

# **SO\_GERICHTE VSBES.2018.119 vom 4. April 2018**

SO Obergericht, 2018-04-04, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so\\_gerichte\\_VSBES.2018.119](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2018.119)

FR: SO\_GERICHTE VSBES.2018.119 du 4 avril 2018

IT: SO\_GERICHTE VSBES.2018.119 del 4 aprile 2018

## **Erwägungen**

### **E. 1**

1.1 Mit Verfügung vom 6. November 2000 sprach die IV-Stelle Basel-Stadt dem 1964 geborenen A.\_\_\_\_ (nachfolgend: Beschwerdeführer) rückwirkend ab 1. Januar 1997 eine ganze Rente zu (vgl. Akten der IV-Stelle [IV-Nr.] 13). Diese wurde mit Mitteilungen vom 26. August 2003 (IV-Nr. 20), 14. November 2007 (IV-Nr. 35), 7. August 2009 (IV-Nr. 47) und vom 18. Juli 2012 (IV-Nr. 62) bestätigt.

1.2 Am 7. Oktober 2013 überwies die IV-Stelle Basel-Stadt die Akten an die zufolge Wohnsitzwechsels zuständig gewordene IV-Stelle des Kantons Solothurn (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) (IV-Nr. 65).

1.3 Am 8. Januar 2015 leitete die Beschwerdegegnerin eine eingliederungsorientierte Rentenrevision in die Wege (IV-Nr. 71). Der Beschwerdeführer gab an, sein Gesundheitszustand habe sich verschlimmert, er leide nun an einer sehr schweren Depression infolge einer posttraumatischen Stressbelastung (IV-Nr. 80). Nach Rücksprache mit Dr. med. B.\_\_\_\_, Fachärztin Allgemeine Medizin, vom Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) (IV-Nr. 82) veranlasste die Beschwerdegegnerin ein psychiatrisches Gutachten bei Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie. Dieses wurde am 19. Juli 2016 erstattet (IV-Nrn. 88.1 ■ 88.3). Die Stellungnahme des Beschwerdeführers vom 16. August 2016 zum vorerwähnten Gutachten (IV-Nr. 93) stellte die Beschwerdegegnerin dem psychiatrischen Gutachter Dr. med. C.\_\_\_\_ zur Vernehmlassung zu. Diese wurde am 30. November 2016 erstattet (IV-Nr. 95). Am 1. Februar 2017 nahm die RAD-Ärztin Dr. med. B.\_\_\_\_ Stellung (IV-Nr. 97). Mit Vorbescheid vom 23. Mai 2017 stellte die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer die Aufhebung der Invalidenrente in Aussicht (IV-Nr. 98). Nachdem der Beschwerdeführer dagegen am 19. Juni 2017 Einwände erhoben hatte (IV-Nr. 99), holte die Beschwerdegegnerin Berichte der D.\_\_\_\_ vom 20. Januar 2014 (IV-Nr. 108), der E.\_\_\_\_ vom 15. September 2015 (IV-Nr. 109 S. 8 ff.), 30. September 2015 (IV-Nr. 109 S. 4 ff.) und vom 27. November 2015 (IV-Nr. 109 S. 1 ff.) sowie einen Bericht von med. pract. F.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 12. Januar 2018 (IV-Nr. 112) ein. Nach Vorlage dieser Berichte beim psychiatrischen Gutachter Dr. med. C.\_\_\_\_ (vgl. IV-Nr. 114) bestätigte die Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 4. April 2018 die Aufhebung der Invalidenrente auf Ende des der Zustellung der Verfügung folgenden Monats (IV-Nr. 115; A.S. [Akten-Seiten] 1 ff.).

### **E. 2**

2.1 Nach Art. 28 Abs. 1 Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) haben jene Versicherte 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

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 (lit. b) sowie nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind. Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente.

2.2 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein. Die Invalidität gilt als eingetreten, sobald sie die für die Begründung des Anspruchs auf die jeweilige Leistung erforderliche Art und Schwere erreicht hat (Art. 4 IVG).

2.3 Nach der Rechtsprechung führt Drogensucht (wie auch Alkoholismus und Medikamentenmissbrauch) als solche nicht zu einer Invalidität im Sinne des Gesetzes. Dagegen wird sie im Rahmen der Invalidenversicherung relevant, wenn sie eine Krankheit oder einen Unfall bewirkt hat, in deren Folge ein körperlicher oder geistiger, die Erwerbsfähigkeit beeinträchtigender Gesundheitsschaden eingetreten ist, oder wenn sie selber Folge eines körperlichen oder geistigen Gesundheitsschadens ist, dem Krankheitswert zukommt (BGE 124 V 265 E. 3c S. 268). Aus letzterem Leitsatz folgt nicht, dass die Auswirkungen einer Drogensucht, die ihrerseits auf einen Gesundheitsschaden zurückgeht, per se invaliditätsbegründend sind. Die zitierte Praxis setzt vielmehr den Grundsatz um, dass funktionelle Einschränkungen nur anspruchsbegründend sein können, wenn sie sich als Folgen selbstständiger Gesundheitsschädigungen darstellen (Art. 6 ff. ATSG und Art. 4 Abs. 1 IVG). Insofern verhält es sich ähnlich wie im Verhältnis zwischen psychosozialen oder soziokulturellen Umständen und fachärztlich festgestellten psychischen Störungen von Krankheitswert (BGE 127 V 294 E. 5a S. 299): Wo die Gutachter im Wesentlichen nur Befunde erheben, welche in der Drogensucht ihre hinreichende Erklärung finden, gleichsam in dieser aufgehen, ist kein invalidisierender psychischer Gesundheitsschaden gegeben. Dies trifft zu, wenn davon auszugehen ist, dass sich beispielsweise ein depressives Zustandsbild bei einer (angenommenen) positiven Veränderung der suchtbedingten psychosozialen Problematik wesentlich bessern (und die damit verbundene Beeinträchtigung des Leistungsvermögens sich entsprechend verringern) würde (Urteile des Bundesgerichts 8C\_580/2014 vom 11. März 2015 E. 2.2.1, 9C\_856/2012 vom 19. August 2013 E. 2.2.1, 8C\_582/2015 vom 8. Oktober 2015 E. 2.2.1).

Angesichts der insoweit finalen Natur der Invalidenversicherung (BGE 120 V 95 E. 4c S. 103; Meyer Ulrich/Reichmuth Marco: Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 3. Aufl. 2014, Rz. 51 zu Art. 4 IVG) ist nicht entscheidend, ob die Drogensucht Folge eines körperlichen oder geistigen Gesundheitsschadens ist oder ob die Sucht ausserhalb eines Kausalzusammenhangs mit dem versicherten Gesundheitsschaden steht. In beiden Konstellationen sind reine Suchtfolgen IV-rechtlich irrelevant, soweit sie als solche allein leistungsmindernd wirken. Hingegen sind sie gleichermaßen IV-rechtlich relevant, soweit sie in einem engen Zusammenhang mit einem eigenständigen Gesundheitsschaden stehen. Dies kann der Fall sein, wenn die Drogensucht ■ einem Symptom gleich ■ Teil eines Gesundheitsschadens bildet (BGE 99 V 28 E. 3b S. 30); dies unter der Voraussetzung, dass nicht allein die unmittelbaren Folgen des Rauschmittelkonsums, sondern wesentlich auch

der psychiatrische Befund selber zu Arbeitsunfähigkeit führt. Sodann können selbst reine Suchtfolgen invalidisierend sein, wenn daneben ein psychischer Gesundheitsschaden besteht, welcher die Betäubungsmittelabhängigkeit aufrecht erhält oder deren Folgen massgeblich verstärkt. Umgekehrt können die Auswirkungen der Sucht (unabhängig von ihrer Genese) wie andere psychosoziale Faktoren auch mittelbar zur Invalidität beitragen, wenn und soweit sie den Wirkungsgrad der Folgen eines Gesundheitsschadens beeinflussen (Urteile des Bundesgerichts 8C\_580/2014 vom 11. März 2015 E. 2.2.2, 9C\_856/2012 vom 19. August 2013 E. 2.2.2 m.H., 8C\_582/2015 vom 8. Oktober 2015 E. 2.2.2).

### **E. 3**

3.1 Ändert sich der Invaliditätsgrad eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen seit Zusprechung der Rente, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Anspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes revidierbar. Weiter sind, auch bei an sich gleich gebliebenem Gesundheitszustand, veränderte Auswirkungen auf den Erwerbs- oder Aufgabenbereich von Bedeutung; dazu gehört die Verbesserung der Arbeitsfähigkeit aufgrund einer Angewöhnung oder Anpassung an die Behinderung. Hingegen ist die lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts im revisionsrechtlichen Kontext unbeachtlich (BGE 141 V 9 E. 2.3 S. 10 f. mit Hinweisen). Für das Vorliegen einer erheblichen Sachverhaltsänderung genügt es nicht, dass der bereits bekannte, im Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenverfügung gegebene Sachverhalt anders bewertet wird und daraus andere Schlussfolgerungen gezogen werden als im früheren Verwaltungs- und / oder Beschwerdeverfahren. Vielmehr bedarf es neuer Elemente tatsächlicher Natur, die nach der ursprünglichen Rentenverfügung eingetreten und zu dem damals gegebenen Sachverhalt hinzugekommen sind oder diesen verändert haben. Ein unveränderter Gesundheitszustand bzw. die bloss auf einer anderen Wertung beruhende medizinische oder rechtliche Einschätzung von im Wesentlichen unveränderten tatsächlichen Verhältnissen führt nicht zu einer materiellen Revision (Urteil des Bundesgerichts 9C\_418/2010 vom 29. August 2011 E. 4.1; BGE 115 V 308 E. 4a/bb S. 313).

3.2 Ist im vorstehend umschriebenen Sinn ein Revisionsgrund gegeben, ist der Invaliditätsgrad auf der Grundlage eines richtig und vollständig festgestellten Sachverhalts neu und ohne Bindung an frühere Invaliditätsschätzungen zu ermitteln (BGE 141 V 9 E. 2.3 S. 10 f.). Wenn eine anspruchserhebliche Änderung des Sachverhalts nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt ist, bleibt es dagegen nach dem Grundsatz der materiellen Beweislast beim bisherigen Rechtszustand (Urteil des Bundesgerichts 9C\_478/2012 vom 14. Dezember 2012 E. 2).

3.3 Die Frage, ob eine erhebliche, d.h. mit Bezug auf den Invaliditätsgrad rentenwirksame Änderung der tatsächlichen Verhältnisse eingetreten ist, beurteilt sich aufgrund eines Vergleichs des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenverfügung ■ oder einer späteren, auf einer umfassenden Prüfung beruhenden Bestätigung oder Änderung ■ bestanden hat, mit demjenigen im Zeitpunkt der streitigen Revisionsverfügung (BGE 133 V 108 E. 5 S. 110 ff.). Das Heranziehen eines Verwaltungsaktes als Vergleichsbasis setzt voraus, dass er auf denjenigen Abklärungen beruht, welche mit Blick auf die möglicherweise veränderten Tatsachen notwendig

erscheinen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_3/2012 vom 25. April 2012 E. 3.3).

#### **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 gestellt 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 93 E. 4 S. 99 f., 125 V 256 E. 4 S. 261).

4.2 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.

4.3 In Revisionsfällen ist zusätzlich zu beachten, dass sich eine medizinische Beurteilung, welche von einer früheren ärztlichen Einschätzung abweicht, hinreichend darüber aussprechen muss, inwiefern eine effektive Veränderung des Gesundheitszustandes stattgefunden hat. Die Feststellung einer Veränderung erfolgt durch eine Gegenüberstellung eines vergangenen und des aktuellen Zustandes. Der Beweiswert eines zwecks Rentenrevision erstellten Gutachtens hängt also wesentlich davon ab, ob es sich ausreichend auf das Beweisthema der erheblichen Änderung des Sachverhalts bezieht. Einer für sich allein betrachteten vollständigen, nachvollziehbaren und schlüssigen medizinischen Stellungnahme, die im Hinblick auf eine erstmalige Beurteilung der Rentenberechtigung tauglich wäre, mangelt es daher in der Regel am rechtlich erforderlichen Beweiswert, wenn sich die von einer früheren abweichende ärztliche Einschätzung nicht hinreichend darüber ausspricht, inwiefern eine effektive Veränderung des Gesundheitszustandes eingetreten ist. Vorbehalten bleiben Sachlagen, in denen es evident ist, dass die gesundheitlichen Verhältnisse sich verändert haben (Urteil des Bundesgerichts 8C\_38/2013 vom 2. September 2013 E. 4.4.3). Ist eine anspruchserhebliche Änderung des Sachverhalts nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, bleibt es nach dem Grundsatz der materiellen Beweislast beim bisherigen Rechtszustand (a.a.O., E. 2.4).

5. Streitig und zu prüfen ist, ob mit vorliegend angefochtener Verfügung vom 4. April 2018 (A.S. 1 ff.) die Invalidenrente des Beschwerdeführers zu Recht aufgehoben wurde. Diese Frage wird durch Vergleich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenverfügung vom 6. November 2000 (IV-Nr. 13) und demjenigen, wie er zur Zeit der streitigen Revisionsverfügung vom 4. April 2018 bestanden hat, beurteilt (BGE 130 V 71 E. 3.1 S. 73, mit Hinweisen; AHI 1999 S. 84 E. 1b; Urteil des Bundesgerichts 8C\_819/2013 vom 4. Februar 2014 E. 2).

5.1 Zum Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenverfügung vom 6. November 2000 (IV-Nr. 13) präsentierte sich der medizinische Sachverhalt wie folgt:

5.1.1 Dr. med. G.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, führte in seinem Bericht vom 6. September 1989 (IV-Nr. 1 S. 10 f.) aus, der Beschwerdeführer habe erneut seine psychiatrisch-psychotherapeutische Sprechstunde aufgesucht, da er einen Marschbefehl erhalten habe für einen Wiederholungskurs (nachfolgend: WK), den zu leisten er sich nicht in der Lage fühle. Im Verlaufe des letzten WK sei der Beschwerdeführer vorzeitig entlassen worden wegen psychischen Problemen, mit der Auflage, bei einem Psychiater eine Beurteilung vornehmen zu lassen. Der Beschwerdeführer habe seine Sprechstunde am 14. November 1988 aufgesucht und Dr. med. G.\_\_\_\_ habe einen Arztbericht vom 26. November 1988 geschrieben, wo er den Beschwerdeführer als dienstuntauglich beurteilt habe (vgl. IV-Nr. 1 S. 11). Im heutigen Gespräch mit dem Beschwerdeführer habe sich für Dr. med. G.\_\_\_\_ kein wesentlich neues Bild ergeben. Der Beschwerdeführer scheine sich wieder etwas stabilisiert haben können in seiner psychischen Situation, doch erscheine ihm dieses Gleichgewicht sehr brüchig zu sein, sodass er ihn weiter als dienstuntauglich erachte und dringend zu einer Beurteilung seiner Diensttauglichkeit vor UC empfehle.

5.1.2 Dem Bericht der Klinik H.\_\_\_\_ (heute [ ]) vom 3. August 1998 (IV-Nr. 1 S. 12 ff.) lassen sich folgende Diagnosen entnehmen (IV-Nr. 1 S. 14):

Es handle sich beim Beschwerdeführer um einen 33-jährigen Exploranden bei emotional instabiler Persönlichkeitsstörung vom impulsiven Typus, mit mehrfachem Substanzabusus seit der Adoleszenz. Aufgrund der Affektverflachung, der Antriebsarmut und seines zum Teil bizarren und schwer einfühlbaren Verhaltens sowie intermittierender teilweise vom Konsum psychotroper Substanzen unabhängiger, formaler Denkstörungen mit assoziativer Lockerung müsse differentialdiagnostisch zusätzlich eine Schizophrenie festgehalten werden. Von April 1993 bis Juli 1997 seien sechs Hospitalisationen auf der Drogenentzugs- und Behandlungsstation erfolgt. Mehrere Rehabilitationsbehandlungen seien aufgrund depressiver Störungen mit Suizidversuchen gescheitert. Seit Juni 1994 sei der Beschwerdeführer im Methadonprogramm im ADS und beziehe regelmässig sein Methadon. Die psychotherapeutische Betreuung gestalte sich ohne grosse Schwierigkeiten. Der Beschwerdeführer arbeite gelegentlich bei der I.\_\_\_\_ und wohne seit kurzem in der WG [...].

5.1.3 In seinem Bericht vom 29. Oktober 1998 (IV-Nr. 1 S. 7) hielt Dr. med. J.\_\_\_\_, Arzt für Allgemeine Medizin, fest, dass sich der Beschwerdeführer seit dem 23. Juni 1997 nicht mehr in seiner Behandlung befinde. Der Beschwerdeführer sei zum Zeitpunkt der Entlassung drogenfrei gewesen und habe als voll arbeitsfähig betrachtet werden können. Auf die Anfrage der Beschwerdegegnerin auf einen IV-Bericht seinerseits hin müsse er nun annehmen, dass der Beschwerdeführer leider rückfällig geworden sei. Wie schwerwiegend

diese Rückfälligkeit sei, entziehe sich leider seiner Kenntnis. Er sehe sich deshalb ausserstande, für den Beschwerdeführer einen IV-Bericht zu verfassen.

5.1.4 Dem Bericht der HNO-Poliklinik des Spitals K.\_\_\_\_ vom 8. Januar 1999 (IV-Nr. 2) sind folgende Diagnosen zu entnehmen:

Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit:

Taubheit rechts seit ca. 5 Jahren

Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit:

Anamnestisch Heuschnupfenallergie

Der Beschwerdeführer habe sich wegen der seit bald fünf Jahren bestehenden Taubheit rechts und einer eingeleiteten IV-Abklärung auf der Poliklinik gemeldet. Zusätzlich habe er sich über eine Hörschwäche links beklagt. Er fühle sich nicht mehr in der Lage zu arbeiten, dies nicht nur wegen der Taubheit. Bezüglich der HNO-Anamnese hätten keine weiteren Probleme oder Erkrankungen in den letzten Monaten bestanden. Der Beschwerdeführer sei am 21. Oktober 1998 und am 29. Oktober 1998 auf der HNO-Poliklinik untersucht worden. Er habe angegeben, seit Sommer 1997 arbeitslos zu sein. Er sei gelehrter Detailhandelsangestellter. Von Seiten der Taubheit rechts ergebe sich aktuell keine Arbeitsunfähigkeit. Bei Taubheit rechts möglicherweise infolge einer Pilzinfektion oder Verunreinigung vor knapp fünf Jahren im Rahmen des i.v.-Drogenabusus seien keine weiteren Massnahmen geplant.

5.1.5 Die H.\_\_\_\_ erstattete am 5. November 1999 ein Gutachten (IV-Nr. 7). Diesem Gutachten lässt sich entnehmen, dass beim 35-jährigen Beschwerdeführer spätestens seit der Adoleszenz eine Instabilität des eigenen Selbstbildes, der inneren Ziele und der subjektiven Präferenzen bestehe. Symptomatologisch habe sich die Instabilität hauptsächlich im emotionalen und zwischenmenschlichen Bereich gezeigt. So habe der Beschwerdeführer häufig potentiell selbstschädigendes Verhalten gezeigt, wobei hierbei vor allem der Missbrauch von psychotropen Substanzen im Vordergrund stehe. Zusammenfassend sei beim Beschwerdeführer eine emotional instabile Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ (ICD-10 F60.31) zu diagnostizieren, auf deren Grundlage sich eine methadonsubstituierte Opiatabhängigkeit (ICD-10 F11.22) sowie ein schädlicher Gebrauch von Kokain, Alkohol und Cannabis (ICD-10 F14.1, F10.1 und F12.1) entwickelt hätten, welche im Laufe der Jahre zu einer Eigendynamik geführt hätten und im Rahmen der Grundstörung nur schwer rückgängig zu machen seien. Zusätzlich bestünden rezidivierend depressive Episoden mit mehrfachen Suizidversuchen (ICD-10 F32.1), welche in Zusammenhang mit der schweren Persönlichkeitsstörung des Beschwerdeführers zu bringen seien. Der Beschwerdeführer erscheine somit sowohl in einem geschützten Rahmen als auch in der freien Wirtschaft mindestens zu 70 % arbeitsunfähig. In diesem Sinne sei zu empfehlen, beim Beschwerdeführer eine Berentung auszusprechen und diese in ca. zwei Jahren zu evaluieren (IV-Nr. 7 S. 4).

5.2 Zum Verlauf bis zum Erlass der hier angefochtenen Revisionsverfügung vom 4. April 2018 (A.S. 1 ff.) enthalten die Akten insbesondere die folgenden Angaben:

5.2.1 Dem von der Beschwerdegegnerin bei Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, veranlassten psychiatrischen Gutachten vom 19. Juli 2016 (IV-Nr. 88.1 ■ 88.3) lassen sich folgende Diagnosen entnehmen (IV-Nr. 88.1 S. 17 f.):

## Kombinierte Persönlichkeitsstörung (F61.0)

Im Weiteren führte Dr. med. C. \_\_\_ aus, die objektivierbaren psychopathologischen Befunde seien anlässlich der aktuellen Untersuchung vom 1. Juni 2016 gar nicht ausgeprägt. Das Gesprächsverhalten sei freundlich, zugewandt und kooperativ. Der Beschwerdeführer berichte spontan und im Plauderton, oft klagsam. In der Interaktion sei er leutselig, emotional expressiv (theatralisch) und narzisstisch (Ichbezogen).

Zusammenfassend könnten die ab 1993 dokumentierten Symptome und Verhaltensauffälligkeiten im Fall des Beschwerdeführers mit Bezug zur ICD-10 mit überwiegender Wahrscheinlichkeit als Ausdruck einer kombinierten Persönlichkeitsstörung (F61.0; mit dissozialen, emotional instabilen und histrionischen Anteilen) eingeordnet werden. Diese Störung habe zu einem zwischen 1992 und 2002 teilweise ausgeprägt instabilen «Suchtleiden» geführt, das sich jedoch im Zusammenhang mit einer Methadon-gestützten Behandlung deutlich habe verbessern lassen. Seither zeige sich die Störung in qualitativ und quantitativ unterschiedlich gestalteten Ausprägungen, die in der jeweilig beschriebenen Art und Weise remittiert seien (insbesondere bezüglich einer depressiven Störung, die sich zuletzt als Anpassungsstörung bei ehelichen Konflikten gezeigt habe und gegenwärtig remittiert sei, F32.4 / F33.4; Suizidversuche seien seit 1992 nicht mehr vorgekommen). Im Vordergrund stehe aktuell eine (subjektive) Befindlichkeitsstörung in Form eines ängstlich-zwanghaften Syndroms bei einer selbstunsicheren Grundhaltung und körperlichen Missempfindungen als Ausdruck der kombinierten Persönlichkeitsstörung (IV-Nr. 88.1 S. 20 f.).

Aus objektiver Sicht würden die Eingangskriterien der ICD-10 für eine depressive Episode zurzeit nicht (mehr) erfüllt. Das (subjektive) ängstlich-zwanghafte Syndrom bei einer selbstunsicheren Grundhaltung und körperlichen Missempfindungen, das sich aktuell zeige, erfülle die Kriterien nicht. Es fehlten insbesondere eine tatsächliche schwere Antriebshemmung und eine objektivierbare ausgeprägte Affektstarre. Es könne somit im Fall des Beschwerdeführers von einer depressiven Störung ausgegangen werden, die gegenwärtig remittiert sei. Ein (allfällig eigenständiger und zusätzlicher) Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers könne dadurch nicht (mehr) begründet werden. Depressive Syndrome seien meist Ausdruck der Überforderung des Beschwerdeführers aufgrund seiner Persönlichkeitsdefizite (bspw. geringe Frustrationstoleranz, narzisstisches Selbstverständnis, histrionische Expressivität) und würden möglicherweise kurzfristige (allenfalls zusätzliche) Minderungen der Leistungsfähigkeit begründen (wie zuletzt bspw. im Rahmen der Anpassungsstörung bei ehelichen Konflikten) (IV-Nr. 88.1 S. 23).

In den Akten stünden zwischen 1992 (Beginn einer ambulanten Methadon-gestützten Behandlung) und 2002 (Ende dieser Behandlung) weit überwiegend Störungen durch den Gebrauch multipler nicht ärztlich verordneter psychotroper Substanzen im Vordergrund. Diese «Polytoxikomanie» zeige sich in Form von Abhängigkeitssyndromen / schädlichem Gebrauch von Alkohol, Opioiden, Kokain, Amphetaminen, LSD, Tabak, Cannabinoiden, Benzodiazepinen u. a. m. Auch im weiteren Verlauf stehe weiterhin das «Suchtleiden» im Vordergrund. Zum aktuellen Gebrauch multipler nicht ärztlich verordneter psychotroper Substanzen stelle der Beschwerdeführer selbst fest, dass er regelmässig Tabak rauche und unregelmässig Alkohol trinke. Eine objektive Aussage zum tatsächlichen aktuellen Konsumverhalten sei nicht möglich (fehlende Dokumentation in den Akten nach 2012, ausdrückliche Weigerung zur Abgabe einer Urin- und / oder Blutprobe am 1. Juni 2016). Weitere möglicherweise versicherungsmedizinisch relevante Störungen gemäss ICD-10

könnten im Fall des Beschwerdeführers gegenwärtig nicht begründet werden (IV-Nr. 88.1 S. 23 f).

Die medizinisch-theoretische Einschätzung der qualitativen und quantitativen Auswirkungen einer Persönlichkeitsstörung auf die Arbeitsfähigkeit werde in der Literatur differenziert, aber nicht abschliessend diskutiert. Gemäss der Einschätzung des Gutachters Dr. med. C. \_\_\_ habe eine leicht ausgeprägte Persönlichkeitsstörung (F61.0), wie sie beim Beschwerdeführer vorliege, einen relevanten (krankheitsbedingten) Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit von 30 % Minderung (von 100 %) auf dem ersten ausgeglichenen Arbeitsmarkt. Für angepasste Tätigkeiten (Toleranz bzgl. der interaktionellen Defizite des Beschwerdeführers) und für Tätigkeiten im Haushalt könne aus rein psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht keine relevante ( $\geq 20$  % von 100 %) Arbeitsunfähigkeit angenommen werden. Weitere aus versicherungspsychiatrischer Sicht relevante Störungen gemäss ICD-10, die allfällig einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hätten, könnten im Fall des Beschwerdeführers nicht begründet werden. Von dieser Einschätzung könne sicher ab Datum der aktuellen Untersuchung am 1. Juni 2016 ausgegangen werden. Es könne jedoch aufgrund der hierfür unzureichende Dokumentation nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit geschätzt werden, ob und allfällig ab wann genau bereits vor Juni 2016 darauf abgestützt werden könne (IV-Nr. 88.1 S. 26 f.).

5.2.2 Dr. med. C. \_\_\_ liess sich am 30. November 2016 zur vom Beschwerdeführer eingereichten Stellungnahme vom 16. August 2016 (IV-Nr. 93) vernehmen (IV-Nr. 95). Der Beschwerdeführer bringe zunächst vor, Dr. med. C. \_\_\_ sei «etwa um die Zeit herum» der Jahre 1998/1999 «einer (seiner) behandelnden Ärzte in der D. \_\_\_, » gewesen, weshalb er ihn im Nachhinein aus Gründen der Befangenheit ablehne. Hierzu führte Dr. med. C. \_\_\_ aus, in den Akten werde zu keinem Zeitpunkt eine therapeutische Zuständigkeit seinerseits im Fall des Beschwerdeführers dokumentiert und er erinnere sich auch nicht daran, den Beschwerdeführer persönlich behandelt zu haben. Der Beschwerdeführer habe gemeint, sich an Dr. med. C. \_\_\_ zu erinnern und sein Gesicht zu kennen und habe es zunächst spekulativ den D. \_\_\_ zugeordnet und vermutet, den Gutachter vom Areal der Klinik kennen zu können. Dr. med. C. \_\_\_ sei tatsächlich in den D. \_\_\_ zwischen 1996 und 1998 als Assistenzarzt im ADS angestellt gewesen. Er habe dies dem Beschwerdeführer bestätigt und habe ihm offengelassen, ob er deswegen die Untersuchung ablehnen wolle, was er zu Beginn, mehrfach während der Untersuchung und nochmals am Ende verneint habe (IV-Nr. 95 S. 1 f.).

Weiter habe der Beschwerdeführer festgestellt, dem Gutachter hätten nicht alle relevanten Unterlagen vorgelegen. Hierzu hielt Dr. med. C. \_\_\_ fest, falls ihm weitere Unterlagen vorgelegt werden würden, sei er gerne bereit, dazu Stellung zu nehmen. Anlässlich der Untersuchung am 1. Juni 2016 sei es dem Beschwerdeführer auf mehrere Nachfrage hin nicht möglich gewesen, Personen / Institutionen konkret zu benennen, um allfällig relevante Unterlagen anzufordern. Auch im Nachgang zur Untersuchung bis zum 19. Juli 2016 seien ihm keine weiteren Dokumente überlassen und / oder Ansprechpersonen genannt worden (IV-Nr. 95 S. 2).

Sodann bestätige der Beschwerdeführer die Angaben zur Anamnese und ergänze sie. Dabei stelle er fest, teilweise «nicht ganz die Wahrheit gesagt zu haben». Diesbezüglich führte Dr. med. C. \_\_\_ aus, die Ergänzungen würden die Diagnose einer kombinierten Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F61.0) bestätigen. Die Korrektur allfälliger Unwahrheiten sei zur Kenntnis zu nehmen. Sie würden keine aus versicherungspsychiatrischer Sicht

wesentlich relevanten Aspekte der gutachterlichen Beurteilung betreffen (IV-Nr. 95 S. 2).

Im Weiteren bewerte der Beschwerdeführer die Akten und seine persönlichen Auskünfte vom 1. Juni 2016 anders, als dies im Gutachten erörtert werde. Er korrigiere auch hier u.a. seine Angaben zum Gebrauch nicht ärztlich verordneter psychotroper Substanzen (bspw. Heroin, Kokain etc.). Dr. med. C.\_\_\_\_ hielt zu diesem Vorbringen fest, die persönliche Meinung des Beschwerdeführers könne aus versicherungspsychiatrischer Sicht nicht bestätigt werden. So irre er sich, wenn er bspw. den Arztbericht der D.\_\_\_\_ vom 4. Mai 2011 anführe, um einen zu dieser Zeit tatsächlichen Konsum von Heroin, Kokain und / oder Methadon zu belegen. Im Bericht werde nämlich ausdrücklich ein «Zustand nach Konsum von Methadon, Heroin, Kokain, Amphetamine, Pilze etc.» festgehalten. Weitere versicherungsmedizinisch relevante Informationen, die tatsächlich und objektiv dokumentiert seien, würden aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht vom Beschwerdeführer nicht formuliert (IV-Nr. 95 S. 2 f.).

Der Beschwerdeführer stelle zudem fest, er sei am 1. Juni 2016 «unter starkem Alkohol- und ärztlich nicht verschriebenem Medikamenteneinfluss» gestanden. Dieser Hinweis des Beschwerdeführers sei zur Kenntnis zu nehmen. Ein allfällig tatsächlicher entsprechender Einfluss habe im psychopathologischen Befund und im beobachtbaren Verhalten des Beschwerdeführers zwischen 09:30 und 11:40 Uhr keinen objektiven Effekt (insbesondere keine Sedierung) gezeigt. Der Beschwerdeführer habe ausdrücklich auch auf mehrfache Nachfrage die Abgabe einer Urin- und / oder Blutprobe verweigert (IV-Nr. 95 S. 3).

Weiter bestätige der Beschwerdeführer die im Gutachten formulierten Diagnosen, lehne jedoch die versicherungspsychiatrische Beurteilung ab. Er unterstelle dabei, dass es «dem begutachtenden Psychiater ( ) einzig darum ging, ( ) eine ■Gesundung■ zu erklären». Hierzu führte Dr. med. C.\_\_\_\_ aus, die gegenteilige Meinung des Beschwerdeführers sei zur Kenntnis zu nehmen, könne jedoch aus versicherungspsychiatrischer Sicht nicht bestätigt werden. Der von ihm formulierten Unterstellung widerspreche er ausdrücklich. Die gesamte Untersuchung und die Würdigung der Akten seien ergebnisoffen nach den gegenwärtigen gültigen fachlichen Standards erfolgt (IV-Nr. 95 S. 3).

Zusammenfassend könne aufgrund der vom Beschwerdeführer vorgebrachten Meinung und Korrekturen seiner Angaben keine andere Einschätzung des Gesundheitsschadens oder der Arbeitsfähigkeit als im Gutachten differenziert dargestellt begründet werden (IV-Nr. 95 S. 3).

5.2.3 Am 1. Februar 2017 nahm Dr. med. B.\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeine Medizin, vom Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD), Stellung zum medizinischen Sachverhalt (IV-Nr. 97). Sie hielt fest, aktuell stellten sich die langjährigen psychiatrischen Probleme des Beschwerdeführers in einer gebesserten Symptomatik dar. Eine Verbesserung des Gesundheitszustandes (Auswirkungen der Persönlichkeitsstörung gebessert, die depressive Störung remittiert) während der letzten Jahre habe der Psychiater Dr. med. C.\_\_\_\_ im Rahmen seines Gutachtens vom 19. Juli 2016 feststellen können. Diese Verbesserung könne ab Gutachtenszeitpunkt angenommen werden. Aus medizinischer Sicht könne der Beschwerdeführer ab dem Zeitpunkt des psychiatrischen Gutachtens vom 19. Juli 2016 in jedweder Tätigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu 70 % arbeiten. In einer Verweistätigkeit (der Arbeitgeber und die Mitarbeiter zu einer Toleranz bzgl. der interaktionellen Defizite des Beschwerdeführers in der Lage) bestehe aus psychiatrischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit.

5.2.4 Dem am 29. November 2017 bei der Beschwerdegegnerin eingegangenen Bericht der D.\_\_\_\_ vom 20. Januar 2014 (IV-Nr. 108) lassen sich folgende Diagnosen entnehmen:

Im Weiteren ist diesem Bericht zu entnehmen, dass der Zuweisungsgrund die Selbstvorstellung des Beschwerdeführers in der zentralen Aufnahme D.\_\_\_\_ wegen anhaltender depressiver Stimmung nach Partnerschaftskonflikt sei. Der psychopathologische Befund habe ergeben, dass der Beschwerdeführer wach, zeitlich und örtlich allseits orientiert sei. Es bestünden keine Aufmerksamkeits-, Gedächtnisstörungen oder formale Denkstörungen und kein Anhalt für psychotische Symptome. Es bestehe eine deutliche Störung der Affektivität mit depressiver Stimmung, Störung der Vitalgefühle, vermindertem Selbstwertgefühl und Schuldgefühlen gegenüber seinem Kind. Dazu kämen Schlafstörungen und Appetitmangel. Der Beschwerdeführer erfülle die Kriterien der mittelschweren depressiven Episode (depressive Stimmung, Interesseverlust, verminderter Antrieb, Verlust an Selbstvertrauen, Schuldgefühle, Schlafstörungen, Appetitverlust). Die weitere Evaluierung der antidepressiven Therapie werde empfohlen. Hierzu sollte sich der Beschwerdeführer in ihrer Ambulanz regelmässig vorstellen, was leider nur in langen Abständen und sehr unzuverlässig stattgefunden habe.

5.2.5 Am 11. Dezember 2017 gingen die Austrittsberichte der E.\_\_\_\_, bei der Beschwerdegegnerin ein (IV-Nr. 109).

Dem Austrittsbericht vom 15. September 2015 (3. Hospitalisation) lassen sich die folgenden Diagnosen entnehmen (IV-Nr. 109 S. 8):

Der Beschwerdeführer habe sich vom 13. bis zum 18. August 2015 in stationärer Behandlung befunden. Er sei auf freiwilliger Basis durch Herrn L.\_\_\_\_ zugewiesen worden zum geplanten Entzug. Im Rahmen der Drogenanamnese habe der Beschwerdeführer angegeben, dass er vor ca. 20 Jahren einmal drogenabhängig gewesen sei und dann entzogen und an einem Substitutionsprogramm teilgenommen habe. Von 2002 bis 2012 habe er nicht mehr konsumiert und seit 2013 beziehe er wieder von der Gasse 30 mg Methadon täglich, welches er morgens einnehme. Dazu «sniffe» er ungefähr einmal im Monat Heroin und trinke ca. acht Flaschen (0.5 l) Bier pro Tag. Auch kiffe er ca. fünf Joints pro Monat. Bei der Aufnahme habe sich ein AAT Wert von 1,51■ ergeben. Er rauche ca. ½ Päckchen Zigaretten pro Tag. Es seien die Massnahmen des Entzuges und der psychischen Stabilisierung eingeleitet worden, wobei diese vorzeitig aufgrund von Konsum und auch auf Wunsch des Beschwerdeführers (organisatorische Angelegenheiten zu klären) bereits nach fünf Tagen abgebrochen worden seien, sodass der Beschwerdeführer letztendlich auch gegen ärztlichen Rat ausgetreten sei.

Am 30. September 2015 erging ein weiterer Austrittsbericht (4. Hospitalisation) (IV-Nr. 109 S. 4 ff.). Diesem Bericht lassen sich die folgenden Diagnosen entnehmen:

Der Beschwerdeführer habe sich vom 4. bis 22. September 2015 in stationärer Behandlung befunden. Er fühle sich emotional instabil. Er wolle stationär einen erfolgreichen Alkohol- und Methadonentzug machen. Ihm sei erklärt worden, dass zuerst der Alkoholentzug im Mittelpunkt stehe und das Methadon zu einem anderen Zeitpunkt entzogen werden sollte. Auch dieser Aufenthalt sei sehr davon geprägt gewesen, dass der Beschwerdeführer organisatorisch viel zu tun gehabt habe. Diverse Unterlagen für die Gerichtsverhandlung bezüglich des Sorgerechtsstreits über seine Tochter seien im Vordergrund gestanden. Er scheine auf diese Problematik sehr eingengt zu sein. Es sei die bestehende Medikation überprüft und täglich 15 mg Methadon substituiert und einschleichend mit Remeron ergänzt

worden. Es sei ein Suchtvertrag geschlossen worden und der Beschwerdeführer habe angegeben, sich zu melden, wenn es ihm schlechter gehe. Der Beschwerdeführer habe deutlich von den Therapieangeboten profitieren und den Alkoholentzug unter Lorazepam-Abschirmung komplikationslos bewältigen können. Er habe aktiv an den einzel- und gruppentherapeutischen Angeboten teilgenommen. Zu einer vertieften Motivationstherapie habe sich der Beschwerdeführer zum jetzigen Zeitpunkt nicht entscheiden können. Bei Austritt habe er angegeben, bald in die M.\_\_\_\_ Klinik eintreten zu wollen für einen weiteren Methadon-Entzug. Es sei ihm angeboten worden, dass er dies auch bei ihnen in zwei Wochen nach vorheriger Anmeldung machen könne. Er wolle sich dies noch überlegen.

Dem Austrittsbericht (5. Hospitalisation) vom 27. November 2015 (IV-Nr. 109 S. 1 ff.) lässt sich entnehmen, dass der Beschwerdeführer am 15. Oktober 2015 auf freiwilliger Basis zum Methadonentzug eingetreten sei. Auf Wunsch des Beschwerdeführers sei das Methadon durch Subutex ersetzt worden, welches schnell abgebaut werden können. Der Abbau sei komplikationslos verlaufen. Es habe eine Kontaktaufnahme mit dem zuständigen Therapeuten der Klinik M.\_\_\_\_ stattgefunden, welcher zu einem gemeinsamen Gespräch in die Klinik gekommen sei. Der Übertritt in die Klinik M.\_\_\_\_ sei am 9. November 2015 geplant gewesen. Die therapeutischen Gespräche hätten in erster Linie der Ausrichtung auf die zukünftige Behandlung in der Klinik M.\_\_\_\_ gedient und der Klärung der sozialen Belange. Im Hinblick auf den Eintritt in die Klinik M.\_\_\_\_ seien dem Beschwerdeführer zur Regelung seiner Belange ganztägige Urlaube gewährt worden. Nach dem Tagesurlaub vom 3. November 2015 sei er am 4. November 2015 aufgefordert worden, eine Urinprobe abzugeben. Er habe daraufhin berichtet, im Urlaub Heroin konsumiert zu haben. Im gemeinsamen Gespräch sei dann der sofortige Austritt besprochen worden. Der Konsum sei für das Behandlungsteam überraschend gekommen, der weitere Verlauf sei nicht absehbar.

5.2.6 Dem am 18. Januar 2018 bei der Beschwerdegegnerin eingegangenen Bericht des behandelnden Psychiaters med. pract. F.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 12. Januar 2018 (IV-Nr. 112) sind die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zu entnehmen:

Die Behandlung des Beschwerdeführers sei vom 25. September 2014 bis 21. Juli 2015 erfolgt. Danach sei eine Pause eingelegt worden, wobei nach 14 Monaten nur noch ein einmaliger Abschlusstermin am 22. September 2016 wahrgenommen worden sei. Der Beschwerdeführer habe die Therapiesitzungen sehr unregelmässig wahrgenommen. Er sei regelmässig angetrunken gewesen und habe zunächst nicht motiviert werden können, sich mit seinem Konsumverhalten auseinanderzusetzen. Er habe nur gewünscht, über die familiäre schwierige Situation zu sprechen. Der Beschwerdeführer habe sich während der Behandlung in einem Sorgerechtsstreit mit seiner ehemaligen Ehefrau befunden. Noch während der Behandlung habe der Beschwerdeführer motiviert werden können, sein Suchtproblem genauer zu betrachten und habe sich im September 2015 zu einem stationären Entzug entscheiden können. Nach mehrmaligem Versuch sei ein Alkoholentzug in der Erwachsenenpsychiatrie der E.\_\_\_\_ zu Stande gekommen. Anschliessend an diesen Aufenthalt sei ein Aufenthalt in der Klinik M.\_\_\_\_ vorgesehen gewesen. Während der Behandlungszeit sei der Beschwerdeführer zu 100 % arbeitsunfähig gewesen. Krankheitsbedingt seien Referenztätigkeiten oder eine Arbeit im ersten Arbeitsmarkt oder im geschützten Rahmen nicht zumutbar gewesen. Die seitherige und aktuelle

Arbeitsfähigkeit sei seinerseits nicht beurteilbar.

5.2.7 Die nach Erstattung des psychiatrischen Gutachtens vom 19. Juli 2016 bei der Beschwerdegegnerin eingegangenen Berichte (vgl. E. II. 5.2.4 ■ 5.2.6 hiervor) wurden dem psychiatrischen Gutachter Dr. med. C.\_\_\_\_ vorgelegt. In seiner Stellungnahme vom 6. Februar 2018 (IV-Nr. 114) führte er zum Bericht der D.\_\_\_\_ vom 20. Januar 2014 (IV-Nr. 108) aus, eine ambulante Behandlung des Beschwerdeführers sei unregelmässig vom 3. Oktober 2013 bis 20. Januar 2014 wegen einer mittelgradigen depressiven Episode (bei einer rezidivierenden depressiven Störung, F33.1) in der Folge von Partnerschaftskonflikten durchgeführt worden. Auf den schädlichen Gebrauch multipler nicht ärztlich verordneter psychotroper Substanzen bzw. entsprechende Abhängigkeitssyndrome werde hingewiesen (Alkohol, Sedativa / Hypnotika, Cannabinoide, Tabak, Kokain). Weitere versicherungsmedizinisch relevante Informationen seien aus rein psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht nicht formuliert worden (bspw. keine Angaben zum Verlauf der psychopathologischen Symptome, keine laborchemischen Kontrollen zur deklarierten Psychopharmakotherapie und / oder zum «Drogenkonsum»).

Zu den Austrittsberichten der E.\_\_\_\_ (vgl. E. II. 5.2.5 hiervor) hielt er fest, im Zeitraum vom 13. August bis 4. November 2015 sei der Beschwerdeführer insgesamt während 43 Tagen für eine Entzugsbehandlung bei Abhängigkeit von Alkohol und Opioiden sowie Gebrauch von Cannabinoiden in der Klinik gewesen. Er habe während des ersten und dritten stationären Aufenthaltes nicht ärztlich verordnete psychotrope Substanzen konsumiert (weitere Angaben fehlten), der zweite Aufenthalt sei erfolgreich verlaufen. Eine leichte depressive Episode (bei einer rezidivierenden Störung, F33.1) infolge einer «Trennungssituation zur Tochter» werde am 15. September 2015 (danach nicht mehr) attestiert. Auch die erneute Instabilität bezüglich der Einnahme nicht ärztlich verordneter psychotroper Substanzen sei Ausdruck dieser psychosozialen Belastung. Weitere versicherungsmedizinisch relevante Informationen aus rein psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht seien nicht formuliert worden.

Zum Bericht von med. pract. F.\_\_\_\_ (vgl. E. II. 5.2.6 hiervor) führte Dr. med. C.\_\_\_\_ aus, eine ambulante Behandlung sei unregelmässig vom 25. September 2014 bis 21. Juli 2015 und am 22. September 2016 durchgeführt worden. Es würden Abhängigkeitssyndrome von Alkohol und Opioiden sowie «rezidivierende bzw. mittelgradige depressive Störung» attestiert. Auf «familiär schwierige Situation / Sorgerechtsstreit» und «regelmässig angetrunken» werde hingewiesen. Der Beschwerdeführer habe eine Entzugsbehandlung in der E.\_\_\_\_ wahrgenommen. Für die «Behandlungszeit» sei eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % anzunehmen. Weitere versicherungsmedizinisch relevante Informationen aus rein psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht seien nicht formuliert worden.

Zusammenfassend hielt Dr. med. C.\_\_\_\_ fest, die neu vorgelegten Dokumente würden die Informationen zum Zeitraum zwischen Ende 2013 und Ende 2015 ergänzen, als der Beschwerdeführer unter einer Anpassungsstörung bei ehelichen Konflikten gelitten habe, was zum Zeitpunkt der Erstellung des Gutachtens bekannt gewesen sei. Dabei sei es auch zu einer (erneuten) Instabilität bezüglich der Einnahme nicht ärztlich verordneter psychotroper Substanzen gekommen. Es seien aber keine wesentlichen neuen Informationen und / oder zum Gutachten widersprüchliche Angaben dokumentiert. Eine Änderung der im Gutachten vom 19. Juli 2016 erläuterten Einschätzung (sowohl zur Diagnose, als auch zur Arbeitsunfähigkeit) könne mit den Hinweisen in den neu vorgelegten Dokumenten nicht begründet werden.

5.2.8 Der Beschwerdeführer liess sodann im Beschwerdeverfahren die Stellungnahme von Dr. med. N.\_\_\_\_, Oberarzt, E.\_\_\_\_, vom 8. August 2018 zum psychiatrischen Gutachten von Dr. med. C.\_\_\_\_ vom 19. Juli 2016 einreichen (Beschwerdebeilage [BB] 1). Dr. med. N.\_\_\_\_ führte aus, das von Dr. med. C.\_\_\_\_ erstellte Gutachten finde er sauber erarbeitet und in sich schlüssig. Gleichwohl könne er aus seiner bisherigen Behandlungserfahrung mit dem Beschwerdeführer nicht zu den gleichen Schlüssen kommen, da der Beschwerdeführer sich wesentlich anders präsentiere als er das in der Begutachtungssituation getan haben müsse. Der Beschwerdeführer habe erstmals am 27. Juli 2017 Kontakt zum O.\_\_\_\_ aufgenommen, damals mit einer floriden Alkoholabhängigkeit, einer angstdominierten Symptomatik (Agoraphobie mit Panikattacken) und klaren posttraumatischen Erlebensweisen. Er habe schon damals angegeben, Methadon und Heroin vom Schwarzmarkt zu beziehen, habe sich aber nicht auf eine Substitutionsbehandlung einlassen wollen, da er sich gefürchtet habe, dass dieser Umstand ihm im Sorgerechtsstreit um die Tochter zum Nachteil gereichen könnte. Er wolle die Behandlung vor allem deswegen wahrnehmen, damit er ein Arztzeugnis und ein Rezept für sein sedierendes Antidepressivum bekommen könne. Die Behandlung habe sich schwierig gestaltet. Der Beschwerdeführer sei nicht in der Lage gewesen, seine Termine regelmässig einzuhalten. Die Angstsymptomatik sei durchgehend festzustellen gewesen und habe auch erheblichen Leidensdruck mit sich gebracht. Erst am 11. April 2018 habe er sich entscheiden können, eine Substitutionsbehandlung zu beginnen. Seitdem sei eine kontinuierliche Behandlung möglich, obschon er immer wieder Termine aus gesundheitlichen (psychischen) Gründen absage. Für Dr. med. N.\_\_\_\_ sei es glaubhaft, dass der Beschwerdeführer seine Symptomatik in der Begutachtungssituation verschleiern könnte, er habe ihm nachweisen können, um die fragliche Zeit herum wohnungslos und auch finanziell in Nöten gewesen zu sein, was erst durch die Unterstützung seiner Schwester wieder in geordnete Bahnen habe gelenkt werden können. Er gebe an, zu dieser Zeit befürchtet zu haben, dass eine Fürsorgerische Unterbringung ausgesprochen werden könnte oder er einen Beistand gegen seinen Willen bekommen könnte. Er habe auch befürchtet, den Umgang mit der Tochter aufgrund seiner Erkrankung untersagt zu bekommen. Von seiner Intelligenz her traue Dr. med. N.\_\_\_\_ dem Beschwerdeführer durchaus zu, auch die diagnostischen Tests so auszufüllen, dass er seine Symptomatik unverdächtig dissimuliere. Die im Gutachten erwähnte Weigerung, eine Blut- oder Urinprobe abzugeben, sei für ihn ein klarer Hinweis darauf, dass der Beschwerdeführer schon zum Begutachtungszeitpunkt einen nachweisbaren Alkohol- und Drogenkonsum betrieben haben müsse. Die tatsächliche psychische Komorbidität sei mit dem Beschwerdeführer im ambulanten Setting nicht zuverlässig zu klären, einem stationären Aufenthalt stehe er aber noch ambivalent gegenüber. Die Diagnose einer Agoraphobie mit Panikstörung sei mit hoher Sicherheit klinisch zu stellen, eine generalisierte Angststörung von der posttraumatischen Symptomatik abzugrenzen sei dagegen schwer und auch eine Persönlichkeitsstörung im Bereich ängstlich / unsicher / vermeidend sei durchaus denkbar. Aus seiner Sicht sollte die Beurteilung des Beschwerdeführers noch einmal unter Einbeziehung der genannten Aspekte erfolgen. Dr. med. N.\_\_\_\_ attestierte dem Beschwerdeführer sodann für die Zeit vom 1. Juli bis 15. August 2017 (BB 2a), vom 11. bis 30. April 2018 (BB 2b) und vom 1. bis 31. Mai 2018 (BB 2c) eine Arbeitsunfähigkeit von 100 %. Für die Zeit vom 1. Juli bis 31. August 2018 attestierte Dr. med. N.\_\_\_\_ dem Beschwerdeführer eine Arbeitsunfähigkeit von 70 % (BB 2f und 2g).

5.2.9 Dem ebenfalls im Beschwerdeverfahren eingereichten Bericht des P.\_\_\_\_ vom 21. Juni 2018 (BB 2d) lässt sich die folgende Diagnose entnehmen: «Vd. a. aktivierte Arthrose Grosszehengrundgelenk links und DIP Dig II Fuss rechts, ED 3. Juni 2018; DD Arthritis urica». Der Beschwerdeführer habe sich am 21. Juni 2018 zur Verlaufskontrolle vorgestellt bei persistierenden Schmerzen im Bereich des linken Grosszehengrundgelenks und im Bereich des DIPs der rechten zweiten Zehe, welche bei Erysipel-Verdacht in der Notfallkonsultation vom 3. Juni 2018 in der Klinik vom 3. bis 8. Juni 2018 mit Co-Amoxi 3x625mg behandelt worden sei. Schwellung und Schmerzen hätten sich unter der Antibiose kaum verbessert, seit zwei Tagen gehe er an zwei Unterarm-Gehstöcken, dadurch seien Schmerzen und Schwellung etwas regredient. Eine laborchemische Untersuchung habe aufgrund der bestehenden Angst des Beschwerdeführers nicht durchgeführt werden können. Nach konventionell-radiologischem Ausschluss ossärer Läsionen im Bereich der druckdolenten Regionen bei Verdacht auf aktivierte Arthrose DD Arthritis urica Voltaren p.o. unter Pantozolschutz sowie Voltaren Gel lokal. Der Beschwerdeführer bereite sich mental für eine Blutentnahme nächste Woche vor.

5.2.10 Sodann reichte der Beschwerdeführer im Beschwerdeverfahren eine Bestätigung der D.\_\_\_\_ vom 9. Februar 2016 ein (BB 6). Dieser ist zu entnehmen, dass sich der Beschwerdeführer in der Zeit vom 3. Oktober bis 3. Dezember 2013 in ambulanter Behandlung befunden habe. Im Weiteren wurde ein vorläufiger Austrittsbericht der E.\_\_\_\_, , vom 18. August 2015 eingereicht (BB 7). Diesem lassen sich die folgenden Schlussdiagnosen nach ICD-10 entnehmen:

Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Abhängigkeitssyndrom, ICD-10:  
F10.2

Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide: Abhängigkeitssyndrom, ICD-10:  
F11.2

Andere Kontaktanlässe mit Bezug auf den engeren Familienkreis, ICD-10: Z63

Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode, ICD-10

Weiter lässt sich diesem Bericht entnehmen, dass mit einem Alkohol-Entzug begonnen worden sei. Diese Massnahme sei jedoch vorzeitig auf Wunsch des Beschwerdeführers abgebrochen worden.

6. Da sich die Beschwerdegegnerin in ihrer Verfügung vom 4. April 2018 (A.S. 1 ff.) in der Hauptsache auf das psychiatrische Gutachten von Dr. med. C.\_\_\_\_ vom 19. Juli 2016 (vgl. E. II. 5.2.1. hiervor) und seine ergänzenden Stellungnahmen vom 30. November 2016 (vgl. E. II. 5.2.2 hiervor) und 6. Februar 2018 (vgl. E. II. 5.2.7 hiervor) stützt, ist im Folgenden deren Beweiswert zu prüfen.

6.1 Zunächst ist festzuhalten, dass das von der Beschwerdegegnerin veranlasste umfassende psychiatrische Gutachten von Dr. med. C.\_\_\_\_ vom 19. Juli 2016 (IV-Nr. 88.1 ■ 88.3) und seine ergänzenden Stellungnahmen vom 30. November 2016 und 6. Februar 2018 auf den vollständigen Vorakten beruhen, die geklagten Beschwerden berücksichtigen sowie aufgrund seiner persönlichen Untersuchung vom 1. Juni 2016 erstellt wurden. Gestützt auf die anlässlich der Exploration gewonnenen Erkenntnisse und in ausführlicher Auseinandersetzung mit den übrigen relevanten medizinischen Unterlagen gelangt der Gutachter zu schlüssigen Ergebnissen, die er in einer nachvollziehbaren Weise herleitet und begründet. Die Angaben des Beschwerdeführers werden durch den Gutachter

wiedergegeben und in die Beurteilung einbezogen. Die Abweichungen von den früheren Stellungnahmen werden eingehend begründet. Das Gutachten ist in sich stimmig und enthält keine inneren Widersprüche. Es deckt sämtliche in den Vorakten thematisierten Aspekte, die für die psychiatrische Beurteilung relevant sein können, ab. Die Beurteilung orientiert sich zudem inhaltlich an den durch das Bundesgericht entwickelten Indikatoren für die Beurteilung psychosomatischer Beschwerdebilder (vgl. BGE 141 V 281 E. 4 S. 296 ff.; IV-Nr. 131 S. 17 ff.), welche nach der neuen Praxis grundsätzlich auf sämtliche psychischen Erkrankungen Anwendung finden (BGE 143 V 418 E. 7.2 S. 429 und 143 V 409 E. 4.5.2 S. 416 f.). Dr. med. C. \_\_\_ diagnostiziert eine kombinierte Persönlichkeitsstörung (F61.0; mit dissozialen, emotional instabilen und histrionischen Anteilen). Objektive psychopathologische Befunde seien aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht zurzeit nicht vorhanden. Im Vordergrund stehe aktuell eine (subjektive) Befindlichkeitsstörung in Form eines ängstlich-zwanghaften Syndroms bei einer selbstunsicheren Grundhaltung und körperlichen Missempfindungen. Die Limitierung des Aktivitätenniveaus ergebe sich für alle vergleichbaren Lebensbereiche (Beruf / Erwerb, Haushalt, Freizeit, soziale Aktivitäten) aufgrund deutlicher Abweichungen im Wahrnehmen, Denken, Fühlen und in den Beziehungen zu anderen. Dabei stünden leicht ausgeprägte Defizite bei der Anpassung an Regeln / Routinen, der Planung / Strukturierung von Aufgaben, der Flexibilität / Umstellungsfähigkeit und der Durchhaltefähigkeit im Vordergrund. Beim Verlauf der Störung des Beschwerdeführers seien auch (psycho-)soziale Faktoren zu benennen (bspw. Lebensalter, Abstinenz vom und Lage am Arbeitsmarkt, langjähriger Rentenbezug, Rechtsstreit wegen ehelicher Konflikte). Diese Gesichtspunkte hätten vor allem sozialarbeiterische Relevanz. Sie würden nicht in die Beurteilung einer medizinisch-theoretischen Zumutbarkeit einer allfälligen Tätigkeit aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht mit eingehen (vgl. IV-Nr. 88.1 S. 27 ff.). Der soziale Kontext sei subjektiv und objektiv geordnet. Der Beschwerdeführer berichte von vielfältigen Freizeitaktivitäten. Er pflege soziale Kontakte und besorge seinen Haushalt selbständig. Und schliesslich hätten die ehelichen Konflikte ab 2010 über eine kurzzeitige Anpassungsstörung hinaus zu keiner erneuten eigentlichen Dekompensation der Persönlichkeitsstörung geführt (vgl. IV-Nr. 88.1 S. 30). Aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht relevante Behandlungsmassnahmen würden allein bezüglich des Suchtleidens dokumentiert. Zwischen 2002 und 2011 habe der Beschwerdeführer keine ambulante Therapie in Anspruch genommen. Für die Zeit zwischen 2011 und 2015 würden von ihm verschiedene kurzfristige ambulante Beratungen aufgrund seiner Anpassungsstörung bei ehelichen Konflikten genannt. Zurzeit werde keine relevante Behandlung durchgeführt. Die Persönlichkeitsstörung stelle grundsätzlich eine Indikation für eine regelmässige strukturierte fachärztliche psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung dar. Dadurch könne der Beschwerdeführer auch bei einer beruflichen Reintegration und bei der Modifikation seines Substanzkonsums unterstützt werden. Zur Motivation für eine solche Behandlung äussere sich der Beschwerdeführer ambivalent bis ablehnend. Deren allfälliger Nutzen sei mit Blick auf eine relevante Steigerung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers aus rein medizinischer (psychiatrisch-psychotherapeutischer) Sicht auch nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit anzunehmen. Der Einsatz sei zunächst rein therapeutisch-ethisch im Zusammenhang eines bio-psycho-sozialen Krankheitsmodells motiviert. Medizinisch-theoretisch sei die Prognose einer Persönlichkeitsstörung meist chronisch stabil. Im Fall des Beschwerdeführers bestätige sich hingegen die klinische

Erfahrungstatsache, dass Persönlichkeitsstörungen in der zweiten Lebenshälfte an Dynamik verlören und die Betroffenen «ausgeglichen» würden (Spontanremission). Eingliederungsmassnahmen würden in den Akten nicht dokumentiert. Der Beschwerdeführer plane, eine Tätigkeit «wie bei der Q. \_\_\_» wieder aufzunehmen (mit einem Arbeitspensum von ca. 30 %). Eingliederungsmassnahmen seien aus rein psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht zumutbar (vgl. IV-Nr. 88.1 S. 31 f.). Das Gutachten von Dr. med. C. \_\_\_ wird damit den durch die Rechtsprechung entwickelten Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Stellungnahme in allen Punkten gerecht. Die Beweiskraft des Gutachtens ist grundsätzlich als gegeben zu erachten (vgl. E. II. 4.2 hiervor).

6.2 Daran vermag auch der Einwand des Beschwerdeführers nichts zu ändern, wonach das Gutachten von Dr. med. C. \_\_\_ beweisrechtlich nicht verwertbar sei, zumal erhebliche Zweifel an seiner Unabhängigkeit und Unvoreingenommenheit bestünden. Er sei in der Zeit von 1996 bis 1998 einer der behandelnden Ärzte bei den D. \_\_\_ gewesen (vgl. A.S. 6 ff.). Befangenheit ist anzunehmen, wenn Umstände vorliegen, die in objektiver Weise geeignet sind, Misstrauen in die Unparteilichkeit und Unvoreingenommenheit der sachverständigen Person zu erwecken. Dazu genügt nicht, sich schon einmal mit der zu begutachtenden Person befasst zu haben und dabei zu für sie ungünstigen Schlussfolgerungen gelangt zu sein. Entscheidend ist, dass das Ergebnis der Abklärung (nach wie vor) als offen und nicht vorbestimmt erscheint (Urteil des Bundesgerichts 9C\_731/2017 vom 30. November 2017 E. 3.1 mit Hinweisen). Anderes gilt, wenn Umstände vorliegen, die den Anschein der Befangenheit und die Gefahr der Voreingenommenheit objektiv zu begründen vermögen, etwa wenn der Sachverständige seinen Bericht nicht neutral und sachlich abfasste (BGE 132 V 93 E. 7.2.2 S. 110). Solches ist jedoch nicht ersichtlich und wird auch nicht geltend gemacht. Im vorliegenden Fall sind keine Umstände ersichtlich, die geeignet sind, Misstrauen in die Unparteilichkeit und Unvoreingenommenheit von Dr. med. C. \_\_\_ zu erwecken. Dass sich der psychiatrische Gutachter mit dem Beschwerdeführer schon in den Jahren 1996 bis 1998 befasst haben soll, woran sich der begutachtende Psychiater Dr. med. C. \_\_\_ nicht zu erinnern vermag (vgl. E. II. 5.2.2 hiervor), genügt hierzu nicht. Entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers kann nicht nachvollzogen werden, weshalb das Ergebnis der psychiatrischen Expertise vom 19. Juli 2016 nicht als offen erscheinen sollte. Im Übrigen kann der Beschwerdeführer keine weiteren konkreten Umstände vorbringen, welche eine Befangenheit von Dr. med. C. \_\_\_ begründen. Befangenheitsgründe für Dr. med. C. \_\_\_ sind denn auch keine ersichtlich, weshalb eine solche im vorliegenden Fall zu verneinen ist.

6.3 Entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers wirkt sich auch dessen Behauptung, dass er während der Begutachtung unter dem Einfluss des Alkohol- und Drogenkonsums gestanden habe (vgl. A.S. 7; 5 ff.), nicht nachteilig auf den Beweiswert des psychiatrischen Gutachtens aus. Gemäss der unbestritten gebliebenen Feststellung im Gutachten (IV-Nr. 88.1 S. 29) verweigerte der Beschwerdeführer ausdrücklich auch auf mehrfache Nachfrage die Abgabe einer Urin- / und / oder Blutprobe. Er verunmöglichte damit die Feststellung, eines allfälligen Substanzkonsums. In dieser Konstellation musste der Gutachter aufgrund seiner Wahrnehmungen beurteilen, ob eine hinreichend zuverlässige psychiatrische Begutachtung möglich sei respektive ob Anzeichen dafür bestünden, dass das Verhalten des Beschwerdeführers durch Alkohol- oder Drogenkonsum beeinflusst werde. Dass Dr. med. C. \_\_\_ eine aussagekräftige Begutachtung für möglich hielt, leuchtet angesichts der

gutachterlichen Darlegung ein: Anlässlich der psychiatrischen Untersuchung wurde der Beschwerdeführer mit einem wachen Bewusstsein und zu allen Qualitäten orientiert beschrieben. Die Psychomotorik (inkl. Mimik und Gestik) sowie der Antrieb seien vollständig unauffällig. Der Allgemeinzustand sei gut. Sein Gesprächsverhalten sei freundlich, zugewandt und kooperativ. Er habe spontan, aktiv, flüssig, differenziert und strukturiert berichtet. Im formalen Denken sei er logisch und kohärent. Es bestünden keine Hinweise auf inhaltliche Denkstörungen (Wahn- und / oder Zwangsphänomene). Intelligenz, Auffassung, Merkfähigkeit und Konzentration seien unauffällig. Daten seien ungenau genannt worden. Das Gedächtnis sei darüber hinaus intakt. Hinweise auf Wahrnehmungs- und / oder Ich-Störungen seien nicht zu finden (vgl. IV-Nr. 88.1 S. 16). Dem Gutachten lassen sich keine Hinweise entnehmen, wonach sich ein allfälliger Substanzkonsum des Beschwerdeführers im Vorfeld zur Begutachtung auf das Ergebnis der Begutachtung ausgewirkt haben könnte.

6.4 Schliesslich vermag auch die Rüge des Beschwerdeführers, der Gutachter habe auf die Einholung fremdanamnestischer Auskünfte verzichtet, den Beweiswert des psychiatrischen Gutachtens nicht zu schmälern. So ist zum einen festzuhalten, dass weitere fremdanamnestische Angaben dort nicht unbedingt erforderlich sind, wo sich ■ wie vorliegend der Fall ■ bereits Berichte der behandelnden Ärzte in den Akten befinden. Es steht dem Gutachter bei der Frage, ob er weitere fremdanamnestische Auskünfte / Angaben benötigt, denn auch ein gewisser Ermessensspielraum zu (Urteil des Bundesgerichts 9C\_65/2012 vom 28. Februar 2012 E. 4.3 mit Hinweisen). Folglich kann aus dem Verzicht auf das Einholen einer Fremdanamnese durch Dr. med. C. \_\_\_ nicht auf eine Minderung des Beweiswertes seines psychiatrischen Gutachtens geschlossen werden. Die psychiatrische Exploration kann von der Natur der Sache her denn auch nicht ermessensfrei erfolgen. Sie eröffnet dem begutachtenden Psychiater immer einen gewissen Spielraum, innerhalb dessen verschiedene medizinisch-psychiatrische Interpretationen möglich, zulässig und zu respektieren sind, sofern der Experte lege artis vorgegangen ist, was vorliegend der Fall ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_555/2012 vom 25. Juli 2013 E. 3.2.1).

7. Zusammenfassend ist dem Gutachten von Dr. med. C. \_\_\_ für die Beurteilung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers voller Beweiswert beizumessen. Damit stellt sich die Frage, ob durch das Gutachten die für eine Revision gemäss Art. 17 ATSG vorausgesetzte erhebliche Veränderung mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit ausgewiesen ist oder ob es stattdessen eine ■ revisionsrechtlich unbeachtliche ■ abweichende Beurteilung des im Wesentlichen unverändert gebliebenen Gesundheitszustands darstellt (vgl. E. II. 3.1 und 4.3 hiervor).

7.1 Die ursprüngliche Rentenzusprache basierte im Wesentlichen auf dem Gutachten der H. \_\_\_ vom 5. November 1999 (vgl. E. II. 5.1.5 hiervor). Diagnostiziert wurde eine emotional instabile Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ (ICD-10 F60.31), auf deren Grundlage sich eine methadonsubstituierte Opiatabhängigkeit und ein schädlicher Gebrauch von Kokain, Alkohol und Cannabis (ICD-10 F14.1, F10.1 und F12.1) entwickelt hätten, welche im Laufe der Jahre zu einer Eigendynamik geführt hätten und im Rahmen der Grundstörung nur schwer rückgängig zu machen seien. Zusätzlich bestünden rezidivierend depressive Episoden mit mehrfachen Suizidversuchen (ICD-10 F32.1), welche in Zusammenhang mit der schweren Persönlichkeitsstörung des Beschwerdeführers zu bringen seien. Der Beschwerdeführer erscheine sowohl im geschützten Rahmen als auch in der freien Wirtschaft mindestens zu 70 % arbeitsunfähig. In diesem Sinne sei eine

Berentung auszusprechen und diese in ca. zwei Jahren zu evaluieren (IV-Nr. 7 S. 4). Gestützt darauf sprach die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer bei einem ermittelten Invaliditätsgrad von 70 % eine ganze Rente mit Wirkung ab 1. Januar 1997 zu (vgl. IV-Nr. 13).

7.2 Zur im vorliegenden Zusammenhang primär interessierenden Frage, ob sich der Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit gegenüber der Situation bei Erlass der rentenzusprechenden Verfügung vom 6. November 2000 erheblich verändert hat, lässt sich dem Gutachten von Dr. med. C.\_\_\_\_ vom 19. Juli 2016 entnehmen, eine leicht ausgeprägte Persönlichkeitsstörung (F61.0), wie sie beim Beschwerdeführer vorliege, habe einen relevanten (krankheitsbedingten) Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit von 30 % Minderung (von 100 %) auf dem 1. ausgeglichenen Arbeitsmarkt. Für angepasste Tätigkeiten (Toleranz bzgl. der interaktionellen Defizite des Beschwerdeführers) und für Tätigkeiten im Haushalt könne aus rein psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht keine relevante ( $\geq 20$  % von 100 %) Arbeitsunfähigkeit angenommen werden. Weitere aus versicherungspsychiatrischer Sicht relevante Störungen gemäss ICD-10 (Kapitel F, psychische und Verhaltensstörungen), die allfällig einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hätten, könnten im Fall des Beschwerdeführers gegenwärtig nicht begründet werden. Insbesondere das zwischen 1992 und 2002 teilweise ausgeprägt instabile «Suchtleiden» habe sich deutlich verbessert. Eine depressive Störung, die sich zuletzt als Anpassungsstörung bei ehelichen Konflikten gezeigt habe, sei gegenwärtig remittiert. Suizidversuche seien seit 1992 nicht mehr vorgekommen. Insofern sei von einer wesentlichen Veränderung (Verbesserung) des Gesundheitszustandes im Vergleich zum Gutachten vom November 1999 auszugehen. Von dieser Einschätzung könne sicher ab Datum der aktuellen Untersuchung am 1. Juni 2016 ausgegangen werden. Es könne jedoch aufgrund der hierfür unzureichenden Dokumentation nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit geschätzt werden, ob und allfällig ab wann genau bereits vor Juni 2016 darauf abgestützt werden könne (IV-Nr. 88.1 S. 34). Diesen Ausführungen lässt sich entnehmen, dass Dr. med. C.\_\_\_\_ den Gesundheitszustand günstiger beurteilt als die Vorgutachter. Sie genügen aber für sich allein nicht als Nachweise für eine konkrete Verbesserung in Vergleich der beiden massgebenden Zeitpunkte. Bezugnehmend auf die früheren psychiatrischen Beurteilungen führt der Gutachter aus, die ursprünglich gestellte Diagnose einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ (ICD-10 F60.31) sei mit Bezug zum Klassifikationssystem weder beschrieben noch diskutiert worden. Sie könne nicht kritisch nachvollzogen werden (IV-Nr. 88.1 S. 19). Die Gesundheitsschädigung im Fall des Beschwerdeführers erscheine konkret als eine kombinierte Persönlichkeitsstörung (F61.0; mit dissozialen, emotional instabilen und histrionischen Anteilen). Objektive psychopathologische Befunde seien aus psychiatrischer Sicht zurzeit nicht vorhanden. Im Vordergrund stehe aktuell eine (subjektive) Befindlichkeitsstörung in Form eines ängstlich-zwanghaften Syndroms bei einer selbstunsicheren Grundhaltung und körperlichen Missempfindungen. Die Limitierung des Aktivitätenniveaus ergebe sich für alle vergleichbaren Lebensbereiche (Beruf / Erwerb, Haushalt, Freizeit, soziale Aktivitäten) aufgrund deutlicher Abweichungen im Wahrnehmen, Denken, Fühlen und in den Beziehungen zu anderen. Dabei stünden leicht ausgeprägte Defizite bei der Anpassung an Regeln / Routinen, der Planung / Strukturierung von Aufgaben, der Flexibilität / Umstellungsfähigkeit und der Durchhaltefähigkeit im Vordergrund. Eine Willensanstrengung zur Bewältigung dieser Defizite sei aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht zumutbar und tatsächlich möglich. Von dieser Einschätzung könne ab 1992 ausgegangen werden. Die Persönlichkeitsstörung sei im Fall

des Beschwerdeführers nicht gleichzusetzen mit einer mittelschweren oder gar schweren psychiatrischen Störung, die die Handlungs- und Willensfreiheit und / oder den Realitätsbezug (fast) vollständig verunmögliche (vgl. IV-Nr. 88.1 S. 24 f.). Die Differenzialtypologie, also die Frage nach der Untergruppe in der Kategorie «Persönlichkeitsstörung» (kombiniert oder «nur» histrionisch, emotional instabil, impulsiv o. ä.) sei vor allem von akademischem ■ allfällig von therapeutischem ■ Interesse und habe aus versicherungsmedizinischer Sicht keine Auswirkung auf die Beurteilung des Einflusses der Störung auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers. Sodann führte der Gutachter Dr. med. C.\_\_\_\_ aus, in den Akten seien zudem unregelmässig depressive Episoden gemäss ICD-10 F32 / F33 attestiert worden, wobei die jeweilige Dauer und Ausprägung dieser Syndrome aufgrund der Akten nicht differenziert nachvollziehbar sei; es finde jeweils keine Beschreibung / Diskussion mit Bezug zum Klassifikationssystem statt. Aus objektiver Sicht würden die Eingangskriterien der ICD-10 für eine depressive Episode zurzeit nicht (mehr) erfüllt. Das (subjektive) ängstlich-zwanghafte Syndrom bei einer selbstunsicheren Grundhaltung und körperlichen Missempfindungen, das sich aktuell zeige, erfülle die Kriterien nicht. Es fehlten insbesondere eine tatsächliche schwere Antriebshemmung und eine objektivierbare ausgeprägte Affektstarre. Es könne somit im Fall des Beschwerdeführers von einer depressiven Störung, die gegenwärtig remittiert sei, ausgegangen werden. Ein (allfällig eigenständiger und zusätzlicher) Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers könne dadurch nicht (mehr) begründet werden. Depressive Syndrome seien meist Ausdruck der Überforderung des Beschwerdeführers aufgrund seiner Persönlichkeitsdefizite (bspw. geringe Frustrationstoleranz, narzisstisches Selbstverständnis, histrionische Expressivität) und begründeten möglicherweise kurzfristige (allenfalls zusätzliche) Minderungen der Leistungsfähigkeit (wie zuletzt bspw. im Rahmen der Anpassungsstörung bei ehelichen Konflikten; IV-Nr. 88.1 S. 22 f.). Diese Ausführungen von Dr. med. C.\_\_\_\_ sprechen dafür, dass sich der psychische Gesundheitszustand seit der Verfügung vom 6. November 2000 nicht wesentlich verändert hat und es sich hierbei lediglich um eine abweichende Beurteilung handelt. Es kann auch nicht gesagt werden, im psychiatrischen Gutachten der H.\_\_\_\_ vom 5. November 1999, das für die Rentenzusprache entscheidend war, würden erhebliche, für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit massgebende Befunde erhoben, die sich im Gutachten von Dr. med. C.\_\_\_\_ nicht mehr fänden. Der durch die H.\_\_\_\_, nur kurz wiedergegebene Untersuchungsbefund (IV-Nr. 7 S. 3 f.) enthält keine Feststellungen, die von denjenigen von Dr. med. C.\_\_\_\_ erheblich abweichen würden. So lässt sich dem psychiatrischen Gutachten der H.\_\_\_\_ vom 5. November 1999 entnehmen, der Beschwerdeführer sei in den Gesprächen jeweils bewusstseinsklar und allseits orientiert gewesen, kognitive Funktionen seien intakt, subjektiv habe er allerdings eine Zerstreutheit beklagt, die dazu führen könne, dass er oft Dinge liegen lasse. Formalgedanklich sei er jeweils unauffällig, Hinweise auf Wahngedanken, Sinnestäuschungen oder Ich-Störungen seien nie zu eruieren gewesen. Der affektive Rapport sei gut herstellbar gewesen, die Grundstimmung habe zwischen depressiv und ängstlich gewechselt. Insgesamt habe er oft hoffnungslos und ratlos gewirkt, akute Suizidalität sei jedoch jeweils explizit verneint worden und auch Gedanken des Lebensüberdrusses seien in den vergangenen Monaten nicht mehr aufgetreten. Im Gespräch habe der Beschwerdeführer auch Minderwertigkeitsgefühle erheblichen Ausmasses verbalisiert, Probleme mit aggressiven Impulsdurchbrüchen habe er jedoch schon lange nicht mehr gehabt (IV-Nr. 7 S. 6 f.). Dr. med. C.\_\_\_\_ berichtet, die Psychomotorik (inkl. Mimik und Gestik) sowie der Antrieb seien vollständig unauffällig. Der Allgemeinzustand

sei gut. Hinweise auf allfällig quälende, dauerhafte körperliche Schmerzen und / oder schmerzbedingte Beeinträchtigungen der Bewegung seien nicht erkennbar. Im Bewusstsein sei der Beschwerdeführer wach und zu allen Qualitäten orientiert. Sein Gesprächsverhalten sei freundlich, zugewandt und kooperativ. Er berichte spontan, aktiv, flüssig, differenziert und strukturiert. Dabei spreche er meist im Plauderton. In der Interaktion sei er leutselig, emotional expressiv (theatralisch) und narzisstisch. Im formalen Denken sei er logisch und kohärent. Es bestünden keine Hinweise auf inhaltliche Denkstörungen (Wahn- und / oder Zwangspänomene). Intelligenz, Auffassung, Merkfähigkeit und Konzentration seien unauffällig. Daten würden ungenau genannt. Das Gedächtnis sei darüber hinaus intakt. Hinweise auf Wahrnehmungs- und / oder Ich-Störungen fänden sich nicht. Im Affekt sei der Beschwerdeführer ernst, ruhig, ausgeglichen und sehr gut moduliert. Er berichte oft klagsam. Ab und zu lächle, lache und scherze er situativ angemessen. Er sei von Suizidalität distanziert. Ein affektiver Rapport komme gut zustande (IV-Nr. 88.1 S. 16). Vor diesem Hintergrund ergibt sich aus dem Gutachten von Dr. med. C.\_\_\_\_ keine erhebliche Verbesserung des psychischen Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers im Vergleich zur Rentenzusprache durch die Verfügung vom 6. November 2000 (IV-Nr. 7). Wohl dürfen die Anforderungen an den Nachweis einer Veränderung bei psychischen Beurteilungen nicht überspannt werden, weil diese nicht immer lückenlos mit Tatsachenschilderungen unterlegt werden können (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_395/2018 vom 3. September 2108 E. 6.4.3). Auch hier muss jedoch ein erheblicher Unterschied zwischen den damaligen und den aktuellen Feststellungen benennbar sein. Daran fehlt es hier. Auch ist nicht ersichtlich, inwiefern eine erhebliche Verbesserung bezüglich der Suchtproblematik eingetreten sein soll. Der psychiatrische Gutachter Dr. med. C.\_\_\_\_ begründet die Verbesserung damit, dass es zwischen den Jahren 1992 und 2002 zu sechs und in der jüngeren Vergangenheit zu lediglich zwei Hospitalisationen pro Dekade gekommen sei und gemäss Beschwerdeführer sei eine Methadonbehandlung erfolgreich abgeschlossen worden (vgl. 88.1 S. 27). Den im Nachgang zum psychiatrischen Gutachten bei der Beschwerdegegnerin eingegangenen Berichten (vgl. E. II. 5.2.4 ■ 5.2.6 hiervor), welche im Übrigen dem Gutachter auch vorgelegt wurden (vgl. E. II. 5.2.7 hiervor), lässt sich jedoch entnehmen, dass es im Jahr 2015 zu weiteren Hospitalisationen (konkret drei) gekommen und die Suchtproblematik weiterhin aktuell ist. So bestätigte Dr. med. C.\_\_\_\_ auch in seiner Stellungnahme vom

## **E. 6**

Februar 2018 (vgl. E. II. 5.2.7 hiervor), dass es im Zeitraum zwischen Ende 2013 und Ende 2015 zu einer (erneuten) Instabilität bezüglich der Einnahme nicht ärztlich verordneter psychotroper Substanzen gekommen sei. Demnach ist auch im Hinblick auf die Suchtproblematik keine erhebliche Verbesserung des Gesundheitszustandes erstellt. Zusammenfassend handelt es sich vielmehr um eine abweichende Beurteilung des im Wesentlichen unverändert gebliebenen Gesundheitszustands; eine solche bildet keine Grundlage für eine revisionsweise Rentenanpassung (vgl. E. II. 3.1 hiervor). Daran ändert auch der Umstand nichts, dass die Beurteilung von Dr. med. C.\_\_\_\_ aus heutiger Sicht wesentlich überzeugender ausfällt als die seinerzeitige Beurteilung durch die H.\_\_\_\_.

8. Zusammenfassend bildet das beweiswertige Gutachten von Dr. med. C.\_\_\_\_ keine Grundlage für die Annahme, die für die Anspruchsbeurteilung relevanten Tatsachen hätten sich seit der Rentenzusprache im Jahr 2000 erheblich verändert. Das Gutachten ist beweiswertig. Es besteht daher kein Anlass für ergänzende Abklärungen.

9. Nach dem Gesagten besteht keine Grundlage für eine Revision gemäss Art. 17 Abs. 1 ATSG. Zu prüfen bleibt, ob die angefochtene Verfügung mit substituierter Begründung zu bestätigen ist (vgl. BGE 125 V 368 E. 2 S. 369).

9.1 Nach Art. 53 Abs. 2 ATSG in Verbindung mit Art. 2 ATSG und Art. 1 Abs. 1 IVG kann die IV-Stelle auf formell rechtskräftige Verfügungen oder Einspracheentscheide zurückkommen, wenn diese zweifellos unrichtig sind, und wenn ihre Berichtigung von erheblicher Bedeutung ist. Mit der gleichen Begründung kann die Beschwerdeinstanz die zunächst auf Art. 17 ATSG gestützte Rentenaufhebung schützen (Urteil des Bundesgerichts 9C\_882/2014 vom 23. Juni 2015 E. 3.1.1 mit Hinweis). Die Wiedererwägung im Sinne dieser Bestimmung dient der Korrektur einer anfänglich unrichtigen Rechtsanwendung einschliesslich unrichtiger Feststellung im Sinne der Würdigung des Sachverhalts (BGE 117 V 8 E. 2c S. 17 mit Hinweis). Darunter fällt insbesondere eine unvollständige Sachverhaltsabklärung aufgrund einer klaren Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes (vgl. Art. 43 Abs. 1 ATSG; Urteil des Bundesgerichts 9C\_877/2011 vom 22. Mai 2012 E. 3.1). Eine auf keiner nachvollziehbaren ärztlichen Einschätzung der massgeblichen Arbeitsfähigkeit beruhende Invaliditätsbemessung ist nicht rechtskonform und die entsprechende Verfügung im wiedererwägungsrechtlichen Sinne zweifellos unrichtig (Urteil des Bundesgerichts 9C\_290/2009 vom 25. September 2009 E. 3.1.3 mit Hinweisen).

9.2 Vorliegend sind die Voraussetzungen einer Wiedererwägung nicht erfüllt. Die Beschwerdegegnerin stützte sich auf das Gutachten der H.\_\_\_\_ vom 5. November 1999 (IV-Nr. 7); dieses weist gewisse Schwachstellen auf und wird bei kritischer Betrachtung den Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Stellungnahme nicht in allen Punkten vollumfänglich gerecht. Nach der damaligen Verwaltungspraxis war es aber nicht aussergewöhnlich, auf der Basis eines in dieser Weise abgefassten Gutachtens über einen Rentenanspruch zu entscheiden. Von einer ■ gemessen an den damaligen Massstäben ■ eindeutig unzureichenden medizinischen Grundlage für die Anspruchsbeurteilung kann daher nicht gesprochen werden. Damit scheidet auch eine Bestätigung der angefochtenen Verfügung mit entsprechender substituierter Begründung aus. Der Beschwerdeführer hat somit auch über den 1. Juni 2018 hinaus Anspruch auf eine ganze IV-Rente. Die Beschwerde ist folglich gutzuheissen, und die angefochtene Verfügung ist aufzuheben.

10.1 Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat der Beschwerdeführer Anspruch auf eine Parteientschädigung, die durch die Beschwerdegegnerin zu bezahlen ist (Art. 61 lit. g ATSG).

10.2 Die Vertreterin des Beschwerdeführers hat am 30. Oktober 2018 eine Kostennote zu den Akten gereicht (A.S. 58 ff.). Darin macht sie einen Aufwand von 11 Stunden und 40 Minuten, einen Stundenansatz von CHF 250.00 und ein Honorar einschliesslich Auslagen und Mehrwertsteuer von insgesamt CHF 3'287.20 geltend. Dies erscheint angesichts des Aktenumfangs und in Anbetracht von Aufwand und Schwierigkeit des Prozesses angemessen. Einzig was die Auslagen von CHF 135.50 anbelangt, so sind die 95 Kopien pro Stück nur mit CHF 0.50 zu vergüten (§ 160 Abs. 5 GebT) und nicht mit CHF 1.00, wie in der Kostennote geltend gemacht. Die Auslagen reduzieren sich so um CHF 47.50 auf CHF 88.00. Vor diesem Hintergrund ist die Entschädigung auf total CHF 3'236.05 (inkl. Auslagen von CHF 88.00 sowie MwSt. von CHF 231.35) festzusetzen.

10.3 Aufgrund von Art. 69 Abs. 1bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen

Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 ■ 1'000.00 festgelegt. Nach dem Ausgang des Verfahrens hat die Beschwerdegegnerin die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen.

Demnach wird erkannt:

3. Die Beschwerdegegnerin hat die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen.

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

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Der Präsident

Die Gerichtsschreiberin

Flückiger

Yalcin

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