben des Berichts vom 12. Februar 2015.

Es gehe daraus nicht hervor, wann die letzte Untersuchung erfolgt sei. In Anbetracht der gleichen Angaben dränge sich aber die Frage auf, ob nicht eine andere Beurteilung des gleichen medizinischen Sachverhalts vorliege. In diesem Fall würde kein befristeter Rentenanspruch bestehen. Die spärlichen klinischen Befunde vom 13. März 2017 seien nicht wesentlich divergent zu den Befunden, die anlässlich der Begutachtung erhoben worden seien. Daher sei der Nachweis einer relevanten Verschlechterung des Gesundheitszustandes im Zeitpunkt des Erlasses der Verfügung nicht erbracht.

2.2 Der Beschwerdeführer lässt dem in seiner Beschwerde (A.S. 12 ff.) und der Stellungnahme vom 30. August 2017 (A.S. 71 ff.) entgegenhalten, er sei im Rahmen der ihm gewährten Umschulung von der IV-Stelle Aargau mit nicht nachvollziehbarer Begründung genötigt worden, einem Wechsel in der Ausbildung zuzustimmen, obwohl er lieber die Ausbildung als Elektroniker abgeschlossen hätte. Der Anspruch auf berufliche Massnahmen sei von der Beschwerdegegnerin zu Unrecht abgewiesen worden. Der im Gutachten der F.____ angenommene Grad der Arbeitsunfähigkeit von 25 % sei zu tief. Der behandelnde Rheumatologe, Dr. med. E.____, sei damals noch von einer 50%igen Arbeitsunfähigkeit ausgegangen. Es sei im Rahmen der Einwandbegründung eindringlich dargelegt worden, dass der Beschwerdeführer einen Arbeitsversuch zu 50 % unbedingt versuchen wolle. Die Leistungsverweigerung der Beschwerdegegnerin aufgrund der Annahme, dass sich keine eingliederungswirksame Umschulung realisieren lasse, gehe nicht an. Es habe nötigen Charakter, wenn die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer Eingliederungsmassnahmen verwehre, wenn er sich gegen das Rentenverdict (Arbeitsfähigkeit von 70 bis 80 %) zur Wehr setze. Das Versicherungsgericht habe in anderen Fällen auch entschieden, dass der Umstand, dass sich eine versicherte Person gegen die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit wehre, nicht genüge, um die subjektive Eingliederungsfähigkeit zu verneinen. Zweifel an der Eingliederungsbereitschaft seien verfehlt. Der Beschwerdeführer habe mit Nachdruck um Eingliederungsmassnahmen gebeten und sei seit der erstmaligen Anmeldung bei der IV auch all diesen Massnahmen nachgekommen. Zudem sei das bisherige Verhalten der IV-Stelle Aargau bei der erstmaligen Umschulung zu kritisieren. In völlig unverständlicher Weise sei damals von der Institution Band angeregt worden, die begonnene Ausbildung zum Elektroniker in eine Lehre als Automatikmonteur umzuwandeln, obwohl damals schon erste somatische Probleme aufgetreten seien. Die Begründung, dass der Beschwerdeführer mehr Raum für seine Gesundheit brauche, sei nicht nachvollziehbar, weil ein Wechsel in eine intellektuell weniger fordernde, aber körperlich anspruchsvollere Arbeit erfolgt sei. Mit Schreiben der IV-Stelle vom 26. Juli 2010 sei der Beschwerdeführer förmlich gezwungen worden, dem Wechsel zuzustimmen, weil man ihm sonst angedroht habe, jegliche zukünftige Unterstützung zu verwehren. Weiter sei es skandalös, dass die Arbeitsvermittlung der IV den Fall, ohne dass eine erfolgreiche Arbeitsvermittlung hätte erfolgen können, mittendrin einfach abgebrochen habe. In körperlicher Hinsicht habe sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers mit Auftreten einer Psoriasis-Arthritis in erheblicher Weise verschlechtert. Ihm komme ein erneuter Umschulungsanspruch zu. Dieser sei früher schon bejaht worden. Zusätzlich verfüge er nun über eine Ausbildung als Automatikmonteur, er sei aber in diesem Beruf nicht mehr arbeitsfähig. Bereits der von der Beschwerdegegnerin ermittelte Invaliditätsgrad von 39 % berechtige längstens zu einer Umschulung. Im Weiteren laufe die unter Hinweis auf die eingeschränkte Arbeitsfähigkeit verweigerte Gewährung beruflicher Massnahmen der bundesgerichtlichen Rechtsprechung zuwider. Selbst bei voller Berentung und einer Teilarbeitsfähigkeit von nur noch 30 % halte das

Bundesgericht eine Umschulung unter Umständen für angezeigt. In medizinischer Hinsicht seien die Ausführungen des rheumatologischen Gutachters unzutreffend. Der internistisch-rheumatologische Befund äussere sich unzureichend und unvollständig zur Arthritiserkrankung. Die spätere Behauptung, dass der Aktivitätsgrad der Erkrankung heute eher leicht sei, sei so nicht nachvollziehbar und stehe in Widerspruch zur Berichterstattung von Dr. med. E.____. Dieser habe arthritische Befunde an beiden Händen und Füßen erhoben. Anhand seiner Berichte vom 11. und 23. August 2016 sei gerade nicht von einer sehr leichten bis leichten Form auszugehen. Mit Bericht vom 28. Februar 2017 sei nun sogar über eine Verschlechterung des rheumatologischen Zustands berichtet und ein Ausbauen der Medikation als notwendig erachtet worden. Der Beschwerdeführer werde in jeglicher Tätigkeit als zu 100 % arbeitsunfähig erachtet. Nachdem nur drei Wochen nach Erlass der angefochtenen Verfügung eine solche Verschlechterung postuliert werde, sei davon auszugehen, dass der Zustand bereits zum Zeitpunkt des Erlasses verschlechtert gewesen sei. Demgemäss sei ab einem noch exakt zu bestimmenden, jedoch vor Erlass der Verfügung liegenden Zeitpunkt von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit in jeglicher Tätigkeit auszugehen. Was die psychiatrische Begutachtung anbelange, sei festzustellen, dass der Rapport über den Befund auf eine erheblich grössere Ausprägung der Depressivität hindeute als postuliert. Insgesamt seien ausreichend viele Kriterien in Zahl und Schwere nach ICD-10 ausgewiesen, um mindestens eine mittelgradige Depression zu attestieren. Das Gutachten sei auch dahingehend widersprüchlich, dass teilweise eine Dysthymie und teilweise eine leichte Depression angenommen werde. Die angefochtene Verfügung sei auch unter revisionsrechtlichen Gesichtspunkten unzutreffend. Die Beschwerdegegnerin gehe von einer 50%igen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in ideal leidensadaptierter Tätigkeit bis 28. Juli 2015 aus und ab diesem Zeitpunkt von einer 25%igen. Zu berücksichtigen sei, dass auch in Zusammenhang mit einer rückwirkend zugesprochenen befristeten Rente die Revisionsvoraussetzungen erfüllt sein müssten. Demgemäss bedürfe es vorliegend einer wesentlichen Änderung des medizinischen Sachverhalts mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit zur Rentenaufhebung, nachdem der Anspruch bis 28. Juli 2015 anerkannt worden sei. Es könne aber nicht gesagt werden, dass sich der Gesundheitszustand ab Juli 2015 mit überwiegender Wahrscheinlichkeit verbessert hätte. Vielmehr handle es sich bei der Einschätzung der F.____ um eine unbeachtlich anderweitige ärztliche Einschätzung. Zu kritisieren sei schliesslich der Einkommensvergleich. Im Vorbescheid habe die Beschwerdegegnerin beim Valideneinkommen noch auf eine Tätigkeit als Automatikmonteur abgestellt. Hierbei hätte mindestens auf das Kompetenzniveau 2 abgestellt werden müssen. Weil daraus ein Rentenanspruch resultiert hätte, stelle die Beschwerdegegnerin nunmehr in der angefochtenen Verfügung nicht mehr auf diese Tätigkeit ab mit der Begründung, ohne Eintritt des Gesundheitsschadens hätte der Beschwerdeführer diese Tätigkeit nicht erlernt. Der Beschwerdeführer habe aber den entsprechenden Fachausweis vor der Neuanmeldung erlangt. Massgebend zur Bestimmung des Valideneinkommens seien die Verhältnisse vor der Neuanmeldung. Selbst wenn der Beschwerdegegnerin in diesem Punkt gefolgt würde, wäre der Einkommensvergleich fehlerhaft. Die Beschwerdegegnerin übersehe bei der Ermittlung des Tabellenlohns, dass der Beschwerdeführer in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit bei der Firma B.____ als Abteilungsleiter der Textilschweisserei fungiert habe. Er verfüge auch über entsprechende Fachausbildungen als Schweisser. Damit wäre auf das Total Sektor 2 Produktion, und mindestens auf das Kompetenzniveau 3 abzustellen. Daraus ergäbe sich ein Valideneinkommen, das noch höher wäre als dasjenige als Automatikmonteur. Ausserdem

habe eine Aufrechnung von mindestens 41,7 Wochenstunden zu erfolgen. Sodann erweise sich der leidensbedingte Abzug von 10 % als zu tief. Eine Tätigkeit müsste in erheblicher Weise leidensadaptiert ausgestaltet sein. Zudem komme nur noch Teilzeitarbeit in Frage. Der Beschwerdeführer sei seit längerer Zeit keiner Erwerbstätigkeit mehr nachgegangen. Weiter sei der gesundheitliche Verlauf äusserst ungewiss. Was die Ausführungen der Beschwerdegegnerin im Rahmen ihrer Beschwerdeantwort angehe, so sei der Bericht des RAD, auf den sich diese stütze, erst nach Erheben der Beschwerde eingeholt worden. Zudem seien die Feststellungen der RAD-Ärztin mit Verweis auf die Berichte von Dr. med. E. ___ schlicht falsch.

3. 3.1 Der massgebende Sachverhalt betrifft die Verneinung des Anspruchs des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente mit Verfügung vom 8. Februar 2017, weshalb die ab 1. Januar 2012 geltende Rechtslage zu berücksichtigen ist.

3.2 Nach der seit 1. Januar 2012 geltenden Rechtslage (6. IV-Revision) haben nach Art. 28 Abs. 1 Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.2) jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), und die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG, SR 830.1]) gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. b und c). Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente.

3.3 Wurde eine Rente wegen eines fehlenden oder zu geringen Invaliditätsgrades bereits einmal verweigert, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die versicherte Person glaubhaft macht, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (Art. 87 Abs. 2 und 3 Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV, SR 831.201]). Mit dieser Bestimmung soll verhindert werden, dass sich die Verwaltung nach vorausgegangener rechtskräftiger Rentenverweigerung immer wieder mit gleichlautenden und nicht näher begründeten, d.h. keine Veränderung des Sachverhalts darlegenden Rentengesuchen befassen muss (BGE 130 V 68 E. 5.2.3, 125 V 412 E. 2b, 117 V 200 E. 4b).

3.4 Tritt die Verwaltung – wie im vorliegenden Fall – auf eine Neuanmeldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 ATSG vorzugehen (AHI 1999 S. 84 E. 1b mit Hinweisen, bezogen auf Art. 41 a.F. IVG). Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zusätzlich noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine rentenbegründende Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 133 V 108, 117 V 198 E. 3a, 109 V 115 E. 2b). Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neuanmeldungsverfahren – analog zur Rentenrevision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG (vgl. BGE 105 V 30) – durch Vergleich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der ersten Ablehnungsverfügung bestanden hat, mit demjenigen zur Zeit der streitigen neuen Verfügung (BGE 130 V 73 E. 3.1 mit Hinweisen, AHI 1999 S. 84 E. 1b).

Dies gilt jedoch nur in Fällen, in denen seit der ersten Verfügung keine materielle Prüfung des Rentenanspruchs mehr stattgefunden hat, sondern einzig Nichteintretensverfügungen. 4.

4.1 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).

4.2 Das Administrativverfahren vor der IV-Stelle wie auch der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben IV-Stelle und Sozialversicherungsgericht den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichend Klarheit besteht. Der Untersuchungsgrundsatz weist enge Bezüge zum – auf Verwaltungs- und Gerichtsstufe ebenfalls in gleicher Weise geltenden – Prinzip der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c in fine ATSG) auf (einschliesslich die antizipierte Beweiswürdigung): Führt die pflichtgemässe, umfassende und sachbezogene Beweiswürdigung den Versicherungsträger oder das Gericht zur Überzeugung, der Sachverhalt sei hinreichend abgeklärt, darf von weiteren Untersuchungen (Beweismassnahmen) abgesehen werden. Ergibt die Beweiswürdigung jedoch, dass erhebliche Zweifel an Vollständigkeit und/oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellungen bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteil des Bundesgerichts 8C_308/2007 vom 9. April 2008 E. 2.2.1, mit vielen Hinweisen).

4.3 Der im Sozialversicherungsrecht massgebende Beweisgrad ist derjenige der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 117 V 194 E. 3b S. 194 f.). Das Bundesrecht schreibt nicht vor, wie die einzelnen Beweismittel zu würdigen sind. Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsbeschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352). Der Sozialversicherungsrichter hat alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf er bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum er auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten – d.h. der Anamnese – abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und in seinen Schlussfolgerungen begründet ist (AHI 1997 S. 121; BGE 122 V 157 E. 1c S. 160). Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten. Die Rechtsprechung erachtet es jedoch als mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (BGE 125 V 351 E. 3b S. 352 ff.). So ist einem im Rahmen des Administrativverfahrens eingeholten medizinischen Gutachten durch

externe Spezialärzte, welches auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten erstellt wurde und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangt, in der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 135 V 465 E. 4.4 S. 70). Andererseits ist der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Ärzte im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen mitunter eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 353). 5.

5.1 Der Leistungsanspruch des Beschwerdeführers wird durch den Vergleich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der letztmaligen materiellen Rentenprüfung – Verfügung vom 20. Februar 2013 (IV-Nr. 147) – und demjenigen, wie er zur Zeit der streitigen Verfügung vom 8. Februar 2017 (A.S. 1 ff.) bestanden hat, beurteilt (BGE 130 V 73 E. 3.1 mit Hinweisen, AHI 1999 S. 84 E. 1b). 5.2 Im Zeitpunkt der mit Verfügung vom 20. Februar 2013 erfolgten erstmaligen Rentenbeurteilung durch die damals zuständige IV-Stelle des Kantons Aargau lag in gesundheitlicher Hinsicht ein Gutachten der Begutachtungsstelle C.____ (Rheumatologie und Psychiatrie) vom 8. August 2007 (IV-Nr. 30) vor. Der Beweiswert dieser Einschätzungen ist unbestritten und die damalige Verweigerung einer Rente nach erfolgter Umschulung unangefochten geblieben. Gemäss dem erwähnten Gutachten lagen beim Beschwerdeführer folgende Diagnosen vor: mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: - chronisches panvertebrales Schmerzsyndrom, Exazerbation seit ca. 2001-2002 (ICD-10 M54.8) bei: Verdacht auf somatoforme Schmerzstörung Haltungsinsuffizienz diskreter Rotationsskoliose am BWS/LWS-Übergang anteriorer Blockwirbelbildung BWK12/LWK1 diskreten, degenerativen, altersentsprechenden Veränderungen mit Chondrosen vereinzelter Bandscheiben (MRI der BWS und LWS von 2002) Status nach Morbus Scheuermann - teilremittierte depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F32.01) - DD: Verdacht auf Dysthymia (ICD-10 F34.1) ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: - Osteopenie der Wirbelsäule bei: Testosteronmangel (Nachweis 2002) Bisphosphonattherapie seit 2003 und Testosteronsubstitution - Senkfüsse beidseits mit beginnendem Hallux valgus Die Ätiologie der beim Beschwerdeführer bestehenden panvertebralen Schmerzen wurde als gemischt interpretiert. Die anamnestische Schilderung der Schmerzsymptomatik, der Verlauf mit Verschlechterung auf physiotherapeutische Massnahmen und der körperliche Untersuchungsbefund mit Waddel-Zeichen sprächen für das Vorliegen einer im Vordergrund stehenden somatoformen Schmerzkomponente. Auffallend seien die Stärke der Schmerzen, die geringe Variation der Schmerzintensität und die Diskrepanz zwischen Intensität der Schmerzen, deren Ausdehnung sowie den doch diskreten und lokalisierten Befunden in den radiologischen und MRI-Aufnahmen. Es bestehe eine Haltungsinsuffizienz, die klinisch schon bei der Körperhaltung zu beobachten sei und auch im globalen Haltungstest deutlich werde. Die anteriore Blockwirbelbildung könne die Schmerzen nur teilweise erklären. Hinweise für eine entzündliche Komponente beständen nicht. Die nachgewiesene Osteopenie an der Wirbelsäule erkläre die Schmerzsymptomatik ebenfalls nicht. Aus rheumatologischer Sicht bestehe eine 100%ige Arbeitsfähigkeit für leichte und mittelschwere körperliche Tätigkeiten mit folgenden Einschränkungen: regelmässiger Positionswechsel, Vermeiden von Zwangshaltungen, Vermeiden von häufigem Heben über 25 kg bis Gürtelhöhe und 15 kg bis Brusthöhe. Arbeiten in Kälte, Zugluft und Überkopfarbeiten sollten zeitlich begrenzt erfolgen. Diese Einschätzung gelte seit 2002. In psychiatrischer Hinsicht habe sich beim Beschwerdeführer nach der Kündigung des letzten Arbeitsverhältnisses im Jahr 2002 eine depressive Symptomatik

entwickelt, die ca. 2003 / 2004 auch zu einer psychiatrischen Behandlung geführt habe. Nach seinen Angaben sei unter ambulant-psychotherapeutischer Behandlung eine Besserung des psychischen Zustandsbildes eingetreten, wenngleich verschiedene Belastungsfaktoren fortbeständen. Aufgrund der Befunde in den Selbstbeurteilungsfragebögen sei von einer leichten Verdeutlichungstendenz auszugehen. In Anbetracht der Gesamtbefunde sei ein leichtgradiges depressives Zustandsbild mit gedrückter Grundstimmung, eingeschränkter Schwingungsfähigkeit und Freudempfinden sowie Insuffizienz- und Schuldgefühlen gegenüber der Familie zu attestieren. Bei vorbekannter mittelgradig-depressiver Episode müsse die aktuelle Symptomatik im Sinne einer teilremittierten depressiven Symptomatik mit noch leichter Ausprägung festgehalten werden. Aufgrund der Lebensgeschichte und des Krankheitsverlaufs sei differentialdiagnostisch aber auch eine Dysthymia zu erwägen. Die Schmerzproblematik werde durch die depressive Symptomatik negativ beeinflusst. Ausserdem sei von einer Dekonditionierung mit Schmerzausweitung auszugehen. Eine eigenständige anhaltende somatoforme Schmerzstörung liege nicht vor. Aus rein psychiatrischer Sicht bestehe derzeit eine Arbeitsfähigkeit von 80 %. Die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht wäre in einer allfälligen Einschränkung aus somatischer Sicht mitenthalten. Retrospektiv sei aus somatischer Sicht die attestierte Arbeitsfähigkeit von 100 % für eine angepasste körperliche Tätigkeit auch rückwirkend anzunehmen. Im Bericht des behandelnden Psychotherapeuten vom 22. Dezember 2004 werde eine Verbesserung der Arbeitsfähigkeit auf 50 % bis ca. Juni 2005 erwartet. Zumindest ab diesem Zeitpunkt sei eine 50%ige Arbeitsfähigkeit anzunehmen. Ab Begutachtungszeitpunkt betrage die Arbeitsfähigkeit 80 %. Die IV-Stelle des Kantons Aargau übernahm im Anschluss die Kosten für eine Umschulung des Beschwerdeführers; dieser schloss eine Ausbildung zum Automatikmonteur im Juni 2012 erfolgreich ab (IV-Nr. 142). Die berufliche Integration wurde daraufhin beendet und die IV-Stelle des Kantons Aargau ging davon aus, dass der Beschwerdeführer nach einer ausreichenden Einarbeitungszeit ein 100%-Pensum bei voller Leistung in der freien Wirtschaft bewältigen könne (IV-Nr. 139). In der Rentenverfügung vom 20. Februar 2013 ging sie mit Blick auf das festgehaltene Invalideneinkommen (Tabellenlohn der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung LSE 2010, Ziff. 26, Niveau 3) von CHF 81'071.00 offensichtlich ebenfalls davon aus, dass der Beschwerdeführer nach der Umschulung zu 100 % als Automatikmonteur tätig sein und damit ein rentenausschliessendes Einkommen erzielen könne.

5.3 Folgender medizinischer Sachverhalt zeigte sich im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 8. Februar 2017:

5.3.1 Gemäss den Berichten von Dr. med. E. ___ vom 25. März, 24. Juni sowie 2. und 18. September 2014 (IV-Nr. 178 S. 3 ff.) sind beim Beschwerdeführer folgende Diagnosen zu stellen: - Psoriasis Arthritis EM 2010 ED 03/2014, HLA-B27 negativ, Status nach Daktylitis, Therapie: Beginn Leflunomid 03/2014, MTX 06/2010 bis 10/2010 (Transaminasenerhöhung). - Psoriasis, Verdacht auf Nagelpsoriasis - Osteopenie bei Testosteronmangel ED 2002 DXA-Messung vom 06/2014: LWS Z -1.7; Schenkelhals T -1.0 Status nach Behandlung mit Alendronat 2003 bis 2010, Status nach Testosteronsubstitution - Depression - Lumbovertebralsyndrom Der Beschwerdeführer leide seit Jahren unter teils nächtlich exazerbierten Schmerzen an Händen und Füßen. Aktuell gehe es um schmerzhafte Schwellungen der MCP-Gelenke sowie des PIP III Hand links. Auch die MTP-Gelenke seien schmerzhafte. Aufgrund des entzündlichen Charakters der Beschwerden sowie der klinischen Untersuchung mit positiven Gänslenzeichen und Synovitis PIP III Hand links seien die Beschwerden auf eine entzündliche

Gelenkerkrankung zurückzuführen. Bei anamnestisch Psoriasis, Status nach Daktylitis sowie Tenosynovitis der Flexorensehnen Dig. III links seien die Beschwerden am ehesten als Psoriasisarthritis zu interpretieren. Bei intermittierenden Schmerzen im Bereich des rechten Gesäßes müsse differentialdiagnostisch an einen axialen Gelenksbefall mit Sakroiliitis der Psoriasisarthritis gedacht werden. Seit Behandlungsbeginn mit Leflunomid sei es zu einer Reduktion der Gelenksbeschwerden gekommen, dennoch persistiere die schmerzhafte Schwellung PIP III Hand links. Das Gänselzeichen der Hände beidseits sei bei der Untersuchung im Juni 2014 indessen negativ. Eine Knochendichtemessung zeige Werte im oestopenischen Bereich. Im Rahmen der Abklärungen vor Beginn einer Behandlung mit einem TNF-a Hemmer habe ein durchgeführtes IGRA einen positiven Befund gezeigt, weshalb eine latente Tuberkulose nicht ausgeschlossen werden könne.

5.3.2 Im Arztbericht von Dr. med. E. ___ vom 12. Februar 2015 an die Beschwerdegegnerin (IV-Nr. 183) werden die gleichen Diagnosen genannt wie die in Ziff. 5.3.1 oben aufgeführten. Als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wird die Psoriasisarthritis deklariert. Die Arbeitsunfähigkeit als Automatikmonteur betrage 100 %. Für eine leichte Tätigkeit bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 50 %, wobei die letzte Untersuchung am 23. Dezember 2014 stattgefunden habe.

5.3.3 Im Arztbericht von Dr. med. I. ___, Facharzt für Innere Medizin, vom 8. März 2015 (IV-Nr. 184) werden eine Depression mit somatischem Syndrom, eine Osteopenie bei Testosteronmangel, ein chronisches WS-Syndrom und eine rheumatologische Polyarthritis als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit genannt.

5.3.4 Im Rahmen einer weiteren Berichterstattung von Dr. med. E. ___ vom 11. März 2015 (IV-Nr. 194.2 S. 1) wird festgehalten, der Beschwerdeführer sei seitens der Psoriasis Arthritis nahezu beschwerdefrei. Lediglich im Bereich PIP III Hand links persistiere eine indolente spindelförmige Schwellung des Gelenks.

5.3.5 Im von der Beschwerdegegnerin eingeholten bidisziplinären Gutachten der Begutachtungsstelle F. ___ vom 14. August 2015 (IV-Nr. 194.1), erstellt von Dr. med. G. ___, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, und Dr. med. H. ___, Facharzt für Rheumatologie FMH, erheben die Gutachter folgende Diagnosen: mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: - Oligoarthritis (ICD-10 M07.39) mit aktuellem Befall des linken Mittelfingerstrahls und möglicher Coxitis links mit/bei: DD: Psoriasis-Arthritis, Oligoarthritis mit anderer Zuordnung ED 3/2014, Erstmanifestation 2010 HLA-B27 negativ «somatoforme» Überlagerung im Rahmen der chronischen depressiven Verstimmung (Dysthymia) und erheblichen psychosozialen Problemen Aktuell: gegenwärtiger Aktivitätsgrad der Erkrankung leicht bis sehr leicht unter Leflunomid 10 mg sowie Salazopyrin 1000 mg täglich - Anpassungsstörung mit depressiver Reaktion bei erheblicher psychosozialer Belastung, auf dem Boden einer vorbestehenden Dysthymia (ICD-10 F43.21) - Dysthymia (ICD-10 F34.1) ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: - Osteopenie bei wahrscheinlichem Testosteronmangel (ICD-10 M81.99) - thorakoverbrales Schmerzsyndrom bei Status nach Morbus Scheuermann (ICD-10 M42.09) - anamnestisch Status nach längerdauernder mittelgradiger depressiver Episode, Erstdiagnose 2004 Subjektiv gebe der Beschwerdeführer an, gesundheitliche Hauptbeschwerden seien Schmerzen und Schwellungen mit Morgensteifigkeit in den Händen beidseits sowie zusätzlich wechselnde «Knochenschmerzen» in beiden Unterschenkeln und Vorderarmen. Zudem habe er auch Rückenschmerzen, z.B. nach längerem Sitzen, sowie Schmerzen im Schultergürtel-Nacken-Bereich und häufige Kopfschmerzen. Derzeit seien die Schmerzen erträglich. Er fühle sich ständig müde, körperlich schwach. Seine aktuelle Lebenssituation sei schwierig. Er habe seine Familie

verloren und keine Zukunftsperspektiven mehr. Auf Nachfrage nach psychischen Beschwerden, die nicht spontan geschildert worden seien, gebe der Beschwerdeführer an, die Lebensmotivation und die Kraft zum Kämpfen verloren zu haben. Er würde sich aber wegen der Kinder nichts antun. Zu Hause weine er viel und fühle sich traurig. Die Zukunft sehe er negativ. Auf Nachfrage gebe er einen verminderten Antrieb an. Wenn er nicht müsse, stehe er morgens sehr spät auf und mache nur, was er müsse. Er verspüre keinen Antrieb oder Motivation, etwas Schönes zu machen. Sein Appetit sei normal. Er habe ein vermehrtes Schlafbedürfnis, fühle sich aber morgens trotzdem nie ausgeruht. Die Konzentration sei nicht vermindert. Sein Selbstvertrauen und Selbstwertgefühl hätten gelitten durch die beruflichen Abstiege und die Entwertungen seiner Ehefrau. Manchmal denke er, dass er wertlos sei, aber auch nicht ständig. Einmal pro Monat suche der Beschwerdeführer den Hausarzt auf. Eine psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung bestehe zurzeit nicht, er wünsche sich aber eine solche. Psychopharmaka wolle er keine einnehmen. Aufgrund der Beeinträchtigungen seiner Hände und wegen seiner Kraftlosigkeit betrachte er sich derzeit nicht als arbeitsfähig. Der gutachterliche internistische Befund fällt unauffällig aus. Die Haut zeige im Bereich der Beine multiple rötliche, papelartige Erhebungen, dagegen keine Psoriasis-typisch flächigen Herde mit peripherer Schuppung. Auch die Finger- und Zehennägel zeigten zurzeit keine Psoriasis-typischen Veränderungen. Im rheumatologischen Befund zeige sich eine unbehinderte allgemeine Fortbewegung, das Gangbild sei flüssig. Im Bereich der Wirbelsäule stehe das Achsenorgan völlig lotrecht auf dem Becken mit absolut physiologischen Krümmungen der Sagittalebene. Die Untersuchung der Halsregion ergebe eine mässige Verspannung der zervikalen Streckmuskulatur, die jedoch nicht dolent erscheine. Umschriebene palpatorische Schmerzpunkte zeigten sich nicht. Bei der Lateralflexion der HWS zeige sich eine diskrete, schmerzlose Einschränkung nach beiden Seiten. Lumbal zeige sich bei Inklination ein Schober von 10/13 cm, Einschränkung der Inklination von ca. einem Drittel, ebenso der Reklination, beide schmerzfrei. Bei Lateralflexion nach links werde ein Schmerz in der linken Flankenregion empfunden, bei derjenigen nach rechts sei die Schmerzangabe beidseitig. Eine deutliche Druckdolenz finde sich lumbal einzig im Bereich des Segments L5/S1. In der Schulterregion und den oberen Extremitäten bestehe eine leicht dolente muskuläre Verspannungszone im Übergang des horizontalen zum oberen Trapeziusast rechts (links nicht vorhanden). Am linken Handrücken finde sich im Bereich des Os naviculare ein indolentes, leicht prominentes Ganglion. Die Handgelenke seien schmerzfrei und ungehindert mobil. Der linke Zeigefinger zeige eine deutlich synoviale Verdickung mit Druckempfindlichkeit des proximalen Interphalangealgelenks, eine angedeutete, weniger dolente Synovitis auch des Grundgelenks. In der linken Hohlhand sei die Beugesehne des linken Mittelfingers dolent, einer vermutlichen Tendinitis/Tendovaginitis entsprechend. Die Kompression der vier MCP links sei empfindlich. Beim Faustschluss zeige sich ein leichtes Defizit des linken Mittelfingers von ca. 1 cm. Die rechte Hand sei ohne manifeste Synovitiden, nur angedeutet bestehe ein positives Gaenslen-Kompressionszeichen der Grundgelenke. Der Faustschluss sei hier vollständig. Die Sehnenreflexe der oberen Extremitäten seien symmetrisch gut auslösbar, die Berührungssensibilität sei normal. Im Bereich des Beckens und der unteren Extremitäten wirke die ganze Beckenstatik symmetrisch. Eine diskrete Druckempfindlichkeit bestehe über beiden Iliosakralgelenken, ferner eine deutliche Druckempfindlichkeit der linken Leistenregion. Die Menell-Zeichen seien beidseits fraglich positiv. Die Innenrotation der Hüftgelenke sei etwas vermindert, wobei sich links ein

Schmerz im Bereich der Adduktorenmuskulatur von der Leiste bis gegen die Innenseite des Knies ergebe. Im Fussbereich gebe es keinen Nachweis von Synovitiden, der Gang sei auch auf Zehen und Fersen unbehindert möglich. In psychischer Hinsicht ergäben sich im Gespräch keine Hinweise auf Persönlichkeitsakzentuierungen. Der affektive Rapport lasse sich gut herstellen. Der Beschwerdeführer sei affektiv gut moduliert, wobei in Zusammenhang mit der aktuellen Lebenssituation nach der Trennung von der Ehefrau ein deutlicher Leidensdruck erkennbar werde. Hier wirke der Beschwerdeführer bei der Untersuchung emotional aufgewühlt und affektlabil, dies jedoch nicht durchgehend, sondern themenabhängig. Dazwischen fange er sich affektiv immer wieder ein und wirke dann jeweils subdepressiv herabgestimmt, ernst und nachdenklich. Während der Untersuchung seien keine übermässigen schmerzdemonstrativen Verhaltensweisen erkennbar. Lediglich ein- oder zweimal deute der Beschwerdeführer Rückenschmerzen an. Das Schmerzverhalten wirke insgesamt adäquat. Kognitiv seien während der Untersuchung klinisch keine Einschränkungen und keine Ermüdungszeichen erkennbar. 6. Die Beschwerdegegnerin stützt ihren ablehnenden Entscheid in Bezug auf die Diagnostik und die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit im Wesentlichen auf das von ihr eingeholte bidisziplinäre Gutachten der Begutachtungsstelle F. ___ vom 14. August 2015 (IV-Nr. 194.1), weshalb dessen Beweiswert zu prüfen ist. Der Beschwerdeführer wurde in den Disziplinen Rheumatologie und Psychiatrie und damit in den vorliegend relevanten Bereichen begutachtet. Das Gutachten erweist sich als vollständig. Es beruht auf umfassender Aktenkenntnis und -analyse und wurde von auf den entsprechenden Gebieten ausgewiesenen Fachpersonen erstellt. In dieser Hinsicht genügt es den Anforderungen an ein verwertbares Gerichtsgutachten. 6.1 Inhaltlich kommen die Gutachter zum nachvollziehbaren Schluss, dass in somatischer Hinsicht der auffälligste Befund ein zweifellos arthritischer, zurzeit aber nicht mehr sehr aktiver Befall des III. Strahls an der linken Hand sei. Dieser Mittelfinger weise einen Restzustand nach Arthritis im proximalen Interphalangealgelenk sowie im Grundgelenk auf, die zu einem leichten Flexionsdefizit des Fingers führe. Ferner bestehe eine wahrscheinliche Tendovaginitis der Beugesehne dieses Fingers. Bedingt durch den arthritischen Befall sei die Faustschlusskraft der linken Hand auf weniger als die Hälfte derjenigen der rechten reduziert. Zudem bestehe ein positives Gänse-Zeichen für die linke Hand. Das radiologische Bild der Hände zeige im dorso-ventralen Strahlengang hingegen völlig normale Verhältnisse beider Hände. Insbesondere bestünden keine gelenknahe Osteopenie und keine Andeutung von Usurierung in den zur Diskussion stehenden Fingergelenken. Die rechte Hand sei derzeit ohne manifeste Synovitiden. Es bestehe nur andeutend ein positives Gänse-Kompressionszeichen der Grundgelenke. Nicht ganz eindeutig sei der klinische Befund am linken Hüftgelenk. Es gebe einen gewissen Hinweis, dass hier eine leichte Coxitis vorliegen könnte. Die Lendenwirbelsäule zeige ebenfalls eine leichte funktionelle Einschränkung. Klinisch ergebe sich kein dringender Verdacht auf das Vorliegen einer Entzündung der Iliosakralgelenke. Mit Bezug auf die vom behandelnden Rheumatologen, Dr. med. E. ___, erstellten Berichte mit Diagnostizierung einer Psoriasis-Arthritis wird einleuchtend dargelegt, dass das zum Zeitpunkt des Gutachtens bestehende Bild demjenigen einer eher diskret schwelenden Oligoarthritis entspreche, womit sichere klinische Hinweise für eine Psoriasis-Arthritis zurzeit nicht vorlägen. Untermauert wird dies damit, dass die Hautmanifestationen an den Beinen nicht typischen Psoriasisherden entsprächen. Dennoch wird aufgrund der Anamnese diese Diagnose als die wahrscheinlichste angesehen. Differentialdiagnostisch könnte nach gutachterlicher Einschätzung aber auch eine anders zu

klassifizierende Form einer Oligiarthritis vorliegen, dies aber ohne Konsequenzen für die Behandlung. Zu Recht wird erwähnt, dass die Behandlung beim Beschwerdeführer gut zu wirken scheint, was sich mit den Ausführungen von Dr. med. E. ___ vom 11. März 2015 deckt. Es ist daher nachvollziehbar, dass der zum Zeitpunkt der Begutachtung vorliegende Aktivitätsgrad der Erkrankung als leicht bis sehr leicht bezeichnet wird. Die in der Vergangenheit diagnostizierte Osteopenie wird im Gutachten mit Verweis auf die im Juni 2014 durchgeführte Knochendichtemessung als klinisch bedeutungslos erachtet, da die Werte deutlich vom osteoporotischen Bereich entfernt lägen. Damit übereinstimmend wird festgehalten, dass es bisher auch zu keinen Osteoporose-verdächtigen Frakturen gekommen ist. Unter Umständen könne hier auch ein Behandlungserfolg, denn die vor den Behandlungen mit dem Bisphosphonat bzw. mit Testosteron gegebenen die Dichtewerte seien unbekannt und möglicherweise ungünstiger. Aufgrund der Befundlage und der vom Beschwerdeführer subjektiv geschilderten, intensiven Schilderung von Gelenkschmerzen wird im Gutachten stimmig ausgeführt, dass von einer gewissen erhöhten Schmerzempfindlichkeit auszugehen ist, die durch die etwas depressiv wirkende Grundstimmung schmerzverstärkenden Charakter hat. Im Rahmen der psychiatrischen Untersuchung wird psychopathologisch eine themenadäquate, intermittierende Affektlabilität mit emotionaler Aufgewühltheit als im Vordergrund stehend erachtet. Auch diese Einschätzung ist unter Berücksichtigung der vom Beschwerdeführer geschilderten belastenden Lebenssituation mit Trennung von der Ehefrau und Ablehnung durch die eigenen Kinder nachvollziehbar. Die psychiatrische Fachgutachterin schildert diesbezüglich, dass die Grundstimmung zu Beginn der Untersuchung durchaus euthym gewesen sei, wobei aber in Zusammenhang mit der Schilderung der aktuellen Lebenssituation ein hoher Leidensdruck mit Gefühlen von Trauer, Enttäuschung und Perspektivlosigkeit spürbar gewesen sei. Dazwischen habe sich der Beschwerdeführer jedoch affektiv immer wieder aufgefangen und insgesamt leicht, d.h. subdepressiv herabgestimmt gewirkt, ernst und nachdenklich, jedoch affektiv gut moduliert mit erhaltener Schwingungsfähigkeit bei leicht gegen den depressiven Pol hin verschobenem Spektrum affektiver Tönungen und normalem Antriebsverhalten. Anamnestisch hätten sich auf Nachfrage Hinweise auf eine Befindlichkeitsstörung von depressivem Gepräge mit einer häufig traurigen Verstimmung, einem Verlust der Lebensmotivation, einer Verminderung der Vitalgefühle sowie einer Verminderung von Interesse an angenehmen Tätigkeiten sowie einer leichten Antriebsminderung gefunden. Nachvollziehbar wird dargelegt, dass diese, nur auf Nachfrage geäußerten psychischen Beschwerden formaldiagnostisch die Kriterien für eine leichte depressive Episode erfüllen würden, der klinische Befund aber nicht dazu passe. Dieser Beurteilung ist angesichts der guten affektiven Modulationsfähigkeit, der subdepressiven Stimmungslage und den unauffälligen psychischen Grundfunktionen zu folgen und damit von einem leichten depressiven Verstimmungszustand zu sprechen, das derzeit nicht das Ausmass einer leichten oder mittelschweren depressiven Episode erreicht. Die Befindlichkeitsstörung wird gegenwärtig diagnostisch am ehesten einer Anpassungsstörung mit depressiver Reaktion (ICD-10 F43.21) zugeordnet, wobei differentialdiagnostisch das Vorliegen einer leichten depressiven Episode nicht ganz ausgeschlossen wird. Die Gutachterin verweist in diesem Zusammenhang auf die Aktenlage, wo 2004 erstmals eine mittelgradige Depression beschrieben wird, die auch psychopharmakologisch behandelt wurde. Die Behandlung erfolgte aber nicht bei einem entsprechenden Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, sondern einem türkisch sprechenden Neurologen (Dr. med. J. ___). Die von ihm erhobene

Diagnose einer langdauernden, ausgeprägten Depression muss daher mit Vorsicht behandelt werden. Nicht mit einer solchen Diagnose in Einklang steht, dass neben einer Medikation mit Efexor stützende Gespräche nur in zwei- bis dreimonatigen Abständen stattgefunden haben. Zum Zeitpunkt der Begutachtung fand gar keine psychotherapeutische Behandlung statt. Auch weil der Beschwerdeführer in der Lage war, von 2008 bis 2012 eine Umschulung zu absolvieren, wird gutachterlich das Vorliegen einer mittelgradigen Depression als unwahrscheinlich angesehen. Schliesslich wird auf die Begutachtung im Jahr 2007 verwiesen, in deren Rahmen eine teilremittierte depressive Episode mit somatischem Syndrom diagnostiziert und differentialdiagnostisch eine Dysthymie erwogen wurde. Daher wird in der aktuellen Begutachtung eine anhaltende, leichtere depressive Verstimmung im Sinne einer der im Gutachten 2007 vermuteten Dysthymie (ICD-10 F34.1) als wahrscheinlich angesehen. Diese Diagnose wird nun mit Verweis auf den Längsverlauf nachvollziehbar bestätigt. Eine eigenständige somatoforme Schmerzstörung wird indessen, wie bereits 2007, nicht diagnostiziert, was mit Blick darauf, dass es am zentralen diagnostischen Kriterium eines schweren, quälenden Schmerzes fehlt, einleuchtend erscheint. Weiter wirke auch das Ausdrucks- und Interaktionsverhalten nicht im engeren Sinne somatoform ausgestaltet. Berücksichtige man die persönliche Anamnese des Beschwerdeführers, liessen sich zwar schon seit Jahren recht erhebliche psychosoziale Belastungen eruieren, die als Ursache für die Manifestation einer somatoformen Schmerzstörung grundsätzlich in Frage kämen. Andererseits beschreibe der Beschwerdeführer bei sommerlichem Klima eine deutlich geringere Schmerzaktivität, obwohl gleichzeitig ein ganz erheblicher psychosozialer Stressor vorliege. Dies spreche gegen eine krankheitswertige somatoforme Überlagerung.

6.2 Als nachvollziehbar erweist sich auch die gutachterliche Beurteilung der Arbeitsfähigkeit, wobei das rheumatisch-entzündliche Leiden mit nennenswerter Einschränkung der Handkraft links wie auch einem möglichen Betroffen-Sein des linken Hüftgelenks für den Beruf als Automatik-Mechanikers als ungünstig angesehen wird. Die Gutachter schliessen sich gestützt darauf der Ansicht des behandelnden Rheumatologen an und deklarieren für diese Tätigkeit eine Arbeitsunfähigkeit von 100 %. Für eine leichte Tätigkeit, z.B. im Informatik- oder Elektronikbereich, wird indessen in Abweichung von der Beurteilung des behandelnden Rheumatologen eine Arbeitsfähigkeit von 70 - 80 % angenommen. Die Einschränkung von 20 - 30 % ergibt sich nach schlüssiger gutachterlicher Beurteilung aus den Beeinträchtigungen seitens der teilweise entzündeten und teilversteiften Fingergelenke und Tendovaginitis einer Beugesehne der linken Hand. Es sei daher bei allen manuellen Tätigkeiten mit einer gewissen Verlangsamung des Arbeitstempos und damit einer Verminderung des Rendements zu rechnen. Die von Dr. med. E.____ im Februar 2015 postulierte Einschränkung von 50 % für leichte körperliche Tätigkeiten lasse sich aufgrund der zum Begutachtungszeitpunkt nur leichten oder sogar sehr leichten Aktivität mit Oligoarthritis und praktisch nur linksseitigem Handbefall nicht rechtfertigen. Auch diese Einschätzung ist zu teilen. Vor dem Hintergrund der leicht ausgeprägten depressiven Symptomatik lasse sich medizinisch-theoretisch eine höhergradige Arbeitsunfähigkeit nicht begründen. Aus fachpsychiatrischer Sicht rechtfertige sich aufgrund einer leicht verminderten psychischen Belastbarkeit, dem verminderten Selbstwert und Selbstvertrauen und einer vermehrten gedanklich-emotionalen Inanspruchnahme eine qualitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit für Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt von 20 %. In der interdisziplinären Einschätzung der Arbeitsfähigkeit wird zusammengefasst die zuletzt ausgeübte Tätigkeit eines Mitarbeiters in der Storen-Schweisserei sowie die neu

erlernte Tätigkeit des Automatikmonteurs aus rheumatologischen Gründen als unzumutbar erachtet. In einer dem somatischen Leiden angepassten Verweistätigkeit besteht aus integrativer versicherungsmedizinischer Sicht ein Leistungsvermögen von 70 bis 80 %. Dabei ist bei voller zeitlicher Zumutbarkeit von einer Einschränkung des Rendements von 20 - 30 % auszugehen, wobei sich die auf dem rheumatologischen und psychiatrischen Gebiet postulierten Einschränkungen überschneiden und das Rendement gleichermaßen betreffen. Ob die diagnostizierten psychischen Störungen (Anpassungsstörung und Dysthymie) nach jüngster bundesgerichtlicher Rechtsprechung wie die depressiven Störungen leicht- bis mittelgradiger Natur einem strukturierten Beweisverfahren gemäss BGE 141 V 281 zu unterziehen sind oder nicht (vgl. hierzu Urteile des Bundesgerichts 8C_841/2016 und 8C_130/2017 vom 30. November 2017) kann insofern offen bleiben, denn mit oder ohne deren Berücksichtigung besteht auch aus somatischer Sicht eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit um 20 - 30 % in jeglichen Tätigkeiten. In retrospektiver Hinsicht wird im Gutachten festgehalten, es sei davon auszugehen, dass eine medizinisch begründete Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit seit September 2003 bestehe. Nach der Umschulung auf den Beruf des Automatikmonteurs sei der Beschwerdeführer zu 100 % arbeitsfähig eingeschätzt worden. Aufgrund der im März 2014 diagnostizierten Psoriasisarthritis sei seit 2014 in der Tätigkeit als Automatikmonteur eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % attestiert worden, woran sich bis heute nichts geändert habe. Spätestens ab März 2014 sei von einer vollen Arbeitsunfähigkeit in dieser Tätigkeit auszugehen. Körperlich leichte Tätigkeiten z.B. im Informatik- oder Elektronikbereich könnten bei voller zeitlicher Leistungsfähigkeit ausgeübt werden, dies spätestens ab dem Zeitpunkt der aktuellen Begutachtung.

6.3 Zu prüfen bleibt, ob die zeitlich nach Erstellung des Gutachtens und Erlass der angefochtenen Verfügung erstellten Berichte von Dr. med. E.____ den Beweiswert des Gutachtens zu erschüttern vermögen. Diese lassen indessen keine Schlüsse darauf zu, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers bereits vor Erlass der angefochtenen Verfügung wieder massgeblich verschlechtert hat, obwohl auch im Gutachten der F.____ erwähnt wird, dass beim bestehenden somatischen Beschwerdebild eine Verschlechterung des Gesundheitszustands in Zukunft in Frage kommen könnte. Dr. med. E.____ berichtet am 28. Februar 2017 (Beilage 3 zur Beschwerde vom 14. März 2017), seit der letzten Beurteilung der Arbeitsfähigkeit im August sei eine Verschlechterung des Krankheitszustandes eingetreten, weshalb er die Therapie mit einer neuen Medikation ausbauen müsse. Der Beschwerdeführer sei aus rheumatologischer Sicht zu 100 % arbeitsunfähig. Worin die Verschlechterung liegt, wird nicht dargelegt. Der Einsatz einer neuen Medikation hatte zum Zeitpunkt der Berichterstattung offenbar noch nicht stattgefunden. In seinem Bericht vom 13. März 2017 (Beilage 5 zur Beschwerde vom 14. März 2017) erhebt Dr. med. E.____ sodann als Befund leicht schmerzhaft, diskret ausgeprägte Schwellungen einzelner PIP-Gelenke der Hände beidseits. Die Gännsleichen der Hände und Füsse seien beidseits negativ. Es bestünden keine Hinweise auf Enthesetiden oder Daktylitiden. Dieser Befund entspricht demjenigen der Begutachtung. Es liegt darin auch kein gravierenderer Befund als derjenige, den er selber noch am 11. März 2015 festgehalten hatte. Es ist daher nicht nachvollziehbar, weshalb er im Anschluss von einer Zunahme der entzündlichen Gelenksaktivität mit schmerzhaften Schwellungen der Fingergelenke spricht und eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % postuliert. In seinem Bericht vom 26. Juni 2017 (Beilage 6 zur Beschwerde vom 14. März 2017) führt Dr. med. E.____ schliesslich aus, im Vergleich zum Gutachten von August 2015 habe sich eine Zunahme der Fingergelenkschwellungen

gezeigt. Ansonsten entspricht dieser Bericht wortwörtlich demjenigen vom 13. März 2017.

7. Nach dem Gesagten kann vollumfänglich auf das Gutachten der Begutachtungsstelle F.____ abgestellt werden. Demgemäss ist im Vergleich zum Zeitpunkt der ersten rentenablehnenden Verfügung am 20. Februar 2013 (IV-Nr. 147) eine relevante Verschlechterung des Gesundheitszustandes eingetreten. Damals betrug die Arbeitsfähigkeit für eine angepasste bzw. die umgeschulte Tätigkeit 100 %. Im Gutachten der F.____ Bern wird seit März 2014 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % für die Tätigkeit als Automatikmonteur festgelegt, die im Rahmen der ersten, rentenablehnenden Verfügung noch zur Bemessung des Invalideneinkommens herangezogen worden war. Die aktuelle gutachterliche Beurteilung erfolgte aufgrund einer neu hinzugekommenen Diagnose, die im Zeitpunkt der ersten Rentenverfügung noch nicht vorgelegen hatte. Für körperlich leichte Tätigkeiten besteht ab dem Begutachtungszeitpunkt bzw. Untersuchungszeitpunkt (28. Juli 2015) nunmehr eine Arbeitsfähigkeit von 70 - 80 %. Diese Einschränkung bezieht sich explizit auf die neu hinzugekommene Diagnose (Beeinträchtigungen seitens der teilweise entzündeten und versteiften Fingergelenke sowie Tendovaginitis einer Beugesehne der linken Hand). Gestützt auf die nachvollziehbare gutachterliche Schlussfolgerung, dass die von Dr. med. E.____ am 12. Februar 2015 (IV-Nr. 183) postulierte 50%ige Arbeitsfähigkeit für eine leichte Tätigkeit (aufgrund der Psoriasisarthritis) zum Begutachtungszeitpunkt nicht mehr zu rechtfertigen sei, da gegenwärtig nur eine leichte bis sehr leichte entzündliche Aktivität vorhanden sei, ist davon auszugehen, dass zwischen dem Zeitpunkt der letzten Untersuchung bei Dr. med. E.____ (23. Dezember 2014), die zu dieser Einschätzung führte, und dem Begutachtungszeitpunkt (28. Juli 2015) eine Verbesserung des gesundheitlichen Zustands eingetreten ist. Mangels anderer Hinweise ist für den Zeitraum 23. Dezember 2014 bis 28. Juli 2015 von der Einschätzung von Dr. med. E.____ und damit einer 50%igen Arbeitsunfähigkeit auch in einer leichten Tätigkeit auszugehen.

8. Bestritten ist vorliegend auch die Ermittlung des Invaliditätsgrades bzw. des Validen- sowie des Invalideneinkommens. Einig sind sich die Parteien dahingehend, dass ein reiner Einkommensvergleich vorzunehmen ist, was auch korrekt ist.

8.1 Für die Bemessung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des Rentenbeginns überwiegend wahrscheinlich als Gesunde tatsächlich verdienen würde. Da die bisherige Tätigkeit im Gesundheitsfall vermutungsweise fortgesetzt worden wäre, ist in der Regel vom letzten Lohn auszugehen, der vor Eintritt der Gesundheitsschädigung erzielt wurde. Dieser Verdienst ist wenn nötig der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung anzupassen (BGE 135 V 58 E. 3.1 S. 59). Ist eine Bestimmung aufgrund des zuletzt erzielten tatsächlichen Einkommens nicht möglich, wird stattdessen auf Tabellenlöhne, Erfahrungs- oder Durchschnittswerte abgestellt. Art. 16 ATSG nennt als Vergleichsgrundlage zum Einkommen nach Eintritt der Invalidität das Einkommen, das der Versicherte erzielen könnte, wenn er nicht invalid geworden wäre und nicht dasjenige, welches er nach einer erfolgreichen Umschulung verdienen könnte (Urteil des eidgenössischen Versicherungsgerichts I 479/04 vom 8. Februar 2005 E. 4.2.2). Somit ist als Valideneinkommen nicht dasjenige heranzuziehen, das der Beschwerdeführer im umgeschulten Beruf zu erzielen vermöchte, sondern dasjenige, das er mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erzielt hätte, wäre es nicht zu einer gesundheitlichen Beeinträchtigung gekommen. Konkrete Anhaltspunkte dafür, dass ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ein beruflicher Aufstieg im Sinne der von der IV-Stelle Aargau gewährten Umschulung und ein entsprechend höheres Einkommen tatsächlich realisiert worden wäre, bestehen nicht. Aus einer erfolgreichen Invalidenkarriere in einem neuen Tätigkeitsbereich

darf nicht ohne Weiteres abgeleitet werden, die versicherte Person hätte ohne Invalidität eine vergleichbare Position auch im angestammten Tätigkeitsgebiet erreicht (Urteil des Bundesgerichts 8C_741/2016 vom 3. März 2017 E. 5). Der Beschwerdeführer hat zwar in seiner Heimat einen Hochschulabschluss als Bergbauingenieur erlangt. Seit seiner Einreise in die Schweiz im Jahr 1988 bis zur Kündigung der letzten Arbeitsstelle 2002 war er indessen als Mitarbeiter in einer Weberei (bis hin zum Maschinenführer) und als Textil-Schweisser tätig. Im Jahr 2003 absolvierte er einen CNC-Programmierungskurs. Diese Umstände lassen nicht darauf schliessen, dass er im Gesundheitsfall eine der Umschulung vergleichbare Karriere gemacht hätte. Seine letzte Arbeitsstelle bei der Firma B.____ in [...] wurde aus wirtschaftlichen Gründen gekündigt (IV-Nr. 3 S. 4). Die Beschwerdegegnerin hat daher zur Bemessung des Valideneinkommens zu Recht auf einen Tabellenlohn der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) abgestellt. Die Beschwerdegegnerin geht in der angefochtenen Verfügung von einem Valideneinkommen von CHF 74'446.00 aus. Die herangezogene Tabelle (TA1_tirage_skill_level) erweist sich als korrekt. Innerhalb dieser Tabelle wird auf Ziff. 05-43 (Sektor 2 Produktion), Kompetenzniveau 2, abgestellt und die Wochenstunden sowie der Nominallohnindex 2014 / 2015 werden aufgerechnet. Auch dies ist nicht zu beanstanden. Der Beschwerdeführer lässt hinsichtlich der Anwendung dieses Tabellenlohns vorbringen, es wäre mindestens auf das Kompetenzniveau 3 abzustellen, weil der Beschwerdeführer in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Abteilungsleiter tätig gewesen sei und eine Kaderfunktion innegehabt habe. Zudem verfüge er über die entsprechenden Fachausbildungen als Schweisser. Der Beschwerdeführer war in der B.____ als Abteilungsleiter offenbar auch zu 20 % mit Büroarbeit beschäftigt (IV-Nr. 30 S. 34). Über Fachausbildungen ist abgesehen von einem CNC-Programmierungskurs nichts bekannt. Das Kompetenzniveau 3 beinhaltet komplexe praktische Tätigkeiten, welche ein grosses Wissen in einem Spezialgebiet voraussetzen. Hiervon kann im vorliegenden Fall nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit ausgegangen werden. Zudem spricht der zuletzt erzielte Verdienst in der B.____ von CHF 5'100.00 monatlich (IV-Nr. 2 S. 4) bzw. das Jahreseinkommen 2001 gemäss IK-Auszug von CHF 63'700.00 (IV-Nr. 9 S. 9) dagegen. Passt man diesen Verdienst an die Teuerung an, resultiert kein Einkommen in der Höhe von CHF 7'236.00, wie es beim Kompetenzniveau 3 anzunehmen wäre. Vielmehr bewegt sich der Lohn im Bereich des Kompetenzniveaus 2. Bei der Aufrechnung der Wochenstunden hat die Beschwerdegegnerin die betriebsübliche Arbeitszeit im Sektor 2 Produktion herangezogen (41,4), was ebenfalls nicht zu beanstanden ist. Somit beträgt das Valideneinkommen CHF 74'446.00.

8.2 In Bezug auf das Invalideneinkommen ist die Beschwerdegegnerin ebenfalls von einem Tabellenlohn ausgegangen. Dieser wird nicht moniert und erweist sich ebenfalls als korrekt. Dem Beschwerdeführer ist lediglich noch eine leichte Tätigkeit zumutbar, weshalb sich die Anwendung der Tabelle TA1_tirage_skill_level, Total Kompetenzniveau 1 Männer, aufdrängt. Nach Aufrechnung der Wochenstunden (41,7, da hier nicht mehr der Sektor 2 Produktion herangezogen wird) und an Anpassung an die Teuerung 2014 / 2015 resultiert ein Invalideneinkommen von CHF 66'710.00 für ein 100 %-Pensum, CHF 33'355.00 für ein 50 %-Pensum und CHF 50'032.00 für ein 75 %-Pensum.

8.3 Der Beschwerdeführer stellt sich auf den Standpunkt, es sei ein maximaler leidensbedingter Abzug von 25 % zu gewähren. Die Beschwerdegegnerin hat einen solchen von 10 % vorgenommen. Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert (Tabellenlohn) allenfalls zu kürzen (sog. leidensbedingter

Abzug). 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 und je nach Ausprägung die versicherte Person deswegen die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten kann. Der Abzug ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen. Er darf 25 % nicht übersteigen und soll nicht automatisch, sondern nur dann erfolgen, wenn im Einzelfall Anhaltspunkte dafür bestehen, dass die versicherte Person wegen eines oder mehrerer dieser Merkmale ihre gesundheitlich bedingte (Rest-)Arbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem Einkommen verwerten kann. Ob ein Abzug vom Tabellenlohn vorzunehmen ist, ist – anders als die Bemessung der Höhe eines gewährten Abzugs – eine Rechtsfrage, die das Gericht frei prüft (BGE 137 V 71 E. 5.1 S. 72). Für einen Abzug aufgrund der Merkmale wie Alter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie, die sich im konkreten Fall nicht lohnmindernd auswirken (vgl. hierzu Urteil des Bundesgerichts 9C_380/2015 vom 17. November 2015 E. 3.2.4, mit Hinweis, zur Frage der grundsätzlichen Nachfrage nach Hilfsarbeiten gemäss Kompetenzniveau 1 auf dem massgebenden hypothetischen ausgeglichenen Arbeitsmarkt) besteht kein Raum. Der Beschwerdeführer ist vollzeitlich arbeitsfähig, mit einer gewissen Leistungseinschränkung aufgrund der Psoriasisarthritis. Diesem Umstand wird mit der um 25 % eingeschränkten Leistungsfähigkeit bereits Rechnung getragen. Auch mit Blick auf das der Beschwerdegegnerin zustehende Ermessen, an dessen Stelle das gerichtliche Ermessen nicht ohne triftigen Grund treten darf (BGE 137 V 71 E. 5.2 S. 73 ff., 126 V 75 E. 6 S. 81), ist der gewährte leidensbedingte Abzug von 10 % nicht zu beanstanden. 9. Nach dem Gesagten sind der in der angefochtenen Verfügung vorgenommene Einkommensvergleich und die daraus ermittelten Invaliditätsgrade von 59 % (für die Zeit vom 23. Dezember 2014 bis 27. Juli 2015) und 39 % (ab dem 28. Juli 2015) korrekt. Was den Beginn des Rentenanspruchs anbelangt, so wurde in der ursprünglichen Rentenverfügung der IV-Stelle Aargau ein Invaliditätsgrad von 0 % ermittelt. Gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG besteht ein Rentenanspruch, wenn die betroffene Person während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) war und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) ist. Diese Regelung muss auch dann gelten, wenn eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades bereits einmal verweigert wurde, denn diese Grundvoraussetzungen waren zum damaligen Zeitpunkt offensichtlich nicht erfüllt. Entgegen der vom Beschwerdeführer vorgebrachten Argumentation handelt es sich vorliegend nicht um einen Revisionsfall, sondern um eine Neuanmeldung. Auch hier ist das Wartjahr abzuwarten. Somit kann ein Rentenanspruch frühestens im März 2015 gegeben sein. Ebenfalls kommt die Regel gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG zur Anwendung, gemäss welcher der Rentenanspruch frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs entsteht (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_56/2016 vom 24. Oktober 2016 E. 3). Die Neuanmeldung erfolgte am 29. Oktober 2014 (IV-Nr. 168). Damit beginnt der Anspruch auf eine halbe Invalidenrente im April 2015. Zuzugewandte Verbesserung des gesundheitlichen Zustands per 28. Juli 2015 ist dieser unter Berücksichtigung von Art. 88a Abs. 1 IVV bis zum 31. Oktober 2015 zu befristen. Die Beschwerde ist somit in Bezug auf die Ausrichtung weitergehende Rentenansprüche abzuweisen. 10. Der Beschwerdeführer lässt weiter berufliche Massnahmen beantragen,

insbesondere bestehe Anspruch auf eine erneute Umschulung. Die Beschwerdegegnerin hat einen Anspruch auf berufliche Massnahmen mit der Begründung abgewiesen, dass der Beschwerdeführer noch im Rahmen der Begutachtung geäussert habe, sich nicht als arbeitsfähig zu betrachten. Da er eine maximale Arbeitsfähigkeit von 50 % in einer angepassten Tätigkeit geltend mache, bestünden zumindest Zweifel an seiner subjektiven Eingliederungsbereitschaft. Mit einer subjektiven Arbeitsfähigkeit von 50 % lasse sich keine eingliederungswirksame Umschulung realisieren. Sollte der Beschwerdeführer indessen bereit sein, das ermittelte Leistungsvermögen von 75 % zu verwerten, könne bei der Beschwerdegegnerin ein erneutes Gesuch für berufliche Eingliederungsmassnahmen gestellt werden. Damit hat die Beschwerdegegnerin einen Anspruch auf berufliche Eingliederungsmassnahmen nicht abschliessend abgelehnt, sondern zum Ausdruck gebracht, dass solche geprüft würden, sofern der Beschwerdeführer die zumutbare Restarbeitsfähigkeit zu verwerten bereit sei. Im Rahmen dieses Beschwerdeverfahrens wird einerseits geltend gemacht, der Beschwerdeführer sei bereit gewesen, berufliche Massnahmen im Umfang von 50 % anzugehen und es dürften ihm solche nicht verwehrt werden, nur weil er das Rentenverdict nicht akzeptiere. Andererseits wird nun im Rahmen des Beschwerdeverfahrens eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes geltend gemacht, die zu einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit in jeglicher Tätigkeit führe, womit jegliche Eingliederungsbemühungen gar nicht angezeigt wären. Wohl kann alleine der Umstand, dass sich der Beschwerdeführer gegen die Verweigerung einer Rente wehrt, nicht genügen, die subjektive Eingliederungsbereitschaft zu verneinen. Demgegenüber ist aber auch nicht ersichtlich, dass er nach seiner Umschulung Anstalten getroffen hätte, die bestehende Restarbeitsfähigkeit zu verwerten. Die Beschwerdegegnerin verweist zudem darauf, dass dieser sich im Rahmen der Begutachtung dahingehend geäussert hat, sich selber eher an einem geschützten Arbeitsplatz ohne Stress zu sehen und auch deutlich zum Ausdruck gebracht habe, eine Invalidenrente zu erwarten. Schliesslich reicht es nicht aus, eine 50%ige Eingliederungsbereitschaft anzubieten, wenn eine höhere Restarbeitsfähigkeit besteht. Gerade in Bezug auf eine vom Beschwerdeführer ebenfalls verlangte Umschulung ist der Beschwerdegegnerin zuzustimmen, wenn sie ausführt, in einem solchen Pensum erweise sich eine Umschulung als schwerlich durchführbar. Insofern ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin die Durchführung beruflicher Eingliederungsmassnahmen für den Moment abgelehnt hat. Die Beschwerde ist auch in diesem Punkt abzuweisen.

E. 11

11.1 Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung. Der Beschwerdeführer steht indessen ab Prozessbeginn im Genusse der unentgeltlichen Rechtspflege (vgl. Ziff. I. / 7 hiervor). Die Kostenforderung ist bei Unterliegen der Partei mit unentgeltlichem Rechtsbeistand vom Gericht festzusetzen. Der Kanton entschädigt die unentgeltliche Rechtsbeistandin oder den unentgeltlichen Rechtsbeistand angemessen (Art. 122 Abs. 1 lit. a ZPO). Der unentgeltliche Rechtsbeistand hat am 29. September 2017 eine Kostennote eingereicht (A.S. 79 f.), worin er einen Kostenersatz von insgesamt CHF 4'338.15 geltend macht. Dabei wird ein Aufwand von total 15,6 Stunden geltend gemacht, was angesichts des Aktenumfangs und der Schwierigkeit des Verfahrens grundsätzlich angemessen erscheint. Zu streichen sind die Positionen «Brief an Klient» vom 21. März 2017, 26. Mai 2017, 27. Juni 2017 und 26. September 2017 von jeweils 0,17 Stunden, da es sich dabei offensichtlich um die Zustellung von Kopien von Verfügungen des Versicherungsgerichts an den Klienten handelt, was Kanzleiaufwand darstellt, der im

Honorar bereits inbegriffen ist und nicht separat vergütet wird. Somit reduziert sich der zu vergütende Aufwand auf 14,92 Stunden. Der Stundenansatz beträgt aufgrund des Kreisschreibens Nr. 1 der Gerichtsverwaltungskommission des Kantons Solothurn vom 18. September 2006 seit 1. Oktober 2006 bzw. § 179 Abs. 3 Gebührentarif (GT) CHF 180.00. Die Auslagen von CHF 116.80 sind ausgewiesen. In Anbetracht von Aufwand und Schwierigkeit des Prozesses ist die Kostenforderung auf CHF 3'026.60 festzusetzen (14,92 Stunden zu CHF 180.00, zuzügl. Auslagen und MwSt), zahlbar durch die Zentrale Gerichtskasse des Kantons Solothurn. Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren, wenn A.____ zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 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. Der Nachzahlungsanspruch beträgt demgemäss inkl. Mehrwertsteuer CHF 805.70. 11.2 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. Im vorliegenden Fall hat der Beschwerdeführer die gesamten Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen, die jedoch infolge Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege durch den Kanton Solothurn zu übernehmen sind (Art. 122 Abs. 1 lit. b ZPO). Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren, wenn 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.