

SO_GERICHTE VSBES.2020.156 vom 17. Juni 2020

SO Obergericht, 2020-06-17, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2020.156

FR: SO_GERICHTE VSBES.2020.156 du 17 juin 2020

IT: SO_GERICHTE VSBES.2020.156 del 17 giugno 2020

Erwägungen

E. 1

1.1 Der 1964 geborene A.____ (im Folgenden: Beschwerdeführer) arbeitete zuletzt von Oktober 1994 bis Juni 2000 als Maschinenoperator in der B.____ (Switzerland) GmbH, [...] (IV-St. Beleg Nr. [IV-Nr.] 8). Am 15. Januar 2002 meldete er sich bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (IV-Nr. 1). Die damals zuständige IV-Stelle des Kantons Bern sprach dem Beschwerdeführer in der Folge aufgrund eines Invaliditätsgrades von 100 % mit rechtskräftiger Verfügung vom 4. August 2004 eine ganze Invalidenrente (sowie entsprechende Zusatz- und Kinderrenten) ab 1. Juli 2001 zu (IV-Nr. 15 f.).

1.2 Das im Januar 2007 von Amtes wegen aufgenommene Revisionsverfahren ergab keine rentenrelevante Änderung (IV-Nr. 25). Im Juni 2011 wurde erneut ein Revisionsverfahren veranlasst, wobei wiederum keine rentenrelevante Änderung festgestellt wurde (IV-Grad von 100 %; IV-Nr. 34).

1.3 Im Oktober 2012 stellte die IV-Stelle des Kantons Bern die Akten zufolge Wohnsitzwechsels des Beschwerdeführers der IV-Stelle des Kantons Solothurn (im Folgenden: Beschwerdegegnerin) zu (IV-Nr. 43). Nach einem erneuten Wohnortswchsel des Beschwerdeführers wurden die Akten am 9. September 2015 der wiederum zuständigen Beschwerdegegnerin zur Bearbeitung zugestellt (IV-Nr. 69).

1.4 Im Dezember 2016 wurde erneut von Amtes wegen eine Revision eingeleitet (IV-Nr. 76). Vom 10. bis 25. April 2014 hatte sich der Beschwerdeführer wegen einer paranoiden Schizophrenie in den C.____ stationär behandeln lassen (IV-Nr. 85). Vom 4. bis 21. November 2016 war er deswegen in den D.____ hospitalisiert gewesen (IV-Nr. 79). Seit März 2017 lebt der Beschwerdeführer mit Unterstützung einer Wohnbegleitung in einer eigenen Wohnung. Am 9. Januar 2018 wurde das Revisionsgespräch durchgeführt (IV-Nr. 84). In der Folge veranlasste die Beschwerdegegnerin eine psychiatrische Begutachtung bei Dr. med. E.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, welche am 16. August 2018 durchgeführt wurde (Gutachten vom 21. August 2018, IV-Nr. 90.1). Nach Erhalt einer anonymen Meldung betreffend Versicherungsmissbrauchs und Durchführung einer Internetrecherche liess die Beschwerdegegnerin den Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) Stellung nehmen (IV-Nr. 96). Daraufhin erfolgte bei Dr. med. E.____ am 21. November 2018 eine Nachuntersuchung und erneute Begutachtung (Gutachten vom 16. Februar 2019, IV-Nr. 100). Am 13. März 2019 veranlasste die Beschwerdegegnerin eine bidisziplinäre (rheumatologische und psychiatrische) Begutachtung bei Dr. med. F.____, Innere Medizin FMH, Rheumatologie FMH, sowie Dr. med. G.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, welche am 5. Juli 2019 durchgeführt wurden (Gutachten vom 22. bzw. 29. Juli 2019, IV-Nr. 111). Sodann wurde

nach Rücksprache mit dem RAD am 2. September 2019 eine neuropsychologische Begutachtung bei Dr. phil. H.____, Fachpsychologin für Neuropsychologie FSP (I.____) veranlasst, welche jedoch nach Rücksprache mit der vorgesehenen Gutachterin nicht durchgeführt wurde. Dazu nahm der RAD am 31. Oktober 2019 Stellung (IV-Nr. 128). Nach Durchführung des Vorbescheidverfahrens, Eingang einer Stellungnahme der behandelnden Psychiaterin und erneuter Rücksprache mit dem RAD hob die Beschwerdegegnerin die bisher gewährte ganze Invalidenrente aufgrund eines Invaliditätsgrades von nurmehr 24 % mit Verfügung vom 17. Juni 2020 auf Ende Juli 2020 auf. Zur Begründung wurde im Wesentlichen dargelegt, gemäss den umfassenden medizinischen Abklärungen sei der Beschwerdeführer in der angestammten Tätigkeit als Maschinenoperateur unverändert seit Juli 2000 vollständig arbeitsunfähig. Hingegen bestehe ab dem Zeitpunkt des Gutachtens von Dr. med. F.____, d.h. ab Juli 2019, aus rheumatologischer Sicht eine Arbeitsfähigkeit von 70 % in angepassten, leichten und wechselbelastenden Tätigkeiten. Dem psychiatrischen Gutachten von Dr. med. G.____ vom 6. Juli 2019 sei zu entnehmen, dass aus psychiatrischer Sicht keine schwere invalidisierende paranoide Schizophrenie mehr diagnostiziert werden könne. Es bestehe somit kein Anspruch mehr auf eine Invalidenrente. Gemäss Gutachten bestehe ein hoher Verdacht auf Malingering (Simulation). Daher sei davon auszugehen, dass die langjährige Absenz vom Arbeitsmarkt nicht invaliditätsbedingt gewesen sei und eine Selbsteingliederung daher möglich und zumutbar sei. Entsprechend bestehe kein Anspruch auf berufliche Massnahmen vor der Rentenaufhebung. In Anbetracht aller Umstände könne aus psychiatrischer Sicht keine valide Aussage zur Diagnose einer paranoiden Schizophrenie gemacht werden. Hingegen sei aus rheumatologischer Sicht aufgrund des Morbus Bechterew eine angepasste Tätigkeit im Rahmen eines Pensums von 70 % zumutbar. Deshalb werde bei der Gesamtbeurteilung auf die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit im rheumatologischen Teilgutachten abgestellt. Dies erscheine aufgrund der Abklärungen, der Aktivitäten des Beschwerdeführers und der anonymen Meldung als schlüssig (IV-Nr. 140; Aktenseiten [A.S.] 1 ff.).

E. 2

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

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

2.3 Für die Bemessung der Invalidität von erwerbstätigen Versicherten ist Art. 16 ATSG anwendbar. Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr

zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG; sogenannte allgemeine Methode des Einkommensvergleichs). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (BGE 130 V 343 E. 3.4 S. 348 f.; 128 V 29 E. 1 S. 30; 104 V 135 E. 2a und b S. 136 f.).

E. 3

3.1 Ändert sich der Invaliditätsgrad eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG).

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

Im vorliegenden Fall wurde dem Beschwerdeführer mit rechtskräftiger Verfügung vom 4. August 2004 aufgrund eines Invaliditätsgrades von 100 % eine ganze Invalidenrente ab 1. Juli 2001 zugesprochen (IV-Nr. 16 S. 3 ff.). Die in der Folge im Januar 2007 und Juni 2011 veranlassten Revisionsverfahren ergaben keine Änderung des Invaliditätsgrades (IV-Grad von 100 %; vgl. IV-Nr. 25 und 34). Somit ist der aktuelle Sachverhalt mit demjenigen zu vergleichen, wie er der Verfügung vom 4. August 2004 zu Grunde lag.

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

E. 4

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

4.2 Der Versicherungsträger und das Gericht (vgl. Art. 61 lit. c in fine ATSG) haben die Beweise frei, das heisst ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Gericht

alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352; vgl. auch BGE 132 V 393 E. 2.1 S. 396). Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten ■ d.h. der Anamnese ■ abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232). Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352; 122 V 157 E. 1c S. 160 f.).

4.3 Die Rechtsprechung erachtet es jedoch als mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (BGE 125 V 351 E. 3b S. 352). So ist einem im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten medizinischen Gutachten durch externe Spezialärzte, welches auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten erstellt wurde und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangt, in der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 2.2.2 S. 232, 125 V 351 E. 3b/bb S. 353).

4.4 Die behandelnden Ärztinnen und Ärzte stehen in einem auftragsrechtlichen Verhältnis zur versicherten Person und haben sich in erster Linie auf die Behandlung zu konzentrieren. Die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag der therapeutisch tätigen Fachpersonen einerseits und Begutachtungsauftrag der amtlich oder gerichtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits lässt es nicht zu, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass für weitere Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die behandelnden Ärzte wichtige Aspekte benennen, die bei der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (statt vieler: Urteile des Bundesgerichts 9C_793/2016 vom 3. März 2017 E. 4.1.2 und 9C_276/2016 vom 19. August 2016 E. 3.1.1 mit Hinweisen).

4.5 In Revisions- und Neuanmeldungsfällen ist zusätzlich zu beachten, dass sich eine medizinische Beurteilung, welche von einer früheren ärztlichen Einschätzung abweicht, hinreichend darüber aussprechen muss, inwiefern eine effektive Veränderung des Gesundheitszustandes stattgefunden hat. Die Feststellung einer Veränderung erfolgt durch eine Gegenüberstellung eines vergangenen und des aktuellen Zustandes. Der Beweiswert eines zwecks Rentenrevision erstellten Gutachtens hängt also wesentlich davon ab, ob es sich ausreichend auf das Beweisthema der erheblichen Änderung des Sachverhalts bezieht. Einer für sich allein betrachtet vollständigen, nachvollziehbaren und schlüssigen medizinischen Stellungnahme, die im Hinblick auf eine erstmalige Beurteilung der Rentenberechtigung tauglich wäre, mangelt es daher in der Regel am rechtlich erforderlichen Beweiswert, wenn sie sich nicht hinreichend darüber ausspricht, inwiefern

eine effektive Veränderung des Gesundheitszustandes eingetreten ist. Vorbehalten bleiben Sachlagen, in denen es evident ist, dass die gesundheitlichen Verhältnisse sich verändert haben (Urteil des Bundesgerichts 8C_38/2013 vom 2. September 2013 E. 4.4.3). Ist eine anspruchserhebliche Änderung des Sachverhalts nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, bleibt es nach dem Grundsatz der materiellen Beweislast beim bisherigen Rechtszustand (a.a.O. E. 2.4).

5. Vorliegend ist strittig, ob sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit der Verfügung vom 4. August 2004 (Referenzzeitpunkt) in psychischer Hinsicht relevant verbessert hat. Demnach ist zunächst der medizinische Sachverhalt darzulegen, wie er der Verfügung vom 4. August 2004 zu Grunde lag:

5.1 Dem Austrittsbericht der J.____ vom 20. Juni 2000 über die Hospitalisation des Beschwerdeführers vom 29. Mai bis 9. Juni 2000 können folgende Diagnosen entnommen werden: «Mittelgradig depressive Episode (ICD-10 F32.10); Verdacht auf dissoziative Störung mit dissoziativer Amnesie (ICD-10 F44.0); Anamnestisch Spielsucht (ICD-10 F63.0)». Zu den Einweisungsumständen wurde angegeben, der Beschwerdeführer sei durch seinen Hausarzt aufgrund einer depressiven Entwicklung zunächst für ein ambulantes Gespräch zugewiesen und in dessen Folge auf dringende Empfehlung bei latenter Selbst- und Fremdgefährdung hospitalisiert worden. Die Aufnahme sei freiwillig erfolgt. Im Zusammenhang mit dem Weggang seiner Ehefrau und den Kindern leide er zunehmend unter depressiven Symptomen. Daneben werde von ihm eine rasche Reizbarkeit mit aggressiven Durchbrüchen (z.B. Geschirr zerschlagen) beschrieben. Insbesondere fürchte er sich vor einem Kontrollverlust (besonders davor, dass er jemandem etwas antun könnte). Er sei seit 2 Monaten zu 100 % arbeitsunfähig geschrieben. Vor ca. 3 Wochen sei eine Alkohol- und Tablettenintoxikation in suizidaler Absicht erfolgt. Der Patient gebe weiterhin an, dass es ihm nicht möglich sei, allein zu bleiben. Es überkämen ihn Zustände, in denen er nervös und aggressiv werde, dann plötzlich einen schwarzen Vorhang sehe und sich an nichts mehr erinnern könne.

Im Rahmen der Beurteilung wurde angegeben, es handle sich um die erste Hospitalisation des Patienten unter dem Bild einer mittelgradig depressiven Episode vor dem Hintergrund einer für den Patienten tragischen Familiensituation nach dem Weggang der Ehefrau und der Kinder sowie einer prekären finanziellen Lage. Der Patient habe eine Stimmungsstabilisierung erfahren, auch gestützt auf Seropram, sodass er wieder Zukunftspläne habe formulieren können und gewillt gewesen sei, seine Probleme aktiv anzugehen. Die Entlassung sei auf dessen Wunsch erfolgt (IV-Nr. 7 S. 10 ff.).

5.2 Vom 7. September bis 2. Oktober 2000 war der Beschwerdeführer erneut in den J.____ hospitalisiert. Aus dem Austrittsbericht vom 20. Oktober 2000 gehen folgende Diagnosen hervor: «Anpassungsstörung mit Beeinträchtigung von anderen Gefühlen (ICD-10 F43.21) nach Trennung von der Ehefrau; anamnestisch V.a. dissoziative Amnesie (ICD-10 F44.0); anamnestisch Spielsucht (ICD-10 F63.0)». Unter dem Titel «Zwischenanamnese» wurde dargelegt, der Beschwerdeführer gebe an, sich krank und arbeitsunfähig zu fühlen. Insbesondere leide er unter Nervosität, dysphorischen Impulsdurchbrüchen, der Schmach, von der Ehefrau verlassen worden zu sein, sowie den üblen Nachreden von Kollegen hinter seinem Rücken, worüber er beschämt und erbost sei. Ferner unter Schlafstörungen, Gewichtsverlust, Konzentrations- und Gedächtnisschwierigkeiten, sozialer Isolation, motorischer Unruhe und Suizidgedanken, zuletzt vor 4 Monaten. An die Arbeit könne und wolle er nicht zurück, da man dort über ihn spreche, was er keinesfalls ertragen könne. Er

mache sich Vorwürfe, fühle sich wertlos, sei schwer enttäuscht und könne sich mit der Situation nur schlecht abfinden.

Zur Beurteilung wurde angegeben, es habe sich um die zweite Hospitalisation in den J.____ gehandelt, nachdem er von der Ehefrau mit den Kindern verlassen worden sei. Im Vergleich zum letzten Aufenthalt habe sich der Patient deutlich aufgestellter gezeigt. Bis auf seine soziale und finanzielle Problematik habe er in einem psychisch stabilen Zustand gewirkt. Nach unauffälligen CT- und EEG-Befunden habe der Patient am 2. Oktober 2000 aus der Klinik entlassen werden können. Die Weiterbetreuung erfolge durch den Hausarzt (IV-Nr. 7 S. 7 ff.).

5.3 Dr. med. K.____, Allgemeine Medizin FMH, hielt in seinem Bericht vom 9. Juli 2001 fest, der Patient habe ihn nach einem Wohnortswechsel arbeitslos und psychisch angeschlagen aufgesucht, offensichtlich auch zwecks Bestätigung einer Arbeitsunfähigkeit. Nach Rücksprache mit dem RAV und Beschaffung der Vorakte habe er verschiedene Gespräche mit dem Patienten geführt, die ihm eine depressive Stimmungslage bestätigt hätten, mit dem dringenden Verdacht auf eine teilweise psychotische Komponente. Er habe den Patienten vom 8. bis 24. Juni 2001 arbeitsunfähig geschrieben und ihn angehalten, am RAV-Programm wieder teilzunehmen. Die Problematik sei damit jedoch nicht gelöst und eine weitere psychiatrische Beurteilung und Behandlung sei dringend angezeigt (IV-Nr. 7 S. 6).

5.4 Im Bericht des L.____ zu Händen der IV-Stelle Bern vom 3. April 2003 wurde mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit die Diagnose einer «Paranoiden Schizophrenie F20.0», bestehend seit Mai 2000, gestellt. Im Weiteren wurde eine vollständige Arbeitsunfähigkeit seit dem 27. Juli 2001 bis auf weiteres attestiert. Der Gesundheitszustand sei stationär. Auf dem Beiblatt zum Arztbericht vom 21. März 2002 wurde angegeben, die bisherige Tätigkeit sei nicht mehr zuzumuten. Aufgrund seiner affektiv-kognitiven Defizite, mangelndem Antrieb sowie der vegetativen Problematik (Müdigkeit, unklare Schmerzzustände) könne der Patient seiner bisherigen Tätigkeit nicht mehr nachgehen. Die beschriebenen Defizite liessen sich durch eine psycho-pharmakologische Behandlung sowie eine bewältigungsorientierte Psychotherapie nur geringgradig positiv beeinflussen. Trotz beschriebener Massnahmen könne der Patient die Arbeitsfähigkeit in der freien Wirtschaft nicht wiedererlangen. Auch eine andere Tätigkeit (auf dem ersten Arbeitsmarkt) sei nicht mehr zuzumuten. Im geschützten Rahmen sei der Patient noch etwa zwischen 50 und 60 % arbeitsfähig (jeden Tag 4 Stunden oder jeden zweiten Tag 8 Stunden). Die Leistungsfähigkeit des Patienten sei aufgrund der erwähnten Defizite in erheblichem Ausmass eingeschränkt.

Auf einem weiteren Beiblatt gleichen Datums wurde sodann angegeben, der Patient sei nach den Hospitalisationen in den J.____ vom 8. Juli bis 7. August 2002 wegen eines psychotischen Zustandsbildes in der UPD M.____ hospitalisiert gewesen. Zu den Beschwerden wurde vermerkt, der Patient leide an einer allgemeinen Schwäche, diversen Schmerzen (hauptsächlich im Rippenbereich), Müdigkeit, Übelkeit, Appetitlosigkeit sowie an nächtlichen, ihn sehr quälenden Halluzinationen. Bei diesen Halluzinationen sehe er einen schwarzen und einen grünen Mann vor sich, die sich über ihn unterhielten. Er erwähne dann auch, dass das Telefon klinge. Seine Problematik werde noch durch eine verzweifelte Stimmungslage verschärft. Der erhobene psychopathologische Befund vom 2. April 2003 lautete wie folgt: Es handle sich um einen vorgealtert wirkenden, leptosamen unrasierten Mann. Es bestünden eine leicht eingeschränkte Konzentration, eine arme

Gedankenproduktion und eine Verlangsamung. Der Patient sei zeitweise gehemmt. Er habe inhaltliche Denkstörungen bzw. Verfolgungsideen. Es bestünden szenische optische nächtliche Halluzinationen und auch akustische Halluzinationen (imperative und kommentierende Stimmen, Telefonklingeln). Im Affekt sei er traurig bis teilweise gar verzweifelt und ratlos. Er habe Schlaf- und Appetitstörungen sowie Angst vor der Zukunft. Gegenwärtig sei er nicht suizidal. Zu den therapeutischen Massnahmen wurde noch ausgeführt, der Patient werde regelmässig im L. ___ im Rahmen einer psychiatrischen ambulanten bewältigungsorientierten Behandlung gesehen, die psychopharmakologisch (neuroleptisch, thymoleptisch, schlafanstossend) unterstützt werde. Der Patient werde des weiteren sozio-therapeutisch strukturierend in der Tagesklinik in [...] (Teil des L. ___) zur Wiedererlangung von alltagspraktischen Kompetenzen betreut (IV-Nr. 9).

5.5 Aus dem psychiatrischen Gutachten von Dr. med. N. ___, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, vom 1. Dezember 2003 (Explorationen vom 26. und 28. November 2003) geht folgende Diagnose hervor: «Schwere mittlerweile chronifizierte depressive Episode (ICD-10 F33.3) mit psychotischen Symptomen des synthymen Bildes bei einem heimatlosen und entwurzelten Türken nach Trennung von seiner Herkunfts- wie neuen Familie mit amnestischen Tendenzen». Zur Krankheitsanamnese wurde vermerkt, der Patient sei in den letzten drei Jahren insgesamt fünfmal in einer psychiatrischen Klinik hospitalisiert gewesen: vom 29. Mai bis 9. Juni und vom 7. September bis 2. Oktober 2000 in den J. ___ sowie vom 16. April bis 9. Mai 2002, 8. Juli bis 7. August 2002 und vom 21. August bis 4. September 2003 in der UPD M. ___. Erwähnenswert sei, dass gemäss den Akten die Ehefrau mit den Kindern in ein Frauenhaus gegangen sei, weil der Explorand sie geschlagen habe. Es sei dann ein Eheschutzverfahren eingeleitet worden. Auch werde diagnostisch eine Spielsucht festgehalten. Der Patient sei im Anschluss an die letzte Hospitalisation vom L. ___ ambulant psychiatrisch betreut worden und habe bis im Sommer 2003 die Tagesklinik in [...] besucht. Er sei nun seit fünf Monaten im [...] in [...]. Er wohne aktuell noch zu Hause, doch sei vorgesehen, dass er in die dortige Wohngruppe aufgenommen werde, was der Explorand auch so wünsche. Zu den subjektiven Angaben wurde vermerkt, der Patient habe Müdigkeit, Halluzinationen (ein schwarzer und ein grüner Mann bedrängten ihn und wollten ihn über den Balkon oder ihm ein Messer in den Bauch stossen) und Schlafstörungen beklagt, er laufe in der Nacht draussen oft stundenlang herum und er denke dauernd an seine Kinder und seine Frau, die ihn verlassen hätten. Im Weiteren habe er Atemnot und des Öfteren Angst signalisiert, das Haus zu verlassen.

Es wurden folgende objektive Befunde angegeben: Es handle sich um einen deutlich älter aussehenden, vorgealterten, mässig bis schlecht gepflegten, normalgrossen, mitgenommenen und leidenden Mann, der relativ gut Deutsch spreche und zu den Sitzungen jeweils pünktlich erschienen sei, wobei er nicht so recht gewusst habe, worum es bei der Begutachtung überhaupt gegangen sei. Er habe sich immer bewusstseinsklar und allseits orientiert gezeigt. Es seien deutliche bis erhebliche Konzentrationsmängel und ein ebensolches Gedächtnisdefizit zu verzeichnen gewesen. Es sei dadurch auch äusserst schwierig gewesen, eine Anamnese zu erheben. Auch die Arbeitsanamnese habe (teilweise) fremdanamnestisch erhoben werden müssen. Die Intelligenz sei nicht beurteilbar gewesen. Der Denkvorgang habe sich formal deutlich verlangsamt gezeigt, bis zu teilweisen Blockaden, mit einer inhaltlichen Einengung auf die Trennung von seiner Frau und den zwei Kindern und die Halluzinationen. Denkinhaltlich habe er über optische und akustische (dialogisierende) Halluzinationen im Sinne von Männern berichtet, die ihn bedrohten und

ihn so vom Schlafen wie auch von der Arbeit immer wieder fernhielten. Der Gedankengang sei aber immer kohärent gewesen, nicht sprunghaft, auch seien keine Gedankeneingebungen oder -entzüge zu notieren gewesen, auch keine Ich-Störungen. Affektiv sei er erreichbar gewesen, wenn auch reduziert, aber gut spürbar. Er habe deutliche Ängste, Zukunftsängste, Verlorenheits- und Heimatlosigkeitsgefühle gehabt. Es bestehe ein vollständiger Rückzug und er habe auch Angst, unter die Leute zu gehen. Die Stimmung habe sich deutlich im Depressiven gezeigt. Verunsicherung, deutliche innere Gespanntheit, Unruhe und Suizidgedanken seien bejaht worden. Er habe in den letzten drei Jahren verschiedentlich in suizidaler Absicht zu viele Medikamente genommen, er wolle nicht mehr leben. Aggressionen seien spürbar, aber nicht ausgedrückt, auch kaum paraverbal, ausser im Suizidalen. Er habe müde, demotiviert, abgelöscht und energielos gewirkt, als Spielball des Halluzinativen. Es bestünden deutliche Einschlaf- und Durchschlafstörungen, auch der Appetit habe sich reduziert gezeigt.

Unter dem Titel «Beurteilung und Diskussion» wurde im Wesentlichen angegeben, der Explorand sei dreimal verheiratet gewesen, wobei das erste und das dritte Mal mit der gleichen Frau, einer Türkin, mit welcher er zwei Kinder habe. Dazwischen sei er von 1993 bis 1999 mit einer Schweizerin verheiratet gewesen. Er sei in dritter Ehe nur gerade zwei oder drei Monate gestanden, als sich die Ehefrau von ihm getrennt habe. Ab anfangs 2000 habe der Explorand eine schwere psychiatrische Leidensgeschichte mit insgesamt fünf Hospitalisationen, Suizidalität und praktisch ununterbrochener Tagesklinikbetreuung zu schreiben begonnen. Auch habe er seither nicht mehr gearbeitet, sei zu 100 % arbeitsunfähig und aktuell in einer sehr niederschweligen geschützten Arbeit () gerade noch tragbar. Die erhobenen Befunde wie die schwere Störung der Konzentration, des Gedächtnisses, der verlangsamte Gedankengang, die erhebliche depressive Stimmung, die Suizidalität, der Motivationsverlust, der Verlust der Lebensfreude und der Energie, die akustischen Halluzinationen und Wahnbilder, dann auch die Schlafstörungen und diejenigen des Appetits, der soziale Rückzug und die Vernachlässigung der Körperpflege liessen auf eine schwere, mittlerweile chronifizierte depressive Episode (ICD-10 F33.3) mit psychotischen Symptomen des synthymen Bildes schliessen. Die Diagnose sei mit den Vorbefunden kompatibel, wobei eine Schizophrenie, wie im Bericht des L. ___ festgehalten, aufgrund der Befunde nach ICD-10 nicht diagnostiziert werden könne. Psychodynamisch könne gesagt werden, dass die beiden Trennungen, möglicherweise auf der Basis früherer (traumatischer?) Erlebnisse, den Exploranden in seiner Verarbeitung überfordert hätten, er habe dem nichts (Konstruktives) entgegenzusetzen gehabt. Dies habe ihn regredieren lassen und er habe sich in einen depressiven, autoaggressiven und wohl malignen Zustand hineinfallen lassen, aus dem er bis dato nicht mehr hinausfinden sollte. Dieser Zustand habe erheblichen Krankheitswert und sei mit einer Arbeit nicht vereinbar.

Zur Arbeitsfähigkeit wurde dargelegt, die Pathologie lasse eine Arbeit nicht zu. Das Krankheitsbild sei chronisch mit eher schlechter Prognose, sowohl was den Krankheitsverlauf als auch die Entwicklung der Arbeitsunfähigkeit anbelange. Der Explorand sei aus psychiatrischer Sicht seit Juli 2000 als zu 100 % arbeitsunfähig (recte: arbeitsunfähig) zu betrachten, dies im Rahmen seiner bisherigen Tätigkeit als Maschinenoperateur wie auch anderen Tätigkeiten. Die Befunde wie die depressive Stimmungslage, die Energielosigkeit, die Suizidalität, die Konzentrationsstörung wie diejenige des Gedächtnisses wie auch das Abgelenktsein durch die Stimmen usw. liessen eine Arbeitstätigkeit nicht zu, zumal er bereits in sehr niederschwelligem geschütztem

Rahmen an deutliche Grenzen stosse. Durch eine gezieltere sozialpsychiatrische und pharmakologische Behandlung dürften gewisse Fortschritte erzielt werden können. Beispielsweise müsste, was aktuell auch intendiert werde, der Explorand in einen geschützten Wohnrahmen wechseln, um der Regression (etwas) entgegenzuwirken. Auch müsste der verabreichte «Medikamentencocktail» überdacht werden. Doch dürfte die Arbeitsunfähigkeit auch mit diesen Massnahmen über die nächsten Jahre nicht oder kaum verbessert werden. Die Krankheit werde diesbezüglich als zu maligne erachtet (IV-Nr. 14).

6. Demgegenüber präsentiert sich der aktuelle medizinische Sachverhalt wie folgt:

6.1 Im Bericht der C.____ vom 12. Mai 2014 über die stationäre Behandlung des Beschwerdeführers vom 10. bis 25. April 2014 wurde die Diagnose «F20.0 Paranoide Schizophrenie» angegeben. Zur Anamnese wurde dargelegt, der Patient berichte, dass es ihm die letzten drei Tage sehr schlecht gehe. Er habe Angst, dass er sterbe und nicht gefunden werde. Er sei traurig, könne aber nicht weinen. Er sei antriebs- und energielos und habe keinen Appetit mehr. Zudem habe er grosse Mühe mit dem Ein- und Durchschlafen. Ausserdem träten die Halluzinationen, die er seit 10 Jahren habe, nun öfter auf. Für den Patienten seien aktuell die diffusen Ängste und seine geminderte Frustrationstoleranz das grösste Problem. Zum Verlauf wurde dargelegt, der Patient habe sich im sicheren Rahmen der Klinik beruhigen können und während der gesamten Dauer der Behandlung angepasst verhalten. Nach der medikamentösen Einstellung seien die optischen und akustischen Halluzinationen abgeklungen. Jedoch sei beim Patienten noch eine Angst-Symptomatik vorhanden gewesen und er habe mehrmals über körperliche Symptome, z.B. ein Ameisengefühl auf der Brust, welche er einer Herzerkrankung zuschreibe, geklagt. Am 25. April 2014 sei der Patient in stabilem Zustandsbild in die vorbestehenden Verhältnisse entlassen worden (IV-Nr. 85 S. 2 ff.).

6.2 Im Bericht der D.____ vom 15. März 2017 über die 3. Hospitalisation vom 4. bis 21. November 2016 wurden die Diagnosen «Paranoide Schizophrenie, unvollständige Remission (F20.04)» sowie «Psychische und Verhaltensstörungen durch Konsum von Sedativa (F13.2)» angegeben. Zur Anamnese wurde im Wesentlichen angegeben, vor ein paar Wochen sei die Situation zu Hause im Rahmen eines Paarkonflikts eskaliert, sodass seine Partnerin ihn aus der Wohnung rausgestellt habe. Er wohne zurzeit bei einem Kollegen. Es sei eine Zunahme der psychotischen Symptomatik festgestellt worden. Er sehe fast täglich einen schwarz- und einen grüngleideten Mann, mit welchen er Gespräche führe. Der Schwarze befehle ihm manchmal, Gegenstände kaputt zu machen. Dabei versuche der Grüne, ihm vom Gegenteil zu überreden. Er sei nie gewalttätig gewesen und habe keinen Kontakt zur Polizei gehabt. Der Patient habe beschrieben, dass in Krisensituationen depressive und panikanfallartige Symptome vorhanden seien. Seine Frau habe in den vergangenen Jahren wenig Verständnis für seine Krankheit gezeigt. Mittlerweile hätten sie sich getrennt und er habe aus der gemeinsamen Wohnung ausziehen müssen. Seit sechs Monaten seien sie auf Drängen ihrer Kinder (zwei Töchter und ein Sohn) wieder zusammen.

Zum Verlauf und zur Beurteilung wurde angegeben, der Patient sei bei beginnender Dekompensation der bekannten paranoiden Schizophrenie auf der Kriseninterventionsstation [...] aufgenommen worden. Die Zustandsverschlechterung habe sich im Rahmen eines Paarkonflikts und psychosozialen Drucks (keine Wohnung) ereignet. Als Ziele für diese Hospitalisation seien einerseits eine Stabilisierung des psychischen Befindens und andererseits die Klärung der Wohnsituation festgelegt worden. Die üblichen

Standarduntersuchungen seien durchgeführt worden. Im stationären Rahmen sei es zu einer raschen Entlastung des Patienten mit Regredienz der psychotischen Symptomatik gekommen. Ausserdem habe sich herauskristallisiert, dass der Patient regelmässig unkontrolliert Imovane in unklarer Dosierung einnehme. Die empfohlene Dosisreduktion bzw. das Absetzen von Imovane im stationären Rahmen habe der Patient strikt abgelehnt. Psychopharmakologisch sei die vorbestehende Medikation mit Imovane und Invega zunächst fortgeführt worden. Am Therapieprogramm habe der Patient unregelmässig bis selten teilgenommen. Dabei sei er in gutem Kontakt zu Mitpatienten gestanden. Mit dem Patienten seien verschiedene Wohnoptionen thematisiert worden. Nach ausreichender psychischer Stabilisierung seien Schnuppertage in der Stiftung [...] erfolgt, die positiv verlaufen seien, sodass man den Patienten in guter psychischer Verfassung und bei fehlenden Anhaltspunkten für Selbst- / Fremdgefährdung in das neue Wohnsetting habe entlassen können (IV-Nr. 79 S. 2 ff.).

6.3 Aus dem Arztbericht der J.____ vom 7. Juni 2017 geht folgende Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit hervor: «Paranoi-de Schizophrenie (ICD-10 F20.0)», bestehend seit mindestens dem Jahr 2001. Im Weiteren wurde eine vollständige Arbeitsunfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit seit dem 12. März 2015 bis auf weiteres attestiert. Der Gesundheitszustand sei stationär. Im Rahmen der Anamnese wurde dargelegt, der Patient lebe seit März 2017, mit Unterstützung einer Wohnbegleitung, in einer eigenen Wohnung in [...]. Der Patient berichte von optischen und akustischen Halluzinationen. Er gebe an, sich in Arbeitssituationen teilweise überfordert zu fühlen, dies aufgrund der zwischenmenschlichen Kontakte bzw. seiner Halluzinationen. Zum Zeitpunkt des Gesprächs habe er keine optischen Halluzinationen gehabt und keine Stimmen gehört. Er wirke deprimiert und beschreibe Hoffnungslosigkeit, wirke ängstlich und affektarm. Es sei antriebsarm und es bestehe ein sozialer Rückzug. Aktuell könne er sich von Suizidalität distanzieren. Er habe ein ausgeprägtes Krankheitsgefühl, die Urteilsfähigkeit sei gegeben. Aufgrund des durch den Patienten präsentierten Zustandsbildes während der aktuellen Behandlung und des bisherigen Verlaufs der Therapie sei anzunehmen, dass der Patient auf dem ersten Arbeitsmarkt weiterhin zu 100 % arbeitsunfähig sein werde. Auch bei einer Arbeit in einem geschützten Rahmen werde er wohl immer einige Schwierigkeiten vorzeigen. Während des Beobachtungszeitraums sei die gesundheitliche Situation unverändert geblieben.

Auf dem Beiblatt zum Arztbericht wurde erklärt, da die letzte Tätigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt bereits mehrere Jahre zurückliege und nicht in den Beobachtungszeitraum falle, könne man hierzu keine konkreten Angaben machen. Aufgrund der Beobachtungen sei davon auszugehen, dass der Patient einer Tätigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt nicht nachgehen könne, da er aufgrund seiner schizophrenen Symptomatik kaum belastbar sei und es diesbezüglich zu grösseren Ausfällen bei der Arbeit und zu zwischenmenschlichen Konflikten kommen könne. Auch andere Tätigkeiten seien dem Patienten nicht zuzumuten. Aufgrund der paranoiden Schizophrenie und der damit einhergehenden Symptome käme es zu Konflikten, Leistungseinbussen und psychischer Dekompensation. Der Patient wäre in einer Phase von Halluzinationen nicht imstande, sich bei der Arbeit adäquat zu verhalten (IV-Nr. 77).

6.4 Nach den Angaben von Dr. med. O.____, Facharzt für Innere Medizin, vom 5. November 2017 sei der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers stationär. Sowohl die bisherige Tätigkeit als auch eine Verweistätigkeit seien nicht zumutbar (IV-Nr. 80 S. 1 ff.).

6.5 Dem von der Beschwerdegegnerin veranlassten Gutachten von Dr. med. E.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, vom 21. August 2018 (Untersuchung vom 16. August 2018) kann folgende Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit entnommen werden: «Paranoide Schizophrenie (ICD-10 F20.0)». Die weitere Diagnose «Abhängigkeitsstörung von Sedativa (ICD-10 F13.2)» hat nach den gutachterlichen Angaben keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit.

Im Rahmen der versicherungsmedizinischen Beurteilung wurde im Wesentlichen dargelegt, es sei ab dem Jahr 2000 zur Entwicklung psychotischer und depressiver Symptome gekommen. Während anfangs tendenziell eher eine affektive Störung diagnostiziert worden sei, sei später von verschiedenen Seiten relativ konsistent eine paranoide Schizophrenie diagnostiziert worden. Den Angaben des Exploranden und den Akten sei zu entnehmen, dass er sehr häufig habe hospitalisiert werden müssen, obschon die entsprechenden Berichte nicht allesamt in den Akten vorgelegen seien. Der Explorand werde aktuell mit Paliperidon und Quetiapin behandelt. Das Quetiapin werde in einer vergleichsweise niedrigen Dosierung abgegeben, was dafür spreche, dass es aufgrund seiner sedierenden Wirkung verordnet worden sei, möglicherweise, um den Exploranden beim Einschlafen zu helfen. Entsprechend sei es nicht verwunderlich, dass der laborchemisch gemessene Spiegel unterhalb des Referenzbereiches sei. Problematischer sei hier jedoch, dass das Paliperidon nicht nachweisbar sei. Dies spreche dafür, dass der Explorand unabgesprochen das Medikament abgesetzt habe. Dies könnte erklären, wieso der aktuelle Befund etwas schwerer ausgeprägt sei, als in den Akten wiedergegeben worden sei. Eine mangelnde Compliance sei bei Schizophrenie ein häufiges Thema. In der Regel werde diese als krankheitsbedingt beurteilt, da viele schizophrene Patienten unter einer verminderten Krankheitseinsicht litten und entsprechend weniger Einsicht in den Sinn und die Notwendigkeit einer Behandlung hätten. Im vorliegenden Fall komme erschwerend dazu, dass die bisherige Behandlung offenbar nur zu einer gewissen Verbesserung geführt habe. Folge man den Angaben in den Akten und den Angaben des Exploranden, so habe er bislang verschiedene Antipsychotika probiert, die jedoch allesamt nur zu einem Teilerfolg geführt hätten. Angesichts der Anzahl berichteter Hospitalisationen scheine auch der Schutz vor weiteren Exazerbationen nur mässig ausgeprägt gewesen zu sein. Eine grosse Anzahl der Schizophreniepatienten erlebe nur eine ungenügende Remission durch den Einsatz von Antipsychotika. Clopin wirke üblicherweise bei therapieresistenten Schizophreniepatienten etwas besser als andere Präparate, wenngleich auch hiermit häufig keine vollständige Remission erreicht werde. Dieses Medikament sei offenbar beim Exploranden schon eine Zeit lang eingesetzt und schliesslich wieder abgesetzt worden. Ebenso sei eine transkranielle Magnetstimulation ohne Erfolg eingesetzt worden. Obschon also nach wie vor theoretisch weitere Therapieoptionen bestünden, sei die Chance auf eine wesentliche Verbesserung durch Umstellung der Behandlung recht klein, was auch von Seiten der Behandler so angegeben worden sei. Dementsprechend sei auch die Prognose als ungünstig zu sehen.

Zur Konsistenz und Plausibilität wurde angegeben, insgesamt präsentiere sich der vorliegende Fall weitgehend konsistent. Von verschiedenen Seiten seien psychotische Symptome berichtet worden, sodass die Diagnose einer paranoiden Schizophrenie gut nachvollziehbar sei. Die aktuell angegebenen Symptome entsprächen auch in etwa dem, was in den Akten vermerkt sei. Der bisherige Verlauf mit Niederlegung der Arbeit und nun auch engmaschiger Betreuung durch einen Beistand und eine Wohnbegleitung seien für

diese Störung nicht untypisch. Auch die Medikamentenwechsel seien als typisch zu betrachten. Nicht selten komme es auch vor, dass Schizophreniepatienten das Ausmass ihrer psychotischen Symptomatik nicht offen darlegten, u.a., weil sie solche Wahrnehmungen häufig nicht als krankhaft und unreal wahrnahmen. Dies könnte erklären, wieso der Explorand anlässlich des Gesprächs in der IV kaum psychotische Symptome angebe. Ebenso könnte es zumindest teilweise erklären, weshalb zu Beginn seiner Erkrankung eine Anpassungsstörung diagnostiziert worden sei. Weitere Gründe, weshalb anfänglich andere Diagnosen aufgeführt worden seien, seien im Kapitel Diagnostik diskutiert worden.

Unter dem Titel «Würdigung von Fähigkeiten, Ressourcen und Belastungen» wurde sodann angegeben, betrachte man den Längsverlauf, finde man gewisse Auffälligkeiten der beruflichen aber auch der sozialen Leistungsfähigkeit bereits vor dem klaren Ausbruch der Erkrankung und einer längeren Krankschreibung. Nach Ausbruch der Erkrankung habe der Explorand nicht mehr gearbeitet. Trotz Behandlung sei es nicht zu einer wesentlichen Verbesserung seiner Symptome gekommen. Betrachte man die Funktion in verschiedenen Lebensbereichen, so sei zu konstatieren, dass der Explorand zum Zeitpunkt der Untersuchung deutliche Defizite im Alltagsleben aufgewiesen habe, die auf gewisse mögliche Rückschritte im Laufe der Jahre hinwiesen. Zeitweise sei er in einem Wohnheim gewesen, aktuell benötige er eine Wohnbegleitung. Er habe Schwierigkeiten bei der Selbstpflege und dem Umgang mit den Medikamenten. Er benötige Hilfe bei der Administration und sei deswegen verbeiständet. Seinen Schilderungen sei auch ein Rückgang der Freizeitaktivitäten zu entnehmen. Eine Partnerschaft bestehe nicht mehr, gewisse engere Bezugspersonen hätten sich von ihm distanziert. Man finde Hinweise für mögliche strafrechtliche Schwierigkeiten, die krankheitsbedingt sein könnten. Ferner sei der Explorand zum Zeitpunkt der Untersuchung nur knapp in der Lage gewesen, mit Hilfe eines Taxies den Weg in die Praxis zu finden. Er sei nicht in der Lage gewesen, ein adäquates Gespräch zu führen und seine Gedanken einzuordnen. Ebenso habe er Schwierigkeiten gehabt, die Konzentration genügend aufrecht zu erhalten, um komplexe Aufgaben zu erledigen und wichtige Meilensteine seiner Vergangenheit chronologisch zu ordnen und einigermaßen in ein Zeitgitter einzufügen. Er sei auch nicht in der Lage gewesen, das Ausmass seiner Störung oder die Umgebung klar wahrzunehmen.

Zum Zeitpunkt der Untersuchung hätten sich erhebliche Befunde erheben lassen, die zu erheblichen Einschränkungen passten. In Bezug auf die Items des Mini-ICF sei von deutlichen Einschränkungen der Durchhaltefähigkeit, der Interaktion, der Strukturierungsfähigkeit, der Anpassungsfähigkeit, der Flexibilität, der Entscheidungsfähigkeit, der Anwendung fachlicher Kompetenzen, der Verkehrsfähigkeit und der Selbstpflege auszugehen. Bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit müssten krankheitsfremde Faktoren ausgeklammert werden. Im vorliegenden Fall finde sich eine erhebliche soziale Desintegration, was jedoch als Folge der Erkrankung zu sehen sei. Ebenso sei bezüglich der Reintegration von Nachteil, dass der Explorand keine Arbeitsstelle mehr habe und seit langem nicht mehr gearbeitet habe, was ebenfalls eine Folge der vorliegenden Erkrankung sei. Es sei von einer nach wie vor angespannten finanziellen Situation auszugehen. Diese habe vermutlich bereits bei Ausbruch der Erkrankung vorgelegen, möglicherweise auch gewisse familiäre Konflikte (Haus in der Türkei von der Familie weggenommen), doch aus einer versicherungspsychiatrischen Perspektive stellten dies lediglich Faktoren dar, die einen Ausbruch der Erkrankung

begünstigten, jedoch nicht als ursächlich im Sinne der Rechtsprechung betrachtet werden könnten. Die vorliegende Störung sollte nicht als eine Folge einer psychosozialen Belastungssituation gesehen werden. In Bezug auf die Revision sei festzustellen, dass bei der letzten umfassenden Überprüfung des Gesundheitszustandes, also bei der letzten psychiatrischen Begutachtung, die depressive Symptomatik stärker ausgeprägt gewesen sei, während offenbar die psychotische Symptomatik als nicht so stark ausgeprägt empfunden worden sei. Dies habe sich nun verändert, zum Zeitpunkt der aktuellen Untersuchung sei die psychotische Symptomatik deutlich im Vordergrund gestanden. Obschon letztlich davon auszugehen wäre, dass bereits zum Zeitpunkt des Vorgutachtens eine paranoide Schizophrenie vorgelegen sei, die damals diagnostisch anders eingeschätzt worden sei, lasse sich hier formal dennoch eine Änderung der Symptomatik / Befundung annehmen. Allerdings sei bei der aktuell vorliegenden Symptomatik nicht von einer verwertbaren Arbeitsfähigkeit in irgendeiner Tätigkeit auszugehen. Hier spiele auch der fehlende Schutz durch eine antipsychotische Medikation eine Rolle. Zugleich sei aber auch zu bedenken, dass der Explorand trotz jahrelanger Behandlung und weitgehender Entpflichtung wiederholt habe hospitalisiert werden müssen. Es finde sich ein Rückgang der Funktionsfähigkeit, weshalb eine umfassendere Betreuung zunehmend nötig geworden sei (Beistand, Wohnbegleitung). Trotz Betreuung und Behandlung finde man Verwahrlosungstendenzen und Schwierigkeiten in der Selbstfürsorge, beispielsweise bei der Verwaltung der Medikamente. Es sei hier auch mit Medikation von einer verminderten Belastbarkeit und einer schlechten Funktionsfähigkeit im Alltag auszugehen.

Die gestellten Fragen wurden dahingehend beantwortet, aktuell sei nicht von einer verwertbaren Arbeitsfähigkeit im ersten Arbeitsmarkt auszugehen. Es seien keine medizinischen Massnahmen zu empfehlen, die mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu einer wesentlichen Verbesserung der Arbeitsfähigkeit führen könnten. In Bezug auf die Revision sei zu konstatieren, dass bei der letzten umfassenden Überprüfung des Gesundheitszustandes, also bei der letzten psychiatrischen Begutachtung, die depressive Symptomatik stärker ausgeprägt gewesen sei, während offenbar die psychotische Symptomatik als nicht so stark ausgeprägt empfunden worden sei. Dies habe sich nun verändert, zum Zeitpunkt der aktuellen Untersuchung sei die psychotische Symptomatik deutlich im Vordergrund gestanden. Obschon letztlich davon auszugehen wäre, dass bereits zum Zeitpunkt des Vorgutachtens eine paranoide Schizophrenie vorgelegen sei, die damals diagnostisch anders eingeschätzt worden sei, liesse sich hier formal dennoch eine Änderung der Symptomatik annehmen. Der Bericht des L. ___ vom 16. März 2007 beschreibe relativ gut eine paranoide Schizophrenie. Es handle sich hierbei um die erste medizinische Einschätzung nach dem Vorgutachten. Eine Veränderung des Zustandes könnte ab März 2007 angenommen werden (IV-Nr. 90.1).

6.6 RAD-Ärztin Dr. med. P. ___, Fachärztin für Allgemeinmedizin und Arbeitsmedizin, äusserte sich in ihrer Stellungnahme vom 25. September 2018 dahingehend, im Hinblick auf die Ergebnisse der Internetrecherche ergebe sich ein diametral entgegengesetztes Bild zur Beschreibung des begutachtenden Psychiaters, in dem der Versicherte regelmässig soziale Kontakte zu pflegen scheine, komplexe soziale Inhalte «poste» und aktiv umherreise, was mit den psychiatrischen Diagnosen und den einhergehenden Einschränkungen aus RAD-Sicht nicht vereinbar sei. Durch die Erkenntnisse der Internetrecherche bestünden Widersprüche. Der psychiatrische Gutachter sei zu einer Stellungnahme aufzufordern (IV-Nr. 96).

6.7 Nach Vornahme einer weiteren Untersuchung am 21. November 2018 hielt der psychiatrische Gutachter Dr. med. E. ___ im Gutachten vom 16. Februar 2019 erneut folgende Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit fest: «Paranoide Schizophrenie (ICD-10 F20.0)». Die Abhängigkeitsstörung von Sedativa (ICD-10 F13.2) hat nach den gutachterlichen Angaben keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Im Rahmen der versicherungsmedizinischen Beurteilung wurde dargelegt, die aktuelle Untersuchung vom 21. November 2018 erfolge als Ergänzung zur gutachterlichen Untersuchung vom 16. August 2018, um die neu aufgetauchten Fragen angesichts der anonymen Meldung und der Untersuchung des Facebook-Profiles zu beantworten. Auffallend sei im Vergleich zu den Angaben in der ersten Untersuchung eine unterschiedliche Schilderung der Symptomatik und Beschwerden, ein unterschiedliches Verhalten in der Untersuchung, inkonsistente Angaben zu den Aktivitäten sowie neue Angaben zu sozialen und anderen komplexen Aktivitäten wie beispielsweise Reisen. Teilweise sei auch der Eindruck entstanden, dass gewisse Angaben nur korrigiert worden seien, wenn dem Exploranden klar geworden sei, dass von anderer Seite die entsprechenden Informationen geliefert worden seien, was möglicherweise auf eine bewusst selektionierte Darstellungsweise zurückzuführen sei.

Es sei festzustellen, dass der Explorand im Prinzip alle Fragen zu den Bildern auf Facebook habe beantworten können. Diese Bilder hätten jedoch zunächst einmal verdeutlicht, dass der Explorand häufiger reise, als er zunächst angegeben habe. Es handle sich hier um eine komplexe Aktivität, die den Exploranden ausserhalb seiner Komfortzone führe und gewisse Anforderungen an seine Selbstständigkeit und sein Problemlöseverhalten stelle, zumal der Explorand drei Destinationen genannt habe ([...], [...], [...]). Wie das zu werten sei, dass der Explorand zwei Reisen im Jahr 2017 erst erinnert habe, als er auf entsprechende Postings aufmerksam gemacht worden sei, lasse sich nicht abschliessend beurteilen. Denkbar sei eine bewusst selektionierte Darstellungsweise, aber auch eine Vergesslichkeit möglicherweise exazerbiert durch die untersuchungsbedingte Anspannung. Diese Bilder verdeutlichten auch, dass der Explorand in der Lage sei, seine Erscheinung den Anforderungen anderer anzupassen und sich adäquat zu pflegen. Ergänzend sei hier die Aktivität im sozialen Umfeld nochmals diskutiert worden, vor allem angesichts gewisser Aussagen der Wohnbegleitung anlässlich der letzten Untersuchung. Bei der weiteren Diskussion habe sich gezeigt, dass der Explorand entgegen seiner Aussage, dass er in der Schweiz völlig isoliert sei, doch gewisse Kontakte mit Freunden und Kollegen pflege. Nach eigenen Angaben handle es sich um frühere Arbeitskollegen. Dies verdeutliche gewisse Ressourcen in der Interaktion, da es sich doch um lang bestehende Beziehungen handle. Hinsichtlich der geltend gemachten Aggressivität verdeutlichten diese Aussagen, dass eine Interaktion durchaus in einem bestimmten Kontext möglich sei. Eine bewusst selektierte Darstellungsweise sei denkbar, ebenso wie eine überdurchschnittliche Vergesslichkeit.

Im Weiteren sei aufgefallen, dass der Explorand in seinem Verhalten und seinem Erzählstil im Gegensatz zur ersten Untersuchung sehr adäquat und unauffällig gewirkt habe. Dies lasse sich schwer erklären. Theoretisch wäre hier ebenfalls an eine bewusste Inszenierung zu denken. Eine andere Erklärung wäre, dass der Zustand und damit die Erscheinung des Exploranden fluktuieren und die letzte Untersuchung an einem sehr ungünstigen Tag stattgefunden habe. Ferner sei aufgefallen, dass der Explorand auf die Frage nach seinen Beschwerden spontan zunächst keine psychotischen Symptome angegeben habe. Auch auf konkrete Nachfrage, was ihn am Arbeiten hindern würde, habe er vornehmlich über andere

Symptome wie beispielsweise Vergesslichkeit, Schmerzen, aggressive Durchbrüche, wenn er gehänselt werde, und Schlafstörungen etc. berichtet. Die Halluzinationen seien erst später, eher nebenbei, erwähnt worden, wesentliche Ängste seien gar nicht geltend gemacht worden. Dies könnte ein Hinweis dafür sein, dass sich der Explorand tatsächlich vornehmlich durch andere Beschwerden beeinträchtigt fühle und dass die psychotischen Beschwerden zumindest aktuell nicht mehr so stark ausgeprägt seien. Möglich wäre auch eine verzerrte Wahrnehmung dieser Beschwerden. Ebenso wäre denkbar, dass der Explorand durch die Untersuchungssituation und die eigenen Korrekturen seiner Angaben nervös geworden sei und seine Schilderungen hier nicht ganz die Realität abbildeten.

Letztlich seien die neuen Informationen und diese Untersuchungsergebnisse nach wie vor mit der gestellten Diagnose vereinbar. Es gelte hier zu bedenken, dass der Explorand allein in den C. ___ bereits über zehnmal habe hospitalisiert werden müssen und dass weitere Hospitalisationen in den entsprechenden Einrichtungen im Kanton Solothurn hinzuzuzählen seien. Der Explorand sei im Rahmen dieser stationären Behandlungen teilweise mit unterschiedlichen Medikamenten behandelt worden. Hier müssten auch die Schilderungen der Wohnbegleitung berücksichtigt werden, die ebenfalls darauf hinwiesen, dass der Explorand unter gewissen Symptomen und Einschränkungen leide. Angesichts dessen lasse sich trotz aktuell auffällig wirkenden Angaben mit überwiegender Wahrscheinlichkeit vom Vorhandensein einer schweren psychischen Störung ausgehen. Theoretisch wäre es zwar möglich, dass der Explorand diese Beschwerden über die Jahre hinweg vorgetäuscht habe, dies würde jedoch einen hohen Aufwand darstellen. Es sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eher davon auszugehen, dass über Jahre hinweg eine erhebliche Symptomatik bestanden habe und dass diese zahlreiche Hospitalisationen notwendig gemacht habe. Dies bedeute jedoch nicht, dass es nicht zwischenzeitlich zu einer Verbesserung des Zustandes gekommen sei. Die aktuellen Untersuchungsbefunde wiesen darauf hin, dass die Funktionsfähigkeit des Exploranden höher sei, als er dies in der ersten Untersuchung vermittelt habe. Die Befunde in der zweiten Untersuchung seien weniger auffällig gewesen. Die oben aufgeführte Beschwerdeschilderung könnte dahingehend erklärt werden, dass nun die psychotische Symptomatik zurückgegangen sei. Nachdem angesichts der letzten Untersuchung ein insuffizienter Medikamentenspiegel festgestellt worden sei, der Explorand jedoch bei der zweiten Untersuchung nicht vermehrt über psychotische Beschwerden geklagt und auch nicht über eine erneute Hospitalisation berichtet habe, sei von einer gewissen Stabilität auszugehen, vor allem wenn auch berücksichtigt werde, dass ein neuer Stressfaktor, die Schmerzerkrankung bzw. der Morbus Bechterew mit wiederkehrenden Untersuchungen hinzugekommen sei. Auch andere Stressfaktoren, beispielsweise das Reisen, die kranke Mutter etc., schienen nicht zu erneuten Dekompensationen geführt zu haben. Insgesamt spreche dies für eine gewisse Stabilisierung in den letzten Jahren, was sich auch an der Anzahl Hospitalisationen der letzten Jahre gut nachvollziehen lasse. Damit lasse sich mit überwiegender Wahrscheinlichkeit hier von einer Verbesserung des Zustandes ausgehen, was sich unter anderem in einer erhöhten Belastbarkeit zeige.

Ergänzend legte der Gutachter zur Funktionsfähigkeit noch dar, anlässlich der aktuellen Untersuchung sei der Explorand stets ruhig, freundlich und höflich geblieben, auch in etwas ungemütlichen Situationen, in denen er seine Aussagen habe revidieren müssen. Die Tatsache, dass er langjährige Kontakte zu pflegen in der Lage sei und offenbar mit Freunden, der Wohnbegleitung, Familienangehörigen und dem Gutachter adäquat

interagieren könne, weise darauf hin, dass gewisse Ressourcen in der Interaktion bestünden und dass der Explorand durchaus ein gewisses Mass an Interaktion aushalten könne. Die Reisen wiesen darauf hin, dass der Explorand auch komplexere Aktivitäten durchführen könne, sich auch in fremden Umgebungen zurechtfinden könne und über ein entsprechendes Problemlöseverhalten verfüge. Die Tatsache, dass er trotz medikamentöser Malcompliance nicht rückfällig geworden sei, weise auch auf eine gewisse Stabilität und Belastbarkeit hin. Entsprechend sei auch das Mini-ICF-Profil angepasst worden. Dabei sei aber auch der bisherige Verlauf mit den zahlreichen Hospitalisationen berücksichtigt worden. Trotz der anzunehmenden Verbesserung der Funktionsfähigkeit und der Belastbarkeit sei hier von einer nach wie vor krankheitsbedingten unterdurchschnittlichen Belastbarkeit und einer erhöhten Rückfallgefahr auszugehen. Ideal wäre eine Tätigkeit mit geringen Anforderungen an die Interaktion, die der Explorand vorzugsweise alleine ausführen könnte, die gut strukturiert wäre und genügend Möglichkeiten für Pausen anbieten würde. Ebenso wäre es günstig, wenn klare Ansprechpersonen bestünden und auch die Aufgaben klar definiert wären. In einer solchen Tätigkeit wäre von einer 50%igen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit auszugehen. Nachdem kein klarer Zeitpunkt für die Verbesserung feststellbar sei, werde empfohlen, diese Beurteilung ab dem Zeitpunkt der Untersuchung (November 2018) zu übernehmen (IV-Nr. 100).

6.8 Dem von der Beschwerdegegnerin veranlassten bidisziplinären (rheumatologischen und psychiatrischen) Gutachten von Dr. med. F.____, FMH Rheumatologie, FMH Innere Medizin, und Dr. med. G.____, Psychiatrie & Psychotherapie FMH, vom 22. bzw. 29. Juli 2019 (Untersuchungen vom 5. Juli 2019) können nach erfolgter Konsensbeurteilung folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit entnommen werden: «1. Axiale Spondylarthropathie Typ Bechterew (Ankylosierende Spondylitis) (ICD10 M45.09), HLA-B27 positiv, Extraartikulär: Uveitis rechts 2014, Infektserologie: Latente Tuberkulose bei pos. Quantiferontest, tuberkulostatische Therapie Rifampicin / Isoniacid über 6 Monate; 2. Verdacht auf paranoide Schizophrenie (ICD-10: F20)». Die weiteren Diagnosen (3. Chronischer Nikotinkonsum; 4. Verdacht auf arterielle Hypertonie; 5. Verdacht auf rez. Prostatitis; 6. Zolpidem-Abhängigkeit [ICD-10: F13.24]) haben nach den gutachterlichen Angaben keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit.

Aus rheumatologischer Sicht wurde festgehalten, es bestehe eine beträchtliche Einschränkung der Beweglichkeit sowie der Belastbarkeit im Bereich des Achsenskeletts. Der Morbus Bechterew befinde sich in einem fortgeschrittenen Stadium mit beinahe vollständiger Ankylosierung der Wirbelsäule und des Iliosakralgelenks. Dadurch seien Wirbelsäulenbewegungen nur noch im Bereich der oberen Halswirbelsäule, des cervicothorakalen Übergangs und wenig thorakolumbalen Übergangs möglich. Die muskuläre Stabilisierung in diesen Bereichen sei nicht mehr richtig koordinierbar und tendiere zur raschen Ermüdung und Dekompensation. Es fehle auch an zusätzlicher Propriozeption. Allerdings sei die Blickrichtung noch horizontal, was ein freies Gehen noch ermögliche. Nachvollziehbar und auch während der Anamnese und Untersuchung objektivierbar zeige sich eine Einschränkung der Haltungsfunktion und somit auch eine statisch-dynamische Dysbalance und Einschränkung der Belastbarkeit für andauerndes Sitzen, andauerndes Stehen oder Gehen. Eine intermittierende Wechselbelastung sei möglich. Gesamthaft müsse davon ausgegangen werden, dass die Symptome des Morbus Bechterew und auch die Einsteifung der Wirbelsäule in den letzten 20 Jahren stattgefunden hätten, bisher jedoch noch mässig funktionelle Einschränkungen vorhanden gewesen seien,

welche sich nun langsam demaskierten. Es sei nachvollziehbar, dass die Kompensationsmöglichkeiten körperlich ab dem Jahr 2006 zunehmend eingeschränkt gewesen seien. Aus somatischer Sicht bestehe eine Erstbeurteilung seit der letzten Rentenrevision. Gesamthaft könne ab 2006 eine Verschlechterung der körperlichen Fähigkeiten attestiert werden. Eine Zunahme der Rückenbeschwerden aufgrund einer myostatischen Dysbalance und vermehrter Einsteifung der Wirbelsäule sei ausgewiesen. Gesamthaft müsse aus rheumatologischer / bewegungsapparatmedizinischer Sicht ab dem aktuellen Datum gesagt werden, dass es sich hier um eine Neubeurteilung handle, da eine rheumatologische Beurteilung bisher nicht erfolgt sei.

Im Weiteren wurde zu eventuell relevanten Persönlichkeitsaspekten dargelegt, eine Störung der «komplexen Ich-Funktionen» sowie eine Persönlichkeitsstörung könne man ausschliessen, da der Explorand bis 2000 weitgehend normal gelebt habe, eine Familie gegründet habe und während Jahren an derselben Arbeitsstelle habe tätig sein können. Zu den Belastungsfaktoren und Ressourcen wurde angegeben, die vorhandenen körperlichen Ressourcen seien deutlich limitiert aufgrund der beinahe vollständigen Einsteifung der Wirbelsäule. Adaptierte Tätigkeiten mit wenig Traglast sowie Vermeiden von Rotationen der Wirbelsäule oder die Notwendigkeit des Bückens oder Aufrichtens könnten noch im verminderten Mass ausgeführt werden. Hierfür sei die aktuelle Arbeitstätigkeit, wie sie in einer sitzenden und zeitweise leicht stehend und gehenden Tätigkeit ausgeführt werde, noch als ideal zu sehen. Aus psychiatrischer Sicht könne als Ressource des Exploranden sicherlich gesehen werden, dass er regelmässigen Kontakt zu seinen Schwestern in die Türkei telefonisch unterhalte und auch problemlos dorthin reisen könne. Auch habe er zur aktuellen Exploration selbstständig reisen können und er könne sich in seinem Wohnkanton frei und selbstständig zu Arztterminen und zur Arbeit bewegen. Auch sei er in der Lage, grundsätzlich selbstständig zu leben und ausser den Einkäufen, welche er gemeinsam mit der Wohnbegleitung erledige, und den Finanzen, welche der Beistand erledige, sämtliche Haushaltstätigkeiten zu leisten. Soziale Belastungen bestünden insofern latent, als er seit zwei Jahren keinen Kontakt mehr zu seinen Kindern habe.

Anlässlich der Konsistenzprüfung wurde angegeben, das Aktivitätsniveau sei gleichmässig eingeschränkt in allen Lebensbereichen, wobei insbesondere längeres Verharren in einer Position, sei es sitzend, stehend, gehend oder auch liegend, kaum mehr möglich sei. Gesamthaft ergebe sich dadurch eine Einschränkung der Belastbarkeit; dies kombiniert mit einer Verminderung der Belastbarkeit bei axialer Belastung. Ein Schonverhalten oder eine Aggravation oder Simulation habe rein somatisch nicht beobachtet werden können. Aus psychiatrischer Sicht wurde erwähnt, gegen eine schwere invalidisierende paranoide Schizophrenie sprächen die Reisetätigkeit des Exploranden (drei Türkei-Reisen innerhalb von 15 Monaten) sowie die Tatsache, dass er vor drei Monaten geheiratet habe und seit drei Monaten in der Lage sei, regelmässig zu 50 % an einem geschützten Arbeitsplatz tätig zu sein, sowie selbstständig wohnen zu können. Für eine entsprechende Erkrankung spreche die Tatsache, dass er in der Schweiz weitgehend isoliert lebe und keinerlei Interessen sowie Hobbys habe. Ein Schmerzleiden könne nicht objektiviert werden.

Zur Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit wurde vermerkt, die bisherigen Arbeitsunfähigkeiten seien ausgewiesen aufgrund des psychiatrischen Leidens. Aus rheumatologischer Sicht bestehe jedoch eine deutliche Minderung der Belastbarkeit im Achsen skelett und dies auch bei zunehmend fehlenden Kompensationsmechanismen muskuloskelettal. Die angestammte Tätigkeit als Maschinenoperateur von 1994 bis 2000

könne er nicht mehr ausführen. Der Grund hierfür sei die zunehmende Einsteifung im Bereich der Wirbelsäule mit nur noch intermittierender Möglichkeit des Horizontalblickes. Die aktuelle Arbeitstätigkeit, ausgeführt ab 2015 bei der Q.____, mit Verarbeitung von Karton, insbesondere meist sitzend, könne in einem 70%-Pensum wie bisher weitergeführt werden. Aus psychiatrischer Sicht könne keine valide Aussage gemacht werden, da der hohe Verdacht auf ein Malingering bestehe. Zur Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Verweistätigkeit wurde angegeben, aus rheumatologischer Sicht könne die aktuelle Tätigkeit als angepasst gelten und weiterhin in einem 70%-Pensum ausgeübt werden. Aus psychiatrischer Sicht könne keine valide Aussage gemacht werden, da der hohe Verdacht auf ein Malingering bestehe. Die Prognose bezüglich einer Verbesserung der WS-Beweglichkeit und der Belastbarkeit im Bereich des ganzen Körpers könne als moderat gesehen werden. Eine Verbesserung des aktuellen Zustandes sei nicht mehr zu erwarten (IV-Nr. 111.1).

6.9 RAD-Ärztin Dr. med. P.____ hielt in ihrer Stellungnahme vom 18. August 2019 fest, der psychiatrische Gutachter äussere den dringenden Verdacht einer Simulation, die neuropsychologisch verifiziert werden solle. Aus RAD-Sicht sei daher eine neuropsychologische Ergänzungsuntersuchung zu veranlassen, um diesen Verdacht analysieren zu lassen (IV-Nr. 114).

6.10 Aus dem Konsilium zum vorerwähnten bidisziplinären Gutachten vom 22. Juli 2019 von Dr. med. R.____, FMH Rheumatologie & allgemeine innere Medizin (Praxis R.____), zu Händen der Beschwerdegegnerin vom 19. September 2019 geht hervor, beim Patienten zeige sich eine vollständige Ankylosierung der gesamten Halswirbelsäule bis und mit HWK 2. Damit sei die Kopfhaltung fixiert, was das Leben alltäglich schwierig mache. Der Patient erwäge, die Möglichkeiten der korrigierenden Wirbelsäulen Chirurgie zu prüfen. Medikamentös gelinge mit der etablierten TNF-Antagonisierung eine vollständige Kontrolle der systemischen Entzündung. Damit hätten sich die als entzündlich zu charakterisierenden Ruhe-Beschwerden zurückgebildet. Der Patient sei zunehmend von haltungsbedingten, myofaszialen Funktionsstörungen mit assoziierten Beschwerden betreffend Schultergürtel und Arme symptomatisch. Er werde ambulant neu mit Physiotherapie behandelt. Die Rehabilitation sei in den vergangenen Jahren unterblieben, als die Diagnose der ankylosierenden Spondylitis medizinisch verkannt worden sei und der Patient von Physiotherapeuten psycho-somatischer Beschwerden bezichtigt worden sei (IV-Nr. 120 S. 2; vgl. auch IV-Nr. 122. S. 2).

6.11 Dr. phil. H.____, Fachpsychologin für Neuropsychologie FSP, hielt in ihrem Bericht vom 27. September 2019 fest, der begutachtende Psychiater Dr. med. G.____ habe empfohlen, die Validität bzw. den Verdacht eines Malingerings und einer Simulation durch geeignete neuropsychologische Testungen weiter abzuklären, da sich in der letzten psychiatrischen Begutachtung vom 6. Juli 2019 Hinweise für eine Simulation / Aggravation gezeigt hätten. Nach der Sichtung der relevanten Akten sei festzuhalten, dass eine neuropsychologische Untersuchung nicht sinnvoll sei, da aufgrund der neuropsychologischen Befunde kein Erkenntnisgewinn bezüglich der Gültigkeit psychiatrischer Diagnosen zu erwarten sei (IV-Nr. 123).

6.12 RAD-Ärztin Dr. med. P.____ hielt in ihrer Stellungnahme vom 31. Oktober 2019 fest, laut rheumatologischem Gutachten könne der Versicherte in einer angepassten Tätigkeit mit einem Pensum von 70 % arbeiten. Der psychiatrische Gutachter mache wegen des Verdachts auf Malingering keine abschliessende Beurteilung, beschreibe jedoch die

auffälligen Validierungstests, welche auf ein Malingering hindeuteten. Die Neuropsychologin könne ebenfalls das Malingering von Symptomen nicht abschliessend im Hinblick auf die Diagnose einer paranoiden Schizophrenie herleiten. Für den RAD bestünden zudem weitere Indizien in dem psychiatrischen Gutachten, die das Malingering der psychotischen Symptome stützten und dies somit als wahrscheinlich darstellten. Wiederholt seien in den letzten zwei psychiatrischen Gutachten keine ausreichenden Medikamentenspiegel im Hinblick auf eine antiparanoide Medikation festgestellt worden. Letztlich beruhe somit die Diagnosestellung auf den anamnestischen Angaben des Versicherten, der sich auf akustische und optische Halluzinationen berufe. Zudem beschreibe er eine soziale Isolation, die der RAD aus den erwähnten Gründen schwer nachvollziehen könne. Aus Sicht des RAD sei das durch den psychiatrischen Gutachter vermutete Malingering daher in der Zusammenschau aufgrund der verschiedenen Kontextfaktoren sowie des hohen Funktionsniveaus in Verbindung mit sogenannten «harten Faktoren» (fehlender Medikamentenspiegel) als überwiegend wahrscheinlich anzusehen, sodass aus medizinischer Sicht die psychiatrische Diagnose einer paranoiden Schizophrenie nicht als valide und somit als arbeitsfähigkeitsrelevant anzusehen sei. Weitere arbeitsfähigkeitsrelevante Diagnosen finde man im psychiatrischen Gutachten nicht. Aus Sicht des RAD könne daher valide auf das nachvollziehbare rheumatologische Gutachten abgestellt werden, sodass aufgrund der vorliegenden Daten ab dem Zeitpunkt des Gutachtens (Juli 2019) eine Arbeitsfähigkeit von 70 % in der aktuellen Tätigkeit und in einer Verweistätigkeit bestehe (IV-Nr. 128).

6.13 Im Rahmen des Vorbescheidverfahrens nahm die behandelnde Psychiaterin der J.____ (Dr. med. S.____, Oberärztin) zur in Aussicht gestellten Aufhebung der Invalidenrente am 24. Februar 2020 Stellung. Sie führte aus, die Diagnose der paranoiden Schizophrenie sei anlässlich der zahlreichen Hospitalisationen in mehreren psychiatrischen Kliniken bestätigt und mit verschiedenen Medikamenten wie Abilify, Risperdal Depot, Clopin und Truxal behandelt worden. Gemäss den Angaben des Exploranden sei es diesem unter Clopin besser gegangen, was das Stimmenhören anbelange, die Medikation habe jedoch wegen kardialer Nebenwirkungen gestoppt werden müssen. Gemäss der letzten psychiatrischen Begutachtung vom Juli 2019 habe der begutachtende Psychiater Hinweise für eine Simulation / Aggravation gefunden, die Validität bzw. den Verdacht eines Malingerings und einer Simulation. Diese habe er durch geeignete weitere Abklärungen wie eine neuropsychologische Untersuchung festigen wollen. Aktuell nehme der Patient Invega ein. Aufgrund des klinischen Verlaufs habe man keine Anhaltspunkte, Medikamentenspiegel zu messen. Vom Gutachter werde eine invalidisierende Schizophrenie in Frage gestellt wegen der Reiseaktivität des Exploranden. Es sei zu belegen, dass der Explorand anlässlich des Todes seines Bruders im Februar 2018 und der Mutter im März 2019 in die Türkei gereist sei, um von diesen anlässlich der Trauerfeier Abschied zu nehmen, was auch einem kranken Exploranden möglich sein sollte. Jedes Mal sei er von Bekannten an den Flughafen in [...] gebracht und in der Türkei abgeholt worden. Der Patient leide seit seiner psychiatrischen Behandlung und aktuell unter Ängsten und unter Stimmenhören, was ihm einen normalen Kontakt in der Gesellschaft verhindere. Die affektiven Zeichen mit Anhedonie, Affektverflachung, Angst und Ambivalenz seien verbunden mit fehlenden Kontakten in der Freizeit, Gefühlsleere und auch Rückzug. Diese seien typisch und als klassischer Residualzustand und als Negativsymptomatik der paranoiden Schizophrenie zu sehen und verhinderten eine normale gesellschaftliche Aktivität und Arbeit. Der Patient sei vorwiegend einsam und auf sich gestellt. Im Weiteren werde die Tatsache der neuen Ehe

erwähnt, die jedoch bereits nach einem Monat geschieden worden sei. Dies zeige auch, dass der Explorand, wie er selber gesagt habe, in Form einer neuen Frau Hilfe für Kontakte und Gesellschaft habe suchen wollen, was wegen seines Zustands mit Stimmenhören und Ängsten nicht möglich gewesen sei. Die Stellungnahme der Neuropsychologin Dr. phil. H.____ vom 27. September 2019 stelle klar, dass durch eine zusätzliche neuropsychologische Beurteilung die Simulation einer psychiatrischen Erkrankung nicht geklärt werden könne, weswegen diese nicht durchgeführt worden sei. Zusammengefasst könne gesagt werden, dass die im Gutachten vom 6. Juli 2019 erwähnten Begründungen für ein Malingering und eine Simulation nicht gegeben seien. Die aktuelle Präsentation ergebe aufgrund des klinischen Bildes keine Hinweise für eine Simulation (IV-Nr. 136).

6.14 RAD-Ärztin Dr. med. P.____ hielt dazu in ihrer Stellungnahme vom 17. März 2020 fest, die Recherche habe ergeben, dass der Versicherte auch Reisen zu Hochzeiten ■ also fröhlichen Ereignissen ■ unternommen habe, zudem sei für Juli 2019 ein Urlaub in der Türkei angegeben worden. Weiterhin könne der Versicherte selbstständig und regelmässig zu 50 % seinen geschützten Arbeitsplatz aufsuchen, ebenso regelmässig diverse Ärzte, auch das Aufsuchen des Psychiaters im Gutachten sei selbstständig erfolgt. Der Einwand, dass ein normaler Kontakt in der Gesellschaft nicht möglich sei, könne somit nicht nachvollzogen werden. Weshalb die Medikamentenspiegel wiederholt nie messbar gewesen seien bzw. weshalb die Psychiaterin auch aktuell keinen Medikamentenspiegel messen lasse, der eine Medikamenteneinnahme belegen würde, bleibe unerwähnt. Es bestehe ein hohes Funktionsniveau im Hinblick auf die social media-Nutzung und sogenannte «posts» mit anderen Nutzern / Familienangehörigen. Zusammengefasst könnten die Einwände der behandelnden Psychiaterin anhand der Aktenlage nicht nachvollzogen werden (IV-Nr. 138).

6.15 Aus dem im vorliegenden Beschwerdeverfahren nachgereichten Bericht von Dr. med. R.____ vom 31. Juli 2020 geht im Wesentlichen hervor, aktuell leide der Patient unter einer Enthesitis beim Trochanter major rechts, weshalb er in der Schlafqualität gestört sei. Die weitgehende Ankylosierung sei in einer biomechanisch unvorteilhaften Stellung der Wirbelsäule erfolgt. Damit assoziiert bestünden Fähigkeitseinschränkungen im Alltag, was die Mobilität allgemein und biomechanisch die Belastbarkeit des Achsen-Skelettes betreffe. Der Patient sei erst in einem sehr späten Stadium ab Herbst 2018 langfristig medikamentös mit Biologika behandelt worden, was nachteilige Auswirkungen auf die Prognose habe. Aktuell müsse die TNF-Antagonisierung ein weiteres Mal umgestellt werden (Beschwerdebeilage [BB] 3).

E. 5

Dem Beschwerdeführer sei für das Beschwerdeverfahren die vollumfängliche unentgeltliche Rechtspflege unter Beiordnung des unterzeichnenden Rechtsanwalts als unentgeltlichen Rechtsbeistand zu gewähren. Dem Beschwerdeführer sei angemessene Frist zur Nachreichung eines Gesuchs und Zeugnisses zur Erlangung der unentgeltlichen Rechtspflege mitsamt den notwendigen Beilagen zu gewähren. Bis zum Entscheid über den Anspruch auf unentgeltliche Rechtspflege sei von der Erhebung eines Gerichtskostenvorschusses abzusehen.

E. 6

Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten der Beschwerdegegnerin. 2.2 Mit Eingabe vom 11. August 2020 lässt der Beschwerdeführer einen rheumatologischen

Verlaufsbericht vom 31. Juli 2020 als Urkunde Nr. 3 einreichen (A.S. 38 f.; Beschwerdebeilage [BB] 3). 2.3 In ihrer Beschwerdeantwort vom 9. September 2020 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde, wobei sie unter Verweis auf die beiliegenden Akten und die Begründung in der angefochtenen Verfügung auf eine Stellungnahme verzichtet (A.S. 58). 2.4 Mit Verfügung vom 20. November 2020 wird dem Beschwerdeführer ab Prozessbeginn die unentgeltliche Rechtspflege bewilligt und Rechtsanwalt Roger Zenari, [...], als unentgeltlicher Rechtsbeistand bestellt (A.S. 59 f.). 2.5 Am 4. Dezember 2020 reicht der Vertreter des Beschwerdeführers seine Kostennote ein (A.S. 61 ff.). II. 1. 1.1 Die Sachurteilsvoraussetzungen (Einhaltung von Frist und Form, örtliche und sachliche Zuständigkeit des angerufenen Gerichts) sind erfüllt. Auf die Beschwerde ist daher einzutreten. 1.2 Streitig ist, ob der Beschwerdeführer ab 1. August 2020 weiterhin Anspruch auf eine ganze Invalidenrente hat. Bei der Beurteilung des Falles ist grundsätzlich auf den Sachverhalt abzustellen, der bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung am 17. Juni 2020 eingetreten ist (BGE 132 V 215 E. 3.1.1 S. 220 mit Hinweisen). 2. 2.1 Invalidität gemäss Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) i.V.m. Art. 7 f. des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) bedeutet im Allgemeinen den durch die Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachten und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibenden ganzen oder teilweisen Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Meyer/Reichmuth, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 3. Aufl., 2014, S. 40 Rz. 102 mit Hinweis auf BGE 130 V 343 E. 3.2.1 S. 346). 2.2 Die Invalidenrente wird nach dem Grad der Invalidität abgestuft. Nach Art. 28 Abs. 2 IVG besteht Anspruch auf eine ganze Rente ab einem Invaliditätsgrad von 70 %; ein Invaliditätsgrad zwischen 60 bis 69 % berechtigt zum Bezug einer Dreiviertelsrente, ab einem Invaliditätsgrad von 50 % wird eine halbe Rente und ab einem solchen von 40 % eine Viertelsrente ausgerichtet (BGE 135 V 319 E. 2.1 S. 320). 2.3 Für die Bemessung der Invalidität von erwerbstätigen Versicherten ist Art. 16 ATSG anwendbar. Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG; sogenannte allgemeine Methode des Einkommensvergleichs). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (BGE 130 V 343 E. 3.4 S. 348 f.; 128 V 29 E. 1 S. 30; 104 V 135 E. 2a und b S. 136 f.). 3. 3.1 Ändert sich der Invaliditätsgrad eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen (BGE 134 V 131 E. 3 S. 132 mit Hinweisen). Die Invalidenrente ist deshalb nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes revidierbar, sondern auch dann, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben. Ein Revisionsgrund ist ferner unter Umständen auch dann gegeben, wenn

eine andere Art der Bemessung der Invalidität zur Anwendung gelangt oder eine Wandlung des Aufgabenbereichs eingetreten ist (BGE 130 V 343 E. 3.5 S. 349 f. mit Hinweisen). Unerheblich unter revisionsrechtlichem Gesichtswinkel ist dagegen nach ständiger Rechtsprechung die unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Sachverhaltes (BGE 112 V 371 E. 2b S. 372; vgl. auch BGE 135 V 201 E. 5.2 S. 205). Weder eine im Vergleich zu früheren ärztlichen Einschätzungen ungleich attestierte Arbeitsunfähigkeit noch eine unterschiedliche diagnostische Einordnung des geltend gemachten Leidens genügt somit per se, um auf einen verbesserten oder verschlechterten Gesundheitszustand zu schliessen; notwendig ist in diesem Zusammenhang vielmehr eine veränderte Befundlage (Urteil des Bundesgerichts 9C_541/2020 vom 1. März 2021 E. 2.1 mit Hinweisen).

3.2 Zeitlicher Referenzpunkt für die Prüfung einer anspruchserheblichen Änderung bildet die letzte (der versicherten Person eröffnete) rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs beruht (BGE 133 V 108 E. 5 S. 110 ff.; 130 V 71 E. 3 S. 73 ff.). Im vorliegenden Fall wurde dem Beschwerdeführer mit rechtskräftiger Verfügung vom 4. August 2004 aufgrund eines Invaliditätsgrades von 100 % eine ganze Invalidenrente ab 1. Juli 2001 zugesprochen (IV-Nr. 16 S. 3 ff.). Die in der Folge im Januar 2007 und Juni 2011 veranlassten Revisionsverfahren ergaben keine Änderung des Invaliditätsgrades (IV-Grad von 100 %; vgl. IV-Nr. 25 und 34). Somit ist der aktuelle Sachverhalt mit demjenigen zu vergleichen, wie er der Verfügung vom 4. August 2004 zu Grunde lag.

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

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

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

Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten – d.h. der Anamnese – abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232). Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352; 122 V 157 E. 1c S. 160 f.). 4.3 Die Rechtsprechung erachtet es jedoch als mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (BGE 125 V 351 E. 3b S. 352). So ist einem im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten medizinischen Gutachten durch externe Spezialärzte, welches auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten erstellt wurde und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangt, in der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 2.2.2 S. 232, 125 V 351 E. 3b/bb S. 353). 4.4 Die behandelnden Ärztinnen und Ärzte stehen in einem auftragsrechtlichen Verhältnis zur versicherten Person und haben sich in erster Linie auf die Behandlung zu konzentrieren. Die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag der therapeutisch tätigen Fachpersonen einerseits und Begutachtungsauftrag der amtlich oder gerichtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits lässt es nicht zu, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass für weitere Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die behandelnden Ärzte wichtige Aspekte benennen, die bei der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (statt vieler: Urteile des Bundesgerichts 9C_793/2016 vom 3. März 2017 E. 4.1.2 und 9C_276/2016 vom 19. August 2016 E. 3.1.1 mit Hinweisen). 4.5 In Revisions- und Neuanmeldungsfällen ist zusätzlich zu beachten, dass sich eine medizinische Beurteilung, welche von einer früheren ärztlichen Einschätzung abweicht, hinreichend darüber aussprechen muss, inwiefern eine effektive Veränderung des Gesundheitszustandes stattgefunden hat. Die Feststellung einer Veränderung erfolgt durch eine Gegenüberstellung eines vergangenen und des aktuellen Zustandes. Der Beweiswert eines zwecks Rentenrevision erstellten Gutachtens hängt also wesentlich davon ab, ob es sich ausreichend auf das Beweisthema der erheblichen Änderung des Sachverhalts bezieht. Einer für sich allein betrachteten vollständigen, nachvollziehbaren und schlüssigen medizinischen Stellungnahme, die im Hinblick auf eine erstmalige Beurteilung der Rentenberechtigung tauglich wäre, mangelt es daher in der Regel am rechtlich erforderlichen Beweiswert, wenn sie sich nicht hinreichend darüber ausspricht, inwiefern eine effektive Veränderung des Gesundheitszustandes eingetreten ist. Vorbehalten bleiben Sachlagen, in denen es evident ist, dass die gesundheitlichen Verhältnisse sich verändert haben (Urteil des Bundesgerichts 8C_38/2013 vom 2. September 2013 E. 4.4.3). Ist eine anspruchserhebliche Änderung des Sachverhalts nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, bleibt es nach dem Grundsatz der materiellen Beweislast beim bisherigen Rechtszustand (a.a.O. E. 2.4). 5. Vorliegend ist strittig, ob sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit der Verfügung vom 4. August 2004 (Referenzzeitpunkt) in psychischer Hinsicht relevant verbessert hat. Demnach ist zunächst der medizinische Sachverhalt darzulegen, wie er der Verfügung vom

4. August 2004 zu Grunde lag: 5.1 Dem Austrittsbericht der J.____ vom 20. Juni 2000 über die Hospitalisation des Beschwerdeführers vom 29. Mai bis 9. Juni 2000 können folgende Diagnosen entnommen werden: «Mittelgradig depressive Episode (ICD-10 F32.10); Verdacht auf dissoziative Störung mit dissoziativer Amnesie (ICD-10 F44.0); Anamnestisch Spielsucht (ICD-10 F63.0)». Zu den Einweisungsumständen wurde angegeben, der Beschwerdeführer sei durch seinen Hausarzt aufgrund einer depressiven Entwicklung zunächst für ein ambulantes Gespräch zugewiesen und in dessen Folge auf dringende Empfehlung bei latenter Selbst- und Fremdgefährdung hospitalisiert worden. Die Aufnahme sei freiwillig erfolgt. Im Zusammenhang mit dem Weggang seiner Ehefrau und den Kindern leide er zunehmend unter depressiven Symptomen. Daneben werde von ihm eine rasche Reizbarkeit mit aggressiven Durchbrüchen (z.B. Geschirr zerschlagen) beschrieben. Insbesondere fürchte er sich vor einem Kontrollverlust (besonders davor, dass er jemandem etwas antun könnte). Er sei seit 2 Monaten zu 100 % arbeitsunfähig geschrieben. Vor ca. 3 Wochen sei eine Alkohol- und Tablettenintoxikation in suizidaler Absicht erfolgt. Der Patient gebe weiterhin an, dass es ihm nicht möglich sei, allein zu bleiben. Es überkämen ihn Zustände, in denen er nervös und aggressiv werde, dann plötzlich einen schwarzen Vorhang sehe und sich an nichts mehr erinnern könne. Im Rahmen der Beurteilung wurde angegeben, es handle sich um die erste Hospitalisation des Patienten unter dem Bild einer mittelgradig depressiven Episode vor dem Hintergrund einer für den Patienten tragischen Familiensituation nach dem Weggang der Ehefrau und der Kinder sowie einer prekären finanziellen Lage. Der Patient habe eine Stimmungsstabilisierung erfahren, auch gestützt auf Seropram, sodass er wieder Zukunftspläne habe formulieren können und gewillt gewesen sei, seine Probleme aktiv anzugehen. Die Entlassung sei auf dessen Wunsch erfolgt (IV-Nr. 7 S. 10 ff.). 5.2 Vom 7. September bis 2. Oktober 2000 war der Beschwerdeführer erneut in den J.____ hospitalisiert. Aus dem Austrittsbericht vom 20. Oktober 2000 gehen folgende Diagnosen hervor: «Anpassungsstörung mit Beeinträchtigung von anderen Gefühlen (ICD-10 F43.21) nach Trennung von der Ehefrau; anamnestisch V.a. dissoziative Amnesie (ICD-10 F44.0); anamnestisch Spielsucht (ICD-10 F63.0)». Unter dem Titel «Zwischenanamnese» wurde dargelegt, der Beschwerdeführer gebe an, sich krank und arbeitsunfähig zu fühlen. Insbesondere leide er unter Nervosität, dysphorischen Impulsdurchbrüchen, der Schmach, von der Ehefrau verlassen worden zu sein, sowie den üblen Nachreden von Kollegen hinter seinem Rücken, worüber er beschämt und erbost sei. Ferner unter Schlafstörungen, Gewichtsverlust, Konzentrations- und Gedächtnisschwierigkeiten, sozialer Isolation, motorischer Unruhe und Suizidgedanken, zuletzt vor 4 Monaten. An die Arbeit könne und wolle er nicht zurück, da man dort über ihn spreche, was er keinesfalls ertragen könne. Er mache sich Vorwürfe, fühle sich wertlos, sei schwer enttäuscht und könne sich mit der Situation nur schlecht abfinden. Zur Beurteilung wurde angegeben, es habe sich um die zweite Hospitalisation in den J.____ gehandelt, nachdem er von der Ehefrau mit den Kindern verlassen worden sei. Im Vergleich zum letzten Aufenthalt habe sich der Patient deutlich aufgestellter gezeigt. Bis auf seine soziale und finanzielle Problematik habe er in einem psychisch stabilen Zustand gewirkt. Nach unauffälligen CT- und EEG-Befunden habe der Patient am 2. Oktober 2000 aus der Klinik entlassen werden können. Die Weiterbetreuung erfolge durch den Hausarzt (IV-Nr. 7 S. 7 ff.). 5.3 Dr. med. K.____, Allgemeine Medizin FMH, hielt in seinem Bericht vom 9. Juli 2001 fest, der Patient habe ihn nach einem Wohnortswechsel arbeitslos und psychisch angeschlagen aufgesucht, offensichtlich auch zwecks Bestätigung einer Arbeitsunfähigkeit. Nach Rücksprache mit dem RAV und

Beschaffung der Vorakte habe er verschiedene Gespräche mit dem Patienten geführt, die ihm eine depressive Stimmungslage bestätigt hätten, mit dem dringenden Verdacht auf eine teilweise psychotische Komponente. Er habe den Patienten vom 8. bis 24. Juni 2001 arbeitsunfähig geschrieben und ihn angehalten, am RAV-Programm wieder teilzunehmen. Die Problematik sei damit jedoch nicht gelöst und eine weitere psychiatrische Beurteilung und Behandlung sei dringend angezeigt (IV-Nr. 7 S. 6). 5.4 Im Bericht des L. ___ zu Händen der IV-Stelle Bern vom 3. April 2003 wurde mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit die Diagnose einer «Paranoiden Schizophrenie F20.0», bestehend seit Mai 2000, gestellt. Im Weiteren wurde eine vollständige Arbeitsunfähigkeit seit dem 27. Juli 2001 bis auf weiteres attestiert. Der Gesundheitszustand sei stationär. Auf dem Beiblatt zum Arztbericht vom 21. März 2002 wurde angegeben, die bisherige Tätigkeit sei nicht mehr zuzumuten. Aufgrund seiner affektiv-kognitiven Defizite, mangelndem Antrieb sowie der vegetativen Problematik (Müdigkeit, unklare Schmerzzustände) könne der Patient seiner bisherigen Tätigkeit nicht mehr nachgehen. Die beschriebenen Defizite liessen sich durch eine psycho-pharmakologische Behandlung sowie eine bewältigungsorientierte Psychotherapie nur geringgradig positiv beeinflussen. Trotz beschriebener Massnahmen könne der Patient die Arbeitsfähigkeit in der freien Wirtschaft nicht wiedererlangen. Auch eine andere Tätigkeit (auf dem ersten Arbeitsmarkt) sei nicht mehr zuzumuten. Im geschützten Rahmen sei der Patient noch etwa zwischen 50 und 60 % arbeitsfähig (jeden Tag 4 Stunden oder jeden zweiten Tag 8 Stunden). Die Leistungsfähigkeit des Patienten sei aufgrund der erwähnten Defizite in erheblichem Ausmass eingeschränkt. Auf einem weiteren Beiblatt gleichen Datums wurde sodann angegeben, der Patient sei nach den Hospitalisationen in den J. ___ vom 8. Juli bis 7. August 2002 wegen eines psychotischen Zustandsbildes in der UPD M. ___ hospitalisiert gewesen. Zu den Beschwerden wurde vermerkt, der Patient leide an einer allgemeinen Schwäche, diversen Schmerzen (hauptsächlich im Rippenbereich), Müdigkeit, Übelkeit, Appetitlosigkeit sowie an nächtlichen, ihn sehr quälenden Halluzinationen. Bei diesen Halluzinationen sehe er einen schwarzen und einen grünen Mann vor sich, die sich über ihn unterhielten. Er erwähne dann auch, dass das Telefon klinge. Seine Problematik werde noch durch eine verzweifelte Stimmungslage verschärft. Der erhobene psychopathologische Befund vom 2. April 2003 lautete wie folgt: Es handle sich um einen vorgealtert wirkenden, leptosamen unrasierten Mann. Es bestünden eine leicht eingeschränkte Konzentration, eine arme Gedankenproduktion und eine Verlangsamung. Der Patient sei zeitweise gehemmt. Er habe inhaltliche Denkstörungen bzw. Verfolgungsideen. Es bestünden szenische optische nächtliche Halluzinationen und auch akustische Halluzinationen (imperative und kommentierende Stimmen, Telefonklingeln). Im Affekt sei er traurig bis teilweise gar verzweifelt und ratlos. Er habe Schlaf- und Appetitstörungen sowie Angst vor der Zukunft. Gegenwärtig sei er nicht suizidal. Zu den therapeutischen Massnahmen wurde noch ausgeführt, der Patient werde regelmässig im L. ___ im Rahmen einer psychiatrischen ambulanten bewältigungsorientierten Behandlung gesehen, die psychopharmakologisch (neuroleptisch, thymoleptisch, schlafanstossend) unterstützt werde. Der Patient werde des weiteren sozio-therapeutisch strukturierend in der Tagesklinik in [...] (Teil des L. ___) zur Wiedererlangung von alltagspraktischen Kompetenzen betreut (IV-Nr. 9). 5.5 Aus dem psychiatrischen Gutachten von Dr. med. N. ___, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, vom 1. Dezember 2003 (Explorationen vom 26. und 28. November 2003) geht folgende Diagnose hervor: «Schwere mittlerweile chronifizierte depressive Episode (ICD-10 F33.3) mit psychotischen Symptomen des synthymen Bildes bei einem heimatlosen und

entwurzelten Türken nach Trennung von seiner Herkunfts- wie neuen Familie mit amnestischen Tendenzen». Zur Krankheitsanamnese wurde vermerkt, der Patient sei in den letzten drei Jahren insgesamt fünfmal in einer psychiatrischen Klinik hospitalisiert gewesen: vom 29. Mai bis 9. Juni und vom 7. September bis 2. Oktober 2000 in den J. ____ sowie vom 16. April bis 9. Mai 2002, 8. Juli bis 7. August 2002 und vom 21. August bis 4. September 2003 in der UPD M. ____ . Erwähnenswert sei, dass gemäss den Akten die Ehefrau mit den Kindern in ein Frauenhaus gegangen sei, weil der Explorand sie geschlagen habe. Es sei dann ein Eheschutzverfahren eingeleitet worden. Auch werde diagnostisch eine Spielsucht festgehalten. Der Patient sei im Anschluss an die letzte Hospitalisation vom L. ____ ambulant psychiatrisch betreut worden und habe bis im Sommer 2003 die Tagesklinik in [...] besucht. Er sei nun seit fünf Monaten im [...] in [...]. Er wohne aktuell noch zu Hause, doch sei vorgesehen, dass er in die dortige Wohngruppe aufgenommen werde, was der Explorand auch so wünsche. Zu den subjektiven Angaben wurde vermerkt, der Patient habe Müdigkeit, Halluzinationen (ein schwarzer und ein grüner Mann bedrängten ihn und wollten ihn über den Balkon oder ihm ein Messer in den Bauch stossen) und Schlafstörungen beklagt, er laufe in der Nacht draussen oft stundenlang herum und er denke dauernd an seine Kinder und seine Frau, die ihn verlassen hätten. Im Weiteren habe er Atemnot und des Öfteren Angst signalisiert, das Haus zu verlassen. Es wurden folgende objektive Befunde angegeben: Es handle sich um einen deutlich älter aussehenden, vorgealterten, mässig bis schlecht gepflegten, normalgrossen, mitgenommenen und leidenden Mann, der relativ gut Deutsch spreche und zu den Sitzungen jeweils pünktlich erschienen sei, wobei er nicht so recht gewusst habe, worum es bei der Begutachtung überhaupt gegangen sei. Er habe sich immer bewusstseinsklar und allseits orientiert gezeigt. Es seien deutliche bis erhebliche Konzentrationsmängel und ein ebensolches Gedächtnisdefizit zu verzeichnen gewesen. Es sei dadurch auch äusserst schwierig gewesen, eine Anamnese zu erheben. Auch die Arbeitsanamnese habe (teilweise) fremdanamnestisch erhoben werden müssen. Die Intelligenz sei nicht beurteilbar gewesen. Der Denkvorgang habe sich formal deutlich verlangsamt gezeigt, bis zu teilweisen Blockaden, mit einer inhaltlichen Einengung auf die Trennung von seiner Frau und den zwei Kindern und die Halluzinationen. Denkinhaltlich habe er über optische und akustische (dialogisierende) Halluzinationen im Sinne von Männern berichtet, die ihn bedrohten und ihn so vom Schlafen wie auch von der Arbeit immer wieder fernhielten. Der Gedankengang sei aber immer kohärent gewesen, nicht sprunghaft, auch seien keine Gedankeneingebungen oder -entzüge zu notieren gewesen, auch keine Ich-Störungen. Affektiv sei er erreichbar gewesen, wenn auch reduziert, aber gut spürbar. Er habe deutliche Ängste, Zukunftsängste, Verlorenheits- und Heimatlosigkeitsgefühle gehabt. Es bestehe ein vollständiger Rückzug und er habe auch Angst, unter die Leute zu gehen. Die Stimmung habe sich deutlich im Depressiven gezeigt. Verunsicherung, deutliche innere Gespanntheit, Unruhe und Suizidgedanken seien bejaht worden. Er habe in den letzten drei Jahren verschiedentlich in suizidaler Absicht zu viele Medikamente genommen, er wolle nicht mehr leben. Aggressionen seien spürbar, aber nicht ausgedrückt, auch kaum paraverbal, ausser im Suizidalen. Er habe müde, demotiviert, abgelöscht und energielos gewirkt, als Spielball des Halluzinativen. Es bestünden deutliche Einschlaf- und Durchschlafstörungen, auch der Appetit habe sich reduziert gezeigt. Unter dem Titel «Beurteilung und Diskussion» wurde im Wesentlichen angegeben, der Explorand sei dreimal verheiratet gewesen, wobei das erste und das dritte Mal mit der gleichen Frau, einer Türkin, mit welcher er zwei Kinder habe. Dazwischen sei er von 1993 bis 1999 mit einer Schweizerin verheiratet gewesen. Er

sei in dritter Ehe nur gerade zwei oder drei Monate gestanden, als sich die Ehefrau von ihm getrennt habe. Ab anfangs 2000 habe der Explorand eine schwere psychiatrische Leidensgeschichte mit insgesamt fünf Hospitalisationen, Suizidalität und praktisch ununterbrochener Tagesklinikbetreuung zu schreiben begonnen. Auch habe er seither nicht mehr gearbeitet, sei zu 100 % arbeitsunfähig und aktuell in einer sehr niederschweligen geschützten Arbeit () gerade noch tragbar. Die erhobenen Befunde wie die schwere Störung der Konzentration, des Gedächtnisses, der verlangsamte Gedankengang, die erhebliche depressive Stimmung, die Suizidalität, der Motivationsverlust, der Verlust der Lebensfreude und der Energie, die akustischen Halluzinationen und Wahnbilder, dann auch die Schlafstörungen und diejenigen des Appetits, der soziale Rückzug und die Vernachlässigung der Körperpflege liessen auf eine schwere, mittlerweile chronifizierte depressive Episode (ICD-10 F33.3) mit psychotischen Symptomen des synthymen Bildes schliessen. Die Diagnose sei mit den Vorbefunden kompatibel, wobei eine Schizophrenie, wie im Bericht des L. ___ festgehalten, aufgrund der Befunde nach ICD-10 nicht diagnostiziert werden könne. Psychodynamisch könne gesagt werden, dass die beiden Trennungen, möglicherweise auf der Basis früherer (traumatischer?) Erlebnisse, den Exploranden in seiner Verarbeitung überfordert hätten, er habe dem nichts (Konstruktives) entgegensetzen gehabt. Dies habe ihn regredieren lassen und er habe sich in einen depressiven, autoaggressiven und wohl malignen Zustand hineinfallen lassen, aus dem er bis dato nicht mehr hinausfinden sollte. Dieser Zustand habe erheblichen Krankheitswert und sei mit einer Arbeit nicht vereinbar. Zur Arbeitsfähigkeit wurde dargelegt, die Pathologie lasse eine Arbeit nicht zu. Das Krankheitsbild sei chronisch mit eher schlechter Prognose, sowohl was den Krankheitsverlauf als auch die Entwicklung der Arbeitsunfähigkeit anbelange. Der Explorand sei aus psychiatrischer Sicht seit Juli 2000 als zu 100 % arbeitsfähig (recte: arbeitsunfähig) zu betrachten, dies im Rahmen seiner bisherigen Tätigkeit als Maschinenoperator wie auch anderen Tätigkeiten. Die Befunde wie die depressive Stimmungslage, die Energielosigkeit, die Suizidalität, die Konzentrationsstörung wie diejenige des Gedächtnisses wie auch das Abgelenktsein durch die Stimmen usw. liessen eine Arbeitstätigkeit nicht zu, zumal er bereits in sehr niederschwelligem geschütztem Rahmen an deutliche Grenzen stosse. Durch eine gezieltere sozialpsychiatrische und pharmakologische Behandlung dürften gewisse Fortschritte erzielt werden können. Beispielsweise müsste, was aktuell auch intendiert werde, der Explorand in einen geschützten Wohnrahmen wechseln, um der Regression (etwas) entgegenzuwirken. Auch müsste der verabreichte «Medikamentencocktail» überdacht werden. Doch dürfte die Arbeitsunfähigkeit auch mit diesen Massnahmen über die nächsten Jahre nicht oder kaum verbessert werden. Die Krankheit werde diesbezüglich als zu maligne erachtet (IV-Nr. 14).

6. Demgegenüber präsentiert sich der aktuelle medizinische Sachverhalt wie folgt:

6.1 Im Bericht der C. ___ vom 12. Mai 2014 über die stationäre Behandlung des Beschwerdeführers vom 10. bis 25. April 2014 wurde die Diagnose «F20.0 Paranoide Schizophrenie» angegeben. Zur Anamnese wurde dargelegt, der Patient berichte, dass es ihm die letzten drei Tage sehr schlecht gehe. Er habe Angst, dass er sterbe und nicht gefunden werde. Er sei traurig, könne aber nicht weinen. Er sei antriebs- und energielos und habe keinen Appetit mehr. Zudem habe er grosse Mühe mit dem Ein- und Durchschlafen. Ausserdem träten die Halluzinationen, die er seit 10 Jahren habe, nun öfter auf. Für den Patienten seien aktuell die diffusen Ängste und seine geminderte Frustrationstoleranz das grösste Problem. Zum Verlauf wurde dargelegt, der Patient habe sich im sicheren Rahmen der Klinik beruhigen können und während der gesamten Dauer der Behandlung angepasst

verhalten. Nach der medikamentösen Einstellung seien die optischen und akustischen Halluzinationen abgeklungen. Jedoch sei beim Patienten noch eine Angst-Symptomatik vorhanden gewesen und er habe mehrmals über körperliche Symptome, z.B. ein Ameisengefühl auf der Brust, welche er einer Herzerkrankung zuschreibe, geklagt. Am 25. April 2014 sei der Patient in stabilem Zustandsbild in die vorbestehenden Verhältnisse entlassen worden (IV-Nr. 85 S. 2 ff.). 6.2 Im Bericht der D.____ vom 15. März 2017 über die 3. Hospitalisation vom 4. bis 21. November 2016 wurden die Diagnosen «Paranoide Schizophrenie, unvollständige Remission (F20.04)» sowie «Psychische und Verhaltensstörungen durch Konsum von Sedativa (F13.2)» angegeben. Zur Anamnese wurde im Wesentlichen angegeben, vor ein paar Wochen sei die Situation zu Hause im Rahmen eines Paarkonflikts eskaliert, sodass seine Partnerin ihn aus der Wohnung rausgestellt habe. Er wohne zurzeit bei einem Kollegen. Es sei eine Zunahme der psychotischen Symptomatik festgestellt worden. Er sehe fast täglich einen schwarz- und einen grüngerleierten Mann, mit welchen er Gespräche führe. Der Schwarze beföhle ihm manchmal, Gegenstände kaputt zu machen. Dabei versuche der Grüne, ihm vom Gegenteil zu überreden. Er sei nie gewalttätig gewesen und habe keinen Kontakt zur Polizei gehabt. Der Patient habe beschrieben, dass in Krisensituationen depressive und panikanfallartige Symptome vorhanden seien. Seine Frau habe in den vergangenen Jahren wenig Verständnis für seine Krankheit gezeigt. Mittlerweile hätten sie sich getrennt und er habe aus der gemeinsamen Wohnung ausziehen müssen. Seit sechs Monaten seien sie auf Drängen ihrer Kinder (zwei Töchter und ein Sohn) wieder zusammen. Zum Verlauf und zur Beurteilung wurde angegeben, der Patient sei bei beginnender Dekompensation der bekannten paranoiden Schizophrenie auf der Kriseninterventionsstation [...] aufgenommen worden. Die Zustandsverschlechterung habe sich im Rahmen eines Paarkonflikts und psychosozialen Drucks (keine Wohnung) ereignet. Als Ziele für diese Hospitalisation seien einerseits eine Stabilisierung des psychischen Befindens und andererseits die Klärung der Wohnsituation festgelegt worden. Die üblichen Standarduntersuchungen seien durchgeführt worden. Im stationären Rahmen sei es zu einer raschen Entlastung des Patienten mit Regredienz der psychotischen Symptomatik gekommen. Ausserdem habe sich herauskristallisiert, dass der Patient regelmässig unkontrolliert Imovane in unklarer Dosierung einnehme. Die empfohlene Dosisreduktion bzw. das Absetzen von Imovane im stationären Rahmen habe der Patient strikt abgelehnt. Psychopharmakologisch sei die vorbestehende Medikation mit Imovane und Invega zunächst fortgeführt worden. Am Therapieprogramm habe der Patient unregelmässig bis selten teilgenommen. Dabei sei er in gutem Kontakt zu Mitpatienten gestanden. Mit dem Patienten seien verschiedene Wohnoptionen thematisiert worden. Nach ausreichender psychischer Stabilisierung seien Schnuppertage in der Stiftung [...] erfolgt, die positiv verlaufen seien, sodass man den Patienten in guter psychischer Verfassung und bei fehlenden Anhaltspunkten für Selbst- / Fremdgefährdung in das neue Wohnsetting habe entlassen können (IV-Nr. 79 S. 2 ff.). 6.3 Aus dem Arztbericht der J.____ vom 7. Juni 2017 geht folgende Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit hervor: «Paranoi-de Schizophrenie (ICD-10 F20.0)», bestehend seit mindestens dem Jahr 2001. Im Weiteren wurde eine vollständige Arbeitsunfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit seit dem 12. März 2015 bis auf weiteres attestiert. Der Gesundheitszustand sei stationär. Im Rahmen der Anamnese wurde dargelegt, der Patient lebe seit März 2017, mit Unterstützung einer Wohnbegleitung, in einer eigenen Wohnung in [...]. Der Patient berichte von optischen und akustischen Halluzinationen. Er gebe an, sich in Arbeitssituationen teilweise überfordert zu fühlen, dies

aufgrund der zwischenmenschlichen Kontakte bzw. seiner Halluzinationen. Zum Zeitpunkt des Gesprächs habe er keine optischen Halluzinationen gehabt und keine Stimmen gehört. Er wirke deprimiert und beschreibe Hoffnungslosigkeit, wirke ängstlich und affektarm. Es sei antriebsarm und es bestehe ein sozialer Rückzug. Aktuell könne er sich von Suizidalität distanzieren. Er habe ein ausgeprägtes Krankheitsgefühl, die Urteilsfähigkeit sei gegeben. Aufgrund des durch den Patienten präsentierten Zustandsbildes während der aktuellen Behandlung und des bisherigen Verlaufs der Therapie sei anzunehmen, dass der Patient auf dem ersten Arbeitsmarkt weiterhin zu 100 % arbeitsunfähig sein werde. Auch bei einer Arbeit in einem geschützten Rahmen werde er wohl immer einige Schwierigkeiten vorzeigen. Während des Beobachtungszeitraums sei die gesundheitliche Situation unverändert geblieben. Auf dem Beiblatt zum Arztbericht wurde erklärt, da die letzte Tätigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt bereits mehrere Jahre zurückliege und nicht in den Beobachtungszeitraum falle, könne man hierzu keine konkreten Angaben machen. Aufgrund der Beobachtungen sei davon auszugehen, dass der Patient einer Tätigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt nicht nachgehen könne, da er aufgrund seiner schizophrenen Symptomatik kaum belastbar sei und es diesbezüglich zu grösseren Ausfällen bei der Arbeit und zu zwischenmenschlichen Konflikten kommen könne. Auch andere Tätigkeiten seien dem Patienten nicht zuzumuten. Aufgrund der paranoiden Schizophrenie und der damit einhergehenden Symptome käme es zu Konflikten, Leistungseinbussen und psychischer Dekompensation. Der Patient wäre in einer Phase von Halluzinationen nicht imstande, sich bei der Arbeit adäquat zu verhalten (IV-Nr. 77).

6.4 Nach den Angaben von Dr. med. O. ____, Facharzt für Innere Medizin, vom 5. November 2017 sei der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers stationär. Sowohl die bisherige Tätigkeit als auch eine Verweistätigkeit seien nicht zumutbar (IV-Nr. 80 S. 1 ff.).

6.5 Dem von der Beschwerdegegnerin veranlassten Gutachten von Dr. med. E. ____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, vom 21. August 2018 (Untersuchung vom 16. August 2018) kann folgende Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit entnommen werden: «Paranoide Schizophrenie (ICD-10 F20.0)». Die weitere Diagnose «Abhängigkeitsstörung von Sedativa (ICD-10 F13.2)» hat nach den gutachterlichen Angaben keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Im Rahmen der versicherungsmedizinischen Beurteilung wurde im Wesentlichen dargelegt, es sei ab dem Jahr 2000 zur Entwicklung psychotischer und depressiver Symptome gekommen. Während anfangs tendenziell eher eine affektive Störung diagnostiziert worden sei, sei später von verschiedenen Seiten relativ konsistent eine paranoide Schizophrenie diagnostiziert worden. Den Angaben des Exploranden und den Akten sei zu entnehmen, dass er sehr häufig habe hospitalisiert werden müssen, obschon die entsprechenden Berichte nicht allesamt in den Akten vorgelegen seien. Der Explorand werde aktuell mit Paliperidon und Quetiapin behandelt. Das Quetiapin werde in einer vergleichsweise niedrigen Dosierung abgegeben, was dafür spreche, dass es aufgrund seiner sedierenden Wirkung verordnet worden sei, möglicherweise, um den Exploranden beim Einschlafen zu helfen. Entsprechend sei es nicht verwunderlich, dass der laborchemisch gemessene Spiegel unterhalb des Referenzbereiches sei. Problematischer sei hier jedoch, dass das Paliperidon nicht nachweisbar sei. Dies spreche dafür, dass der Explorand unabgesprochen das Medikament abgesetzt habe. Dies könnte erklären, wieso der aktuelle Befund etwas schwerer ausgeprägt sei, als in den Akten wiedergegeben worden sei. Eine mangelnde Compliance sei bei Schizophrenie ein häufiges Thema. In der Regel werde diese als krankheitsbedingt beurteilt, da viele schizophrene Patienten unter einer verminderten Krankheitseinsicht litten und

entsprechend weniger Einsicht in den Sinn und die Notwendigkeit einer Behandlung hätten. Im vorliegenden Fall komme erschwerend dazu, dass die bisherige Behandlung offenbar nur zu einer gewissen Verbesserung geführt habe. Folge man den Angaben in den Akten und den Angaben des Exploranden, so habe er bislang verschiedene Antipsychotika probiert, die jedoch allesamt nur zu einem Teilerfolg geführt hätten. Angesichts der Anzahl berichteter Hospitalisationen schein auch der Schutz vor weiteren Exazerbationen nur mässig ausgeprägt gewesen zu sein. Eine grosse Anzahl der Schizophreniepatienten erlebe nur eine ungenügende Remission durch den Einsatz von Antipsychotika. Clopin wirke üblicherweise bei therapieresistenten Schizophreniepatienten etwas besser als andere Präparate, wenngleich auch hiermit häufig keine vollständige Remission erreicht werde. Dieses Medikament sei offenbar beim Exploranden schon eine Zeit lang eingesetzt und schliesslich wieder abgesetzt worden. Ebenso sei eine transkranielle Magnetstimulation ohne Erfolg eingesetzt worden. Obschon also nach wie vor theoretisch weitere Therapieoptionen bestünden, sei die Chance auf eine wesentliche Verbesserung durch Umstellung der Behandlung recht klein, was auch von Seiten der Behandler so angegeben worden sei. Dementsprechend sei auch die Prognose als ungünstig zu sehen. Zur Konsistenz und Plausibilität wurde angegeben, insgesamt präsentiere sich der vorliegende Fall weitgehend konsistent. Von verschiedenen Seiten seien psychotische Symptome berichtet worden, sodass die Diagnose einer paranoiden Schizophrenie gut nachvollziehbar sei. Die aktuell angegebenen Symptome entsprächen auch in etwa dem, was in den Akten vermerkt sei. Der bisherige Verlauf mit Niederlegung der Arbeit und nun auch engmaschiger Betreuung durch einen Beistand und eine Wohnbegleitung seien für diese Störung nicht untypisch. Auch die Medikamentenwechsel seien als typisch zu betrachten. Nicht selten komme es auch vor, dass Schizophreniepatienten das Ausmass ihrer psychotischen Symptomatik nicht offen darlegten, u.a., weil sie solche Wahrnehmungen häufig nicht als krankhaft und unreal wahrnahmen. Dies könnte erklären, wieso der Explorand anlässlich des Gesprächs in der IV kaum psychotische Symptome angebe. Ebenso könnte es zumindest teilweise erklären, weshalb zu Beginn seiner Erkrankung eine Anpassungsstörung diagnostiziert worden sei. Weitere Gründe, weshalb anfänglich andere Diagnosen aufgeführt worden seien, seien im Kapitel Diagnostik diskutiert worden. Unter dem Titel «Würdigung von Fähigkeiten, Ressourcen und Belastungen» wurde sodann angegeben, betrachte man den Längsverlauf, finde man gewisse Auffälligkeiten der beruflichen aber auch der sozialen Leistungsfähigkeit bereits vor dem klaren Ausbruch der Erkrankung und einer längeren Krankenschreibung. Nach Ausbruch der Erkrankung habe der Explorand nicht mehr gearbeitet. Trotz Behandlung sei es nicht zu einer wesentlichen Verbesserung seiner Symptome gekommen. Betrachte man die Funktion in verschiedenen Lebensbereichen, so sei zu konstatieren, dass der Explorand zum Zeitpunkt der Untersuchung deutliche Defizite im Alltagsleben aufgewiesen habe, die auf gewisse mögliche Rückschritte im Laufe der Jahre hinwiesen. Zeitweise sei er in einem Wohnheim gewesen, aktuell benötige er eine Wohnbegleitung. Er habe Schwierigkeiten bei der Selbstpflege und dem Umgang mit den Medikamenten. Er benötige Hilfe bei der Administration und sei deswegen verbeiständet. Seinen Schilderungen sei auch ein Rückgang der Freizeitaktivitäten zu entnehmen. Eine Partnerschaft bestehe nicht mehr, gewisse engere Bezugspersonen hätten sich von ihm distanziert. Man finde Hinweise für mögliche strafrechtliche Schwierigkeiten, die krankheitsbedingt sein könnten. Ferner sei der Explorand zum Zeitpunkt der Untersuchung nur knapp in der Lage gewesen, mit Hilfe eines Taxis den Weg in die Praxis zu finden. Er sei nicht in der Lage gewesen, ein adäquates Gespräch zu führen und seine Gedanken

einzuordnen. Ebenso habe er Schwierigkeiten gehabt, die Konzentration genügend aufrecht zu erhalten, um komplexe Aufgaben zu erledigen und wichtige Meilensteine seiner Vergangenheit chronologisch zu ordnen und einigermaßen in ein Zeitgitter einzufügen. Er sei auch nicht in der Lage gewesen, das Ausmass seiner Störung oder die Umgebung klar wahrzunehmen. Zum Zeitpunkt der Untersuchung hätten sich erhebliche Befunde erheben lassen, die zu erheblichen Einschränkungen passten. In Bezug auf die Items des Mini-ICF sei von deutlichen Einschränkungen der Durchhaltefähigkeit, der Interaktion, der Strukturierungsfähigkeit, der Anpassungsfähigkeit, der Flexibilität, der Entscheidungsfähigkeit, der Anwendung fachlicher Kompetenzen, der Verkehrsfähigkeit und der Selbstpflege auszugehen. Bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit müssten krankheitsfremde Faktoren ausgeklammert werden. Im vorliegenden Fall finde sich eine erhebliche soziale Desintegration, was jedoch als Folge der Erkrankung zu sehen sei. Ebenso sei bezüglich der Reintegration von Nachteil, dass der Explorand keine Arbeitsstelle mehr habe und seit langem nicht mehr gearbeitet habe, was ebenfalls eine Folge der vorliegenden Erkrankung sei. Es sei von einer nach wie vor angespannten finanziellen Situation auszugehen. Diese habe vermutlich bereits bei Ausbruch der Erkrankung vorgelegen, möglicherweise auch gewisse familiäre Konflikte (Haus in der Türkei von der Familie weggenommen), doch aus einer versicherungspsychiatrischen Perspektive stellten dies lediglich Faktoren dar, die einen Ausbruch der Erkrankung begünstigten, jedoch nicht als ursächlich im Sinne der Rechtsprechung betrachtet werden könnten. Die vorliegende Störung sollte nicht als eine Folge einer psychosozialen Belastungssituation gesehen werden. In Bezug auf die Revision sei festzustellen, dass bei der letzten umfassenden Überprüfung des Gesundheitszustandes, also bei der letzten psychiatrischen Begutachtung, die depressive Symptomatik stärker ausgeprägt gewesen sei, während offenbar die psychotische Symptomatik als nicht so stark ausgeprägt empfunden worden sei. Dies habe sich nun verändert, zum Zeitpunkt der aktuellen Untersuchung sei die psychotische Symptomatik deutlich im Vordergrund gestanden. Obschon letztlich davon auszugehen wäre, dass bereits zum Zeitpunkt des Vorgutachtens eine paranoide Schizophrenie vorgelegen sei, die damals diagnostisch anders eingeschätzt worden sei, lasse sich hier formal dennoch eine Änderung der Symptomatik / Befundung annehmen. Allerdings sei bei der aktuell vorliegenden Symptomatik nicht von einer verwertbaren Arbeitsfähigkeit in irgendeiner Tätigkeit auszugehen. Hier spiele auch der fehlende Schutz durch eine antipsychotische Medikation eine Rolle. Zugleich sei aber auch zu bedenken, dass der Explorand trotz jahrelanger Behandlung und weitgehender Entpflichtung wiederholt habe hospitalisiert werden müssen. Es finde sich ein Rückgang der Funktionsfähigkeit, weshalb eine umfassendere Betreuung zunehmend nötig geworden sei (Beistand, Wohnbegleitung). Trotz Betreuung und Behandlung finde man Verwahrlosungstendenzen und Schwierigkeiten in der Selbstfürsorge, beispielsweise bei der Verwaltung der Medikamente. Es sei hier auch mit Medikation von einer verminderten Belastbarkeit und einer schlechten Funktionsfähigkeit im Alltag auszugehen. Die gestellten Fragen wurden dahingehend beantwortet, aktuell sei nicht von einer verwertbaren Arbeitsfähigkeit im ersten Arbeitsmarkt auszugehen. Es seien keine medizinischen Massnahmen zu empfehlen, die mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu einer wesentlichen Verbesserung der Arbeitsfähigkeit führen könnten. In Bezug auf die Revision sei zu konstatieren, dass bei der letzten umfassenden Überprüfung des Gesundheitszustandes, also bei der letzten psychiatrischen Begutachtung, die depressive Symptomatik stärker ausgeprägt gewesen sei, während offenbar die psychotische

Symptomatik als nicht so stark ausgeprägt empfunden worden sei. Dies habe sich nun verändert, zum Zeitpunkt der aktuellen Untersuchung sei die psychotische Symptomatik deutlich im Vordergrund gestanden. Obschon letztlich davon auszugehen wäre, dass bereits zum Zeitpunkt des Vorgutachtens eine paranoide Schizophrenie vorgelegen sei, die damals diagnostisch anders eingeschätzt worden sei, liesse sich hier formal dennoch eine Änderung der Symptomatik annehmen. Der Bericht des L. ___ vom 16. März 2007 beschreibe relativ gut eine paranoide Schizophrenie. Es handle sich hierbei um die erste medizinische Einschätzung nach dem Vorgutachten. Eine Veränderung des Zustandes könnte ab März 2007 angenommen werden (IV-Nr. 90.1).

6.6 RAD-Ärztin Dr. med. P. ___, Fachärztin für Allgemeinmedizin und Arbeitsmedizin, äusserte sich in ihrer Stellungnahme vom 25. September 2018 dahingehend, im Hinblick auf die Ergebnisse der Internetrecherche ergebe sich ein diametral entgegengesetztes Bild zur Beschreibung des begutachtenden Psychiaters, in dem der Versicherte regelmässig soziale Kontakte zu pflegen scheine, komplexe soziale Inhalte «poste» und aktiv umherreise, was mit den psychiatrischen Diagnosen und den einhergehenden Einschränkungen aus RAD-Sicht nicht vereinbar sei. Durch die Erkenntnisse der Internetrecherche bestünden Widersprüche. Der psychiatrische Gutachter sei zu einer Stellungnahme aufzufordern (IV-Nr. 96).

6.7 Nach Vornahme einer weiteren Untersuchung am 21. November 2018 hielt der psychiatrische Gutachter Dr. med. E. ___ im Gutachten vom 16. Februar 2019 erneut folgende Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit fest: «Paranoide Schizophrenie (ICD-10 F20.0)». Die Abhängigkeitsstörung von Sedativa (ICD-10 F13.2) hat nach den gutachterlichen Angaben keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Im Rahmen der versicherungsmedizinischen Beurteilung wurde dargelegt, die aktuelle Untersuchung vom 21. November 2018 erfolge als Ergänzung zur gutachterlichen Untersuchung vom 16. August 2018, um die neu aufgekomenen Fragen angesichts der anonymen Meldung und der Untersuchung des Facebook-Profiles zu beantworten. Auffallend sei im Vergleich zu den Angaben in der ersten Untersuchung eine unterschiedliche Schilderung der Symptomatik und Beschwerden, ein unterschiedliches Verhalten in der Untersuchung, inkonsistente Angaben zu den Aktivitäten sowie neue Angaben zu sozialen und anderen komplexen Aktivitäten wie beispielsweise Reisen. Teilweise sei auch der Eindruck entstanden, dass gewisse Angaben nur korrigiert worden seien, wenn dem Exploranden klar geworden sei, dass von anderer Seite die entsprechenden Informationen geliefert worden seien, was möglicherweise auf eine bewusst selektionierte Darstellungsweise zurückzuführen sei. Es sei festzustellen, dass der Explorand im Prinzip alle Fragen zu den Bildern auf Facebook habe beantworten können. Diese Bilder hätten jedoch zunächst einmal verdeutlicht, dass der Explorand häufiger reise, als er zunächst angegeben habe. Es handle sich hier um eine komplexe Aktivität, die den Exploranden ausserhalb seiner Komfortzone führe und gewisse Anforderungen an seine Selbstständigkeit und sein Problemlöseverhalten stelle, zumal der Explorand drei Destinationen genannt habe ([...], [...], [...]). Wie das zu werten sei, dass der Explorand zwei Reisen im Jahr 2017 erst erinnert habe, als er auf entsprechende Postings aufmerksam gemacht worden sei, lasse sich nicht abschliessend beurteilen. Denkbar sei eine bewusst selektionierte Darstellungsweise, aber auch eine Vergesslichkeit möglicherweise exazerbiert durch die untersuchungsbedingte Anspannung. Diese Bilder verdeutlichten auch, dass der Explorand in der Lage sei, seine Erscheinung den Anforderungen anderer anzupassen und sich adäquat zu pflegen. Ergänzend sei hier die Aktivität im sozialen Umfeld nochmals diskutiert worden, vor allem angesichts gewisser Aussagen der Wohnbegleitung anlässlich der letzten Untersuchung. Bei der weiteren Diskussion habe

sich gezeigt, dass der Explorand entgegen seiner Aussage, dass er in der Schweiz völlig isoliert sei, doch gewisse Kontakte mit Freunden und Kollegen pflege. Nach eigenen Angaben handle es sich um frühere Arbeitskollegen. Dies verdeutliche gewisse Ressourcen in der Interaktion, da es sich doch um lang bestehende Beziehungen handle. Hinsichtlich der geltend gemachten Aggressivität verdeutlichten diese Aussagen, dass eine Interaktion durchaus in einem bestimmten Kontext möglich sei. Eine bewusst selektierte Darstellungsweise sei denkbar, ebenso wie eine überdurchschnittliche Vergesslichkeit. Im Weiteren sei aufgefallen, dass der Explorand in seinem Verhalten und seinem Erzählstil im Gegensatz zur ersten Untersuchung sehr adäquat und unauffällig gewirkt habe. Dies lasse sich schwer erklären. Theoretisch wäre hier ebenfalls an eine bewusste Inszenierung zu denken. Eine andere Erklärung wäre, dass der Zustand und damit die Erscheinung des Exploranden fluktuieren und die letzte Untersuchung an einem sehr ungünstigen Tag stattgefunden habe. Ferner sei aufgefallen, dass der Explorand auf die Frage nach seinen Beschwerden spontan zunächst keine psychotischen Symptome angegeben habe. Auch auf konkrete Nachfrage, was ihn am Arbeiten hindern würde, habe er vornehmlich über andere Symptome wie beispielsweise Vergesslichkeit, Schmerzen, aggressive Durchbrüche, wenn er gehänselt werde, und Schlafstörungen etc. berichtet. Die Halluzinationen seien erst später, eher nebenbei, erwähnt worden, wesentliche Ängste seien gar nicht geltend gemacht worden. Dies könnte ein Hinweis dafür sein, dass sich der Explorand tatsächlich vornehmlich durch andere Beschwerden beeinträchtigt fühle und dass die psychotischen Beschwerden zumindest aktuell nicht mehr so stark ausgeprägt seien. Möglich wäre auch eine verzerrte Wahrnehmung dieser Beschwerden. Ebenso wäre denkbar, dass der Explorand durch die Untersuchungssituation und die eigenen Korrekturen seiner Angaben nervös geworden sei und seine Schilderungen hier nicht ganz die Realität abbildeten. Letztlich seien die neuen Informationen und diese Untersuchungsergebnisse nach wie vor mit der gestellten Diagnose vereinbar. Es gelte hier zu bedenken, dass der Explorand allein in den C. ___ bereits über zehnmal habe hospitalisiert werden müssen und dass weitere Hospitalisationen in den entsprechenden Einrichtungen im Kanton Solothurn hinzuzuzählen seien. Der Explorand sei im Rahmen dieser stationären Behandlungen teilweise mit unterschiedlichen Medikamenten behandelt worden. Hier müssten auch die Schilderungen der Wohnbegleitung berücksichtigt werden, die ebenfalls darauf hinwiesen, dass der Explorand unter gewissen Symptomen und Einschränkungen leide. Angesichts dessen lasse sich trotz aktuell auffällig wirkenden Angaben mit überwiegender Wahrscheinlichkeit vom Vorhandensein einer schweren psychischen Störung ausgehen. Theoretisch wäre es zwar möglich, dass der Explorand diese Beschwerden über die Jahre hinweg vorgetäuscht habe, dies würde jedoch einen hohen Aufwand darstellen. Es sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eher davon auszugehen, dass über Jahre hinweg eine erhebliche Symptomatik bestanden habe und dass diese zahlreiche Hospitalisationen notwendig gemacht habe. Dies bedeute jedoch nicht, dass es nicht zwischenzeitlich zu einer Verbesserung des Zustandes gekommen sei. Die aktuellen Untersuchungsbefunde wiesen darauf hin, dass die Funktionsfähigkeit des Exploranden höher sei, als er dies in der ersten Untersuchung vermittelt habe. Die Befunde in der zweiten Untersuchung seien weniger auffällig gewesen. Die oben aufgeführte Beschwerdeschilderung könnte dahingehend erklärt werden, dass nun die psychotische Symptomatik zurückgegangen sei. Nachdem angesichts der letzten Untersuchung ein insuffizienter Medikamentenspiegel festgestellt worden sei, der Explorand jedoch bei der zweiten Untersuchung nicht vermehrt über psychotische Beschwerden geklagt und auch nicht über eine erneute Hospitalisation

berichtet habe, sei von einer gewissen Stabilität auszugehen, vor allem wenn auch berücksichtigt werde, dass ein neuer Stressfaktor, die Schmerzerkrankung bzw. der Morbus Bechterew mit wiederkehrenden Untersuchungen hinzugekommen sei. Auch andere Stressfaktoren, beispielsweise das Reisen, die kranke Mutter etc., schienen nicht zu erneuten Dekompensationen geführt zu haben. Insgesamt spreche dies für eine gewisse Stabilisierung in den letzten Jahren, was sich auch an der Anzahl Hospitalisationen der letzten Jahre gut nachvollziehen lasse. Damit lasse sich mit überwiegender Wahrscheinlichkeit hier von einer Verbesserung des Zustandes ausgehen, was sich unter anderem in einer erhöhten Belastbarkeit zeige. Ergänzend legte der Gutachter zur Funktionsfähigkeit noch dar, anlässlich der aktuellen Untersuchung sei der Explorand stets ruhig, freundlich und höflich geblieben, auch in etwas ungemütlichen Situationen, in denen er seine Aussagen habe revidieren müssen. Die Tatsache, dass er langjährige Kontakte zu pflegen in der Lage sei und offenbar mit Freunden, der Wohnbegleitung, Familienangehörigen und dem Gutachter adäquat interagieren könne, weise darauf hin, dass gewisse Ressourcen in der Interaktion bestünden und dass der Explorand durchaus ein gewisses Mass an Interaktion aushalten könne. Die Reisen wiesen darauf hin, dass der Explorand auch komplexere Aktivitäten durchführen könne, sich auch in fremden Umgebungen zurechtfinden könne und über ein entsprechendes Problemlöseverhalten verfüge. Die Tatsache, dass er trotz medikamentöser Malcompliance nicht rückfällig geworden sei, weise auch auf eine gewisse Stabilität und Belastbarkeit hin. Entsprechend sei auch das Mini-ICF-Profil angepasst worden. Dabei sei aber auch der bisherige Verlauf mit den zahlreichen Hospitalisationen berücksichtigt worden. Trotz der anzunehmenden Verbesserung der Funktionsfähigkeit und der Belastbarkeit sei hier von einer nach wie vor krankheitsbedingten unterdurchschnittlichen Belastbarkeit und einer erhöhten Rückfallgefahr auszugehen. Ideal wäre eine Tätigkeit mit geringen Anforderungen an die Interaktion, die der Explorand vorzugsweise alleine ausführen könnte, die gut strukturiert wäre und genügend Möglichkeiten für Pausen anbieten würde. Ebenso wäre es günstig, wenn klare Ansprechpersonen bestünden und auch die Aufgaben klar definiert wären. In einer solchen Tätigkeit wäre von einer 50%igen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit auszugehen. Nachdem kein klarer Zeitpunkt für die Verbesserung feststellbar sei, werde empfohlen, diese Beurteilung ab dem Zeitpunkt der Untersuchung (November 2018) zu übernehmen (IV-Nr. 100).

6.8 Dem von der Beschwerdegegnerin veranlassten bidisziplinären (rheumatologischen und psychiatrischen) Gutachten von Dr. med. F.____, FMH Rheumatologie, FMH Innere Medizin, und Dr. med. G.____, Psychiatrie & Psychotherapie FMH, vom 22. bzw. 29. Juli 2019 (Untersuchungen vom 5. Juli 2019) können nach erfolgter Konsensbeurteilung folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit entnommen werden: «1. Axiale Spondylarthropathie Typ Bechterew (Ankylosierende Spondylitis) (ICD10 M45.09), HLA-B27 positiv, Extraartikulär: Uveitis rechts 2014, Infektserologie: Latente Tuberkulose bei pos. Quantiferontest, tuberkulostatische Therapie Rifampicin / Isoniacid über 6 Monate; 2. Verdacht auf paranoide Schizophrenie (ICD-10: F20)». Die weiteren Diagnosen (3. Chronischer Nikotinkonsum; 4. Verdacht auf arterielle Hypertonie; 5. Verdacht auf rez. Prostatitis; 6. Zolpidem-Abhängigkeit [ICD-10: F13.24]) haben nach den gutachterlichen Angaben keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Aus rheumatologischer Sicht wurde festgehalten, es bestehe eine beträchtliche Einschränkung der Beweglichkeit sowie der Belastbarkeit im Bereich des Achsenskeletts. Der Morbus Bechterew befinde sich in einem fortgeschrittenen Stadium mit beinahe vollständiger Ankylosierung der Wirbelsäule und

des Iliosakralgelenks. Dadurch seien Wirbelsäulenbewegungen nur noch im Bereich der oberen Halswirbelsäule, des cervicothorakalen Übergangs und wenig thorakolumbalen Übergangs möglich. Die muskuläre Stabilisierung in diesen Bereichen sei nicht mehr richtig koordinierbar und tendiere zur raschen Ermüdung und Dekompensation. Es fehle auch an zusätzlicher Propriozeption. Allerdings sei die Blickrichtung noch horizontal, was ein freies Gehen noch ermögliche. Nachvollziehbar und auch während der Anamnese und Untersuchung objektivierbar zeige sich eine Einschränkung der Haltungsfunktion und somit auch eine statisch-dynamische Dysbalance und Einschränkung der Belastbarkeit für andauerndes Sitzen, andauerndes Stehen oder Gehen. Eine intermittierende Wechselbelastung sei möglich. Gesamthaft müsse davon ausgegangen werden, dass die Symptome des Morbus Bechterew und auch die Einsteifung der Wirbelsäule in den letzten 20 Jahren stattgefunden hätten, bisher jedoch noch mässig funktionelle Einschränkungen vorhanden gewesen seien, welche sich nun langsam demaskierten. Es sei nachvollziehbar, dass die Kompensationsmöglichkeiten körperlich ab dem Jahr 2006 zunehmend eingeschränkt gewesen seien. Aus somatischer Sicht bestehe eine Erstbeurteilung seit der letzten Rentenrevision. Gesamthaft könne ab 2006 eine Verschlechterung der körperlichen Fähigkeiten attestiert werden. Eine Zunahme der Rückenbeschwerden aufgrund einer myostatischen Dysbalance und vermehrter Einsteifung der Wirbelsäule sei ausgewiesen. Gesamthaft müsse aus rheumatologischer / bewegungsapparatmedizinischer Sicht ab dem aktuellen Datum gesagt werden, dass es sich hier um eine Neubeurteilung handle, da eine rheumatologische Beurteilung bisher nicht erfolgt sei. Im Weiteren wurde zu eventuell relevanten Persönlichkeitsaspekten dargelegt, eine Störung der «komplexen Ich-Funktionen» sowie eine Persönlichkeitsstörung könne man ausschliessen, da der Explorand bis 2000 weitgehend normal gelebt habe, eine Familie gegründet habe und während Jahren an derselben Arbeitsstelle habe tätig sein können. Zu den Belastungsfaktoren und Ressourcen wurde angegeben, die vorhandenen körperlichen Ressourcen seien deutlich limitiert aufgrund der beinahe vollständigen Einsteifung der Wirbelsäule. Adaptierte Tätigkeiten mit wenig Traglast sowie Vermeiden von Rotationen der Wirbelsäule oder die Notwendigkeit des Bückens oder Aufrichtens könnten noch im verminderten Mass ausgeführt werden. Hierfür sei die aktuelle Arbeitstätigkeit, wie sie in einer sitzenden und zeitweise leicht stehend und gehenden Tätigkeit ausgeführt werde, noch als ideal zu sehen. Aus psychiatrischer Sicht könne als Ressource des Exploranden sicherlich gesehen werden, dass er regelmässigen Kontakt zu seinen Schwestern in die Türkei telefonisch unterhalte und auch problemlos dorthin reisen könne. Auch habe er zur aktuellen Exploration selbstständig reisen können und er könne sich in seinem Wohnkanton frei und selbstständig zu Arztterminen und zur Arbeit bewegen. Auch sei er in der Lage, grundsätzlich selbstständig zu leben und ausser den Einkäufen, welche er gemeinsam mit der Wohnbegleitung erledige, und den Finanzen, welche der Beistand erledige, sämtliche Haushaltstätigkeiten zu leisten. Soziale Belastungen bestünden insofern latent, als er seit zwei Jahren keinen Kontakt mehr zu seinen Kindern habe. Anlässlich der Konsistenzprüfung wurde angegeben, das Aktivitätsniveau sei gleichmässig eingeschränkt in allen Lebensbereichen, wobei insbesondere längeres Verharren in einer Position, sei es sitzend, stehend, gehend oder auch liegend, kaum mehr möglich sei. Gesamthaft ergebe sich dadurch eine Einschränkung der Belastbarkeit; dies kombiniert mit einer Verminderung der Belastbarkeit bei axialer Belastung. Ein Schonverhalten oder eine Aggravation oder Simulation habe rein somatisch nicht beobachtet werden können. Aus psychiatrischer Sicht wurde erwähnt, gegen eine schwere invalidisierende paranoide Schizophrenie sprächen die

Reisetätigkeit des Exploranden (drei Türkei-Reisen innerhalb von 15 Monaten) sowie die Tatsache, dass er vor drei Monaten geheiratet habe und seit drei Monaten in der Lage sei, regelmässig zu 50 % an einem geschützten Arbeitsplatz tätig zu sein, sowie selbstständig wohnen zu können. Für eine entsprechende Erkrankung spreche die Tatsache, dass er in der Schweiz weitgehend isoliert lebe und keinerlei Interessen sowie Hobbys habe. Ein Schmerzleiden könne nicht objektiviert werden. Zur Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit wurde vermerkt, die bisherigen Arbeitsunfähigkeiten seien ausgewiesen aufgrund des psychiatrischen Leidens. Aus rheumatologischer Sicht bestehe jedoch eine deutliche Minderung der Belastbarkeit im Achsen skelett und dies auch bei zunehmend fehlenden Kompensationsmechanismen muskuloskelettal. Die angestammte Tätigkeit als Maschinenoperateur von 1994 bis 2000 könne er nicht mehr ausführen. Der Grund hierfür sei die zunehmende Einsteifung im Bereich der Wirbelsäule mit nur noch intermittierender Möglichkeit des Horizontalblickes. Die aktuelle Arbeitstätigkeit, ausgeführt ab 2015 bei der Q.____, mit Verarbeitung von Karton, insbesondere meist sitzend, könne in einem 70%-Pensum wie bisher weitergeführt werden. Aus psychiatrischer Sicht könne keine valide Aussage gemacht werden, da der hohe Verdacht auf ein Malingering bestehe. Zur Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Verweistätigkeit wurde angegeben, aus rheumatologischer Sicht könne die aktuelle Tätigkeit als angepasst gelten und weiterhin in einem 70%-Pensum ausgeübt werden. Aus psychiatrischer Sicht könne keine valide Aussage gemacht werden, da der hohe Verdacht auf ein Malingering bestehe. Die Prognose bezüglich einer Verbesserung der WS-Beweglichkeit und der Belastbarkeit im Bereich des ganzen Körpers könne als moderat gesehen werden. Eine Verbesserung des aktuellen Zustandes sei nicht mehr zu erwarten (IV-Nr. 111.1).

6.9 RAD-Ärztin Dr. med. P.____ hielt in ihrer Stellungnahme vom 18. August 2019 fest, der psychiatrische Gutachter äussere den dringenden Verdacht einer Simulation, die neuropsychologisch verifiziert werden solle. Aus RAD-Sicht sei daher eine neuropsychologische Ergänzungsuntersuchung zu veranlassen, um diesen Verdacht analysieren zu lassen (IV-Nr. 114).

6.10 Aus dem Konsilium zum vorerwähnten bidisziplinären Gutachten vom 22. Juli 2019 von Dr. med. R.____, FMH Rheumatologie & allgemeine innere Medizin (Praxis R.____), zu Handen der Beschwerdegegnerin vom 19. September 2019 geht hervor, beim Patienten zeige sich eine vollständige Ankylosierung der gesamten Halswirbelsäule bis und mit HWK 2. Damit sei die Kopfhaltung fixiert, was das Leben alltäglich schwierig mache. Der Patient erwäge, die Möglichkeiten der korrigierenden Wirbelsäulen chirurgie zu prüfen. Medikamentös gelinge mit der etablierten TNF-Antagonisierung eine vollständige Kontrolle der systemischen Entzündung. Damit hätten sich die als entzündlich zu charakterisierenden Ruhe-Beschwerden zurückgebildet. Der Patient sei zunehmend von haltungsbedingten, myofaszialen Funktionsstörungen mit assoziierten Beschwerden betreffend Schultergürtel und Arme symptomatisch. Er werde ambulant neu mit Physiotherapie behandelt. Die Rehabilitation sei in den vergangenen Jahren unterblieben, als die Diagnose der ankylosierenden Spondylitis medizinisch verkannt worden sei und der Patient von Physiotherapeuten psycho-somatischer Beschwerden bezichtigt worden sei (IV-Nr. 120 S. 2; vgl. auch IV-Nr. 122. S. 2).

6.11 Dr. phil. H.____, Fachpsychologin für Neuropsychologie FSP, hielt in ihrem Bericht vom 27. September 2019 fest, der begutachtende Psychiater Dr. med. G.____ habe empfohlen, die Validität bzw. den Verdacht eines Malingerings und einer Simulation durch geeignete neuropsychologische Testungen weiter abzuklären, da sich in der letzten psychiatrischen Begutachtung vom 6. Juli 2019 Hinweise für eine Simulation / Aggravation gezeigt hätten. Nach der Sichtung der

relevanten Akten sei festzuhalten, dass eine neuropsychologische Untersuchung nicht sinnvoll sei, da aufgrund der neuropsychologischen Befunde kein Erkenntnisgewinn bezüglich der Gültigkeit psychiatrischer Diagnosen zu erwarten sei (IV-Nr. 123). 6.12 RAD-Ärztin Dr. med. P. ___ hielt in ihrer Stellungnahme vom 31. Oktober 2019 fest, laut rheumatologischem Gutachten könne der Versicherte in einer angepassten Tätigkeit mit einem Pensum von 70 % arbeiten. Der psychiatrische Gutachter mache wegen des Verdachts auf Malingering keine abschliessende Beurteilung, beschreibe jedoch die auffälligen Validierungstests, welche auf ein Malingering hindeuteten. Die Neuropsychologin könne ebenfalls das Malingering von Symptomen nicht abschliessend im Hinblick auf die Diagnose einer paranoiden Schizophrenie herleiten. Für den RAD bestünden zudem weitere Indizien in dem psychiatrischen Gutachten, die das Malingering der psychotischen Symptome stützten und dies somit als wahrscheinlich darstellten. Wiederholt seien in den letzten zwei psychiatrischen Gutachten keine ausreichenden Medikamentenspiegel im Hinblick auf eine antiparanoide Medikation festgestellt worden. Letztlich beruhe somit die Diagnosestellung auf den anamnestischen Angaben des Versicherten, der sich auf akustische und optische Halluzinationen berufe. Zudem beschreibe er eine soziale Isolation, die der RAD aus den erwähnten Gründen schwer nachvollziehen könne. Aus Sicht des RAD sei das durch den psychiatrischen Gutachter vermutete Malingering daher in der Zusammenschau aufgrund der verschiedenen Kontextfaktoren sowie des hohen Funktionsniveaus in Verbindung mit sogenannten «harten Faktoren» (fehlender Medikamentenspiegel) als überwiegend wahrscheinlich anzusehen, sodass aus medizinischer Sicht die psychiatrische Diagnose einer paranoiden Schizophrenie nicht als valide und somit als arbeitsfähigkeitsrelevant anzusehen sei. Weitere arbeitsfähigkeitsrelevante Diagnosen finde man im psychiatrischen Gutachten nicht. Aus Sicht des RAD könne daher valide auf das nachvollziehbare rheumatologische Gutachten abgestellt werden, sodass aufgrund der vorliegenden Daten ab dem Zeitpunkt des Gutachtens (Juli 2019) eine Arbeitsfähigkeit von 70 % in der aktuellen Tätigkeit und in einer Verweistätigkeit bestehe (IV-Nr. 128). 6.13 Im Rahmen des Vorbescheidverfahrens nahm die behandelnde Psychiaterin der J. ___ (Dr. med. S. ___, Oberärztin) zur in Aussicht gestellten Aufhebung der Invalidenrente am 24. Februar 2020 Stellung. Sie führte aus, die Diagnose der paranoiden Schizophrenie sei anlässlich der zahlreichen Hospitalisationen in mehreren psychiatrischen Kliniken bestätigt und mit verschiedenen Medikamenten wie Abilify, Risperdal Depot, Clopin und Truxal behandelt worden. Gemäss den Angaben des Exploranden sei es diesem unter Clopin besser gegangen, was das Stimmenhören anbelange, die Medikation habe jedoch wegen kardialer Nebenwirkungen gestoppt werden müssen. Gemäss der letzten psychiatrischen Begutachtung vom Juli 2019 habe der begutachtende Psychiater Hinweise für eine Simulation / Aggravation gefunden, die Validität bzw. den Verdacht eines Malingerings und einer Simulation. Diese habe er durch geeignete weitere Abklärungen wie eine neuropsychologische Untersuchung festigen wollen. Aktuell nehme der Patient Invega ein. Aufgrund des klinischen Verlaufs habe man keine Anhaltspunkte, Medikamentenspiegel zu messen. Vom Gutachter werde eine invalidisierende Schizophrenie in Frage gestellt wegen der Reiseaktivität des Exploranden. Es sei zu belegen, dass der Explorand anlässlich des Todes seines Bruders im Februar 2018 und der Mutter im März 2019 in die Türkei gereist sei, um von diesen anlässlich der Trauerfeier Abschied zu nehmen, was auch einem kranken Exploranden möglich sein sollte. Jedes Mal sei er von Bekannten an den Flughafen in [...] gebracht und in der Türkei abgeholt worden. Der Patient leide seit seiner psychiatrischen Behandlung und aktuell unter

Ängsten und unter Stimmenhören, was ihm einen normalen Kontakt in der Gesellschaft verhindere. Die affektiven Zeichen mit Anhedonie, Affektverflachung, Angst und Ambivalenz seien verbunden mit fehlenden Kontakten in der Freizeit, Gefühlsleere und auch Rückzug. Diese seien typisch und als klassischer Residualzustand und als Negativsymptomatik der paranoiden Schizophrenie zu sehen und verhinderten eine normale gesellschaftliche Aktivität und Arbeit. Der Patient sei vorwiegend einsam und auf sich gestellt. Im Weiteren werde die Tatsache der neuen Ehe erwähnt, die jedoch bereits nach einem Monat geschieden worden sei. Dies zeige auch, dass der Explorand, wie er selber gesagt habe, in Form einer neuen Frau Hilfe für Kontakte und Gesellschaft habe suchen wollen, was wegen seines Zustands mit Stimmenhören und Ängsten nicht möglich gewesen sei. Die Stellungnahme der Neuropsychologin Dr. phil. H.____ vom 27. September 2019 stelle klar, dass durch eine zusätzliche neuropsychologische Beurteilung die Simulation einer psychiatrischen Erkrankung nicht geklärt werden könne, weswegen diese nicht durchgeführt worden sei. Zusammengefasst könne gesagt werden, dass die im Gutachten vom 6. Juli 2019 erwähnten Begründungen für ein Malingering und eine Simulation nicht gegeben seien. Die aktuelle Präsentation ergebe aufgrund des klinischen Bildes keine Hinweise für eine Simulation (IV-Nr. 136). 6.14 RAD-Ärztin Dr. med. P.____ hielt dazu in ihrer Stellungnahme vom 17. März 2020 fest, die Recherche habe ergeben, dass der Versicherte auch Reisen zu Hochzeiten – also fröhlichen Ereignissen – unternommen habe, zudem sei für Juli 2019 ein Urlaub in der Türkei angegeben worden. Weiterhin könne der Versicherte selbstständig und regelmässig zu 50 % seinen geschützten Arbeitsplatz aufsuchen, ebenso regelmässig diverse Ärzte, auch das Aufsuchen des Psychiaters im Gutachten sei selbstständig erfolgt. Der Einwand, dass ein normaler Kontakt in der Gesellschaft nicht möglich sei, könne somit nicht nachvollzogen werden. Weshalb die Medikamentenspiegel wiederholt nie messbar gewesen seien bzw. weshalb die Psychiaterin auch aktuell keinen Medikamentenspiegel messen lasse, der eine Medikamenteneinnahme belegen würde, bleibe unerwähnt. Es bestehe ein hohes Funktionsniveau im Hinblick auf die social media-Nutzung und sogenannte «posts» mit anderen Nutzern / Familienangehörigen. Zusammengefasst könnten die Einwände der behandelnden Psychiaterin anhand der Aktenlage nicht nachvollzogen werden (IV-Nr. 138). 6.15 Aus dem im vorliegenden Beschwerdeverfahren nachgereichten Bericht von Dr. med. R.____ vom 31. Juli 2020 geht im Wesentlichen hervor, aktuell leide der Patient unter einer Enthesitis beim Trochanter major rechts, weshalb er in der Schlafqualität gestört sei. Die weitgehende Ankylosierung sei in einer biomechanisch unvorteilhaften Stellung der Wirbelsäule erfolgt. Damit assoziiert bestünden Fähigkeitseinschränkungen im Alltag, was die Mobilität allgemein und biomechanisch die Belastbarkeit des Achsen-Skelettes betreffe. Der Patient sei erst in einem sehr späten Stadium ab Herbst 2018 langfristig medikamentös mit Biologika behandelt worden, was nachteilige Auswirkungen auf die Prognose habe. Aktuell müsse die TNF-Antagonisierung ein weiteres Mal umgestellt werden (Beschwerdebeilage [BB] 3).

E. 7.1

7.1.1 Die Beschwerdegegnerin hob die dem Beschwerdeführer seit 1. Juli 2001 gewährte ganze Invalidenrente mit Verfügung vom 17. Juni 2020 im Wesentlichen mit der Begründung auf, gemäss den umfassenden medizinischen Abklärungen bestehe in der angestammten Tätigkeit als Maschinenoperator unverändert seit Juli 2000 eine volle Arbeitsunfähigkeit. Hingegen bestehe ab dem Zeitpunkt des Gutachtens von Dr. med. F.____, d.h. ab Juli 2019, aus rheumatologischer Sicht eine Arbeitsfähigkeit von 70 % in

angepassten, leichten und wechselbelastenden Tätigkeiten. Gemäss dem psychiatrischen Gutachten von Dr. med. G.____ könne aus psychiatrischer Sicht keine schwere invalidisierende paranoide Schizophrenie mehr diagnostiziert werden. Mit der neuen Berechnung betrage der Invaliditätsgrad nurmehr 24 %, weshalb die Invalidenrente aufgehoben werde. Gemäss dem Gutachten bestehe ein hoher Verdacht auf Malingering. Daher sei davon auszugehen, dass die langjährige Absenz vom Arbeitsmarkt nicht invaliditätsbedingt gewesen sei und eine Selbsteingliederung daher möglich und zumutbar sei. Entsprechend bestehe kein Anspruch auf berufliche Massnahmen vor der Rentenaufhebung.

Zu den Einwänden wurde dargelegt, es seien drei Gutachten veranlasst worden. Im psychiatrischen Gutachten von Dr. med. E.____ vom 21. August 2018 sei zwar die Diagnose einer paranoiden Schizophrenie gestellt und dem Beschwerdeführer eine volle Arbeitsunfähigkeit attestiert worden, jedoch seien in diesem Gutachten die Medikamentenspiegel nicht messbar bzw. unterhalb des Referenzbereichs gewesen, was darauf hindeute, dass der Beschwerdeführer die Medikamente bereits zu diesem Zeitpunkt nicht eingenommen habe. Aufgrund der anonymen Meldung vom 11. September 2018 und der daraufhin folgenden Internetrecherche, bei welcher das Facebook-Profil gesichtet worden sei, auf welchem verschiedene Ferienfotos und politische «Posts» aufgeschaltet worden seien, sei eine Verlaufsbeurteilung bei Dr. med. E.____ durchgeführt worden. Darin werde ausgeführt, dass mit überwiegender Wahrscheinlichkeit von einer Verbesserung der gesundheitlichen Situation auszugehen sei. Der Gutachter weise auch explizit darauf hin, dass das Antwortverhalten in gewissen Punkten sehr auffällig gewesen sei und der Beschwerdeführer seine Aussagen erst korrigiert habe, nachdem er erfahren habe, dass der Gutachter über die entsprechenden Informationen bereits verfügt habe. Der Gutachter habe aber im Grossen und Ganzen die schwere psychische Störung nach wie vor als vorhanden angesehen, diese habe sich aber verglichen zu früher erheblich verbessert, weshalb er von einer 50%igen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Verweistätigkeit ausgegangen sei. Aufgrund der neuen Diagnose des Morbus Bechterew habe der RAD eine bidisziplinäre Begutachtung veranlasst. Darin habe die psychiatrische Diagnose einer paranoiden Schizophrenie nur noch als Verdachtsdiagnose gestellt werden können. Die Reisetätigkeit sowie die Tatsache, dass der Beschwerdeführer kurz vor der Begutachtung geheiratet habe, seit damals drei Monaten zu 50 % an einem geschützten Arbeitsplatz tätig gewesen sei und selbstständig wohnen können, spreche gegen eine schwere invalidisierende paranoide Schizophrenie. Zudem seien die Blutspiegel wiederum deutlich zu tief bzw. nicht messbar gewesen, was nicht für eine regelmässige Medikamenteneinnahme spreche. Dr. med. G.____ führe in seinem Teilgutachten aus, dass die bislang diagnostizierte paranoide Schizophrenie nachvollzogen werden könne. Dem gegenüber stehe jedoch die Funktionsfähigkeit des Beschwerdeführers. Es sei ihm nämlich möglich gewesen, im Februar 2018 für sechs Wochen alleine in die Türkei zu reisen anlässlich des Todes seines Bruders. Im April 2019 habe er wiederum alleine für zwei Wochen in die Türkei reisen können anlässlich des Todes seiner Mutter. Bei dieser Gelegenheit habe er die ihm zuvor unbekannte Krankenschwester seiner Mutter geheiratet. Auch habe er geplant, im Juli 2019 wiederum für drei Wochen alleine in die Türkei zu reisen, um seine Frau zu besuchen und den Familiennachzug zu organisieren. Ebenfalls sei er in der Lage, seit Monaten in der Q.____ regelmässig am Morgen zu 50 % zu arbeiten. Ausserdem zeige der Fragebogen (SFSS) eine sehr hohe Auffälligkeit in Bezug auf ein Malingering bzw. eine Simulation. In Anbetracht aller dieser Umstände habe aus

psychiatrischer Sicht keine valide Aussage zur Diagnose einer paranoiden Schizophrenie gemacht werden können. Hingegen sei ihm aus rheumatologischer Sicht aufgrund des Morbus Bechterew eine angepasste Tätigkeit im Rahmen eines 70%-Pensums zumutbar. Deshalb werde bei der Gesamtbeurteilung auf die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit im rheumatologischen Teilgutachten abgestellt. Diese Gesamtbeurteilung sei so übernommen worden und erscheine aufgrund der getätigten Abklärungen, den Aktivitäten auf dem Facebook-Account sowie der anonymen Meldung als schlüssig. Dem bidisziplinären Gutachten komme Beweiswert zu. Aus den Ausführungen der behandelnden Psychiaterin könne nichts Anderes abgeleitet werden (IV-Nr. 140; A.S. 1 ff.).

7.1.2 Der Beschwerdeführer lässt demgegenüber geltend machen, die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, ihm weiterhin eine ganze Invalidenrente zu entrichten. Dies wird im Wesentlichen damit begründet, das psychiatrische Gutachten von Dr. med. E. ___ vom 21. August 2018 sei als beweistauglich zu qualifizieren. Mit Verlaufsgutachten vom 16. Februar 2019 halte er an der Diagnose einer paranoiden Schizophrenie fest. Die neuen Informationen infolge der Facebook-Recherche (es handle sich um zwei Reisen des Beschwerdeführers in die Türkei) seien nach wie vor mit der gestellten Diagnose vereinbar. Wie dem Gutachten zu entnehmen sei, sei davon auszugehen, dass der Zustand und die Erscheinung des Beschwerdeführers fluktuieren. Nach Massgabe des Verlaufsgutachtens sei davon auszugehen, dass beim Beschwerdeführer auf dem ersten Arbeitsmarkt nach wie vor keine verwertbare Arbeitsfähigkeit vorliege. Die Anforderungen, welche Dr. med. E. ___ an eine Tätigkeit stelle, entsprächen einer Arbeit im geschützten Rahmen. Hinzu komme das erhebliche Rückfallrisiko und die Tatsache, dass es günstigere und sehr ungünstige Tage gebe. Es sei unmöglich, dass auch ein durchschnittlich entgegenkommender Arbeitgeber den Beschwerdeführer unter diesen Bedingungen anstelle. Dies insbesondere auch unter Berücksichtigung des fortgeschrittenen Alters des Beschwerdeführers und der Tatsache, dass dieser seit sehr langer Zeit keiner Arbeit auf dem ersten Arbeitsmarkt mehr nachgegangen sei. Aus dem Verlaufsgutachten von Dr. med. E. ___ könne nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine Verbesserung des Gesundheitszustands abgeleitet werden. Ein Revisionsgrund sei nicht mit dem nötigen Beweismass erstellt, womit die bisherige Rente weiterhin zu entrichten sei. Die erneute psychiatrische Begutachtung durch Dr. med. G. ___ stelle eine unzulässige second opinion dar. Die Diagnose eines Morbus Bechterew führe jedenfalls nicht dazu, dass nicht mehr auf die Einschätzung von Dr. med. E. ___ abgestützt werden könne. Es hätte ■ wenn überhaupt ■ einzig eine rheumatologische Begutachtung initiiert werden müssen. Die Validität der Angaben des Beschwerdeführers könne entgegen der Auffassung der RAD-Ärztin nicht durch die Messung des Medikamentenspiegels überprüft werden. Das Gutachten von Dr. med. G. ___ leide auch an erheblichen inhaltlichen Mängeln, die zur Beweisuntauglichkeit führten. Sämtliche Argumente von Dr. med. G. ___, weshalb er keine Beurteilung abgeben könne, seien nicht haltbar. Keines der Argumente spreche gegen das Vorliegen einer paranoiden Schizophrenie mit limitierendem und invalidisierendem Charakter. Auch die behandelnde Psychiaterin Dr. med. S. ___ habe mit Bericht vom 24. Februar 2020 festgehalten, die Reisen seien mit der Krankheit vereinbar. Die zentralen Fragen seien im Gutachten von Dr. med. G. ___ offen gelassen worden. Seine fachlichen Fähigkeiten seien in Zweifel zu ziehen. Er habe sich zudem unzureichend mit der Aktenlage auseinandergesetzt. Der Stellungnahme der RAD-Ärztin vom 31. Oktober 2019 komme ohnehin kaum relevante Beweiskraft zu. Sie setze sich insgesamt völlig unzureichend mit der gesamten Aktenlage auseinander. Die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit durch den rheumatologischen

Gutachter Dr. med. F.____ sei weder nachvollziehbar noch schlüssig. Aufgrund der festgestellten erheblichen Einschränkungen sei es absurd, dass der Beschwerdeführer ein 70%-Pensum zu bewältigen vermöge. Dies werde denn auch nicht weiter begründet. Zu verweisen sei auch auf den Konsiliarbericht von Dr. med. R.____ vom 19. September 2019, aus welchem zumindest Kritik am Gutachten herauszulesen sei. Nach Massgabe des rheumatologischen Gutachtens sei davon auszugehen, dass in somatischer Hinsicht noch maximal eine 50%ige Arbeitsfähigkeit für eine Tätigkeit im geschützten Rahmen und damit keine verwertbare Arbeitsfähigkeit mehr vorhanden sei. Aus psychiatrischer Sicht sei keine Veränderung eingetreten und es liege noch immer keine verwertbare Restarbeitsfähigkeit vor. Dies bestätige auch Dr. med. S.____ mit Bericht vom 24. Februar 2020. Sodann sei aufgrund des Morbus Bechterew ebenfalls von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit bzw. Unverwertbarkeit einer allfällig bestehenden Restarbeitsfähigkeit auszugehen. Der Beschwerdeführer habe weiterhin Anspruch auf eine ganze Invalidenrente. Eventualiter sei aufgrund der somatischen Einschränkung von einer maximal noch vorhandenen Restarbeitsfähigkeit von 50 % auszugehen.

7.2 Zunächst ist festzuhalten, dass das von der Beschwerdegegnerin veranlasste psychiatrische Gutachten von Dr. med. E.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, vom 21. August 2018 (IV-Nr. 90.1) sowie dessen ergänzendes Gutachten vom 16. Februar 2019 (IV-Nr. 100) in Kenntnis der Vorakten erstellt wurden und auf allseitigen fachärztlichen Untersuchungen vom 16. August und 21. November 2018 beruhen. Die vom Beschwerdeführer angegebenen Beschwerden wurden vom Gutachter berücksichtigt und in seine Beurteilung einbezogen. Die Expertisen konnten sich somit auf vollständige Grundlagen stützen. Der psychiatrische Gutachter gibt die Anamnese des Beschwerdeführers und den erhobenen psychischen Befund wieder. Daraus werden die relevanten Diagnosen und die Auswirkung der Symptomatik auf die Arbeitsfähigkeit hergeleitet. Zu früheren ärztlichen Einschätzungen in den medizinischen Vorakten wurde ■ soweit möglich ■ Stellung genommen. Sodann werden Angaben zur Diagnostik gemacht und es wird eine versicherungsmedizinische Beurteilung abgegeben. Am Schluss werden die gestellten Fragen beantwortet, wobei zum Verlauf bzw. zu einer allfälligen Veränderung des Gesundheitszustands Stellung genommen wird. Im Weiteren wird im zweiten Gutachten von Dr. med. E.____ vom 16. Februar 2019 auf weitere relevante Akten (Facebook-Profil des Beschwerdeführers, Protokolleintrag der Beschwerdegegnerin vom 11. September 2018) und eigene Erhebungen eingegangen. Sodann wurden aufgrund der erneuten Untersuchung vom 21. November 2018 die Befunde erhoben (unter Einbezug eines Fremdbeurteilungsinstruments) und eine versicherungsmedizinische Beurteilung vorgenommen, wobei Inkonsistenzen, der Krankheitsverlauf sowie die Funktionsfähigkeit des Beschwerdeführers besprochen wurden. Die Gutachten von Dr. med. E.____ werden damit den durch die Rechtsprechung formulierten Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Stellungnahme (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352) gerecht.

7.3 Im Weiteren ist zu prüfen, ob die Beschwerdegegnerin ■ nachdem sie bereits die Begutachtungen bei Dr. med. E.____ veranlasst hatte ■ berechtigt war, eine weitere psychiatrische Begutachtung bei Dr. med. G.____ in Auftrag zu geben:

Der Versicherungsträger hat den rechtserheblichen Sachverhalt nach den allgemeinen Regeln des Sozialversicherungsrechts abzuklären. Er ist laut dem in Art. 43 Abs. 1 ATSG statuierten Untersuchungsgrundsatz verpflichtet, die notwendigen Abklärungen von Amtes wegen vorzunehmen und die erforderlichen Auskünfte einzuholen. Die Verfahrensleitung

liegt dabei beim Versicherungsträger, dessen Ermessensspielraum in Bezug auf Notwendigkeit, Umfang und Zweckmässigkeit von medizinischen Erhebungen gross ist. Gestützt auf den Untersuchungsgrundsatz ist der Sachverhalt soweit zu ermitteln, dass über den Leistungsanspruch zumindest mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit entschieden werden kann. Die für die Beurteilung des Leistungsanspruchs von Amtes wegen durchzuführenden Abklärungen im Sinne von Art. 43 ATSG beinhalten indessen rechtsprechungsgemäss nicht das Recht des Versicherungsträgers, eine «second opinion» zu dem bereits in einem Gutachten festgestellten Sachverhalt einzuholen, wenn dieser nicht seinen Vorstellungen entspricht. Entscheidend für die Frage, ob weitere Abklärungen angeordnet werden können und müssen, ist, inwieweit die bereits vorliegenden Gutachten die praxismässigen inhaltlichen und beweismässigen Anforderungen erfüllen (Urteile des Bundesgerichts 9C_57/2019 vom 7. März 2019 E. 3.2 und U 571/06 vom 29. Mai 2007 E. 4.2, je mit Hinweisen; Kieser, ATSG-Kommentar, 4. Aufl., 2020, Art. 44 S. 833 N. 81; Susanne Bollinger, AHVG/IVG-Kommentar, 2018, Nr. 3 ATSG Art. 43, S. 592 Rz. 10, je mit Hinweisen).

Im vorliegenden Fall erachtete die Beschwerdegegnerin bzw. die RAD-Ärztin eine weitere psychiatrische Begutachtung bei Dr. med. G. ___ als erforderlich, weil in der Nachbegutachtung wegen der facebook-Recherche aus psychiatrischer Sicht eine Verbesserung der medizinischen Situation nicht ausgeschlossen werden könne. Im Weiteren sei eine Medikamentenspiegelmessung erneut nicht durchgeführt worden. Die Validität der Angaben des Beschwerdeführers müsse überprüft werden können (vgl. Aktennotiz vom 25. Februar 2019; IV-Nr. 101). Dem ist entgegenzuhalten, dass aufgrund der damals gegebenen Aktenlage kein Anlass für eine weitere psychiatrische Begutachtung durch Dr. med. G. ___ bestand. Dr. med. E. ___ führte in seinem zweiten Gutachten vom 16. Februar 2019 im Rahmen der weiteren Untersuchung vom 21. November 2018 zu den weiteren relevanten Akten (Facebook-Profil des Exploranden, Protokolleintrag der Beschwerdegegnerin vom 11. September 2018) eigene Erhebungen durch, erhob erneut den psychischen Befund und stellte wiederum die Diagnose (mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit) einer paranoiden Schizophrenie (ICD-10F20.0). Er kam zum Schluss, letztlich seien die neuen erbrachten Informationen und die Untersuchungsergebnisse nach wie vor mit der gestellten Diagnose vereinbar. Es sei trotz der aktuell auffällig wirkenden Angaben mit überwiegender Wahrscheinlichkeit vom Vorhandensein einer schweren psychischen Störung auszugehen. Die aktuellen Untersuchungsergebnisse wiesen darauf hin, dass die Funktionsfähigkeit des Exploranden höher sei, als er dies in der ersten Untersuchung vermittelt habe. Es sei überwiegend wahrscheinlich eine Verbesserung des Gesundheitszustands eingetreten, was sich u.a. in einer erhöhten Belastbarkeit zeige. Trotz der anzunehmenden Verbesserung der Funktionsfähigkeit und der Belastbarkeit sei von einer nach wie vor krankheitsbedingten unterdurchschnittlichen Belastbarkeit und einer erhöhten Rückfallgefahr auszugehen. Ideal wäre eine Tätigkeit mit geringen Anforderungen an die Interaktion, die der Beschwerdeführer vorzugsweise alleine ausführen könnte, die gut strukturiert wäre und genügend Möglichkeiten für Pausen anbieten würde. Ebenso wäre es günstig, wenn klare Ansprechpersonen verfügbar und die Aufgaben klar definiert seien. In einer solchen Tätigkeit wäre von einer 50%igen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit auszugehen (IV-Nr. 100 S. 4 ff.). Damit legte Dr. med. E. ___ im Rahmen seiner zweiten Begutachtung nachvollziehbar und schlüssig dar, dass auch unter Berücksichtigung der neuen Informationen nach wie vor von der schweren psychischen Störung einer paranoiden Schizophrenie auszugehen ist; lediglich die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit wurde von

ihm aufgrund einer verbesserten Funktionsfähigkeit des Beschwerdeführers mit nurmehr 50 % (statt 100 % gemäss erster Begutachtung) beziffert.

Gemäss Rechtsprechung darf die Einholung eines Zweitgutachtens nicht beliebig erfolgen, sondern es sollen offene Fragen oder Zweifel an den gutachterlichen Schlüssen in erster Linie mit den Gutachtern geklärt werden. Wenn sich z.B. aus dem im Gutachten geklärten Sachverhalt weitere relevante Fragestellungen ergeben oder wenn im Gutachten Widersprüche zu erkennen geglaubt werden, kann eine Rückfrage beim Experten sinnvoll sein. Ein Zweitgutachten steht dann im Vordergrund, wenn ein bestehendes Gutachten für klar unzureichend und kaum verwertbar erachtet wird (Urteil des Bundesgerichts 8C_558/2017 vom 1. Februar 2018 E. 3.2.1). Solche Umstände, die eine psychiatrische Zweitbegutachtung erforderlich gemacht hätten, liegen hier nicht vor. Im Sinne der vorerwähnten Rechtsprechung ist bei der bei Dr. med. G.____ veranlassten psychiatrischen Begutachtung von einer unzulässigen «second opinion» auszugehen. Soweit noch offene Fragen bezüglich der nicht durchgeführten Medikamentenspiegelbemessung hätten beantwortet werden müssen, wäre eine Kontaktaufnahme mit dem bereits beauftragten psychiatrischen Gutachter Dr. med. E.____ im Vordergrund gestanden. Diesbezüglich offene Fragen sind jedoch nicht ersichtlich, nachdem Dr. med. E.____ in seinem zweiten Gutachten abschliessend bemerkt hatte, die Validität der Aussagen des Beschwerdeführers sowie diejenige der gutachterlichen Schlussfolgerungen lasse sich nicht mehr durch weitere medizinische Abklärungen steigern. Dementsprechend werde auf eine neue Bestimmung des Medikamentenspiegels verzichtet, da weder der Nachweis einer regelmässigen Medikamenteneinnahme noch einer Malcompliance die Beurteilung wesentlich verändere (IV-Nr. 100 S. 13). Dr. med. E.____ führte bereits in seinem ersten Gutachten nachvollziehbar aus, eine paranoide Schizophrenie gehe oft mit einer Malcompliance einher. In der Regel werde diese als krankheitsbedingt beurteilt, da viele schizophrene Patienten unter einer verminderten Krankheitseinsicht litten und entsprechend weniger Einsicht in den Sinn und die Notwendigkeit einer Behandlung hätten (vgl. IV-Nr. 90.1 S. 22). Damit wurde von Dr. med. E.____ nachvollziehbar und überzeugend erklärt, weshalb er im Rahmen der zweiten Begutachtung auf eine neue Messung des Medikamentenspiegels verzichtete. Nach dem Gesagten erfüllten die bereits vorliegenden psychiatrischen Gutachten von Dr. med. E.____ die praxisgemässen inhaltlichen und beweismässigen Anforderungen vollumfänglich. Die von der Beschwerdegegnerin bei Dr. med. G.____ veranlasste weitere psychiatrische Begutachtung ist demnach als unzulässige «second opinion» anzusehen, weshalb darauf nicht abgestellt werden kann.

7.4 Im Folgenden ist zu prüfen, ob sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit der mit Verfügung vom 4. August 2004 erfolgten Rentenzusprache (Referenzzeitpunkt) relevant verbessert hat. Die Beschwerdegegnerin stützte sich damals im Wesentlichen auf das psychiatrische Gutachten von Dr. med. N.____ vom 1. Dezember 2003, welcher aufgrund seiner Untersuchungen vom 26. und 28. November 2003 die Diagnose einer «schweren, mittlerweile chronifizierten depressiven Episode (ICD-10 F33.3) mit psychotischen Symptomen des synthymen Bildes bei einem heimatlosen und entwurzelten Türken nach Trennung von seiner Herkunftswie neuen Familie mit amnestischen Tendenzen» stellte und zur Arbeitsfähigkeit ausführte, die Pathologie lasse eine Arbeit nicht zu. Das Krankheitsbild sei chronisch mit eher schlechter Prognose, sowohl was den Krankheitsverlauf als auch die Entwicklung der Arbeitsunfähigkeit angehe. Der Beschwerdeführer sei aus psychiatrischer Sicht seit Juli 2000 als 100 % arbeitsfähig (recte:

arbeitsunfähig) zu betrachten, dies sowohl in seiner bisherigen Tätigkeit als Maschinenoperateur als auch in anderen Tätigkeiten. Die Befunde wie die depressive Stimmungslage, die Energielosigkeit, die Suizidalität, die Konzentrations- und Gedächtnisstörung sowie auch das Abgelenktsein durch die Stimmen usw. liessen eine Arbeitstätigkeit nicht zu, zumal der Beschwerdeführer bereits in sehr niederschwelligem geschützten Rahmen an deutliche Grenzen stosse. Durch eine gezieltere sozialpsychiatrische und pharmakologische Behandlung könnten gewisse Fortschritte erzielt werden, doch dürfte die Arbeitsunfähigkeit auch mit diesen Massnahmen über die nächsten Jahre nicht oder kaum verbessert werden. Die Krankheit sei diesbezüglich zu maligne (IV-Nr. 14 S. 11 ff.).

Demgegenüber stellte Dr. med. E. ___ in seinem psychiatrischen Gutachten vom 21. August 2018 (Untersuchung vom 16. August 2018) die Diagnose (mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit) einer paranoiden Schizophrenie (ICD-10 F20.0) und hielt zur Arbeitsfähigkeit in der bisherigen und einer angepassten Tätigkeit fest, aktuell sei nicht von einer verwertbaren Arbeitsfähigkeit im ersten Arbeitsmarkt auszugehen. In Bezug auf die Revision sei festzustellen, dass bei der letzten umfassenden Überprüfung des Gesundheitszustandes, also bei der letzten psychiatrischen Begutachtung, die depressive Symptomatik stärker ausgeprägt gewesen sei, während offenbar die psychotische Symptomatik als nicht so stark ausgeprägt empfunden worden sei. Dies habe sich nun verändert. Im Zeitpunkt der aktuellen Untersuchung sei die psychotische Symptomatik deutlich im Vordergrund gestanden. Obschon letztlich davon auszugehen wäre, dass bereits zum Zeitpunkt des Vorgutachtens eine paranoide Schizophrenie vorgelegen sei, die damals diagnostisch anders eingeschätzt worden sei, liesse sich hier formal dennoch eine Änderung der Symptomatik annehmen. Der Bericht des L. ___ vom 16. März 2007 (IV-Nr. 24) beschreibe relativ gut eine paranoide Schizophrenie. Es handle sich hierbei um die erste medizinische Einschätzung nach dem Vorgutachten. Eine Veränderung des Zustandes könne ab März 2007 angenommen werden. Es bestehe nach wie vor keine verwertbare Arbeitsfähigkeit im ersten Arbeitsmarkt (IV-Nr. 90.1 S. 18 und 25 f.).

Im zweiten ergänzenden Gutachten vom 16. Februar 2019 (Untersuchung vom 21. November 2018) hielt Dr. med. E. ___ ■ auch unter Berücksichtigung des Facebook-Profiles des Beschwerdeführers und des Protokolleintrags der Beschwerdegegnerin vom 11. September 2018 ■ an der gestellten Diagnose einer paranoiden Schizophrenie fest und kam aufgrund seiner neuen Untersuchungserkenntnisse zum Schluss, denkbar sei eine bewusst selektionierte Darstellungsweise des Beschwerdeführers, aber auch eine Vergesslichkeit, möglicherweise exazerbiert durch die untersuchungsbedingte Anspannung. Die Bilder verdeutlichten, dass der Beschwerdeführer in der Lage sei, seine Erscheinung den Anforderungen anderer anzupassen und sich adäquat zu pflegen. Weiter sei aufgefallen, dass er in seinem Verhalten und seinem Erzählstil im Gegensatz zur ersten Untersuchung sehr adäquat und unauffällig gewirkt habe und dass er auf die Frage nach seinen Beschwerden spontan zunächst keine psychotischen Symptome angegeben habe. Die Halluzinationen seien erst später erwähnt worden. Letztlich seien die neuen Informationen und die Untersuchungsergebnisse nach wie vor mit der gestellten Diagnose vereinbar. Es gelte zu bedenken, dass der Beschwerdeführer allein in den C. ___ bereits über zehnmal habe hospitalisiert werden müssen und weitere Hospitalisationen in den entsprechenden Einrichtungen im Kanton Solothurn zu berücksichtigen seien. Trotz aktuell auffällig wirkenden Angaben sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit vom

Vorhandensein einer schweren psychischen Störung auszugehen. Dies bedeute jedoch nicht, dass es nicht zwischenzeitlich zu einer Verbesserung des Zustandes gekommen sei. Die aktuellen Untersuchungsergebnisse wiesen darauf hin, dass die Funktionsfähigkeit des Exploranden höher sei, als er dies in der ersten Untersuchung vermittelt habe. Die Befunde in der zweiten Untersuchung seien weniger auffällig gewesen. Es sei von einer gewissen Stabilität auszugehen, vor allem wenn auch berücksichtigt werde, dass ein neuer Stressfaktor, die Schmerzerkrankung (Morbus Bechterew) mit wiederkehrenden Untersuchungen, hinzugekommen sei. Es scheine, dass auch andere Stressfaktoren, beispielsweise das Reisen, die kranke Mutter, etc. nicht zu erneuten Dekompensationen geführt hätten. Insgesamt spreche dies für eine gewisse Stabilisierung in den letzten Jahren, was sich auch an der Anzahl Hospitalisationen der letzten Jahre gut nachvollziehen lasse. Damit lasse sich mit überwiegender Wahrscheinlichkeit von einer Verbesserung des Zustandes ausgehen, was sich u.a. in einer erhöhten Belastbarkeit zeige. Trotz der anzunehmenden Verbesserung der Funktionsfähigkeit und der Belastbarkeit sei hier von einer nach wie vor krankheitsbedingten unterdurchschnittlichen Belastbarkeit und einer erhöhten Rückfallgefahr auszugehen. Ideal wäre eine Tätigkeit mit geringen Anforderungen an die Interaktion, die der Beschwerdeführer vorzugsweise alleine ausführen könnte, die gut strukturiert wäre und genügend Möglichkeiten für Pausen anbieten würde. Ebenso wäre es günstig, wenn klare Ansprechpersonen bestünden und auch die Aufgaben klar definiert seien. In einer solchen Tätigkeit wäre von einer 50%igen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ab November 2018 auszugehen (IV-Nr. 100).

Ein Vergleich des aktuellen Gesundheitsstands des Beschwerdeführers mit demjenigen im Referenzzeitpunkt ergibt, dass sich die psychische Symptomatik des Beschwerdeführers insoweit geändert hat, als die bereits zum Zeitpunkt des Gutachtens von Dr. med. N.____ vom 1. Dezember 2003 bestehende paranoide Schizophrenie (vgl. Bericht des L.____ vom 3. April 2003, IV-Nr. 9) diagnostisch anders eingeschätzt wurde. Damals war die depressive Symptomatik stärker ausgeprägt, aktuell steht die psychotische Symptomatik im Vordergrund. Diese Einschätzung von Dr. med. E.____ in seinem ersten Gutachten vom 21. August 2018 wird gestützt durch den Verlaufsbericht des L.____ vom 16. März 2007, worin eine paranoide Schizophrenie (ICD-10 F20.0) diagnostiziert und eine schwere depressive Episode mit synthymen psychotischen Symptomen (ICD-10 F32.3) mit einer Persönlichkeitsstörung vom Abhängigkeitstyp nur noch als Differentialdiagnose angegeben wurde (IV-Nr. 24). Gemäss dem ergänzenden zweiten Gutachten von Dr. med. E.____ vom 16. Februar 2019 ist ab November 2018 von einer Verbesserung der Funktionsfähigkeit und Belastbarkeit des Beschwerdeführers auszugehen. Gemäss den fachärztlichen Angaben kann dies mit einem fluktuierenden psychischen Zustand des Beschwerdeführers erklärt werden, wobei davon auszugehen sei, dass die erste Untersuchung vom 16. August 2018 an einem sehr ungünstigen und die zweite Untersuchung vom 21. November 2018 an einem günstigen Tag durchgeführt worden sei (IV-Nr. 100 S. 11). Von einer bewussten Inszenierung des Beschwerdeführers kann eher nicht ausgegangen werden, wies Dr. med. E.____ doch darauf hin, theoretisch wäre es zwar möglich, dass der Beschwerdeführer die Beschwerden über die Jahre hinweg vorgetäuscht hätte, wie dies in der anonymen Meldung geltend gemacht worden sei, dies wäre für ihn jedoch mit einem hohen Aufwand verbunden gewesen. Es sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass über Jahre hinweg eine erhebliche Symptomatik bestanden habe, welche zahlreiche Hospitalisationen notwendig gemacht habe (IV-Nr. 100 S. 12). Diese Ausführungen des psychiatrischen Gutachters lassen unter Berücksichtigung der bestehenden Aktenlage nur den Schluss zu,

dass von einem grundsätzlich unveränderten psychischen Gesundheitszustand des Beschwerdeführers auszugehen ist, wobei der fluktuierende Verlauf der psychischen Symptomatik sich temporär auf die Funktionsfähigkeit und die Belastbarkeit des Beschwerdeführers auswirken kann. Eine andauernde und damit relevante verbesserte psychische Befundlage ist damit nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit ausgewiesen. Vielmehr ist von einem grundsätzlich unveränderten Gesundheitszustand auszugehen (vgl. E. II. 3.1 hiervor).

7.5 Diese Einschätzung steht im Einklang mit der Stellungnahme der behandelnden Ärztin der J. ___ vom 24. Februar 2020, welche den Beschwerdeführer seit Sommer 2019 betreut. Dr. med. S. ___ führte nachvollziehbar aus, die Diagnose der paranoiden Schizophrenie sei anlässlich der zahlreichen Hospitalisationen in mehreren psychiatrischen Kliniken bestätigt und er sei mit verschiedenen Medikamenten behandelt worden. Aufgrund des klinischen Verlaufs habe keine Veranlassung bestanden, den Medikamentenspiegel zu messen. Es könne belegt werden, dass der Beschwerdeführer anlässlich des Todes seines Bruders im Februar 2018 und der Mutter im März 2019 in die Türkei gereist sei, um von diesen anlässlich der Trauerfeier Abschied zu nehmen. Jedes Mal sei er von Bekannten an den Flughafen gebracht worden und in der Türkei abgeholt worden. Der Beschwerdeführer leide seit ihrer psychiatrischen Behandlung und auch aktuell unter Ängsten und unter Stimmenhören, was ihm einen normalen Kontakt in der Gesellschaft verhindere. Die affektiven Zeichen, verbunden mit fehlenden Kontakten in der Freizeit, Gefühlsleere und auch Rückzug, seien typisch und als klassischer Residualzustand und als Negativsymptomatik der paranoiden Schizophrenie zu sehen und verhinderten eine normale gesellschaftliche Aktivität und Arbeit. Im Weiteren äusserte sich die behandelnde Psychiaterin dahingehend, die erneut geschiedene neue Ehe zeige auch, dass der Beschwerdeführer Hilfe für Kontakte und Gesellschaft bei einer neuen Frau gesucht habe, dies sei jedoch wegen seines Zustands mit Stimmenhören und Ängsten nicht möglich gewesen. Ausserdem habe die Neuropsychologin Dr. phil. H. ___ in ihrer Stellungnahme vom 27. September 2019 klargelegt, dass durch eine zusätzliche neuropsychologische Beurteilung die Simulation einer psychiatrischen Erkrankung nicht geklärt werden könne; deswegen sei diese nicht durchgeführt worden. Dr. med. S. ___ kommt zusammenfassend zum Schluss, die im Gutachten von Dr. med. G. ___ vom 6. Juli 2019 erwähnten Begründungen für ein Malingering und eine Simulation seien nicht zutreffend. Die aktuelle Präsentation ergebe aufgrund des klinischen Bildes keine Hinweise für eine Simulation (IV-Nr. 136). Demnach kann auch aufgrund der Angaben der behandelnden Psychiaterin nicht von einer relevanten Verbesserung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers ausgegangen werden. Die Ausführungen von Dr. med. S. ___, welche die gutachterliche Beurteilung von Dr. med. E. ___ im Wesentlichen bestätigen, überzeugen, weshalb darauf abzustellen ist. Den anderslautenden Einschätzungen der RAD-Ärztin Dr. med. P. ___, Fachärztin für Allgemeinmedizin und Arbeitsmedizin, in ihren Stellungnahmen vom 31. Oktober 2019 (IV-Nr. 128 S. 2 f.) und 17. März 2020 (IV-Nr. 138 S. 2 f.) kann dagegen nicht gefolgt werden, zumal es sich bei ihr um keine Fachärztin für Psychiatrie handelt. Ist eine anspruchserhebliche Änderung des Sachverhalts nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, bleibt es nach dem Grundsatz der materiellen Beweislast beim bisherigen Rechtszustand (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_374/2013 vom 12. November 2013 E. 2 mit Hinweis). Diese Konstellation ist hier aus psychiatrischer Sicht gegeben.

7.6 In somatischer Hinsicht hat sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers gegenüber dem Referenzzeitpunkt insofern verändert, als bei ihm ein rheumatologisches Leiden (Morbus Bechterew) festgestellt wurde. Dies gab der Beschwerdeführer anlässlich der Untersuchung durch Dr. med. E. ___ am 21. November 2018 an (IV-Nr. 100 S. 4). Der rheumatologische Gutachter Dr. med. F. ___ stellte in seinem Gutachten vom 8. Juli 2019 (Untersuchung vom 5. Juli 2019) die Diagnose (mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit) einer «axialen Spondylarthropathie Typ Bechterew (Ankylosierende Spondylitis; ICD-10 M45.09)» und hielt im Rahmen der versicherungsmedizinischen Beurteilung im Wesentlichen fest, gesamthaft müsse davon ausgegangen werden, dass die Symptome des Morbus Bechterew und auch die Einsteifung der Wirbelsäule in den letzten 20 Jahren stattgefunden hätten, bisher jedoch noch mässige funktionelle Einschränkungen vorhanden gewesen seien, welche sich nun langsam demaskierten. Es sei nachvollziehbar, dass die Kompensationsmöglichkeiten körperlich ab dem Jahr 2006 zunehmend eingeschränkt gewesen seien (IV-Nr. 111.2 S. 22). Zur Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit wurde angegeben, die angestammte Tätigkeit als Maschinenoperator (1994 bis 2000) könne nicht mehr ausgeführt werden. Der Grund hierfür sei die zunehmende Einsteifung im Bereich der Wirbelsäule mit nur noch intermittierender Möglichkeit des Horizontalblickes. Die aktuelle Arbeitstätigkeit, ausgeführt ab 2015 in der Q. ___, mit Verarbeitung von Karton, insbesondere meist sitzend, könne wie bisher weitergeführt werden (IV-Nr. 111.2 S. 24). Eine Verbesserung des aktuellen Zustands könne nicht erwartet werden. Aus somatischer Sicht bestehe eine Erstbeurteilung seit der letzten Rentenrevision. Gesamthaft könne ab 2006 eine Verschlechterung der körperlichen Fähigkeiten attestiert werden. Eine Zunahme der Rückenbeschwerden aufgrund einer myostatischen Dysbalance und vermehrter Einsteifung der Wirbelsäule sei ausgewiesen (IV-Nr. 111.2 S. 29). Auch nach den Angaben des Rheumatologen Dr. med. R. ___ vom 20. September 2019 ist die ankylosierende Spondylitis beim Beschwerdeführer in einem späten Krankheitsstadium weit fortgeschritten. Dies erkläre die von ihm im Alltag störend wahrgenommene Bewegungseinschränkung der Halswirbelsäule. Die irreversible Ankylosierung sei therapeutisch nicht mehr beeinflussbar (IV-Nr. 122 S. 2). Gemäss dem Bericht von Dr. med. R. ___ vom 31. Juli 2020 ist die weitgehende Ankylosierung in einer biomechanisch unvorteilhaften Stellung der Wirbelsäule erfolgt. Damit assoziiert bestünden Fähigkeitseinschränkungen im Alltag, was die Mobilität allgemein und biomechanisch die Belastbarkeit des Achsen-Skelettes betreffe. Die erst in einem sehr späten Stadium ab Herbst 2018 aufgenommene langfristige medikamentöse Behandlung habe nachteilige Auswirkungen auf die Prognose (BB 3).

Aufgrund der vorerwähnten rheumatologischen Angaben ist aus somatischer Sicht von einer relevanten Verschlechterung der körperlichen Fähigkeiten auszugehen. Im Zeitpunkt der Verfügung vom 4. August 2004 (Referenzzeitpunkt) wurde der Beschwerdeführer ausschliesslich wegen der psychischen Symptomatik als vollständig arbeits- und erwerbsunfähig beurteilt. Nach den Angaben von Dr. med. F. ___ ist die angestammte Tätigkeit als Maschinenoperator nicht mehr möglich wegen der zunehmenden Einsteifung der Wirbelsäule mit nur noch intermittierend möglichem Horizontalblick (IV-Nr. 111.2 S. 24). Die aktuell ab 2015 im geschützten Rahmen in der Q. ___ ausgeübte Arbeitstätigkeit (Verarbeitung von Karton, meist sitzend) kann vom Beschwerdeführer aus somatischer Sicht noch ausgeübt werden (IV-Nr. 111.2 S. 24). Er arbeitet dort gemäss den Angaben seines Berufsbestands mit einem Pensum von 20 Stunden pro Woche (50 %) in der Abteilung Fördergruppe (vgl. IV-Nr. 131). Die gemäss den fachärztlichen Angaben ab dem

Jahr 2006 eingetretene Verschlechterung der körperlichen Fähigkeiten vermag in der vorliegend gegebenen Konstellation (Invaliditätsgrad von 100 %) keine Veränderung des Rentenanspruchs zu bewirken (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_107/2009 vom 7. August 2019 E. 5.2.3).

8. Nach dem Gesagten ist aufgrund der vorliegenden psychiatrischen Gutachten von Dr. med. E.____, der Stellungnahme der behandelnden Psychiaterin Dr. med. S.____ sowie des rheumatologischen Gutachtens von Dr. med. F.____ sowohl aus psychiatrischer als auch aus somatischer Sicht keine andauernde relevante Verbesserung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers seit dem Referenzzeitpunkt (Verfügung vom 4. August 2004) ausgewiesen. Die infolge der anonymen Meldung betreffend Versicherungsmissbrauch sowie der Internetrecherche (Fotos auf Facebook-Profilen) erfolgten weiteren medizinischen Abklärungen der Beschwerdegegnerin stellen für sich alleine keine genügende Grundlage für eine Rentenrevision dar. Damit erweist sich die mit vorliegend angefochtener Verfügung vom 17. Juni 2020 erfolgte Aufhebung der von der Beschwerdegegnerin ab 1. Juli 2001 zugesprochenen ganzen Invalidenrente mangels nachgewiesener relevanter Verbesserung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers als unzulässig. Die angefochtene Verfügung ist daher insoweit aufzuheben, als die Invalidenrente auf Ende Juli 2020 eingestellt wurde. Dem Beschwerdeführer ist ab 1. August 2020 weiterhin eine ganze Invalidenrente auszurichten.

E. 9

9.1 Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat der im kantonalen Beschwerdeverfahren obsiegende Beschwerdeführer Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses bemessen. Nach § 161 i.V.m. § 160 Abs. 2 des Gebührentarifs (GT; BGS 615.11) beträgt der Stundenansatz für die Bestimmung der Kosten der berufsmässigen Vertretung CHF 230.00 bis 330.00 zuzüglich Mehrwertsteuer, soweit sie durch Anwälte wahrgenommen wird. Die vom Vertreter des Beschwerdeführers eingereichte Kostennote vom 4. Dezember 2020 weist einen Zeitaufwand von 16.27 Stunden, einen Stundenansatz von CHF 250.00 sowie Auslagen von CHF 236.20 aus.

Reine Kanzleiarbeit (z.B. die Weiterleitung von Dokumenten an die Klientschaft, das Einfordern von Akten, die Kenntnisnahme von Verfügungen, das Stellen von Fristerstreckungsgesuchen etc.) sind im Stundenansatz eines Anwalts bereits inbegriffen und nicht separat zu vergüten. Die unter den Daten vom 6. August 2020 (Mail an Beiständin, 0.17 Std.), 11. August 2020 (Mail an Beiständin, 0.25 Std.), 12. August 2020 (Brief an Beiständin, 0.25 Std.), 26. August 2020 (Brief an Klient und Beiständin, 0.17 Std.) und 25. November 2020 (Brief an Klient, Brief an Beiständin, je 0.17 Std.) aufgeführten Positionen können nicht berücksichtigt werden, da hier von Orientierungskopien an die Klientschaft und die Beiständin auszugehen ist. Im Weiteren wird der nachprozessuale Aufwand angesichts des Obsiegens des Beschwerdeführers praxisgemäss auf 0.5 Stunden festgesetzt. Dies führt zu einem zu entschädigenden Zeitaufwand von 14.59 Stunden. Unter Berücksichtigung eines Stundenansatzes von CHF 250.00 und der Mehrwertsteuer ergibt dies eine Parteientschädigung von insgesamt CHF 4'182.75 (Honorar von CHF 3'647.50, Auslagen von CHF 236.20 und MwSt. [7.7 %] von CHF 299.05).

9.2 Aufgrund von Art. 69 Abs. 1bisIVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 ■ 1■000.00 festgelegt. Ausgangsgemäss hat die Beschwerdegegnerin die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen.

Demnach wird erkannt:

1. In Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 17. Juni 2020 insoweit aufgehoben, als dem Beschwerdeführer ab 1. August 2020 weiterhin eine ganze Invalidenrente auszurichten ist.

2. Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von CHF 4'182.75 (inkl. Auslagen und MwSt.) zu bezahlen.

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

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

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Die Vizepräsidentin Der Gerichtsschreiber

Weber-Probst Schmidhauser

Der vorliegende Entscheid wurde vom Bundesgericht mit Urteil 9C_506/2021 vom 24. Januar 2022 teilweise aufgehoben.

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