SO_GERICHTE VSBES.2020.26 vom 3. August 2021

SO Obergericht, 2021-08-03, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2020.26_d20210803

FR: SO_GERICHTE VSBES.2020.26 du 3 août 2021

IT: SO_GERICHTE VSBES.2020.26 del 3 agosto 2021

Regeste

berufliche Massnahmen und Invalidenrente

Erwägungen

E. 2

2.1 Nach der Durchführung des Intake-Gesprächs vom 19. Januar 2010 (IV-Nr. 9) sowie dem Einholen des Arbeitgeberfragebogens der Firma B.___ vom 26. Januar 2010 (IV-Nr. 11) und der medizinischen Akten, führte die Beschwerdegegnerin verschiedene Frühinterventionsmassnahmen durch. Mit Abschlussbericht vom 7. September 2010 wurde der Fall in der Stellenvermittlung als zurzeit nicht eingliederbar abgeschlossen (IV-Nr. 43). 2.2 Nach dem Einholen weiterer medizinischer Akten (IV-Nrn. 48 f.) und des durch den Krankentaggeldversicherer in Auftrag gegebenen Gutachtens bei Prof. Dr. med. C.___, Facharzt für Neurologie FMH, vom 20. Dezember 2010 (IV-Nr. 50 S. 2 ff.), wies die Beschwerdegegnerin die Leistungsbegehren des Beschwerdeführers auf berufliche Eingliederungsmassnahmen und eine Rente mit Verfügung vom 28. November 2011 ab (IV-Nr. 73). Die durch den Beschwerdeführer am 16. Januar 2012 beim Versicherungsgericht des Kantons Solothurn (nachfolgend: Versicherungsgericht) unter Einreichung des durch den Krankentaggeldversicherer in Auftrag gegebenen, bidisziplinären Gutachtens der Gutachterstelle D.___ vom 27. Juli 2012 (IV-Nr. 89) erhobene Beschwerde (IV-Nr. 78 S. 3 ff.), wurde von diesem mit Urteil VSBES.2012.12 vom 28. Oktober 2013 (IV-Nr. 102) in dem Sinne gutgeheissen, als die Sache zur weiteren Abklärung an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen wurde. Dieses Urteil erwuchs unangefochten in Rechtskraft. 2.3 Mit Verfügung vom 30. April 2014 (IV-Nr. 131) hielt die Beschwerdegegnerin sowohl an der Gutachterstelle E.___ als auch an den Gutachterpersonen (Dr. med. F.___, Prof. Dr. med. C.___, Dr. med. G.___ und Dr. med. H.___) fest. Die dagegen am 30. Mai 2014 erhobene Beschwerde (IV-Nr. 138 S. 3 ff.) wurde durch das Versicherungsgericht mit Urteil VSBES.2014.137 vom 21. August 2014 (IV-Nr. 143) in dem Sinne gutgeheissen, als dass Prof. Dr. med. C.___ an der Begutachtung nicht erneut als Sachverständiger beigezogen werden dürfe und die Beschwerdegegnerin einen anderen neurologischen Facharzt der Gutachterstelle E.___ zu beauftragen habe. Die dagegen am 24. September 2014 beim Bundesgericht erhobene Beschwerde (IV-Nr. 146) wurde von diesem mit Urteil 9C_700/2014 vom 21. August 2015 (IV-Nr. 152 S. 1 ff.) dahingehend gutgeheissen, als der neurologische Experte Prof. Dr. med. C.___ auch mit der erneuten Begutachtung betraut werden könne. Dieses Urteil erwuchs in Rechtskraft. 3. Das polydisziplinäre Gutachten der Gutachterstelle E.___ wurde am 30. März 2016 (IV-Nr. 173.1) erstattet. Mit Vorbescheid vom 23. Dezember 2016 (IV-Nr. 193 S. 2 ff.) wurde dem Beschwerdeführer die Abweisung seiner Leistungsbegehren auf berufliche Massnahmen und eine Invalidenrente in Aussicht gestellt. Dagegen liess der

Beschwerdeführer am 1. Februar bzw. 6. März 2017 Einwände erheben (IV-Nrn. 194, 196). Aufgrund der anschliessend eingeholten medizinischen Berichte liess die Beschwerdegegnerin den Beschwerdeführer durch die Gutachterstelle I.___ am 13. August 2018 nochmals polydisziplinär begutachten (IV-Nrn. 234.1 – 234.7). Mit Vorbescheid vom 17. Oktober 2019 (IV-Nr. 252), der denjenigen vom 23. Dezember 2016 ersetzte, wurde dem Beschwerdeführer die Abweisung seiner Leistungsbegehren auf berufliche Massnahmen und eine Invalidenrente in Aussicht gestellt. Daran hielt die Beschwerdegegnerin – trotz den durch den Beschwerdeführer am 24. Oktober 2019 dagegen erhobenen Einwänden (IV-Nr. 253) – mit Verfügung vom 16. Dezember 2019 fest (Akten-Seiten [A.S.] 1 ff.). 4. Dagegen lässt der Beschwerdeführer am 3. Februar 2020 beim Versicherungsgericht fristgerecht Beschwerde erheben und folgende Rechtsbegehren stellen (A.S. 5 ff.): 1. Die Verfügung der IV-Stelle Solothurn vom 17. Dezember 2019 [recte: 16. Dezember 2019] sei aufzuheben. 2.a) Es seien dem Beschwerdeführer die gesetzlichen IV-Leistungen (berufliche Massnahmen, IV-Rente) nach Massgabe eines IV-Grades von mindestens 40 % zuzusprechen. b) Eventualiter: Die Beschwerdesache sei zu weiteren Erhebungen (Indikatorenprüfung, Einkommensvergleich, usw.) an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. c) Subeventualiter: Es seien ergänzende medizinische und beruflich-konkrete Abklärungen durchzuführen.

E. 3

Es sei eine öffentliche Verhandlung nach Art. 6 Ziff. 1 EMRK durchzuführen.

E. 4

Reaktive depressive Störung gemäss Akten Beginn mindestens ab April 2010 – phasenweise schwergradig (2011), aktuell im Schweregrad einer leichten bis mittelschweren Depression nach ICD-10 F32.0 bzw. F32.1

E. 5

Histrionische Persönlichkeitszüge ICD-10 Z73 – mit tickartigen Grimassen im Augenbereich, mit übertrieben-dramatischem Ausdruck Folgende Diagnosen seien ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: – Adipositas, BMI 31 kg/m 2 – COPD bei Nikotinabusus – Hörverminderung links bei – aktenanamnestisch wahrscheinlich Status nach Hörsturz Beim Beschwerdeführer bestünden seit etwa sechs Jahren zunehmende Rückenschmerzen, die bildgebend – Röntgenbilder und MR-Untersuchungen – nicht umfassend erklärt werden könnten. Bei der rheumatologischen Untersuchung seien dauernde, lumbale Rückenschmerzen mit Ausstrahlungen ins rechte Bein erhoben worden. Der Beschwerdeführer habe über Kraftlosigkeit des rechten Beins und wiederkehrende Taubheit (Einschlafen) des rechten Oberschenkels ventrolateral geklagt. Die Befunde bei der Untersuchung liessen auf ein chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom rechts, bei degenerativen LWS-Veränderungen schliessen. Die psychiatrische Abklärung habe ergeben, dass die Schmerzen durch mehrjähriges Missachten chronifiziert worden seien, wobei gleichzeitige Existenz- und andere Ängste eine Depression herbeigeführt hätten, die bei der Befragung leicht bis mittelschwer gewesen sei. Die Krankheit werde durch histrionische Persönlichkeitszüge ausgestaltet. Die Schmerzen seien als chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren zu interpretieren. Es liege eine Angststörung und reaktive depressive Störung, aktuell leichter bis mittlerer Schwere, vor. Namhafte Verbesserungen, die zu einer Aufnahme einer Arbeit in der freien Wirtschaft führten, seien mit medizinischen Massnahmen sehr wahrscheinlich nicht mehr zu erreichen.

Die Arbeitsfähigkeit im angestammten Beruf und in einer Verweistätigkeit sei aus psychiatrischer Sicht nicht mehr gegeben, aus rein rheumatologischer Sicht dagegen schon. Psychiatrisch werde die Arbeitsunfähigkeit mit dem ungünstigen Zusammenwirken von Schmerzen, Depression, Angst und Persönlichkeitsfaktoren begründet. Die psychiatrische Beurteilung stelle daher die Gesamtbeurteilung der Arbeitsfähigkeit dar (S. 27). Aufgrund der psychiatrischen Komorbidität gestalte sich die Erhebung der Arbeitsanforderung der bisherigen Tätigkeit als angelernter Schlosser in einem 100%-Pensum schwierig. Soweit eruierbar habe es sich um eine körperlich leichte, teils sitzend, teils stehend ausgeübte Tätigkeit gehandelt. Aus somatischer Sicht sei die Wirbelsäulenbelastbarkeit aufgrund der objektiven Befunde leichtgradig eingeschränkt. Gestützt auf die Arbeitsbeschreibung des Beschwerdeführers entspreche die zuletzt ausgeübte Tätigkeit im Wesentlichen diesen Anforderungen, sie sei daher aus rheumatologischer Sicht vollumfänglich zumutbar. Körperlich schwere Arbeiten, Arbeiten mit häufigen statisch vorgeneigten Positionen, häufigem Bücken und Rotationsbewegungen sowie häufigen knienden oder hockenden Tätigkeiten seien ungünstig und rheumatologisch nicht mehr zumutbar. Aus psychiatrischer Sicht bestehe, schon rein schmerzbedingt, keine Arbeitsfähigkeit mehr (S. 29). 6.6 Im polydisziplinären Gutachten der Gutachterstelle E.___ vom 30. März 2016 (IV-Nr. 173.1) wiesen die Gutachter Dr. med. F.___, Allgemeine Innere Medizin FMH, Dr. med. H.___, Physikalische Medizin und Rehabilitation FMH, Dr. med. G.___, Psychiatrie und Psychotherapie FMH und Prof. Dr. med. C.___, Facharzt Neurologie FMH, Neuropsychologie, die Diagnose einer «COPD Gold 2» mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit aus (S. 61). Folgende Diagnosen seien ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: – Hörminderung links – Opioid-Fehlgebrauch – Adipositas Grad II ICD E66.01 – Anamnestisch mögliche Restless-Legs-Symptomatik ICD G25.81 – Dysthymie (ICD-10 F34.1) – Fortgesetzter Nikotinkonsum – Refluxleiden – Obstruktives Schlafapnoesyndrom – Chronisch venöse Insuffizienz Die Gutachter kämen gemeinsam zum Schluss, dass die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in der zuletzt ausgeübten sowie jedweder vergleichbaren Tätigkeit oder auch einer anderen, körperlich leichten, wechselbelastend oder überwiegend sitzend ausgeübten Tätigkeit des allgemeinen Arbeitsmarkts mit 100 % einzuschätzen (Pensum und Rendement 100 %) sei, dies spätestens ex nunc geltend, wobei die Vorberichte auch keinen ausreichenden Anhalt für eine vorbestehende Limitierung der Arbeitsfähigkeit im o.g. Rahmen ergäben. Eine Gewichtsreduktion, ein Einstellen des Nikotinkonsums, eine Opioid-Entgiftung und Entwöhnung (bei fehlender medizinischer Begründung für eine Opiatmedikation) und auch eine Ordnung der psychiatrischen Medikation unter fachärztlicher Führung (Prüfung der Indikation für die erfolgende Medikation mit von dem Beschwerdeführer als wirkungslos berichteten Antidepressiva und eines Neuroleptikums) seien geeignet, die Arbeitsfähigkeit zumindest im o.g. Rahmen langfristig zu stabilisieren, ggf. auch über eine Besserung der pulmonalen Gesundheitsstörung (COPD) eine qualitative Steigerung der Arbeitsfähigkeit (mittelschwere Tätigkeiten) zu bewirken. Die Mitarbeit des Beschwerdeführers bei den empfohlenen Massnahmen sei medizinisch gut zumutbar, stehe in seinem Gesundheitsinteresse und dürfe auch als Mass des Leidensdrucks verstanden werden. Auffällig seien auch deutliche Hinweise auf Inkonsistenzen in der Schmerzpräsentation und Mobilität sowie ein vages, und hinsichtlich der tatsächlichen Alltagsaktivität ausweichendes Antwortverhalten. Der insgesamt muskulöse Habitus und die deutliche Beschwielung der Fusssohlen sprächen für eine tatsächlich regere Aktivität als anamnestisch berichtet. Zudem scheine anamnestisch eine erhaltene Selbständigkeit und Aktivität auf (Führen eines

Kraftfahrzeuges, Fernreise in die [...]), was mit einer gravierenden anhaltenden Gesundheitsstörung nicht in Einklang zu bringen sei. 6.7 Dr. med. T.___, Allgemeine Medizin FMH, RAD, hielt in seiner Stellungnahme vom 21. November 2016 (IV-Nr. 192 S. 2 f.) fest, er sei mit der im Rahmen des Gutachtens der Gutachterstelle E.___ vom 30. März 2016 erstellten Beurteilung (vgl. E. II. 6.6 hiervor) einverstanden. Der RAD beurteile die Arbeitsfähigkeit zum damaligen Zeitpunkt gemäss dem Gutachten (S. 66 – 73). Bei den in den nach der gutachterlichen Beurteilung eingetroffenen fünf medizinischen Berichten (Austrittsberichte des L.___ betreffend die stationären Aufenthalte vom 14. – 22. März 2016, vom 29. April – 7. Mai 2016, vom 13. – 17. Mai 2016 und zwei Berichte vom 27. Mai – 1. Juni 2016) beschriebenen Spitalaufenthalten handle es sich ausschliesslich um Kriseninterventionen. Die Krankengeschichte des Beschwerdeführers zeige, dass psychiatrische Kriseninterventionen in grosser Zahl stattgefunden hätten, immer gepaart mit schwierigen Lebensumständen. Diesmal würden als Ursache aufgeführt: Ökonomische Knappheit, sonstige belastende Lebensumstände, negative Beeinflussung durch Familie und Haushalt, Verweigerung der IV-Rente, weitere psychosoziale Belastungsfaktoren. Der Eintritt in die Klinik erfolgte auf eigenes Begehren. An der Beurteilung des Beschwerdeführers durch die Gutachter vermöchten diese Berichte nichts zu ändern. Nötigenfalls könnten sie aber den Gutachtern vorgelegt werden mit der Frage, ob die Beurteilung des Krankheitsverlaufs und der langdauernden Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit korrigiert werden müsste und gegebenenfalls wie. Die nachgereichte Beurteilung durch med. pract. Q.___ (IV-Nr. 196 S. 28 f.) stütze sich im Wesentlichen auf die Anamnese. Die Gutachter hätten sich bereits damit auseinandergesetzt. Weiter eingereichte Berichte seien im Gutachten bereits gewürdigt worden. 6.8 Dr. med. U.___, Facharzt Allgemeine Medizin FMH, RAD, hielt in seiner Stellungnahme vom 12. April 2017 (IV-Nr. 199) fest, das polydisziplinäre Gutachten der Gutachterstelle E.___ vom März 2016 (vgl. E. II. 6.6 hiervor) äussere sich klar und deutlich zur Diagnostik und den vielen Inkonsistenzen. Es begründe auch die volle Zumutbarkeit einer Erwerbstätigkeit. Im Nachhinein seien Berichte eingereicht worden, insbesondere diejenigen von verschiedenen psychiatrischen Aufenthalten meist sehr kurzer Dauer, sowie der Bericht des behandelnden Psychiaters med. pract Q.___. Es werde deutlich, dass die Kriseninterventionen resp. die geschilderte Suizidalität des Beschwerdeführers jeweils auch durch die finanzielle Situation resp. die bisherigen ablehnenden Entscheide der IV zumindest mitgetriggert worden seien. Das bedeute nicht an sich, dass es sich um eine rein «IV-fremde» Problematik handle, müsse aber in den Beurteilungen sicherlich mitberücksichtigt werden, so wie auch die aktuell laufenden Eingliederungsbemühungen. Im Bericht der Tagesstätte O.___ vom 18. Januar 2017 (IV-Nr. 196 S. 15) werde erläutert, der Beschwerdeführer sei in den drei täglichen Stunden «konzentriert und motivierbar in allen Bereichen der Tagesstätte mitzuarbeiten (...)». Am 7. Februar 2017 habe der behandelnde Psychiater med. pract. Q.___ den Beschwerdeführer in die L.___ eingewiesen, nachdem dieser viele Medikamente in suizidaler Absicht eingenommen hatte. Im Austrittsbericht der L.___ vom 13. März 2017 über die 13. Hospitalisation vom 28. Februar bis am 10. März 2017 (IV-Nr. 201) werde eine «schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen» erwähnt. Es handle sich dabei um einen Kurzbericht ohne klärende Erläuterungen. Aufgrund des Verlaufs innerhalb des letzten Jahres sei eine Verschlechterung durchaus möglich. Ganz deutlich stehe dabei inzwischen die psychiatrische Problematik im Vordergrund. Inwiefern es sich dabei um eine «versicherte Situation» handle, könne allein aufgrund dieser Akten nicht entschieden werden. Dr. med. U.___ empfehle, den Bericht der L.___ vom 13. März 2017 in

ausführlicher Form einzubestellen und falls nicht möglich, die klinikinternen Verlaufseinträge. Ansonsten könne das Bild nicht komplettiert werden. Im Anschluss daran könne nach Akteneinsicht durch den RAD eine Beurteilung oder zumindest Empfehlung zum weiteren Vorgehen vorgenommen resp. abgegeben werden. 6.9 Im Arztbericht der L.___ vom 25. Juli 2017 (IV-Nr. 207) wurden folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ausgewiesen: – Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen (ICD-10 F33.3), seit 2010 – Sonstige Rückenschmerzen: Lumbalbereich (ICD-10 M54.86) Der Beschwerdeführer sei in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Fabrikarbeiter vom 7. Februar – 8. Dezember 2011, 25. Mai – 27. Juli 2012, 30. Juli – 24. August 2012, 14. – 22. Oktober 2013, 24. August – 8. Oktober 2014, 19. Februar – 10. April 2015, 16. – 28. August 2015, 14. – 22. März 2016, 29. April – 7. Mai 2016, 13. – 17. Mai 2016, 27. Mai – 1. Juni 2016, 17. – 27. Oktober 2016, 14. – 21. Dezember 2016, 7. – 16. Februar 2017 und vom 28. Februar 2017 – 10. März 2017 je zu 100 % arbeitsunfähig gewesen. Die angegebenen Daten würden sich ausschliesslich auf die stationären Aufenthalte des Beschwerdeführers in der Klinik beziehen. Daten über eine darüberhinausgehende Arbeitsunfähigkeit lägen nicht vor. Der Gesundheitszustand sei besserungsfähig, die Arbeitsfähigkeit könne durch medizinische Massnahmen nicht verbessert werden. Es seien berufliche Massnahmen angezeigt. Der Beschwerdeführer habe von sich aus mehrmals angegeben, dass er gerne wieder einer geregelten Arbeit in Teilzeit nachgehen wolle. Aus diesem Grund werde eine Wiedereingliederungsmassnahme in den Arbeitsmarkt bis zur Pensionierung unter Berücksichtigung der verminderten Leistungsfähigkeit empfohlen. Die Behandlung des Beschwerdeführers habe vom 28. Februar bis zum 10. März 2017 gedauert, die letzte Untersuchung am 10. März 2017 (Zeitpunkt der Entlassung) stattgefunden. Angegebene Beschwerden: Der Beschwerdeführer beklagte am Tag der Aufnahme, sich deprimiert zu fühlen und ein ausgeprägtes Gedankenkreisen zu verspüren. Persönliche Probleme und Zukunftssorgen und damit einhergehende Suizidgedanken seien dabei im Vordergrund gestanden. Er leide unter imperativen Stimmen, welche ihn zum Suizid auffordern würden und ihm sagten, dass er zu nichts zu gebrauchen sei. Der Beschwerdeführer sei aufgrund seiner rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig schwere Episode, nicht in der Lage, einer geregelten Beschäftigung in Vollzeit nachzugehen. Aufgrund des chronischen lumbospondylogenen Schmerzsyndroms – Facettengelenksinfiltration – sei er ausserstande, einer Beschäftigung mit schwerer körperlicher Belastung nachzugehen. Die bisherige Tätigkeit sei ihm nicht mehr zumutbar. Dem Beschwerdeführer seien indes andere Tätigkeiten zumutbar, so bspw. eine Tätigkeit in einer Werkstätte, wie z.B. O.___. Dabei wäre zu beachten, dass diese eine krankheitsentsprechende Beschäftigung auf Teilzeitbasis bilde. Zum zeitlich zumutbaren Rahmen dieser Tätigkeit wurden keine Angaben gemacht. 6.10 Dr. med. U.___, RAD, hielt in seiner Stellungnahme vom 25. August 2017 fest (IV-Nr. 209), offenbar stehe beim Beschwerdeführer aktuell die «IV-Problematik» im Zentrum der psychischen Beschwerden. Zusammenfassend könne man den vorhandenen Berichten einen gewissen Lebensüberdruss entnehmen, welcher auch durch Kränkungsmomente (u.a. Arbeitslosigkeit, finanzielle Not) mitbedingt sei. Aus Sicht von Dr. med. U.___ sei dies schwierig einzuordnen, insbesondere da auch die Qualifizierung der «imperativen Stimmen» als psychotische Symptome ein wenig gewagt erscheine. Somit sei eine psychiatrische Nach- resp. Verlaufsbegutachtung indiziert. Da bei einer erneuten Begutachtung auch wieder circa eineinhalb bis zwei Jahre seit dem letzten Gutachten vergangen seien und auch aus somatischer Sicht der Verlauf unklar sei, müsse eine erneute

polydisziplinäre Begutachtung durchgeführt werden, mit den folgenden Disziplinen: Allgemeine Innere Medizin, Pneumologie, Psychiatrie, Rheumatologie (falls dies durch die Gutachterstelle als notwendig erachtet werde). 6.11 In der Stellungnahme vom 16. Dezember 2017 (IV-Nr. 214) hielt Dr. med. U.___, RAD, fest, die am 25. August 2017 durch den RAD empfohlene polydisziplinäre Begutachtung (vgl. E. II. 6.10 hiervor) sei wegen eines weiteren Aufenthalts in der Klinik nicht zustande gekommen. Offenbar sei der Beschwerdeführer am 13. September 2017 erneut in die Klinik eingetreten, ein diesbezüglicher Austrittsbericht fehle im Dossier. Fazit: Der versicherungsmedizinische Sachverhalt sei unklar. Ebenso, ob der Beschwerdeführer noch in der Klinik weile. Es empfehle sich, den ausführlichen Austrittsbericht der Klinik (falls denn schon vorhanden) einzufordern und die geplante Begutachtung in die Wege zu leiten (Allgemeinmedizin, Pneumologie, Psychiatrie, Rheumatologie). 6.12 Im Austrittsbericht der L.___ vom 6. Dezember 2017 (Eingang bei Beschwerdegegnerin am 18. Dezember 2017, IV-Nr. 216) betreffend die 14. Hospitalisation des Beschwerdeführers vom 13. September bis 29. November 2017 wurden folgende Diagnosen nach ICD-10 ausgewiesen: – Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome mit wiederkehrenden Suizidgedanken (ICD-10 F33.2) – Persönlichkeitszüge vom histrionischen Typ (ICD-10 Z73.1) Andere relevante Diagnosen seien: – Sonstige Rückenschmerzen: Lumbalbereich (ICD-10 M54.86) – Adipositas – Steatosis hepatis – Diskuschondrosen C3-C6 – BWS-Spondylose – Angiomyolipom Niere links – Nephrolithiasis ipsilateral – Chronische Obstruktive Lungenerkrankung (COPD GOLD II) – Gastritis (Erstdiagnose August 2014) Der Beschwerdeführer sei aufgrund fraglicher suizidaler Absicht notfallmässig durch das Spital S.___ zugewiesen und auf der geschlossenen Akutstation aufgenommen worden. Nach der Stabilisierung des psychischen Zustandes und klarer Distanzierung von der Suizidalität habe er zur Stabilisierung des psychischen Zustandsbildes auf die offene angst- und depressionsspezifische Abteilung verlegt werden können. Er habe über wiederholte Absagen der IV-Rente berichtet, welche bei ihm deutliche Zukunftsängste auslösten. Auch unter der Anpassung der antidepressiven Medikation bestehe weiterhin eine chronische depressive Symptomatik mit wiederkehrenden Suizidgedanken. Eine gewisse Tendenz zur Dramatisierung des Zustandes sowie Versuche, mit Suizidalität manipulativ zu bewirken (im Sinne wenn man ihm keine Rente oder keine geschützte Arbeitsstelle gebe, bringe er sich um), sei deutlich zu sehen. Da der Beschwerdeführer aber eine deutlich verminderte Stressbelastbarkeit, wenig Flexibilität und reduzierte Konzentration sowie allgemeine Belastbarkeit gezeigt habe, wäre aus psychiatrischer Sicht eine Arbeit im ersten Arbeitsmarkt nicht möglich. Man könne sich für den Beschwerdeführer eine einfache Arbeit in geschütztem Rahmen, und ohne Leistungen erbringen zu müssen, stundenweise als Maximum vorstellen. Bei ausgeprägter Schwierigkeit der Aufrechterhaltung einer geordneten Tagesstruktur sei bei Austritt eine Psychiatriespitex installiert worden. 6.13 Im polydisziplinären Gutachten (internistisch, rheumatologisch, psychiatrisch, pneumologisch) der Gutachterstelle I.___ vom 13. August 2018 (IV-Nrn. 234.1 – 234.7) wiesen die Gutachter folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit aus (IV-Nr. 234.2 S. 8): – Rezidivierende depressive Störung, aktuell mittelschwere depressive Episode ICD-10 F33.1 – Leichte obstruktive Ventilationsstörung nicht reversibel, Überblähungen, keine restriktive Ventilationsstörung Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit seien folgende Diagnosen: – Akzentuierte Persönlichkeitszüge ICD-10 Z73.1 – Schmerzverarbeitungsstörung ICD-10 F54.0 – Chronisch intermittierendes zervikovertebrales Syndrom bei: – plurisegmentalen

degenerativen HWS-Veränderungen – Wirbelsäulenfehlhaltung, -fehlform (Hyperkyphose der oberen BWS mit Kopfprotraktion) – Chronisches lumbovertebrales bis lumbospondylogenes Syndrom rechtsseitig, bei: – degenerativen Bandscheibenveränderungen mit Protrusion foraminal links L4/L5 – Wirbelsäulenfehlhaltung, -fehlform (Hyperkyphose der oberen BWS mit Kopfprotraktion, Abflachung der mittleren-unteren BWS und der LWS) – Haltungsinsuffizienz und muskuläre Dysbalance – Adipositas per magna – Taubheit links, wahrscheinlich seit der Kindheit – Septumdeviation – Muschelhyperplasie beidseits – Diabetische Stoffwechsellage – Verdacht auf arterielle Hypertonie – Adipositas – Supraventrikuläre Extrasystolie, Erstdiagnose September 2010 – Nikotinabusus – Refluxerkrankung und Gastritis anamnestisch seit 2014 – Stammvarikosis der Vena saphena magna – Nephrolithiasis links 2011 – Anglomyolipom Niere links – Steatosis hepatis, bekannt seit Mai 2011 – Fussmykose, bekannt seit Januar 2012 – Meningeom, Erstdiagnose Mai 2012 – Rezidivierende Cephalea Der Beschwerdeführer sei ab dem Gutachtenzeitpunkt in der bisherigen und auch in einer angepassten Tätigkeit zu 30 % arbeitsfähig. Er könne keine schweren Arbeiten mehr ausführen, brauche lufthygienisch einwandfreie Bedingungen und das Arbeitsprofil, das von Dr. med. V.___, Facharzt FMH für Rheumatologie, aufgestellt worden sei, müsse berücksichtigt werden (IV-Nr. 234.2 S. 11). Seien diese Bedingungen erfüllt (dies sei bei der alten Arbeit so gewesen), könne der Beschwerdeführer aus den rheumatologischen und pneumologischen Disziplinen heraus, 100 % tätig werden. Aus internistischer Sicht gebe es keine Einschränkungen. Somit begründe sich die Arbeitsunfähigkeit alleine aus psychiatrischer Sicht und der Beschwerdeführer könne bei der mittelschweren Depression aktuell zu 30 % eingesetzt werden. Bei der Arbeitswiederaufnahme könne in der Folge eine kontinuierliche Steigerung bis auf 50 % erreicht werden. Aus rheumatologischer Sicht könnten keine Therapien angeboten werden. Aus pneumologischer Sicht gebe es ebenfalls keine Therapien, die die körperlichen Ressourcen des Beschwerdeführers relevant steigern könnten. Aus psychiatrischer Sicht sei der Beschwerdeführer adäquat pharmakologisch behandelt. Diese Therapie sei auch mitverantwortlich für die Besserung des Beschwerdeführers. Aktuell könne eine kognitive Therapie helfen, die 2011 wegen kognitiven Schwierigkeiten zurückgestellt worden sei. Mit einer adäquaten Psychotherapie könnten die manipulativen Suiziddrohungen gebessert und bearbeitet werden, somit könne verhindert werden, dass der Beschwerdeführer bei jeder Drohung sofort in die Klinik eingewiesen werde. Ausserdem könnten Familiengespräche, die Akzeptanz der Kinder und der Ehefrau für die Situation des Beschwerdeführers erhöhen und einen Teil des Druckes und Stresses, unter denen der Beschwerdeführer ständig stehe, abbauen. 6.14 Zu dem nach dem Verfassen des Gutachtens vom 13. August 2018 (vgl. E. II. 6.13 hiervor) eingegangenen Bericht der Interdisziplinären Notfallstation des Spitals S.___ vom 11. Juli 2018 (IV-Nr. 232) nahm Dr. med. W.___, Fachärztin FMH für Allgemeine Innere Medizin, Gutachterstelle I.___, am 17. August 2018 (IV-Nr. 237) dahingehend Stellung, als das Dokument nochmals das bereits im Gutachten bekannte und beschriebene Verhalten des Beschwerdeführers beschreibe. Es würden keine neuen Diagnosen oder andere Krankheitsbilder angeführt, so dass die Beurteilung des Falles durch diesen Bericht nicht weiter beeinflusst werde. 6.15 Dr. med. M.___, Fachärztin für Allgemeinmedizin und Arbeitsmedizin, RAD, hielt in ihrer Stellungnahme vom 8. November 2018 (IV-Nr. 239) fest, sie sei mit der Beurteilung der Begutachter einverstanden. Das Gutachten sei nachvollziehbar und schlüssig. 6.16 Die RAD-Ärztin Dr. med. M.___ hielt in ihrer Aktennotiz vom 6. März 2019 (IV-Nr. 243) fest, die 30%ige

Arbeitsfähigkeit für jedwede Tätigkeit sei angesichts der aktuellen Ereignisse auch retrospektiv als maximale Arbeitsfähigkeit ab dem Zeitpunkt des Gutachtens anzusehen, die aus Sicht des RAD nicht mehr steigerbar seien. Eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit ab dem Suizidversuch im Februar 2019 bestehe für alle Tätigkeiten für mindestens bis Mitte 2020.

7. Da das Versicherungsgericht das Gutachten der Gutachterstelle D.___ vom 27. Juli 2012 (vgl. E. II. 6.5 hiervor) mit Urteil VSBES.2012.12 vom 28. Oktober 2013 (IV-Nr. 102) als nicht verwertbar qualifizierte und festhielt, die Beschwerdegegnerin habe die psychischen Probleme des Beschwerdeführers bislang weder berücksichtigt noch abgeklärt (E. II. 8.3), wurde die Sache zur weiteren Abklärung an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen. Diese holte in der Folge das Gutachten der Gutachterstelle E.___ ein, das am 30. März 2016 erstattet wurde (vgl. E. II. 6.6 hiervor). Da aufgrund der nach diesem – im vorliegend massgebenden Zeitpunkt vom 16. Dezember 2019 (A.S. 1 ff.) bereits über drei Jahre und acht Monate alten – Gutachten verfassten medizinischen Berichte eine gesundheitliche Veränderung des Beschwerdeführers nicht ausgeschlossen werden konnte, kann für die Beurteilung auf dieses Gutachten auch nicht abgestellt werden. So hielt Dr. med. U.___, RAD, in seiner Stellungnahme vom 12. April 2017 (vgl. E. II. 6.8 hiervor) u.a. fest, aufgrund des Verlaufs innerhalb des letzten Jahres sei eine Verschlechterung durchaus möglich, wobei inzwischen die psychiatrische Problematik ganz deutlich im Vordergrund stehe. Dies bekräftigte er sodann in seiner Stellungnahme vom 25. August 2017 (vgl. E. II. 6.10 hiervor), indem er die Durchführung einer psychiatrischen Nach- resp. Verlaufsbegutachtung als indiziert erachtete und, da in zeitlicher Hinsicht auch der Verlauf aus somatischer Sicht unklar sei, auch eine somatische Begutachtung empfahl. An der erneuten polydisziplinären Begutachtung hielt Dr. med. U.___ auch in seiner Stellungnahme vom 16. Dezember 2017 (vgl. E. II. 6.11 hiervor) fest, indem er ausführte, der versicherungsmedizinische Sachverhalt sei unklar. Demzufolge handelte es sich bei der in Aussicht genommenen Neubegutachtung im Wesentlichen um eine Beurteilung des Verlaufs des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers nach dem 30. März 2016 (Gutachten der Gutachterstelle E.___). Es ist deshalb nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin am 29. August 2017 per E-Mail wiederum an die mit der Beurteilung des medizinischen Sachverhalts bereits betraute Gutachterstelle E.___ gelangte (IV-Nr. 210) und um eine Verlaufsbegutachtung durch dieselben Sachverständigenden bat. So sind Verlaufsgutachten von der Regel, wonach die Gutachterwahl bei polydisziplinären MEDAS-Begutachtungen grundsätzlich immer nach dem Zufallsprinzip zu erfolgen hat (BGE 138 V 271 E. 1.1 S. 274 f., 139 V 349 E. 5.2.1 S. 354, 140 V 507 E. 3.1 S. 510) ausgenommen. Die Gutachterstelle E.___ lehnte diesen Begutachtungsauftrag jedoch wegen einer gegen den Beschwerdeführer erstatteten Strafanzeige wegen Bedrohung ab (IV-Nr. 211 S. 1). Deshalb war die Beschwerdegegnerin gehalten, die durchzuführende polydisziplinäre Begutachtung via Zufallsprinzip gemäss Art. 72 bis Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV, SR 831.201) in Auftrag zu geben (IV-Nr. 217). Die zugeloste Gutachterstelle I.___ wurde sodann mit der polydisziplinären Begutachtung beauftragt (IV-Nrn. 222, 225). Das Vorgehen der Beschwerdegegnerin ist somit nicht zu beanstanden.

8. Es ist daher nachfolgend auf das Gutachten der Gutachterstelle I.___ vom 13. August 2018 (vgl. E. II. 6.13 hiervor) einzugehen: 8.1 Das polydisziplinäre Gutachten der Gutachterstelle I.___ beruht auf den vollständigen Vorakten, dem durch den Beschwerdeführer mitgebrachten Bericht von med. pract. Q.___ vom 26. Juni 2017 (IV-Nrn. 234.1 S. 2 ff., 234.6) sowie den spezialärztlichen Untersuchungen in den Disziplinen «Allgemeine Innere Medizin», «Rheumatologie», «Psychiatrie», und

«Pneumologie» (IV-Nrn. 234.1 S. 43 ff., 234.3 S. 10 f., 234.4 S. 12 f., 234.5 S. 6 f.). Weiter werden auch die durch Beizug eines Dolmetschers geklagten Beschwerden des Beschwerdeführers berücksichtigt und in die Beurteilung miteinbezogen. Das Gutachten beruht demnach auf vollständigen Grundlagen. Zudem sind die gutachterlichen Einschätzungen, welche von den Teilgutachterinnen und -gutachter aus somatischer Sicht getroffen wurden, nachvollziehbar und schlüssig. Somit ist die Beweiskraft der somatischen Teilgutachten grundsätzlich als gegeben zu erachten. In Bezug auf das psychiatrische Teilgutachten ist Folgendes festzuhalten: Es wird eine «rezidivierende depressive Störung, aktuell mittelschwere depressive Episode (ICD-10 F33.1)» als Diagnose mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit angegeben. Die gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung geforderte Indikatorenprüfung (BGE 141 V 281) fehlt im Gutachten und lässt sich anhand der darin gemachten Angaben auch nicht vornehmen. So lassen sich dem Gutachten einzig Ausführungen zu den «Ressourcen» und zur «Konsistenz» entnehmen (IV-Nr. 234.4 S. 18). Folglich erweist sich das psychiatrische Teilgutachten als nicht beweiswertig. Es kommt hinzu, dass der psychiatrische Experte Dr. med. X.___ zwar von einer «Besserung des psychischen Zustandes» seit Dezember 2011 ausgeht (vgl. IV-Nr. 234.4 S. 17), jedoch gleichzeitig eine 70%ige Arbeitsunfähigkeit ausweist, ohne sich mit diesem Widerspruch in irgendeiner Weise auseinanderzusetzen. Es fehlt in diesem Zusammenhang zudem eine Diskussion mit dem psychiatrischen Vorgutachten der Gutachterstelle E.___ vom 30. März 2016. 8.2 Es stellt sich folglich die Frage, ob der Beweiswert der grundsätzlich beweiswertigen somatischen Teilgutachten der Gutachterstelle I.___ durch die übrigen medizinischen Akten allenfalls geschmälert wird. 8.2.1 Die im Rahmen des internistischen Teilgutachtens durch Dr. med. W.___ gestellten Diagnosen (IV-Nr. 234.1 S. 46) werden durch die vorangehenden medizinischen Berichte bestätigt. So ist der vorliegenden Aktenlage bspw. übereinstimmend zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer unter einer «Adipositas» leidet (vgl. E. II. 6.1, 6.2, 6.4 ff., 6.13 f. hiervor). Gleiches gilt für die diagnostizierte «Hörminderung links», welche in den vorangehenden medizinischen Berichten ebenfalls bereits ausgewiesen wurde (vgl. E. II. 6.2, 6.5 f. hiervor). Auch die «Refluxerkrankung» wurde in den medizinischen Vorakten bereits diagnostiziert (vgl. E. II. 6.4, 6.6, 6.13 hiervor). Damit wird der Beweiswert des internistischen Teilgutachtens durch die zeitlich zuvor verfassten medizinischen Akten bekräftigt. 8.2.2 Die im Rahmen des rheumatologischen Teilgutachtens vom 3. Juni 2018 (IV-Nr. 234.3) durch den Beschwerdeführer gegenüber Dr. med. V.___ beklagten, brennenden, zentralen, hochlumbalen Rückenschmerzen, vergesellschaftet mit Schmerzen am Steissbein, immer vorliegend (S. 9), sind bereits in den früher verfassten medizinischen Akten dokumentiert. So hielt bereits Dr. med. P.___ im Bericht vom 7. Dezember 2009 (vgl. E. II. 6.1 hiervor) fest, der Beschwerdeführer beklage teilweise eher ventral in den rechten Oberschenkel ausstrahlende Rückenschmerzen. Im bidisziplinären Gutachten der Gutachterstelle D.___ vom 27. Juli 2012 (vgl. E. II. 6.5 hiervor) wurden ebenfalls, seit ungefähr sechs Jahre bestehende zunehmende Rückenschmerzen beschrieben, welche bildgebend indes nicht umfassend erklärt werden könnten. Im rheumatologischen Teilgutachten der Gutachterstelle E.___ beschrieb Dr. med. H.___ einen lokalen, punktuellen Schmerz in der Medianlinie im thorakolumbalen Übergang (IV-Nr. 173.1 S. 36). Die durch Dr. med. P.___ in diesem Zusammenhang festgestellte Fehlform der Wirbelsäule und die degenerativen Wirbelsäulenveränderungen (vgl. E. II. 6.1 hiervor) konnten durch im Gutachten der Gutachterstelle D.___ bestätigt werden, indem sowohl ein leichter Schulterhochstand links bei leichter S-förmiger thorakolumbaler Skoliose als auch eine Segmentdegeneration L4/5

mit Spondylarthrosen und Diskopathie erhoben und neu eine artikulär bedingte Einengung des Neuroforamnens links mit Tangierung der Nervenwurzel objektiviert werden konnten (IV-Nr. 89 S. 15). Auch Dr. med. H.___ beschrieb im rheumatologischen Teilgutachten der Gutachterstelle E.___ vom 30. März 2016 eine auffallende leichte Wirbelsäulenfehlform mit ausweichender Wirbelsäule nach rechtskonvex lumbal und leicht gegenkonvex nach links thorakal (IV-Nr. 173.1 S. 39). Gestützt auf die MR der HWS, BWS und LWS vom 3. Februar 2016 konnte indes eine relevante Einengung des Spinalkanals, des Recessus oder der Neuroforamen ausgeschlossen werden (IV-Nr. 173.1 S. 44). In diesem Sinn konnte auch Dr. med. V.___ / Gutachterstelle I.___ eine Hyperkyphose der oberen BWS mit Kopfrotation, Abflachung der mittleren-untern BWS und der LWS sowie plurisegmentale degenerative HWS-Veränderungen und degenerative Bandscheibenveränderungen mit Protrusion foraminal links L4/5 objektivieren (IV-Nr. 234.3 S. 10 i.V.m. E. II. 6.12 hiervor). Folglich ergeben sich in Bezug auf die durch den Beschwerdeführer beklagten Rückenschmerzen keine wesentlich voneinander abweichenden Beurteilungen der rheumatologischen Fachärzte. Dies wiederspiegelt sich auch in der diagnostischen Beurteilung. So wurde bereits durch Dr. med. P.___ ein «chronisch-rezidivierendes lumbovertebrales Schmerzsyndrom» (vgl. E. II. 6.1 hiervor) und im Gutachten der Gutachterstelle D.___ vom 27. Juli 2012 (vgl. E. II. 6.5 hiervor) ein «chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom» diagnostiziert. Damit wird die im Gutachten der Gutachterstelle I.___ vom 13. August 2018 (vgl. E. II. 6.12 hiervor) festgestellte Diagnose eines «chronischen lumbovertebralen bis lumbospondylogenen Syndroms rechtsseitig» gestützt. 8.2.3 Die im pneumologischen Teilgutachten der Gutachterstelle I.___ vom 12. Juni 2018 (IV-Nr. 234.5) mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizierte «chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD) GOLD II bei aktivem Nikotinkonsum» (S. 7), ist bereits dem Bericht von Dr. med. R.___ vom 20. Dezember 2011 (vgl. E. II. 6.4 hiervor) zu entnehmen und wird auch im Gutachten der Gutachterstelle D.___ vom 27. Juli 2012 (vgl. E. II. 6.5 hiervor) im Rahmen einer «COPD bei Nikotinabusus» als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ausgewiesen. Der seit Jahren bestehende Nikotinkonsum des Beschwerdeführers lässt sich gestützt auf die vorliegenden medizinischen Akten ebenfalls bestätigen (vgl. E. II. 6.1, 6.5 f., 6.13 hiervor). Es ergeben sich somit aus den medizinischen Vorakten keine den Beweiswert der neurologischen Begutachtung einschränkenden Beurteilungen oder Diagnosestellungen. 8.2.4 Folglich wird der Beweiswert des internistischen, rheumatologischen und pneumologischen Teilgutachtes der Gutachterstelle E.___ durch die zeitlich zuvor verfassten medizinischen Berichte nicht geschmälert. Da sich auch aus den nach dem Zeitpunkt des Gutachtens vom 13. August 2018 erstatteten medizinischen Berichten keine Anhaltspunkte ergeben, wonach der Beweiswert dieser Teilgutachten in Frage gestellt werden könnte, sind diese als voll beweiswertig zu qualifizieren. Es kann somit auch in Bezug auf die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers auf diese Teilgutachten abgestellt werden: Daher ist davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer aus somatischer Sicht sowohl in seiner angestammten Tätigkeit als auch in angepassten Tätigkeiten (ohne Ausführen von schweren Arbeiten und unter lufthygienisch einwandfreien Bedingungen sowie dem durch Dr. med. V.___ formulierten Arbeitsprofil [häufig Gewichte unter 5 kg bis zur Höhe der Hüften, sehr häufig zwischen 5 – 10 kg bis zur Höhe der Hüften, manchmal zwischen 10 – 15 kg bis zur Höhe der Hüften, selten Gewichte zwischen 15 – 25 kg bis zur Höhe der Hüften, nie Gewichte über 25 kg bis zur Höhe der Hüften aufheben und tragen; sehr häufig Gewichte unter 5 kg über Brusthöhe, selten Gewichte über 5 kg über Brusthöhe heben; sehr häufig

Präzisionswerkzeuge, häufig mittelgrosse Geräte, manchmal schwere Geräte, nie sehr schwere Geräte handhaben; die Handrotation ist normal; selten Überkopfarbeiten, manchmal Rumpfdrehungen ausführen; häufig eine sitzende, vornüber geneigte Haltung, manchmal eine stehende, vornüber geneigte Haltung einnehmen; manchmal eine kniende Haltung einnehmen, sehr häufig die Knie biegen; häufig eine länger andauernde sitzende Position, manchmal eine länger andauernde stehende Position einnehmen; sehr häufig bis 50 Meter, sehr häufig über 50 Meter, manchmal lange Strecken gehen; sehr häufig auf unebenem Terrain gehen; sehr häufig Treppen steigen; manchmal auf Leitern steigen, IV-Nr. 234.3 S. 14 f.]) zu 100 % arbeitsfähig ist. 9. Da das psychiatrische Teilgutachten von Dr. med. X.___ / Gutachterstelle I.___ – wie oben erläutert (vgl. E. II. 8.1 hiervor) – als nicht beweiswertig zu qualifizieren ist und somit nicht darauf abgestellt werden kann, war das Gericht gehalten, diese Abklärungslücke zu schliessen. Aus diesem Grund wurde bei Dr. med. J.___, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, ein psychiatrisches Gutachten veranlasst. Das Gutachten vom 19. März 2021 (A.S. 37 ff.) wird den allgemeinen rechtsprechungsgemässen Anforderungen gerecht. Es stammt von einem unabhängigen Facharzt, welcher den Beschwerdeführer eingehend untersucht und die Vorakten studiert hat. Zudem sind die Aussagen des Experten in allen Punkten schlüssig und nachvollziehbar, wie nachfolgend darzulegen ist: 9.1 Das psychiatrische Gutachten von Dr. med. J.___ vom 19. März 2021 (A.S. 37 ff.) basiert auf den vollständigen relevanten Vorakten und auf einer persönlichen Untersuchung durch den Gutachter. Auf dieser Basis nennt der Gutachter als Diagnose eine «chronifizierte depressive Störung mittelgradigen Ausmasses mit schwankendem Verlauf (ICD-10 F32.1)». Diese Diagnose begründet der Gutachter in einleuchtender Weise und seine Schlussfolgerungen vermögen insbesondere auch im Lichte der Vorakten zu überzeugen: So sei zusammenfassend eine im Vordergrund stehende depressive Störung anzunehmen. Aus heutiger Sicht sei anzunehmen, dass die depressive Störung seit Jahren persistiere und nie remittiert sei, auch wenn zwischenzeitlich teilweise die Meinung vertreten worden sei, dass eine Besserung eingetreten sei. Dies werde allerdings durch wiederholte Klinikaufenthalte widerlegt. Auch der behandelnde Psychiater sei der Meinung, dass eine dauerhafte depressive Störung bestehe. In diesem Sinne lasse sich nicht nachvollziehen, dass in der Vergangenheit pauschal von einer vollen Arbeitsfähigkeit ausgegangen und nicht zumindest zeitweise eine Einschränkung gesehen worden sei, obwohl entsprechende Beeinträchtigungen, wenn auch teilweise ungenügend, dokumentiert worden seien. Eine Remission habe nie stattgefunden, weswegen, angesichts Fehlens weiterer depressiven Episoden, die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung gar nicht gestellt werden könne. Es bestehe mittlerweile ein jahrelanger Verlauf, wobei Schwankungen in der Intensität aufgetreten seien. Demnach leuchtet auch die weitere Darlegung des psychiatrischen Gutachters ein, wonach aufgrund des jahrelangen Verlaufes und der ungenügenden Beeinflussung durch verschiedene therapeutische Massnahmen, sowohl ambulant wie auch stationär, von einem chronifizierten Zustand ausgegangen werden müsse. Der Explorand sei aufgrund dieser chronifizierten depressiven Störung, der sehr geringen Ressourcen und äusserst ungünstigen und passiven Bewältigungsstrategien als stark vermindert leistungsfähig einzustufen. Es sei anzunehmen, dass er Pausen einlegen müsse. Er reagiere auch bei zu starker Belastung mit emotionalen Durchbrüchen und sei dann nicht mehr in der Lage, adäquat zu kommunizieren, weswegen er Erholungsphasen benötige. Es könne ihm aber eine klar strukturierte Tätigkeit, zumindest in Teilzeit zugemutet werden, bei entsprechend wohlwollender Umgebung und stressfreier Tätigkeit ohne Übernahme von Verantwortung (A.S. 47). Gestützt auf die vorstehenden

nachvollziehbaren diagnostischen Schlussfolgerungen vermag sodann auch die gutachterliche Beurteilung der Arbeitsfähigkeit zu überzeugen. So führte der Gutachter diesbezüglich aus (A.S. 48), eine klar vorgegebene Arbeit, ohne Zeitdruck, die nicht komplex sei und nicht unter Zeitdruck ausgeübt werden müsse, sollte durchführbar sein. Dies betreffe auch die angestammte Tätigkeit. Aufgrund des erhöhten Erholungsbedarfs sei von einer 50%igen Einschränkung der Arbeitszeit auszugehen. Es sei aufgrund der depressiven Verlangsamung und anfälligen kognitiven Beeinträchtigung mit einer 10%igen Leistungseinschränkung, bezogen auf die 50%ige Arbeit, auszugehen. Eine zusätzliche Leistungssteigerung könne nicht erwartet werden, da sich die Störung bei jeder Tätigkeit auswirke. Zum Verlauf der gesundheitlichen Beeinträchtigung hielt der Gutachter Folgendes fest: Die depressive Störung bestehe sicher schon seit 2011, wobei seither Schwankungen aufgetreten seien. Es sei schwierig, den Grad dieser Schwankungen abzuschätzen. Zeitweise habe sich der Beschwerdeführer in einem schwergradig depressiven Zustand befunden, dann kurzzeitig allenfalls in leichtgradigem Zustand, doch hauptsächlich eher in mittelschwer depressivem Zustand. Es habe nicht eruiert werden können, inwieweit die Schwankungen von äusseren Faktoren abhängig gewesen seien. Es könne einzig vermutet werden, dass möglicherweise äussere Faktoren eine bestimmte Rolle spielen könnten, z.B. die Ablehnung einer gewünschten Berentung habe zu einer Verschlechterung geführt. Angesichts des heutigen Befundes bestehe allerdings eine komplette Gleichgültigkeit und Interesselosigkeit diesbezüglich, weswegen aufgrund des heutigen Zustandes, nicht einzig derartigen Einflüssen eine wesentliche Rolle zugeordnet werden könne. Es sei im Schnitt von einer mittelschweren depressiven Störung seit etwa 2011 auszugehen und entsprechend eine, wie oben beschriebene, Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Während den stationären Behandlungsmassnahmen habe jeweils eine volle Arbeitsunfähigkeit bestanden. Eine grundsätzliche und dauerhafte Änderung des Verlaufes könne nicht festgestellt werden. 9.2 Gemäss dem Urteil des Bundesgerichts 8C_841/2016 vom 30. November 2017 sind sämtliche psychische Erkrankungen einem strukturierten Beweisverfahren gemäss BGE 141 V 281 zu unterziehen, welches durch den psychiatrischen Gutachter bzw. die psychiatrische Gutachterin dementsprechend zu prüfen ist. Der Beweiswert der gutachterlichen Ausführungen im psychiatrischen Gutachten setzt also im Weiteren voraus, dass die im entsprechenden Entscheid aufgestellten Kriterien abgehandelt werden. Gemäss diesem Urteil soll der Gutachter stärker darauf achten, die Diagnosen so zu begründen, dass die Rechtsanwender nachvollziehen können, ob die klassifikatorischen Vorgaben nach ICD-10 tatsächlich eingehalten sind (E. 2.1); das Augenmerk ist namentlich auch auf Ausschlussgründe wie Aggravation zu richten (E. 2.2). Bei den psychosomatischen Beschwerdebildern – wie beispielsweise bei der somatoformen Schmerzstörung – besteht zudem keine Vermutung mehr, dass solche mit einer Willensanstrengung überwunden werden können, wovon nur abgewichen werden darf, wenn die sog. Förster-Kriterien erfüllt sind. Neu wird ein strukturierter, normativer Prüfungsraster angewandt (E. 3.6). Anhand eines Kataloges von Indikatoren erfolgt eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens (E. 4.1.3): 1) Kategorie «funktioneller Schweregrad» (E. 4.3) a) Komplex «Gesundheitsschädigung» (E. 4.3.1) – Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde (E. 4.3.1.1) – Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz (E. 4.3.1.2) – Komorbiditäten (E. 4.3.1.3) b) Komplex «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen; E. 4.3.2) c) Komplex

«Sozialer Kontext» (E. 4.3.3) 2) Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens; E. 4.4) – gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) – behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2) Bei der Anspruchsprüfung nach BGE 141 V 281 ist zunächst auf die «Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde» einzugehen. Diesbezüglich kann auf die gutachterlichen Ausführungen (vgl. E. II. 9.1 hiervor) verwiesen werden. Aus dem Gutachten geht hervor, dass bezüglich des Schweregrades eine etwa mittelschwere depressive Störung angenommen werden müsse. So habe der Explorand doch erhebliche Schwierigkeiten irgendwelche Aktivitäten fortzusetzen, doch er habe bisher keine wesentliche Unterstützung benötigt. Er verhalte sich aber passiv und habe jegliche Verantwortung abgegeben. Er lasse alles geschehen. Wie bereits im Vorfeld angenommen, müssten viele körperliche Beschwerden, wie Herzbeschwerden oder Bauchbeschwerden, auch anfällige Körperschmerzen im Rahmen einer Somatisierung oder somatoformen Überlagerung im Rahmen der depressiven Störung interpretiert werden (A.S. 46). Hinsichtlich des Indikators «Behandlungs- und Eingliederungserfolg resp. -resistenz» führte der Gutachter aus, nach Durchsicht der Unterlagen sei anzunehmen, dass die Therapiemassnahmen ausgeschöpft seien. Es bestehe ein chronifizierter Zustand, da der Beschwerdeführer nicht genügend auf die adäquaten Therapiemassnahmen anspreche, weswegen keine weiteren Vorschläge gemacht werden könnten, mit denen eine Besserung des Zustandes erhofft werden könne. Es bleibe die Möglichkeit, eine supportive Behandlung weiterzuführen und bei Bedarf allenfalls zu hospitalisieren. Dies ohne Hoffnung auf relevante Besserung und Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (A.S. 49). Mit Blick auf den Indikator der «Komorbiditäten» ist zu prüfen, ob und bejahendenfalls inwieweit sich diese ressourcenhemmend auf die versicherte Person auswirken. Erforderlich ist eine Gesamtbetrachtung der Wechselwirkungen und sonstigen Bezüge der psychiatrischen Diagnosen zu sämtlichen begleitenden krankheitswertigen Störungen. Das strukturierte Beweisverfahren, wie es in BGE 141 V 281 definiert wurde, steht einer Aufteilung von Einbussen auf einzelne Leiden entgegen, da es auf einer ergebnisoffenen Gesamtbetrachtung in Berücksichtigung der Wechselwirkungen basiert. Gemäss BGE 143 V 318 ist E. 4.3.1.3 von BGE 141 V 281 so zu verstehen, dass Störungen unabhängig von ihrer Diagnose bereits dann als rechtlich bedeutsame Komorbidität in Betracht fallen, wenn ihnen im konkreten Fall ressourcenhemmende Wirkung beizumessen ist. Im Gutachten wird festgehalten, es sei aufgrund der zur Verfügung stehenden Akten anzunehmen, dass der psychische Zustand im Vordergrund stehe. Dies decke sich auch mit den heutigen Untersuchungsbefunden, wobei der Explorand primär auf körperliche Beschwerden hinweise, doch im Wesentlichen kristallisiere sich die psychische Problematik als Hauptproblematik heraus. Es falle auf, dass der Beschwerdeführer in körperlicher Hinsicht kaum beeinträchtigt sei. Er gebe zwar an, unter Schmerzen zu leiden, unternehme allerdings keine Therapiemassnahmen in diese Richtung, benütze auch keine Schmerzmittel. Die Körperbeschwerden könnten zum Grossteil aus somatischer Sicht erklärt werden. Es fänden sich keine Hinweise, dass eine psychosoziale Situation oder psychischer Zustand einen wesentlichen Einfluss auf die Schmerzentwicklung hätten oder ursächlich diese Schmerzentwicklung erklären würden, weswegen auch die Diagnose einer «somatoformen Schmerzstörung» nicht gestellt werden könne. Eine mögliche Schmerzstörung mit körperlichen und psychischen Faktoren könne in Betracht gezogen werden, wobei diese noch schwierig zu unterscheiden sei, bei affektiven Störungen aber immer eine somatoforme Überlagerung angenommen werden könne. Es werde deshalb heute ebenfalls

darauf verzichtet, eine Schmerzstörung anzunehmen, da die affektive Problematik eine wesentliche Rolle spiele. Folglich ist nicht von Komorbiditäten auszugehen (A.S. 45). Bezüglich der «Persönlichkeit» könne erwähnt werden, dass der Explorand sehr einfach strukturiert sei, massive Bildungsdefizite aufweise und die hiesige Sprache nicht spreche, was darauf hinweise, dass er Integrationsschwierigkeiten habe und nicht sehr flexibel sein dürfte. Er habe sich nicht genügend an die hiesigen Verhältnisse adaptieren können. Es sei auch anzunehmen, dass kulturspezifische Verarbeitungsmechanismen eine Rolle spielten. Auch die zu beobachtende Passivität, indem sich der Explorand umsorgen lasse und jede Verantwortung abgegeben habe, müsse im kulturspezifischen Kontext gesehen werden. Die Kinder würden die Verantwortung für die Eltern übernehmen und sich um die Eltern kümmern. Derartige Umstände könnten bei der Beurteilung nicht berücksichtigt werden, da sie als invaliditätsfremd eingestuft werden müssten und nicht einer gesundheitlichen Behinderung entsprechen würden (A.S. 47). Innerhalb der Kategorie «funktioneller Schweregrad» bestimmt ferner der Komplex «Sozialer Kontext» mit darüber, wie sich die (kausal allein massgeblichen) Auswirkungen der Gesundheitsbeeinträchtigung konkret manifestieren. Dazu ist zweierlei festzuhalten: Soweit soziale Belastungen direkt negative funktionelle Folgen zeitigen, bleiben sie nach wie vor ausgeklammert (vgl. BGE 127 V 294 E. 5a S. 299 f.). Anderseits hält der Lebenskontext einer versicherten Person auch (mobilisierbare) Ressourcen bereit, so die Unterstützung, die ihr im sozialen Netzwerk zuteil wird. Immer ist sicherzustellen, dass gesundheitlich bedingte Erwerbsunfähigkeit zum einen (Art. 4 Abs. 1 IVG) und nicht versicherte Erwerbslosigkeit oder andere belastende Lebenslagen zum andern nicht ineinander aufgehen; alles andere widerspräche der klaren gesetzgeberischen Regelungsabsicht (BGE 141 V 281 E. 4.3.3 S. 303). Diesbezüglich hält der psychiatrische Gutachter fest, der Beschwerdeführer wirke bezüglich der Persönlichkeit in der heutigen Untersuchung nicht sehr auffällig, insbesondere nicht übertrieben. Es habe sich keine Tendenz gezeigt, die Beschwerden überdeutlich und nicht nachvollziehbar darzustellen, eher müsse er aus der Reserve gelockt werden, oder es müsse dauernd nachgefragt werden, weil es ihm schwerfalle, seinen Zustand zu beschreiben. In den Unterlagen werde wiederholt auf histrionische Persönlichkeitszüge hingewiesen, die allerdings aufgrund der heutigen Untersuchung nicht ohne Weiteres hätten bestätigt werden können. Akzentuierte Persönlichkeitszüge seien in der Regel nicht ausschlaggebend, um eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründen zu können. Sie könnten sich allerdings ungünstig auf einen psychischen Zustand auswirken, insbesondere die Verarbeitung erschweren. Aufgrund der zur Verfügung stehenden Angaben sei aber aus heutiger Sicht nicht anzunehmen, dass allfällige Persönlichkeitszüge einen entscheidenden Einfluss hätten, in der Vergangenheit möglicherweise allerdings den Eindruck hinterlassen hätten, dass der Explorand seine Beschwerden zu stark verdeutliche und daher im Ausmass als nicht derart gravierend eingestuft worden seien. Der Indikator einer gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen der Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens) zielt auf die Frage ab, ob die diskutierte Einschränkung in Beruf und Erwerb (bzw. bei Nichterwerbstätigen im Aufgabenbereich) einerseits und in den sonstigen Lebensbereichen (beispielsweise Freizeitgestaltung) anderseits gleichermassen ausgeprägt ist (BGE 141 V 281 E. 4.4.1 S. 303 f.). Wie im Gutachten ausgeführt, falle auf, dass die Stimmung abgeflacht wirke, der Beschwerdeführer stimmungsmässig nicht spürbar sei, keine Freude oder keine Reaktion zeige, auch freudlos wirke und einen kompletten Interesseverlust angebe. Er empfinde nicht einmal Freude, wenn er über die Enkel sprechen könne, er meine einzig, dass er sie gesehen habe. Es fehle ihm an Antrieb, er verhalte sich

passiv, aktiviere sich kaum, mit Ausnahme von einigen kleineren Spaziergängen, er lege sich auch wiederholt hin (A.S. 46). Der in die gleiche Kategorie («Konsistenz») fallende Aspekt des «behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesenen Leidensdrucks» betrifft die Frage nach der Inanspruchnahme von therapeutischen Optionen. Das Ausmass, in welchem Behandlungen wahrgenommen oder eben vernachlässigt werden, weist (ergänzend zum Gesichtspunkt Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz [vgl. E. 4.1.2 hiervor]) im Regelfall auf den tatsächlichen Leidensdruck hin (BGE 141 V 281 E. 4.4.2 S. 304). Diesbezüglich kann auf das vorgehend in der Kategorie «Behandlungs- und Eingliederungserfolg resp. -resistenz» Gesagte verwiesen werden. So hat sich der Beschwerdeführer in den vergangenen Jahren häufig in stationäre Therapien begeben. Auch wenn diese mehrfach nicht erfolgreich abgeschlossen werden konnten, ist dennoch von einem grossen Leidensdruck auszugehen. 9.3 Zusammenfassend gibt das psychiatrische Gutachten von Dr. med. J.___ genügend Aufschluss über die massgeblichen Indikatoren, die gemäss der bundesgerichtlichen Rechtsprechung zu berücksichtigen sind. Insgesamt erweisen sich die darin postulierten funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten psychischen Beeinträchtigungen damit als erstellt. Unter diesen Umständen vermag die durch den Gutachter attestierte 50%ige Arbeitszeit mit einer 10%igen Leistungseinschränkung – folglich eine Arbeitsunfähigkeit von 55 % – zu überzeugen. Diese bestehe seit 2011. Während den stationären Behandlungsmassnahmen habe indes jeweils eine volle Arbeitsunfähigkeit bestanden. 10. Die Anmeldung des Beschwerdeführers ging bei der Beschwerdegegnerin am 14. Januar 2010 (IV-Nr. 2) ein. Der früheste Beginn eines allfälligen Rentenanspruchs im Sinne von Art. 29 Abs. 1 und 3 IVG fällt somit auf den 1. Juli 2010. Das Wartejahr gemäss Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG ist zu diesem Zeitpunkt allerdings noch nicht verstrichen gewesen, da die Arbeitsunfähigkeit erst 2011 (wohl am 1. Januar 2011) eingetreten ist. Somit fällt der frühestmögliche Rentenbeginn auf den 1. Januar 2012. Während den stationären Behandlungen in der L.___ bestand stets eine volle Arbeitsunfähigkeit und damit grundsätzlich ein Anspruch auf eine ganze Rente. Dies trifft jedoch unter Berücksichtigung der Dreimonatsfrist gemäss Art. 88a IVV auf keine der in den vorliegenden Akten dokumentierten stationären Aufenthalte in der L.___ zu. Denn keiner der nach dem 1. Januar 2012 erfolgten Aufenthalte dauerte drei Monate. Folglich ist von einer seit dem 1. Januar 2012 bestehenden 55%igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen. 11. Nachfolgend ist der Einkommensvergleich vorzunehmen (vgl. E. II. 2.2 hiervor). 11.1 Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns (vgl. BGE 129 V 222 mit Hinweis) – hier: ab Januar 2012 – nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdienen würde und nicht, was sie bestenfalls verdienen könnte. Die Ermittlung des Valideneinkommens muss so konkret wie möglich erfolgen. Da die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden erfahrungsgemäss fortgesetzt worden wäre, ist in der Regel vom letzten Lohn auszugehen, der vor Eintritt der Gesundheitsschädigung erzielt wurde (zum Ganzen: Urteil des Bundesgerichts 9C_266/2008 vom 28. August 2008 E. 3.1). 11.1.1 Fehlen aussagekräftige konkrete Anhaltspunkte im Hinblick auf den letzten vor Eintritt der Gesundheitsschädigung erzielten Lohn, ist auf Erfahrungs- und Durchschnittswerte zurückzugreifen. In den Durchschnittswerten der LSE schlägt sich nieder, was eine Person mit gleichen beruflichen Voraussetzungen wie die Versicherte verdienen könnte. Auf sie darf jedoch im Rahmen der Invaliditätsbemessung nur unter Mitberücksichtigung der für die Entlöhnung im Einzelfall relevanten persönlichen und beruflichen Faktoren abgestellt werden (Urteile des

Bundesgerichts 8C_664/2007 vom 14. April 2008 E. 6.2 m.H., 9C_266/2008 vom 28. August 2008 E. 3.2.2; AHI 1999 S. 240 f. [I 377/98]). 11.1.2 Gemäss den vorliegenden Akten (IV-Nrn. 2 S. 5, 9 S. 1, 11, 89 S. 8, 43, 173.1 S. 26, 234.1 S. 32 f., 234.4 S. 14, Protokolleinträge vom 26. Februar 2010 und 4. Mai 2010) wurde der Beschwerdeführer in der [...] geboren und besuchte dort fünf Jahre die Primarschule und drei Jahre die Oberstufe, wobei er ein Jahr wiederholen musste. Die Schule brach er wegen ungenügenden Leistungen im 7. Schuljahr ab. Er absolvierte keine Ausbildung. Nach der Militärzeit zog er mit 24 Jahren in die Schweiz, wo er in verschiedenen Bereichen (Küchenhelfer, Maschinenführer in einer Textilfabrik, Betriebsmitarbeiter) beschäftigt war. So war er für circa vier Jahre als Tellerwäscher bei der Firma Y.___ tätig. Zuletzt arbeitete er vom 1. März 1990 bis zum 31. März 2010 in einem Arbeitspensum von 100 % bei der Firma B.___ als Betriebsmitarbeiter, wo er v.a. in der Fertigung von Maschinen (Fertigungsinsel Greiferkopf) beschäftigt war. Dieses Arbeitsverhältnis wurde aus wirtschaftlichen Gründen durch die Arbeitgeberin per 31. Dezember 2009 aufgelöst (Massenentlassung). Da der Beschwerdeführer seit November 2009 wegen Rückenproblemen krankgeschrieben war, verlängerte sich die Kündigungsfrist bis am 31. Juli 2010. Die am 15. März 2010 und 30. August 2010 durch die Beschwerdegegnerin übernommenen Belastbarkeitstrainings in der Firma Z.___ scheiterten schmerzbedingt jeweils bereits am zweiten Tag (IV-Nr. 43). 11.1.3 Da dem ungelernten Beschwerdeführer, der über Jahre hinweg verschiedene berufliche Tätigkeiten ausgeübt hatte und dem die letzte unbefristete und über 20 Jahre innegehabten Arbeitsstelle als Betriebsmitarbeiter bei der Firma B.___ aus wirtschaftlichen Gründen per Ende 2009 gekündigt worden war, ist mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt, dass er die Arbeit bei der Firma B.___ auch im Gesundheitsfall nicht weiter ausgeübt hätte. Es ist daher für die Bestimmung des Valideneinkommens auf Tabellenlöhne abzustellen. Wie bereits oben ausgeführt (vgl. E. II.

hiervor), ist davon auszugehen, dass es dem Beschwerdeführer ab 2011 möglich ist, sowohl eine adaptierte Tätigkeit als auch seine angestammte Tätigkeit in einem Arbeitspensum von 45 % auszuüben. Deshalb muss das Invalideneinkommen ebenfalls aufgrund der Tabellenlöhne gemäss der vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) festgesetzt werden.

11.1.4 Sind Validen- und Invalideneinkommen ausgehend vom selben Tabellenlohn zu berechnen, entspricht der Invaliditätsgrad dem Grad der Arbeitsunfähigkeit unter Berücksichtigung eines allfälligen Abzugs vom Tabellenlohn (sogenannter Prozentvergleich; Urteil des Bundesgerichts 8C_730/2020 vom 2. Februar 2021 E. 3.1 m.w.H.). Hinsichtlich der Bestimmung des Validen- und Invalideneinkommens bestehen vorliegend keine Anhaltspunkte, die ein Abstellen auf unterschiedliche Tabellenlöhne rechtfertigen. Der Invaliditätsgrad ist somit anhand eines Prozentvergleichs vorzunehmen.

11.1.5 Zu beurteilen bleibt die Frage, ob und in welcher Höhe den behinderungs-bedingten Lohnnachteilen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt durch einen Abzug vom Tabellenlohn Rechnung zu tragen ist.

Wird das Invalideneinkommen ■ wie hier der Fall ■ auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert (Tabellenlohn) allenfalls zu kürzen. Damit soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass persönliche und berufliche Merkmale, wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre,

Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können (BGE 124 V 321 E. 3b/aa S. 323) und je nach Ausprägung die versicherte Person deswegen die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten kann (BGE 126 V 75 E. 5b/aa in fine S. 80; Urteil des Bundesgerichts 8C_190/2019 vom 12. Februar 2020 E. 4.1). Der Abzug ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemässem Ermessen gesamthaft zu schätzen. Er darf 25 % nicht übersteigen (BGE 126 V 75 E. 5b/bb-cc S. 80). Nach der Rechtsprechung ist insbesondere dann ein Abzug zu gewähren, wenn eine versicherte Person selbst im Rahmen körperlich leichter Hilfsarbeitertätigkeit in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist (BGE 126 V 75 E. 5a/bb S. 78).

Unter dem Titel Beschäftigungsgrad im Besonderen wird bei Männern, welche gesundheitlich bedingt lediglich noch teilzeitlich erwerbstätig sein können, unter Umständen ein Abzug anerkannt, soweit statistisch gesehen Teilzeitarbeit vergleichsweise weniger gut entlöhnt wird als eine Vollzeittätigkeit (LSE Tabelle T18 und Urteil des Bundesgerichts 9C_10/2019 vom 29. April 2019 E. 5.2). Dem Beschwerdeführer wurde vorliegend eine 50%ige Arbeitszeit mit einer 10%igen Leistungseinschränkung attestiert (vgl. E. II. 9.3 hiervor). D.h., es ist ihm zuzumuten, im Rahmen eines 50%igen Pensums zu arbeiten, wobei die erbrachte Leistung um 10% reduziert ist. Damit ist von einer teilzeitlichen Arbeit im Umfang von 50% auszugehen.

Gemäss den statistischen Werten für das Jahr 2012 verdienen Männer ohne Kaderfunktion mit einem Teilzeitpensum von 50 % ■ 74 % (CHF 6'080.00) gerundet lediglich 0.1 % weniger als Vollzeiterwerbstätige (CHF 6'088.00). Somit ist das Arbeitspensum von 50 % kein Grund für einen Abzug. Auch das Alter des Beschwerdeführers von 55 Jahren zur Zeit des Einkommensvergleichs (1. Januar 2012, Art. 28 Abs. 2 IVG) gebietet keinen Abzug, da es die Möglichkeit, das Lohnniveau gesunder Hilfskräfte in diesem Arbeitssegment zu erreichen, erfahrungsgemäss nicht zusätzlich schmälert (vgl. LSE 2004 TA9 S. 65). So lag in diesem Zeitpunkt noch eine knapp 10jährige berufliche Aktivitätsdauer vor dem Beschwerdeführer, weshalb sich das Alter nicht auf die Lohnhöhe auswirken dürfte. Denn Hilfsarbeiten werden auf dem massgeblichen hypothetischen Arbeitsmarkt (Art. 16 ATSG) grundsätzlich altersunabhängig nachgefragt (Urteil des Bundesgerichts 8C_219/2019 vom 30. September 2019 E. 5.3 mit Hinweisen). Auch hinsichtlich der Nationalität gebietet sich kein Abzug, da der Beschwerdeführer über die Niederlassungsbewilligung C verfügt (IV-Nrn. 3 S. 1, 245 S. 2) und somit im Kompetenzniveau 1 nicht schlechter entlöhnt wird als Schweizer und Ausländer zusammen. Aufgrund der vorliegenden Akten ist beim Beschwerdeführer zwar von schlechten Kenntnissen der deutschen Sprache auszugehen, welche jedoch nicht geeignet sind, einen leidensbedingten Abzug zu begründen. Denn Hilfsarbeitertätigkeiten erfordern keine guten Kenntnisse der deutschen Sprache (Urteil des Bundesgerichts 9C_695/2018 vom 13. März 2019 E. 5.3 mit weiteren Hinweisen). Damit rechtfertigt sich kein Abzug vom Tabellenlohn

Dem Vorbringen des Beschwerdeführers, wonach er aufgrund seines diskriminierten Gehörs und der lungenärztlich geforderten lufthygienisch einwandfreien Umgebung nicht mehr im industriellen Bereich tätig sein könne und daher ein Abzug vom Tabellenlohn im Dienstleistungssektor von mindestens 15 % herangezogen werden müsse (A.S. 14), kann nicht gefolgt werden. So wurde zum einen im Gutachten der Gutachterstelle I.___ vom 13. August 2018 nachvollziehbar und schlüssig dargelegt, dass die Diagnose «Taubheit

links, wahrscheinlich seit der Kindheit» keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hat (vgl. E. II. 6.13 hiervor). Zum anderen stellten die Gutachter explizit fest, dass der Beschwerdeführer u.a. lufthygienisch einwandfreie Bedingungen benötige, was bei der «alten Arbeit» bereits der Fall gewesen sei (IV-Nr. 234.2 S. 11 Mitte). Somit ist dem Beschwerdeführer die zuletzt ausgeübte berufliche Tätigkeit bei der Firma B.___ und somit eine Tätigkeit im industriellen Bereich auch weiterhin zumutbar.

11.2 Beim Beschwerdeführer besteht somit ein Invaliditätsgrad von 55 %, der ab 1. Januar 2012 zum Bezug einer halben Rente berechtigt (vgl. E. II. 2.1 hiervor).

12. Nachfolgend ist auf das Vorbringen des Beschwerdeführers einzugehen, wonach die Beschwerdegegnerin die Rechtsfrage, ob er angesichts seines fortgeschrittenen Alters von im Verfügungszeitpunkt über 62 Jahren nach allgemeiner Lebenserfahrung in einem als ausgeglichen unterstellten Arbeitsmarkt noch als vermittelbar gelte und die ihm verbliebene Leistungsfähigkeit erwerblich verwerten könne, nicht geklärt habe (vgl. E. II. 4.2 hiervor).

12.1 Für die Invaliditätsbemessung ist nicht massgeblich, ob eine invalide Person unter den konkreten Arbeitsmarktverhältnissen vermittelt werden kann, sondern einzig, ob sie die ihr verbliebene Arbeitskraft noch wirtschaftlich nutzen könnte, wenn ein Gleichgewicht von Angebot und Nachfrage nach Arbeitskräften bestünde (ausgeglichener Arbeitsmarkt, Art. 16 ATSG). Beim ausgeglichenen Arbeitsmarkt handelt es sich um eine theoretische Grösse, so dass nicht leichthin angenommen werden kann, die verbliebene Leistungsfähigkeit sei unverwertbar (Urteile des Bundesgerichts 9C_15/2020 vom 10. Dezember 2020 E. 6.1 mit Hinweis). Unverwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit ist anzunehmen, wenn die zumutbare Tätigkeit in nur so eingeschränkter Form möglich ist, dass sie der ausgeglichene Arbeitsmarkt praktisch nicht kennt oder sie nur unter nicht realistischem Entgegenkommen eines durchschnittlichen Arbeitgebers möglich wäre und das Finden einer entsprechenden Stelle daher zum Vornherein als ausgeschlossen erscheint (Urteil des Bundesgerichts 8C_416/2020 vom 2. Dezember 2020 E. 4 mit weiteren Hinweisen). Fehlt es an einer wirtschaftlich verwertbaren Resterwerbsfähigkeit, liegt eine vollständige Erwerbsunfähigkeit vor, die einen Anspruch auf eine ganze Invalidenrente begründet (BGE 138 V 457 E. 3.1 S. 460 mit weiteren Hinweisen).

12.2 Die Rechtsprechung anerkennt, dass das (vorgerückte) Alter zusammen mit weiteren persönlichen und beruflichen Gegebenheiten dazu führen kann, dass die einer versicherten Person verbliebene Resterwerbsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt realistischerweise nicht mehr nachgefragt wird. Massgebend sind die Umstände des konkreten Falles, etwa die Art und Beschaffenheit des Gesundheitsschadens und seiner Folgen, der absehbare Umstellungs- und Einarbeitungsaufwand und in diesem Zusammenhang auch Persönlichkeitsstruktur, vorhandene Begabungen und Fertigkeiten, Ausbildung, beruflicher Werdegang oder Anwendbarkeit von Berufserfahrung aus dem angestammten Bereich. Für den Zeitpunkt, in welchem die Frage nach der Verwertbarkeit der (Rest-) Arbeitsfähigkeit bei vorgerücktem Alter beantwortet wird, ist auf das Feststehen der medizinischen Zumutbarkeit einer (Teil-) Erwerbstätigkeit abzustellen (BGE 145 V 2 E. 5.3.1 S. 16, 138 V 457 E. 3 S. 459 ff.; Urteil des Bundesgerichts 9C_702/2020, 9C_703/2020 vom 1. Februar 2021 E. 3.3 mit Hinweis).

12.3 Die Möglichkeit, die verbliebene Arbeitsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu verwerten, hängt nicht zuletzt davon ab, welcher Zeitraum der versicherten Person für eine berufliche Tätigkeit und vor allem auch für einen allfälligen Berufswechsel

noch zur Verfügung steht. Der Beschwerdeführer ist im März 1957 geboren. Für die Frage, ob die festgestellte Arbeitsfähigkeit bei vorgerücktem Alter noch verwertbar sei, ist derjenige Zeitpunkt massgebend, zu dem die medizinische Zumutbarkeit einer (Teil-)Erwerbsfähigkeit feststeht. Dies ist der Fall, sobald die medizinischen Unterlagen diesbezüglich eine zuverlässige Sachverhaltsfeststellung erlauben. Muss wegen bestehender Unklarheiten ein medizinisches Gutachten eingeholt werden, ist in aller Regel massgebend, wann das Gutachten erstattet wird (BGE 138 V 457 E. 3.3 und 3.4 S. 461 f.). Dies gilt auch dann, wenn ein Gerichtsgutachten eingeholt werden muss, weil der medizinische Sachverhalt zuvor nicht rechtsgenüglich geklärt war (Urteil des Bundesgerichts 9C_456/2014 vom 19. Dezember 2014 E. 3.1.2 und 3.2). Als der durch das Gericht beauftragte Gutachter Dr. med. J.___ sein Gutachten am 19. März 2021 erstattete, war der Beschwerdeführer 64 Jahre alt und wies somit eine verbleibende Aktivitätsdauer von einem Jahr auf.

12.4 In einer neueren Publikation wurde die jüngere Praxis zur Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit in fortgeschrittenem Alter analysiert, und dies mit dem folgenden Ergebnis (Thomas Gächter / Philipp Egli / Michael Meier / Martina Filippo: Grundprobleme der Invaliditätsbemessung in der Invalidenversicherung, Rechtsgutachten zuhanden der Coop Rechtsschutz AG, Zürich/Winterthur 2021 [abrufbar unter www.wesym.ch; nachfolgend: Gächter et.al.], S. 45 N 154 f.). Eine mögliche Relevanz wird dem Kriterium «fortgeschrittenes Alter» bei Männern ab dem 61. Altersjahr zuerkannt. Als allein ausschlaggebendes Kriterium wird das Alter aber erst ab dem Alter 64 anerkannt. Wenn die verbleibende Erwerbsdauer nur noch einige Monate beträgt, wird die Verwertbarkeit einzig aufgrund des Alters definitiv verneint. Bei Männern über 60 Jahre geht die Rechtsprechung dann von einer Unverwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit aus, wenn sie nur noch zwei bis drei Jahre Aktivitätszeit vor sich haben, ihre Arbeitsfähigkeit im bisherigen Tätigkeitsbereich ■ stark eingeschränkt ist, ein grosser Umschulungs- oder Einarbeitungsaufwand anfallen würde und kaum mit einer gewissen Anpassungsfähigkeit gerechnet werden darf. Im Altersspektrum von 60 ■ 64 Jahren bedarf es somit (mehrerer) zusätzlich qualifizierender Elemente, damit eine Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit verneint wird.

12.5 Vor diesem Hintergrund ist die Verwertbarkeit der gutachterlich ermittelten Arbeitsfähigkeit beim Beschwerdeführer wie folgt zu beurteilen:

12.5.1 Da dem Beschwerdeführer nebst einer adaptierten auch die bisherige Tätigkeit als Betriebsmitarbeiter ■ die er während 20 Jahren ausübte ■ nach wie vor zumutbar ist, wäre eine berufliche Umstellung nicht erforderlich. Dem Beschwerdeführer sind diese Tätigkeiten jedoch nur noch zu einem reduzierten Arbeitspensum von 50 % zumutbar und er würde angesichts der Tatsache, dass er seit ungefähr November 2009 nicht mehr gearbeitet hat, eine Einarbeitung und Angewöhnung benötigen. Der Beschwerdeführer kann sich zudem weder in deutscher Sprache verständigen noch verfügt er über eine berufliche Ausbildung. Aufgrund der psychiatrischen Expertise ergibt sich zudem ein in der Persönlichkeitsstruktur des Beschwerdeführers liegendes Konfliktpotenzial. So reagiere der Beschwerdeführer bei zu starker Belastung mit emotionalen Durchbrüchen und sei dann nicht mehr in der Lage, adäquat zu kommunizieren (A.S. 47). Die mit der formulierten Arbeitsfähigkeit einhergehenden rheumatologischen und psychischen Einschränkungen begründen im Quervergleich mit anderen Fällen ebenfalls eine gewisse Erschwerung. In Verbindung mit der Berufsbiographie des Beschwerdeführers, seiner

Persönlichkeitsstruktur und der geringen verbleibenden Aktivitätsdauer von einem Jahr, muss davon ausgegangen werden, dass sich die verbleibende Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nicht mehr verwerten lässt. Eine Anstellung wäre nach allgemeiner Lebenserfahrung nur unter nicht realistischem Entgegenkommen eines durchschnittlichen Arbeitgebers möglich.

12.5.2 Zusammenfassend ist im vorliegenden Fall von einer nicht mehr verwertbaren gutachterlich ermittelten Arbeitsfähigkeit auszugehen. Demzufolge rechtfertigt es sich, dem Beschwerdeführer ab dem Zeitpunkt des Gutachtens von Dr. med. J.___ vom 19. März 2021 resp. ab dem 1. März 2021 eine ganze Invalidenrente zuzusprechen.

13. Somit steht dem Beschwerdeführer seit dem 1. Januar 2012 eine halbe Rente und seit dem 1. März 2021 eine ganze IV-Rente zu. Die Beschwerde ist somit gutzuheissen und die angefochtene Verfügung in dem Sinne aufzuheben. Auf die Durchführung einer ■ wie vom Beschwerdeführer beantragt ■ öffentlichen Verhandlung gemäss Art. 6 Ziff. 1 EMRK (vgl. E. I. 4 Ziff. 3 hiervor) kann unter diesen Umständen verzichtet werden (BGE 136 I 279 S. 280 E. 1 mit Hinweis).

14. Der obsiegende Beschwerdeführer hat Anspruch auf eineParteientschädigung. Diese bemisst sich ohne Rücksicht auf den Streitwert nach dem zu beurteilenden Sachverhalt sowie der Schwierigkeit des Prozesses und ist in einer Pauschalsumme festzusetzen (Art. 61 lit. g ATSG).

14.1Der anwaltliche Stundenansatz bewegt sich in einem Rahmen von CHF 230.00 bis 330.00 (§ 161 i.V.m. § 160 Abs. 2 Kantonaler Gebührentarif [GT, BGS 615.11], in der ab 1. Januar 2018 geltenden Fassung). Im vorliegenden Fall präsentierte Rechtsanwalt Claude Wyssmann mit Eingabe vom 25. März 2020 eine Honorarvereinbarung mit dem Beschwerdeführer vom 10. Januar 2012, in welcher ein Stundenansatz von CHF 240.00 vereinbart wurde (A.S. 27).

14.2Rechtsanwalt Claude Wyssmann macht in seinen Honorarnoten vom 25. März 2020 (A.S. 25 f.) und 21. April 2021 (A.S. 55 f.) ein Honorar von insgesamt CHF 5'108.20 (CHF 2'166.60 + CHF 2'941.60) à CHF 240.00 nebst Auslagen und Mehrwertsteuer geltend. Der Aufwand von total 20.76 Stunden kann mit Blick auf die Weiterungen durch das Gerichtsgutachten als angemessen gelten. Was die Auslagen von total CHF 125.80 (CHF 42.60 + CHF 83.20) anbelangt, so sind die insgesamt sieben Kopien (26 + 49) pro Stück nur mit CHF 0.50 zu vergüten (§ 160 Abs. 5 GT) und nicht mit CHF 1.00, wie in der Kostennote geltend gemacht. Die Auslagen reduzieren sich so um CHF 37.50 auf CHF 89.30. Mit der Mehrwertsteuer von 7,7 % resultiert eine Parteientschädigung von CHF 5'597.70.Diese ist durch die Beschwerdegegnerin zu bezahlen.

15.Das Gerichtsgutachten wurde erforderlich, weil die angefochtene Verfügung vom 16. Dezember 2019 teilweise auf nicht beweiskräftigen medizinischen Grundlagen basierte. Dementsprechend sind die Kosten des Gutachtens von Dr. med. J.___ vom 19. März 2021 in der Höhe von CHF 5'500.00 der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen (vgl. BGE 143 V 269, 139 V 396).

16. 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. Nach

dem Ausgang des vorliegenden Verfahrens hat die IV-Stelle die gesamten Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen. Folglich ist dem Beschwerdeführer der geleistete Kostenvorschuss von CHF 1'000.00 zurückzuerstatten.

Demnach wirderkannt:

Rechtsmittel

Gegen diesen Entscheid kanninnert 30 Tagenseit der Mitteilung beim BundesgerichtBeschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiteneingereicht 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 Die Gerichtsschreiberin

Weber-Probst Küng

Der vorliegende Entscheid wurde vom Bundesgericht mit Urteil 9C_492/2021 vom 23. August 2022 bestätigt.

E. 15

Das Gerichtsgutachten wurde erforderlich, weil die angefochtene Verfügung vom 16. Dezember 2019 teilweise auf nicht beweiskräftigen medizinischen Grundlagen basierte. Dementsprechend sind die Kosten des Gutachtens von Dr. med. J.___ vom 19. März 2021 in der Höhe von CHF 5'500.00 der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen (vgl. BGE 143 V 269, 139 V 396). 16. Aufgrund von Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 – 1'000.00 festgelegt. Nach dem Ausgang des vorliegenden Verfahrens hat die IV-Stelle die gesamten Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen. Folglich ist dem Beschwerdeführer der geleistete Kostenvorschuss von CHF 1'000.00 zurückzuerstatten.

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