

SO_GERICHTE VSBES.2019.92 vom 21. Februar 2019

SO Obergericht, 2019-02-21, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2019.92

FR: SO_GERICHTE VSBES.2019.92 du 21 février 2019

IT: SO_GERICHTE VSBES.2019.92 del 21 febbraio 2019

Erwägungen

E. 8

Mai 2000 erhobene Beschwerde (IV-Nr. 20) hiess das Versicherungsgericht mit Urteil vom 18. September 2001 (VSBES.2000.394) insofern gut, als die Sache aufgrund einer Verletzung des rechtlichen Gehörs an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen wurde, damit diese über das Leistungsbegehren des Beschwerdeführers neu entscheide. In der Folge holte die Beschwerdegegnerin weitere medizinische Unterlagen ein und liess den Beschwerdeführer durch Dr. med. C. ___ psychiatrisch begutachten. Dieser erachtete den Beschwerdeführer in seinem Gutachten vom 9. Mai 2002 (IV-Nr. 49) aus psychiatrischen Gründen in jeglicher Tätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig. Gestützt darauf sprach die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer mit Verfügung vom 1. November 2002 (IV-Nr. 56) ab 16. April 1998 eine halbe sowie ab 1. August 2000 eine ganze Invalidenrente zu. 2. Am 8. August 2005 (IV-Nr. 59) leitete die Beschwerdegegnerin von Amtes wegen ein Revisionsverfahren ein. Nach Einholung von Arztberichten der behandelnden Ärzte kam sie mit Mitteilung vom 1. Dezember 2005 (IV-Nr. 65) zum Schluss, bei der Überprüfung der Invalidenrente habe man keine Änderung festgestellt, die sich auf die Rente auswirke. Es bestehe deshalb weiterhin Anspruch auf die bisherige Invalidenrente (Invaliditätsgrad 100 %). 3. 3.1 Am 15. Dezember 2008 (IV-Nr. 66) leitete die Beschwerdegegnerin erneut von Amtes wegen ein Revisionsverfahren ein und liess den Beschwerdeführer in der Folge polydisziplinär begutachten. Der Gutachtensbericht der D. ___, vom 27. Oktober 2009 (IV-Nr. 80) ergab, dass dem Beschwerdeführer aus orthopädischer Sicht eine angepasste leichte bis mittelschwere Tätigkeit in einem Vollpensum zumutbar sei. Dagegen sei die Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht zu 30 % eingeschränkt. Für körperlich schwere und anhaltend mittelschwere Tätigkeiten bestehe seit der Rentenzusprechung eine volle Arbeitsunfähigkeit. Für körperlich leichte bis intermittierend mittelschwere Tätigkeiten bestehe seit spätestens der aktuellen Untersuchung eine zumutbare Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 70 %. Gestützt darauf stellte die Beschwerdegegnerin mit Vorbescheid vom 9. Dezember 2009 (IV-Nr. 81) in Aussicht, es sei beabsichtigt, die Rente des Beschwerdeführers, bei einem errechneten Invaliditätsgrad von 53 %, auf eine halbe Rente herabzusetzen. Dagegen liess der Beschwerdeführer am 25. Januar 2010 Einwendungen erheben (IV-Nr. 86) und reichte am 26. Oktober 2010 ein orthopädisches sowie ein psychiatrisches Privatgutachten der Dres. E. ___ und F. ___ vom 3. Oktober 2010 (IV-Nrn. 93.3 und 93.2) ein. Mit Vorbescheid vom 9. Mai 2011 (IV-Nr. 97) hob die Beschwerdegegnerin den Vorbescheid vom 9. Dezember 2009 auf und hielt fest, der Invaliditätsgrad betrage nur mehr 39 %, weshalb die Rente aufgehoben werde. Die Parteigutachten würden die dem Vorbescheid vom 9. Dezember 2009 zugrundeliegende Beurteilung nicht zu ändern vermögen. Im Gegensatz zu diesem Vorbescheid habe man aber bei der vorliegenden Rentenberechnung beim Invalideneinkommen auf den Tabellenlohn Total, Männer, Niveau 4, abgestellt und

lediglich einen leidensbedingten Abzug von 5 % vorgenommen, weshalb sich neu ein Invaliditätsgrad von 39 % ergebe. Schliesslich hielt die Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 4. Januar 2013 (IV-Nr. 115) fest, im Vorbescheid vom 9. Mai 2011 sei bei der Berechnung ein Fehler bei der Aufrechnung der Teuerung unterlaufen. In Abweichung vom Vorbescheid vom 9. Mai 2011 ergebe sich deshalb neu ein Invaliditätsgrad von 42 %. Somit werde die bisherige ganze Rente auf eine Viertelsrente herabgesetzt. Die dagegen am 7. Februar 2013 beim Versicherungsgericht des Kantons Solothurn erhobene Beschwerde wurde mit Urteil vom 1. Mai 2014 (VSBES.2013.34; IV-Nr. 133) in dem Sinne gutgeheissen, dass die Verfügung vom 4. Januar 2013 aufgehoben und festgestellt wurde, dass der Beschwerdeführer einstweilen weiterhin Anspruch auf die bisherige ganze Rente habe. Die Streitsache werde zur Prüfung und allfälligen Durchführung von Eingliederungsmassnahmen an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen. Zur Begründung wurde im Wesentlichen festgehalten, der Beschwerdeführer könne angesichts seiner langjährigen Abwesenheit vom Arbeitsmarkt auch bei einer attestierten 70%igen Arbeitsfähigkeit in einer behinderungsangepassten Tätigkeit nicht auf den Weg der Selbsteingliederung verwiesen werden. Damit sei die Renteneinstellung so lange nicht gerechtfertigt, als die Beschwerdegegnerin die Wiedereingliederung nicht aktiv gefördert und den Beschwerdeführer nicht hinreichend auf die berufliche Eingliederung vorbereitet habe. Dies führe im Ergebnis zur Gutheissung der Beschwerde mit der Feststellung, dass der Beschwerdeführer einstweilen weiterhin Anspruch auf die bisherige ganze Rente habe (vgl. auch Art. 22 Abs. 5 bis IVG, in Kraft seit 1. Januar 2012). Die dagegen von der Beschwerdegegnerin beim Bundesgericht erhobene Beschwerde wurde mit Urteil 8C_446/2014 vom 12. Januar 2015, publiziert als BGE 141 V 5 (IV-Nr. 145), abgewiesen.

3.2 Mit Mitteilung vom 7. September 2016 (IV-Nr. 163) erteilte die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer Kostengutsprache für ein Belastbarkeitstraining vom 5. September bis 4. Dezember 2016 in der G.____. Mit Schreiben vom 18. Oktober 2016 (IV-Nr. 166) stellte die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer eine Zielvereinbarung zu, wonach er die Präsenzzeit während des Belastbarkeitstrainings in folgenden Schritten zu erhöhen habe: Monat 1, 2 Std. an 4 Tagen pro Woche; Monat 2, 3 Std. an 4 Tagen pro Woche; Monat 3, 4 Std. an 4 Tagen pro Woche. Sodann eröffnete die Beschwerdegegnerin mit Schreiben vom 6. Dezember 2016 (IV-Nr. 173) ein Mahn- und Bedenkzeitverfahren und hielt fest, der Beschwerdeführer sei am Zwischengespräch vom 1. Dezember 2016 nicht in der G.____ erschienen. Er werde aufgefordert, spätestens am 9. Dezember 2016 das Aufbaustraining in der G.____ mit einem Pensum von 5 Stunden an 4 Tagen pro Wochen zu beginnen. Nach einem Monat sei das Pensum auf 6 Stunden und nach zwei Monaten auf 7 Stunden zu erhöhen. Zudem habe der Beschwerdeführer allfällige Abwesenheiten am gleichen Tag zu melden und ab dem ersten Tag ein Arztzeugnis vorzulegen. Sollte er sich nicht an die Abmachungen halten, sehe sich die Beschwerdegegnerin gezwungen, die berufliche Eingliederung einzustellen und anschliessend die Rente aufzuheben/herabzusetzen. Mit Mitteilung vom 13. Dezember 2016 (IV-Nr. 177) wurde dem Beschwerdeführer Kostengutsprache für ein Aufbaustraining in der G.____ vom 5. Dezember 2016 bis 12. März 2017 erteilt. Mit Abschlussbericht vom 20. Dezember 2016 (IV-Nr. 179) hielt die Beschwerdegegnerin fest, seit Beginn der Eingliederungsmassnahme bestünden lediglich Arztzeugnisse. Abmachungen für die Eingliederungsmassnahmen seien vom Beschwerdeführer zum Teil ignoriert worden. Anhand der Mitwirkungspflicht habe man die Vorgaben und Auflagen klar festlegen müssen. Diese seien vom Beschwerdeführer im weiteren Verlauf nicht umgesetzt worden. Man schliesse den Fall in der Eingliederung

ab. Mit Vorbescheid vom 29. März 2017 (IV-Nr. 181) stellte die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer in Aussicht, man werde die Invalidenrente bei einem errechneten Invaliditätsgrad von 38 % aufheben. Dagegen liess der Beschwerdeführer am 18. Mai 2017 Einwendungen erheben (IV-Nr. 184). In der Folge veranlasste die Beschwerdegegnerin beim D.____ ein weiteres polydisziplinäres Gutachten. Im Gutachtensbericht vom 6. März 2018 (IV-Nr. 195.1) kamen die Gutachter zum Schluss, in der angestammten Tätigkeit als Bauhilfsarbeiter wie auch in anderen körperlich mittelschweren und schweren Tätigkeiten bestehe eine volle Arbeitsunfähigkeit. Für körperlich leichte, gut adaptierte Tätigkeiten bestehe dagegen eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 70 %, ganztags realisierbar. Berufliche Massnahmen könnten aufgrund der ausgeprägten Krankheits- und Behindertenüberzeugung keine vorgeschlagen werden. Gestützt darauf hob die Beschwerdegegnerin die ganze Rente des Beschwerdeführers mit Verfügung vom 21. Februar 2019 bei einem errechneten Invaliditätsgrad von 38 % per Ende März 2019 auf (A.S. [Akten-Seite] 1 ff.). 4. Dagegen lässt der Beschwerdeführer am 28. März 2019 beim Versicherungsgericht des Kantons Solothurn Beschwerde erheben (A.S. 5 ff.) mit den Anträgen: 1. Die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 21. Februar 2019 sei ersatzlos aufzuheben, eventuell sei in Abänderung der angefochtenen Verfügung die Aufhebung der laufenden IV-Rente frühestens per Ende Mai 2019 zu verfügen. 2. Eventuell: In teilweiser Aufhebung der angefochtenen Verfügung sei festzustellen, dass der IV-Grad 42 % beträgt und dass die laufende ganze IV-Rente mit Wirkung ab 1. Juni 2019 auf eine Viertelsrente herabzusetzen sei. 3. Unter Kosten- und Entschädigungsfolge. 5. Mit Eingabe vom 1. Juli 2019 (A.S. 32) verzichtet die Beschwerdegegnerin auf die Einreichung einer Beschwerdeantwort und schliesst auf Abweisung der Beschwerde. 6. Auf die weiteren Ausführungen in den Rechtsschriften der Parteien wird, soweit erforderlich, in den folgenden Erwägungen eingegangen. Im Übrigen wird auf die Akten verwiesen. II. 1. Die Sachurteilsvoraussetzungen (Einhaltung von Frist und Form, örtliche und sachliche Zuständigkeit des angerufenen Gerichts) sind erfüllt. Auf die Beschwerde ist einzutreten. 2. 2.1 Der revisionsrechtlich massgebende Sachverhalt betrifft die Herabsetzung der Invalidenrente per Ende März 2019, weshalb die ab 1. Januar 2012 geltende Rechtslage zu berücksichtigen ist. 2.2 Seit der ab 1. Januar 2012 geltenden Rechtslage (6. IV-Revision) haben nach Art. 28 Abs. 1 IVG jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), und die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. b und c). Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente. 3. 3.1 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). 3.2 Das Institut der Revision von Invalidenrenten gilt für alle Sozialversicherungen, welche Invalidenrenten ausrichten, und wurde vom Gesetzgeber in Weiterführung der entsprechenden bisherigen Regelungen übernommen. Da somit keine davon abweichende Ordnung beabsichtigt war, ist auch die dazu entwickelte Rechtsprechung grundsätzlich

anwendbar (BGE 130 V 350 E. 3.5.2 und 352 E. 3.5.4). 3.3 Anlass zur Rentenrevision gibt nach der Rechtsprechung jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen (BGE 125 V 369 E. 2). Die Invalidenrente ist deshalb nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen (oder Auswirkungen in Bezug auf die Betätigung im üblichen Aufgabenbereich) des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben; zudem kann auch eine Wandlung des Aufgabenbereichs einen Revisionsgrund darstellen (BGE 130 V 349 E. 3.5, 117 V 199 E. 3b; AHI 1997 S. 288 E. 2b). 3.4 Unerheblich unter revisionsrechtlichem Gesichtswinkel ist nach ständiger Praxis die unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhaltes (BGE 112 V 372 E. 2b m. H.; SVR 1996 IV Nr. 70 S. 104 E. 3a). Auch eine neue Verwaltungs- oder Gerichtspraxis rechtfertigt grundsätzlich keine Revision des laufenden Rentenanspruchs zum Nachteil des Versicherten (BGE 115 V 313 E. 4a bb). 3.5 Ein Revisionsgrund ist unter Umständen auch dann gegeben, wenn sich die anzuwendende Art der Bemessung der Invalidität ändert. So hat das Eidg. Versicherungsgericht wiederholt entschieden, dass die in einem bestimmten Zeitpunkt massgebende Methode der Invaliditätsschätzung die künftige Rechtsstellung der versicherten Person nicht präjudiziert, sondern dass die alternativen Kriterien der Erwerbsunfähigkeit einerseits und der Unmöglichkeit der Betätigung im nichterwerblichen Aufgabenbereich andererseits (aArt. 5 Abs. 1 IVG [heute: Art. 8 Abs. 3 ATSG] und Art. 28 IVG) im Einzelfall einander ablösen können (BGE 117 V 199 E. 3b; AHI 1997 S. 288 E. 2b). Die Frage nach der anzuwendenden Methode beurteilt sich praxisgemäss nach den Verhältnissen, wie sie sich bis zum Erlass der Verwaltungsverfügung entwickelt haben (AHI 1997 S. 288 E. 2b). 3.6 Gemäss Art. 88a der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV; 831.201) ist die anspruchsbeeinflussende Änderung bei einer Verbesserung der Erwerbsfähigkeit 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 – worunter nach Art. 29 ter IVV eine Zeitspanne von 30 Tagen zu verstehen ist – drei Monate andauert hat und voraussichtlich weiterhin andauern wird (Abs. 1). Bei einer Verschlechterung der Erwerbsfähigkeit ist die anspruchsbeeinflussende Änderung zu berücksichtigen, sobald sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate andauert hat (Abs. 2). 4. 4.1 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 132 V 99 f. E. 4, 125 V 261 E. 4). Demgegenüber fällt es nicht in den Aufgabenbereich des Arztes oder der Ärztin, sich zur Höhe einer allfälligen Rente zu äussern, da der Begriff der rentenanspruchsbegründenden Invalidität nicht nur von medizinischen, sondern auch von erwerblichen Faktoren bestimmt wird (vgl. Art. 16 ATSG). 4.2 Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des

strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (AHI 2001 S. 113 E. 3a). Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. 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, sondern dessen Inhalt (BGE 125 V 352 E. 3a; AHI 2001 S. 113 f. E. 3a; RKUV 2003 U 487 S. 345 E. 5.1). 5. Gemäss den Ausführungen des Beschwerdeführers bilde die hier angefochtene Verfügung den Endpunkt des am 15. Dezember 2008 eingeleiteten Revisionsverfahrens. Durch das Urteil des kantonalen Versicherungsgerichtes vom 1. Mai 2014 sei die erste, das Revisionsverfahren vermeintlich beendende Verfügung vom 4. Januar 2013 aufgehoben worden. Diese Feststellung habe zwei Konsequenzen: Erstens werde im Zusammenhang mit der Revision eine Verbesserung des Gesundheitszustandes im Vergleich zur Verfügung vom 1. November 2002 (zumindest in materieller Hinsicht) festgestellt. Deshalb müsste Art. 88a IVV zur Anwendung gelangen, wonach eine Verbesserung dann zu berücksichtigen sei, wenn sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate gedauert habe und voraussichtlich weiterhin andauern werde. Es sei deshalb nicht nachvollziehbar, weshalb die Beschwerdegegnerin die Aufhebung der Rente auf Ende des folgenden Monats verfüge. Auch nicht unter dem Aspekt des Mitwirkungs- und Bedenkzeitverfahrens gemäss Mitteilung vom 6. Dezember 2016, da in diesen Fällen die Rente ja nur sistiert, nicht aufgehoben werde. Zum Zweiten habe die Feststellung die Konsequenz, dass der Beschwerdeführer das Vorliegen eines Revisionsgrundes bestreiten könne. Das kantonale Versicherungsgericht habe mit Urteil vom 1. Mai 2014 das Vorliegen eines solchen zwar bejaht, indessen habe der Beschwerdeführer dagegen nie ein Rechtsmittel erheben können. Es müsse ihm verfahrensrechtlich möglich sein, im heutigen Zeitpunkt das Vorhandensein eines materiell rechtlichen Revisionsgrundes zu bestreiten. Es werde darauf hingewiesen, dass der Beschwerdeführer während des gesamten Berufslebens als Bauarbeiter erwerbstätig gewesen sei und dass er in dessen Verlauf sechs kleinere und grössere Berufsunfälle erlitten habe. Die SUVA habe dem Beschwerdeführer im Jahr 2001 einen IV-Grad von 33 1/3 % zugebilligt. Dieser IV-Grad sei allein gestützt auf somatische Befunde festgelegt worden. Damit sei nur, aber immerhin dargetan, dass für die finale Sicht der Invalidenversicherung auch eine Beeinträchtigung der somatischen Erwerbsfähigkeit im Umfang von 33 1/3 % plausibel erscheine. Der psychische Gesundheitszustand sei von der Beschwerdeführerin ursprünglich durch das psychiatrische Gutachten von Dr. med. C.____ vom 9. Mai 2002 abgeklärt worden. Dieses Gutachten sei zur Diagnose gekommen, es liege eine depressive Psychopathologie vor; aktuell bestünde eine mittel- bis eher schwergradige Episode mit somatischem Syndrom gemäss ICD-10 F32.31 (Urteil vom 1. Mai 2014, E. 7.2.4). Der psychiatrische Gutachter habe im Gutachten vom 27. Oktober 2009 die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aufgrund der von ihm diagnostizierten leichten bis mittelgradigen depressiven Episode mit 30 % bemessen. Der D.____-Psychiater bzw. Gutachter habe auf Einholung von fremdanamnestischen Informationen und auf die Durchführung von Tests zur Ermittlung des Schweregrades der depressiven Episode

verzichtet. Der vom Beschwerdeführer beauftragte Psychiater Dr. med. F.____, Facharzt FMH für Psychiatrie, habe sein psychiatrisches Gutachten dagegen auf testpsychologische Untersuchungen (AMDP, BDI-II, HAMD), auf die psychiatrische Exploration, die medizinischen Akten und auf fremdanamnestic Angaben abgestützt (IV-Nr. 93.2). Dieser Gutachter sei zur Diagnose der gegenwärtig mittelgradigen Episode einer rezidivierenden depressiven Störung gemäss ICD-10 F33.11 gekommen. Phasenweise würde auch eine schwere Depression ohne psychotische Symptome vorliegen (ICD-10 F33.2). Aus rein psychiatrischer Sicht bestehe infolge der mittelgradig bis phasenweise schwer ausgeprägten Depression eine 50 bis 75%ige Arbeitsunfähigkeit in jeglicher Tätigkeit. Dr. med. F.____ habe keine wesentliche Veränderung des psychiatrischen Gesundheitszustandes feststellen können. Bei der Diskussion des Beweiswertes des psychiatrischen Gutachtens von Dr. med. F.____ habe sich das Versicherungsgericht im Urteil vom 1. Mai 2014 allerdings auf Überlegungen gestützt, die nicht nachvollziehbar seien. Dr. med. F.____ habe anhand der Hamilton Depressionsskala und des Beck'schen Depressionsinventars (BDI-II) sowie der Befunderhebung und der fremdanamnestic Informationen auf eine mittelschwere Depression geschlossen. Damit ergebe sich ohne Weiteres, dass sowohl der D.____-Gutachter Dr. med. H.____ wie der Parteigutachter Dr. F.____ sich bei der Grunddiagnose der depressiven Episoden einig seien. Eine unterschiedliche Beurteilung erfolge nur hinsichtlich des Schweregrades der Störung. Dr. med. H.____ schliesse auf eine leichte bis mittelgradige depressive Episode, Dr. med. F.____ auf eine mittelgradige bis phasenweise schwere Depression. Dr. med. H.____ lege nicht dar, wie er den Schweregrad «leicht-bis mittelgradig» ermittle. Seine Einschätzung sei somit nicht überprüfbar. Dr. med. F.____ lege indessen auf Seite 22 seines Gutachtens konzis dar, wie er (auch) anhand der Testkriterien den Schweregrad der depressiven Episode festlege. Somit könne mit überwiegender Wahrscheinlichkeit festgehalten werden, dass der Beschwerdeführer episodenhaft immer wieder an mindestens mittelgradigen depressiven Episoden leide. Werde dieses Beweisergebnis als feststehend erachtet und in Beziehung zum Gesundheitszustand anlässlich der Invalidisierung gesetzt, dann ergebe sich, dass es allenfalls eine leichte Veränderung in dem Sinn gegeben habe, als in der neuen Beurteilung höchstens mittelgradige depressive Episoden, indessen keine schweren depressiven Episoden mehr vorlägen. Damit liege zwar eine leichte, nicht aber eine «wesentliche» Veränderung des Grundsachverhaltes vor. Unter dem Aspekt, ob eine wesentliche Änderung des Gesundheitszustands vorliege, sei ferner der Frage nachzugehen, ob beim Beschwerdeführer nur eine isolierte depressive Episode im Sinne des ICD-10 F32.0/32.1 oder aber eine rezidivierende depressive Episode im Sinne des ICD-10 F33.11 vorliege. Erstere Diagnose entspreche derjenigen des D.____-Gutachtens, die Letztgenannte dem Gutachten von Dr. med. F.____. Das Versicherungsgericht sei dieser Frage nicht nachgegangen, obwohl sie in der ersten Beschwerde ausdrücklich thematisiert worden sei, was eine Verletzung des rechtlichen Gehörs darstelle und was bei der neuen Beurteilung nachzuholen sei. Der D.____-Gutachter Dr. med. H.____ diskutiere die Frage gar nicht, ob allenfalls eine rezidivierende depressive Störung im Sinne des ICD-10 F33.1 vorliege, was als (weiterer) Mangel im Verwaltungsgutachten bezeichnet werden müsse. In Berücksichtigung dessen, dass die depressiven Phasen eben episodenhaft und rezidivierend aufträten und es nicht ausgeschlossen sei, dass Dr. H.____ den Exploranden während einer eher leicht- bis mittelgradigen depressiven Episode (9 Jahre nach der erstmaligen medizinischen Feststellung einer depressiven Episode) erlebt habe, könne doch die Schlussfolgerung gezogen werden, dass sich am psychiatrischen Gesamtbild des

Beschwerdeführers im Vergleich zum Jahr 2000 wenig geändert habe. Da keine dauerhafte und wesentliche Veränderung des Gesundheitszustandes eingetreten sei, entfielen die Revisionsvoraussetzungen. Sodann halte der Psychiater Dr. med. H.____ im neu erstellten D.____-Gutachten vom 6. März 2018 fest, der psychopathologische Befund sei nach AMDP erstellt worden. Jedoch seien weder fremdanamnestiche Daten erhoben worden noch sei dem Bericht zu entnehmen, ob und mit welchen Testergebnissen er den Schweregrad der depressiven Störung bestimmt habe. Das Gespräch habe 50 Minuten gedauert, was für eine psychiatrische Exploration eher knapp bemessen sei. Damit ergebe sich das Fazit, dass alles, was oben in der Beschwerde zur Beweiskraft des psychiatrischen Gutachtens gesagt worden sei, auch heute noch zutrefte. Der Ausgang des Revisionsverfahrens sei zudem stossend. In dem im Jahr 2008 gestarteten Revisionsverfahren habe sich zunächst eine Restinvalidität von 42 % ergeben. Dieser Invaliditätsgrad sei ausdrücklich durch eine gerichtliche Instanz geschützt worden (Urteil vom 1. Mai 2014, E. II 8.2.1 Seite 21). Am Ende des Revisionsverfahrens solle die Rente nun nicht nur reduziert, sondern ganz aufgehoben werden. Der Grundgedanke des Verbots der reformatio in peius sollte auf das Revisionsverfahren übertragen werden. Mit anderen Worten wäre es für den Eventualstandpunkt nur gerecht, festzuhalten, dass die beruflichen Eingliederungsmassnahmen gescheitert seien und dass deshalb auf den zuletzt gerichtlich festgelegten IV-Grad von 42 % abzustellen wäre. Des Weiteren sei festzuhalten, dass rechtsprechungsgemäss die im Verfügungszeitpunkt jeweils aktuellsten veröffentlichten Tabellen zu verwenden seien (Urteil des Bundesgerichts vom 9C_414/2017 vom 21. September 2017 E. 4.2). Im Revisionsverfahren sei aber dann eine Ausnahme zu machen, wenn sich alleine durch die Anwendung der neuen LSE-Zahlen eine leistungsrelevante Änderung im IV-Grad ergebe (BGE 142 V 178 ff., insbesondere E. 2.5.7). Im konkreten Fall ergebe sich die Veränderung im Invaliditätsgrad ausschliesslich infolge der unterschiedlichen Tabellenwerte. Die Vorinstanz verteidige die Anwendung der neuen LSE-Zahlen und damit den Einkommensvergleich mit dem Resultat des IV-Grades von 38 % mit dem Argument, aus Sicht der Gutachter seien aufgrund der Veränderung an der rechten Schulter und am Knie- und am oberen Sprunggelenk der linken Seite nunmehr keine körperlich mittelschweren Tätigkeiten als zumutbar anzusehen, weshalb das Zumutbarkeitsprofil enger umschrieben worden sei, als im Gutachten des D.____ von 2009. Diese Argumentation sei jedoch spitzfindig. Sollte sie aber geschützt werden, müsste mindestens diese Verengung des Zumutbarkeitsprofils durch eine angemessene Erhöhung des Tabellenlohnabzuges aufgefangen werden. Berücksichtige man das engere Zumutbarkeitsprofil, das in der Zwischenzeit fortgeschrittene Alter von 60 Jahren und zusätzlich die Absenzenanfälligkeit durch die zahlreichen und medizinisch als triftig eingeschätzten Beschwerden im LWS-, im HWS- und im Schulterbereich sowie die mindestens periodenmässig schwerere Ausprägung der depressiven Störung mit periodischen Vollabsenzen, so sei es mindestens gerechtfertigt, den Tabellenlohnabzug auf 10 % zu erhöhen. Demgegenüber vertritt die Beschwerdegegnerin die Ansicht, aus versicherungsmedizinischer Sicht bestehe in der angestammten Tätigkeit als Bauhilfsarbeiter wie auch in anderen körperlich mittelschweren und schweren Tätigkeiten eine volle Arbeitsunfähigkeit. Für körperlich leichte, gut adaptierte Tätigkeiten bestehe dagegen eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 70 %, ganztags realisierbar. Im Vergleich zur polydisziplinären Untersuchung aus dem Jahr 2009 seien dem Beschwerdeführer keine mittelschweren Tätigkeiten mehr zumutbar. Von dem im Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons Solothurn vom 1. Mai 2014 bestätigten

Einkommensvergleich könne abgewichen werden, da das Zumutbarkeitsprofil nunmehr unterschiedlich umschrieben werde. Es sei deshalb eine neue Invaliditätsbemessung vorzunehmen. Eine sofortige Aufhebung der Rente erweise sich vor dem Hintergrund der in die Wege geleiteten Mahn- und Bedenkzeitverfahren als zulässig. Zudem sei davon auszugehen, dass weitere Eingliederungsmassnahmen aufgrund der subjektiven Eingliederungsunfähigkeit des Beschwerdeführers ohnehin nicht als erfolgsversprechend einzustufen seien. Hinsichtlich Anamnese, Befund und Berücksichtigung der geklagten Beschwerden sowie hinsichtlich der Begründung der daraus gezogenen Schlussfolgerungen gebe das in Frage stehende polydisziplinäre Gutachten hinreichend Auskunft. Widersprüche zwischen den erhobenen Befunden und den daraus gezogenen Schlussfolgerungen seien nicht erkennbar. Ferner seien die im Gutachten enthaltenen Feststellungen und Beurteilungen einsichtig und verständlich gemacht worden. Auf den gutachterlichen Bericht vom 6. März 2018 könne daher in Übereinstimmung mit dem RAD abgestellt werden (BGE 125 V 351 E. 3a). Die RAD-Stellungnahme vom 29. Oktober 2018 bilde integrierenden Bestandteil dieser Verfügung. Schliesslich sei darauf hinzuweisen, dass gutachterlicherseits aufgrund der Veränderungen an der rechten Schulter und am Knie- und oberen Sprunggelenk der linken Seite nunmehr keine körperlich mittelschweren Tätigkeiten als zumutbar erachtet würden. Mit anderen Worten sei das Zumutbarkeitsprofil enger umschrieben worden als das noch im Gutachten vom 27. Oktober 2009 der Fall gewesen sei. Es bestünden daher keine Zweifel an der Richtigkeit der gutachterlichen Schlussfolgerungen. Streitig und zu prüfen ist demnach, ob die mit Verfügung vom 1. November 2002 (IV-Nr. 56) zugesprochene ganze Rente zu Recht mit Verfügung vom 21. Februar 2019 (A.S. 1 ff.) aufgehoben wurde.

6. 6.1 Die von der Beschwerdegegnerin vorgenommene Rentenrevision wird durch Vergleich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenverfügung vom 1. November 2002 und demjenigen, wie er zur Zeit der streitigen Revisionsverfügung vom 21. Februar 2019 bestanden hat, beurteilt (BGE 130 V 73 E. 3.1 mit Hinweisen; AHI 1999 S. 84 E. 1b). Wie der Beschwerdeführer in diesem Zusammenhang zu Recht ausgeführt hat, hat das Versicherungsgericht mit Urteil vom 1. Mai 2014 zwar das Vorliegen eines Revisionsgrundes bejaht und einen Invaliditätsgrad von 42 % errechnet (vgl. Urteil VSBES.2013.34 vom 1. Mai 2014 E. 7 f.), jedoch in der Folge die bisherige ganze Rente nicht auf eine Viertelrente herabgesetzt, sondern die Beschwerde in dem Sinne gutgeheissen, dass die Verfügung vom 4. Januar 2013 aufgehoben und festgestellt wurde, der Beschwerdeführer habe einstweilen weiterhin Anspruch auf die bisherige ganze Rente. Zudem wurde die Streitsache zur Prüfung und allfälligen Durchführung von Eingliederungsmassnahmen an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen (vgl. E. I. 3.1 hiavor). Da grundsätzlich nur das Dispositiv eines Entscheides, nicht aber die diesbezügliche Begründung angefochten werden kann, hat der Beschwerdeführer aufgrund des Obsiegens dagegen nie ein Rechtsmittel erheben können, weshalb es ihm verfahrensrechtlich möglich sein muss, im heutigen Zeitpunkt das Vorhandensein eines materiell-rechtlichen Revisionsgrundes zu bestreiten, in diesem Zusammenhang auch die im Urteil vom 1. Mai 2014 vorgenommene Beweiswürdigung zu rügen und diese noch einmal einer richterlichen Überprüfung zugänglich zu machen.

6.2 Im Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenverfügung vom 1. November 2002 präsentierte sich die medizinische Aktenlage wie folgt:

6.2.1 In der ärztlichen Abschlussuntersuchung des Suva-Kreisarztes, Dr. I.____, vom 21. August 1998 (IV-NR. 1.6, S. 9 ff.) wurde festgehalten, beim Beschwerdeführer bestehe eine Ausbreitung der Schmerzen bei

Schmerzverarbeitungsstörungen nach diversen Traumata. Dem Beschwerdeführer sei das dauernde auf den Beinen sein im Gehen und Stehen ganztags zumutbar. Arbeiten im Knien und Gehen auf unebenem Gelände sei ebenfalls möglich. Das Ersteigen von Leitern bei der bestehenden Armschwäche links sei nicht zu empfehlen. Treppensteigen sei uneingeschränkt möglich. Arbeiten in sitzender Stellung, aber auch in Wechselbelastung, seien ebenfalls ganztags zumutbar. Das Herumtragen von Lasten über 20 kg sei linksseitig nicht mehr möglich, rechtsseitig wegen der Rückenbeschwerden leicht eingeschränkt. Die rohe Kraft in der rechten dominanten Hand sei unauffällig, links fraglich leicht herabgesetzt. Die Greiffähigkeit beider Hände sei nicht eingeschränkt. Eine zeitliche Schonung sei bei geeigneter Tätigkeit nicht angezeigt. 6.2.2 Im Austrittsbericht der J. ____ vom

E. 8.2

8.2.1 Sodann hat der Beschwerdeführer bislang keine ihm zumutbare Erwerbstätigkeit aufgenommen, womit bezüglich des Invalideneinkommens nicht auf ein tatsächlich erzielttes Einkommen abgestellt werden kann. Demnach sind die Werte der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung heranzuziehen, welche das Bundesamt für Statistik alle zwei Jahre herausgibt. Massgebend ist die aktuellste Tabelle, welche bei Erlass der Verfügung vorliegt (vgl. BGE 143 V 295 E. 4.1 und 4.1.1 S. 299 mit Hinweisen), vorliegend die LSE 2016. Was der Beschwerdeführer gegen die Anwendung dieser LSE vorbringt, überzeugt nicht. So ergibt sich die revisionsrelevante Änderung nicht allein durch die Anwendung der neuen LSE-Zahlen, sondern aus einer gesundheitlichen Verbesserung, welche per 27. Oktober 2009 erstellt ist. Zudem sind in der vorliegend angefochtenen Verfügung auch allfällige gesundheitliche Veränderungen – seit der letztmaligen Beurteilung durch die IV-Stelle mit Verfügung vom 4. Januar 2013, welche mit Urteil vom 1. Mai 2014 materiell bestätigt wurde – zu berücksichtigen, womit dementsprechend die damals aktuellsten LSE-Tabellen heranzuziehen sind. Mit Blick auf den beruflichen Werdegang des Beschwerdeführers lässt es sich nicht beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin innerhalb der LSE die Tabelle TA1-tirage_skill_level und den Totalwert für Männer im Kompetenzniveau 1 («Einfache Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art») herangezogen hat. Entgegen des angefochtenen Entscheides ist aber vorliegend, wie vorgehend ausgeführt, die LSE 2016 und damit ein Wert von CHF 5'340.00 anzuwenden. Wird dieser auf 40 Wochenstunden basierende Wert an die durchschnittlich betriebsübliche Arbeitszeit von 41.7 Stunden sowie an die Nominallohnentwicklung von 2016 (Indexstand 104.1, vgl. Bundesamt für Statistik, Lohnentwicklung, Tabelle T1.1.10) bis 2017 (Indexstand 104.6; ebenda) angepasst, resultiert ein Ausgangswert für das Invalideneinkommen von CHF 67'124.30 pro Jahr, bzw. nach Abzug der Leistungseinschränkung von 30 % ein Invalideneinkommen von CHF 46'987.00, vorbehaltlich eines allfälligen Abzuges vom Tabellenlohn (E. II. 8.2.2 hiernach). 8.2.2 Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert (Tabellenlohn) allenfalls zu kürzen. Damit soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass persönliche und berufliche Merkmale, wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können (BGE 124 V 321 E. 3b/aa S. 323) und je nach Ausprägung die versicherte Person deswegen die verbliebene Arbeitsfähigkeit 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 pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen. Er darf 25

% nicht übersteigen (BGE 126 V 75 E. 5b/bb – cc S. 80; Urteil des Bundesgerichts 9C_368/2009 vom 17. Juli 2009 E. 2.1). Unter dem Titel Beschäftigungsgrad im Besonderen wird bei Männern, welche gesundheitlich bedingt lediglich noch teilweise erwerbstätig sein können, unter Umständen ein Abzug anerkannt, soweit statistisch gesehen Teilzeitarbeit vergleichsweise weniger gut entlohnt wird als eine Vollzeittätigkeit (LSE Tabelle T18 und Urteil des Bundesgerichts 9C_10/2019 vom 29. April 2019 E. 5.2). Weiter ist nach der Rechtsprechung insbesondere dann ein Abzug zu gewähren, wenn eine versicherte Person selbst im Rahmen körperlich leichter Hilfsarbeitertätigkeit in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist (BGE 126 V 75 E. 5a/bb S. 78). Bezüglich des Ausländerstatus ist festzuhalten, dass selbst die Aufenthaltsbewilligung B (vgl. IV-Nr. 1.1) noch keinen Abzug rechtfertigt, zumal das Einkommen des Beschwerdeführers bei Eintritt der Invalidität von CHF 4'625.00 x 13 durchaus branchenüblichen Ansätzen entsprach (vgl. LSE 1998, TA1_b, Ziff. 45 Baugewerbe, Männer ohne Kaderfunktion; Urteil des Bundesgerichts 8C_870/2011 vom 24. August 2012 E.4.1 m.w.H.). Zudem kann die Anzahl Dienstjahre bei der Verwendung des Kompetenzniveaus 1 keinen Abzug begründen. Sodann hat die Beschwerdegegnerin – wie auch schon im vorangegangenen Verfahren VSBES.2013.34 – einen leidensbedingten Abzug vom Tabellenlohn von 5 % vorgenommen. Wie erwähnt (E. II. 7.2.5 hiervor), ist der Beschwerdeführer gemäss gutachterlichem Zumutbarkeitsprofil wie folgt eingeschränkt: Zumutbar sind körperlich leichte Tätigkeiten, vorwiegend sitzend und ohne Zwangshaltungen, mit einer Einschränkung der Leistungsfähigkeit von 70 %, ganztags realisierbar mit der Möglichkeit zu vermehrten Pausen, unter Vermeidung von Heben und Tragen von Lasten über 10 kg. Damit ist das Zumutbarkeitsprofil seit der letzten Beurteilung durch das Versicherungsgericht mit Urteil vom 1. Mai 2014 (VSBES.2013.34) aber zusätzlich eingeschränkt: Während gemäss D.____-Gutachten vom 27. Oktober 2009, auf welches im vorgenannten Urteil abgestellt wurde, dem Beschwerdeführer noch intermittierend mittelschwere und leichte Tätigkeiten und eine Traglast von bis zu 15 kg als zumutbar erachtet wurde, sind dem Beschwerdeführer gemäss D.____-Gutachten vom 6. März 2018 nur noch leichte Tätigkeiten und eine Traglast bis zu 10 kg zumutbar. Angesichts dieses nicht unerheblich zusätzlich eingeschränkten Zumutbarkeitsprofils erscheint der vorgenommene Abzug von 5 % zu tief. Die vorliegenden zusätzlichen Einschränkungen rechtfertigen einen gesamthaften leidensbedingten Abzug von 10 %. Dagegen ist dem Beschwerdeführer eine angepasste Tätigkeit in einem Vollzeitpensum zumutbar, weshalb wegen Teilzeittätigkeit kein Abzug vorzunehmen ist. Ebenso gebietet das Alter des Beschwerdeführers keinen Abzug. So wäre das Alter im Zusammenhang mit dem Leidensabzug nur soweit zu berücksichtigen, als es die Erwerbsaussichten in Verbindung mit dem versicherten Gesundheitsschaden zusätzlich schmälert. Dies geht auch aus der Unterteilung der LSE-Tabelle TA17 in drei Kategorien (bis 29 Jahre / 30 bis 49 Jahre / 50 Jahre und älter) mit je steigenden Verdienstmöglichkeiten hervor. Denn wäre statistisch tatsächlich eine Tendenz zu erkennen, dass – gesunde – Mitarbeiter kurz vor dem Pensionsalter eine Lohneinbusse in Kauf nehmen müssten, so hätte das Bundesamt für Statistik für diese Erscheinung eine weitere Kategorie bilden müssen. Dass das Alter die Stellensuche faktisch negativ beeinflussen kann, muss als invaliditätsfremder Faktor grundsätzlich unberücksichtigt bleiben (Urteile des Bundesgerichts 8C_312/2017 vom 22. November 2017 E. 3.3.2; 8C_808/2013 vom 14. Februar 2014 E. 7.3). 8.3 Das zumutbarerweise erzielbare Invalideneinkommen beträgt damit nach Vornahme des leidensbedingten Abzuges von 10 % CHF 42'288.30. Die Gegenüberstellung des

Invalideinkommens von CHF 42'288.30 und des Valideneinkommens von CHF 72'485.75 ergibt somit einen Invaliditätsgrad von 42 % (aufgerundet; vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 19. Dezember 2003, U 27/02 E. 3.2). 9. In teilweiser Gutheissung der Beschwerde ist demnach die Verfügung der IV-Stelle des Kantons Solothurn vom 21. Februar 2019 aufzuheben und die bisherige ganze Rente des Beschwerdeführers per 1. April 2019 auf eine Viertelsrente herabzusetzen. Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers ist Art. 88a IVV (vgl. E. II. 3.6 hiervor) bei der vorliegenden Konstellation nicht mehr ausschlaggebend, da die gesundheitliche Verbesserung schon seit dem D. ___-Gutachten vom 27. Oktober 2009 erstellt ist und die ganze Rente trotzdem über Jahre weiter ausgerichtet wurde. Die Herabsetzung per Ende März 2019 ist somit nicht zu beanstanden. Angesichts dieses Resultats kann es schliesslich offen bleiben, ob das Versicherungsgericht dem Beschwerdeführer – wie von diesem geltend gemacht – vor Erlass des Urteils vom 1. Mai 2014 eine mögliche Schlechterstellung (sog. *reformatio in peius*) hätte ankündigen müssen. Abschliessend ist festzuhalten, dass das mit Urteil vom 1. Mai 2014 festgelegte Vorgehen – Prüfung und allfälligen Durchführung von Eingliederungsmassnahmen – von der Beschwerdegegnerin umgesetzt wurde. Wie die Eingliederungsbemühungen der Beschwerdegegnerin und danach auch das D. ___-Gutachten vom 6. März 2018 ergeben haben, ist die subjektive Eingliederungsfähigkeit des Beschwerdeführers zu verneinen. Gemäss den Ausführungen im D. ___-Gutachten fühle sich der Beschwerdeführer aufgrund seiner Schmerzen weiterhin voll arbeitsunfähig, «seine Jahre seien vorbei». Die Rentenherabsetzung ist somit auch unter diesem Gesichtspunkt korrekt. 10. 10.1 Bei diesem Verfahrensausgang besteht Anspruch auf eine Parteientschädigung, die von der Beschwerdegegnerin zu bezahlen ist. Ist das Quantitative einer Leistung streitig, rechtfertigt eine «Überklagung» nach der in Rentenangelegenheiten ergangenen Rechtsprechung eine Reduktion der Parteientschädigung nur, wenn das ziffernmässig bestimmte Rechtsbegehren den Prozessaufwand beeinflusst hat (BGE 117 V 401 E. 2c S. 407). Bildet beispielsweise ein invalidenversicherungsrechtlicher Rentenanspruch Anfechtungs- und Streitgegenstand, führt demgemäss der Umstand allein, dass im Beschwerdeverfahren abweichend von dem auf eine ganze oder zumindest eine höhere Rente gerichteten Rechtsbegehren keine ganze oder aber eine geringere Rente als beantragt zugesprochen wird, noch nicht zu einer Reduktion der Parteientschädigung (Urteile 9C_580/2010 vom 16. November 2010 E. 4.1 und 9C_94/2010 vom 26. Mai 2010 E. 4.1 mit Hinweisen). Anders verhält es sich, wenn zusätzlich weitere Leistungen der Invalidenversicherung wie berufliche Massnahmen oder Taggeldleistungen beantragt worden sind, welchen nicht hätte entsprochen werden können (Urteil des Bundesgerichts 8C_568/2010 vom 3. Dezember 2010 E. 4.1). Im vorliegenden Fall verlangte der Beschwerdeführer in der Hauptsache die Weiterausrichtung der ganzen Rente. Die Beschwerde wird aber lediglich hinsichtlich des Eventualbegehrens – Herabsetzung auf eine Viertelrente – gutgeheissen. Angesichts der im vorliegenden Verfahren eingereichten Rechtsschrift ist festzuhalten, dass der Prozessaufwand des Versichertenanwaltes durchaus höher ausfiel, weil er eine ganze Rente verlangte, in diesem Zusammenhang den Beweiswert der D. ___-Begutachtungen verneinte und dies dementsprechend begründen musste. Damit wurde der Prozessaufwand erheblich beeinflusst, weshalb es sich rechtfertigt, die Parteientschädigung um 2/3 auf 1/3 zu kürzen und dementsprechend dem Beschwerdeführer auch 2/3 der Verfahrenskosten aufzuerlegen. Bei diesem Verfahrensausgang steht dem Beschwerdeführer eine ordentliche Parteientschädigung zu, die von der Beschwerdegegnerin zu bezahlen ist. In Anbetracht von

Aufwand und Schwierigkeit des Prozesses ist die durch die Beschwerdegegnerin zu bezahlende Parteientschädigung auf CHF 848.00 festzusetzen (9.5 Stunden zu CHF 240.00 [§ 160 Abs. 2 GT], zuzügl. Auslagen und MwSt; davon 1/3). 10.2 Aufgrund von Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 – 1'000.00 festgelegt. Nach dem Ausgang des vorliegenden Verfahrens hat der Beschwerdeführer an die Verfahrenskosten CHF 400.00 und die IV-Stelle CHF 200.00 zu bezahlen. Folglich ist dem Beschwerdeführer vom geleisteten Kostenvorschuss CHF 200.00 zurückzuerstatten.

E. 12

Mai 2000 (IV-Nr. 31.4 S. 1 ff.) wurden folgende Diagnosen gestellt: 1. Anpassungsstörung mit gemischter Störung von Gefühlen und Sozialverhalten (dysphorisch, gereizt-depressiv, Zeichen einer Symptomausweitung) 2. Medialbetonte Gonarthrose links mit leichtem Flexionsdefizit Periarthropathie ohne Reizzeichen bei Status nach Arthroskopie und Teilmeniscectomie links am 25. März 1994 Status nach Kniearthroskopie mit Meniscushinterhornresektion, Meniscusglättung und Knorpelglättung am 20. Juli 1999 3. Periarthropathia humeroscapularis links mit ca. 1/3 eingeschränkter Beweglichkeit in alle Richtungen (erschwerter Beurteilbarkeit mangels Compliance) Zur Zumutbarkeitseinschätzung bezüglich linker Schulter, linker Hand und Rücken, sei auf die Abschlussuntersuchung des Suva-Kreisarztes, Dr. I.____, vom 21. August 1998 zu verweisen. Diese Einschätzung sei heute noch gültig. Aufgrund der Kniegelenksproblematik links sei zusätzlich das dauernde auf den Beinen sein im Gehen und im Stehen nur unter Wechselbelastung zumutbar. Längeres Arbeiten im Knien und die häufige Einnahme von knienden Zwangspositionen seien nicht zumutbar. Insgesamt bestehe unter Berücksichtigung der oben genannten Einschränkungen eine ganztägige Arbeitsfähigkeit für eine leichte, wechselbelastende Tätigkeit. Im Berufsberatungsbericht der J.____ vom 8. Mai 2000 (IV-Nr. 31.6 S. 1 f.) wurde diesbezüglich angefügt, die Wiederaufnahme der bisherigen beruflichen Tätigkeit als Bauarbeiter könne dem Beschwerdeführer dagegen nicht mehr zugemutet werden. 6.2.3 Im ENG-Bericht vom 16. November 2001 (IV-Nr. 42) führte der Neurologe, Dr. K.____, aus, aufgrund der Untersuchung lasse sich eine leichte, sensomotorische, primär distale Polyneuropathie nachweisen. 6.2.4 Im psychiatrischen Gutachten von Dr. C.____ vom 9. Mai 2001 (IV-Nr. 49) wurden folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit festgehalten: 1. Depressive Psychopathologie; aktuell mittel- bis eher schwergradige Episode mit somatischem Syndrom ICD-10 F32.31; 2. Erhebliche psychogene Überlagerung organischer Substrate im Sinne der Unfall- oder Schmerzverarbeitungsstörung (manifest als ängstlich-selbstbeobachtende Somatisierungsstörung F45.0, resp. somatoform-autonome Funktionsstörung F45.3, resp. anhaltende somatoforme Schmerzstörung F45.4); 3. Verdacht auf Persönlichkeitsauffälligkeiten (narzisstisch, impulsiv, paranoid, vermeidend); DD Persönlichkeitsveränderung. Aufgrund der schweren psychiatrischen Pathologie sei der Beschwerdeführer aus psychiatrischer Sicht für jegliche Tätigkeit vollständig arbeitsunfähig. Zurzeit seien berufliche Rehabilitationsmassnahmen nicht möglich. Eine allfällige Verbesserbarkeit bestehe aktuell nur durch medizinische, interdisziplinäre, im Vordergrund psychiatrische Massnahmen. 6.3 Im Zeitpunkt der Revisionsverfügung vom 21. Februar 2019 – worin die Beschwerdegegnerin davon ausgeht, im Vergleich zu der vorgenannten Beurteilung sei mittlerweile eine Verbesserung des Gesundheitszustandes des

Beschwerdeführers eingetreten – ist aufgrund der in II. E. 6.1 hiervor genannten Ausgangslage der gesamte medizinische Sachverhalt seit Einleitung des Revisionsverfahrens am 15. Dezember 2008 relevant: 6.3.1 Der behandelnde Psychiater des Beschwerdeführers, Dr. L. ____, hielt in seinem Bericht vom 17. Januar 2009 (IV-Nr. 69) fest, es bestehe eine leichte bis mittelgradige depressive Störung F32.1 mit stressassoziierten Somatisierungstendenzen F45.1. Der Beschwerdeführer sei seit dem 1. November 2000 zu 100 % arbeitsunfähig. Es sei auf das Gutachten von Dr. C. ____, vom 9. Mai 2002 zu verweisen. Der Gesundheitszustand habe sich nicht relevant verändert. 6.3.2 Im D. ____, -Gutachten vom 27. Oktober 2009 (IV-Nr. 80) wurden folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt: 1. Leichte bis mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.0/F32.1) 2. Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) 3. Status nach Quetschtrauma des linken dominanten Vorderarmes mit traumatischer Amputation des Endgliedes Dig. V (ICD-10 T92.6/Z98.8) · Status nach volarer und dorsaler Fasziotomie zur Dekompression der drei Hauptkompartimente, Revision, Hämatoevakuuation, Adaptionsnaht der rupturierten Muskeleinheiten sowie Nachamputation Dig. V auf Höhe Mittelphalanxbasis am 18. September 1987 · Status nach Sekundärnaht und Thierschung der Entlastungsinzisionen mit Entnahme vom Oberschenkel links am 29. September 1987 · Status nach Stumpfrevision sowie Neuromexzision bei Narbenneurom Dig. V am 3. Dezember 1987 4. Chronisches zerviko- und lumbovertebrales Schmerzsyndrom ohne radikuläre Ausfälle (ICD-10 M54.2/M54.4) · minime Diskuprotusionen LWK4/5 und LWK5/SWK1 ohne Neurokompression · freie Beweglichkeit sämtlicher Wirbelsäulenabschnitte 5. Anamnestisch Status nach wiederholter Meniskusoperation Knie beidseits (ICD-10 Z98.8) · frei bewegliche, reizlose Kniegelenke ohne klaren Hinweis für Meniskusklaision 6. Chronische Schulterschmerzen links (ICD-10 M75.0) · freie Beweglichkeit beidseits, fraglich positiver Impingement-Test links 7. Polyneuropathie unklarer Ätiologie (ICD-10 G62.9) Hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit hielten die Gutachter fest, aus psychiatrischer Sicht könne eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 30 % abgeleitet werden. Aus orthopädischer Sicht stünden die Veränderung im Bereich der linken Hand sowie die Problematik im Bereich der linken Schulter im Vordergrund. Aufgrund dessen bestehe für körperliche schwere Tätigkeiten und somit auch für die angestammte Tätigkeit als Bauhilfsarbeiter bleibend eine volle Arbeitsunfähigkeit. Aus allgemeininternistischer Sicht könnten dem Beschwerdeführer aufgrund der diagnostizierten Polyneuropathie unklarer Ätiologie Tätigkeiten, welche mit einer hohen Selbstgefährdung einhergehen würden (Tätigkeit als Bauarbeiter, Tätigkeiten auf Gerüsten bzw. Leitern), bleibend nicht mehr zugemutet werden. Insgesamt könne dem Beschwerdeführer demnach eine angepasste Tätigkeit mit einer Einschränkung von 70 % zugemutet werden. Das Pensum könne vollschichtig umgesetzt werden, mit reduziertem Rendement. Bezüglich des Zeitpunktes der Verbesserung des Gesundheitszustandes führten die Gutachter aus, der Beschwerdeführer sei wegen einer schweren Depression voll berentet worden, welche heute nicht mehr vorhanden sei. Es könne seit einiger Zeit nur noch eine leichte bis mittelgradige Depression festgestellt werden, wodurch die Arbeitsfähigkeit nicht mehr vollständig, sondern nur noch zu 30 % limitiert sei. Mangels valider Arztzeugnisse könne die Arbeitsunfähigkeit von nur 30 % ab August 2009 bestätigt werden. Wahrscheinlich habe diese schon länger so vorgelegen, da Dr. L. ____, schon im Januar 2009 eine nur leichte bis mittelgradige depressive Störung diagnostiziert habe. 6.3.3 Im ENG-Bericht vom 21. Januar 2010 (IV-Nr. 93.4) hielt der Neurologe, Dr. K. ____, fest, die Kontrolluntersuchung habe eine leichte Progredienz der

Neuropathie ergeben. 6.3.4 Im Protokolleintrag der IV-Stelle vom 29. Juni 2010 (IV-Protokoll, S. 5 f.) wurde von Dr. M.____, Facharzt Allgemeine Medizin, Regionaler ärztlicher Dienst (RAD), angegeben, nach Aktenstudium und Rücksprache mit der RAD-Ärztin und Fachärztin für Neurologie, Dr. N.____, könne mit Bezug auf die Polyneuropathie folgendes festgehalten werden: Prinzipiell handle es sich um eine technologisch gestellte Diagnose; weder in der klinischen Untersuchung (z.B. trophische Störungen, Störungen des Lagesinnes, wesentliche Einschränkung des Vibrationssinns, Störungen der Sensibilität, Stand- und Gehunsicherheiten, ataktische Bewegungsstörungen, Muskelatrophien) noch anamnestisch (Klagen über beispielsweise brennende Schmerzen, Kribbeln, «Ameisenhaufen») handle es sich dabei um einen Befund mit Krankheitswert, geschweige denn mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Dies umso mehr, als eine Art «Polyneuropathie» im Sinne einer auffälligen Elektroneuropathie mit zunehmendem Alter normal und damit ohne Krankheitswert sei. Auch ein Fortschreiten einmal gemessener Befunde im Laufe der Zeit sei natürlich, entsprechend einer Zunahme degenerativer Veränderungen der Wirbelsäule im Röntgenbild mit dem Alter. Insofern sei bereits die Subsumierung der Polyneuropathie unter den Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit vom D.____ «zu Gunsten des Versicherten» ausgelegt worden. 6.3.5 Im orthopädischen Privatgutachten vom 3. Oktober 2010 (IV-Nr. 93.3) stellte Prof. Dr. E.____ mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit folgende Diagnosen: · Epicondylitis radialis humeri rechts · Bewegungseinschränkung Schulter links bei Frozen shoulder nach Schulterkontusion links · St. nach Quetschtrauma der linken oberen Extremität mit Amputation des Dig. V auf Höhe Mittelphalanx und Fasziotomien Unterarm mit Muskeladaptationen · Gonarthrose links (anamnestisch; keine Röntgenbilder vorhanden) · Chronisches generalisiertes Schmerzsyndrom bei Polyneuropathien untere Extremitäten (N. peroneus bds. und N. suralis rechts) unklarer Ursache Die Epicondylitis beeinträchtigt qualitativ die Arbeitsfähigkeit. Durch verschiedene konservative oder operative Massnahmen könnten jedoch gute Resultate erzielt werden. Doch auch nach erfolgreicher Therapie könnten Restbeschwerden bestehen, die die Arbeit in der bisherigen Tätigkeit auf dem Bau beeinträchtigen könnten. Zudem sei mit einer Zunahme der Gonarthrose zu rechnen. Durch die Bewegungseinschränkung in der Schulter links, der Epicondylitis radialis humeri rechts, der verminderten Kraft im Unterarm resp. Hand links aber auch der Schmerzen aufgrund der Gonarthrosen und des chronischen Schmerzsyndroms bei Polyneuropathie an den unteren Extremitäten sei eine Tätigkeit als Bauarbeiter aus orthopädischer Sicht auf mässigem oder hohem Leistungsniveau nicht mehr möglich. Dagegen sollten wechselnde stehende, gehende (kein ausgiebiges Treppensteigen, keine Benutzung einer Leiter) und sitzende Tätigkeiten ohne den Einsatz des linken Armes über Brusthöhe und ohne Anheben von Lasten von über 10 kg bei beginnenden degenerativen lumbalen Wirbelsäulenveränderungen aus orthopädischer Sicht zu 100 % zumutbar sein. Aufgrund der Schmerzsymptomatik sei von einer Leistungseinschränkung um sicher 20 – 40 % auszugehen. 6.3.6 Im psychiatrischen Privatgutachten vom 30. Oktober 2010 (IV-Nr. 93.2) stellte Dr. F.____ als Diagnosen eine gegenwärtig mittelgradige Episode einer rezidivierenden depressiven Störung (ICD-10 F33.11). Phasenweise liege auch eine schwere Depression ohne psychotische Symptome vor (ICD-10 F33.2). Aus rein psychiatrischer Sicht bestehe infolge der mittelgradig bis phasenweise schwer ausgeprägten Depression eine 50 bis 75%ige Arbeitsunfähigkeit in jeglicher Tätigkeit. Eine wesentliche Veränderung des Gesundheitszustandes könne nicht festgestellt werden. Das psychiatrische Beschwerdebild habe sich lediglich von einer mittelschweren bis schweren Depression zu

einer im Untersuchungszeitpunkt vorliegenden mittelschweren Depression geändert. Mit überwiegender Wahrscheinlichkeit liege phasenweise auch ein schwerer depressiver Zustand vor. Diese Veränderung habe keinen Einfluss auf die Gesamtarbeitsfähigkeit. 6.3.7 Im Bericht vom 4. Juli 2011 hielt Dr. L. ___ fest (IV-Nr. 104), im Vergleich zu seinem Bericht vom 17. Januar 2009 hätten keine relevanten Veränderungen festgestellt werden können. Im Vordergrund würden weiterhin eine dysphorisch-subdepressive bis depressive Grundstimmung, verminderte Stresstoleranz, verminderte kognitive Umstellungsfähigkeit, allgemeine Verunsicherung, Verlust des Selbstvertrauens sowie verminderte soziopraktische Belastbarkeit stehen. Leichte bis mittelgradige Konzentrationsschwierigkeiten seien unter konfrontativem Druck zu beobachten. 6.3.8 Der Neurologe Dr. K. ___ führte in seinem Bericht vom 12. Dezember 2011 (IV-Nr. 106) aus, seit 19. Januar 2010 sei eine Verschlechterung eingetreten. Als neue Diagnose sei ein lumboradikuläres Reiz- / Ausfallsyndrom links zu nennen. 6.3.9 Im Bericht betreffend MRT-Arthrographie des linken Schultergelenks vom 28. Februar 2012 (IV-Nr. 111 S. 2) wurde eine Partialruptur der Supraspinatussehne im Bereich der gelenkseitigen Sehnenoberfläche bei vorbestehender chronischer Ansatzentendinitis mit reaktivem Knochenmarksödem sowie eine relative subakromiale Enge bei fortgeschrittener AC-Arthrose mit sekundärer Facettenhypertonie, festgestellt. 6.3.10 Am 18. März 2012 wurden beim Beschwerdeführer eine AC-Resektion und anterolaterale Schulterdekompression sowie eine transossäre Reinsertion Supraspinatus links durchgeführt. Im Operationsbericht vom 19. März 2012 (IV-Nr. 111 S. 3) hielt Dr. O. ___ diesbezüglich fest, Operationsdiagnosen seien eine AC-Arthrose und ein ossäres Schulterimpingement sowie eine $\frac{3}{4}$ -Ruptur der dorsalen Hälfte des Supraspinatus ansatznahe links. 6.3.11 In seinem Verlaufsbericht vom 27. April 2012 führte Dr. O. ___ an (IV-Nr. 111 S. 5), bei Status nach Schulterdekompression und Supraspinatusreinsertion habe die frozen shoulder sowohl von Seiten der Beweglichkeit wie auch von den Schmerzen her abgenommen. Es zeigten sich spontan eine passive Abduktion von 75° und Anteversion von 90°, Rotation gut 1/3, weniger Zwangsanteversion des Schultergürtels und weniger Myogelosen. 6.3.12 Im Verlaufsbericht vom 8. Juni 2012 hielt Dr. O. ___ sodann fest (IV-NR. 111 S. 6), es bestünden keine Hinweise auf Abriss der Rekonstruktion. Es seien eine residuelle frozen shoulder sowie Restdolenzen feststellbar. Er habe den Beschwerdeführer informiert, dass der Verlauf der Rotatorenrekonstruktion und insbesondere interkurrenten frozen shoulder relativ lange dauern dürfte, jedoch Fortschritte zu erwarten seien. 6.3.13 Dr. M. ___, Facharzt Allgemeine Medizin, RAD, hielt in seiner Stellungnahme vom 17. Oktober 2012 (IV-Nr. 114) fest, die linksseitige Schulterproblematik habe bereits im D. ___-Gutachten eine gewisse Relevanz gehabt. Dort hätten die Gutachter von «chronischen Schulterschmerzen» bei fraglichem Impingement gesprochen. Inzwischen – nach der erfolgten Operation – zeige sich ein deutlich verbessertes Bild als präoperativ. Die Operation habe auch das AC-Gelenk (das Gelenk zwischen Schlüsselbein und dem Acromion, einem knöchernen Fortsatz des Schultergelenks vorne) mit einbezogen, wobei dieses (resp. das seitliche Ende des Schlüsselbeins) entfernt worden sei. Zudem habe Dr. E. ___ in seinem Gutachten vom 3. Oktober 2010 dem Beschwerdeführer – trotz des damals «unbehobenen» präoperativen Zustandes – angepasste Tätigkeiten ohne Überkopfarbeiten zugemutet. Abgesehen von der Zeit der Operation (Mitte März) bis zum Abschluss der primären Rehabilitationsphase sei also weiterhin von derselben medizinischen Grundlage auszugehen, welche dem Vorbescheid vom 9. Mai 2011 zugrunde gelegen habe. Die vorhandenen objektiven

Befunde würden keine Hinweise für eine wesentlich veränderte Zumutbarkeitsbeurteilung ergeben. 6.3.14 Im Bericht der P.____ vom 9. September 2015 (IV-Nr. 157, S. 14) wurde festgehalten, beim Beschwerdeführer bestünden eine chronische Refluxkrankheit bei weiter axialer Hiatushernie und ein Verdacht auf einen beginnenden Barrett-Ösophagus. Zurzeit bestehe keine floride Ösophagitis. 6.3.15 Im Bericht vom 29. Februar 2016 (IV-Nr. 157, S. 7) führte Dr. med. O.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie FMH, aus, das MRI der HWS zeige Osteochondrosen C4/5 bis C6/6, eine deutliche Diskopathie mit Osteochondrose und Protrusion C5/6 mit dort doch deutlicher Enge auch foraminal mit Wurzelbedrängungen. Vonseiten der Schulter im MRI bestünden eine AC-Arthrose mit subakromialen und Sub-AC-Impingement, eine bursaseitig ansatznahe Teilruptur wohl gegen zwei Drittel der Supraspinatussehne, die Oberfläche sei zudem etwas alteriert. Beim Beschwerdeführer bestünden zwei Problemkreise: Erstens das Schulterimpingement mit AC-Arthrose und doch deutlicher Teilläsion des Supraspinatus, dann eine C8-Symptomatik rechts bei organischer Einengung foraminal, weniger rein diskal mit C6-Ausstrahlung. 6.3.16 Dr. med. K.____ stellte in seinem Bericht vom 16. März 2016 (IV-Nr. 157, S. 1), soweit entzifferbar, folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: Schulterimpingement rechts mit AC-Arthrose und Teilläsion des Supraspinatus. Zervikoradikuläre Reiz-Ausfall, Spinalkanalenge und Foraminale Enge C5/6, Lumboradikuläres Reizsyndrom L5/S1. Der Beschwerdeführer sei seit dem 19. Januar 2010 bis auf weiteres zu 100 % arbeitsunfähig. 6.3.17 Im Bericht des Q.____, Kompetenzzentrum Wirbelsäulenchirurgie, vom 6. Mai 2016 (IV-Nr. 184, S. 10) wurden folgende Diagnosen gestellt: 1. Chronisches Zervikobrachialgie-Syndrom - Neuroforaminalstenose C5/6 rechts bei Diskusprotrusion C5/6 - multisegmentale Osteochondrose C4/5 bis C6/7 2. AC-Gelenkarthrose mit subacromialem und sub-AC-Impingement rechts · Teilruptur der Supraspinatussehne rechts 6.3.18 Im ENG-Bericht vom 6. April 2017 (IV-Nr. 184, S. 6) führte Dr. med. K.____ aus, nach rechtsseitiger Stimulation des Nervus tibialis hinter dem Malleolus medialis zeige sich eine grenzwertige Verzögerung der primären kortikalen Antworten. Nach Stimulation links ergäben sich eine pathologische Verzögerung, sowie pathologische Amplitudenminderung der primären kortikalen Antworten. Der Befund passe sehr gut zur Verdachtsdiagnose einer Spinalkanalstenose. 6.3.19 Im D.____-Gutachten vom 6. März 2018 (IV-Nr. 195.1) wurden folgende Diagnosen gestellt: Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit 1. Leichte bis mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.0/F32.1) 2. Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) 3. Chronische Becken-, Bein- und Fusschmerzen links (ICD-10 M79.65/M79.60/M17.1/M1 9.87/298.8) · anamnestisch Status nach wiederholtem Knieeingriff beidseits · radiologisch mässige mediale Gonarthrose sowie Arthrose des oberen Sprunggelenkes (MRI 31. Januar 2013 und Röntgen 9. Januar 2018) 4. Chronische Schulterbeschwerden beidseits (ICD-10 M79.61/Z98.8) · Status nach Resektion des Akromioklavikulargelenkes, anterolateraler Schulterdekompression und transossärer Re-Insertion der Supraspinatussehne links am 18. März 2012 bei Arthrose des Akromioklavikulargelenkes, Impingement und Partilläsion der Supraspinatussehne (Dr. E. O.____, P.____) · radiologisch regelrechte postoperative Verhältnisse links sowie Partilläsion der Supraspinatussehne und Arthrose des Akromioklavikulargelenkes rechts (MRI 06. März 2015, 12. Februar 2016 und 13. Oktober 2016) 5. Chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom (ICD-10 M54.5) · radiologisch Diskusprotrusion und Spondylarthrose LWK4/5 mit möglicher Affektion der Nervenwurzel L5 beidseits (MRI 10. April 2017) · ohne Radikulopathie im Intervall 6. Chronisches zervikovertebrales Schmerzsyndrom (ICD-10 M54.2) · radiologische

Osteochondrose, Unkovertebralarthrose sowie Diskopathie HWK4/5/6/7 mit möglicher Affektion der Nervenwurzeln C5 beidseits und C6 beidseits (MRI 19. Februar 2016) · ohne Hinweise auf eine Radikulopathie Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit: 1. Chronische Hinterkopf-Schmerzen, klinisch nicht sicher zuzuordnen (ICD-10 044.8) · DD: zervikogene Komponente bei chronischem Zervikalsyndrom / chronisches Spannungstyp-Kopfwahl mit migräniformen Exazerbationen 2. Chronischer Nikotinabusus (ICD-10 F17.1) 3. Anamnestisch chronische Pansinusitis (ICD-10 J32) 4. Bekannte chronische Refluxkrankheit bei/mit (ICD-10 K21.0, K22.7) · axialer Hiatushernie · bekannter Barrett-Oesophagus 5. Zustand nach ischämischer Colitis 01/2017 (Ileo-Koloskopie 13. Januar 2017) (ICD-10 K55.9) 6. Status nach Quetschtrauma des linken dominanten Vorderarmes mit traumatischer Amputation des Endgliedes Dig. V (ICD-10 T92.6/Z98.8) Status nach volarer und dorsaler Fasziotomie zur Dekompression der drei Hauptkompartimente, Revision, Hämatoevakuuation, Adaptionsnaht der rupturierten Muskeleinheiten sowie Nachamputation Dig. V auf Höhe Mittelphalanxbasis am 18. September 1987 Status nach Sekundärnaht und Thierschung der Entlastungsinzisionen mit Entnahme vom Oberschenkel links am 29. September 1987 Status nach Stumpfrevision sowie Neuromexzision bei Narbennurom Dig. V am 3. Dezember 1987 Zur Beurteilung wurde festgehalten, es bestehe aufgrund der Veränderungen am Bewegungsapparat in der angestammten Tätigkeit als Bauhilfsarbeiter eine vollständige Arbeitsunfähigkeit. Dagegen bestehe in einer körperlich leichten, immer wieder auch sitzenden und adaptierten Tätigkeit unter Wechselbelastung eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 100 %. Dabei sollte das wiederholte Heben und Tragen von Lasten über 10 kg, der Einsatz der oberen Extremitäten oberhalb des Schulterniveaus, das längere Gehen und Stehen, das Überwinden von Treppen und Gehen auf unebenem Grund wie auch die Einnahme kniender und kauender Positionen vermieden werden. Aus neurologischer Sicht seien dem Exploranden körperlich schwere und überwiegend mittelschwere Tätigkeiten nicht mehr zumutbar wie auch rein stehend und gehend auszuübende Tätigkeiten. Dagegen bestehe in einer körperlich leichten Tätigkeit, vorwiegend sitzend und ohne Zwangshaltungen, eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit, unter Vermeidung von Heben und Tragen von Lasten über 10 kg. Aus psychiatrischer Sicht bestehe aufgrund einer leichten bis mittelgradigen depressiven Episode und einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung in einer körperlich angepassten Tätigkeit eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 70 %, ganztags realisierbar mit der Möglichkeit zu vermehrten Pausen. Aus allgemeininternistischer Sicht fänden sich keine weiteren Befunde und Diagnosen, welche eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit für eine körperlich adaptierte Tätigkeit begründeten. Zusammenfassend bestehe somit aus polydisziplinärer Sicht in der angestammten Tätigkeit als Bauhilfsarbeiter wie auch in anderen körperlich mittelschweren und schweren Tätigkeiten eine volle Arbeitsunfähigkeit. Dagegen bestünden für körperlich leichte, gut adaptierte Tätigkeiten, eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 70 %, ganztags realisierbar mit erhöhtem Pausenbedarf. Aufgrund der anamnestischen Angaben, der Untersuchungsbefunde, der vorliegenden Dokumente sowie der früher attestierten Arbeitsunfähigkeiten sei davon auszugehen, dass seit dem D. ___-Gutachten vom 27. Oktober 2009 für körperlich leichte, adaptierte Tätigkeiten wie oben beschrieben weiterhin eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 70 % bestehe. Aufgrund der Veränderungen an der rechten Schulter und am Knie- und oberen Sprunggelenk der linken Seite seien körperlich mittelschwere Tätigkeiten dem Exploranden nicht mehr zumutbar. Weitere signifikante Veränderungen im Verlauf könnten keine dokumentiert werden. 6.3.20 Im Bericht der R. ___ betreffend das MRT der HWS vom 20.

April 2018 (IV-Nr. 200) wurde zur Beurteilung festgehalten, im Rahmen von Osteochondrosen, Unkarthrosen und posterolateralen spondylophytären Randausziehungen komme es zu überwiegend ossären Neuroforaminalstenosen vor allem HWK 3/4, 4/5, 5/6 links und etwas weniger ausgeprägt auch HWK 6/7 links und HWK 5/6 und HWK 6/7 rechts sowie etwas weniger ausgeprägt auch HWK 4/5 rechts mit möglicher Irritation der entsprechenden Nervenwurzeln (C4, C5, C6 und C7 links sowie C6, C7 und letztlich auch C5 rechts). Sodann sei eine beginnende Einengung des Spinalkanales HWK 4/5 und HWK 5/6 ohne eigentliche Myelonkompression oder Myelopathie feststellbar. Zudem bestehe eine geringe Einengung des Spinalkanales auch HWK 6/7 durch eine umschriebene mediane Diskusprotrusion von ventral her aber auch hier keine eigentliche Myelonbedrängung.

6.3.21 In ihrer Stellungnahme vom 3. September 2018 (IV-Nr. 204) führen die D.____-Gutachter betreffend das MRT vom 20. April 2018 aus, wie bereits im Gutachten dargelegt, bestünden multisegmentale Veränderungen der Halswirbelsäule samt Diskopathie und möglicher radikulärer Affektion. Zu betonen sei, dass wie schon im MRI vom 19. Februar 2016 die Irritation mehrerer Nervenwurzeln als möglich erachtet worden sei, eine solche aber im Rahmen der gutachterlichen Untersuchung fachärztlich neurologisch ebenso wie Hinweise auf eine Myelopathie nicht objektivierbar gewesen seien. Überdies sei vom zuweisenden Neurologen nun dezidiert und ausschliesslich nach einer linksseitigen Kompression der Nervenwurzel C8 gefragt, diese aber radiologisch klar verneint worden. Insgesamt dürfte sich der Gesundheitszustand seit dem Gutachten vom 6. März 2018 nicht verändert haben, da die Frage nach Vorliegen einer linksseitigen Radikulopathie C8 in der Bildgebung kein Korrelat finde.

6.3.22 Im Bericht der R.____ betreffend das MRT der LWS und ISG vom 14. September 2018 (IV-Nr. 209, S. 3) wurde folgende Beurteilung festgehalten: Grössenprogrediente dorsomedial akzentuierte Bandscheibenprotrusion in L4/5 mit zunehmender rezessaler Enge. Ansonsten konstanter Befund der LWS und ISG im Vergleich zur Voruntersuchung.

7. Da sich die Beschwerdegegnerin bei ihrer Beurteilung, ob sich seit der ursprünglichen Rentenverfügung eine wesentliche Änderung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers ergeben hat bzw. ob ein Revisionsgrund vorliegt, im Wesentlichen auf die D.____-Gutachten vom 27. Oktober 2009 und 6. März 2018 stützt, ist deren Beweiswert zu prüfen. Wie vorstehend festgehalten, konnte der Beschwerdeführer das Urteil des Versicherungsgerichts VSBES.2013.34 vom 1. Mai 2014 nicht anfechten, weshalb vorweg die Beweiswürdigung aus diesem Urteil anzuführen ist. Danach ist auf die in der Beschwerde vom 28. März 2019 vorgebrachten Rügen einzugehen.

7.1 7.1.1 Aus Gründen der besseren Nachvollziehbarkeit wird in den nachfolgend angeführten Auszügen aus dem Urteil des Versicherungsgerichts vom 1. Mai 2014 die darin enthaltene Nummerierung beibehalten: « 7.4.1 Aus orthopädischer Sicht wird im D.____-Gutachten vom 27. Oktober 2009 nachvollziehbar festgehalten, die vom Beschwerdeführer angegebenen, äusserst diffusen Beschwerden, liessen sich durch die objektivierbaren Befunde und vorliegenden Bilddokumente keinesfalls vollständig begründen. Insgesamt bestünden massive Hinweise für eine Ausweitung der Schmerzproblematik. Aufgrund der Veränderungen an der linken Hand sowie der Problematik an der linken Schulter bestehe aber für seine bisherige Tätigkeit auf dem Bau eine vollständige Arbeitsunfähigkeit. Dagegen bestehe aus orthopädischer Sicht für körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeiten unter Wechselbelastung eine zeitlich und leistungsmässig uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit. Diese Einschätzung deckt sich denn auch im Wesentlichen mit den übrigen medizinischen Akten und Beurteilungen. Im orthopädischen Privatgutachten vom

3. Oktober 2010 wird von Dr. E. ___ als zusätzliche Diagnose eine Epicondylitis radialis humeri rechts gestellt. Wie aber sowohl vom RAD-Arzt Dr. M. ___ in seinem Bericht vom 4. Mai 2011 (IV-Nr. 96) als auch von Dr. E. ___ selbst dargelegt wird, ist eine Epicondylitis radialis humeri (ugs. Tennisarm) grundsätzlich therapierbar. Dr. E. ___ hält denn diesbezüglich lediglich einschränkend fest, die Epicondylitis hätte auch nach erfolgreicher Therapie möglicherweise Einfluss auf schwere Tätigkeiten. Da sich aus den medizinischen Akten aber ohnehin übereinstimmend ergibt, dass der Beschwerdeführer für schwere Tätigkeiten, wie seine bisherige Tätigkeit auf dem Bau, nicht mehr arbeitsfähig sei, ändert diese Einschätzung nichts an der grundsätzlichen Beurteilung der Arbeitsfähigkeit aus dem D. ___-Gutachten vom 27. Oktober 2009. So geht auch Dr. E. ___ insgesamt von einer uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit aus. Auch wenn Dr. E. ___ im Vergleich zum D. ___-Gutachten ein etwas eingeschränkteres Zuständigkeitsprofil statuiert, kann diesbezüglich nicht von einer relevanten erheblichen Verschlechterung aus orthopädischer Sicht ausgegangen werden. Das gleiche gilt zudem auch für den Sachverhalt aus internistischer Sicht, zumal bereits im Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenverfügung vom 1. November 2002 keine Arbeitsunfähigkeit aufgrund somatischer Beschwerden vorlag. Daran vermag sodann auch die mit bildgebender Untersuchung vom 28. Februar 2012 (IV-Nr. 111 S. 2) diagnostizierten und nachfolgender Operation vom 18. Dezember 2012 (IV-Nr. 111 S. 3) behandelten Partialruptur der Supraspinatussehne sowie AC-Arthrose nichts zu ändern. So ist aufgrund der Akten nicht davon auszugehen, dass die Schulterproblematik mit nachfolgender Operation die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers aus orthopädischer Sicht längerfristig vermindert hat. Dies wird von ärztlicher Seite auch nicht geltend gemacht. Die Berichte von Dr. O. ___ sprechen für einen normalen Verlauf und dafür, dass keine relevanten Einschränkungen zu erwarten sind. Wie im RAD-Bericht vom 17. Oktober 2012 (IV-Nr. 114) von Dr. M. ___ überzeugend festgehalten, sei, abgesehen von der Zeit der Operation (Mitte März) bis zum Abschluss der primären Rehabilitationsphase weiterhin von derselben medizinischen Grundlage auszugehen, welche dem Vorbescheid vom 9. Mai 2011 zugrunde gelegen habe. Die vorhandenen objektiven Befunde würden keine Hinweise für eine wesentlich veränderte Zumutbarkeitsbeurteilung ergeben. Eine vorübergehende Verschlechterung reicht für das Vorliegen eines rentenbegründenden Revisionstatbestandes nicht aus, zumal die Schulterbeschwerden links bereits im D. ___-Gutachten vom 27. Oktober 2009 berücksichtigt wurden und sich das Beschwerdebild nach Angaben des Beschwerdeführers gebessert hat. Was schliesslich die vom Neurologen Dr. K. ___ diagnostizierte Polyneuropathie anbelangt, kann auf die ebenfalls überzeugenden Ausführungen von Dr. M. ___ im RAD-Bericht vom 4. Mai 2011 (IV-Nr. 96) verwiesen werden. Demnach äussere der Beschwerdeführer spontan keine Beschwerden (wie z.B. Schmerzen, Brennen, Muskelschwäche). Zudem würden relevante motorische Beteiligungen wie Muskelschwäche oder -atrophie fehlen. Zusammen mit der leicht eingeschränkten Vibrationsempfindung und dem beidseits fehlenden Achillessehnenreflex sei von einer maximal leicht ausgeprägten Polyneuropathie auszugehen, welche keinerlei Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit habe. Dies ergibt sich sodann auch aus schlüssig aus dem Protokolleintrag vom 29. Juni 2010 (IV-Protokoll, S. 5 f.) wo von Dr. M. ___ nach Aktenstudium und Rücksprache mit der RAD-Ärztin und Fachärztin für Neurologie, Dr. N. ___, wohlbegründet dargelegt wurde, dass die Neuropathie im vorliegenden Fall kaum leistungsbeeinträchtigend sei (s. oben, Ziff. II 7.3.4). Im Übrigen wird von Dr. K. ___ in keinem Bericht nachvollziehbar begründet, inwiefern die Polyneuropathie und die von ihm

im Bericht vom 12. Dezember 2011 geltend gemachte Verschlechterung per 19. Januar 2010 einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers haben sollte. 7.4.2 Aus psychiatrischer Sicht wird im D.____-Gutachten sodann einleuchtend festgehalten, dass beim Beschwerdeführer aufgrund der leichten bis mittelgradigen depressiven Episode und der anhaltend somatoformen Schmerzstörung nur mehr eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 30 %, jedoch keine schwere psychische Störung, vorliege. Diese Beurteilung vermag im Lichte der psychopathologischen Befunderhebung zu überzeugen. So sei der Beschwerdeführer nicht suizidal und leide nicht unter schweren Konzentrationsstörungen. Der Beschwerdeführer habe zwar praktisch keine Kontakte mehr ausserhalb seiner Familie. Er sei aber nicht in allen Bereichen des Lebens sozial isoliert. Er lebe in seiner Familie und reise auch in die Heimat. Er fahre kürzere Strecken, was zumindest doch auch eine gute Konzentrationsfähigkeit voraussetze. Des Weiteren bestünden keine Hinweise auf einen verfestigten, therapeutisch nicht mehr beeinflussbaren innerseelischen Verlauf. Die komplexen Ich-Funktionen seien nicht schwer gestört. Auffällige Persönlichkeitszüge, aufgrund derer die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung gestellt werden könnte, bestünden ebenfalls nicht. Daher könne es dem Beschwerdeführer trotz der geklagten Beschwerden aus psychiatrischer Sicht zugemutet werden, in einer seiner körperlichen Einschränkungen angepassten Tätigkeit zu 70 % zu arbeiten. Den Beweiswert der Beurteilung des D.____-Gutachters vermag sodann auch das psychiatrische Privatgutachten von Dr. F.____ vom 3. Oktober 2010 nicht zu schmälern. Bereits die Diagnoseerhebung von Dr. F.____ kann nur bedingt überzeugen. So erhob er anlässlich der Begutachtung zwar lediglich eine mittelgradige depressive Episode, stellte aber dennoch zusätzlich die Diagnose einer phasenweise schweren Depression, obwohl sich aus den medizinischen Berichten der vorangehenden 5 Jahre diesbezüglich keine Hinweise auf schwere depressive Episoden ergeben. Wie aus dem Gutachten ersichtlich, stützt sich Dr.F.____ bezüglich der behaupteten schweren Episoden offenbar auf die telefonische Auskunft des behandelnden Psychiaters Dr. L.____. Dr. L.____ diagnostizierte jedoch in seinen Berichten vom 11. November 2005 (IV-Nr. 63), 17. Januar 2009 (IV-Nr. 69) und 4. Juli 2011 (IV-Nr. 104) keine schwere depressive Episode. Somit erscheint die Beurteilung von Dr.F.____ – das psychiatrische Beschwerdebild habe sich lediglich von einer mittelschweren bis schweren Depression zu einer im Untersuchungszeitpunkt vorliegenden mittelschweren Depression geändert, diese Veränderung habe keinen Einfluss auf die Gesamtarbeitsfähigkeit – als nicht überzeugend und damit nicht beweiswertig. An diesem Resultat vermag auch die von Dr. F.____ gegen die D.____-Begutachtung vom 27. Oktober 2009 vorgebrachte Kritik nichts zu ändern. Zwar weist Dr. F.____ zu Recht daraufhin, dass Schmerzzustände mit vermutlich psychogenem Ursprung, die im Verlauf depressiver Störungen oder einer Schizophrenie auftreten, gemäss ICD-10-Definition nicht als somatoforme Schmerzstörung interpretiert werden sollten. Vorliegend kann jedoch nicht gesagt werden, die somatoforme Schmerzstörung sei erst im Verlauf der depressiven Störung aufgetreten. So bestanden schon früh Hinweise auf eine Schmerzverarbeitungsstörung. Hierzu ist beispielsweise auf den Bericht des Psychiatriezentrums Biel vom 1. Oktober 2001 (IV-Nr. 46, S. 3) oder den Arztbericht von Dr. B.____, vom 22. April 1998 zu verweisen, wo festgehalten wurde, Ursache des verselbstständigten Schmersyndroms dürften myotendinotische Schulter- / Armschmerzen sowie ein lumbovertebrales, vorwiegend weichteilrheumatisches Schmerzsyndrom in Kombination mit einer psychosozialen Problematik sein. In Anbetracht der Chronifizierung dieses Schmerzsyndroms erschienen weitere physiotherapeutische Bemühungen sinnlos. Es

sei die Weiterführung der schmerzmodulierenden Behandlung mit einem Antidepressivum und je nach Bedarf mit Analgetika zu empfehlen (IV-Nr. 1.6, S. 7). Die sowohl von Dr. C.____ im Gutachten vom 9. Mai 2002 wie auch im D.____-Gutachten vom 27. Oktober 2009 gestellte Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung erscheint damit durchaus als nachvollziehbar. Der Kritik von Dr. F.____, wonach die D.____-Gutachter auf jegliche objektivierbare Untersuchungen, wie beispielsweise durch anerkannte Instrumente (HAMD, BDI II), verzichtet hätten, weshalb die Einschätzung des Schweregrade der Depression nicht nachvollziehbar sei, ist entgegenzuhalten, dass von testpsychologischen Untersuchungen – wenn überhaupt – mit Zurückhaltung Gebrauch zu machen ist. Sie können eine Ergänzung sein, vermögen aber die umfassende klinische Untersuchung nicht zu ersetzen (vgl. Leitlinien der Schweizerischen Gesellschaft für Versicherungspsychiatrie für die Begutachtung psychischer Störungen [publiziert als Anhang 8 bei Meyer-Blaser, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, in: Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, St. Gallen 2003, S. 111 ff.], S. 1051 Ziffer 7; vgl. auch Bger-Urteil I 391/06 vom 9. August 2006). Im Übrigen ist darauf hinzuweisen, dass die unterschiedliche Interpretation der Stimmungslage nicht ausreicht, Gerichts- und Administrativgutachten in Frage zu stellen. Es ist gerichtsnotorisch, dass Personen in der Situation des Beschwerdeführers eine Besserung ihres Befindens von vornherein nicht eingestehen können, andernfalls sie Gefahr laufen, die verständnisvolle Haltung, welche ihnen z.B. die Angehörigen mit Blick auf ihren subjektiven Leidenszustand entgegenbringen, ebenso zu verlieren wie die Aussicht auf den von ihnen über Jahre hin angestrebten Prozess Erfolg (vgl. I 391/06, a.a.O., E. 3.2.2). Angesichts der von Dr. L.____ gestellten Diagnose – Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte bis mittelgradige depressive Störung F33.1 ohne vollständige Remission der depressiven Symptomatik mit stressassoziierten Somatisierungstendenzen F45.1 – ist es des Weiteren auch nicht nachvollziehbar, dass dieser den Beschwerdeführer aus psychischen Gründen seit 2002 als durchgehend zu 100 % arbeitsunfähig erachtet. In diesem Zusammenhang ist zudem der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Ärzte im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen mitunter eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 353). Im Lichte der obigen Erwägungen kann diesen Berichten somit kaum Beweiswert zugemessen werden. Im Übrigen ist auch gestützt auf die Diagnosestellung von Dr. L.____ davon auszugehen, dass es seit der Begutachtung durch Dr. C.____ und der nachfolgenden Rentenzusprechung im Jahr 2002 aus psychiatrischer Sicht zu einer gesundheitlichen Verbesserung gekommen ist.

7.4.3 Schliesslich vermögen auch die vom Beschwerdeführer gegen das D.____-Gutachten vom 27. Oktober 2009 vorgebrachten Rügen nichts an dessen Beweiswert zu ändern. Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers hat sich Dr. H.____ im psychiatrischen Teilgutachten des D.____ durchaus sinngemäss zur Überwindbarkeit der somatoformen Schmerzstörung geäussert. Wie Dr. H.____ in Ziffer 4.1.5 des D.____-Gutachtens zu Recht festhält, könne es dem Beschwerdeführer trotz der geklagten Beschwerden aus psychiatrischer Sicht zugemutet werden, in einer seiner körperlichen Einschränkungen angepassten Tätigkeit zu 70 % zu arbeiten. So liege keine schwere psychische Störung vor, zudem bestünden keine Hinweise auf einen verfestigten, therapeutisch nicht mehr beeinflussbaren innerseelischen Verlauf (primärer Krankheitsgewinn). Auch aufgrund der vorliegenden medizinischen Akten ist nicht davon auszugehen, dass die somatoforme Schmerzstörung mit zumutbarer Willensanstrengung unüberwindbar ist. Einerseits bestehen beim Beschwerdeführer seit längerem keine psychische Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer

mehr, andererseits liegt keine chronische körperliche Begleiterkrankung vor; ein mehrjähriger, chronifizierter Krankheitsverlauf mit unveränderter oder progredienter Symptomatik ohne länger dauernde Rückbildung kann aufgrund der gesundheitlichen Verbesserung ebenfalls verneint werden. Ein sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens muss ebenso verneint werden, zumal der Beschwerdeführer im D.____-Gutachten vom 27. Oktober 2009 selbst angibt, 3 bis 4 Mal pro Jahr fahre er in den [...], wo er sich mit echten Freunden treffen könne (IV-Nr. 80 S. 11). Sodann liegt, wie Dr. H.____ korrekt ausführt, kein verfestigter, therapeutisch nicht mehr beeinflussbarer innerseelischer Verlauf einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung (primärer Krankheitsgewinn; „Flucht in die Krankheit“) vor. Schliesslich kann im vorliegenden Fall auch nicht davon gesprochen werden, dass beim Beschwerdeführer eine konsequent durchgeführte ambulante oder stationäre Behandlung (auch mit unterschiedlichem therapeutischem Ansatz) trotz kooperativer Haltung der versicherten Person gescheitert wäre (BGE 130 V 352). Dies muss angesichts dessen, dass lediglich eine ambulante Behandlung einmal pro Monat durchgeführt wird und, wie die D.____-Gutachter festgehalten haben, die Psychopharmaka in höherer Dosierung eingenommen und stattdessen die Benzodiazepine abgesetzt werden sollten, ebenfalls verneint werden. Nur wenn mehrere dieser Kriterien zuträfen und sich die entsprechenden Befunde ausgeprägter darstellen würden, so wären – ausnahmsweise – die Voraussetzungen für eine zumutbare Willensanstrengung zu verneinen (BGE 131 V 49 E. 1.2 m. Hinw.), wovon indes vorliegend aufgrund der fachärztlichen Beurteilung nicht auszugehen ist. Selbst wenn man das Kriterium der Komorbidität, gemäss der Ansicht des Beschwerdeführers, aufgrund der mittelgradigen depressiven Episode bejahen würde, stellt sich dieses nicht in derart ausgeprägte Weise dar, als deswegen die Unüberwindbarkeit bejaht werden müsste. 7.5 Zusammenfassend ist damit gestützt auf die obigen Erwägungen gemäss Beurteilung der D.____-Gutachter davon auszugehen, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers spätestens ab dem Begutachtungszeitpunkt im August 2009 erheblich verbessert hat und es ihm ab diesem Zeitpunkt zumutbar ist, zu 70 % in einer angepassten Arbeit tätig zu sein.» 7.1.2 Sodann ist auf die vom Beschwerdeführer in seiner Beschwerde vom 28. März 2019 gegen das D.____-Gutachten vom 27. Oktober 2009 vorgebrachten Rügen einzugehen. Diesbezüglich ist festzuhalten, dass die meisten Argumente des Beschwerdeführers bereits im Urteil des Versicherungsgerichts vom 1. Mai 2014 beurteilt wurden, weshalb nachfolgend nur noch punktuell darauf einzugehen ist. Die Rüge des Beschwerdeführers, wonach Dr. med. H.____ im psychiatrischen Teilgutachten auf die Durchführung von Tests verzichtet habe, weshalb dieses nicht voll beweiskräftig sei, wurde ebenfalls im Urteil VSBES.2013.34 vom 1. Mai 2014 E. 7.4.2 behandelt. Es ist auf das vorstehend Gesagte zu verweisen. Ergänzend ist diesbezüglich anzufügen, dass die Rechtsprechung solchen Testverfahren höchstens ergänzende Funktion zuerkennt, während die klinische Untersuchung mit Anamneseerhebung, Symptomerfassung und Verhaltensbeobachtung entscheidend bleibt (Urteil des Bundesgerichts 9C_252/2012 vom 7. September 2012 E. 8.3). Ebenso vermag eine fehlende Fremdanamnese den Beweiswert des psychiatrischen Teilgutachtens nicht zu schmälern. So ist es dem Gutachter überlassen, welche zusätzlichen Abklärungen er als notwendig erachtet. Des Weiteren macht der Beschwerdeführer geltend, unter dem Aspekt, ob eine wesentliche Änderung des Gesundheitszustands vorliege, sei ferner der Frage nachzugehen, ob beim Beschwerdeführer nur eine isolierte depressive Episode im Sinne des ICD-10 F32.0/32.1 oder aber eine rezidivierende depressive Episode im Sinne des ICD-10 F33.11 vorliege. Der

D.____-Gutachter Dr. med. H.____ diskutiere die Frage gar nicht, ob allenfalls eine rezidivierende depressive Störung im Sinne des ICD-10 F33.1, wie von Dr. med. F.____ diskutiert, vorliege. In Berücksichtigung dessen, dass die depressiven Phasen eben episodenhaft und rezidivierend aufträten und es nicht ausgeschlossen sei, dass Dr. H.____ den Exploranden während einer eher leicht- bis mittelgradigen depressiven Episode (9 Jahre nach der erstmaligen medizinischen Feststellung einer depressiven Episode) erlebt habe, könne doch die Schlussfolgerung gezogen werden, dass sich am psychiatrischen Gesamtbild des Beschwerdeführers im Vergleich zum Jahr 2000 wenig geändert habe. Dem ist entgegenzuhalten, dass bereits im Urteil vom 1. Mai 2014 ausführlich dargelegt wurde, inwiefern aus psychiatrischer Sicht seit der Begutachtung durch Dr. med. C.____ eine Verbesserung eingetreten ist. Dieser erachtete den Beschwerdeführer in seinem Gutachten vom 9. Mai 2002 (IV-Nr. 49) im Wesentlichen aufgrund der Diagnose «aktuell mittel- bis eher schwergradige depressive Episode mit somatischem Syndrom ICD-10 F32.31» aus psychiatrischen Gründen in jeglicher Tätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig. Dagegen diagnostizierte Dr. med. H.____ im beweiswertigen psychiatrischen Teilgutachten eine leichte bis mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.0/F32.1), weshalb bereits aufgrund dessen eine gesundheitliche Verbesserung erstellt war. Zudem wurde im Urteil vom 1. Mai 2014 hinsichtlich des Gutachtens von Dr. med. F.____ festgehalten: «Bereits die Diagnoseerhebung von Dr. med. F.____ kann nur bedingt überzeugen. So erhob er anlässlich der Begutachtung zwar lediglich eine mittelgradige depressive Episode, stellte aber dennoch zusätzlich die Diagnose einer phasenweise schweren Depression, obwohl sich aus den medizinischen Berichten der vorangehenden 5 Jahre diesbezüglich keine Hinweise auf schwere depressive Episoden ergeben.» Dem Beschwerdeführer ist zwar insofern recht zu geben, dass es nicht völlig auszuschliessen ist, dass Dr. med. H.____ den Exploranden während einer eher leicht- bis mittelgradigen depressiven Episode erlebt hat. Dennoch vermag die Diagnosestellung von Dr. med. H.____ auch angesichts der im Gutachten geschilderten Aktivitäten und Ressourcen des Beschwerdeführers zu überzeugen (vgl. Urteil des Versicherungsgerichts VSBES.2013.34 vom 1. Mai 2014 E. 7.4.3), weshalb darauf abgestellt werden kann, zumal sich aus den übrigen medizinischen Berichten keine beweiswertigen Hinweise ergeben, welche die Diagnosestellung von Dr. med. H.____ entkräften würden. Schliesslich führt der Beschwerdeführer aus, die Suva habe ihm im Jahr 2001 einen IV-Grad von 33 1/3 % zugebilligt. Dieser IV-Grad sei allein gestützt auf somatische Befunde festgelegt worden. Damit sei dargetan, dass für die finale Sicht der Invalidenversicherung auch eine Beeinträchtigung der somatischen Erwerbsfähigkeit im Umfang von 33 1/3 % plausibel erscheine. Dem ist einerseits entgegenzuhalten, dass rechtsprechungsgemäss keine Bindungswirkung der Invaliditätsschätzung der Unfallversicherung für die Invalidenversicherung (BGE 133 V 549) besteht. Andererseits ist aufgrund des beweiswertigen D.____-Gutachtens vom 27. Oktober 2009 erstellt, dass aus somatischer Hinsicht in einer angepassten Tätigkeit keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit besteht. 7.2 Im Weiteren ist der Beweiswert des D.____-Gutachtens vom 6. März 2018 (IV-Nr. 195.1) zu prüfen: 7.2.1 Im allgemeininternistischen Teilgutachten von Dr. med. S.____ wird festgehalten, aus allgemeininternistischer Sicht imponiere ein chronischer Nikotinabusus sowie eine chronische Refluxkrankheit bei bekannter axialer Hiatushernie und bekanntem Barrett-Oesophagus. Angesichts dieser Diagnosen leuchtet es ein, dass Dr. med. S.____ zum Schluss kommt, diese Befunde und Diagnosen könnten mit geeigneten Massnahmen behandelt werden und begründeten keine Arbeitsunfähigkeit für eine körperlich adaptierte Tätigkeit. 7.2.2 Im orthopädischen Teilgutachten führt Dr. med.

T. ___ aus, der Explorand beklage im Vordergrund stehende Beschwerden an der linken unteren Extremität zwischen Sprunggelenk und dorsalem Beckenabschnitt, auf gezielte Frage aber auch Schmerzen an der tieflumbalen sowie zervikalen Wirbelsäule. Zusätzlich bestünden erhebliche Schmerzen im Bereich der Schulterblätter mit Bewegungseinschränkung der Arme. Die permanent auftretende Symptomatik nehme unablässig zu, wobei ein linksseitiger Schultereingriff nur wenig Verbesserung gebracht hätte. Er werde weder orthopädisch noch rheumatologisch betreut. Sodann hält Dr. med. T. ___ fest, aktuell seien auf orthopädischer Ebene folgende Befunde objektivierbar: Der Explorand demonstriere ein nicht klar reproduzierbares linksseitiges Hinken und gebe die Gangarten rechts als undurchführbar an, während sie links durchaus gelingen würden. Beim Treppabgehen stelle er den linken Fuss voran. Bei der Untersuchung der Wirbelsäule zeige sich die Beweglichkeit thorakal weitgehend frei und lumbal sowie zervikal deutlich vermindert, doch gelinge die bei der expliziten Prüfung verminderte Kopffrotation unter Ablenkung ohne relevante Einschränkung. An den oberen und unteren Extremitäten bestehe gleichfalls eine weitgehend freie Beweglichkeit mit Ausnahme der Schultern, an welchen unter Gegenspannung auch passiv keine Auslenkung oberhalb der Horizontalen toleriert werde. Es fehlten hierbei klare Hinweise für ein Impingement sowie funktionelle Defizite im Sinne einer Läsion von Rotatorenmanschette, Bizepssehne, Labrum oder Akromioklavikulargelenk. Der Explorand schildere seine Beschwerden sehr sprunghaft und gehe auf die präzisierenden Fragen des Untersuchers kaum ein. Die gesamte ausführliche Untersuchung im Stehen, Gehen, Sitzen und Liegen könne jedoch bei ausreichender Kooperation problemlos durchgeführt werden. Auf radiologischer Ebene bestünden mehrsegmentale degenerative Veränderungen und Diskopathien der zervikalen Wirbelsäule mit möglicher beidseitiger Affektion der Nervenwurzeln C5 und C6, degenerative Veränderungen und Diskopathie im Segment LWK4/5 mit möglicher Affektion der Nervenwurzel L5 beidseits und regelrechte Verhältnisse an den Iliosakralgelenken. Der Befund an der operierten linken Schulter sei regelrecht, wogegen rechts eine Partiailläsion der Supraspinatussehne sowie eine hypertrophe Arthrose des Akromioklavikulargelenkes vorlägen. Am linken Kniegelenk bestehe eine mässige mediale Arthrose und am oberen Sprunggelenk dieser Seite eine Arthrose des ventralen Abschnittes. Zusammenfassend könne festgestellt werden, dass sich die letztlich sehr diffus beklagten Beschwerden durch die klinischen und radiologischen Befunde nicht vollumfänglich begründen liessen. Durchaus nachvollziehbar sei ein gewisser Leidensdruck an zervikaler und lumbaler Wirbelsäule, rechter Schulter sowie linkem Knie- und oberem Sprunggelenk, doch lasse die gesamte anamnestische und klinische Präsentation an eine deutliche nicht-organische Beschwerdekomponekte denken. Gestützt auf die eingehenden Befunderhebungen und Diagnosestellungen vermag sodann auch die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit aus orthopädischer Sicht zu überzeugen: In der angestammten Tätigkeit als Bauhilfsarbeiter sei nach wie vor von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit auszugehen. Für körperlich leichte, immer wieder auch sitzende Verrichtungen unter Wechselbelastung liege dagegen eine zeitlich und leistungsmässig uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit vor. Das wiederholte Heben und Tragen von Lasten über 10 kg, der Einsatz der oberen Extremitäten oberhalb des Schulterniveaus, längeres Gehen und Stehen, das Überwinden von Treppen und unebenem Grund sowie die Einnahme kniender und kauender Positionen sollten dabei vermieden werden. Des Weiteren setzt sich Dr. med. T. ___ nachvollziehbar und überzeugend mit den Vorakten auseinander: In seinem Gutachten vom 3. Oktober 2010 habe Prof. Dr. med. E. ___, Facharzt für Chirurgie, unter den Diagnosen mit Auswirkung auf die

Arbeitsfähigkeit eine rechtsseitige Epicondylitis radialis humeri, eine Bewegungseinschränkung bei linksseitiger frozen shoulder nach Kontusion, den Zustand nach Quetschtrauma der linken oberen Extremität, eine linksseitige Gonarthrose, den anamnestisch bestehenden Zustand nach Teilmeniskektomie am rechten Knie sowie ein chronisches generalisiertes Schmerzsyndrom bei Polyneuropathie unklarer Ursache aufgeführt. Weiter habe Dr. med. E.____ angeführt, bezüglich der Epikondylopathie sei die Arbeitsfähigkeit qualitativ und quantitativ beeinträchtigt gewesen, doch hätten durch verschiedene konservative und operative Massnahmen gute Resultate erzielt werden können. Da es sich um den dominanten Arm gehandelt habe, seien schwere körperliche Verrichtungen auf dem Bau «aktuell nicht mehr möglich» gewesen. Selbst nach erfolgreicher Therapie hätten Restbeschwerden eine solche Tätigkeit verunmöglichen können. Hinsichtlich der Kniegelenke nach links zwei- und rechts einmalig durchgeführter Teilmeniskektomie habe langfristig mit einer Zunahme der Gonarthrose gerechnet werden müssen. Durch Polyneuropathie und chronisches Schmerzsyndrom habe ein Verarbeitungsproblem der Schmerzen und der Unfälle bestanden. Unter anderem aufgrund des somatischen und psychischen Zustandsbildes sei die Rückkehr in die Tätigkeit als Bauarbeiter nicht mehr möglich gewesen. Dies wiederum habe es verunmöglicht, einer anderen Arbeit gegenüber offen zu sein, und es habe eine familiäre Belastungssituation bestanden. Das chronische Schmerzsyndrom sowie die Arbeitsunfähigkeit liessen sich auch durch das biopsychosoziale Modell erklären. Es habe davon ausgegangen werden müssen, dass sich vor allem diese nicht-spezifischen Beschwerden langfristig verschlechtern würden. Auch wenn sich der Explorand diesbezüglich eher negativ geäussert habe, sei aus orthopädischer Sicht eine andere Tätigkeit möglich gewesen. Wechselbelastende Verrichtungen mit einem Belastungslimit von 10 kg sollten zu 100 % möglich sein. Zu diesen Ausführungen von Dr. med. E.____ hält Dr. med. T.____ fest, dieser Einschätzung der Arbeitsfähigkeit könne aufgrund der heutigen Untersuchung gefolgt werden. Zu betonen sei dabei aber, dass der Explorand während Anamneseerhebung und klinischer Untersuchung keine Beschwerden an Ellbogen und Händen mehr angebe. Sodann habe Dr. med. O.____, FMH Orthopädie, am 27. April 2012 berichtet, dass die frozen shoulder nach linksseitigem Schultereingriff bezüglich Beweglichkeit und Schmerzen abgenommen habe. Am 8. Juni 2012 habe er einen «an sich komplikationslosen Verlauf» beschrieben, wobei der Explorand etwas früh aktive statt der verordneten passiven Bewegungen durchgeführt gehabt habe und über die persistierenden Schmerzen enttäuscht gewesen sei. Am 26. April 2013 habe Dr. med. O.____ «mehrere posttraumatische Problemkreise» mit resultierender Invalidität für körperliche Tätigkeiten genannt, wogegen wechselbelastende Verrichtungen möglich gewesen seien. Eine Re-Evaluation sei «versicherungstechnisch indiziert» gewesen und medizinisch gesehen sei kein Grund für die Reduktion der Arbeitsunfähigkeitstaxierung unter die Rentengrenze gegeben gewesen. Im letzten vorliegenden Bericht vom 29. Februar 2016 habe Dr. med. O.____ die Zuweisung an den Wirbelsäulenchirurgen Dr. med. U.____ im V.____ im Hinblick auf eine mögliche periradikuläre Infiltration oder allenfalls Dekompression der HWS empfohlen. Anschliessend sei die Indikation zur operativen Behandlung der rechten Schulter bei AC-Arthrose, Impingement und ansatznaher Teiltraktur der Supraspinatussehne zu evaluieren gewesen. Dazu führt Dr. med. T.____ aus, diese Einschätzung könne aufgrund der heutigen Untersuchung im Sinne einer durchaus gegebenen Arbeitsfähigkeit für angepasste Verrichtungen gefolgt werden. Die anamnestische und klinische Präsentation korreliere allerdings keinesfalls klar mit den genannten radiologischen Veränderungen, und nicht

zuletzt aufgrund des Verlaufes nach linksseitigem Schultereingriff sollten invasive Massnahmen nur mit allergrösster Zurückhaltung indiziert werden. Am 8. April 2016 habe die Wirbelsäulenchirurgie des Q.____ ein chronisches Zervikobrachialgiesyndrom sowie eine rechtsseitige Arthrose des Akromioklavikulargelenkes mit Impingement beschrieben. Bei multisegmentaler Osteochondrose und foraminaler Stenose HWKS/6 rechts seien die angegebenen Beschwerden erklärbar gewesen. Im letzten vorgehenden Schreiben vom 6. Mai 2016 sei über die am 29. April 2016 durchgeführte Nervenwurzelinfiltration C5/6 rechts berichtet worden. Der Verlauf sei abzuwarten gewesen. Diesen Einschätzungen könne aufgrund der vorliegenden radiologischen Dokumentation prinzipiell gefolgt werden. Schliesslich wird in der gutachterlichen Stellungnahme vom 3. September 2018 (IV-Nr. 204) überzeugend dargelegt, dass sich auch aus dem MRT vom 20. April 2018 keine seit dem Gutachten vom 6. März 2018 eingetretene Veränderung des Gesundheitszustandes ergibt, da die Frage nach Vorliegen einer linkseitigen Radikulopathie C8 in der Bildgebung kein Korrelat finde (E. II. 6.3.21 hiervor). Im Übrigen ergibt sich auch aus dem nach der Gutachtenserstellung eingereichten Bericht der R.____ betreffend das MRT der LWS und ISG vom 14. September 2018 (IV-Nr. 209, S. 3) keine gesundheitliche Verschlechterung (vgl. E. II. 6.3.22 hiervor). 7.2.3 Im neurologischen Teilgutachten hält Dr. med. W.____ fest, beim Exploranden sei seit vielen Jahren eine Rückenproblematik bekannt, schon anlässlich des D.____-Vorgutachtens mit Berichterstattung vom 27. Oktober 2009 sei unter anderem ein chronisches zerviko- und lumbovertebrales Schmerzsyndrom ohne radikuläre Ausfälle diagnostiziert worden. Eine weitere Diagnose habe auf Polyneuropathie unklarer Ätiologie gelaute. Durch handschriftliche Berichte von Herrn Dr. K.____, Neurologie FMH in [...], sei dann einerseits 2011 ein lumboradikuläres Reiz- und Ausfallssyndrom L5 links bei foraminaler und extraforaminale Diskushernie L5/S1 sowie Rezessusstenose L4/5 beidseits dokumentiert worden, andererseits gemäss Bericht vom 16. März 2016 auch ein zervikoradikuläres Reiz- und Ausfallssyndrom C6 rechts bei Spinalkanal-Enge und foraminale Enge C5/6. Der Explorand habe anlässlich der aktuellen Befragung die Kreuzschmerzen als im Vordergrund stehend angegeben. Diese würden als konstant vorhanden beschrieben, belastungsabhängig verstärkt, im Wesentlichen ohne Ausstrahlungen in die Beine. Auf Nachfragen ergebe sich aber, dass vor allem beim Bergabgehen oder bei längeren Strecken geradeaus eine Ausstrahlung ins linke Bein seitlich bis zum Fuss auftrete, welche ansonsten nicht vorhanden sei, insbesondere nicht im Sitzen, welche auch nicht begleitet sei von einer Gefühlsstörung oder einer Schwäche. Bei der klinischen Untersuchung sei die aktive LWS-Beweglichkeit eingeschränkt und die paravertebrale Muskulatur vor allem links vermehrt gespannt. Die radikulären Provokationsmanöver seien negativ, auch diejenigen hinsichtlich einer Spinalkanalstenose. Eine über eine Schmerzhemmung hinausgehende Parese könne nicht nachgewiesen werden, die Reflexe fehlten bis auf die TSR beidseits am ganzen Körper und eine radikuläre zuzuordnende Sensibilitätsstörung liege ebenfalls nicht vor. Zusammengefasst könne klinisch ein chronisches Lumbovertebral-Syndrom nachgewiesen werden, in der Untersuchungssituation ohne Anhaltspunkte für eine radikuläre Komponente. Unter Berücksichtigung des MRI-Befundes LWS vom 10. April 2017 mit einer bilateralen foraminale Enge bei L4/5 und der anamnestischen Angabe von vor allem beim Abwärtsgehen ausstrahlenden Schmerzen ins linke Bein seitlich, sei aber von einem intermittierenden Vorhandensein einer radikulären Reiz- respektive Schmerzsymptomatik der Wurzel L5 auszugehen, also einer dynamischen Irritation, formal im Sinne einer neurogenen Claudicatio. Der Explorand mache auch Nackenschmerzen geltend, weniger

ausgeprägt als die im Kreuz lokalisierten, ohne Ausstrahlungen ausser in den Hinterkopf. Bei der klinischen Untersuchung sei auch hier die aktive Beweglichkeit eingeschränkt, ein relevanter Hartspann nicht palpabel. Die radikulären Provokationsmanöver seien negativ und sensomotorische Ausfälle oder Reflexanomalien an den Armen nicht objektivierbar. Die MRI-Bilder HWS vom 19. Februar 2016 zeigten multisegmental recht ausgeprägte degenerative Veränderungen – auf jeden Fall ausgeprägtere als lumbal, wo mehr Schmerzen bestünden – mit im Vordergrund stehend erosiven Osteochondrosen bei C4/5 und C5/6 mit auf beiden Höhen auch zentralen Einengungen sowie foraminalen Engen, letzteres auch bei C6/7 rechts. Trotz dieser Bildgebung bestünden klinisch weder Hinweise auf eine Myelopathie noch eine Radikulopathie. Der Explorand gebe auch konstant vorhandene Hinterkopfschmerzen an. An sich wäre es naheliegend, eine zervikogene Ursache anzunehmen; der Explorand beschreibe die Kopfschmerzen aber zum Teil als intensiver als diejenigen im Nacken. Phänomenologisch handle es sich – abgesehen von der recht fokalen Lokalisation – um chronisches Spannungstyp-Kopfwegh, wobei die Exazerbationen auch migräniformen Charakter hätten (in Form einer Nausea). Eine sichere Zuordnung sei nicht möglich. Die Gesichtsschmerzen stünden offenbar im Zusammenhang mit einer ORL-Problematik, es seien laut Angabe des Exploranden auch schon mehrere Nasennebenhöhlen-Eingriffe erfolgt. Im klinischen Status fänden sich diskrete Hinweise in Richtung einer Polyneuropathie, zu nennen seien die fehlende Schweisssekretion an den Füssen, die Areflexie und eine Pallhyp- bis Anästhesie. Anamnestisch verneine der Explorand allerdings entsprechende Beschwerden oder Einschränkungen. Es bestehe eine gewisse Diskrepanz zwischen den angegebenen Beschwerden und deren Auswirkungen im Alltag und bei der Arbeit zu den objektivierbaren Befunden, ohne dass Anhaltspunkte für eine Aggravation vorlägen. Eine gewisse Schmerzfehlerverarbeitung sei aber anzunehmen. In diesem Zusammenhang sei erwähnenswert, dass schon im D.____-Vorgutachten vom 27. Oktober 2009 vom Vorliegen einer anhaltenden somatofotmen Schmerzstörung ausgegangen worden sei. Schliesslich sei anzufügen, dass der Referent im Gegensatz zum behandelnden Neurologen Dr. med. K.____ aktuell keine persistierende radikuläre Reiz- oder Ausfallssymptomatik objektivieren könne, anamnestisch sei aber unter Berücksichtigung auch der Bildgebung von einem intermittierenden Vorhandensein einer solchen am linken Bein auszugehen. Im Lichte der vorgehenden Befund- und Diagnoseerhebung vermag auch die gutachterliche Beurteilung der Arbeitsfähigkeit zu überzeugen: Wegen der Rückenproblematik seien dem Exploranden körperlich schwere und überwiegend mittelschwere Tätigkeiten nicht mehr möglich. Wegen der radikulären Komponente am linken Bein, manifest vor allem bei Abwärts- oder beim längeren Geradeausgehen – theoretisch auch im Stehen auftretend –, seien rein stehend und gehend auszuübende Tätigkeiten ebenfalls nicht möglich. Zwischendurch aufstehen und umhergehen könne aber durchgeführt werden. Zusammengefasst bestehe für eine körperlich leichte Arbeit, ohne das Heben und Tragen von Lasten über 10 kg, vorwiegend sitzend und ohne Zwangshaltungen (wie mit den Armen über Schulterhöhe, mit Bücken etc.) aus neurologischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. 7.2.4 7.2.4.1 Im psychiatrischen Teilgutachten führt Dr. med. H.____ aus, beim Exploranden bestehe diagnostisch eine leichte bis mittelgradige depressive Episode, gekennzeichnet durch eine depressive Verstimmung mit verminderter Freudeempfindungsfähigkeit und Interessenverlust, erhöhter Ermüdbarkeit, Schlafstörungen, vermindertem Appetit bei Gewichtszunahme und negativen Zukunftsperspektiven bezüglich der gesundheitlichen und beruflichen Situation. Im Rahmen der Depression bestehe auch eine Antriebsstörung. Der

Beschwerdeführer habe praktisch nur noch in der Familie und dort vor allem zur Ehefrau, mit der er zusammenlebe, Kontakte. Er falle aber aus seinem sozialen Rahmen nicht hinaus. Eine ambulante Behandlung sei möglich. Zu psychiatrischen Hospitalisationen sei es nicht gekommen. Es bestehe diagnostisch auch eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, gekennzeichnet durch doch ausgeweitete Schmerzen im Bewegungsapparat, entstanden nach Unfallereignissen, wobei das Ausmass der Schmerzen mit der Überzeugung, nicht mehr arbeiten zu können, mit den somatischen Befunden nicht hinreichend objektiviert werden könne, sodass eine psychische Überlagerung angenommen werden müsse, die sich nicht nur auf eine Somatisierung im Rahmen der Depression zurückführen lasse. Es bestünden deutliche emotionale, konfliktartige und vor allem auch psychosoziale Belastungsfaktoren, die eine Rolle spielten mit einem ursprünglichen Migrationshintergrund, wobei er erklärt habe, auch wegen seiner behinderten Tochter in die Schweiz gekommen zu sein, einer anhaltenden Schmerzproblematik, die sich bis heute trotz Behandlungen nicht gebessert habe, einer angespannten finanziellen Situation mit Abhängigkeit vom Einkommen der ausserhülich erwerbstätigen Ehefrau neben den Suva-Leistungen, aber auch einer wiederholt angespannten Beziehung zur Ehefrau mit auch heute verbalen Auseinandersetzungen, wobei es nach seinen Angaben nicht mehr zu Tötlichkeiten komme. Auf diesem Hintergrund komme es zu den vorliegenden psychischen Störungen. Die Prognose sei aufgrund des chronischen Verlaufs und der deutlichen Krankheits- und Behinderungsüberzeugung ungünstig. Gestützt auf die wohlbegründete Befunderhebung und Diagnosestellung vermag sodann auch die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht zu überzeugen: Bei einer Arbeit komme es vor allem zu einer erhöhten Ermüdbarkeit, was einen vermehrten Pausenbedarf erfordere. Beim Exploranden bestehe in allen seinen Fähigkeiten entsprechenden und aus somatischer Sicht angepassten Tätigkeiten eine 70%ige Arbeitsfähigkeit, realisierbar auch ganztags mit der Möglichkeit zu vermehrten Pausen. Von dieser Arbeitsfähigkeit könne auch seit dem letzten D. ___-Gutachten 2009 ausgegangen werden. Sonst könne für den Verlauf davor auf das damalige Gutachten auch aus heutiger Sicht abgestützt werden. Des Weiteren setzt sich Dr. med. H. ___ mit den entgegenstehenden Arztberichten auseinander und begründet seine Diagnosestellung nachvollziehbar: Auf die Beurteilung im D. ___-Gutachten 2009 könne auch aus heutiger Sicht abgestützt werden. Der Psychiater Dr. F. ___ sei gutachterlich 2010 von einer mittelgradigen bis phasenweise schwer ausgeprägten Depression und einer Arbeitsunfähigkeit von 50 bis 75 % ausgegangen. Eine schwere depressive Episode könne aber nicht bestätigt werden. Bei einer schweren depressiven Episode komme es zu einer deutlichen Antriebshemmung oder deutlichen Phasen von Agitiertheit, es komme zu schweren Konzentrationsstörungen, Autofahren wäre dann nicht mehr möglich, wie auch überhaupt bei einer schweren depressiven Episode Tätigkeiten und Aktivitäten nicht mehr möglich seien, schon gar nicht Reisen. Es komme bei einer schweren depressiven Episode nicht nur zu einer Appetitverminderung, sondern auch zu einem Gewichtsverlust und es bestünden deutliche Schuldgedanken oder ein deutlich verminderter Selbstwert mit negativen Zukunftsperspektiven, die dann allumfassend seien. Dies sei beim Exploranden nicht so ausgeprägt. Auch aufgrund der täglichen Aktivitäten, die ihm doch möglich seien, könne eine höhergradige Arbeitsunfähigkeit auch heute nicht bestätigt werden. Diese Beurteilung überzeugt insbesondere auch angesichts des vom Beschwerdeführer selbst geschilderten Tagesablaufs (D. ___-Gutachten S. 22): Gegen 11 – 11.30 Uhr stehe er auf, gehe anschliessend in ein Restaurant einen Kaffee trinken, dort dürfe er auch rauchen. Dann spaziere er gelegentlich von Restaurant zu Restaurant, besuche zirka drei Restaurants pro

Tag, trinke dort Kaffee und Bitter Lemon. Das Mittagessen in Form einer von der Ehefrau zubereiteten Mahlzeit nehme er zwischen 12.30 bis 13.00 Uhr ein, gelegentlich kaufe er sich auch eine Pizza. Einen Mittagsschlaf absolviere er nicht. Den Nachmittag verbringe er meistens in [...], besuche dort Geschäfte, er sehe sich um, halte sich dort bis eineinhalb Stunden auf. Speziellen Aktivitäten gehe er sonst nicht nach. Das Abendessen nehme er zwischen 20.30 und 23.00 Uhr ein. Anschliessend besuche er meistens einen [...] Club, trinke dort einen türkischen Tee und beobachte die Szene. Gegen 00.30 bis 1.00 Uhr sei er meistens wieder zuhause. Da er nicht schlafen könne, könne er nicht einfach nichts tun, müsse sich bewegen. Gegen 1.30 bis 2.00 Uhr schlafe er meistens ein, nicht durch. Hobbys und sportlichen Aktivitäten gehe er keinen nach, er habe keinen Freundeskreis, einsam fühle er sich nicht, es sei besser alleine zu sein. 7.2.4.2 Sodann sind gemäss dem Urteil des Bundesgerichts 8C_841/2016 vom 30. November 2017 sämtliche psychische Erkrankungen einem strukturierten Beweisverfahren gemäss BGE 141 V 281 zu unterziehen, welches durch den psychiatrischen Gutachter bzw. die psychiatrische Gutachterin dementsprechend zu prüfen ist. Gemäss diesem Urteil soll der Gutachter stärker darauf achten, die Diagnosen so zu begründen, dass die Rechtsanwender nachvollziehen können, ob die klassifikatorischen Vorgaben nach ICD-10 tatsächlich eingehalten sind (Urteil E. 2.1); das Augenmerk ist namentlich auch auf Ausschlussgründe wie Aggravation zu richten (E. 2.2). Bei den psychosomatischen Beschwerdebildern – wie beispielsweise bei der somatoformen Schmerzstörung – besteht zudem keine Vermutung mehr, dass solche mit einer Willensanstrengung überwunden werden können, wovon nur abgewichen werden darf, wenn die sog. Förster-Kriterien erfüllt sind. Neu wird ein strukturierter, normativer Prüfungsraster angewandt (E. 3.6). Anhand eines Kataloges von Indikatoren erfolgt eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens (E. 4.1.3): 1) Kategorie «funktioneller Schweregrad» (E. 4.3) a) Komplex «Gesundheitsschädigung» (E. 4.3.1) - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde (E. 4.3.1.1) - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz (E. 4.3.1.2) - Komorbiditäten (E. 4.3.1.3) b) Komplex «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen; E. 4.3.2) c) Komplex «Sozialer Kontext» (E. 4.3.3) 2) Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens; E. 4.4) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2) Zunächst sind im Rahmen der Kategorie «funktioneller Schweregrad» die Indikatoren zum Komplex «Gesundheitsschädigung» näher auszuleuchten. Entscheidend sind demnach die Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome, deren Behandlungs- und Eingliederungserfolg resp. -resistenz sowie allfällige Komorbiditäten. In Bezug auf die Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde ist dem psychiatrischen Teilgutachten zu entnehmen, an objektiven psychopathologischen Befunden hätten sich im heutigen klinischen psychiatrischen Untersuchungsgespräch eine depressive Verstimmung mit verminderter Freudeempfindungsfähigkeit und Interessenverlust sowie negative Zukunftsperspektiven bezüglich der gesundheitlichen und beruflichen Situation gezeigt. Zum psychopathologischen Befund nach AMDP führte der Gutachten aus, der affektive Kontakt sei herstellbar gewesen. Der Explorand sei während des ganzen Gesprächs auf dem Stuhl gesessen, habe mit fester, rauher Stimme gesprochen, habe schliesslich auch geweint und verbittert und missgestimmt gewirkt. Die Stimmung sei depressiv mit verminderter

Freudeempfindungsfähigkeit und Interessenverlust. Der Antrieb sei herabgesetzt. Er habe erhöhte Ermüdbarkeit und Schlafstörungen sowie auch einen verminderten Appetit bei Gewichtszunahme angegeben. Es hätten negative Zukunftsperspektiven bezüglich der gesundheitlichen und beruflichen Situation bestanden. Hinweise auf manifeste Ängste mit vegetativen Symptomen als Ausdruck der Angst und Zwänge hätten nicht bestanden. Die Anamnese habe gut erhoben werden können. Er sei wach, bewusstseinsklar und allseits orientiert gewesen. Zeitgitterstörungen hätten nicht bestanden. Die Aufmerksamkeit, die Auffassung und das Gedächtnis seien intakt gewesen. Das Denken sei formal geordnet gewesen und inhaltlich hätten keine Wahnideen, Halluzinationen oder Ich-Störungen bestanden. Er habe spätes Aufstehen am Morgen angegeben. Anamnestisch habe er auch aggressive Gestimmtheit mit verbaler Aggressivität und Auseinandersetzungen mit der Ehefrau angegeben. Hinweise auf Suizidalität und ein fremdgefährliches Verhalten hätten nicht bestanden. Er habe missgestimmt, eher wenig frustrationstolerant gewirkt, das Gespräch habe aber gut durchgeführt werden können und er sei die ganze Zeit über ruhig und insgesamt doch angepasst geblieben. Er habe doch gut zu sich geschaut und im Verlauf des Gesprächs auch Mineralwasser getrunken, das er bei sich gehabt habe.

Zusammenfassend kann im Lichte der gemachten Ausführungen und angesichts des vorgehenden geschilderten Tagesablaufs (E. 7.2.4.1 hiervor) zumindest nicht auf ein erheblich ausgeprägtes Leiden geschlossen werden. Hinsichtlich des Indikators Behandlungs- und Eingliederungserfolg resp. -resistenz führt der Gutachter aus, es bestehe eine ambulante psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung, eine Klinikbehandlung sei nie notwendig geworden. Die kaum nachweisbaren Medikamentenspiegel wiesen auf eine eher schlechte Compliance hin. Die Analgetika-Einnahme sollte kontrolliert werden. Tagesstrukturierende Massnahmen könnten hilfreich sein. Vor allem sollte auf die regelmässige Einnahme der antidepressiven Medikation geachtet werden. Es sei der Metabolit von Valdoxan im Serum nachweisbar gewesen. Die Eliminationshalbwertszeit von Valdoxan sei allerdings mit 1 bis 2 Stunden kurz. Saroten, das auch einen günstigen Effekt auf die Schmerzen haben könne und zudem schalfanstossend sei, habe im Serum fast nicht nachgewiesen werden können, da hätte bei einer regelmässigen Einnahme schon ein deutlicherer Medikamentenspiegel nachweisbar sein müssen. Die Behandlung könne also durchaus auch von medikamentöser Seite her intensiviert werden. Dass die in den Akten aufgeführten beruflichen Massnahmen nicht erfolgreich gewesen seien, hänge auch mit einer deutlich ausgeprägten Krankheits- und Behinderungsüberzeugung zusammen. Solche seien zwar zumutbar, könnten aber nicht empfohlen werden, da eine deutlich ausgeprägte Krankheits- und Behinderungsüberzeugung bestehe. Gestützt auf die gutachterlichen Ausführungen kann somit nicht gesagt werden, der Beschwerdeführer habe die Therapie- und Eingliederungsoptionen bereits erfolglos ausgeschöpft. Demnach kann weder von einer Behandlungs- noch von einer Eingliederungsresistenz ausgegangen werden. Mit Blick auf den Indikator der Komorbidität ist zu prüfen, ob und bejahendenfalls inwieweit sich diese ressourcenhemmend auf die versicherte Person auswirkt. Erforderlich ist eine Gesamtbetrachtung der Wechselwirkungen und sonstigen Bezüge der erhobenen psychiatrischen Diagnosen zu sämtlichen begleitenden krankheitswertigen Störungen. Das strukturierte Beweisverfahren, wie es in BGE 141 V 281 definiert wurde, steht einer Aufteilung von Einbussen auf einzelne Leiden entgegen, da es auf einer ergebnisoffenen Gesamtbetrachtung in Berücksichtigung der Wechselwirkungen basiert. Gemäss BGE 143 V 318 ist E. 4.3.1.3 von BGE 141 V 281 so zu verstehen, dass Störungen unabhängig von ihrer Diagnose bereits dann als rechtlich bedeutsame Komorbidität in Betracht fallen, wenn

ihnen im konkreten Fall ressourcenhemmende Wirkung beizumessen ist. Im psychiatrischen Gutachten werden keine Hinweise für eine ressourcenhemmende Wirkung der verschiedenen Diagnosen genannt, womit eine solche zu verneinen ist. Zu der Kategorie «funktioneller Schweregrad» ist unter anderem der Komplex «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsentwicklung und -struktur, grundlegende psychische Funktionen) zu zählen. Diesbezüglich hält der psychiatrische Gutachter fest, deutlich auffällige Persönlichkeitszüge für die Achse-2-Diagnose einer Persönlichkeitsstörung bestünden nicht und gegen diese Diagnose spreche vor allem auch der Verlauf mit vor der Erkrankung sonst normaler Sozialisation und voller Leistungsfähigkeit. Es bestünden Ressourcen bezüglich angelernter Arbeiten, der Explorand habe aber in einem körperlich anspruchsvollen Beruf gearbeitet und habe sonst keine andere Berufserfahrung. Er habe zusammen mit seiner Ehefrau auch eine Familie mit drei heute erwachsenen Kindern gegründet. Strukturelle Defizite im Sinne einer eigentlichen Persönlichkeitsproblematik, welche im Rahmen einer umfassenden Ressourcenprüfung negativ ins Gewicht fallen könnten, sind somit auszuschliessen. Innerhalb der Kategorie «funktioneller Schweregrad» bestimmt ferner auch der Komplex «Sozialer Kontext» mit darüber, wie sich die (kausal allein massgeblichen) Auswirkungen der Gesundheitsbeeinträchtigung konkret manifestieren. Dazu ist zweierlei festzuhalten: Soweit soziale Belastungen direkt negative funktionelle Folgen zeitigen, bleiben sie nach wie vor ausgeklammert (vgl. BGE 127 V 294 E. 5a S. 299 f.). Andererseits hält der Lebenskontext einer versicherten Person auch (mobilisierbare) Ressourcen bereit, so die Unterstützung, die ihr im sozialen Netzwerk zuteil wird. Immer ist sicherzustellen, dass gesundheitlich bedingte Erwerbsunfähigkeit zum einen (Art. 4 Abs. 1 IVG) und nicht versicherte Erwerbslosigkeit oder andere belastende Lebenslagen zum andern nicht ineinander aufgehen; alles andere widerspräche der klaren gesetzgeberischen Regelungsabsicht (BGE 141 V 281 E. 4.3.3 S. 303). Hierzu führt der Gutachter aus, der Explorand habe kaum mehr Kontakte, ausser in der Familie und dort vor allem zur Ehefrau. Er falle aus seinem sozialen Rahmen aber nicht hinaus. Er wohne zusammen mit seiner Ehefrau in einer Mietwohnung im zweiten Stock mit Lift. Die Ehefrau arbeite fast den ganzen Tag als Reinigerin. Er beziehe Suva-Leistungen und lebe sonst vom Einkommen der Ehefrau. Die Kinder seien ausgezogen, er interessiere sich wenig für sie. In der Familie seien keine psychiatrischen Krankheiten bekannt. Er sei im [...] in einer bosnischen Familie aufgewachsen. Der fünf Jahre jüngere Bruder in der Heimat sei auch krank mit Rücken- und Augenproblemen, er beziehe eine IV-Rente und lebe sonst vom Sohn. Eine der Schwestern sei in Deutschland. Er habe wenige Kontakte. Die Eltern seien gestorben, die Mutter vor über zehn Jahren und der Vater früher infolge eines Unfalls bei der Arbeit im Bergwerk. Er habe eine gute Kindheit gehabt. Damit enthält der soziale Lebenskontext der Versicherten eher wenige, sich potenziell günstig auf die Ressourcen auswirkende Faktoren. Der Indikator einer gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen der Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens) zielt auf die Frage ab, ob die diskutierte Einschränkung in Beruf und Erwerb (bzw. bei Nichterwerbstätigen im Aufgabenbereich) einerseits und in den sonstigen Lebensbereichen (beispielsweise Freizeitgestaltung) andererseits gleichermassen ausgeprägt ist (BGE 141 V 281 E. 4.4.1 S. 303 f.). Diesbezüglich hält der Gutachter fest, der Explorand fahre nach wie vor selber kurze Strecken Auto, wie er angegeben habe, was auch gegen das Vorliegen von Konzentrationsstörungen spreche. Im Untersuchungsgespräch sei er die ganze Zeit über konzentriert gewesen, die Anamnese habe gut erhoben werden können, er habe keine deutlichen Ermüdungserscheinungen gezeigt. Der Explorand fühle sich nicht

mehr arbeitsfähig und habe keine Hoffnung auf eine Besserung. Im gemeinsamen Haushalt zusammen mit seiner Ehefrau verrichte vor allem die ausserhäuslich erwerbstätige Ehefrau die Haushaltsarbeiten. Er gehe kleinere Sachen selber einkaufen. Zusammen mit seiner Ehefrau reise er auch in die Heimat. Er habe sonst kaum Kontakte, wie er angab. Damit ist zusammenfassend zumindest von einem nicht erheblichen Leidensdruck auszugehen. Der in die gleiche Kategorie («Konsistenz») fallende Aspekt des behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesenen Leidensdrucks betrifft die Frage nach der Inanspruchnahme von therapeutischen Optionen. Das Ausmass, in welchem Behandlungen wahrgenommen oder eben vernachlässigt werden, weist (ergänzend zum Gesichtspunkt Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz [vgl. E. 4.1.2 hievorg]) im Regelfall auf den tatsächlichen Leidensdruck hin (BGE 141 V 281 E. 4.4.2 S. 304). Diesbezüglich führt der Gutachter aus, die kaum nachweisbaren Medikamentenspiegel wiesen auf eine eher schlechte Compliance hin. Die vom Exploranden angegebene regelmässige Benzodiazepin-Einnahme sei nicht gut, da es dadurch zu einer Verschlechterung der affektiven Symptomatik kommen könne neben einer Abhängigkeit. Medikamentenspiegel hätten aber von den beiden Benzodiazepinen nicht nachgewiesen werden können. Er sei also gut ausgekommen ohne einen Medikamentenspiegel im Serum zu haben, obschon er angegeben habe, auf die beiden Benzodiazepine nicht verzichten zu können. Zusammenfassend spricht das Gesagte nicht für einen hohen Leidensdruck. So sind die wohl nicht im ausreichenden Ausmass durchgeführten Therapien (vgl. Indikator «Behandlungs- und Eingliederungserfolg resp. -resistenz» hievorg) nicht auf eine (unabwendbare) Unfähigkeit zur Krankheitseinsicht zurückzuführen, welcher Umstand auf einen dennoch nicht fehlenden Leidensdruck hindeuten würde (BGE 141 V 281 E. 4.4.2 S. 304). 7.2.4.3 Gestützt auf die obigen Erwägungen ergibt sich somit, dass das psychiatrische Teilgutachten genügend Aufschluss über die massgeblichen Indikatoren, die gemäss der bundesgerichtlichen Rechtsprechung zu berücksichtigen sind, gibt. Des Weiteren erscheint die darin vorgenommene Beurteilung der Arbeitsfähigkeit in Würdigung der zu berücksichtigenden Indikatoren überzeugend. So sind beim Beschwerdeführer doch einige ressourcenfördernde Faktoren vorhanden, womit die gutachterliche Beurteilung einer 70%igen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit auch im Lichte dessen nachvollziehbar ist, so dass vollumfänglich darauf abgestellt werden kann. Daran vermögen auch die vom Beschwerdeführer vorgebrachten Rügen nichts zu ändern. Insofern der Beschwerdeführer geltend macht, es seien weder fremdanamnestiche Daten erhoben worden noch sei dem Bericht zu entnehmen, ob und mit welchen Testergebnissen der Gutachter den Schweregrad der depressiven Störung bestimmt habe, ist auf das unter E. II 7.1.2 hievorg Gesagte zu verweisen. Soweit der Beschwerdeführer schliesslich rügt, die psychiatrische Begutachtung habe nur 50 Minuten gedauert, ist darauf hinzuweisen, dass es für den Aussagegehalt eines medizinischen Gutachtens in erster Linie darauf ankommt, ob die Expertise inhaltlich vollständig und im Ergebnis schlüssig ist. Trifft dies – wie hier – zu, ist die Untersuchungsdauer grundsätzlich nicht entscheidend (Urteil 9C_55/2009 vom 1. April 2009 E. 3.3 mit Hinweisen). Im Übrigen liegt es in der Natur der Sache, dass eine psychiatrische Begutachtung sich nicht auf einen gleich langen Beobachtungszeitraum stützen kann wie die Berichte behandelnder Fachleute. Dies allein vermag den Beweiswert einer Expertise nicht zu schmälern (Urteil des Bundesgerichts 9C_671/2012 vom 15. November 2012 E. 4.5). 7.2.5 Gestützt auf die beweiswertigen Teilgutachten vermag schliesslich auch die gutachterliche Gesamtbeurteilung im D.____-Gutachten vom 6. März 2018 zu überzeugen (s. E. II. 6.3.19). Demnach ist der Beschwerdeführer in seiner

angestammten Tätigkeit als Bauhilfsarbeiter nicht mehr arbeitsfähig. Dagegen besteht in einer körperlichen leichten Tätigkeit, vorwiegend sitzend und ohne Zwangshaltungen, eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 70 %, ganztags realisierbar mit der Möglichkeit zu vermehrten Pausen, unter Vermeidung von Heben und Tragen von Lasten über 10 kg. 7.3 Zusammenfassend ist somit – wie bereits im Urteil vom 1. Mai 2014 festgehalten – gestützt auf das D.____-Gutachten vom 27. Oktober 2009 seit eben diesem Gutachtensdatum eine revisionsrelevante Verbesserung im vorgenannten Ausmass erstellt, welche nun auch im D.____-Gutachten vom 6. März 2018 bestätigt wurde. 8. 8.1 Da der Beschwerdeführer seine letzte Tätigkeit bei der X.____ AG aus gesundheitlichen Gründen verloren hat, ist es nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung bezüglich des Valideneinkommens auf diesen Lohn abgestellt hat. Dies wird denn auch von Seiten des Beschwerdeführers nicht bestritten. Dieses Einkommen ist unter Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung grundsätzlich auf den Zeitpunkt der möglichen Rentenanpassung – hier März 2019 – anzugleichen, wobei hier die Anwendung auf die im Zeitpunkt des Erlasses vorliegenden Daten beschränkt ist (vgl. BGE 143 V 295). Im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung war lediglich die Teuerung bis zum Jahr 2017 bekannt, womit das Einkommen bis 2017 aufzurechnen ist: CHF 4'625.00 x 13, Aufrechnung Teuerung, Ziffer 45 Baugewerbe, 1998 – 2005 :105.1 x 114.0, 2005 – 2010 : 100 x 107.7, Ziffer 41 – 43 Baugewerbe 2010 – 2017 :100 x 103.2 = CHF 72'485.75.

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