

SO_GERICHTE VSBES.2018.77 vom 14. März 2019

SO Obergericht, 2019-03-14, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2018.77_d20190314

FR: SO_GERICHTE VSBES.2018.77 du 14 mars 2019

IT: SO_GERICHTE VSBES.2018.77 del 14 marzo 2019

Regeste

Invalidenrente

Erwägungen

E. 1

1.1 Mit Verfügung vom 10. Juli 1996 sprach die IV-Stelle Bern dem 1968 geborenen A.____ (nachfolgend: Beschwerdeführer) rückwirkend ab 1. März 1995 eine ganze Rente zu (vgl. Akten der IV-Stelle [IV-Nr.] 122 S. 2; vgl. auch IV-Nr. 72.4 S. 1 ff.). Diese wurde mit Verfügungen vom 18. Juni 1998 (IV-Nr. 72.7) und vom 25. Juli 2001 bestätigt (IV-Nr. 5).

1.2 Am 21. Juli 2005 leitete die IV-Stelle Bern erneut eine Revision der Invalidenrente ein (IV-Nr. 12). Sie holte einen Bericht des Hausarztes Dr. med. B.____, Allgemeine Medizin FMH, vom 14. Oktober 2005 (IV-Nr. 14) ein und gab in der Folge beim Psychiatriezentrum C.____ ein psychiatrisches Gutachten in Auftrag. Dieses wurde am 19. April 2006 erstattet (IV-Nr. 19). Gestützt darauf bestätigte die IV-Stelle Bern mit Verfügung vom 24. Mai 2006 die Weiterausrichtung der bisherigen ganzen Rente bei einem Invaliditätsgrad von 100 % (IV-Nr. 20). Eine neuerliche Bestätigung erfolgte am 9. April 2010 (IV-Nr. 34). Mit einer weiteren Verfügung vom 21. Mai 2010 sprach die IV-Stelle Bern dem Beschwerdeführer zudem rückwirkend ab 1. April 2008 eine Hilflosenentschädigung leichten Grades zu (IV-Nr. 37).

1.3 Am 1. Mai 2015 überwies die IV-Stelle Bern die Akten an die zufolge Wohnsitzwechsels zuständig gewordene IV-Stelle des Kantons Solothurn (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) mit dem Hinweis, dass sofort von Amtes wegen eine Revision der IV-Rente durchgeführt werden sollte (IV-Nr. 57).

E. 1.26

Std.) zu kürzen. Der Zusammenhang der Gebühr von CHF 74.40 mit dem vorliegenden Verfahren ist ebenfalls nicht erkennbar, so dass diese Auslagen nicht anerkannt werden können. Die Kostenforderung beläuft sich damit auf CHF 1'976.10 (= 9.32 Std. x CHF 180.00 plus CHF 157.20 plus 7.7 % Mehrwertsteuer). Vorbehalten bleiben der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren sowie der Nachzahlungsanspruch des unentgeltlichen Rechtsbeistands (Differenz zum vollen Honorar) von CHF 501.90, wenn A.____ zur Rückzahlung in der Lage ist (§ 123 ZPO). Der Nachzahlungsanspruch wird praxisgemäss mit einem Stundenansatz von CHF 230.00 berechnet, wenn keine vom Beschwerdeführer unterzeichnete Honorarvereinbarung eingereicht wird. 8.3 Aufgrund von Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 - 1'000.00

festgelegt. Als unterliegende Partei hat der Beschwerdeführer die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen, die jedoch infolge Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege durch den Kanton Solothurn zu übernehmen sind (Art. 122 Abs. 1 lit. b ZPO). Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren, wenn A.____ zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

E. 2

2.1 Am 6. Mai 2015 leitete die Beschwerdegegnerin eine eingliederungsorientierte Rentenrevision in die Wege. Der Beschwerdeführer gab an, sein Gesundheitszustand habe sich verschlimmert, er leide nun zusätzlich an Arthrose an beiden Händen (IV-Nr. 58). Die Beschwerdegegnerin führte am 24. August 2015 ein Revisionsgespräch mit dem Beschwerdeführer durch (IV-Nr. 62) und holte einen Bericht von Dr. med. D.____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin FMH, vom 19. September 2015 (IV-Nr. 63) ein, nachdem Dr. med. B.____ erklärt hatte, er sei pensioniert und habe den Beschwerdeführer schon lange nicht mehr gesehen (IV-Nr. 59). Dr. med. E.____, Fachärztin für Allgemeine Medizin, vom Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) empfahl am 9. November 2015 die Einholung eines bidisziplinären Gutachtens (Rheumatologie und Psychiatrie; IV-Nr. 66).

2.2 Am 17. November 2015 teilte die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer mit, sie erachte eine umfassende Untersuchung (voraussichtliche Disziplinen Rheumatologie und Psychiatrie) als notwendig, und stellte ihm die vorgesehenen Fragen zu (IV-Nr. 68). Als Durchführungsstellen wurden Dr. med. F.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, und Dr. med. G.____, Facharzt für Rheumaerkrankungen FMH, angegeben. Dr. med. G.____ erstattete das rheumatologische Gutachten am 11. März 2016 (IV-Nr. 71), Dr. med. F.____ das psychiatrische Gutachten ebenfalls am 11. März 2016 (IV-Nr. 72.1). Dr. med. E.____ vom RAD empfahl am 7. Juni 2016 ergänzende Untersuchungen und eine allfällige Anpassung der Medikation durch den behandelnden Rheumatologen, erachtete aber für die Anspruchsbeurteilung keine weiteren Abklärungen als notwendig, weil die beiden Gutachten beweiskräftig seien (IV-Nr. 82).

2.3 Am 2. September 2016 fand ein Gespräch statt. Die Beschwerdegegnerin teilte dem Beschwerdeführer mit, nach ihrer Beurteilung habe sich sein Gesundheitszustand verbessert, und übergab ihm eine Erklärung betreffend berufliche Eingliederungsmassnahmen (vgl. IV-Nr. 87, 83; Protokolleintrag vom 2. September 2016). Am 19. Oktober 2016 liess der Beschwerdeführer erklären, er sei grundsätzlich zu beruflichen Eingliederungsmassnahmen bereit (IV-Nr. 93). In der Folge wurde am 12. Dezember 2016 ein Belastbarkeitstraining in der Institution H.____ begonnen (vgl. IV-Nr. 97, 99; Protokolleinträge vom 13. Dezember 2016). Am 13. Februar 2017 leitete die Beschwerdegegnerin wegen zahlreicher Absenzen des Beschwerdeführers ein Mahn- und Bedenkzeitverfahren ein (IV-Nr. 104). Am 10. März 2017 wurde die Massnahme abgeschlossen (vgl. IV-Nr. 114, 107; Protokolleintrag vom 16. März 2017).

E. 2.3

Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder 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). Den zeitlichen Referenzpunkt für die Prüfung einer anspruchserheblichen Änderung bildet die letzte rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines

Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustands) beruht (BGE 133 V 108 E. 5.4 S. 114). Eine Verbesserung der Erwerbsfähigkeit oder der Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, ist für die Herabsetzung oder Aufhebung der Leistung von dem Zeitpunkt an zu berücksichtigen, in dem angenommen werden kann, dass sie voraussichtlich längere Zeit dauern wird. Sie ist in jedem Fall zu berücksichtigen, nachdem sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate gedauert hat und voraussichtlich weiterhin andauern wird (Art. 88a Abs. 1 Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV, SR 831.201]). Die Herabsetzung oder Aufhebung der Rente erfolgt frühestens vom ersten Tag des zweiten der Zustellung der Verfügung folgenden Monats an (vgl. Art. 88 bis Abs. 2 lit. a IVV).

2.4 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 (BGE 132 V 93 E. 4 S. 99 f. mit Hinweisen).

2.5 Der Versicherungsträger und das Gericht 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 einer ärztlichen Stellungnahme ist entscheidend, ob diese 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).

2.6 Nach der Rechtsprechung ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens gestützt auf Art. 44 ATSG durch die Versicherungsträger 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, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 135 V 465 E. 4.4 S. 469 f., 125 V 351 E. 3b/bb S. 353).

2.7 Stellungnahmen behandelnder Ärztinnen und Ärzte enthalten ebenfalls eine fachmedizinische Beurteilung, so dass ihnen nicht jegliche Beweiskraft abzuspochen ist. Die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag der therapeutisch tätigen (Fach-)Person einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits (BGE 124 I 170 E. 4 S. 175) lässt es aber nicht zu, ein Administrativgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Arztpersonen zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil diese wichtige – und nicht rein subjektiver Interpretation entspringende –

Aspekte benennen, die bei der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (Urteile des Bundesgerichts 8C_349/2018 von 22. Oktober 2018 E. 5.2.2 und 8C_29/2018 vom 6. Juli 2018 E. 3.2.2).

E. 3

3.1 Mit Vorbescheid vom 29. März 2017 (IV-Nr. 110) stellte die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer in Aussicht, sie werde die Rente aufheben. Der Beschwerdeführer liess am 9. Mai 2017 Einwände erheben (IV-Nr. 111). Die Beschwerdegegnerin holte eine Stellungnahme von Dr. med. E. ___ vom RAD vom 31. Mai 2017 ein (IV-Nr. 113), nahm einen Bericht von Dr. med. I. ___, Psychiatrische Dienste [...], vom 5. Oktober 2017 zu den Akten (IV-Nr. 117) und liess den psychiatrischen Gutachter Dr. med. F. ___ am 14. November 2017 zu den neuen Unterlagen Stellung nehmen (IV-Nr. 120). Anschliessend wurde das Dossier Dr. med. J. ___, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom RAD vorgelegt. Dieser äusserte sich am 27. November 2017 (IV-Nr. 122).

3.2 Mit Verfügung vom 29. Januar 2018 (IV-Nr. 123; Aktenseiten [A.S.] 1 ff.) entschied die Beschwerdegegnerin, die Rente werde auf das Ende des der Zustellung folgenden Monats aufgehoben. Die Aufhebung erfolgte per Ende März 2018 (vgl. Protokolleintrag vom 16. Februar 2018).

4. Dagegen lässt der Beschwerdeführer am 2. März 2018 beim Versicherungsgericht des Kantons Solothurn (nachfolgend: Versicherungsgericht) Beschwerde erheben (A.S. 7 ff.) und folgende Rechtsbegehren stellen:

5. Am 13. April 2018 lässt der Beschwerdeführer das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege einreichen (A.S. 22 ff.). Gleichzeitig gibt er eine Stellungnahme der Psychiatrischen Dienste [...], Dr. med. I. ___, vom 6. März 2018 zu den Akten (Urkunde 5).

6. Die Beschwerdegegnerin verzichtet in ihrer Beschwerdeantwort vom 17. April 2018 (A.S. 35) auf Bemerkungen zur Beschwerde und schliesst auf deren Abweisung.

7. Mit Verfügung vom 25. Mai 2018 (A.S. 41 f.) wird dem Beschwerdeführer die unentgeltliche Rechtspflege gewährt und es wird Rechtsanwalt Thomas Biedermann als unentgeltlicher Rechtsbeistand bestellt.

8. Die Beschwerdegegnerin äussert sich am 28. Juni 2018 zum im Beschwerdeverfahren aufgelegten Bericht von Dr. med. I. ___ vom 6. März 2018 (A.S. 46).

9. Rechtsanwalt Biedermann reicht am 11. Januar 2019 seine Kostennote ein (A.S. 48 ff.).

10. Auf die Ausführungen der Parteien wird, soweit erforderlich, in den folgenden Erwägungen eingegangen. Im Übrigen wird auf die Akten verwiesen.

II.

1.

1.1 Die Sachurteilsvoraussetzungen (Einhaltung von Frist und Form, örtliche und sachliche Zuständigkeit des angerufenen Gerichts) sind erfüllt. Auf die Beschwerde ist einzutreten.

1.2 Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin die dem Beschwerdeführer zugesprochene ganze Invalidenrente zu Recht per Ende März 2018 aufgehoben hat.

2.

2.2 Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird gemäss Art. 16 Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1) das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen). Für den Einkommensvergleich sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des Beginns des Rentenanspruchs (respektive, bei Rentenrevisionen, der Zeitpunkt einer allfälligen Rentenanpassung) massgebend, wobei Validen- und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu erheben und allfällige rentenwirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Verfügungserlass zu berücksichtigen sind (BGE 129 V 222).

3.2 Der Beschwerdeführer lässt in der Beschwerdeschrift vom 2. März 2018 unter anderem ausführen, Dr. med. F.____ versuche in seinem Gutachten vom 11. März 2016 sämtliche seit dem Jahr 1994 gestellten Diagnosen als nicht nachvollziehbar und nicht überzeugend darzustellen. Es sei doch sehr unwahrscheinlich, dass sämtliche ärztlichen Befunde der letzten zwanzig Jahre, auf welche sich die fortlaufende Berentung letztlich gestützt habe, unzureichend ausgefallen seien. Dem Gutachten von Dr. med. F.____ lasse sich nicht nachvollziehbar entnehmen, wie, weshalb und seit wann sich die seit dem Jahr 1994 diagnostizierte Erkrankung des Beschwerdeführers verbessert haben sollte. Auch die ergänzende Stellungnahme von Dr. med. F.____ vom 14. November 2017 beantworte diese Frage nicht. Der Beschwerdeführer sei zwischen 2009 bis vor einigen Monaten nicht in spezialärztlicher Behandlung gestanden. Damit könne die angebliche Verbesserung des psychischen Zustandes nicht auf einen Therapieerfolg zurückgeführt werden. Dass sich die Krankheit von alleine austherapiert hätte, sei äusserst unwahrscheinlich, da der Heilungsverlauf selbst bei medizinisch betreuten Personen eher selten positiv ausfalle. So stelle sich bei einem Drittel der Erkrankten nach einer gewissen Zeit ein chronifizierter Verlauf ein. Wie die Eingliederungsmassnahmen ergeben hätten, müsse beim Beschwerdeführer, in Abweichung von der Beurteilung durch den Gutachter, von einer Chronifizierung der Erkrankung ausgegangen werden. Dies werde durch die extrem hohe Betreuungsintensität des Beschwerdeführers durch seine Familie sowie dessen Unfähigkeit, den Anforderungen der Eingliederungsmassnahmen gerecht zu werden, untermauert. Der Gutachter Dr. med. F.____ erkläre auch nicht, warum er die dem Beschwerdeführer unterstellten Verdeutlichungstendenzen nicht als Merkmal der Erkrankung, sondern als nicht krankheitsbedingte Motivationsdefizite interpretiere. Es könne festgehalten werden, dass sich die medizinische Situation des Beschwerdeführers seit der Berentung im Jahr 1994 nicht verändert habe. Die angebliche Verbesserung basiere lediglich auf einer anderen psychiatrisch-psychotherapeutischen Einschätzung und sei gerade nicht auf eine objektive Verbesserung der Befunde und der Symptomatik zurückzuführen. Weiter genüge eine Untersuchung nicht, um festzustellen, ob beim Beschwerdeführer Symptome der Kategorie F20 erfüllt seien oder nicht. Um eine verwertbare Beurteilung abgeben zu können, ob eine Person nach mehr als zwanzig Jahren anerkannter Erkrankung nach wie vor unter einer paranoiden Schizophrenie leide oder nicht, hätte mindestens eine zweite Sitzung abgehalten werden müssen, wobei die Durchführung eines stationären Settings noch angebrachter gewesen wäre. Darüber hinaus hätte spätestens das überaus verwirrende und grenzwertige

Verhalten des Beschwerdeführers während der Eingliederungsmassnahmen eine erneute Untersuchung geradezu aufdrängen müssen. Der Bericht von Dr. med. I. ___ vom 5. Oktober 2017 bestätige, dass weiterhin ein chronifiziertes Zustandsbild bestehe, welches sich auch mit adäquater Therapie nicht verändern lasse. Zurzeit sei eine stationäre Behandlung geplant. Weiter sei der Invaliditätsgrad falsch berechnet worden; insbesondere hätte ein leidensbedingter Abzug von 25 % berücksichtigt werden müssen. In der Eingabe vom 13. April 2018 wird auf den neu eingereichten Bericht von Dr. med. I. ___ vom 6. März 2018 hingewiesen, aus welchem hervorgehe, dass der Beschwerdeführer nicht arbeits- und leistungsfähig sei und dass das Belastbarkeitstraining in der Institution H. ___ krankheitsbedingt gescheitert sei.

4. Ob ein Revisionsgrund in Form einer erheblichen Veränderung des Sachverhalts vorliegt, beurteilt sich durch einen Vergleich des Sachverhalts im Zeitpunkt der Verfügung vom 24. Mai 2006 (IV-Nr. 20), mit der die damals bereits laufende ganze Rente gestützt auf umfassende Abklärungen bestätigt wurde, mit dem Sachverhalt bei Erlass der hier angefochtenen Revisionsverfügung vom 29. Januar 2018 (vgl. E. II. 2.3 hiervor).

4.1 Die Aktenlage zum relevanten medizinischen Sachverhalt bei Erlass der Verfügung vom 24. Mai 2006 präsentiert sich im Wesentlichen wie folgt:

4.1.1 Der Gutachter Dr. med. F. ___ zog einen Bericht der Psychiatrischen Klinik [...] vom 22. September 1994 bei (IV-Nr. 72.4). Der Beschwerdeführer berichtete, ihm sei vor etwa zwei Jahren ein Brett auf den Kopf gefallen und er leide seither an Kopf- und Halsschmerzen, seit sechs Monaten überdies an Rückenschmerzen. Seit vier bis fünf Monaten höre er Stimmen und sehe Gesichter, welche bald mehr, bald weniger über Rollstühle, Paralyse und den Tod mit ihm sprächen. Im klinischen Rahmen (Aufenthalt vom 11. bis 24. August 1994) habe der Beschwerdeführer sehr zurückgezogen gelebt. Er habe schliesslich auf den Austritt gedrängt.

4.1.2 In einem Bericht des Psychiatriezentrums [...] vom 10. Mai 2001 (IV-Nr. 4 S. 3 ff.) wird ausgeführt, der Beschwerdeführer habe sich stationär vom 17. April bis 3. Mai 2001 im Zentrum aufgehalten. Bei der Einweisung habe er angegeben, er höre schon seit längerer Zeit Stimmen; seit zwei bis drei Tagen seien diese schlimmer geworden. In der Nacht vor dem Eintritt hätten ihm seine verstorbenen Angehörigen gesagt, er solle zu ihnen kommen. Er habe es dann nicht mehr ausgehalten und sei aggressiv geworden. Laut Angaben der Ehefrau habe er sie beschimpft und sei ihr gegenüber tätlich geworden, nachdem er zuvor verschiedene Sachen in der Wohnung auf den Boden geworfen habe. In der Station habe sich der Beschwerdeführer gut integriert. Er und seine Ehefrau hätten auf den Austritt gedrängt und man habe den Beschwerdeführer in gebessertem Zustand nach Hause entlassen.

4.1.3 Das Gutachten des Psychiatriezentrums C. ___ vom 19. April 2006 (IV-Nr. 19) enthält zunächst eine Darstellung der Anamnese. Zu den subjektiven Angaben des Beschwerdeführers wird festgehalten, dieser schlafe nachts überhaupt nicht. Er könne meist nur wenige Stunden während des Tages schlafen. Er habe im Dunkeln Angst, erwürgt zu werden, und sei überhaupt sehr schreckhaft. Oft habe er Angst, verfolgt zu werden, von zwei Gestalten, einem Riesen mit schwarzem Mantel und einem weissen Zwerg. Nachts sehe und fühle er Schlangen, manchmal spüre er Insekten auf seinem Körper. Auf der Strasse fühle er sich verfolgt und bedroht. Er habe Kopfschmerzen mit Ausstrahlung in den Nacken, einmal pro Monat zudem Rückenschmerzen. Zu Hause sei er oft gereizt und

nervös, schreie die Kinder (geboren 1992, 1994 und 2001) an und schlage sie, was ihm danach immer sehr leid tue. Wenn er spazieren gehe, sei er nach 200 Metern so schwach und ängstlich, dass er wieder nach Hause gehen müsse. Den Tagesablauf schilderte der Beschwerdeführer als äusserst inaktiv, er sei praktisch immer zu Hause. Als Diagnosen nennen die Gutachter eine paranoide Schizophrenie, kontinuierlich (ICD-10 F20.00), eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) sowie eine rezidivierende depressive Störung, aktuell mittelgradig depressive Episode (ICD-10 F33.1). In der Beurteilung wird ausgeführt, der Beschwerdeführer habe im [] den höchsten Schulabschluss bestanden und eine zweijährige Ausbildung zum Kunststoffexperten absolviert. Im Jahr 1990 sei er aus wirtschaftlichen Gründen in die Schweiz emigriert, wo er vier Jahre lang erfolgreich in einer Firma in [...] (Kunststofftank- und -behälterbaufirma) gearbeitet habe. 1990 sei eine schwer behinderte Tochter geboren worden, was den Beschwerdeführer und seine Frau stark belastet habe; die Tochter sei schliesslich 1999 verstorben. Seit 1992 klage der Beschwerdeführer nach einem Arbeitsunfall über Kopf- und Halsschmerzen. Im März 1994 seien nach einem Verhebetauma mit nachfolgender lumbosakraler Schmerzsymptomatik erstmals paranoid-halluzinatorische Symptome aufgetreten. Diese ersten Symptome hätten Ängste beinhaltet, nicht wieder arbeiten zu können und wegen der Schmerzen im Rollstuhl sitzen zu müssen. Der Ausbruch der Erkrankung sei demnach im Zusammenhang mit Insuffizienzgefühlen und Existenzangst aufgetreten, weil er als allein verdienender Vater von mittlerweile zwei Kindern nicht funktioniert habe. Der Beschwerdeführer habe Symptome einer paranoiden Schizophrenie bekommen. In den ersten Jahren hätten Negativsymptome wie ausgeprägte Antriebsarmut und Teilnahmslosigkeit dominiert. Momentan leide der Beschwerdeführer unter Stimmen, die sich an ihn richteten; die Symptomatik sei florid-psychotisch. Für die Gutachterin würden ein starker Leidensdruck und ein depressives Zustandsbild spürbar. Der Unterschied zwischen der heutigen Beurteilung und den Beurteilungen in den früheren Krankheitsphasen könne durch folgende Überlegungen erklärt werden: Möglicherweise habe die Medikation zwischen 1994 und 2001 die florid-psychotische Symptomatik gebessert, aber eine starke Teilnahmslosigkeit zur Folge gehabt. Heute sei der Beschwerdeführer medikamentös eher schwach abgedeckt, was die psychotische Dynamik wieder stärker werden lasse. Es könnte sich andererseits auch um einen wechselhaften Verlauf handeln mit unterschiedlichem Ausmass der Negativ- und der Positivsymptomatik. Ausserdem liege eine anhaltende Schmerzstörung vor, die sich nach den zwei Arbeitsunfällen zwischen 1992 und 1994 manifestiert habe. In früheren Berichten (25. Januar 1996) sei neben der Schizophrenie eine unreife/asthenische Persönlichkeitsstörung angeführt worden. Es sei möglich, dass die Arbeitsunfälle (Schlag auf den Kopf 1992, Verhebetauma März 1994) einerseits ursächlich für das Entstehen der Schmerzsymptomatik gewesen seien und andererseits zur wahnhaften Dekompensation der Persönlichkeitsstörung geführt hätten. Allerdings sprächen die florid-psychotische, paranoide Symptomatik, der läppische, unbeteiligte Ausdruck und der zeitlich gut abgrenzbare Krankheitsbeginn gegen diese diagnostische Einordnung. Die Prognose der Erkrankung sei in Anbetracht der Ausprägung und der Dauer des bisherigen Krankheitsverlaufs sehr ernst. Der Beschwerdeführer sei durch die Erkrankung so eingeschränkt, dass er seit 1994 nicht nur arbeitsunfähig, sondern nahezu pflegebedürftig geworden sei. Zeitweise benötige er Hilfe bei der Körperpflege, wenn er apathisch oder bewegungsunfähig sei aufgrund der Schmerzen. Er beteilige sich nicht im Haushalt; verbringe den Tag mit Zigaretten-Rauchen, Herumliegen und Herumsitzen. Die Reizbarkeit

und die aggressiven Ausbrüche führten oft zu extremen Spannungen in der Familie. In fremder Umgebung trete die paranoid-halluzinatorische Komponente stärker auf als vorher, was zur sozialen Isolation des Beschwerdeführers geführt habe. Auf die Frage nach den psychischen Beeinträchtigungen antworten die Gutachterinnen, der Antrieb und die Motivation des Beschwerdeführers seien stark beeinträchtigt. Es liege ein paranoid-halluzinatorisches Zustandsbild vor mit akustischen, optischen und Leibeshalluzinationen. Aufgrund der Paranoia sei der Beschwerdeführer gespannt, reizbar und impulsiv mit schwer einzuschätzenden aggressiven Durchbrüchen, die gelegentlich Gewalthandlungen in der Familie bewirkten. Eine somatoforme Schmerzstörung führe zu Unselbständigkeit und Hilflosigkeit. Seit März 1994 bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 100 %.

4.2 Zum weiteren Verlauf und zur Situation bei Erlass der Revisionsverfügung vom 29. Januar 2018 enthalten die Akten insbesondere die folgenden Angaben:

4.2.1 Der Beschwerdeführer gab im Revisionsfragebogen am 3. April 2009 an, er sei beim An- und Auskleiden, bei der Körperpflege und bei der Verrichtung der Notdurft auf die Hilfe von Drittpersonen angewiesen, weiter sei tagsüber und nachts eine persönliche Überwachung notwendig (IV-Nr. 24). Der Hausarzt Dr. med. B.____ berichtete am 25. Mai 2009 über einen unveränderten Zustand. Der Beschwerdeführer melde sich nur sporadisch in der Sprechstunde. Der Beschwerdeführer sei bei der Pflege gesellschaftlicher Kontakte regelmässig in erheblicher Weise auf die Hilfe Dritter angewiesen und bedürfe tagsüber und nachts der persönlichen Überwachung (IV-Nr. 27). Die Psychiaterin Dr. med. K.____ vom RAD bestätigte am 4. Februar 2010, dass im Rahmen der negativen Symptomatik bei Schizophrenie die Vernachlässigung der Körperhygiene möglich sei (IV-Nr. 31). Die Abklärungsfachperson gelangte im Abklärungsbericht vom 26. Februar 2010 (IV-Nr. 32) zum Ergebnis, der Beschwerdeführer sei seit Januar 2007 in vier von sechs alltäglichen Lebensverrichtungen (u.a. An-/Auskleiden, Körperpflege) regelmässig und erheblich auf Hilfe angewiesen. Gestützt darauf wurde dem Beschwerdeführer ab 1. April 2008 eine Hilflosenentschädigung leichten Grades zugesprochen (Verfügung vom 21. Mai 2010, IV-Nr. 37).

4.2.2 Mit Urteil vom 2. August 2010 wurde die Ehe des Beschwerdeführers geschieden. Die 1994 und 2003 geborenen Kinder wurden unter die elterliche Sorge der Mutter, der 1993 geborene Sohn unter die elterliche Sorge des Beschwerdeführers gestellt, wobei die bestehende Kindesbeistandschaft nach Art. 308 Abs. 1 und 2 ZGB beibehalten wurde (IV-Nr. 51).

4.2.3 Nachdem Dr. med. B.____ am 4. Juni 2015 erklärt hatte, er sei pensioniert und habe den Beschwerdeführer schon lange nicht mehr gesehen (IV-Nr. 59), fand am 24. August 2015 ein Revisionsgespräch statt. Der Beschwerdeführer teilte mit, er befinde sich seit mehreren Jahren (ca. 2009) nicht mehr in psychiatrischer Behandlung. Den Haushalt erledige er alleine. Die anwesende RAD-Ärztin Dr. med. E.____ hielt fest, der Beschwerdeführer habe während des Gesprächs keinerlei Anzeichen für eine psychiatrische Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis geboten. Wegen der fehlenden Betreuung durch einen Psychiater sei seit Jahren eine nicht mehr zeitgemässe Psychopharmaka-Therapie erfolgt, die angepasst werden sollte (IV-Nr. 62).

4.2.4 Die neue Hausärztin Dr. med. D.____ hielt in ihrem Bericht vom 19. September 2015 (IV-Nr. 63) fest, sie habe den Beschwerdeführer am 8. Mai 2015 erstmals gesehen wegen

Knieschmerzen. Die letzte Untersuchung habe am 9. Juni 2015 stattgefunden. Sie empfehle ein psychiatrisches Gutachten. Der beigelegte Bericht des Rheumatologen Dr. med. L.____ vom 18. Juni 2015 (IV-Nr. 63 S. 5 f.) nennt als Diagnosen eine Rhizarthrose und leichte Tendovaginitis de Quervain beidseits, eine Gonarthrose beidseits, ein chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom, eine Angsterkrankung mit wahnhaften Zügen sowie Adipositas. In einem Bericht vom 20. Januar 2016 (IV-Nr. 71 S. 20 f.) äusserte Dr. med. L.____ zusätzlich den Verdacht auf eine seronegative rheumatoide Arthritis. Eine MRI-Untersuchung beider Hände vom 2. Dezember 2015 ergab laut Bericht von Dr. med. M.____, Facharzt für Radiologie FMH, aktuell keine offensichtliche Arthritis oder Synovitis/Tendovaginitis (IV-Nr. 71 S. 19).

4.2.5 Der rheumatologische Teilgutachter Dr. med. G.____ nennt in seinem Gutachten vom 11. März 2016 (IV-Nr. 71) als Diagnosen mit langdauernder Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein Panvertebralsyndrom mit spondylogener Ausstrahlung sowie Gonarthrosen. Weiter bezeichnet er eine entzündliche Systemerkrankung als nicht ausgeschlossen und verweist für die psychiatrischen Aspekte auf das Gutachten von Dr. med. F.____. Für die vom Beschwerdeführer geklagten diffusen Druckschmerzen besteht laut Dr. med. G.____ kein somatisches Korrelat. Zum Verdacht auf eine entzündliche Systemerkrankung hält der Gutachter fest, die in der MRI-Abklärung vom 2. Dezember 2015 dokumentierten, kleinsten Erosionen im Bereich von Metacarpale-Köpfchen und einzelner Carpalia seien nicht beweisend, aber typisch für die Entwicklung einer entzündlichen Systemerkrankung vom Typus der rheumatoiden Arthritis. Da die MRI-Abklärung keine akute Synovialitis im Sinne einer Arthritis oder Tendovaginitis dokumentiere und weil auch derzeit weder anamnestisch noch klinisch noch humoral noch konventionell-radiologisch gesicherte Hinweise auf eine entzündliche Systemaffektion objektivierbar seien, gehe er von der Etikette «entzündliche Systemerkrankung nicht ausgeschlossen» aus. Der Verlauf der vom behandelnden Rheumatologen im Januar 2016 begonnenen Basistherapie mit Methotrexat könne erst nach 12 - 16 Wochen abschliessend eingeschätzt werden. Je nach Beschwerdeverlauf sollte spätestens im Mai 2016 eine 3-Phasen-Skelettszintigraphie durchgeführt werden. Eine solche dokumentiere, sofern Mehranreicherungen in der ersten Phase ausgewiesen seien, eine Entzündungsaktivität. Der Gutachter sei geneigt, mit der Etikette der möglichen Entzündungserkrankung derzeit eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit für mehr als mittelgradig körperlich belastende Arbeiten zu begründen. An den oberen Extremitäten könne der Gutachter keinen relevanten klinisch-pathologischen Befund objektivieren, wobei die Pannikulose die Befunderhebung erschwere. Insbesondere lasse sich kein Hinweis auf eine entzündliche Pathologie, auf eine Fehllhaltung, auf eine Arthrose oder auf eine subacromiale Sehneineinklemmungsproblematik objektivieren. Klinisch-pathologische Befunde, welche mit einer Tendovaginitis de Quervain oder einer Rhizarthrose korrelieren würden, liessen sich aktuell nicht objektivieren. In der MRI-Abklärung der Hände vom 2. Dezember 2015 sei kein akut entzündlicher Befund beschrieben worden. Im Bereich der Wirbelsäule schildere der Beschwerdeführer unspezifische Rückenschmerzen in Sinne des Panvertebralsyndroms. Mit den radiologisch-pathologischen Befunden könne eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit für mehr als mittelgradig körperlich belastende Arbeiten begründet werden. An den unteren Extremitäten könne der Gutachter aktuell, weder anamnestisch noch klinisch beurteilt, einen Hinweis auf eine Gonarthrose objektivieren. Die ergänzend durchgeführten Röntgenaufnahmen der Kniegelenke dokumentierten beidseits leichtgradige Arthrosen des medialen Gelenksegmentes

und jeweils unauffällige femoropatellare Gleitlager und jeweils unauffällige laterale Gelenkskompartimente. Da das Risiko für die Entwicklung einer Gonarthrose und für die Progredienz einer bereits etablierten Gonarthrose bei Übergewicht erhöht sei, seien gewichtsreduzierende Massnahmen dringend indiziert.

Zur Arbeitsfähigkeit führt Dr. med. G.____ aus, diese sei seit Sommer 2015 für mehr als mittelgradig körperlich belastende Arbeiten vollumfänglich eingeschränkt. Für eine angepasste Verweistätigkeit könne, aus rein somatisch-rheumatologischer Sicht beurteilt, keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit formuliert werden. Die optimale Verweistätigkeit für den Beschwerdeführer liege in einem temperierten Raum (Raumluft), beschränke sich auf leicht- bis mittelgradig körperlich belastende Arbeiten und lasse die Möglichkeit zu, zwischen sitzender, stehender und gehender Körperhaltung zu wechseln. Das Einhalten der Rückenergonomie sei wünschenswert (allerdings wegen des Übergewichts nicht immer möglich).

4.2.6 Der Psychiater Dr. med. F.____ gibt in seinem Gutachten vom 11. März 2016 (IV-Nr. 72.1) zunächst die Vorakten kurz zusammengefasst wieder. Es folgt der mündliche Bericht des Beschwerdeführers über die Krankheitsentwicklung und die aktuellen Beschwerden. Gemäss den Ausführungen des Gutachters schilderte der Beschwerdeführer Angstgefühle, Misstrauen und Schlafprobleme, ferner Lustlosigkeit sowie Schmerzen am ganzen Körper. Weiter gab er an, er höre «extrem viel Stimmen» von Menschen, die nicht anwesend und für ihn unbekannt seien. Ausserdem leide er darunter, dass ihn die Ehefrau verlassen habe. Er mache den ganzen Tag nichts, habe immer Schmerzen und sei unruhig. Manchmal gehe er spazieren und ein wenig einkaufen, seine Kinder kämen fast jeden Tag zu Besuch. Den Haushalt besorgten die Tochter und die Vermieterin, er selbst helfe ab und zu dabei. Zum objektiven Psychostatus hält der Gutachter fest, der Beschwerdeführer sei pünktlich in Begleitung einer Kollegin (Frau N.____) erschienen. Er sei sehr gepflegt, von grosser und adipöser Gestalt, trage moderne sportliche Kleidung, einen Dreitagebart, die Haare seien modisch frisiert. Der Allgemeinzustand sei gut, der Beschwerdeführer laufe zügig und behände, seine Gestik und Mimik sei flexibel und lebendig. Hinweise auf quälende, dauerhafte körperliche Schmerzen und/oder schmerzbedingte Beeinträchtigungen der Bewegung seien nicht erkennbar. Der Antrieb sei angemessen. Im Bewusstsein sei der Beschwerdeführer wach und er sei zu allen Qualitäten orientiert. Er spreche im Plauderton. Sein Gesprächsverhalten sei unwillig und abweisend, dabei sozial angepasst. Er berichte aktiv, spontan, sehr flüssig, differenziert und strukturiert. Dabei spreche er laut. In der Interaktion sei er sthenisch, dominant, emotional expressiv (dramatisierend, theatralisch) und narzisstisch (Ich-bezogen, anspruchsvoll). Eine Verdeutlichungstendenz sei vorhanden. Im formalen Denken sei er logisch und kohärent. Intelligenz, Auffassung, Merkfähigkeit und Konzentration seien unauffällig. Namen und Daten würden ungenau und widerwillig genannt. Das Gedächtnis sei darüber hinaus intakt. Es bestünden keine tatsächlichen Hinweise auf inhaltliche Denkstörungen (Wahn- und/oder Zwangsphänomene) sowie auf aktuelle Wahrnehmungs- und/oder Ich-Störungen. Die spontanen Angaben des Beschwerdeführers zu optischen und akustischen Wahrnehmungsauffälligkeiten blieben auch bei empathischer und mehrfacher Nachfrage nur oberflächlich, vage, stereotyp und ausweichend. Sie könnten nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit als psychotisch im engeren Sinn eingeordnet werden. Im Affekt sei der Beschwerdeführer dysphorisch, reizbar, klagsam und jammerig, dabei sehr gut moduliert. Ab und zu lächle, lache und scherze er situativ angemessen. Er reagiere bei ihm belastenden Themen manchmal

stürmisch weinend und heftig wehklagend, engagierte sich dabei zunehmend emotional und beruhigte sich dann selbst wieder. Er sei von Suizidalität distanziert. Ein affektiver Rapport komme gut zustande. Die durch den Gutachter vorgenommene Beurteilung anhand der MADRS (Montgomery and Asberg Depression Rating Scale) ergab einen Wert von 13 Punkten (davon 8 für die subjektiv berichteten Items 2,

E. 4

und 8). Gestützt darauf hält Dr. med. F.____ fest, ein klinisch relevantes depressives Syndrom habe nicht objektiviert werden können.

Als Diagnose nennt Dr. med. F.____ eine kombinierte Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F61.0) mit unreifen, asthenischen, narzisstischen, ängstlich-depressiven und emotional expressiven/histrionischen Anteilen. Weiter erwähnt er die zuvor in den Akten genannten, von ihm aber verneinten Diagnosen einer wahnhaften Störung (F22.0), einer sonstigen akuten vorübergehenden psychotischen Störung (F23.8), einer paranoiden Schizophrenie mit kontinuierlichem Verlauf (F20.00), einer rezidivierenden depressiven Störung (F33) sowie einer Somatisierungsstörung (F45.0) respektive einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (F45.4).

In seiner Beurteilung führt der psychiatrische Gutachter aus, die teilweise bereits für die Kindheit postulierten und ab Februar 2001 dokumentierten Symptome und Verhaltensauffälligkeiten könnten mit überwiegender Wahrscheinlichkeit als Ausdruck einer kombinierten Persönlichkeitsstörung (mit unreifen, asthenischen, narzisstischen, ängstlich-depressiven und emotional expressiven/histrionischen Anteilen) eingeordnet werden. Im Vordergrund stehe gegenwärtig ein ängstlich-niedergeschlagenes Syndrom bei einer unsicher-misstrauischen (paranoid) und übergenauen (zwanghaft) Grundhaltung. Angesichts der erhobenen Befunde seien eine wahnhafte Störung und eine sonstige akute vorübergehende psychotische Störung zu verneinen. Zur ebenfalls vordiagnostizierten paranoiden Schizophrenie hält Dr. med. F.____ fest, bereits die Eingangsdefinition für eine schizophrene Störung sei nicht erfüllt, und dasselbe gelte für die Kriterien einer paranoiden Schizophrenie. Die aktuell behauptete Psychopharmakotherapie bestehe (offenbar gemäss den erhobenen Laborwerten) zurzeit nicht, weshalb auch kein («beschönigender») Therapieeffekt angenommen werden könne. Auch die in den Akten genannte rezidivierende depressive Störung könne nicht bestätigt werden. Die Kriterien einer depressiven Episode nach ICD-10 seien anlässlich der aktuellen Untersuchung nicht erfüllt. Entsprechende tatsächliche objektive Befunde würden auch in den Akten seit 2006 nicht mehr dokumentiert. Die ängstlich-niedergeschlagene Verstimmung des Beschwerdeführers erkläre sich vollständig als klinische Darstellung seiner Persönlichkeitsstörung sowie also Folge (psycho-)sozialer Faktoren (z.B. sozioökonomische Lebensumstände, fehlende Partnerschaft, Trennung von den Kindern) und begründe alleine nicht ausreichend eine eigenständige depressive Episode. Schliesslich seien auch eine Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.0) und/oder eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung nicht hinreichend zu begründen. Allgemein gelte nämlich für Störungen der Kategorie F45 als Eingangskriterium die wiederholte Darbietung körperlicher Symptome in Verbindung mit hartnäckigen Forderungen nach medizinischen Untersuchungen trotz wiederholter negativer Ergebnisse und der Versicherung der Ärzte, dass die Symptome nicht körperlich begründbar seien. Dieses Eingangskriterium sei nicht erfüllt, denn der Beschwerdeführer klagte vage, oberflächlich, allgemein und unklar über körperliche Missempfindungen und fordere dabei seit vielen Jahren nicht hartnäckig nach medizinischen Untersuchungen.

Zudem bestünden somatische Erklärungen für körperliche Missempfindungen.

Der Gutachter führt weiter aus, es bestehe die erwähnte kombinierte Persönlichkeitsstörung, wobei die objektiven psychopathologischen Befunde gering ausgeprägt seien. Die Limitierung des Aktivitätenniveaus ergebe sich für alle vergleichbaren Lebensbereiche (Beruf/Erwerb, Haushalt, Freizeit, soziale Aktivitäten) aufgrund der Defizite in der Persönlichkeitsentwicklung mit deutlichen Abweichungen im Wahrnehmen, Denken, Fühlen und in den Beziehungen zu anderen. Dabei stünden leichte tatsächliche Beeinträchtigungen in den Bereichen Anpassung an Regeln, Planung/Strukturierung von Aufgaben, Flexibilität/Umstellungsfähigkeit, Durchhaltefähigkeit und Gruppen-/Teamfähigkeit im Vordergrund. Eine Willensanstrengung zur Überwindung dieser Defizite sei aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht zumutbar. Die Persönlichkeitsstörung sei im Fall des Beschwerdeführers nicht gleichzusetzen mit einer mittelschweren oder gar schweren psychiatrischen Störung, welche die Handlungs- und Willensfreiheit und/oder den Realitätsbezug (fast) verunmögliche. Beim Verlauf der Störung seien neben bewusstseinsnahen, nicht krankheitsbedingten Motivationsdefiziten auch psychosoziale Faktoren zu benennen. Nach Einschätzung des Gutachters habe eine leicht ausgeprägte Persönlichkeitsstörung, wie sie beim Beschwerdeführer vorliege, einen relevanten (krankheitsbedingten) Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit von 25 % auf dem ersten ausgeglichenen Arbeitsmarkt. Für angepasste Tätigkeiten (Toleranz bezüglich der interaktionellen Defizite des Beschwerdeführers) und für Tätigkeiten im Haushalt könne aus rein psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht keine relevante (mehr als 20 %) Arbeitsunfähigkeit angenommen werden (S. 26 f.). Diese Einschätzung wird unter Bezugnahme auf die von der Rechtsprechung entwickelten Indikatoren (vgl. BGE 141 V 281 und 143 V 418) ergänzend begründet. Weiter hält der Gutachter fest, im Vergleich zum Gutachten des Psychiatriezentrums C. ___ vom 19. April 2006 könne eindeutig festgestellt werden, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers wesentlich verbessert habe. Eine paranoide Schizophrenie und/oder eine rezidivierende depressive Störung und/oder eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung seien gegenwärtig nicht vorhanden. Auch die objektiven psychopathologischen Befunde seien weitgehend remittiert. Von dieser Einschätzung könne ab dem Datum der Untersuchung vom 24. Februar 2016 ausgegangen werden.

4.2.7 Die Hausärztin Dr. med. D. ___ erklärte in einer Handnotiz vom 29. März 2016, sie stimme dem Gutachten nicht zu und fordere, dass Berichte der behandelnden Ärzte (Psychiatrie und Rheumatologie) eingeholt würden (IV-Nr. 74). Die RAD-Ärztin Dr. med. E. ___ empfahl am 7. Juni 2016, man möge, entsprechend der Anregung von Dr. med. G. ___, eine 3-Phasen-Skelettszintigraphie veranlassen (IV-Nr. 82).

4.2.8 Am 19. Oktober 2016 liess der Beschwerdeführer mitteilen, er erkläre sich «unter dem starken Druck der IV» zur Teilnahme an beruflichen Eingliederungsmassnahmen grundsätzlich bereit. Er bestreite aber, dass sich sein Gesundheitszustand verändert habe und zweifle die von den Gutachtern Dr. med. F. ___ und Dr. med. G. ___ gewonnenen «Erkenntnisse» klar an (IV-Nr. 94). In der Folge wurde ein Belastbarkeitstraining bei der Institution H. ___ eingeleitet. Am 23. November 2016 unterzeichnete der Beschwerdeführer eine Zielvereinbarung. Danach sollte die Massnahme am 12. Dezember 2016 beginnen und drei Monate dauern. Das wöchentliche Pensum sollte im ersten Monat 4 x 2 Stunden, im zweiten Monat 4 x 3 Stunden und im dritten Monat 4 x 4 Stunden betragen und es sollte eine Tagesstruktur etabliert werden (IV-Nr. 98). Die Massnahme wurde wie geplant am

12. Dezember 2016 begonnen (vgl. Protokolleintrag vom 13. Dezember 2016). Am 13. Februar 2017 leitete die Beschwerdegegnerin ein Mahn- und Bedenkzeitverfahren ein. Dabei stellte sie fest, der Beschwerdeführer sei bis zum 31. Januar 2017 nur sieben Mal erschienen, und drohte den Abbruch der Massnahme und die Aufhebung der Rente an, wenn der Beschwerdeführer nicht ab 20. Februar 2017 an den vereinbarten Tagen erscheine (IV-Nr. 104). Am 16. März 2017 fand das Abschlussgespräch statt. Es wurde festgehalten, der Beschwerdeführer weise in drei Monaten lediglich 13 Anwesenheitstage von durchschnittlich etwa zwei Stunden auf und habe zudem ein auffälliges und demonstratives Verhalten gezeigt (vgl. Protokolleintrag von diesem Datum sowie den Bericht der Institution vom 10. März 2017, IV-Nr. 114). In der Folge kündigte die Beschwerdegegnerin mit Vorbescheid vom 29. März 2017 an, sie werde die Rente aufheben (IV-Nr. 110).

4.2.9 Der Beschwerdeführer liess im Einwand vom 9. Mai 2017 (IV-Nr. 111) mitteilen, er stehe seit einigen Monaten wieder in spezialärztlicher Behandlung bei den psychiatrischen Diensten [...] und es sei eine stationäre Behandlung vorgesehen. Die Beschwerdegegnerin holte daraufhin einen Bericht der behandelnden Psychiaterin Dr. med. I.____ vom 5. Oktober 2017 ein (IV-Nr. 117). Dr. med. I.____ diagnostiziert ein schweres chronisches Belastungssyndrom mit depressiver, psychotischer, sozialer und somatoformer Symptomatik (ICD-10 F43.8) sowie als Differentialdiagnose eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1). Sie führt aus, der Beschwerdeführer werde seit dem 10. Februar 2016 in den psychiatrischen Diensten behandelt, wobei sich neben einem depressiven Zustandsbild auch der Verdacht auf paranoide Anteile ergeben habe, neben anhaltenden Rücken- und Kopfschmerzen bei chronischem Schmerzsyndrom. 1994 sei dem Beschwerdeführer eine ganze IV-Rente zugesprochen worden unter der damaligen Diagnose einer paranoiden Schizophrenie. Unter Medikation habe der Beschwerdeführer bei insgesamt noch deutlichem Beschwerdebild (Schlafstörungen, ständiges Grübeln und Gereiztheit, gelegentliche impulsive Durchbrüche ohne Aggressivität, Freud- und Kraftlosigkeit, ständig Nackenverspannungen, Knieschmerzen sowie zeitweise Stimmenhören) einen stabilen Verlauf gezeigt. Ein über allgemeine Stützung hinausgehender eigentlicher therapeutischer Auftrag habe jedoch nicht entwickelt werden können. 2016 habe die vorgenannte Diagnose anamnestisch in ein schweres chronisches Belastungssyndrom geändert werden können. Das Zustandsbild sei geprägt gewesen von Konzentrationsmangel, Antriebsverlust, Ambivalenz sowie Vegetativbeschwerden, Schwitzen, Unwohlsein mit Ein- und Durchschlafstörungen, chronifizierter Schmerzsymptomatik. Dies habe zu einer verminderten Stresstoleranz und mangelndem Durchhaltevermögen mit deutlich eingeschränkter Leistungsfähigkeit geführt, so dass dem Beschwerdeführer selbst leichte Tätigkeiten im Haushalt schwergefallen seien und er über chronische Schmerzzustände geklagt habe. In der letzten Zeit sei im psychotherapeutischen Prozess vor allem der Umgang mit Schmerzen und daraus resultierenden körperlichen Einschränkungen des Beschwerdeführers im Vordergrund gestanden. Bei dieser Therapie hätten sich keine Hinweise auf eine wahnhaftige Entwicklung ergeben, bei gelegentlichem Stimmenhören bei anhaltend gut kompensierten Halluzinationen. Seither präsentiere sich das Zustandsbild des Beschwerdeführers unverändert und unbeeinflusst von therapeutischen Interventionen. Zur Prognose hält Dr. med. I.____ fest, in der Gesamtschau erlebe sie einen Patienten mit erheblichen Einschränkungen in der Alltagsfunktionalität aufgrund seiner psychischen Grunderkrankung, die über die Jahre eine gewisse Therapieresistenz gezeigt habe. Der Beschwerdeführer sei seit 1994 zu 100 % IV-berentet und werde aller Wahrscheinlichkeit nach nicht mehr arbeitsfähig werden, da trotz adäquater

Therapie auch in Zukunft von einer unveränderten Situation bei persistierendem affektivem Zustandsbild ausgegangen werden müsse. Aufgrund der vom Beschwerdeführer geäußerten Beschwerden seien die Kriterien einer mittelgradigen Depression nach ICD-10 erfüllt, allerdings sei der Patient im Kontakt wenig spürbar bei nicht immer nachvollziehbarem und objektivierbarem Leidensdruck, so dass die gestellte Differenzialdiagnose nur unter Vorbehalt im Sinne einer Verdachtsdiagnose gestellt werden könne. Was die Arbeitsfähigkeit anbelange, führe die aktuelle Symptomatik im Sinne eines chronischen Belastungssyndroms geprägt von Konzentrationsstörungen, Vergesslichkeit und Gereiztheit zu einer verminderten Stresstoleranz mit mangelndem Durchhaltevermögen sowie deutlich eingeschränkter Leistungsfähigkeit bei chronifiziertem schmerzüberlagertem Zustandsbild, so dass eine Wiederaufnahme einer Arbeitstätigkeit im Sinne einer zumindest teilweisen Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit nicht zu erwarten sei.

4.2.10 Der psychiatrische Gutachter Dr. med. F.____ nahm auf Einladung der Beschwerdegegnerin am 14. November 2017 nochmals Stellung (IV-Nr. 120). Er bestätigt die Ausführungen im Gutachten zu den Diagnosen einer paranoiden Schizophrenie, einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung und einer depressiven Episode. Weiter führt er aus, die These des Rechtsvertreters, wonach die im Gutachten erwähnten Verdeutlichungstendenzen ein Merkmal der Erkrankung bildeten, könne aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht nicht bestätigt werden. Beim Versicherten seien bewusstseinsnahe, nicht krankheitsbedingte Motivationsdefizite zu beachten. Die Untersuchungsdauer sei angemessen gewesen. Auf Berichte behandelnder Ärzte habe er nicht näher eingehen können, weil seit Jahren gar keine spezialärztliche Behandlung mehr stattgefunden habe. Auch die Annahme, beim Beschwerdeführer sei ein hoher Betreuungsaufwand anzunehmen, könne aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht nicht bestätigt werden. Der Bericht von Dr. med. I.____ sei insofern nicht nachvollziehbar, als von einer erfolgreichen Psychopharmakotherapie gesprochen, der Gesundheitszustand aber dennoch als stationär bezeichnet werde. Der Bericht sei überdies unvollständig, weil die Frequenz der Gesprächstermine unklar sei, keine laborchemischen Kontrollen erwähnt würden und Angaben zur Art der ■ für die gestellte Diagnose massgebenden ■ schweren Belastung fehlten. Die aufgeführten objektiven psychopathologischen Befunde liessen qualitativ ein unspezifisches depressives Syndrom nachvollziehen. Der Schweregrad bleibe unklar. Die Einschätzungen (insbesondere zur Arbeitsfähigkeit) seien nicht kritisch differenziert nachvollziehbar.

4.2.11 Dr. med. J.____, Facharzt für Psychiatrie, vom RAD erklärte am 27. November 2017, auf das Gutachten von Dr. med. G.____ und Dr. med. F.____ könne abgestellt werden (IV-Nr. 122).

4.2.12 In einem Schreiben an den Vertreter des Beschwerdeführers vom 6. März 2018 (Urkunde 5 des Beschwerdeführers) nimmt die behandelnde Psychiaterin Dr. med. I.____ nochmals Stellung. Auf die Frage, welche Diagnosen sie beim Beschwerdeführer gestellt habe, nennt sie ein schweres chronisches Belastungssyndrom mit depressiver, psychotischer, sozialer und somatoformer Symptomatik (ICD-10 F43.8), eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F33.1), sowie eine chronische paranoide Schizophrenie (ICD-10 F20.02). Der Beschwerdeführer werde seit dem 10. Februar 2016 (Erstgespräch) in den psychiatrischen Diensten [...] behandelt. Zu Beginn der Behandlung habe er ein deutlich depressives Syndrom gezeigt. Er habe zudem über Stimmenhören (u.a. Akoasmen, auch optische

Halluzinationen) berichtet sowie angegeben, er weine ohne Grund und leide seit Jahren unter starken Rücken- und Knieschmerzen, trotz regelmässiger Schmerzmitteleinnahme. Der Patient habe weiter erzählt, er ziehe sich zunehmend zurück und habe Angst, auf die Strasse zu gehen, da er das Gefühl habe, von Passanten beobachtet oder verfolgt zu werden. Die Medikation sei über die Jahre von der Hausärztin Dr. med. D.____ weitergeführt worden, der Beschwerdeführer nehme sie nach seinen Aussagen regelmässig ein. Unter dieser Medikation habe vermutlich ein etwas stabilerer Verlauf der anamnestisch bekannten Schizophrenieerkrankung mit immer noch deutlichem Beschwerdebild erreicht werden können. Im Vordergrund stehe aktuell, da sich die Schizophrenieerkrankung einigermaßen stabilisiert habe, ein schweres chronisches Belastungssyndrom mit depressiver, psychotischer und somatoformer Symptomatik. Die Kriterien einer rezidivierenden depressiven Störung, aktuell mittelgradige depressive Phase, seien ebenfalls erfüllt. Die Gesprächstermine bei ihr, Dr. med. I.____, hätten anfänglich monatlich stattgefunden. In der letzten Zeit hätten die Termine mehrheitlich verschoben werden müssen, meistens seitens des Patienten mit der Begründung, die Begleitpersonen könnten ihn nicht zum Termin bringen und er sei nicht in der Lage, allein zum Termin nach [...] zu kommen. Messungen des Serumspiegels (betreffend Einnahme der verordneten Medikamente) habe sie nicht vorgenommen, da der Patient einen gleichbleibenden Verlauf gezeigt habe, so dass man annehmen könne, die Wirkung bestehe weiterhin wie bisher. Was die Arbeitsfähigkeit anbelange, habe sich im Belastbarkeitstraining in der Institution H.____ gezeigt, dass der Beschwerdeführer mit der Situation überfordert sei, insbesondere durch die zwischenmenschlichen Kontakte. Aktuell stuft sie die Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers als deutlich reduziert ein. Vermutlich werde seine Leistungsfähigkeit aufgrund der psychischen Probleme, konkret durch eine verringerte Konzentrations- und Aufnahmefähigkeit, eine rasche Ermüdbarkeit und Antriebsproblematik, psychotische Anteile, immer wieder beeinträchtigt sein. Der Beschwerdeführer müsse sehr viel Kraft aufwenden, um im Alltag zu funktionieren.

4.3 Die Beschwerdegegnerin stützt sich bei ihrer Beurteilung auf das Gutachten von Dr. med. G.____ und Dr. med. F.____ vom 11. März 2016.

4.3.1 Das rheumatologische Gutachten von Dr. med. G.____ wird den durch die Rechtsprechung entwickelten Anforderungen (E. II. 2.5 hiervor) in allen Punkten gerecht. Der Experte gelangt aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen, unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden sowie in Kenntnis der Vorakten, zu einer schlüssigen Beurteilung des Leistungsvermögens aus somatischer Sicht. Diese Beurteilung wird nachvollziehbar und inhaltlich plausibel hergeleitet und begründet. Wenn der Arzt eine zusätzliche Abklärung durch eine 3-Phasen-Skelettszintigraphie angeregt hat, so diene diese Anregung diagnostischen und allenfalls therapeutischen Zwecken. Die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit erfolgte aber unabhängig davon. Die Beweiskraft des rheumatologischen Gutachtens von Dr. med. G.____ wird denn auch nicht bestritten.

4.3.2 Das Gutachten von Dr. med. F.____ basiert ebenfalls auf vollständigen Grundlagen. Es fällt zwar auf, dass das Dossier der IV-Stelle Bern, welches auch dem Gutachter vorgelegen haben muss, erst im Jahr 2001 beginnt und die Unterlagen, welche zur Rentenzusprechung im Jahr 1994 führten, nicht vollständig vorliegen. Der Vertreter des Beschwerdeführers hat diesen Umstand im Verwaltungsverfahren auch zu Recht gerügt. Mit Blick darauf, dass die Rentenbestätigung im Jahr 2006, welche den für die Rentenrevision massgebenden Vergleichszeitpunkt bestimmt, auf einer umfassenden Begutachtung basierte, der Gutachter

immerhin den Bericht der psychiatrischen Klinik [...] vom 22. September 1994 (vgl. E. II. 4.1.1 hiervor) beziehen konnte und das Gutachten des Psychiatriezentrums C.____ vom 19. April 2006 (E. II. 4.1.3 hiervor) den Inhalt der früher erstellten ärztlichen Stellungnahmen kurz zusammengefasst wiedergibt (vgl. IV-Nr. 19 S. 2 f.), ist aber insgesamt von einer ausreichenden Dokumentation der Anamnese auszugehen. Der hier relevante Gesundheitszustand im Zeitpunkt der Verfügung vom 24. Mai 2006 (IV-Nr. 20), welche den Vergleichszeitpunkt bestimmt (E. II. 4 hiervor), ergibt sich aus dem erwähnten Gutachten des Psychiatriezentrums C.____. Inhaltlich hält Dr. med. F.____ die Angaben des Beschwerdeführers und die erhobenen objektivierbaren Befunde fest und leitet daraus sowie aus den Vorakten seine Schlussfolgerungen ab. Er gelangt ebenfalls zu schlüssigen Ergebnissen. Diese werden nachvollziehbar und einleuchtend begründet. Der Gutachter setzt sich mit dem Inhalt der früheren medizinischen Stellungnahmen ausführlich auseinander und legt dar, warum und in welchen Punkten er davon abweicht. Weiter erläutert er seine eigene diagnostische Einordnung der erhobenen Befunde, auch dies in einer verständlichen Weise. Das Gutachten wird damit den Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Stellungnahme in allen Punkten gerecht. Da sich der Beschwerdeführer jedenfalls seit 2009 nicht mehr in einer psychiatrischen Behandlung befunden hatte, war eine Auseinandersetzung mit aktuellen, allenfalls anderslautenden Behandlungsberichten im Gutachten weder notwendig noch überhaupt möglich.

Kurz vor der Begutachtung durch Dr. med. F.____, welche am 24. Februar 2016 stattfand, hatte der Beschwerdeführer eine psychiatrische Behandlung bei den psychiatrischen Diensten [...], Dr. med. I.____, aufgenommen. Es stellt sich daher die Frage, ob die Berichte dieser Ärztin vom 5. Oktober 2017 (E. II. 4.2.9 hiervor) und vom 6. März 2018 (E. II. 4.2.12 hiervor) geeignet sind, den Beweiswert des Gutachtens infrage zu stellen. Dies wäre nach der zitierten Rechtsprechung (E. II. 2.7) zu bejahen, wenn wichtige ■ und nicht rein subjektiver Interpretation entspringende ■ Aspekte benannt werden, die bei der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind. Dies ist aus mehreren Gründen nicht der Fall: Zunächst fällt auf, dass es sich um eine sehr weitmaschige Therapie mit einer niedrigen Sitzungsfrequenz handelt. Dr. med. I.____ hält in ihrem Schreiben vom 6. März 2018 fest, die Sitzungen hätten anfänglich im Monatsrhythmus stattgefunden, aber «in letzter Zeit» mehrheitlich verschoben werden müssen, meistens durch den Beschwerdeführer mit der Begründung, er sei nicht in der Lage, allein an den Termin zu kommen und seine Begleitpersonen hätten keine Zeit. Laut dem Protokolleintrag vom 25. September 2017 erklärte Dr. med. I.____ schon damals, sie sehe den Beschwerdeführer nur alle zwei Monate, weil er immer wieder Termine nicht wahrnehme und der Meinung sei, er könne den Weg (vom Wohnort in [...] zu den psychiatrischen Diensten in [...]) nur in Begleitung bewältigen. Zudem breche er die Sitzungen oft vorzeitig ab. Aber auch inhaltlich stellen die Stellungnahmen von Dr. med. I.____ die Zuverlässigkeit der Schlussfolgerungen des Administrativgutachtens nicht infrage. Dies gilt etwa für die Feststellung des Gutachters, aus den Ergebnissen des Laborberichts (IV-Nr. 72.3) sei zu schliessen, dass die angegebenen Medikamente nicht bzw. nur in weit geringerer Dosis als angegeben eingenommen würden, denn Dr. med. I.____ hält ausdrücklich fest, sie habe keine Messungen des Serumspiegels vorgenommen. In ihrem Bericht vom 5. Oktober 2017 führt sie aus, die ursprüngliche Diagnose einer paranoiden Schizophrenie habe im Jahr 2016 in ein schweres chronisches Belastungssyndrom geändert werden können, und verneint Anhaltspunkte für Wahnideen, Sinnestäuschungen oder Ich-Störungen (IV-Nr. 117 S. 2). Zur im Gutachten von 2006 ebenfalls diagnostizierten Depression hält Dr. med. I.____ in

diesem Bericht fest, die Kriterien einer mittelgradigen Depression wären zwar aufgrund der vom Beschwerdeführer geäusserten Beschwerden erfüllt, der Patient sei aber «im Kontakt wenig spürbar bei nicht immer nachvollziehbarem und objektivierbarem Leidensdruck» (IV-Nr. 117 S. 3). Die behandelnde Psychiaterin geht damit zwar weniger weit als der Gutachter Dr. med. F.____, der von einem bewusstseinsnahen Verhalten spricht; sie lässt aber ebenfalls erkennen, dass die Angaben des Beschwerdeführers ■ auch die Behauptung, er könne nicht ohne Begleitung von [...] nach [...] gelangen ■ nicht ohne weiteres objektivierbaren Befunden und Symptomen gleichzusetzen sind. Wenn im späteren, auf Wunsch des Beschwerdeführers verfassten Schreiben vom 6. März 2018 die Diagnose einer paranoiden Schizophrenie wieder aufgenommen wurde, erfolgte dies offensichtlich vor dem Hintergrund eines entsprechenden Wunsches des Beschwerdeführers und verbunden mit dem Hinweis, diese Störung habe sich «einigermaßen stabilisiert», wobei unklar bleibt, worin das «immer noch deutliche Beschwerdebild» einer paranoiden Schizophrenie bestehen soll. Die von Dr. med. I.____ gestellte Hauptdiagnose eines schweren chronischen Belastungssyndroms bzw. einer sonstigen Reaktion auf eine schwere Belastung (ICD-10 F43.8) setzt wie alle Diagnosen der Ziffer F43 ein aussergewöhnlich belastendes Lebensereignis, das eine akute Belastungsreaktion hervorruft, oder eine besondere Veränderung im Leben, die zu einer anhaltend unangenehmen Situation geführt hat, voraus. Nähere Angaben zur Art der schweren Belastung lassen sich den Stellungnahmen von Dr. med. I.____ jedoch nicht entnehmen. Ihre Aussage zur Arbeitsfähigkeit stützt Dr. med. I.____ in ihrem Schreiben vom 6. März 2018 primär auf die Ergebnisse des Belastbarkeitstrainings, wobei ihre Beschreibung darauf schliessen lässt, dass sie nicht umfassend über den Verlauf dieser Massnahme (Anwesenheit nur 13 Tage à durchschnittlich zwei Stunden; mehrfache Abmeldung, weil die «Chauffeuse» nicht verfügbar war; allgemein auffälliges, nicht in erster Linie aggressives Verhalten) informiert war. Insgesamt ergeben sich aus den beiden Stellungnahmen von Dr. med. I.____, die teilweise inhaltlich voneinander abweichen, keine Aspekte, welche der Gutachter übersehen hätte. Der Beweiswert des Gutachtens von Dr. med. F.____ wird durch diese Arztberichte nicht geschmälert. Da keine anderen psychiatrischen Berichte vorliegen, hat die Beschwerdegegnerin zu Recht auf das Gutachten abgestellt.

4.4 Bei der Rentenbestätigung im Jahr 2006 stützte sich die damals zuständige IV-Stelle auf das Gutachten des Psychiatriezentrums C.____ vom 19. April 2006 (IV-Nr. 19; E. II. 4.1.3 hiervor). Die Gutachterinnen stellten damals die Hauptdiagnose einer paranoiden Schizophrenie, aus der sie erhebliche erwerblich relevante Einschränkungen herleiteten. Diese Einschränkungen bestanden in einer Reduktion von Antrieb und Motivation sowie in einem paranoid-halluzinatorischen Zustandsbild mit akustischen Halluzinationen (Hören von Stimmen «ich werde Dich töten»), optischen Halluzinationen («Riese mit schwarzem Umhang»; «weisser Riese mit Stein in der Hand»; Schatten, die den Beschwerdeführer verfolgten) und Leibeshalluzinationen (Schlangen und Insekten auf dem Körper). Laut Gutachten liessen paranoide und halluzinatorische Gedanken den Beschwerdeführer misstrauisch werden und isolierten ihn von der Umwelt, so dass eine Zusammenarbeit mit Arbeitskollegen nicht möglich sei. Die Kollegen würden von seiner aggressiven Reizbarkeit beeinträchtigt werden. Aufgrund der Schmerzsymptomatik sei der Beschwerdeführer zeitweise bewegungsunfähig und müsse bei einfachen Tätigkeiten (Schuhe binden) unterstützt werden. Die mit dieser Diagnose verbundene Symptomatik begründe nicht nur eine vollständige Arbeitsunfähigkeit in jeglicher Erwerbstätigkeit, sondern der Beschwerdeführer sei nahezu pflegebedürftig geworden. Dem Beschwerdeführer wurde in

der Folge auf dieser medizinischen Grundlage, ohne zusätzliche medizinische Abklärungen, sogar eine Hilflosenentschädigung zugesprochen (vgl. E. II. 4.2.1).

Aus dem beweismässigen Gutachten von Dr. med. F.____ ergibt sich eine grundsätzlich andere Beurteilung. Der Experte verneint die im Gutachten von 2006 gestellten Diagnosen allesamt und geht von einer kombinierten Persönlichkeitsstörung aus. Diese Differenz basiert zumindest teilweise auf der Feststellung eines veränderten Sachverhalts. Namentlich lässt sich den ärztlichen Stellungnahmen, welche im Rahmen des Rentenrevisionsverfahrens verfasst wurden, entnehmen, dass das damals geschilderte, der paranoiden Schizophrenie zugeordnete Beschwerdebild bei weitem nicht mehr im gleichen Ausmass besteht. Diese These ergibt sich nicht nur aus dem psychiatrischen Gutachten von Dr. med. F.____, sondern wird auch durch die Berichte der behandelnden Psychiaterin Dr. med. I.____ gestützt. Die früher festgestellten, sehr konkreten und dramatischen Einbildungen (mit Schlangen, Insekten usw.) oder auch nur entfernt damit vergleichbare Erscheinungen wurden in den jüngeren Berichten nicht mehr erwähnt. Dr. med. I.____ hält in ihrem Bericht vom 5. Oktober 2017 (IV-Nr. 117) ausdrücklich fest, es bestünden keine Anhaltspunkte für Wahnideen, Phobien oder Zwänge. Dr. med. F.____ konnte zudem auch keine depressive Störung oder Episode mehr diagnostizieren. Dr. med. I.____ erwähnte zwar eine depressive Symptomatik, beschränkte sich aber hinsichtlich einer rezidivierenden depressiven Störung auf eine Verdachtsdiagnose, weil die diesbezüglichen Schilderungen des Beschwerdeführers nicht immer mit einem nachvollziehbaren und objektivierbaren Leidensdruck verbunden waren (vgl. E. II. 4.2.9 hiervor). Auch die Beeinträchtigung des allgemeinen Leistungsvermögens hat sich offensichtlich erheblich reduziert. So war der Beschwerdeführer laut dem Gutachten vom 19. April 2006 beispielsweise nicht in der Lage, die eigene Körperpflege zu bewältigen (vgl. IV-Nr. 19 S. 9). Unter anderem dieser Umstand führte in der Folge auch zur Zusprechung einer Hilflosenentschädigung. Nunmehr wird der Beschwerdeführer, der nach seinen Angaben mittlerweile alleine lebt, als mässig gepflegt, gepflegt oder sehr gepflegt beschrieben (vgl. z.B. IV-Nr. 62 S. 2, 72.1 S. 12, 117 S. 1). Er ist also nunmehr, anders als im Zeitpunkt der Begutachtung im Jahr 2006, in der Lage, für die eigene Körperpflege zu sorgen. Er kann auch alleine wohnen und benötigt keine persönliche Überwachung mehr.

Der Unterschied zur Begutachtung von 2006, welche den Beschwerdeführer nicht nur als vollständig arbeitsunfähig, sondern wegen seiner psychischen Einschränkungen sogar als nahezu pflegebedürftig bezeichnete (was in der Folge, wie erwähnt, zur Zusprechung einer Hilflosenentschädigung leichten Grades führte), ist offenkundig. Wenn der Gutachter ausführt, es könne im Vergleich zum Gutachten des Psychiatriezentrums C.____ vom 19. April 2006 eindeutig festgestellt werden, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers wesentlich verbessert habe (IV-Nr. 72.1 S. 33), ist dies nachvollziehbar und plausibel. Das Gutachten ist auch in Bezug auf den Eintritt einer erheblichen Veränderung des Gesundheitszustandes beweiskräftig.

5. Nach dem Gesagten ist eine erhebliche Veränderung des psychischen Gesundheitszustands und damit ein Revisionsgrund ausgewiesen. Der Invaliditätsgrad ist somit auf der Grundlage eines richtig und vollständig festgestellten Sachverhalts neu und ohne Bindung an frühere Invaliditätsschätzungen zu ermitteln (BGE 141 V 9).

5.1 In somatischer Hinsicht kann vollumfänglich auf das Gutachten von Dr. med. G.____ vom 11. März 2016 (E. II. 4.2.5 hiervor) und das darin formulierte Zumutbarkeitsprofil abgestellt werden. Der Beschwerdeführer ist demnach seit Sommer 2015 für mehr als

mittelgradig körperlich belastende Arbeiten vollumfänglich eingeschränkt, während in einer angepassten Verweistätigkeit aus rein somatisch-rheumatologischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit besteht. Die optimale Verweistätigkeit für den Beschwerdeführer liegt in einem temperierten Raum (Raumluft), beschränkt sich auf leicht- bis mittelgradig körperlich belastende Arbeiten und bietet die Möglichkeit, zwischen sitzender, stehender und gehender Körperhaltung zu wechseln.

5.2 In psychiatrischer Hinsicht hat die Beschwerdegegnerin auf das Gutachten von Dr. med. F.____ vom 11. März 2016 abgestellt. Dem Gutachten ist, wie dargelegt, volle Beweiskraft beizumessen. Es bildet damit eine geeignete Grundlage für die Bemessung der Arbeitsfähigkeit. Diese hat anhand der durch die Rechtsprechung entwickelten Indikatoren zu erfolgen (vgl. BGE 143 V 418 und 141 V 281).

5.2.1 Dr. med. F.____ diagnostiziert eine kombinierte Persönlichkeitsstörung (mit unreifen, asthenischen, narzisstischen, ängstlich-depressiven und emotional expressiven/histrionischen Anteilen). Die objektiven psychopathologischen Befunde bezeichnet er als gering ausgeprägt, was mit Blick auf die entsprechenden Feststellungen des Gutachters einleuchtet. Dasselbe gilt für seine Ausführungen, wonach beim Verlauf der Störung verschiedene psychosoziale Faktoren zu benennen seien und auch bewusstseinsnahe, nicht krankheitsbedingte Motivationsdefizite zu beachten seien. In Anlehnung an die Einteilung gemäss Mini-ICF (Rating für Aktivitäts- und Partizipationsbeeinträchtigungen bei psychischen Erkrankungen) legt Dr. med. F.____ dar, aufgrund der Persönlichkeitsstörung bestünden leichte Beeinträchtigungen in folgenden Bereichen: Fähigkeit zur Anpassung an Regeln; Fähigkeit zur Planung und Strukturierung von Aufgaben; Flexibilität und Umstellungsfähigkeit; Durchhaltefähigkeit; Gruppenfähigkeit.

5.2.2 Wie bereits erwähnt, ist eine erhebliche Verbesserung gegenüber der früher festgestellten, ausserordentlich schwerwiegenden Symptomatik eingetreten, welche im Jahr 2006 festgestellt wurde. Diese Verbesserung kam ■ wie sich dies nicht selten beobachten lässt ■ ohne eine konsequente, strukturierte Behandlung zustande. Nach Lage der Akten befand sich der Beschwerdeführer zuletzt im Jahr 2001 in einer stationären Behandlung; später wurde eine solche zwar diskutiert oder ärztlicherseits in Aussicht genommen (vgl. z.B. IV-Nr. 106 und 107 S. 2; Beschwerdeschrift S. 8 unten, A.S. 14; Urkunde 5 des Beschwerdeführers, S. 2), aber nie durchgeführt. Mindestens seit 2009 fand auch keine ambulante psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung mehr statt (vgl. Beschwerdeschrift, S. 6, A.S. 12). Mit Blick auf die Ergebnisse der Labortests, die im Zusammenhang mit der Begutachtung durchgeführt wurden, muss überdies davon ausgegangen werden, dass der Beschwerdeführer die ihm hausärztlich verschriebenen Medikamente (vgl. die Aufzählung in IV-Nr. 72.1 S. 10) kaum einnahm. Die im Februar 2016, unmittelbar vor der Begutachtung bei Dr. med. F.____, aufgenommene spezialärztliche psychiatrische Behandlung bei Dr. med. I.____ war durch zahlreiche Terminverschiebungen bzw. -absagen seitens des Beschwerdeführers gekennzeichnet (vgl. Bericht von Dr. med. I.____ vom 6. März 2018, Urkunde 5 des Beschwerdeführers; vgl. auch Protokolleintrag vom 25. September 2017). Der Gutachter Dr. med. F.____ geht allerdings nicht davon aus, dass die von ihm diagnostizierte Persönlichkeitsstörung durch eine Therapie erheblich beeinflusst werden könnte (vgl. IV-Nr. 72.1 S. 31). Das langjährige Fehlen einer strukturierten psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung und die offensichtlich weiterhin sehr geringe diesbezügliche Motivation des Beschwerdeführers

sprechen aber für einen nicht sehr ausgeprägten Leidensdruck.

5.2.3 Was den Aspekt der Eingliederung anbelangt, erklärte sich der Beschwerdeführer am 19. Oktober 2016 grundsätzlich zur Teilnahme an beruflichen Eingliederungsmassnahmen bereit, wobei er beifügte, er tue dies «unter starkem Druck der IV-Stelle». Das Belastbarkeitstraining in der Institution H.____ blieb ohne jeden Erfolg. Der Beschwerdeführer war während der rund dreimonatigen Dauer der Massnahme nur gerade an 13 Tagen anwesend mit einer geringen Präsenzzeit von ca. knapp zwei Stunden (vgl. IV-Nr. 107). Dieser ausbleibende Erfolg kann jedoch höchstens zu einem sehr geringen Teil mit der Persönlichkeitsstörung erklärt werden. Der Beschwerdeführer meldete sich beispielsweise mehrmals mit der Begründung ab, seine «Chauffeuse», welche ihn offenbar jeweils mit dem Auto zum Belastbarkeitstraining in die Institution H.____ führte, sei verhindert (vgl. IV-Nr. 101). Warum es ihm nicht möglich gewesen sein sollte, den Weg vom Wohnort in [...] zur in [...] gelegenen Institution H.____ mit dem öffentlichen Verkehr und zu einem geringen Teil zu Fuss zurückzulegen, bleibt vollkommen unklar und lässt sich nur mit krankheitsfremd fehlender Motivation erklären (dasselbe gilt im Übrigen auch für die Therapie bei Dr. med. I.____ in [...], wo der Beschwerdeführer ebenfalls mit dieser Begründung Termine absagte). Weiter geht aus den IV-Protokolleinträgen hervor, dass sich der Beschwerdeführer immer wieder inadäquat und respektlos verhielt, ohne dass ein Zusammenhang mit der Persönlichkeitsstörung und deren durch Dr. med. F.____ geschilderten Symptomatik ersichtlich wäre. Eine nennenswerte Arbeitsleistung war nicht zu verzeichnen (vgl. z.B. Protokolleintrag vom 21. Februar 2017). Dass die Eingliederungsbemühungen bereits auf niedrigstem Niveau scheiterten, lässt daher nicht auf eine erhebliche gesundheitlich bedingte Beeinträchtigung schliessen.

5.2.4 Eine somatische Komorbidität ist im Rahmen der durch Dr. med. G.____ gestellten Diagnosen zu bejahen. Sie führt zu einer gewissen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, indem mehr als mittelschwere Tätigkeiten ausgeschlossen sind und das Feld der zumutbaren Arbeiten auch qualitativ eingeschränkt wird.

5.2.5 Unter dem Aspekt der Persönlichkeit (Persönlichkeitsentwicklung und -struktur, grundlegende psychische Funktionen) wirkt sich die festgestellte kombinierte Persönlichkeitsstörung erheblich aus. Diesem Umstand wird durch die entsprechende Diagnose Rechnung getragen.

5.2.6 Der Beschwerdeführer wohnt gemäss seinen Angaben alleine zur Miete in einer Dreizimmerwohnung. Mit seinen drei Kindern und dem Enkelkind hat er regelmässigen Kontakt; die Kinder kommen fast täglich zu Besuch. Die Tochter und die Vermieterin besorgen nach seinen Angaben seinen Haushalt, wo bei er ab und zu mithilft (vgl. IV-Nr. 72.1 S. 6 und 11). Die Tochter übernahm auch organisatorische Aufgaben (vgl. Protokolleintrag vom 10. Januar 2017) und nahm am Erstgespräch betreffend Eingliederung teil (IV-Nr. 107). Weiter wird der Beschwerdeführer von einer Bekannten ■ von der Tochter als seine Partnerin bezeichnet (vgl. Protokolleintrag vom 10. Januar 2017) ■, Frau N.____, unterstützt. Frau N.____ übernahm teilweise die Kommunikation für den Beschwerdeführer (vgl. diverse Protokolleinträge ab 9. Januar 2017) und leistete ausgedehnte «Chauffeurdienste», indem sie den Beschwerdeführer zur Begutachtung begleitete (IV-Nr. 72.1 S. 12) und ihn jeweils zum Belastbarkeitstraining in die Institution H.____ sowie zur behandelnden Psychiaterin Dr. med. I.____ brachte und wieder abholte. Dabei war sie wenn nötig sehr kurzfristig zur Stelle. Zudem unterstützte sie den Beschwerdeführer im Zusammenhang mit einem Wohnungswechsel (vgl. Protokolleinträge

vom 21. Februar, 2. März und 16. März 2017). Der soziale Kontext gewährleistet demnach eine intensive Unterstützung durch mehrere Personen, was dem Beschwerdeführer als Ressource zugutekommt.

5.2.7 In Bezug auf die Konsistenz hält der Gutachter Dr. med. F. ___ fest, beim Beschwerdeführer seien bewusstseinsnahe, nicht krankheitsbedingte Motivationsdefizite und psychosoziale Faktoren zu beachten. Der Indikator der gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen lässt sich nicht zuverlässig beurteilen, da der Beschwerdeführer gegenüber dem Gutachter kaum verwertbare Angaben zu seiner Alltagsgestaltung machte (IV-Nr. 72.1 S. 11). Immerhin ist nach seinen Schilderungen zumindest von einem bescheidenen Aktivitätsniveau (spazieren, einkaufen, Besuche empfangen, Mithilfe im Haushalt) auszugehen. Insgesamt ist das eher bescheidene Aktivitätsniveau aber vereinbar mit einer Beeinträchtigung, welche sich auch erwerblich auswirkt. Die bereits erwähnte, offensichtlich geringe Motivation für medizinische Behandlungsmassnahmen spricht wiederum für einen eher geringen Leidensdruck. Dasselbe gilt für die mangelhafte Kooperation beim Belastbarkeitstraining.

5.2.8 Im Rahmen einer Gesamtbetrachtung ist die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit durch Dr. med. F. ___, der zu einer Arbeitsunfähigkeit von 25 % gelangte, auch der rechtlichen Beurteilung zugrunde zu legen. Aufgrund der Ergebnisse des Gutachtens ist eine Beeinträchtigung, welche dieses Ausmass erreicht, nachvollziehbar und plausibel. Die Prüfung der Indikatoren ergibt insoweit ein stimmiges Bild.

5.3 Zusammenfassend hat der Beschwerdeführer in einer Tätigkeit, welche dem durch Dr. med. G. ___ umschriebenen Zumutbarkeitsprofil gerecht wird, aufgrund der psychiatrischen Einschränkungen als zu 25 % arbeitsunfähig zu gelten. Der psychiatrische Gutachter Dr. med. F. ___ nimmt für angepasste Tätigkeiten mit Toleranz bezüglich der interaktionellen Defizite des Beschwerdeführers aus rein psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht keine relevante (mehr als 20 %) Arbeitsunfähigkeit an. Auf diesen Hinweis hat die Beschwerdegegnerin aber zu Recht nicht abgestellt, da es auch auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt als schwer vorstellbar erscheint, eine Anstellung zu finden, welche so ausgestaltet ist, dass sich die vom Gutachter beschriebenen Defizite des Beschwerdeführers überhaupt nicht auswirken. Es ist daher mit der Beschwerdegegnerin von einer Arbeitsunfähigkeit von 25 % auszugehen.

6. Bei Erlass der Verfügung vom 29. Januar 2018 stand der Beschwerdeführer in seinem 50. Altersjahr und bezog seit insgesamt 23 Jahren eine Rente. Nach der Rechtsprechung kann bei Versicherten, die bei Erlass der Revisionsverfügung das 55. Altersjahr vollendet haben oder seit mehr als 15 Jahren eine Rente beziehen, nicht ohne weiteres davon ausgegangen werden, dass sie ihr wiedergewonnenes Leistungsvermögen auf dem Weg der Selbsteingliederung erwerblich umsetzen könnten. Im Regelfall muss in dieser Situation angenommen werden, die Verwertung eines bestimmten Leistungspotenzials sei ohne vorgängige Durchführung befähigender Massnahmen allein mittels Eigenanstrengung der versicherten Person nicht möglich. Dies gilt jedenfalls dann, wenn wie hier durchgehend eine ganze Rente bezogen und keine Erwerbstätigkeit ausgeübt wurde. Das bedeutet nicht, dass sich die versicherte Person auf eine Bestandesgarantie berufen kann, sondern lediglich, dass ihr zugestanden wird, dass ihre Rente erst nach Prüfung und Durchführung von Eingliederungsmassnahmen eingestellt wird (BGE 141 V 5 E. 4.2.2 S. 8 mit Hinweisen). Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer daher zu Recht berufliche Eingliederungsmassnahmen angeboten und solche in Angriff genommen (vgl. E. I. 2.3).

Nachdem diese gescheitert sind, weil der Beschwerdeführer sein gutachterlich festgestelltes Leistungsvermögen aus invaliditätsfremden Gründen nicht umsetzte, steht einer neuen Anspruchsprüfung aufgrund einer aktuellen Invaliditätsbemessung jedoch nichts mehr entgegen.

7. Zu überprüfen bleibt der Einkommensvergleich:

7.1 Die Beschwerdegegnerin hat das Valideneinkommen auf CHF 67'847.00 beziffert. Sie ging aus vom Zentralwert des standardisierten Monatslohns der im Kompetenzniveau 1 beschäftigten Männer gemäss der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) 2014, Tabelle TA1_tirage_skill_level, Wirtschaftszweige 10-33 («verarbeitendes Gewerbe; Herstellung von Waren»), von CHF 5'426.00. Nach Anpassung an die Lohnentwicklung von 2014 bis 2015 und an die durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit von 41.4 Stunden resultierte die erwähnte Summe von CHF 67'847.00, die vom Beschwerdeführer nicht beanstandet wird. Grundsätzlich wäre, da die Rente erst im Jahr 2018 aufgehoben wurde, die Lohnentwicklung bis zu diesem Zeitpunkt zu berücksichtigen. Da dies auch für das Invalideneinkommen gelten würde, ergäbe sich jedoch nur eine minimale Abweichung, so dass auf eine Korrektur durch das Gericht verzichtet werden kann, zumal ansonsten kein Fehler erkennbar ist.

7.2

7.2.1 Beim Invalideneinkommen ging die Beschwerdegegnerin vom Totalwert aller Wirtschaftszweige derselben Tabelle TA1 der LSE 2014 aus, der sich auf CHF 5'312.00 pro Monat beläuft. Nach Anpassung an die Lohnentwicklung von 2014 (Index 103.3) auf 2015 (Index 103.7) und an die durchschnittliche betriebsübliche Arbeitszeit von 41.7 Stunden resultierte ein Jahresverdienst von CHF 66'710.00. Bei einer Arbeitsfähigkeit von 75 % ergab sich eine Lohnsumme von CHF 50'033.00. Hiervon nahm die Beschwerdegegnerin offenbar ■ entgegen ihrer Aussage in der Verfügung, ein leidensbedingter Abzug vom Tabellenlohn sei nicht angezeigt ■ einen Abzug von 5 % vor, so dass ein Invalideneinkommen von CHF 47'531.00 resultierte. Der Vergleich mit dem Valideneinkommen von CHF 67'847.00 führte zu einem Invaliditätsgrad von 30 %. Eine Berechnung ohne Abzug hätte bei einem Valideneinkommen von CHF 67'847.00 und einem Invalideneinkommen von CHF 50'033.00 einen Invaliditätsgrad von 26 % ergeben.

Der Beschwerdeführer lässt diesbezüglich einwenden, die Beschwerdegegnerin habe einen leidensbedingten Abzug zu Unrecht verweigert. Ein solcher müsse in der Höhe von 25 % gewährt werden.

7.2.2 Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Tabellenlohn allenfalls zu kürzen. Damit soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass persönliche und berufliche Merkmale, wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können (BGE 124 V 321 E. 3b/aa S. 323) und die versicherte Person ihre verbliebene Arbeitsfähigkeit deswegen auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten kann (BGE 126 V 75 E. 5b/aa in fine S. 80). Der Abzug ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemässen Ermessen gesamthaft zu schätzen. Er darf 25 % nicht übersteigen (BGE 126 V 75 E. 5b/bb-cc S. 80; Urteil des Bundesgerichts 8C_724/2012 vom 8. Januar 2013 E. 4.4). Die Frage, ob auf Grund der Umstände ein Abzug angezeigt ist oder nicht, ist eine

Rechtsfrage, welche das Gericht frei zu prüfen hat (BGE 137 V 71 E. 5.1 S. 72). Hat der Versicherungsträger einen Abzug gewährt, bildet dessen Bemessung dagegen eine Ermessensfrage. Bei der Überprüfung im Rahmen der Angemessenheitskontrolle darf das Gericht sein Ermessen nicht ohne triftigen Grund an die Stelle desjenigen der Verwaltung setzen. Es muss sich vielmehr auf Gegebenheiten abstützen können, welche seine abweichende Ermessensausübung als naheliegender erscheinen lassen (BGE 137 V 71 E. 5.2 S. 73 ff., 126 V 75 E. 6 S. 81).

7.2.3 Die Beschwerdegegnerin hat in der Begründung der Verfügung erklärt, ein Tabellenlohnabzug sei nicht gerechtfertigt. Allerdings wurde im zahlenmässigen Einkommensvergleich, der in der angefochtenen Verfügung enthalten ist, trotzdem ein solcher Abzug vorgenommen und dieser implizit auf 5 % bemessen. Eine Verfügung ist nicht ausschliesslich aufgrund ihres Wortlauts auszulegen, sondern es ist nach ihrem wahren rechtlichen Sinn zu fragen (Urteil des Bundesgerichts 9C_682/2017 vom 6. September 2018 E. 4.1.1). Der Widerspruch zwischen Berechnung und Begründung ist im vorliegenden Fall zugunsten der Begründung aufzulösen. Daraus geht hervor, dass kein Abzug vorgenommen werden sollte. Die Überprüfung dieses Entscheids betrifft somit eine Rechtsfrage, welche das Gericht frei zu beurteilen hat.

7.2.4 Die Beschwerdegegnerin führt aus, die lange Abwesenheit vom Arbeitsmarkt könnte höchstens dann einen Abzug rechtfertigen, wenn das angestammte Tätigkeitsgebiet einem aussergewöhnlich raschen technischen Wandel unterworfen wäre. Dies treffe jedoch nicht zu. Andere Gründe für einen Abzug seien nicht ersichtlich. Der Beschwerdeführer wendet ein, er sei seit über zwanzig Jahren nicht mehr erwerbstätig. Es sei offensichtlich, dass sich die technischen Gegebenheiten und die Anforderungen an den Beruf im Bereich des Kunststoffmitarbeiters geändert hätten. Vor allem in der Industrie, die einem stetigen technischen Wandel unterliege, sei eine Zeitspanne von zwanzig Jahren überaus lang. Hinzu komme, dass er nach zwanzig Jahren allgemein Probleme mit der beruflichen Wiederintegration haben werde. Die Tagesstruktur eines Berufsalltags sei mit derjenigen, welche der Beschwerdeführer in den letzten zwanzig Jahren geführt habe, nicht zu vergleichen. Zudem sei er aufgrund seiner rheumatologischen Einschränkungen nur für leichte Tätigkeiten einsetzbar und könne auch diese nicht mit voller Leistung ausüben. Er habe es nicht einmal geschafft, die niederschweligen Anforderungen der Eingliederungsmassnahme zu erfüllen. Das Gesagte verlange nach einem Abzug von 25 %.

7.2.5 Der Umstand, dass der Beschwerdeführer nur noch eher leichte Tätigkeiten ausüben kann und auch dort eingeschränkt ist, vermag einen «leidensbedingten Abzug» im engeren Sinn zu rechtfertigen, zumal der Beschwerdeführer während seiner (kurzen) erwerblichen Aktivitätsphase nur in einem Beruf tätig war. Dagegen bildet die langjährige Abwesenheit vom Arbeitsmarkt in diesem Zusammenhang keinen Abzugsgrund (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_166/2017 vom 3. Juli 2017 E. 6). Auch das Alter des 1968 geborenen Beschwerdeführers lässt im hier massgebenden Kompetenzniveau 1 keine lohnmässigen Nachteile erwarten. Dasselbe gilt für diejenigen Defizite des Beschwerdeführers, welche im Gutachten von Dr. med. F.____ beschrieben werden, denn ihnen wird bereits durch die Reduktion der Arbeitsfähigkeit um 25 % Rechnung getragen. Es ist davon auszugehen, dass sich diese Arbeitsunfähigkeit nicht in einem reduzierten Pensum, sondern in einer reduzierten Leistung (mit allenfalls vermehrten Pausen) bei vollem Pensum ausdrückt. Selbst wenn man aber von einer Teilzeittätigkeit ausginge, würde dies keinen Abzug begründen, denn statistisch gesehen liegt der (auf 100 % hochgerechnete) Verdienst von

Männern ohne Kaderfunktion mit einem Pensum ab 75 % sogar höher als der Gesamtwert (vgl. Tabelle T18, Monatlicher Bruttolohn [Zentralwert] nach Beschäftigungsgrad, beruflicher Stellung und Geschlecht, sowohl der LSE 2014 als auch der LSE 2016). Insgesamt erscheint ein Abzug von Tabellenlohn in der Höhe 10 % als angebracht. Damit reduziert sich das Invalideneinkommen von CHF 50'033.00 auf CHF 45'030.00. Verglichen mit dem Valideneinkommen von CHF 67'847.00 resultiert ein Invaliditätsgrad von 34 %. Dieser begründet keinen Anspruch auf eine Rente mehr. Die Beschwerdegegnerin hat daher die laufende ganze Rente des Beschwerdeführers zu Recht aufgehoben. Der Aufhebungszeitpunkt (vgl. Protokolleintrag vom 16. Februar 2018) ist nicht strittig.

8.3 Aufgrund von Art. 69 Abs. 1bisIVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 - 1'000.00 festgelegt. Als unterliegende Partei hat der Beschwerdeführer die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen, die jedoch infolge Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege durch den Kanton Solothurn zu übernehmen sind (Art. 122 Abs. 1 lit. b ZPO). Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren, wenn A.____ zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

Demnach wird erkannt:

3. Die Kostenforderung des unentgeltlichen Rechtsbeistands, Rechtsanwalt Thomas Biedermann, wird auf CHF 1'976.10 (inkl. Auslagen und MwSt) festgesetzt, zahlbar durch die Zentrale Gerichtskasse des Kantons Solothurn. Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren und der Nachzahlungsanspruch des unentgeltlichen Rechtsbeistands von CHF 501.90 (Differenz zum vollen Honorar), wenn A.____ zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

4. Der Beschwerdeführer hat die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen, die infolge Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege durch den Staat Solothurn zu übernehmen sind. Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren, wenn A.____ zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

Rechtsmittel

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

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Der Präsident

Die Gerichtsschreiberin

Flückiger

Wittwer

E. 8

8.1 Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung.

8.2 Der Beschwerdeführer steht ab Prozessbeginn im Genuss der unentgeltlichen Rechtspflege (vgl. E. I. 7 hiervor). Die Kostenforderung ist bei Unterliegen der Partei mit unentgeltlichem Rechtsbeistand vom Gericht festzusetzen. Der Kanton entschädigt die unentgeltliche Rechtsbeiständin oder den unentgeltlichen Rechtsbeistand angemessen (Art. 122 Abs. 1 lit. a ZPO). Der Stundenansatz beträgt CHF 180.00 (§ 161 in Verbindung mit § 160 Abs. 3 kantonaler Gebührentarif [GT, BGS 615.11]). Rechtsanwalt Biedermann macht in seiner Kostennote vom 11. Januar 2019 einen Aufwand von 10.58 Stunden und Auslagen von CHF 157.20 geltend. Reine Kanzleiarbeit wie die Weiterleitung von Dokumenten an die Klientschaft, das Einfordern von Akten, die Kenntnisnahme von Verfügungen, das Einreichen des UP-Gesuchs oder der Kostennote sowie das Stellen von Fristerstreckungsgesuchen etc. sind im Stundenansatz eines Anwalts bereits inbegriffen und nicht separat zu vergüten. Bei nicht eindeutig bezeichneten Positionen (wie z.B. «Brief an Klientschaft») geht das Gericht praxismässig von Orientierungskopien oder sonstigem Kanzleiaufwand aus. Vorliegend entfallen auf Positionen, die als Kanzleiaufwand zu qualifizieren sind, insgesamt 1.02 Stunden (Positionen betreffend «Brief an Klient» vom 7. Februar, 27. April, 4. Juni 2018 und 10. Januar 2019 à je 0.17 Std.; Position «Brief an VersGer» [Einreichung weiterer Unterlagen für UP-Gesuch] vom 1. Mai 2018 à 0.17 Std.; Position «Kostennote an das Versicherungsgericht» vom 10. Januar 2019 à 0.17 Std.). Bei den Positionen vom 14. Juni 2018 («Brief KB Mahnung an Klient»), 27. September 2018 («Brief KB an Klient») und 27. November 2018 («Brief KB Mahnung an Klient»), alle à je 0.08 Std., bleibt der Zusammenhang zum vorliegenden Verfahren unklar, weshalb sie nicht zu berücksichtigen sind. Somit ist die Kostennote auf einen Zeitaufwand von 9.32 Stunden (= 10.58 Std. -

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