

SO_GERICHTE VSBES.2018.12 vom 23. November 2017

SO Obergericht, 2017-11-23, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2018.12

FR: SO_GERICHTE VSBES.2018.12 du 23 novembre 2017

IT: SO_GERICHTE VSBES.2018.12 del 23 novembre 2017

Erwägungen

E. 1

1.1 Der 1964 geborene A.____ (im Folgenden: Beschwerdeführer) arbeitete zuletzt seit dem 1. Dezember 1991 als Hilfskoch im Restaurant [...], [...]. Ab 1. November 1993 stellte er seine Tätigkeit aus gesundheitlichen Gründen ein. In der Folge löste der Arbeitgeber das Arbeitsverhältnis auf den 30. Juni 1994 auf (IV-Stelle Beleg Nr. [IV-Nr.] 1.8). Am 9. Dezember 1994 meldete sich der Beschwerdeführer bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (IV-Nr. 1.1). Die IV-Stelle des Kantons Solothurn (im Folgenden: Beschwerdegegnerin) veranlasste daraufhin eine internistische und psychiatrische Begutachtung des Beschwerdeführers im B.____, Medizinische Klinik (Gutachten vom 3. Juli 1995; IV-Nr. 1.4 S. 13 ff.). Sodann gewährte sie berufliche Eingliederungsmassnahmen ab 3. April 1996 für die Dauer von 3 Monaten (IV-Nr. 1.3 S. 16). In der Folge wurde der Beschwerdeführer bei den C.____, [...], psychiatrisch abgeklärt (IV-Nr. 1.4 S. 1 ff.). Mit rechtskräftigen Verfügungen vom 25. Juni 1997 sprach die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer aufgrund eines Invaliditätsgrades von 100 % eine ganze Invalidenrente (sowie entsprechende Zusatz- und Kinderrenten) mit Wirkung ab 1. November 1994 zu (IV-Nr. 1.3 S. 2 ff.).

1.2 Das im Februar 1998 von Amtes wegen eingeleitete Revisionsverfahren ergab keine rentenbeeinflussende Änderung (vgl. Mitteilung vom 25. März 1998; IV-Nr. 1.3 S. 1).

1.3 Im März 2003 leitete die Beschwerdegegnerin erneut ein Revisionsverfahren ein. Daraufhin veranlasste sie eine psychiatrische Begutachtung des Beschwerdeführers bei Dr. med. D.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie (Gutachten vom 5. Januar 2004; IV-Nr. 16). Die Beschwerdegegnerin stellte keine relevante Änderung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers fest, die sich auf die Invalidenrente auswirken würde; es bestehe weiterhin Anspruch auf die bisherige Invalidenrente (IV-Grad von 100 %; Mitteilung vom 4. Februar 2004, IV-Nr. 19).

1.4 Das im März 2009 wiederum von Amtes wegen veranlasste Revisionsverfahren ergab erneut keine relevante Änderung, die sich auf die Rente ausgewirkt hätte (Mitteilung vom 8. Juni 2009, IV-Nr. 28).

1.5 Im Mai 2014 wurde ein weiteres Mal ein Revisionsverfahren eingeleitet (IV-Nr. 33). Die Beschwerdegegnerin erteilte daraufhin Kostengutsprache für ein Belastbarkeitstraining in der E.____, [...], vom 3. März bis 2. Juni 2015 (IV-Nr. 41). Dieses wurde in der Folge per 1. Mai 2015 vorzeitig abgebrochen (IV-Nr. 43 S. 2 ff.). Im Weiteren veranlasste die Beschwerdegegnerin eine neurologische (Dr. med. F.____, Facharzt für Neurologie FMH) und psychiatrische (Dr. med. D.____) Begutachtung (Gutachten vom 5. Januar und 30. März 2016; IV-Nr. 49 und 51.1). Mit Eingabe vom 11. April 2016 nahm der Beschwerdeführer zum vorerwähnten Gutachten Stellung (IV-Nr. 53). Nach Rücksprache mit dem Regionalen

Ärztlichen Dienst (RAD; Dr. med. G.____, Fachärztin für Allgemeine Medizin) und Durchführung des Beratungsgesprächs vom 1. September 2016 leitete die Beschwerdegegnerin am 21. September 2016 ein Mahn- und Bedenkzeitverfahren ein und teilte dem Beschwerdeführer mit, nach den gutachterlichen Angaben könne er in jeder zumutbaren Tätigkeit ■ ob ausserhäuslich oder im Haushalt ■ vollumfänglich eingesetzt werden. Aufgrund der langen Rentendauer habe er Anspruch auf berufliche Massnahmen (IV-Nr. 59). Die Beschwerdegegnerin erteilte daraufhin Kostengutsprache für ein weiteres Belastbarkeitstraining in der E.____ vom 4. Oktober 2016 bis 3. Januar 2017 (IV-Nr. 61). Auch diese Massnahme wurde am 21. Dezember 2016 vorzeitig abgebrochen (IV-Nr. 71 und 72). Mit Vorbescheid vom 16. Februar 2017 stellte die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer die Einstellung der bisher gewährten Invalidenrente in Aussicht stellte (IV-Nr. 73 S. 2 ff.). Vom 14. Februar bis 11. April 2017 hielt sich der Beschwerdeführer zur stationären Behandlung bei den C.____, [...], auf (IV-Nr. 78). Nach dem Bezug weiterer medizinischer Berichte und Konsultation des RAD (Dr. med. H.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie) hob die Beschwerdegegnerin die bisher ausgerichtete ganze Invalidenrente im Sinne des Vorbescheids mit Verfügung vom 23. November 2017 per Ende Dezember 2017 auf (IV-Nr. 82).

E. 2

2.1 Invalidität gemäss Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) i.V.m. Art. 7 f. des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) bedeutet im Allgemeinen den durch die Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachten und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibenden ganzen oder teilweisen Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Meyer/Reichmuth, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 3. Aufl., 2014, S. 40 Rz. 102 mit Hinweis auf BGE 130 V 343 E. 3.2.1 S. 346).

2.2 Die Invalidenrente wird nach dem Grad der Invalidität abgestuft. Nach Art. 28 Abs. 2 IVG besteht Anspruch auf eine ganze Rente ab einem Invaliditätsgrad von 70 %; ein Invaliditätsgrad zwischen 60 bis 69 % berechtigt zum Bezug einer Dreiviertelsrente, ab einem Invaliditätsgrad von 50 % wird eine halbe Rente und ab einem solchen von 40 % eine Viertelsrente ausgerichtet (BGE 135 V 319 E. 2.1 S. 320).

2.3 Für die Bemessung der Invalidität von erwerbstätigen Versicherten ist Art. 16 ATSG anwendbar. Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG; sogenannte allgemeine Methode des Einkommensvergleichs). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (BGE 130 V 343 E. 3.4 S. 348 f.; 128 V 29 E. 1 S. 30; 104 V 135 E. 2a und b S. 136 f.).

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 entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG).

Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen (BGE 134 V 131 E. 3 S. 132 mit Hinweisen). Die Invalidenrente ist deshalb nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes revidierbar, sondern auch dann, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben. Ein Revisionsgrund ist ferner unter Umständen auch dann gegeben, wenn eine andere Art der Bemessung der Invalidität zur Anwendung gelangt oder eine Wandlung des Aufgabenbereichs eingetreten ist (BGE 130 V 343 E. 3.5 S. 349 f. mit Hinweisen). Unerheblich unter revisionsrechtlichem Gesichtswinkel ist dagegen nach ständiger Rechtsprechung die unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Sachverhaltes (BGE 112 V 371 E. 2b S. 372; vgl. auch BGE 135 V 201 E. 5.2 S. 205).

3.2 Zeitlicher Referenzpunkt für die Prüfung einer anspruchserheblichen Änderung bildet die letzte (der versicherten Person eröffnete) rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs beruht (BGE 133 V 108 E. 5 S. 110 ff.; 130 V 71 E. 3 S. 73 ff.).

Im vorliegenden Fall wurde dem Beschwerdeführer mit rechtskräftiger Verfügung vom 25. Juni 1997 aufgrund eines ermittelten Invaliditätsgrades von 100 % eine ganze Invalidenrente ab 1. November 1994 zugesprochen (IV-Nr. 1.3 S. 6 ff.). Das im Februar 1998 eingeleitete Revisionsverfahren ergab keine rentenbeeinflussende Änderung (vgl. Mitteilung vom 25. März 1998, IV-Nr. 1.3 S. 1). Im Rahmen des im März 2003 von Amtes wegen eingeleiteten Revisionsverfahrens veranlasste die Beschwerdegegnerin eine psychiatrische Begutachtung bei Dr. med. D.____ (Gutachten vom 5. Januar 2004; IV-Nr. 16) und teilte dem Beschwerdeführer am 4. Februar 2004 mit, bei der Überprüfung des Invaliditätsgrades sei keine Änderung festgestellt worden, die sich auf die Rente auswirke. Es bestehe deshalb weiterhin Anspruch auf die bisherige Invalidenrente (IV-Nr. 19). Das im März 2009 veranlasste Revisionsverfahren ergab ebenfalls keine relevante Änderung, wobei die Beschwerdegegnerin ausschliesslich den Bericht der behandelnden Psychiaterin beizog (Mitteilung vom 8. Juni 2009; IV-Nr. 28). Demnach ist der aktuelle Sachverhalt mit demjenigen zu vergleichen, wie er der vorerwähnten, gestützt auf das Gutachten vom 5. Januar 2004 erfolgten Mitteilung vom 4. Februar 2004 (IV-Nr. 19) zu Grunde lag; mangels umfassender Überprüfung der gesundheitlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse kann das im März 2009 eingeleitete Revisionsverfahren nicht als Referenzzeitpunkt herangezogen gezogen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_441/2012 vom 25. Juli 2013 E. 5 ff.).

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

IVV).

E. 4

4.1 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung gestellt haben. Aufgabe des Arztes ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren bilden die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können. Dagegen ist es nicht Aufgabe des Arztes, die Invaliditätsbemessung vorzunehmen (BGE 132 V 93 E. 4 S. 99 f. mit Hinweisen).

4.2 Der Versicherungsträger und das Gericht (vgl. Art. 61 lit. c in fine ATSG) haben die Beweise frei, das heisst ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Gericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352; vgl. auch BGE 132 V 393 E. 2.1 S. 396). Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser 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 Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232). 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 (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352; 122 V 157 E. 1c S. 160 f.).

Dennoch hat es die Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar erachtet, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (BGE 125 V 351 E. 3b S. 352). Den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens durch den Sozialversicherer eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 135 V 465 E. 4.4 S. 470 f., 125 V 351 E. 3b/bb S. 353).

4.3 Mit Blick auf den grundsätzlichen Unterschied zwischen Begutachtungs- und Behandlungsauftrag (BGE 124 I 170 E. 4 S. 175; vgl. auch Urteil des Bundesgerichts 9C_799/2012 vom 16. Mai 2013 E. 2.3) sowie die Erfahrungstatsache, dass behandelnde Ärzte im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen mitunter eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b/cc S. 353), können ihre Berichte nicht denselben Stellenwert beanspruchen wie ein Gutachten, welches der Sozialversicherungsträger im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholt hat. Stellungnahmen,

in denen die behandelnden Ärzte den gutachterlichen Feststellungen widersprechen oder an früher geäußerten abweichenden Meinungen festhalten, bilden nur dann Anlass zu ergänzenden Abklärungen, wenn sie wichtige, nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende Aspekte enthalten, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (vgl. statt vieler Urteil des Bundesgerichts 9C_183/2015 vom 19. August 2015 E. 4.2 mit Hinweis).

5. Zunächst ist der medizinische Sachverhalt darzulegen, wie er der Mitteilung vom 4. Februar 2004 (IV-Nr. 19) zu Grunde lag:

5.1 Aus dem psychiatrischen Gutachten von Dr. med. D. ___ vom 5. Januar 2004 geht hervor, dass der Beschwerdeführer am 8. Dezember 2003 untersucht und begutachtet wurde. Der Psychiater stellte folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: «1. anhaltende affektive Störung, Dysthymia (F34.1), a. anamnestisch seit 1993, b. mit rezidivierenden Kopf- und Magenschmerzen». Die weiteren Diagnosen (1. Appendektomie 1980; 2. Meniskus-Operation 1987; 3. Eradikation einer HP-Gastritis 1994; 4. Commotio cerebri 1996, a. mit unauffälligen neurologischen Untersuchungen 1996 und unauffälligem EEG 1999; 5. Unterkieferfraktur 2001; 6. Schulterdistorsion 2002, a. mit protrahiertem Heilungsverlauf) haben nach den Angaben des Gutachters keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Im Rahmen der Beurteilung und Prognose führt er aus, der Explorand habe seit 1993 wegen einer depressiven Störung nicht mehr gearbeitet. Die (wenigen) Versuche zur Berufsrehabilitation seien gescheitert. Der Verlauf der Störung sei gut dokumentiert und chronisch. Eine Aberkennung der Rente sei bei den dokumentierten Ansprüchen des Exploranden und einem weiterhin phänomenologisch gleichförmig bestehenden und sich chronisch verschlechternden Störungsbild (vgl. mit 1993) kaum zu begründen. Die Prognose sei negativ. Einerseits fördere eine missglückte berufliche Integration eine Dysthymia, andererseits habe diese es erschwert, ersteres zu erreichen. Die immer wieder geforderte konsequente antidepressive Psychopharmakotherapie sei seit vermutlich fünf Jahren gleichgeblieben, was zumindest überprüfenswert wäre.

Zu den Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit wurde angegeben, es bestehe beim Exploranden ein schweres amotivationales Syndrom mit grosser Hoffnungslosigkeit und Antriebsarmut, Interesselosigkeit und sozialem Rückzug. Der Explorand leide ■ vermutlich im Zusammenhang mit der Dysthymia ■ unter rezidivierenden Kopf- und Magenschmerzen, die sich als durch Medikamente kaum beeinflussbar zeigten. Im sozialen Bereich bestehe eine ausgeprägte Dysfunktion in der zwischenmenschlichen Interaktion bei einem stark in sich gekehrten Verhalten und mangelhaften sozialen Kontakten. Der Explorand sei seit ca. 10 Jahren ohne Arbeit. In der bisherigen Tätigkeit bestehe weiterhin eine Arbeitsunfähigkeit von zumindest 70 %. Anamnestisch bestehe eine medizinisch begründete Arbeitsunfähigkeit von 20 % oder mehr seit dem Jahr 1993. Der Grad der Arbeitsfähigkeit habe sich chronisch abnehmend entwickelt. Berufliche Rehabilitationsmassnahmen seien aktuell unmöglich. Eine allfällige Integration in einen Nischenarbeitsplatz, der Handlangerarbeiten biete, die ohne Zeitdruck zu erledigen seien und keine Anforderungen an Wendigkeit und soziale Kompetenz stellten, sei anzustreben, falls die Dysthymia in der Zukunft doch noch ausreichend behandelt werden könne. Andere Tätigkeiten führten zu einer emotional-kognitiven Überforderung des Exploranden, welche die Dysthymia weiter chronifizieren lasse. Der Verlauf der Störung sei gut dokumentiert und chronisch (IV-Nr. 16).

6. Der aktuelle medizinische Sachverhalt präsentiert sich demgegenüber wie folgt:

6.1 Im Bericht der C.____ vom 5. September 2014 wurde folgende Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt: «Dysthymie (ICD-10 F34.1), anamnestisch seit 1993». Die behandelnde Psychiaterin, Dr. med. I.____, Oberärztin, gab an, in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Hilfskoch bestehe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit seit dem Jahr 1993 bis auf weiteres. Der Gesundheitszustand sei stationär. Der Patient werde seit November 2005 behandelt. Zur Anamnese wurde angegeben, der Beschwerdeführer habe inzwischen zum zweiten Mal geheiratet und aus der Ehe stamme ein dreijähriger Sohn. Die Arbeitssituation sei unverändert, seit 1993 habe der Patient nicht mehr gearbeitet. Der Patient zeige sich nach wie vor unsicher, ambivalent und alles sei zu viel. Er berichte über dauernde Müdigkeit und Energielosigkeit sowie über wiederkehrende Gedanken über die Sinnlosigkeit des Lebens. Er sei aktuell mit seiner familiären Situation überfordert und habe selber gemerkt, dass es ihm dann immer noch schlechter ergehe als sonst. Er könne aktuell nicht gut schlafen, drei bis vier Stunden, träume mehr, fühle sich am nächsten Tag müde und könne knapp und mit Mühe den Haushalt erledigen. Auch sich selber zu pflegen sei ihm momentan zu viel.

Der Psychostatus lautete wie folgt: Psychopathologisch bestünden keine gravierenden Veränderungen. Das Erscheinungsbild könne mit knapp gepflegt bis leicht ungepflegt wirkend sowie Übergewichtig beschrieben werden. Der Blickkontakt sei flüchtig, er berichte stockend, ambivalent und unsicher. Die Sätze blieben noch unbeendet. Grobkursorisch seien keine gravierenden kognitiven oder mnestischen Defizite beobachtbar. Subjektiv berichte der Patient über Konzentrationsschwierigkeiten und zunehmende Vergesslichkeit. Das formale Denken sei leicht verlangsamt. Inhaltlich sei er auf die Problemsituation in der Familie und eigene Beschwerden eingeeengt. Im Affekt sei er wenig moduliert und monoton. Er sei unsicher, ängstlich und schwitze stark. Suizidale Gedanken im Sinne von Lebens Sinnlosigkeit seien andauernd vorhanden, er könne sich aber von diesen glaubhaft distanzieren (Suizidversuch im Dezember 2013 mit Pulsaderschneiden). Zu den therapeutischen Massnahmen wurde angegeben, seit dem letzten Bericht im Jahr 2009 habe sich in den therapeutischen Massnahmen nichts gravierend geändert. Es finde eine niederschwellige ambulante Therapie bei der Referentin statt, ca. alle zwei Monate sowie eine intensivere Behandlung während einer Krisensituation. Das Zustandsbild habe sich trotz schwankendem Verlauf auf einem tiefen Niveau stabilisiert. Die medikamentöse Therapie sei unverändert belassen worden (Kombination mit Lithium und Efexor). Da es sich um eine chronifizierte, therapeutisch wenig positiv beeinflussbare Erkrankung handle, sei die Prognose, den Patienten in den Arbeitsprozess zu integrieren, weiterhin negativ zu sehen.

Auf dem Beiblatt zum Arztbericht wurde angegeben, die versicherte Person sei ca. seit 20 Jahren ohne Arbeit. Beim Patienten bestehe weiterhin ein schweres amotivationales Syndrom mit ausgeprägter Interesselosigkeit, Konzentrationsschwierigkeiten, Antriebsarmut und sozialem Rückzug. Dadurch bestehe eine klare, stark verminderte qualitative, quantitative sowie soziale Leistungsfähigkeit. Eine andere Tätigkeit sei dem Patienten nicht zuzumuten (IV-Nr. 34).

6.2 Im Bericht der C.____ (Dr. med. I.____) vom 18. Juni 2015 wurde ausgeführt, der Patient habe im Jahr 1991 eine Anstellung als Koch in einer Pizzeria in [...] gefunden. Aufgrund grosser Belastungen am Arbeitsplatz habe er an Magen- und Kopfschmerzen gelitten und sei im Jahr 1993 krankgeschrieben worden. Nach Abklingen der Beschwerden sei er in einem Projekt tätig gewesen, wo er die Tätigkeit wegen Rückenschmerzen habe

sistieren müssen. Die im Jahr 1997 durch die IV bewilligten beruflichen Massnahmen seien wegen eines Autounfalls gescheitert, den der Patient als Beifahrer erlitten habe. Damals sei er 24 Stunden im Koma gelegen. Seither leide er unter Kopf- und Nackenschmerzen sowie Konzentrationsstörungen. Rückwirkend per 1994 sei er wegen einer Dysthymie (neurotische Depression) zu 100 % IV-berentet worden. Er sei bis zu deren Pensionierung im Jahr 2001 in psychotherapeutischer Behandlung bei Dr. med. J. ___ gewesen. Ab dem 17. Mai 2004 sei er im C. ___ behandelt worden, ab November 2005 bei der Referentin. Zu Beginn der Behandlung habe eine intensive psychotherapeutische Behandlung stattgefunden mit dreiwöchigen Konsultationen und medikamentöser Therapie. Da keine deutliche Verbesserung des Zustandes bei schon stattgefundenener Chronifizierung habe erzielt werden können, sei im Verlauf eine niederschwellige supportive Psychotherapie alle 2 Monate etabliert worden sowie eine intensivere Behandlung während einer Krise. Die medikamentöse Therapie mit Lithium und dem Antidepressivum Efexor sei in den letzten Jahren unverändert belassen worden. Bei einer Zustandsverschlechterung sei lediglich vorübergehend die Medikation mit Benzodiazepinen und Neuroleptika ergänzt worden, worunter sich der Zustand immer wieder habe stabilisieren können.

Der Patient schildere nach wie vor die gleichen Beschwerden und Symptome wie Müdigkeit und schnelle Ermüdbarkeit, Kopf- und Magenschmerzen, was lediglich in der Intensität oder Stärke über die Jahre geschwankt habe. Er habe zwar oft Ideen, etwas zu machen, es fehle ihm dann aber die Kraft, dies umzusetzen oder es werde ihm rasch zu viel. Er leide an Interesselosigkeit und Gleichgültigkeit, langweile sich den ganzen Tag, schlafe viel und erledige knapp und mit Mühe den Haushalt. Er zeige sich nach wie vor unsicher, ambivalent und habe wiederkehrende Gedanken über die Sinnlosigkeit des Lebens. Aktuell sei er mit seiner familiären Situation und dem Arbeitsversuch überfordert und habe selber bemerkt, dass es ihm dann immer noch schlechter gehe als sonst. Der Patient sei nun seit über 20 Jahren ohne Arbeit. Es bestehe weiterhin ein schweres amotivational-regressives Syndrom mit ausgeprägter Interesselosigkeit, Konzentrationsschwierigkeiten, Antriebsarmut und sozialem Rückzug mit vollständig dysfunktionalem Lebens- und Beziehungsmuster. Über all die Jahre habe er die meiste Zeit im Bett verbracht, die kleinste Veränderung und Anforderung habe eine Zunahme der beschriebenen Beschwerden verursacht. Nur mit Unterstützung von anderen sei es ihm gelungen, auf einem tiefen Niveau zu funktionieren. Es habe nie eine Phase gegeben, in welcher der Patient nachhaltig über mehrere Monate adäquat und konstruktiv sein Leben im Griff gehabt hätte. So habe er auch seine Rolle als Familienvater und Ehemann nicht wahrnehmen können, sodass seine erste Ehe gescheitert sei. Seine Söhne aus erster Ehe hätten sich teilweise um seinen Haushalt gekümmert und das Finanzielle erledigt, nachdem er mehrmals betrieben worden sei. Trotz andauernden Bemühungen sei es nicht möglich gewesen, eine geregelte Tagesstruktur bzw. eine Arbeitstherapie im geschützten Rahmen aufrecht zu erhalten. Auch wenn es zwischenzeitlich positive Impulse gegeben habe, sei dann die Realisation gescheitert. Für den erneuten Arbeitsversuch sei er zwar motiviert, es habe ihn aber derart gestresst, dass die Beschwerden inklusive die Suizidkrise zugenommen hätten. Gleichzeitig sei der Patient von seiner Familie und seinem Umfeld als korrekt und zuverlässig wahrgenommen worden.

Diagnostisch handle es sich um eine neurotische Depression (Dysthymie), die zwischendurch und aktuell als mittel- bis schwerwiegend einzuschätzen sei. Des Weiteren bestehe der Verdacht auf ein Schlafapnoesyndrom, wobei eine diesbezügliche Abklärung

wegen Angst und Überforderungsgefühlen nicht möglich gewesen sei. Wichtig zu erwähnen sei, dass es über die Jahre trotz der kontinuierlichen Behandlung zu einer Chronifizierung mit ausgeprägtem regressiv-dysfunktional-amotivationalem Syndrom gekommen sei. Insgesamt könne gesagt werden, dass sich der psychische Zustand des Patienten auf einem tiefen Niveau stabilisiert habe. Aufgrund der langjährigen chronifizierten Erkrankung sei es nicht möglich gewesen, den Patienten in den Arbeitsprozess zu integrieren. Dementsprechend sei die Prognose weiterhin als negativ zu sehen (IV-Nr. 45).

6.3

6.3.1 Aus dem psychiatrisch-psychotherapeutischen Gutachten von Dr. med. D.____ vom 30. März 2016 (Untersuchung vom 11. Februar 2016) geht folgende Diagnose (gemäss ICD-10, Kapitel V, psychische und Verhaltensstörungen, WHO 1994) hervor: «Neurasthenisches Syndrom, mit Abhängigkeitssyndrom von Tabak (F17.2), bei akzentuierten (impulsiv-selbstschädigend, ängstlich-depressiv, selbstunsicher) Persönlichkeitszügen (Z73.1), bei chronischem Kopfschmerz vom Spannungstyp, bei remittierter depressiver Episode (F32.4)/Status nach Dysthymia (F34.1), bei psychosozialen Belastungen».

Im Rahmen der Beurteilung wurde zusammenfassend angegeben, es sei von einem neurasthenischen Syndrom auszugehen. Das Syndrom habe sich mit überwiegender Wahrscheinlichkeit in der Folge einer depressiven Episode (ICD-10 F32) 1995/1996 und einer anschliessenden Dysthymia (F34.1) entwickelt. Dabei sei zudem auf einen chronischen Kopfschmerz vom Spannungstyp und psychosoziale Belastungen hinzuweisen. Die vom Exploranden noch geklagten rezidivierenden psychophysischen Beschwerden verblieben unterdessen vollständig im Subjektiven und seien im Rahmen seiner akzentuierten (impulsiv-selbstschädigend, ängstlich-depressiv, selbstunsicher) Persönlichkeitszüge ausgestaltet. Dies sei ohne eigenständigen Krankheitswert. Die ICD-Kriterien einer eigenständigen depressiven Episode F32 seien seit Januar 2004 gemäss den Akten nicht erfüllt. Sie seien auch gegenwärtig aufgrund der aktuellen Untersuchung am 11. Februar 2016 objektiv nicht zu bestätigen. Der Schweregrad erreiche nicht das notwendige Ausmass. Beim Exploranden hätten jedoch anhaltende affektive Symptome in ausreichender Schwere bzw. ausreichender Länge bestanden, um im Januar 2004 und nachfolgend eine Dysthymia (F34.1) zu diagnostizieren. Auch hierfür lägen zurzeit keine tatsächlichen objektiven psychopathologischen Befunde vor.

Die akzentuierten (impulsiv-selbstschädigend, ängstlich-depressiv, selbstunsicher) Persönlichkeitszüge des Exploranden stellen Varianten der Norm im Sinne von Eigenheiten der Person dar, die von sich aus alleine ebenfalls keinen Krankheitswert hätten (im Gegensatz zu Persönlichkeitsstörungen). Die ICD-10 ordne sie nicht den Störungen (F-Kodierung, «Krankheiten») zu, sondern den «Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen (Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewahrung, Z-Kodierung)». Ausser einem langjährig bekannten Abhängigkeitssyndrom von Tabak (F17.2) könnten im Fall des Exploranden zurzeit keine weiteren (allfällig versicherungsmedizinisch relevanten) Störungen gemäss ICD-10 (Kapitel F, psychische und Verhaltensstörungen) begründet werden. Es seien auch keine entsprechenden Diagnosen in den Akten formuliert. Zu somatischen subjektiven und objektiven Befunden, Diagnosen, Therapien oder zur Arbeitsunfähigkeit des Exploranden aus somatischer Sicht könne aus

psychiatrisch-psychiatrischer Sicht nicht abschliessend Stellung genommen werden, weshalb insbesondere auf das neurologische Gutachten von Dr. med. F.____ vom 5. Januar 2016 zu verweisen sei.

Im Rahmen der versicherungspsychiatrischen Diskussion wurde angegeben, die Gesundheitsschädigung erscheine im Fall des Exploranden konkret als neurasthenisches Syndrom. Dieses Syndrom habe sich mit überwiegender Wahrscheinlichkeit in der Folge einer depressiven Episode (ICD-10 F32) in den Jahren 1995/1996 und einer anschliessenden Dysthymia (F34.1) entwickelt. Dabei sei zudem auf einen chronischen Kopfschmerz vom Spannungstyp und psychosoziale Belastungen hinzuweisen. Die vom Exploranden noch geklagten rezidivierenden psychophysischen Beschwerden verblieben unterdessen vollständig im Subjektiven und würden im Rahmen seiner akzentuierten (impulsiv-selbstschädigend, ängstlich-depressiv, selbstunsicher) Persönlichkeitszüge ausgestaltet. Dies sei ohne eigenständigen Krankheitswert. Die mit einem neurasthenischen Syndrom verbundenen objektiven psychopathologischen Befunde seien aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht gar nicht ausgeprägt. Die Limitierung des Aktivitätenniveaus (im Vergleich zu vor Eintritt der Gesundheitsschädigung) durch den Exploranden sei in allen vergleichbaren Lebensbereichen (Beruf/Erwerb, Haushalt, Freizeit, soziale Aktivitäten) vollständig durch seine Selbsteinschätzung zu begründen. Eine Willensanstrengung zur Überwindung dieser rein subjektiven Defizite sei aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht medizinisch zumutbar und tatsächlich möglich (vgl. regelmässige Reisetätigkeit, Aktivitäten des täglichen Lebens, soziale Kontakte pflegen). Eingliederungsmassnahmen seien in den Jahren 1996 und 2015 durchgeführt worden. Kognitive Ressourcen, Sozialkompetenzen, Arbeitstempo und Arbeitsqualität seien dabei gut bis sehr gut, die Selbstkompetenzen knapp bis überwiegend gut gewesen. Im Vordergrund der Defizite stünden subjektive Beschwerden (neurasthenisches Syndrom), weshalb die Eingliederungsmassnahme abgebrochen worden sei.

Im Weiteren legte der psychiatrische Gutachter dar, aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht relevante Behandlungsmassnahmen seien dokumentiert. Auch ein neurasthenisches (Rest-)Syndrom stelle weiterhin grundsätzlich eine Indikation für eine regelmässige strukturierte fachärztliche psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung dar. Dabei könne der Explorand auch bei einer Rezidivprophylaxe bezüglich einer depressiven Episode unterstützt werden. Eine Motivation für eine Behandlung werde von ihm bestätigt. Es sei ausdrücklich festzustellen, dass neben einem neurasthenischen Syndrom keine psychisch ausgewiesene erheblich schwere, ausgeprägte, dauerhafte und intensive Komorbidität aus rein psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht begründet werden könne. In den Akten werde insbesondere keine Störung der Persönlichkeit beschrieben und/oder erörtert. In der Interaktion sei der Explorand anlässlich der aktuellen Untersuchung am 11. Februar 2016 unauffällig und sozial kompetent gewesen. Die gemäss seinen Angaben und jenen in den Akten erkennbaren akzentuierten Persönlichkeitszüge begründeten mit Bezug auf ICD-10 kein (zusätzliches) Attest einer Persönlichkeitsstörung oder ■änderung.

Aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht seien auch keine weiteren Hinweise vorhanden, die schwere Defizite aufgrund eines Gesundheitsschadens und/oder eine Unzumutbarkeit zu deren Überwindung begründen könnten (beispielsweise durch krankheitsbedingt fehlende Ressourcen und/oder durch eine fehlende Kapazität zur Verarbeitung innerpsychischer Konflikte). Der vom Exploranden beschriebene langjährig

stabile Konsum von Tabak und der sehr geringe Konsum von Alkohol seien als sozial üblich einzuordnen. Es bestehe gemäss Angaben des Exploranden darüber hinaus eine Abstinenz bezüglich nicht verordneter psychotroper Substanzen (inkl. Drogen), was auf zumindest angemessene innerseelische Ressourcen hinweise. Die Angaben des Exploranden zu seinen Aktivitäten des täglichen Lebens blieben zwar auch auf empathische Nachfrage vage, oberflächlich, ausweichend und unklar (regelmässig ganzjährig reisen, Kind betreuen, TV sehen). Der soziale Kontakt sei aber objektiv geordnet (wenn auch subjektiv eingeschränkt). Der Explorand pflege soziale Kontakte (zur Familie, Nachbarschaft, zu Kollegen). Er beschreibe die Fähigkeit, seine innerseelischen Defizite mit entsprechender Anstrengung zu überwinden (Gründung der 2. Familie, regelmässige Reisetätigkeit, 2 Haushalte, stabile Wohnverhältnisse).

Beim Verlauf der Störung des Exploranden seien neben bewusstseinsnahen, nicht krankheitsbedingten Motivationsdefiziten auch nicht krankheitsbedingte (soziale) Faktoren zu nennen (beispielsweise Herkunft, Migration, Lebensalter, fehlender Berufsabschluss, einfache/geringe Berufserfahrung, Abstinenz vom und Lage am Arbeitsmarkt, langjähriger Rentenbezug, Rentenwunsch, finanzielle Sorgen/Schulden, Konflikt mit der Krankenkasse). Diese Gesichtspunkte hätten vor allem therapeutische und/oder sozialarbeiterische Relevanz. Sie gingen nicht in die Beurteilung einer medizinisch-theoretischen Zumutbarkeit einer allfälligen Tätigkeit aus versicherungspsychiatrischer Sicht mit ein (weder positiv, noch negativ). Die Gesichtspunkte beeinträchtigten die Motivation zur Leistungssteigerung deutlich. Sie behinderten (als nicht krankheitsbedingte Aspekte) die medizinisch zumutbare Willensanstrengung zur Überwindung der Defizite (hier auch ausdrücklich: zur Überwindung der neurasthenischen innerseelischen Motivationshemmung). Sie erklärten auch die anlässlich der aktuellen Untersuchung erkennbare Diskrepanz zwischen der subjektiv wahrgenommenen und der objektivierbaren Arbeitsunfähigkeit des Exploranden.

Eine relevante (20 % und mehr von 100 %) längerfristige Arbeitsunfähigkeit sei aus versicherungspsychiatrischer Sicht somit nicht (mehr) zu begründen (für jede Art zumutbarer ausserhäuslicher Tätigkeiten und für Arbeiten im Haushalt). Von dieser Einschätzung könne ab Datum der aktuellen Untersuchung (11.02.2016) ausgegangen werden. Aufgrund des Protokolls über das Revisionsgespräch (04.11.2014) vom 5. November 2014 der IV-Stelle Solothurn und des definitiven Schlussberichts vom 12. Mai 2015 der E. ___ könne mit überwiegender Wahrscheinlichkeit bereits ab November 2014 auf die im vorliegenden Gutachten erläuterte Einschätzung abgestellt werden.

Zum Bericht von Dr. med. I. ___ vom 18. Juni 2015 führte der Gutachter aus, darin erkläre die behandelnde Psychiaterin das Scheitern des Belastbarkeitstrainings mit einem «regressiv-dysfunktional-amotivationalen Syndrom» bei einer «neurotischen Depression (Dysthymie)» und stütze sich dabei auf die unveränderten subjektiven Beschwerden des Exploranden ab. Sie bestätige damit ihre langjährig ebenfalls unveränderten Einschätzungen, die zur Kenntnis zu nehmen seien. Sie stünden jedoch nach November 2014 im Widerspruch zu den nicht therapeutisch motivierten Beurteilungen, wozu sich Dr. med. I. ___ nicht äussere. Ob und allfällig ab wann genau bereits vor November 2014 auf die im vorliegenden Gutachten erläuterte Einschätzung abgestellt werden könne, könne somit aufgrund der hierfür unzureichenden Dokumentation nicht mehr mit überwiegender Wahrscheinlichkeit geschätzt werden. Die Einschätzungen in den Akten seien zur Kenntnis zu nehmen. Sie könnten aber aufgrund ungenügender Befunde und fehlender differenzierter (fachärztlicher) Diskussion nicht kritisch nachvollzogen werden. Insbesondere die Postulate

zur Arbeitsunfähigkeit seien unklar. Sie stützten sich (fast) vollständig auf die subjektiven Beschwerden des Exploranden ab.

Die dem Gutachter ausdrücklich gestellte Frage, ob sich der Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit verglichen mit der Situation zum Zeitpunkt der letzten materiellen Prüfung wesentlich verändert habe (Gutachten, S. 29 Ziff. 7.6.3), wurde von ihm mit der Begründung bejaht, eine relevante (20 % und mehr von 100 %) längerfristige Arbeitsunfähigkeit sei aus versicherungspsychiatrischer Sicht nicht mehr zu begründen (für jede Art zumutbarer ausserhäuslicher Tätigkeiten und für Arbeiten im Haushalt). Die mit dem neurasthenischen Syndrom verbundenen objektiven psychopathologischen Befunde seien aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht gar nicht ausgeprägt. Die Limitierung des Aktivitätenniveaus durch den Exploranden sei in allen vergleichbaren Lebensbereichen vollständig durch seine Selbsteinschätzung zu begründen. Eine Willensanstrengung zur Überwindung dieser rein subjektiven Defizite sei aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht medizinisch zumutbar und tatsächlich möglich. Mit Bezug auf die Vorakten sei insbesondere darauf hinzuweisen, dass der Explorand sehr gepflegt sei, den Blickkontakt gut suche und halte, spontan und flüssig berichte sowie keine formalen und/oder inhaltlichen Denkstörungen habe. Eine Verstimmung sei ebenfalls nicht erkennbar. Die affektive Schwingungsfähigkeit sei vollständig intakt. Ambivalenz, Ambitendenz und/oder eine tatsächliche Antriebsstörung seien nicht ersichtlich (IV-Nr. 51.1).

6.3.2 Der neurologische Gutachter Dr. med. F.____, Facharzt für Neurologie FMH, konnte in seiner neurologischen Untersuchung vom 5. Januar 2016 keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit stellen. Als neurologische Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurden ein «chronischer Kopfschmerz vom Spannungstyp (DD Kopfschmerz bei Analgetikaübergebrauch)» sowie ein «Nikotinabusus» angegeben. Im Rahmen der Beurteilung führte der Gutachter aus, der zuletzt als Küchenhilfe tätige Explorand beziehe seit 1. November 1994 eine ganze IV-Rente aus psychischen Gründen. Im April 1996 habe er einen Autounfall mit Comotio cerebri und HWS-Distorsion erlitten, ohne dass strukturelle Läsionen nachweisbar gewesen seien. Von Seiten des Unfallversicherers sei entsprechend ab September 1996 wieder von einer vollen Arbeitsfähigkeit ausgegangen worden. Seit dem Unfall mache er auf neurologischem Gebiet anhaltende Kopfschmerzen geltend. Ein berufliches Belastbarkeitstraining im März 2015 sei aufgrund häufiger Absenzen und mangelnder Leistungsfähigkeit/-bereitschaft gescheitert.

Der neurologische Gutachter stellte fest, der neurologische Befund sei unauffällig. Es bestehe insbesondere auch keine klinisch relevante Bewegungseinschränkung der HWS. Anhand der Kopfschmerzanamnese sei gestützt auf die ICHD-Klassifikation der IHS ein chronischer Spannungskopfschmerz zu diagnostizieren. Der angegebene Schmerzmittelkonsum in Eigenregie liege im Grenzbereich zu einem Kopfschmerz bei Analgetikaübergebrauch. Eine leitliniengerechte Kopfschmerzprophylaxe sei nicht erfolgt. Auf neurologischem Gebiet liege kein IV-relevanter Gesundheitsschaden vor. Es bestünden keine Funktionseinschränkungen. Im Beschwerdevortrag wirke der Explorand eher gleichgültig-gelassen. Ein eigentlicher Leidensdruck sei kaum spürbar. Es seien keine neurologischen Voreinschätzungen mit Angaben zur Arbeits(un)fähigkeit im massgeblichen Zeitraum vorhanden.

Aus neurologischer Sicht sei im Revisionszeitraum keine Arbeitsunfähigkeit ausweisbar, demnach bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 100 %. Auch in der bisherigen Tätigkeit als

Küchenhilfe könne keine Arbeitsunfähigkeit aus neurologischer Sicht attestiert werden. Aus rein neurologischer Sicht wäre eine berufliche Wiedereingliederung jederzeit möglich. Das Scheitern des beruflichen Belastbarkeitstrainings im März 2015 könne neurologisch nicht begründet werden. Ein chronischer Spannungskopfschmerz sei in aller Regel gut behandelbar. Der regelmässige Konsum von Schmerzmitteln in Eigenregie sei im Hinblick auf einen Analgetikaübergebrauchskopfschmerz kontraproduktiv. Indiziert wäre dagegen eine Kopfschmerzprophylaxe mit einem Trizyklikum.

Schliesslich wies der Gutachter darauf hin, es bestünden keine fachneurologischen Vorgutachten, sodass die Frage nach einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustands seit der letzten materiellen Prüfung nicht gestützt auf fachärztliche neurologische Befunde beantwortet werden könne. Nach Durchsicht der Akten finde man auch keine Belege, die eine längere Arbeitsunfähigkeit seit Rentengewährung aus neurologischen Gründen erklären könnten (IV-Nr. 49).

6.4 Die RAD-Ärztin Dr. med. G.____, Fachärztin für Allgemeine Medizin, hielt in ihrer Stellungnahme vom 15. Juni 2016 fest, spätestens seit der Erstellung des psychiatrischen Gutachtens, d.h. seit dem 11. Februar 2016, sei von einem gebesserten Gesundheitszustand auszugehen, wahrscheinlich sei die Dysthymia aber schon im Rahmen des Revisionsgesprächs vom 4. November 2014 nicht mehr existent gewesen. Beide medizinischen Gutachten seien nachvollziehbar und schlüssig und beruhten auf einer ausführlichen Anamneseerhebung und umfassender klinischer Befunderhebung. Die Vorakten seien diskutiert worden. Die diagnostische Beurteilung und die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit seien nachvollziehbar. Der Versicherte könne in jeder Art zumutbarer ausserhäuslicher Tätigkeit und auch bei Haushaltsarbeiten unbegrenzt eingesetzt werden. Der Versicherte sei zweimal während eines beruflichen Belastbarkeitstrainings der IV gescheitert, zuletzt im März 2015 aufgrund häufiger Absenzen und mangelnder Leistungsfähigkeit bzw. ■bereitschaft bei subjektiver Krankheitsüberzeugung. Berufliche Massnahmen sollten daher nicht wiederholt werden (IV-Nr. 55 S. 2 f.).

6.5 Vom 14. Februar bis 11. April 2017 wurde der Beschwerdeführer bei den K.____ stationär behandelt. Die psychiatrischen Diagnosen nach ICD-10 lauteten wie folgt: «Rezidivierende Depression, bei Eintritt mittelgradig mit somatischem Syndrom (F33.11) DD Double Depression, akzentuierte Züge der Persönlichkeit mit ängstlich-vermeidenden Zügen (Z73.1). Als andere relevante Diagnosen wurden genannt: Obstruktives Schlafapnoe-Syndrom, Apnoe-/Hypopnoe-Index 47/h, in Rückenlage 73/h (04/2017), APAP-Therapie seit 06.04.2017, Übergewicht (BMI 29 kg/m², Nikotinabhängigkeit, mind. 70 py, CO-Konzentration der Atemluft 34 ppm (6.1 % CO-Hämoglobin), St.n. Autounfall als Beifahrer 1997 mit chronischen Nacken- und Rückenschmerzen». Als aktuelle Behandlungshinweise wurde angegeben, die Zuweisung des Patienten sei wegen einer Zustandsverschlechterung aus der laufenden ambulanten Behandlung erfolgt. Es sei eine Aufdosierung von Venlafaxin vorgenommen worden, die der Patient gut toleriert habe. Im geschützten stationären Rahmen habe sich das Zustandsbild gebessert. Der Patient habe Möglichkeiten der Verhaltensänderung erkannt, dennoch habe er oftmals in der Eigeninitiative blockiert gewirkt, weshalb zur Aufrechterhaltung der Tagesstrukturierung nach Austritt eine Psychiatriespitex installiert worden sei. Der Patient sei in stabilisiertem Zustand, ohne Selbst- und ohne Fremdgefährdung ausgetreten (IV-Nr. 78).

6.6 Am 5. April 2017 erfolgte im B.____, Medizinische Klinik, Pneumologie, eine respiratorische Polygraphie und am 6. April 2017 die Anpassung einer

APAP-Probetherapie. Es wurde angegeben, dieser derzeit wegen einer depressiven Episode psychiatrisch hospitalisierte langjährige IV-Bezüger sei zur Evaluation einer Schlafapnoe wegen vermehrter Einschlafneigung während des Tages, nicht erholsamem Schlaf und häufigen Kopfschmerzen zugewiesen worden. Er berichte über Konzentrationsstörungen und Müdigkeit. Ein Zimmernachbar habe nachts Apnoen und kurze Episoden mit Erstickungsgefühl beobachtet. Dies sei eine klassische Schlafapnoe-Anamnese bei einem übergewichtigen schweren Raucher. Polygraphisch finde man denn auch stark erhöhte Atemwegwiderstände und zahlreiche obstruktive Apnoen, die in Rückenlage deutlich gehäuft seien. Rückenlage werde in mehr als der Hälfte der Zeit eingenommen. Die respiratorischen Ereignisse führten zu Weckreaktionen, was den Schlaf extrem störe und mindestens teilweise zur genannten Tagessymptomatik führen könne. Dem Patienten sei der Befund am Bildschirm erläutert und die nächtliche Überdrucktherapie daraus abgeleitet worden. Die Anpassung einer nächtlichen Überdrucktherapie via Mund-Nasenmaske sei völlig problemlos möglich gewesen. Es sei zu hoffen, dass der Patient diese Überdrucktherapie konsequent anwenden und davon profitieren könne. In wenigen Wochen werde eine erste klinische und apparative Kontrolle durchgeführt. Es sei natürlich eine Kurzintervention bezüglich Rauchstopp erfolgt. Eine professionelle Beratung in der Fachstelle für Rauchentwöhnung wünsche der Patient nicht (IV-Nr. 79 S. 9 ff.).

6.7 Im Bericht des B.____, Medizinische Klinik, Pneumologie, vom 16. Juni 2017 wurde zur ersten Kontrolle und dem Abbruch der APAP-Therapie am 16. Juni 2017 festgehalten, die Überdrucktherapie sei wegen ungenügender Gerätenutzung abgebrochen worden. Der Patient sei zum ersten vereinbarten Termin unentschuldigt nicht erschienen. Ebenso in der Lungenliga. Er habe das Gerät bis am 31. Mai 2017 sporadisch während durchschnittlich knapp 1 ½ Stunden pro Nacht verwendet und seither nicht mehr benutzt. Er könne schlecht schlafen, was mit dem Gerät noch schlimmer sei. Die Maske störe ihn und die Bänder um den Kopf behinderten ihn. Einen Nutzen durch die Therapie sei nicht zu eruieren. Der Gerätedownload bis 31. Mai 2017 zeige eine Verwendung des Gerätes an einem von 4 Tagen während 1 Stunde und 20 Minuten. Der residuelle Apnoe-/Hypopnoe-Index betrage 6 pro Stunde. Mehr könne man dazu eigentlich nicht sagen. Die aktuelle Pulsoxymetrie ohne Überdrucktherapie zeige wenige Desaturationen. Somit habe man einen an Depression erkrankten serbischen IV-Rentner mit steigendem Übergewicht und anhaltender Nikotinabhängigkeit. Sein grösstes Problem sei der bisher offenbar unmögliche Familiennachzug seiner Frau und seines achtjährigen Sohnes. Da der Patient in der Schweiz nicht Auto fahre, sei man nicht gezwungen, die Überdrucktherapie um jeden Preis umzusetzen. Diese Massnahme werde deshalb abgebrochen, weil man keinen Weg sehe, wie man den Patienten hierbei unterstützen könne. Es sei nicht ausgeschlossen, dass man zu einem späteren Zeitpunkt diese Überdrucktherapie noch einmal anzuwenden versuche. Für den Moment aber sei diese Behandlung zu sistieren (IV-Nr. 79 S. 4 ff.).

6.8 Dr. med. L.____, Fachärztin FMH für Allgemeinmedizin, stellte in ihrem Bericht zu Händen der Beschwerdegegnerin vom 17. August 2017 folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: «Rezidivierende Depression, akzentuierte Züge der Persönlichkeit mit ängstlich-vermeidenden Zügen». Als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurde ein obstruktives Schlafapnoe-Syndrom angegeben. Dr. med. L.____ gab eine vollständige Arbeitsunfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit seit dem Jahr 1993 an. Der Gesundheitszustand des Patienten sei stationär. Die Arbeitsfähigkeit könne durch medizinische Massnahmen nicht verbessert werden. Eine ergänzende medizinische

Abklärung sei nicht angezeigt. Die Behandlung erfolge seit dem 21. November 2016.

Im Weiteren wurde ausgeführt, der Patient gebe an, während der stationären Behandlung in der psychiatrischen Klinik von Mitte Februar bis Mitte April 2017 sei es ihm recht gut gegangen. Nun gehe er monatlich zu Kontrollen bei Dr. med. I.____. Im Weiteren sei die Psychiatrie-Spitex eingeschaltet worden. Trotzdem gehe es ihm psychisch wieder schlechter. Seine Familie sei nun seit zwei Monaten hier. Seither gehe es deswegen deutlich besser. Er habe vieles unternehmen wollen, wegen der Müdigkeit sei es dann meistens doch nicht möglich gewesen. Es bestünden eine persistierende Müdigkeit, Lustlosigkeit, keine Motivation, Ängste, Schlaflosigkeit und somatische Symptome vor allem gastrointestinal, sobald er seine Wohnung verlassen müsse. Es bestehe daher auch ein sozialer Rückzug. Es bestünden Nacken- und Rückenschmerzen bei längerem Sitzen. Zur Frage, welche Arbeiten er ausführen könnte, gebe er keine Antwort. Es bestehe die Schwierigkeit, aus dem Haus zu gehen. Körperlich sei er durch Nacken- und Rückenprobleme etwas eingeschränkt.

Auf dem Beiblatt zum Arztbericht wurde angegeben, der Patient leide an einer chronischen psychischen Erkrankung. Aufgrund der persistierenden Symptome und vor allem auch durch die bestehenden Ängste und den sozialen Rückzug könne er wohl keiner geregelten Tätigkeit nachgehen (IV-Nr. 79 S. 1 ff.).

6.9 In seiner Stellungnahme vom 9. Oktober 2017 hielt der RAD-Arzt Dr. med. H.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, fest, bei den im Rahmen des Einwandes neu vorgelegten medizinischen Berichten handle es sich ■ mit Ausnahme des jetzt neu diagnostizierten obstruktiven Schlafapnoesyndroms ■ hinsichtlich der psychiatrischen Diagnose «rezidivierende Depression (F33)» überwiegend wahrscheinlich um eine andere Einschätzung desselben Sachverhaltes. Zum einen dokumentiere die aktuelle Diagnosestellung die erhebliche Tendenz einer «Verschlimmerung» psychiatrischer Diagnosen (aus Dysthymia und Neurasthenie werde eine rezidivierende depressive Störung), zum anderen würden offensichtliche, reaktive und überwiegend psychosozial begründete Auslösefaktoren und Zusammenhänge (der Eintritt in die stationäre Behandlung habe klar in der Folge des [beabsichtigten] ablehnenden Rentenbescheides resultiert) bei der Diagnosestellung ignoriert und, davon absehend, die Diagnose einer genuinen affektiven Störung gestellt. Aus Sicht des RAD könne daher bei weitgehend fehlenden psychopathologisch-psychiatrischen Argumenten für den «Diagnoseshift» an der bisherigen Einschätzung, wie sie im Gutachten plausibel nachvollziehbar hergeleitet worden sei, festgehalten werden. Übereinstimmend gingen die Gutachter und Behandler davon aus, dass keine Persönlichkeitsstörung angenommen werden könne. Es bestünden vielmehr akzentuierte Persönlichkeitszüge.

Bezüglich der Diagnose obstruktives Schlafapnoesyndrom sei nachvollziehbar, dass diese Diagnose von der Hausärztin unter den Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit aufgeführt worden sei, nachdem der Patient auf die empfohlene Behandlung aus wiederum subjektiven Gründen verzichtet habe. Dies könnte im Übrigen auf einen diesbezüglich eher geringeren Leidensdruck des Versicherten hindeuten. Es seien keine wirklich neuen medizinischen Aspekte plausibel geltend gemacht worden, ausser in der neu gesicherten Diagnose eines obstruktiven Schlafapnoesyndroms. Psychiatrisch handle es sich weitgehend und überwiegend wahrscheinlich um eine andere Beurteilung desselben Sachverhaltes. Weitere medizinische Abklärungen seien derzeit nicht notwendig. Aus sich des RAD könne unter diesen Umständen am Vorbescheid vom 16. Februar 2017 festgehalten werden. Hinsichtlich beruflicher Massnahmen bestünden nach den Ereignissen

der Massnahmen im Jahr 2016 seitens des RAD substanzielle Zweifel an der Ernsthaftigkeit und Motivation, mit welcher der Versicherte solche angehen würde (IV-Nr. 81).

6.10 Dr. med. I.____ nahm mit Bericht vom 5. Januar 2018 zu Handen des Vertreters des Beschwerdeführers zum Gutachten von Dr. med. D.____ vom 30. März 2016 dahingehend Stellung, sie sei nicht mit allem einverstanden, vor allem bezüglich Diagnosestellung und Arbeitsfähigkeit des Patienten. Was die Anamnese betreffe, habe sie keine weiteren Ergänzungen. Die angegebenen Beschwerden seien sehr gut objektivierbar und die Symptome entsprächen einer ausgeprägten depressiven Störung mit Angstsymptomatik. Die letzte Selbstverletzung im Jahr 2013 habe der Patient klar als Suizidversuch angegeben, was auch so dokumentiert worden sei. Er habe bisher mehrere suizidale Krisen gehabt, so auch aktuell, die mit verschiedenen Belastungen und Überforderungssituationen im Zusammenhang stünden. Sein Alltag in [...] gestalte sich gleich wie hier. Einzelne Kollegen besuchten ihn nur ab und zu spontan. In der Beziehung zur Ehefrau sei dies ein grosses Problem; die Ehefrau könne es immer weniger aushalten.

Der Psychostatus vom 14. Dezember 2017 laute wie folgt: Der Patient erscheine pünktlich zum Gespräch und sei knapp gepflegt. Er sei wach, bewusstseinsklar, grob kursorisch seien keine kognitiv-mnestischen Defizite feststellbar. Nach ca. ¾ Stunden habe er Mühe, dem Gespräch zu folgen. Das formale Denken sei leicht verlangsamt, schleppend und auf die Beschwerden eingeengt. Es bestünden keine weiteren Denkstörungen. Ängste in Form von soziophobischen Ängsten bzw. vor sozialen Kontakten in Form von «Druck im Kopf» und «Stuhlndrang» (Durchfall) mit Vermeidungsverhalten seien vorhanden. Es bestünden Ich-Störungen (in Form von Depersonalisation [nihilistische Ideen]) und eine ausgeprägte Störung der Affektivität: Er sei ratlos und es bestehe ein ausgeprägtes Gefühl der Gefühllosigkeit (innerlich leer, starr). Die Vitalgefühle seien gestört (fühle sich müde und kraftlos) und er sei hoffnungslos (schaue mit Missmut in Zukunft). Es bestehe ein Insuffizienzgefühl (er sei ein Versager). Er habe Schuldgefühle (Familie im Stich gelassen). Er sei innerlich leicht unruhig, im Affekt eher starr und im Antrieb gehemmt. Es bestünden ein Morgentief und ein starker sozialer Rückzug. Aktuell sei keine Selbstbeschädigung vorhanden. Es bestehe eine mittelgradige Suizidalität. Er habe Ein- und Durchschlafstörungen mit Alpträumen. Es bestehe kein typisches frühmorgendliches Erwachen, jedoch vermehrtes Schwitzen.

Die Testergebnisse vom 14. Dezember 2017 lauteten wie folgt: Gemäss dem BDI (Beck Depressions-Inventar) könne man von einem schwer ausgeprägten depressiven Syndrom sprechen. Nach der HAMD (Hamilton Depression-Scale) leide der Explorand an einer mittelschweren Depression.

Psychopathologisch liege beim Patienten eine rezidivierende Depression vor, gegenwärtig mittel- bis schwergradig mit somatischem Syndrom sowie akzentuierte Züge der Persönlichkeit mit ängstlich-vermeidenden Zügen. Der Verlauf, die Fremdanamnese und die aktuellen Befunde, der Psychostatus sowie auch die Testergebnisse sprächen für diese Diagnose. Die Merkmale des somatischen Syndroms seien aktuell Interessenverlust und Verlust von Freude an normalerweise angenehmen Aktivitäten, mangelnde Fähigkeit, auf eine freundliche Umgebung oder freudige Ereignisse emotional zu reagieren, ein Morgentief sowie ein deutlicher Libidoverlust. Der Verlust des Selbstwertgefühls und aktuell vorhandene nihilistische Ideen verstärkten den Schweregrad der Depression in Richtung einer schweren depressiven Episode.

Der Patient habe seit 1993 wegen einer depressiven Störung nicht mehr gearbeitet. Über die Jahre sei es trotz der kontinuierlichen Behandlung zu einer Chronifizierung der Störung gekommen, die gut dokumentiert sei. Die Beeinträchtigungen durch die psychische Störung und deren Auswirkungen im Alltag seien weiterhin schwerwiegend geblieben. Gerade aus diesen Gründen sei es bisher nicht möglich gewesen, den Patienten in eine Tagesklinik zu integrieren. Sämtliche beruflichen Massnahmen seien deswegen gescheitert. Auch eine stationäre Behandlung sei vom Patienten immer wieder abgelehnt worden. Erst als der Leidensdruck so stark gewesen sei, sei die erste Hospitalisation im Behandlungszentrum für Psychosomatik mit Unterstützung der Familie erfolgt. Während der Hospitalisation sei es offenbar zu einer leichten Verbesserung der Psychopathologie gekommen. Nach dem Austritt habe sich der Zustand nach ein paar Wochen erneut verschlechtert. Dem Patienten gelinge es nur mit Unterstützung der Psychiatriefachfrau, einzelne Termine wahrzunehmen. Aus beruflichen Gründen könnten die beiden Söhne den Vater nicht mehr unterstützen, sodass es zu einer zusätzlichen sozialen Dekompensation gekommen sei. Dafür seien nun die Psychiatriefachfrau und die Beratungsstelle zuständig. Als der Hausarzt des Patienten pensioniert worden sei, sei der Patient lange nicht in der Lage gewesen, einen neuen Hausarzt zu suchen, weswegen auch eine regelmässige Lithiumkontrolle nicht mehr stattgefunden habe. Auch psychotherapeutische Massnahmen wie z.B. Verhaltenstherapie in Bezug auf soziophobische Ängste bei chronifizierter Problematik hätten aus den erwähnten Gründen nur teilweise umgesetzt werden können. Auch aktuell sei eine stationäre Behandlung notwendig; eine solche werde vom Patienten jedoch abgelehnt. Wie Dr. med. D. ___ in seinem Gutachten aus dem Jahr 2004 ausgeführt habe, leide der Patient unter einem chronischen, sich verschlechternden komplexen Störungsbild, das bisher nicht positiv beeinflusst werden können. Er sei schwer krank und diese Symptome und Beschwerden könne er nicht mit einer eigenen Anstrengung und eigenem Willen überwinden.

Die Prognose sei weiterhin negativ. Berufliche Rehabilitationsmassnahmen seien unmöglich. Bei sämtlichen Tätigkeiten komme es rasch zu einer emotional kognitiven Überforderung, die dann wiederum zur weiteren Verschlechterung der vorhandenen Psychopathologie führe. Die chronifizierten depressiven Symptome mit Antrieb- und Affektstörung und soziophobischen Ängsten mit ausgeprägter Dysfunktion in den zwischenmenschlichen Interaktionen hätten bisher trotz verschiedener Versuche und zuletzt auch durch die Hospitalisation und die Unterstützung der Psychiatriefachfrau nicht positiv verändert werden können. Diese hätten eine direkte negative Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Aus allem, was in den bisherigen Berichten erwähnt worden sei, und aus dem aktuellen Bericht sei die Prognose negativ zu sehen; beim Patienten bestehe weiterhin eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (IV-Nr. 83 S. 16 ff.).

E. 7

7.1 Die Beschwerdegegnerin hob mit vorliegend angefochtener Verfügung vom 23. November 2017 die dem Beschwerdeführer bisher gewährte ganze Invalidenrente auf Ende Dezember 2017 im Wesentlichen mit der Begründung auf, gemäss den Gutachten von Dr. med. F. ___ vom 5. Januar 2016 sowie Dr. med. D. ___ vom 30. März 2016 habe sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers spätestens seit der Erstellung dieser Gutachten verbessert. Eine Arbeitsunfähigkeit sei nicht mehr zu begründen. Ab diesem Zeitpunkt sei jede Art ausserhäuslicher Tätigkeiten vollschichtig zumutbar. Eine berufliche Wiedereingliederung sei aus medizinischer Sicht jederzeit möglich. Eine

Willensanstrengung zur Überwindung der rein subjektiven Defizite sei ebenfalls zuzumuten. Aufgrund des Alters des Beschwerdeführers und der Rentenbezugsdauer seien nochmals berufliche Eingliederungsmassnahmen angeboten worden. Er sei ausführlich über den Ablauf von beruflichen Massnahmen mit Auflagen sowie die Folgen bei deren Nichterfüllung informiert worden (Mahn- und Bedenkzeitverfahren vom 21. September 2016). Der Beschwerdeführer habe sich wiederum bereit erklärt, bei den Eingliederungsmassnahmen mitzumachen. Am 4. Oktober 2016 habe ein Belastbarkeitstraining in der E.____ begonnen. Leider sei es dem Beschwerdeführer nicht gelungen, täglich zur Arbeit zu erscheinen. Im Dezember 2016 habe er gerade noch an drei Tagen gearbeitet. Er habe sich auch nicht mehr korrekt abgemeldet und sei der Arbeit ferngeblieben. Aus diesen Grund sei die berufliche Eingliederung wegen Nichterfüllens der Auflagen gemäss Mahn- und Bedenkzeitverfahren abgebrochen worden. Aufgrund des Aufenthaltes im Behandlungszentrum für Psychosomatik der K.____ vom 14. Februar bis 11. April 2017 seien weitere medizinische Berichte angefordert und dem RAD zur Prüfung vorgelegt worden. Dieser habe in seiner Stellungnahme vom 9. Oktober 2017 festgestellt, dass keine relevanten neuen medizinischen Aspekte ersichtlich seien. Weitere medizinische Abklärungen seien nicht angezeigt (IV-Nr. 82; A.S. 1 ff.).

Der Beschwerdeführer lässt demgegenüber geltend machen, die angefochtene Verfügung sei ersatzlos aufzuheben. Er beziehe bereits seit dem Jahr 1994 eine ganze IV-Rente wegen einer psychischen Erkrankung. Im Rahmen des Verwaltungsverfahrens sei es zu einer Verschlechterung seines psychischen Gesundheitszustands gekommen. Er habe sich vom 14. Februar bis 11. April 2017 in stationäre Behandlung begeben müssen. Das Zustandsbild habe sich dann im geschützten stationären Rahmen verbessert. Er erhalte bereits seit dem Jahr 1994 eine ganze IV-Rente aufgrund einer psychischen Erkrankung. Seither habe keine Verbesserung des psychischen Gesundheitszustands festgestellt werden können. Dr. med. D.____ habe sich in seinem Verlaufsgutachten vom 30. März 2016 nicht mit den erheblichen chronifizierten Befunden seines ersten Gutachtens auseinandergesetzt. Er beschränke sich auf die Feststellung, diese könnten nicht mehr erhoben werden. Die langjährig behandelnde Psychiaterin widerspreche dem Gutachter in ihrer Stellungnahme vom 5. Januar 2018, wobei sie weiterhin eine chronifizierte psychische Erkrankung attestiere, die weiterhin eine volle Arbeitsunfähigkeit begründe. Die Beschwerdegegnerin verkenne die Tatsache, dass die beruflichen Eingliederungsmassnahmen gerade wegen des sich nicht verbesserten psychischen Gesundheitszustands des Beschwerdeführers gescheitert seien. Die widersprüchlichen medizinischen Beurteilungen seien durch ein gerichtliches psychiatrisches Obergutachten zu klären.

7.2 Zunächst ist festzuhalten, dass das von der Beschwerdegegnerin im Rahmen der bidisziplinären (zusammen mit der neurologischen) Begutachtung veranlasste umfassende psychiatrisch-psychotherapeutische Gutachten von Dr. med. C.____ vom 30. März 2016 (IV-Nr. 51.1) auf den vollständigen Vorakten beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt sowie aufgrund seiner persönlichen Untersuchung vom 11. Februar 2016 erstellt wurde. Die Sprachkompetenz des Beschwerdeführers in Deutsch genüge nach den Angaben des Gutachters für die psychiatrische Begutachtung und der Beschwerdeführer lehnte die Unterstützung durch einen Dolmetscher ausdrücklich ab (vgl. IV-Nr. 51.1 S. 2). Auf dieser Grundlage gelangt der Experte zu schlüssigen Ergebnissen, die er nachvollziehbar herleitet und begründet. Seine Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und der medizinischen Situation leuchtet ein. Das psychiatrische

Gutachten von Dr. med. M.____ wird damit den durch die Rechtsprechung entwickelten Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Stellungnahme in allen Punkten gerecht. Ihm kommt somit grundsätzlich volle Beweiskraft zu (vgl. E. II. 4.2 hiervor).

7.3 Der psychiatrische Gutachter konnte im Rahmen seiner Begutachtung vom 11. Februar 2016 - im Vergleich zu seinem Gutachten vom 5. Januar 2004 - nur noch ein neurasthenisches Syndrom mit Abhängigkeitssyndrom von Tabak (F17.2), bei akzentuierten (impulsiv-selbstschädigend, ängstlich-depressiv, selbstunsicher) Persönlichkeitszügen (Z73.1), bei chronischem Kopfschmerz vom Spannungstyp, bei remittierter depressiver Episode (F32.4)/Status nach Dysthymia (F34.1) und bei psychosozialen Belastungen diagnostizieren, wobei diese Diagnose keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit hat. Er kommt zum Schluss, das Syndrom habe sich mit überwiegender Wahrscheinlichkeit in der Folge einer depressiven Episode (ICD-10 F32) in den Jahren 1995/96 und einer anschliessenden Dysthymia (F34.1) entwickelt. Die vom Beschwerdeführer noch geklagten rezidivierenden psychophysischen Beschwerden verblieben unterdessen vollständig im Subjektiven und seien im Rahmen seiner akzentuierten (impulsiv-selbstschädigend, ängstlich-depressiv, selbstunsicher) Persönlichkeitszüge ausgestaltet; dies habe jedoch keinen eigenständigen Krankheitswert (vgl. IV-Nr. 51.1 S. 13, 15 f., 17, 21 und 25). Im Weiteren hält der Experte klar fest, die mit dem neurasthenischen Symptom verbundenen objektiven psychopathologischen Befunde seien aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht nicht ausgeprägt. Die Limitierung des Aktivitätsniveaus durch den Beschwerdeführer sei in allen vergleichbaren Lebensbereichen vollständig durch seine Selbsteinschätzung zu begründen. Eine Willensanstrengung zur Überwindung dieser rein subjektiven Defizite sei aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht medizinisch zumutbar und tatsächlich möglich (regelmässige Reisetätigkeit, Aktivitäten des täglichen Lebens, soziale Kontakte; IV-Nr. 51.1 S. 18, 21, 27 f. und 29). Dementsprechend weist der Gutachter darauf hin, eine relevante (20 % und mehr von 100 %) längerfristige Arbeitsunfähigkeit sei aus versicherungspsychiatrischer Sicht somit nicht mehr zu begründen; dies gelte sowohl für jede Art zumutbarer ausserhäuslicher Tätigkeiten als auch für Arbeiten im Haushalt. Von dieser Einschätzung könne ab Datum der aktuellen Untersuchung (11. Februar 2016), aufgrund des Protokolls über das Revisionsgespräch vom 5. November 2014 und des definitiven Schlussberichts der E.____ vom 12. Mai 2015 mit überwiegender Wahrscheinlichkeit bereits ab November 2014 ausgegangen werden (IV-Nr. 51.1 S. 20 und 28).

Aufgrund dieser fachärztlichen Einschätzung ist ■ im Vergleich zum Gutachten von Dr. med. D.____ vom 5. Januar 2004 (Untersuchung vom 8. Dezember 2003) ■ von einer erheblichen Verbesserung des psychischen Gesundheitszustands des Beschwerdeführers auszugehen, stellte doch der gleiche Gutachter damals die Diagnose (mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit) einer «anhaltenden affektiven Störung, Dysthymia (F34.1), a. anamnestisch seit 1993, b. mit rezidivierenden Kopf- und Magenschmerzen» und attestierte eine Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit als Hilfskoch von zumindest 70 %. Zur Eingliederungsfähigkeit hielt er damals fest, eine allfällige Integration in einen Nischenarbeitsplatz, an welchem Handlangerarbeiten ohne Zeitdruck und ohne Anforderungen an die Wendigkeit und die soziale Kompetenz auszuführen seien, sei anzustreben, falls die Dysthymia in der Zukunft doch noch ausreichend behandelt werden könne; andere Tätigkeiten führten zu einer emotional-kognitiven Überforderung, welche die Dysthymia weiter chronifizieren liessen (IV-Nr. 16 S. 9 ff.). Der psychiatrische Gutachter

kann im aktuellen Gutachten neben dem neurasthenischen Syndrom keine erheblich schwere, ausgeprägte, dauerhafte und intensive Komorbidität feststellen. Gemäss seinen Angaben wird insbesondere keine Störung der Persönlichkeit beschrieben und/oder erörtert. In der Interaktion sei der Beschwerdeführer anlässlich der aktuellen Untersuchung vom 11. Februar 2016 unauffällig und sozial kompetent gewesen. Die erkennbaren akzentuierten (impulsiv-selbstschädigend, ängstlich-depressiv, selbstunsicher) Persönlichkeitszüge begründeten mit Bezug zur ICD-10 kein (zusätzliches) Attest einer Persönlichkeitsstörung oder ■änderung (IV-Nr. 51.1 S. 18 f. und 23). Es bestehen laut den Angaben des psychiatrischen Gutachters aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht auch keine Hinweise, die schwere Defizite aufgrund eines Gesundheitsschadens und/oder eine Unzumutbarkeit zu deren Überwindung begründen könnten (IV-Nr. 51.1 S. 19 und 23).

Nach dem Gesagten stellt Dr. med. D. ___ in seinem aktuellen Gutachten nicht nur fest, dass sich die damaligen Befunde nicht mehr erheben lassen, sondern er legt ■ soweit dies anhand der medizinischen Akten möglich ist - nachvollziehbar und überzeugend dar, wie sich die psychische Symptomatik des Beschwerdeführers aufgrund der Akten seit 1995/1996 und seit seiner ersten Begutachtung und Beurteilung im Dezember 2003 entwickelt hat (IV-Nr. 51.1 S. 14 f.). Zusammenfassend kommt er zum Schluss, das nun diagnostizierte neurasthenische Syndrom habe sich mit überwiegender Wahrscheinlichkeit in der Folge einer depressiven Episode in den Jahren 1995/1996 und einer anschliessenden Dysthymia entwickelt. Nach den überzeugenden Angaben des Experten sind die ICD-10-Kriterien einer eigenständigen depressiven Episode gemäss den Akten seit Januar 2004 nicht erfüllt (IV-Nr. 51.1 S. 16). Sie seien auch gegenwärtig aufgrund der aktuellen Untersuchung am 11. Februar 2016 objektiv nicht zu bestätigen. Der Schweregrad erreiche nicht das notwendige Ausmass. Es seien anhaltende affektive Symptome in ausreichender Schwere und Länge vorgelegen, um im Januar 2004 und nachfolgend eine Dysthymia (F34.1) zu diagnostizieren (vgl. IV-Nr. 16 S. 8). Auch hierfür bestünden aktuell keine tatsächlichen objektiven psychopathologischen Befunde mehr (IV-Nr. 51.1 S. 16). Der psychiatrische Gutachter weist zwar darauf hin, auch ein neurasthenisches (Rest-)Syndrom stelle weiterhin grundsätzlich eine Indikation für eine regelmässige strukturierte fachärztliche psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung dar (IV-Nr. 51.1 S. 18 und 26). Daraus kann jedoch nicht abgeleitet werden, es sei deswegen keine erhebliche gesundheitliche Verbesserung aus psychiatrischer Sicht eingetreten. Aufgrund der neu gestellten Diagnose eines neurasthenischen Syndroms, der Beurteilung des Verlaufs der psychischen Symptomatik sowie der neu attestierten Arbeitsfähigkeit ist eine relevante Verbesserung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers aus psychiatrischer Sicht fachärztlich ausgewiesen. Entgegen seiner Auffassung wird eine solche nicht bloss behauptet, sondern umfassend dargelegt und in Anwendung der massgebenden Indikatoren ausführlich diskutiert (vgl. IV-Nr. 51.1 S. 21 ff. Ziff. 7). Der Gutachter setzt sich mit den Befunden seines ersten Gutachtens auseinander (IV-Nr. 51.1 S. 16 f.). Im Weiteren nimmt er auch Stellung zur abweichenden Beurteilung der behandelnden Psychiaterin (IV-Nr. 51.1 S. 26 f. und 28 f.). Die ausdrücklich gestellte Frage, ob sich der Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers verglichen mit der Situation zum Zeitpunkt der letzten materiellen Prüfung wesentlich verändert habe, wird vom Gutachter denn auch klar bejaht und ausreichend begründet (IV-Nr. 51.1 S. 29 f. Ziff. 7.6.3)

7.4 Der Beschwerdeführer lässt geltend machen, die langjährig behandelnde Psychiaterin Dr. med. I. ___ beurteile seine gesundheitliche Situation anders. Es bestehe gemäss ihren

Angaben weiterhin eine vollständige Arbeitsunfähigkeit (Beschwerde, S. 5 f. B. 2. und 3.).

Die behandelnde Psychiaterin äusserte sich in ihrer Stellungnahme vom 5. Januar 2018 zum Gutachten von Dr. med. D.____ vom 30. März 2016 im Wesentlichen dahingehend, sie sei nicht mit allem einverstanden, vor allem bezüglich der Diagnosestellung und der Arbeitsfähigkeit des Patienten. Gemäss dem Gutachten von Dr. med. D.____ vom 30. März 2016 seien ihre bisher erhobenen Befunde und das Beispiel aus dem Austrittsbericht der K.____ mangelhaft und so formuliert, dass man die gestellten Diagnosen damit nicht erklären könne. Diese Kritik sei berechtigt und sie bemühe sich, einen korrekten Psychostatus zu erheben. Psychopathologisch seien beim Beschwerdeführer eine rezidivierende Depression, gegenwärtig mittel- bis schwergradig mit somatischem Syndrom, sowie akzentuierte Züge der Persönlichkeit mit ängstlich-vermeidenden Zügen feststellbar. Der Verlauf, die Fremdanamnese und die aktuellen Befunde, der Psychostatus sowie auch die Testergebnisse sprächen für diese Diagnose. Der Beschwerdeführer habe seit dem Jahr 1993 wegen einer depressiven Störung nicht mehr gearbeitet. Über die Jahre sei es trotz der kontinuierlichen Behandlung zu einer Chronifizierung der Störung gekommen, die gut dokumentiert sei. Die Beeinträchtigungen durch die psychische Störung und deren Auswirkungen im Alltag seien weiterhin schwerwiegend geblieben. Während der Hospitalisation im K.____ vom 14. Februar bis 11. April 2017 sei es offenbar zu einer leichten Verbesserung der Psychopathologie gekommen, nach dem Austritt habe sich der Zustand nach ein paar Wochen erneut verschlechtert. Auch aktuell sei eine stationäre Behandlung notwendig. Eine solche werde vom Patienten jedoch abgelehnt. Dieser sei schwer krank und die Symptome und Beschwerden könnten nicht mit eigener Anstrengung und eigenem Willen überwunden werden. Die Prognose sei negativ. Berufliche Rehabilitationsmassnahmen seien unmöglich. Es bestehe weiterhin eine 100 %ige Arbeitsunfähigkeit (IV-Nr. 83 S. 16 ff.; E. II. 6.10 hiervor).

Wie (unter E. II. 4.3 hiervor) erwähnt, können die vorliegenden Berichte der behandelnden Psychiaterin vom 5. September 2014 (IV-Nr. 34; E. II. 6.1 hiervor), vom 18. Juni 2015 (IV-Nr. 45; E. II. 6.2 hiervor) und 5. Januar 2018 (IV-Nr. 83 S. 16 ff.; E. II. 6.10 hiervor) mit Blick auf den grundsätzlichen Unterschied zwischen Begutachtungs- und Behandlungsauftrag nicht denselben Stellenwert beanspruchen wie das aktuelle psychiatrische Gutachten von Dr. med. D.____ vom 30. März 2016 (vgl. auch Urteil des Bundesgerichts 8C_175/2013 vom 10. September 2013 E. 3.3.1). Wichtige, nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende Aspekte, die bei der Begutachtung von Dr. med. D.____ unerkannt oder ungewürdigt geblieben wären, sind nicht ersichtlich. Zum Bericht von Dr. med. I.____ vom 18. Juni 2015, worin weiterhin ein schweres amotivational-regressives Syndrom mit ausgeprägter Interesselosigkeit, Konzentrationsschwierigkeiten, Antriebsarmut und sozialem Rückzug mit vollständig dysfunktionalem Lebens- und Beziehungsmuster festgestellt und eine neurotische Depression (Dysthymie) diagnostiziert worden waren (IV-Nr. 45), äusserte sich der psychiatrische Gutachter im aktuellen Gutachten dahingehend, die behandelnde Psychiaterin stütze sich dabei auf die unveränderten subjektiven Beschwerden des Beschwerdeführers ab. Sie bestätige damit ihre langjährig ebenfalls unveränderten Einschätzungen, die zur Kenntnis zu nehmen seien. Sie stünden jedoch nach November 2014 im Widerspruch zu den nicht therapeutisch motivierten Beurteilungen, wozu sich die behandelnde Psychiaterin nicht äussere. Die Einschätzungen in den Akten seien zur Kenntnis zu nehmen, sie könnten aber aufgrund ungenügender Befunde und fehlender

differenzierter (fachärztlicher) Diskussion nicht kritisch nachvollzogen werden. Insbesondere die Postulate zur Arbeitsunfähigkeit seien unklar. Sie stützten sich (fast) vollständig auf die subjektiven Beschwerden des Beschwerdeführers ab (IV-Nr. 51.1 S. 20 f.). Diese Auffassung vertritt auch die RAD-Ärztin Dr. med. G.____ in ihrer Stellungnahme vom 15. Juni 2016, wonach spätestens seit der Erstellung des Gutachtens von Dr. med. D.____, d.h. seit dem 11. Februar 2016, von einem gebesserten Gesundheitszustand auszugehen sei; wahrscheinlich sei die Dysthymia aber schon im Rahmen des Revisionsgesprächs vom 4. November 2014 nicht mehr existent gewesen. Das psychiatrische Gutachten von Dr. med. D.____ vom 30. März 2016 (und auch das neurologische Gutachten von Dr. med. F.____ vom 5. Januar 2016; IV-Nr. 49) beruhe auf einer ausführlichen Anamneseerhebung und umfassender klinischer Befunderhebung, die Vorakten seien diskutiert worden und die diagnostische Beurteilung sowie die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit seien nachvollziehbar. Der Beschwerdeführer könne in jeder Art zumutbarer ausserhäuslicher Tätigkeiten und auch bei Haushaltsarbeiten unbegrenzt eingesetzt werden (IV-Nr. 55 S. 2 f). Auf diese einleuchtende Beurteilung ist abzustellen.

Es bleibt anzumerken, dass die psychiatrische Exploration von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei ist. Sie eröffnet der begutachtenden psychiatrischen Fachperson deshalb praktisch immer einen gewissen Spielraum, innerhalb dessen verschiedene medizinisch-psychiatrische Interpretationen möglich, zulässig und zu respektieren sind, sofern lege artis vorgegangen worden ist. Daher und unter Beachtung der Divergenz von medizinischem Behandlungs- und Abklärungsauftrag geht es nicht an, eine medizinische Administrativ- oder Gerichtsexpertise stets dann in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnde Ärzteschaft nachträglich zu unterschiedlichen Einschätzungen gelangt oder an vorgängig geäußerten abweichenden Auffassungen festhält (Urteil des Bundesgerichts 9C_363/2018 vom 10. Oktober 2018 E. 4.2.3 mit Hinweisen). Vorliegend werden von der behandelnden Psychiaterin keine objektiv feststellbaren Gesichtspunkte vorgebracht, welche im Rahmen der psychiatrischen Begutachtung unerkannt geblieben und geeignet sind, zu einer abweichenden Beurteilung zu führen. Es bestehen auch keine konkreten Indizien, welche gegen die Zuverlässigkeit der Expertise von Dr. med. D.____ vom 30. März 2016 sprechen (E. II. 4.2 hiervor). Angesichts der bereits umfassenden fachärztlichen medizinischen Dokumentation besteht sodann kein Anlass für weitergehende Beweiserhebungen, namentlich für das vom Beschwerdeführer beantragte, vom Gericht zu veranlassende psychiatrische Obergutachten (antizipierte Beweiswürdigung; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_576/2015 vom 21. September 2015 E. 3.2 mit Hinweisen). Daran ändert auch der Umstand nichts, dass die behandelnde Psychiaterin ihre abweichende Beurteilung in ihrer Eigenschaft als Oberärztin der C.____ abgegeben hat (vgl. Beschwerde, S. 5 f. Ziff. 3).

7.5 Auch der Austrittsbericht der K.____ vom 18. April 2017 über die 1. Hospitalisation des Beschwerdeführers vom 14. Februar bis 11. April 2017 vermag den Beweiswert des psychiatrischen Gutachtens von Dr. med. D.____ vom 30. März 2016 nicht zu schmälern. Darin wurde zwar ausgeführt, die Zuweisung des Patienten sei wegen einer Zustandsverschlechterung aus der laufenden ambulanten Behandlung erfolgt, es wurde jedoch darauf hingewiesen, die Aufdosierung von Venlafaxin habe der Beschwerdeführer gut toleriert, im geschützten stationären Rahmen habe sich sein Zustandsbild gebessert und er habe Möglichkeiten der Verhaltensänderung erkannt. Da er oftmals in der Eigeninitiative blockiert gewirkt habe, sei zur Aufrechterhaltung der Tagesstruktur nach Austritt eine

Psychiatriespitex installiert worden. Er habe in stabilisiertem Zustand ohne Selbst- und ohne Fremdgefährdung aus der Klinik austreten können (IV-Nr. 78; E. II. 6.5 hiervor). Demnach kann nicht von einer längerfristigen Arbeitsunfähigkeit ausgegangen werden. Auch die weiteren medizinischen Berichte der behandelnden Ärzte (Berichte des Bürgerspitals Solothurn, Medizinische Klinik, Pneumologie, vom 6. April 2017 über die respiratorische Polygraphie und die Anpassung einer APAP-Probetherapie [IV-Nr. 79 S. 9 ff.; E. II. 6.6. hiervor] und vom 16. Juni 2017 über die erste Kontrolle und den Abbruch der APAP-Therapie [IV-Nr. 79 S. 4 ff.; E. II. 6.7 hiervor]; Bericht von Dr. med. L.____ vom 17. August 2017 [IV-Nr. 79 S. 1 ff.; E. II. 6.8 hiervor]) sind nicht geeignet, das psychiatrische Gutachten von Dr. med. D.____ vom 30. März 2016 in Frage zu stellen. So hielt der RAD-Arzt Dr. med. H.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, in seiner Stellungnahme vom 9. Oktober 2017 zu diesen medizinischen Berichten fest, bei den im Rahmen des Vorbescheidverfahrens neu vorgelegten Berichten handle es sich ■ mit Ausnahme des neu diagnostizierten obstruktiven Schlafapnoesyndroms ■ hinsichtlich der psychiatrischen Diagnose «rezidivierende Depression (F33)» überwiegend wahrscheinlich und eine andere Einschätzung desselben Sachverhaltes. Zum einen dokumentiere die aktuelle Diagnosestellung die erhebliche Tendenz einer «Verschlimmerung» psychiatrischer Diagnosen, zum anderen seien offensichtliche, reaktive und überwiegend psychosozial begründete Auslösefaktoren und Zusammenhänge bei der Diagnosestellung ignoriert worden. Aus Sicht des RAD könne daher bei weitgehend fehlenden psychopathologisch-psychiatrischen Argumenten an der bisherigen Einschätzung festgehalten werden, wie sie im Gutachten plausibel und nachvollziehbar hergeleitet worden seien. Weitere medizinische Abklärungen seien nicht notwendig und am Vorbescheid vom 16. Februar 2017 könne festgehalten werden (IV-Nr. 81 S. 4; E. II. 6.9 hiervor). Dieser fachärztlichen Einschätzung des RAD-Arztes ist beizupflichten.

E. 8

8.1 Grundsätzlich muss eine medizinisch attestierte Verbesserung der Arbeitsfähigkeit auf dem Weg der Selbsteingliederung verwertet werden. Nach langjährigem Rentenbezug können jedoch ausnahmsweise Erfordernisse des Arbeitsmarktes der Anrechnung einer medizinisch vorhandenen Leistungsfähigkeit und möglichen Leistungsentfaltung entgegenstehen, wenn aus den Akten einwandfrei hervorgeht, dass die Verwertung eines bestimmten Leistungspotentials ohne vorgängige Durchführung befähigender Massnahmen allein durch Eigenanstrengungen der versicherten Person nicht möglich ist. Die Verwaltung muss sich vor der Herabsetzung oder Aufhebung einer Invalidenrente vergewissern, ob sich ein medizinisch-theoretisches wiedergewonnenes Leistungsvermögen ohne weiteres in einem entsprechend tieferen Invaliditätsgrad niederschlägt oder ob dafür ■ ausnahmsweise ■ im Einzelfall eine erwerbsbezogene Abklärung (der Eignung, Belastungsfähigkeit usw.) und/oder die Durchführung von Eingliederungsmassnahmen im Rechtssinne vorauszugehen hat. Diese Praxis ist grundsätzlich auf alle Fälle zu beschränken, in denen die revisions- oder wiedererwägungsweise Herabsetzung oder Aufhebung der Invalidenrente eine versicherte Person betrifft, welche das 55. Altersjahr zurückgelegt oder die Rente seit mehr als 15 Jahren bezogen hat (Urteil des Bundesgerichts 9C_645/2014 vom 4. Februar 2015 E. 5.1 mit Hinweisen).

8.2 Der im Juni 1964 geborene Beschwerdeführer war zum Zeitpunkt der Rentenaufhebung (23. November 2017) 53 Jahre alt und bezog seit dem 1. November 1994, d.h. seit 23 Jahren, eine Invalidenrente (vgl. IV-Nr. 1.3 S. 4 ff.). Nachdem die

anspruchswesentliche Verbesserung des Gesundheitszustands im Grundsatz feststeht, stellt sich im Rahmen der strittigen Revision die Frage, ob die Beschwerdegegnerin die seit November 1994 laufende ganze Invalidenrente zu Recht mit vorliegend angefochtener Verfügung auf Ende Dezember 2017 eingestellt hat. Dies ist insbesondere unter dem Aspekt der Eingliederungsmassnahmen zu prüfen. Die Beschwerdegegnerin führte in der angefochtenen Verfügung dazu aus, aufgrund des Alters des Beschwerdeführers und seiner Rentenbezugsdauer seien ihm nochmals (nach dem durchgeführten und vorzeitig abgebrochenen Belastbarkeitstraining vom 3. März bis 1. Mai 2015; vgl. IV-Nr. 41, 43 S. 2 ff. und 72) berufliche Eingliederungsmassnahmen angeboten worden. Er sei ausführlich über den Ablauf von beruflichen Massnahmen mit Auflagen sowie die Folgen bei deren Nichterfüllung informiert worden (Mahn- und Bedenkzeitverfahren vom 21. September 2016; vgl. IV-Nr. 59). Er habe sich wiederum bereit erklärt, an den Eingliederungsmassnahmen teilzunehmen. Am 4. Oktober 2016 habe er ein Belastbarkeitstraining in der E.____, Fachbereich Integration, [...], begonnen. Leider sei es dem Beschwerdeführer nicht gelungen, täglich zur Arbeit zu erscheinen. Im Dezember 2016 habe er nur an drei Tagen gearbeitet. Er habe sich auch nicht mehr korrekt abgemeldet und sei der Arbeit ferngeblieben. Aus diesem Grund sei auch diese berufliche Eingliederungsmassnahme abgebrochen worden; die Auflagen gemäss Mahn- und Bedenkzeitverfahren seien nicht erfüllt worden (A.S. 2). Im definitiven Einwand vom 28. April 2017 (IV-Nr. 77) gegen den Vorbescheid vom 16. Februar 2017 (IV-Nr. 73 S. 2 ff.) liess der Beschwerdeführer geltend machen, sollte sich die Einschätzung von Dr. med. D.____ bestätigen, so wäre eine weitere berufliche Massnahme durchzuführen. Diese Notwendigkeit ergebe sich bereits aus der langen Krankheitsdauer und der sehr langen Entwöhnung vom Arbeitsmarkt (24 Jahre). Sollte die Massnahme erfolgreich durchgeführt werden können, so wäre anschliessend mit Hilfe der Stellenvermittlung zunächst ein stressarmer Nischenarbeitsplatz zu suchen (IV-Nr. 77 S. 2). Mit vorliegend zu beurteilender Beschwerde werden keine weiteren beruflichen Eingliederungsmassnahmen mehr geltend gemacht. Es wird lediglich darauf hingewiesen, die Beschwerdegegnerin verkenne die Tatsache, dass die beruflichen Eingliederungsmassnahmen gerade wegen des nicht verbesserten psychischen Gesundheitszustands des Beschwerdeführers gescheitert seien (Beschwerde, S. 5 Ziff. 2; A.S. 8).

8.3 Aus dem Abschlussbericht der beruflichen Eingliederung der Beschwerdegegnerin vom 12. Januar 2017 geht hervor, der Beschwerdeführer habe beim Revisionsgespräch vom 4. November 2014 mitgeteilt, dass er gerne wieder arbeiten würde. Danach sei ein Belastbarkeitstraining im geschützten Rahmen mit Rente vom 3. März bis 1. Mai 2015 in der E.____ gewährt worden. Am 1. Mai 2015 habe das Belastbarkeitstraining aus folgenden Gründen beendet werden müssen: Der Beschwerdeführer habe den Weg in die E.____ kaum geschafft. Zudem habe er oft gefehlt oder ■ wenn er anwesend gewesen sei ■ wegen Magen-/Darmbeschwerden sehr oft die Toilette aufsuchen müssen. Nach den Angaben der Ärztin sei dies auf den Stress zurückzuführen, obwohl der Beschwerdeführer bei dieser Massnahme keinem Stress ausgesetzt gewesen sei. Da schon die Tagesstruktur alleine ein Problem gewesen sei, habe man sich entschieden, die medizinische Situation zu klären. Dem Beschwerdeführer sei empfohlen worden, sich im geschützten Rahmen bei der E.____ zu melden, um sich wieder an eine Tagesstruktur zu gewöhnen. Am 15. Juni 2016 habe die RAD-Ärztin informiert, dass der Beschwerdeführer sowohl in jeder zumutbaren ausserhäuslichen Tätigkeit als auch bei Haushaltsarbeiten unbegrenzt eingesetzt werden könne. Nach dieser Stellungnahme habe man nochmals berufliche Massnahmen im Rahmen

eines Mahn- und Bedenkzeitverfahrens eingeleitet. Vom 4. Oktober bis 21. Dezember 2016 sei erneut ein Belastbarkeitstraining mit Rente in der E.____ bewilligt worden (vgl. IV-Nr. 61). Der Beschwerdeführer habe während der ganzen Dauer der Massnahme grosse Schwierigkeiten gehabt, jeden Tag zu erscheinen. Er habe wöchentlich mindestens eine Absenz gehabt. Da er aber immer ein Arztzeugnis gebracht und sich korrekt abgemeldet habe, sei diese Massnahme eine Zeit lang weitergeführt worden. Im Dezember 2016 hätten die Absenzen jedoch ein riesiges Ausmass angenommen. Der Beschwerdeführer habe im Dezember 2016 von 13 Arbeitstagen gerade mal an 3 Tagen gearbeitet. Zudem habe er sich nicht mehr korrekt abgemeldet und sei der Arbeit fern geblieben. Die beruflichen Massnahmen seien am 21. Dezember 2016 wegen Nichterfüllens der im Mahn- und Bedenkzeitverfahren vom 21. September 2016 (IV-Nr. 59) festgesetzten Auflagen abgebrochen worden. Die subjektive Einschätzung der Eingliederungsfähigkeit wurde von der beruflichen Eingliederung der Beschwerdegegnerin dahingehend beschrieben, der Beschwerdeführer sei immer motiviert und höflich gewesen. Er habe alles daran gesetzt, dass die Eingliederung erfolgreich abgeschlossen werden könne. Er habe jedoch gesagt, dass sein Gesundheitszustand dies einfach nicht zugelassen habe. Aus seiner Sicht wären berufliche Massnahmen vor Jahren angezeigt gewesen, damals habe es solche Massnahmen jedoch nicht gegeben (IV-Nr. 72 S. 2).

Im Bericht der E.____ vom 22. Dezember 2016 über das Belastbarkeitstraining vom 4. Oktober bis 21. Dezember 2016 wurde darauf hingewiesen, die mehrmals nicht erfolgte korrekte Abmeldung (gleichentags), wie auch die zunehmenden Absenzen, hätten nicht den Zielvorgaben entsprochen. Die Stabilität und Leistungsfähigkeit habe in diesem Zeitraum nicht verbessert werden können. Der Beschwerdeführer habe über die ganze Zeit gesehen unter Einbezug der Absenzen ein Arbeitspensum von 19.5 % erreicht. Die Leistungsfähigkeit könne nicht beurteilt werden. Eine weitere berufliche Eingliederungsmassnahme wurde nicht empfohlen (IV-Nr. 71).

8.4 Nach Art. 8 Abs. 1 IVG haben invalide und von einer Invalidität bedrohte Versicherte (Art. 8 ATSG) unter bestimmten Voraussetzungen Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen. Diese setzen einen Eingliederungswillen bzw. eine subjektive Eingliederungsfähigkeit voraus. Fehlt es daran, so entfällt der Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen, ohne dass zunächst ein Mahn- und Bedenkzeitverfahren durchgeführt werden müsste (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C_59/2017 vom 21. Juni 2017 E. 3.1, 8C_19/2016 vom 4. April 2016 E. 5.2.3 und 8C_569/2015 vom 17. Februar 2016 E. 5.1, je mit Hinweisen).

Nachdem bereits das von der Beschwerdegegnerin veranlasste erste Belastbarkeitstraining in der E.____ am 1. Mai 2015 wegen Schwierigkeiten beim Einhalten einer Tagesstruktur abgebrochen worden war, klärte die Beschwerdegegnerin die medizinische Situation des Beschwerdeführers umfassend ab. Das daraufhin im Rahmen eines Mahn- und Bedenkzeitverfahrens eingeleitete zweite Belastbarkeitstraining vom 4. Oktober 2016 bis 3. Januar 2017 (vgl. IV-Nr. 61) musste am 21. Dezember 2016 erneut vorzeitig beendet werden, da der Beschwerdeführer zu viele Absenzen aufwies, der Arbeit fernblieb und sich auch nicht mehr korrekt abmeldete. Damit erfüllte er die im Mahn- und Bedenkzeitverfahren vereinbarten Auflagen nicht (vgl. IV-Nr. 59). Der Beschwerdeführer wurde nach den Angaben der beruflichen Eingliederung der Beschwerdegegnerin zwar als stets motiviert, höflich und engagiert beschrieben, der sich für eine erfolgreiche Eingliederung eingesetzt habe. Indem er aber auch das zweite Belastbarkeitstraining aus

invaliditätsfremden Gründen nicht ordnungsgemäss beendete und auch die Auflagen gemäss Mahn- und Bedenkzeitverfahren nicht mehr erfüllte, kann nicht von seiner subjektiven Eingliederungsfähigkeit bzw. seiner Eingliederungsbereitschaft ausgegangen werden. So hielt er denn auch zur subjektiven Einschätzung seiner Eingliederungsfähigkeit fest, sein Gesundheitszustand lasse berufliche Eingliederungsmassnahmen einfach nicht zu. Aus seiner Sicht wären berufliche Massnahmen vor Jahren angezeigt gewesen; damals habe es solche Massnahmen jedoch noch nicht gegeben (IV-Nr. 72 S. 2). Gemäss den unbestritten gebliebenen Feststellungen der Beschwerdegegnerin vertritt der Beschwerdeführer nun offenbar die Auffassung, er sei ■ entgegen den vorliegenden umfassenden medizinischen Begutachtungsergebnissen - aus gesundheitlichen Gründen nicht arbeits- bzw. eingliederungsfähig. Ausdruck der nicht gegebenen Eingliederungsbereitschaft ist im Weiteren auch, dass der anwaltlich vertretene Beschwerdeführer ■ im Gegensatz zum Vorbescheidverfahren ■ in seiner Beschwerde nicht mehr geltend macht, er sei auf Eingliederungsmassnahmen angewiesen, und auch keine solchen verlangt. Dass sich an dieser Einstellung bis zum massgebenden Zeitpunkt des Verfügungserlasses am 23. November 2017 etwas geändert hätte, ist nicht ersichtlich und wird auch nicht geltend gemacht. Es gilt zu beachten, dass für nicht invaliditätsbedingte Schwierigkeiten bei der Wiedereingliederung die Invalidenversicherung nicht einzustehen hat (Urteil des Bundesgerichts 9C_581/2017 vom 30. November 2017 E. 4.2 mit Hinweis). Demnach ist es nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin mit Blick auf die fehlende subjektive Eingliederungsfähigkeit bzw. den fehlenden Eingliederungswillen von weiteren beruflichen Eingliederungsmassnahmen abgesehen hat. Die Beschwerdegegnerin war nach dem Gesagten befugt, die Invalidenrente ohne Weiterungen auf Ende Dezember 2017 aufzuheben (vgl. auch Urteile des Bundesgerichts 9C_59/2017 vom 21. Juni 2017 E. 3, 9C_317/2017 vom 19. Juni 2017 E. 3.1, 8C_19/2016 vom 4. April 2016 E. 5.2.3, 8C_569/2015 vom 17. Februar 2016 E. 5.2 und 9C_231/2015 vom 7. September 2015 E. 4.2, je mit Hinweisen).

9. Zusammengefasst ist aufgrund des vollumfänglich beweiskräftigen fachärztlichen Gutachtens von Dr. med. C. ___ vom 30. März 2016 eine relevante Verbesserung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers spätestens ab dem Datum der Begutachtung am 11. Februar 2016 eingetreten. Nach den Angaben des psychiatrischen Gutachters ist eine relevante längerfristige Arbeitsunfähigkeit für jede Art zumutbarer ausserhäuslicher Tätigkeiten und auch für Arbeiten im Haushalt aus versicherungspsychiatrischer Sicht nicht mehr gegeben (IV-Nr. 51.1 S. 28 f.). Demnach besteht kein rentenrelevanter Invaliditätsgrad mehr (E. II. 2.2 hiervor) und auf einen Einkommensvergleich kann verzichtet werden. Die vorliegend angefochtene Verfügung vom 23. November 2017, worin die bisher ausgerichtete ganze Invalidenrente ohne weitere berufliche Eingliederungsmassnahmen auf Ende Dezember 2017 aufgehoben wurde (vgl. Art. 88bis Abs. 2 lit. a IVV), ist somit nicht zu beanstanden. Die Beschwerde ist abzuweisen.

E. 10

10.1. Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Parteientschädigung zu Lasten der Beschwerdegegnerin (Art. 61 lit. g ATSG).

10.2 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. Ausgangsgemäss hat der Beschwerdeführer die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen, welche mit dem geleisteten Kostenvorschuss verrechnet werden.

Demnach wird erkannt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
3. Der Beschwerdeführer wird verpflichtet, die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen, die mit dem geleisteten Kostenvorschuss verrechnet werden.

Rechtsmittel

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

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Die Vizepräsidentin Der Gerichtsschreiber

Weber-Probst Schmidhauser

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