

SO_GERICHTE VSBES.2016.225 vom 11. Juli 2016

SO Obergericht, 2016-07-11, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2016.225

FR: SO_GERICHTE VSBES.2016.225 du 11 juillet 2016

IT: SO_GERICHTE VSBES.2016.225 del 11 luglio 2016

Erwägungen

E. 2

Eventualiter: Das Verfahren sei zur Durchführung der erforderlichen Abklärungen und Gewährung von Eingliederungsmassnahmen und zum neuen Entscheid an die Vorinstanz zurückzuweisen.

E. 2.2

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu 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 (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen, Art. 16 Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG, SR 830.1]). 2.3 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. Dagegen stellt die bloss unterschiedliche Beurteilung der Auswirkungen eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Gesundheitszustands auf die Arbeitsfähigkeit für sich allein genommen keinen Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG dar (Urteil des Bundesgerichts 9C_1025/2008 vom 19. Januar 2009 E. 1.1 mit Hinweisen). Für das Vorliegen einer erheblichen Sachverhaltsänderung genügt es nicht, dass der bereits bekannte, im Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenverfügung gegebene Sachverhalt anders bewertet wird und daraus andere Schlussfolgerungen gezogen werden als im früheren Verwaltungs- und/oder Beschwerdeverfahren. Vielmehr bedarf es neuer Elemente tatsächlicher Natur, die nach der ursprünglichen Rentenverfügung eingetreten und zu dem damals gegebenen Sachverhalt hinzugekommen sind oder diesen verändert haben. Die revisionsweise Anpassung setzt Tatsachenänderungen im massgeblichen Vergleichszeitraum voraus; eine einfache Neubeurteilung nach besserem Wissen ist nicht zulässig (Urteil des Bundesgerichts 8C_294/2010 vom 30. August 2010 E. 3.1 mit Hinweisen). 3. 3.1 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 132 V 99

f. E. 4, 125 V 261 E. 4). 3.2 Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352). 3.3 Den im

Verwaltungsverfahren eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 1.3.4 S. 227, 135 V 465 E. 4.4 S. 470, BGE 125 V 351 E. 3b/bb S. 353).

E. 3

3.1 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 132 V 99 f. E. 4, 125 V 261 E. 4).

3.2 Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

3.3 Den im Verwaltungsverfahren eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E.

1.3.4 S. 227, 135 V 465 E. 4.4 S. 470, BGE 125 V 351 E. 3b/bb S. 353).

4. Gemäss den Ausführungen des Beschwerdeführers liege im vorliegenden Fall kein Revisionsgrund vor. Wenn man das damalige massgebliche Gutachten der D.____ mit dem Gutachten von Dr. med. C.____ vergleiche, werde immer noch der gleiche Sachverhalt geschildert. Zu berücksichtigen sei, dass bereits damals in erster Linie die psychiatrischen Diagnosen zur Rentenzusprache geführt hätten. Dr. med. C.____ führe sogar aus, dass sich die Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit nicht verändert habe. Er bestätige, dass aus seiner Sicht seit 1999 weder aufgrund der Akten noch aufgrund der Angaben der versicherten Person mit überwiegender Wahrscheinlichkeit von einer Arbeitsunfähigkeit von 20 % oder mehr im Fall der versicherten Person ausgegangen werden könne. Der Gesundheitszustand habe sich dementsprechend nicht rentenrelevant verändert. Die von Herrn Dr. med. C.____ erwähnte Verbesserung des Gesundheitszustandes sei offensichtlich nicht rentenrelevant. Der Gesundheitszustand bzw. der Sachverhalt werde immer noch gleich geschildert wie im ursprünglichen Gutachten des D.____, welches zur Rentenzusprache geführt habe, jedoch werde durch Herrn Dr. med. C.____ eine andere Einschätzung der Arbeitsfähigkeit gemacht. Dies lasse sich auch aus der oben erwähnten Bemerkung im Gutachten von Herrn Dr. med. C.____ schliessen, dass seit 1999 nicht von einer Arbeitsunfähigkeit von 20 % oder mehr ausgegangen werden könne. Auch für das Gutachten von Dr. med. B.____ gelte, dass keine Verbesserung des Gesundheitszustandes daraus hervorgehe. Es müsste eine wesentliche Verbesserung des Gesundheitszustandes, welche rentenrelevant wäre, vorliegen. Eine solche sei dem Gutachten entgegen den Ausführungen der Beschwerdegegnerin nicht zu entnehmen. Dr. med. E.____ der F.____ teile ebenfalls die Auffassung, dass eine Neubegutachtung vorgenommen werden müsste. Im Weiteren seien die Gutachten nicht verwertbar. Offenbar sei auch die Beschwerdegegnerin mehrmals zum Schluss gekommen, dass die Gutachten den Anforderungen nicht genügten, so dass immer wieder ergänzende Anfragen und Gutachten hätten gemacht werden müssen. Es sei dann nicht zulässig, wiederum die gleichen bereits mit der Materie vorbefassten Gutachter zu befragen. Es sei ja nicht zu erwarten, dass diese von der einmal gefassten Meinung abweichen würden. Es liege ein Flickwerk an Gutachten vor, welches keine verlässliche Beurteilung zulasse. Im Weiteren genügten die gemachten Gutachten der neuen Rechtsprechung gemäss BGE 141 V 281 nicht. Es sei in keiner Art und Weise eine einzelfallgerechte Abklärung vorgenommen worden. Die notwendigen Indikatoren seien nicht geprüft worden. Sodann habe die Beschwerdegegnerin den Anspruch des Beschwerdeführers auf Eingliederungsmassnahmen zu Unrecht abgewiesen. Die Beschwerdegegnerin verneine aufgrund einer angeblichen fehlenden Motivation des Beschwerdeführers den Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen. Dafür beziehe sie sich auf eine Aussage, welche der Beschwerdeführer angeblich anlässlich des Revisionsgesprächs im März 2011 gemacht habe. Dem Protokoll sei jedoch nur zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer gesagt habe, er habe jeden Tag im Kopf, die Arbeit wieder aufzunehmen. Er habe auch gesagt, dass er einen Arbeitsversuch machen würde. Nach den darauffolgenden Abklärungen habe die Beschwerdegegnerin die Frage eines Arbeitsversuches und die Möglichkeit der Eingliederung nie mehr aufgegriffen. Entgegen den Ausführungen der Beschwerdegegnerin in der Verfügung dürfe nicht von einer fehlenden Motivation ausgegangen werden, bzw. hätte ein Mahn- und Bedenkzeitverfahren durchgeführt werden müssen. Die Berechnung des IV-Grades sei ebenfalls nicht korrekt. Insbesondere sei nicht nachvollziehbar, warum kein leidensbedingter Abzug vorgenommen worden sei.

In seiner abschliessenden Stellungnahme bringt der Beschwerdeführer schliesslich vor, ihm sei vor dem Hintergrund der damaligen Rechtspraxis im Rahmen einer vertretbaren Beurteilung der Anspruchsvoraussetzungen eine Rente zu gesprochen. Ein grober Fehler der Verwaltung liege mit Sicherheit nicht vor und es liege auch keine zweifellose Unrichtigkeit des damaligen Entscheides vor. Es seien sogar im Vergleich zu anderen Entscheiden der Invalidenversicherung zur damaligen Zeit umfassende Abklärungen mit einem umfassenden Gutachten und einer beruflichen Abklärung vorgenommen worden. Es mache den Anschein, dass über den Umweg der Wiedererwägung die Renteneinstellung bestätigt werden solle. Dass der Gutachter Dr. med. C. ___ heute bestätige, dass sich der Gesundheitszustand nicht verändert habe, führe gerade dazu, dass heute die Rente nicht revisionsweise aufgehoben werden könne. Eine rentenrelevante Verbesserung des Gesundheitszustandes liege nicht vor. Die Aussagen von Dr. med. C. ___ dürften jedoch auch nicht zur Annahme führen, dass damals der Entscheid zweifellos unrichtig gewesen sei. Man habe es mit einer bloss anderen Beurteilung des Sachverhalts zu tun. Zusätzlich meine der Gutachter Dr. med. C. ___ offenbar, dass er einen Zeitraum, welcher mehr als 10 Jahre zurückliege, besser beurteilen könne, als die damals von der IV-Stelle beauftragten Gutachter. Auf solche Aussagen könne nicht abgestellt werden. Eine Wiedererwägung sei im vorliegenden Fall nicht zulässig.

E. 4

Gemäss den Ausführungen des Beschwerdeführers liege im vorliegenden Fall kein Revisionsgrund vor. Wenn man das damalige massgebliche Gutachten der D. ___ mit dem Gutachten von Dr. med. C. ___ vergleiche, werde immer noch der gleiche Sachverhalt geschildert. Zu berücksichtigen sei, dass bereits damals in erster Linie die psychiatrischen Diagnosen zur Rentenzusprache geführt hätten. Dr. med. C. ___ führe sogar aus, dass sich die Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit nicht verändert habe. Er bestätige, dass aus seiner Sicht seit 1999 weder aufgrund der Akten noch aufgrund der Angaben der versicherten Person mit überwiegender Wahrscheinlichkeit von einer Arbeitsunfähigkeit von 20 % oder mehr im Fall der versicherten Person ausgegangen werden könne. Der Gesundheitszustand habe sich dementsprechend nicht rentenrelevant verändert. Die von Herrn Dr. med. C. ___ erwähnte Verbesserung des Gesundheitszustandes sei offensichtlich nicht rentenrelevant. Der Gesundheitszustand bzw. der Sachverhalt werde immer noch gleich geschildert wie im ursprünglichen Gutachten des D. ___, welches zur Rentenzusprache geführt habe, jedoch werde durch Herrn Dr. med. C. ___ eine andere Einschätzung der Arbeitsfähigkeit gemacht. Dies lasse sich auch aus der oben erwähnten Bemerkung im Gutachten von Herrn Dr. med. C. ___ schliessen, dass seit 1999 nicht von einer Arbeitsunfähigkeit von 20 % oder mehr ausgegangen werden könne. Auch für das Gutachten von Dr. med. B. ___ gelte, dass keine Verbesserung des Gesundheitszustandes daraus hervorgehe. Es müsste eine wesentliche Verbesserung des Gesundheitszustandes, welche rentenrelevant wäre, vorliegen. Eine solche sei dem Gutachten entgegen den Ausführungen der Beschwerdegegnerin nicht zu entnehmen. Dr. med. E. ___ der F. ___ teile ebenfalls die Auffassung, dass eine Neubegutachtung vorgenommen werden müsste. Im Weiteren seien die Gutachten nicht verwertbar. Offenbar sei auch die Beschwerdegegnerin mehrmals zum Schluss gekommen, dass die Gutachten den Anforderungen nicht genügten, so dass immer wieder ergänzende Anfragen und Gutachten hätten gemacht werden müssen. Es sei dann nicht zulässig, wiederum die gleichen bereits mit der Materie vorbefassten Gutachter zu befragen. Es sei ja nicht zu erwarten, dass diese von der einmal gefassten Meinung abweichen würden. Es liege ein Flickwerk an Gutachten vor, welches keine verlässliche Beurteilung zulasse. Im

Weiteren genügten die gemachten Gutachten der neuen Rechtsprechung gemäss BGE 141 V 281 nicht. Es sei in keiner Art und Weise eine einzelfallgerechte Abklärung vorgenommen worden. Die notwendigen Indikatoren seien nicht geprüft worden. Sodann habe die Beschwerdegegnerin den Anspruch des Beschwerdeführers auf Eingliederungsmassnahmen zu Unrecht abgewiesen. Die Beschwerdegegnerin verneine aufgrund einer angeblichen fehlenden Motivation des Beschwerdeführers den Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen. Dafür beziehe sie sich auf eine Aussage, welche der Beschwerdeführer angeblich anlässlich des Revisionsgesprächs im März 2011 gemacht habe. Dem Protokoll sei jedoch nur zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer gesagt habe, er habe jeden Tag im Kopf, die Arbeit wieder aufzunehmen. Er habe auch gesagt, dass er einen Arbeitsversuch machen würde. Nach den darauffolgenden Abklärungen habe die Beschwerdegegnerin die Frage eines Arbeitsversuches und die Möglichkeit der Eingliederung nie mehr aufgegriffen. Entgegen den Ausführungen der Beschwerdegegnerin in der Verfügung dürfe nicht von einer fehlenden Motivation ausgegangen werden, bzw. hätte ein Mahn- und Bedenkzeitverfahren durchgeführt werden müssen. Die Berechnung des IV-Grades sei ebenfalls nicht korrekt. Insbesondere sei nicht nachvollziehbar, warum kein leidensbedingter Abzug vorgenommen worden sei. In seiner abschliessenden Stellungnahme bringt der Beschwerdeführer schliesslich vor, ihm sei vor dem Hintergrund der damaligen Rechtspraxis im Rahmen einer vertretbaren Beurteilung der Anspruchsvoraussetzungen eine Rente zu gesprochen. Ein grober Fehler der Verwaltung liege mit Sicherheit nicht vor und es liege auch keine zweifellose Unrichtigkeit des damaligen Entscheides vor. Es seien sogar im Vergleich zu anderen Entscheiden der Invalidenversicherung zur damaligen Zeit umfassende Abklärungen mit einem umfassenden Gutachten und einer beruflichen Abklärung vorgenommen worden. Es mache den Anschein, dass über den Umweg der Wiedererwägung die Renteneinstellung bestätigt werden solle. Dass der Gutachter Dr. med. C.____ heute bestätige, dass sich der Gesundheitszustand nicht verändert habe, führe gerade dazu, dass heute die Rente nicht revisionsweise aufgehoben werden könne. Eine rentenrelevante Verbesserung des Gesundheitszustandes liege nicht vor. Die Aussagen von Dr. med. C.____ dürften jedoch auch nicht zur Annahme führen, dass damals der Entscheid zweifellos unrichtig gewesen sei. Man habe es mit einer bloss anderen Beurteilung des Sachverhalts zu tun. Zusätzlich meine der Gutachter Dr. med. C.____ offenbar, dass er einen Zeitraum, welcher mehr als 10 Jahre zurückliege, besser beurteilen könne, als die damals von der IV-Stelle beauftragten Gutachter. Auf solche Aussagen könne nicht abgestellt werden. Eine Wiedererwägung sei im vorliegenden Fall nicht zulässig. Demgegenüber vertritt die Beschwerdegegnerin die Ansicht, der Entscheid stütze sich im Wesentlichen auf das rheumatologische Gutachten von Dr. med. B.____ vom 25. Juni 2011. Darin werde an mehreren Stellen ausdrücklich eine Verbesserung des Gesundheitszustandes im Vergleich zum Jahr 2001 (Gutachten des D.____) beschrieben (vgl. 5, 9, 10, 12). Dr. med. B.____ habe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit mehr erkennen können. Diese Änderung sei geeignet, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen, womit ein Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 ATSG vorliege. Sodann verliere nach BGE 141 V 281 ein gemäss altem Verfahrensstandard eingeholtes Gutachten nicht per se seinen Beweiswert. Es sei vielmehr im Rahmen einer gesamthaften Prüfung des Einzelfalls zu entscheiden, ob ein abschliessendes Abstellen auf die vorhandenen Beweisgrundlagen vor Bundesrecht standhalte (BGE 141 V 281 E. 8 mit Hinweis auf BGE 137 V 210 E. 6). Vor diesem Hintergrund habe der Rechtsdienst der Beschwerdegegnerin die Situation geprüft und sei

zum Schluss gekommen, dass sich das Gutachten von Dr. med. C. ___ auch im Lichte von BGE 141 V 281 als voll beweismässig erweise. Des Weiteren setze der Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen Eingliederungswillen bzw. eine subjektive Eingliederungsfähigkeit voraus; fehle es daran, so entfalle der Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen, ohne dass zunächst ein Mahn- und Bedenkzeitverfahren durchgeführt werden müsste (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_231/2015 vom 7. September 2015 E. 4.2). Anlässlich des Revisionsgespräches auf der IV-Stelle vom 29. März 2011 habe der Beschwerdeführer kein Interesse an Massnahmen zur beruflichen Wiedereingliederung gezeigt und keine entsprechende Motivation erkennen lassen. Zudem habe er auch im Rahmen der psychiatrischen Begutachtung 2015 wiederholt, dass er «zu 100 Prozent arbeitsunfähig» sei. Damit sei es rechtsprechungsgemäss zulässig, die Invalidenrente ohne vorgängige Durchführung von Eingliederungsmassnahmen aufzuheben. Schliesslich sei der verlangte Abzug vom Invalideneinkommen nicht gerechtfertigt. Soweit nämlich geltend gemacht werde, dass der Beschwerdeführer eine spürbar geringere Leistung erbringen würde als ein Gesunder, sei zu beachten, dass sich diese Tatsache bereits in der Beurteilung der medizinischen Arbeitsfähigkeit niedergeschlagen habe. Ein zusätzlicher leidensbedingter Abzug würde zu einer doppelten Anrechnung desselben Gesichtspunktes führen und sei deshalb unzulässig (Urteil des Bundesgerichts 8C_530/2010 vom 24. Januar 2011 E. 4.2, mit Hinweisen). Ein Abzug aufgrund der Nationalität des Beschwerdeführers sei - angesichts der Tatsache, dass die statistischen Löhne auf Grund der Einkommen der schweizerischen und der ausländischen Wohnbevölkerung erfasst würden - ebenfalls nicht angebracht (AHI 2002, 5. 70).

E. 5

5.1 Streitig und zu prüfen ist demnach, ob die Beschwerdegegnerin mit der Verfügung vom 11. Juli 2016 zu Recht die Aufhebung der dem Beschwerdeführer mit Mitteilung und Beschluss vom 5. September 2002 per 1. Dezember 1999 zugesprochenen ganzen Invalidenrente beschlossen hat. Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich bei einer Rentenrevision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG (BGE 105 V 29 S. 30) durch Vergleich des Sachverhalts, wie er im Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenverfügung vom 5. September 2002 bestanden hat, mit demjenigen zur Zeit der streitigen Ablehnungsverfügung vom 11. Juli 2016 (Urteil des ehemaligen Eidg. Versicherungsgerichts I 783/05 vom 18. April 2006 E. 1; BGE 130 V 71 E. 3.1 S. 73, mit Hinweisen; AHI 1999 S. 84 E. 1b; Urteil des Bundesgerichts 8C_819/2013 vom 4. Februar 2014 E. 2).

5.2 Wie unter Ziff. I. 7. vorgehend festgehalten, hat der Präsident des Versicherungsgerichts den Parteien mit Verfügung vom 7. September 2017 (A.S. 35) mitgeteilt, das Gericht behalte sich vor, die Angelegenheit auch unter dem Blickwinkel einer Wiedererwägung (im Sinne einer substituierten Begründung für die Rentenaufhebung) zu prüfen. Die diesbezügliche Rechtsprechung lautet dahingehend, dass falls eine Rentenrevision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG ausscheide, hiernach das Gericht eine zu Unrecht ergangene Revisionsverfügung gegebenenfalls mit der substituierten Begründung schützen könne, dass die ursprüngliche Rentenverfügung zweifellos unrichtig sei (BGE 125 V 369 E. 2 mit Hinweisen, 110 V 296 E. 3c). Vorliegend kann jedoch auf einen revisionsweisen Sachverhaltsvergleich verzichtet werden, da die ursprüngliche Rentenverfügung bzw. Mitteilung vom 5. September 2002 ■ wie nachfolgend darzulegen ist ■ zweifellos unrichtig und ihre Berichtigung von erheblicher Bedeutung ist, also die

Voraussetzungen einer Wiedererwägung gegeben sind.

E. 5.1

Streitig und zu prüfen ist demnach, ob die Beschwerdegegnerin mit der Verfügung vom 11. Juli 2016 zu Recht die Aufhebung der dem Beschwerdeführer mit Mitteilung und Beschluss vom 5. September 2002 per 1. Dezember 1999 zugesprochenen ganzen Invalidenrente beschlossen hat. Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich bei einer Rentenrevision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG (BGE 105 V 29 S. 30) durch Vergleich des Sachverhalts, wie er im Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenverfügung vom 5. September 2002 bestanden hat, mit demjenigen zur Zeit der streitigen Ablehnungsverfügung vom 11. Juli 2016 (Urteil des ehemaligen Eidg. Versicherungsgerichts I 783/05 vom 18. April 2006 E. 1; BGE 130 V 71 E. 3.1 S. 73, mit Hinweisen; AHI 1999 S. 84 E. 1b; Urteil des Bundesgerichts 8C_819/2013 vom 4. Februar 2014 E. 2). 5.2 Wie unter Ziff. I. 7. vorgehend festgehalten, hat der Präsident des Versicherungsgerichts den Parteien mit Verfügung vom 7. September 2017 (A.S. 35) mitgeteilt, das Gericht behalte sich vor, die Angelegenheit auch unter dem Blickwinkel einer Wiedererwägung (im Sinne einer substituierten Begründung für die Rentenaufhebung) zu prüfen. Die diesbezügliche Rechtsprechung lautet dahingehend, dass falls eine Rentenrevision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG ausscheide, hiernach das Gericht eine zu Unrecht ergangene Revisionsverfügung gegebenenfalls mit der substituierten Begründung schützen könne, dass die ursprüngliche Rentenverfügung zweifellos unrichtig sei (BGE 125 V 369 E. 2 mit Hinweisen, 110 V 296 E. 3c). Vorliegend kann jedoch auf einen revisionsweisen Sachverhaltsvergleich verzichtet werden, da die ursprüngliche Rentenverfügung bzw. Mitteilung vom 5. September 2002 – wie nachfolgend darzulegen ist – zweifellos unrichtig und ihre Berichtigung von erheblicher Bedeutung ist, also die Voraussetzungen einer Wiedererwägung gegeben sind.

E. 6

6.1 Damit einer Verfügung die Bindungswirkung abgesprochen werden kann, ist in analoger Anwendung gemäss Art. 53 Abs. 2 ATSG vorausgesetzt, dass die formell rechtskräftige Verfügung von Anfang an zweifellos unrichtig und ihre Berichtigung von erheblicher Bedeutung ist. Bei periodischen Leistungen wie Invalidenrenten ist die Erheblichkeit auch bei geringfügigen Korrekturen zu bejahen (vgl. BGE 119 V 480 E. 1c, 117 V 20 E. 2c bb). Zweifellos ist die Unrichtigkeit, wenn kein vernünftiger Zweifel daran möglich ist, dass die Verfügung unrichtig war. Es ist nur ein einziger Schluss ■ derjenige auf die Unrichtigkeit der Verfügung ■ möglich (BGE 125 V 383 E. 6a S. 393; Urteil des EVG U 378/05 vom 10. Mai 2006, E. 5.2 und 5.3, publ. in: SVR 2006 UV Nr. 17 S. 62 f. und Urteil des EVG C 29/04 vom 24. Januar 2005, E. 3.1.1, publ. in: SVR 2005 Arbeitslosenversicherung Nr. 8 S. 27, ferner etwa Urteil des EVG I 912/05 vom 5. Dezember 2006, E. 3.2, je mit Hinweisen). Das Erfordernis der zweifellosen Unrichtigkeit ist in der Regel erfüllt, wenn die gesetzeswidrige Leistungszusprechung aufgrund falscher oder unzutreffender Rechtsregeln erfolgte oder wenn massgebliche Bestimmungen nicht oder unrichtig angewandt wurden (BGE 103 V 126 E. 2a S. 128; Urteil des EVG C 151/94 vom 30. Mai 1995, E. 3c, publ. in: ARV 1996/97 Nr. 28 S. 158). Anders verhält es sich, wenn der Wiedererwägungsgrund im Bereich materieller Anspruchsvoraussetzungen liegt, deren Beurteilung in Bezug auf gewisse Schritte und Elemente (z.B. Invaliditätsbemessung, Einschätzungen der Arbeitsunfähigkeit, Beweiswürdigungen, Zumutbarkeitsfragen) notwendigerweise Ermessenszüge aufweist.

Erscheint die Beurteilung solcher Anspruchsvoraussetzungen (einschliesslich ihrer Teilaspekte wie etwa die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit) vor dem Hintergrund der Sach- und Rechtslage, wie sie sich im Zeitpunkt der rechtskräftigen Leistungszusprechung darbot, als vertretbar, scheidet die Annahme zweifelloser Unrichtigkeit aus (Urteile des Bundesgerichts 1 907/06 vom 7. Mai 2007, E. 3.2.1 mit Hinweisen, 9C_215/2007 vom 2. Juli 2007, E. 3.2 mit Hinweisen, und 9C_845/2009 vom 10. Februar 2010, E. 3.2 mit Hinweisen). Zweifelloser Unrichtigkeit der ursprünglichen Rentenverfügung kann jedoch auch bei unrichtiger Feststellung im Sinne der Würdigung des Sachverhalts gegeben sein. Darunter fällt insbesondere eine unvollständige Sachverhaltsabklärung aufgrund einer klaren Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes (vgl. Art. 43 Abs. 1 ATSG und Art. 61 lit. c ATSG). Eine auf keiner nachvollziehbaren ärztlichen Einschätzung der massgeblichen Arbeitsfähigkeit beruhende Invaliditätsbemessung ist nicht rechtskonform und die entsprechende Verfügung zweifellos unrichtig im wiedererwägungsrechtlichen Sinne (Urteile des Bundesgerichts 9C_1014/2008 vom 14. April 2009, E. 3.2.2, und 9C_562/2008 vom 3. November 2008 E. 6.2.1 je mit Hinweisen).

6.2 Der Rentenmitteilung vom 5. September 2002 lag im Wesentlichen folgender medizinischer Sachverhalt zugrunde:

6.2.1 Im Bericht von Dr. med. G.____, Spezialarzt FMH für Innere Medizin speziell Rheumaerkrankungen, vom 23. Juni 1997 (IV-Nr. 9, S. 13) wurden folgende Diagnosen gestellt:

Chronisch-rezidivierendes lumbospondylogenes Syndrom links bei/mit

Bei den beim Beschwerdeführer seit Februar 1997 bestehenden Kreuz-Bein-Beschwerden links handle es sich aufgrund der Anamnese sowie der Klinik um ein chronisch-rezidivierendes lumbospondylogenes Syndrom links, teilweise statischer und teilweise überlastungsbedingter Genese. Das Hauptproblem bestehe beim Beschwerdeführer in einer mässiggradigen, kombinierten Fehlform und Fehllhaltung der BWS (rechtskonvexe Skoliose sowie fixierte Hyperkyphose panthorakal), kombiniert mit einer damit korrespondierenden, signifikanten und mechanisch ungünstigen Fehllhaltung der LWS (rechtskonvexe Skoliose sowie Hyperlordose panlumbal und lumbosakral). Als Ausdruck der durch die mechanisch ungünstige, lumbale und lumbosakrale Hyperlordose unphysiologischen Belastungsverhältnisse tieflumbal und lumbosakral weise der Patient aufgrund eines positiven Reklinations- und Facetten-Testes Überlastungszeichen von Seiten der lumbalen Facettengelenke im Sinne eines lumbalen Facetten-Syndromes auf. Zusätzlich bestehe aufgrund vereinzelt positiver ISG-Tests links ein sekundäres, funktionell-spondylogenes ISG-Syndrom links. Im Rahmen des spondylogenen Reflex-Syndromes sei es bei einer muskulären Dysbalance der LBH-Muskulatur auch zur Ausbildung eines mässiggradig ausgeprägten miofaszialen Überlastungssyndroms von Seiten der beckennahen Muskulatur links gekommen. Die chronische Überlastung infolge der belastenden, weil oftmals stereotypisierenden Arbeitstätigkeit als Staplerfahrer habe der Manifestation der Beschwerden unzweifelhaft Vorschub geleistet. Aus rheumatologischer Sicht sei der Beschwerdeführer 100 % arbeitsfähig.

6.2.2 Im Bericht der H.____ betreffend MRT LWS vom 28. Dezember 1998 (IV-Nr. 9, S. 12) wurde als Beurteilung festgehalten: «Diskopathie L4/L5, jedoch ohne fokale Diskusprotrusion oder Diskushernie. Übrige Etagen und Conus medullaris unauffällig.»

6.2.3 Im Bericht des I.____ vom 19. Februar 1999 (IV-Nr. 9, S. 9) wurden eine Alkoholabhängigkeit sowie ein lumbovertebrales Schmerzsyndrom bei Diskopathie L4/L5 ohne fokale Diskusprotrusion oder Diskushernie diagnostiziert. Die Selbstzuweisung sei wegen der Alkoholentzugssymptomatik erfolgt. Der Patient berichte, vor zwei Tagen wegen chronischen Rückenschmerzen beim Hausarzt eine Spritze erhalten zu haben. Danach habe er einen vorbestehenden Alkoholkonsum von ca. 1 Flasche Wein, 3 - 4 Flaschen Bier sowie zusätzlich mehreren Schnäpsen pro Tag sistiert. Am darauf folgenden Tag habe er nicht mehr einschlafen können, sei zittrig geworden und innerlich unruhig. Übelkeit oder Erbrechen seien nicht aufgetreten. Er betreibe seit ca. 15 Jahren einen erheblichen Alkoholkonsum, wiederholt seien Filmrisse aufgetreten. Dreimal sei ihm der Fahrausweis entzogen worden wegen Alkohol am Steuer.

6.2.4 In dem von der Beschwerdegegnerin veranlassten polydisziplinären Gutachten des D.____ vom 22. Mai 2001 (IV-Nr. 17) wurden folgende Diagnosen gestellt:

Mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit

Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit

Zur Beurteilung hielten die Gutachter fest, im somatischen Bereich habe man das bekannte chronische Lumbovertebralsyndrom bestätigt. Dieses beruhe auf einer Fehlhaltung der LWS, auf einer Störung des lumbosacralen Überganges und auf einer leichten Discopathie L4/5 ohne im MRT sichtbarer Kompromittierung der neurologischen Strukturen. Auf Grund dieses Lumbovertebralsyndroms seien dem Versicherten keine körperlich schweren Arbeiten zumutbar. Im weiteren somatischen Bereich habe man keine Krankheiten festgestellt, welche die Arbeitsfähigkeit des Versicherten einschränken würden. Der lange Alkoholabusus habe bis heute zu keinen Komplikationen geführt, Hinweise für Neuropathie oder Hepatopathie habe man nicht finden können. Seit über 15 Monaten sei der Explorand heute abstinent, die Laborwerte würden vom Hausarzt zweimal pro Monat kontrolliert und seien bis heute immer normal ausgefallen. Im psychiatrischen Bereich hätten die Gutachter einerseits die Diagnose einer dissoziativen Störung gestellt: Der Versicherte klage über Schmerzen im Bereiche des Bewegungsapparates, welche einem organischen Korrelat nicht oder nur beschränkt zugewiesen werden könnten. Weiter klage der Versicherte über Gefühlsstörungen, für welche keine klare Ursache ergründbar sei. Das Schmerzerleben stehe für den Versicherten derzeit im Vordergrund, es handle sich also um eine dissoziative Störung im Sinne einer somatoformen Schmerzstörung. Weiter bestehe beim Versicherten ein Aethylismus chronicus, welcher nach seinen eigenen subjektiven Angaben wie auch nach den Laborparametern, welche man vom Hausarzt erhalten habe, derzeit stabil sei. Der Versicherte sei seit 1 ½ Jahren mit einer einzigen Ausnahme abstinent. Drittens bestehe ein Status nach Meningitis als Jugendlicher, welcher - wie die neuropsychologischen Untersuchungen wie auch die klinische Exploration gezeigt hätten - keine bleibenden Folgen beim Versicherten hinterlassen habe. Der Versicherte zeige kindlich-unreife Persönlichkeitszüge, welche einerseits mit dem konversiven Leiden korrespondierten, andererseits dieses wohl auch begünstigt hätten. Insgesamt bestehe aus psychiatrischer Sicht ein doch als recht schwer einzustufendes Leiden, welches als Konsequenz für den Versicherten einerseits eine zunehmende Befindlichkeitsstörung im Sinne der beginnenden depressiven Dekompensation zeige, andererseits den Versicherten auch durch das chronische Schmerzsyndrom hindere. Immerhin sei darauf hinzuweisen, dass die vom Versicherten geklagten kognitiven Störungen nicht hätten objektiviert werden können, die Depressivität des Versicherten derzeit (noch) nicht als mittelschwer oder gar schwer

einestufen sei und er in der Bewältigung anderer Konflikte (unerfüllter Kinderwunsch) auch eine sthenische, beharrliche Seite zeige. Der Versicherte habe also durchaus noch Ressourcen, er sei durch das neurotische Leiden an sich wenig behindert, erst die sich aus der Dekompensation respektive Fehlverarbeitung, ergebende Symptomatologie führe zur Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Gesamthaft schätzten die Gutachter die Arbeitsfähigkeit des Versicherten in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Stapelfahrer beziehungsweise Lagerist als nicht mehr als gegeben ein, hier betrage die Arbeitsfähigkeit unter einem Drittel. Aus rein somatischen Gründen könne der Versicherte eine dem Rücken adaptierte Tätigkeit vollumfänglich ausführen, jedoch interferiere hier auch wieder das psychiatrische Leiden des Versicherten. Die Gutachter seien jedoch der Ansicht, dass dem Versicherten eine teilweise Überwindung seines psychiatrischen Leidens zumutbar sei, so dass seine gesamte Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit auf 50 % einzuschätzen sei. Diese Arbeitsfähigkeit könnte sich möglicherweise dann verbessern, wenn der Versicherte sich einer intensiven Psychotherapie unterziehen würde.

6.2.5 Im Abschlussbericht vom 5. Juli 2002 betreffend berufliche Eingliederung (Protokoll der IV-Stelle, S. 4) wurde ausgeführt, der Beschwerdeführer habe ein Arbeitstraining und eine Arbeitsabklärung in der J. ___ in [...] absolviert. Dieser Aufenthalt habe nun leider frühzeitig abgebrochen werden müssen, da der Versicherte die Ziele, die man ausgehandelt habe, nicht habe erreichen können. Die Leistung, welche er habe erbringen können, habe 20 % - 30 % betragen bei einer Anwesenheit von nur 2,5 Stunden. Laut D. ___-Gutachten seien dem Versicherten aber Tätigkeiten, bei welchen er keine schweren Lasten heben, nicht eine vornübergeneigte Haltung einnehmen und keine repetitiven Hebemanöver leisten müsse, zumutbar. Die Hauptproblematik des Versicherten sei aber sein psychisches Leiden, das im Gutachten als eine dissoziative Störung mit beginnender depressiver Entwicklung und ein Schmerzfehlverhalten bei einer Persönlichkeit mit unreifen Zügen beschrieben werde. Beim Gespräch mit den Eingliederungsfachleuten wirke der Beschwerdeführer sehr blass, schwach, verkrampft und kränklich. Seine Mimik sei starr und die Gestik sei verlangsamt oder falle gänzlich weg. Es habe während des Gesprächs Momente gegeben, in denen der Beschwerdeführer gedanklich nicht anwesend gewesen sei. Erstaunlich sei aber, dass er trotzdem laut werden könne, wenn er sich bedrängt fühle. Dies habe man auch schon während des Erstgesprächs wahrgenommen. Es scheine aber, dass seine Resignation zugenommen und er zu wenig Energie habe um zu reagieren. Man habe vielmehr den Eindruck bekommen, dass ihm alles egal sei. Er würde alles machen, was ihm die Eingliederungsfachleute sagen würden, es werde jedoch sowieso nichts bringen, dies habe er ein paar Mal geäußert. Gegenüber seiner Ehefrau und seinem Zustand fühle er sich nicht verantwortlich. Des Weiteren sei aufgefallen, dass der Beschwerdeführer mit seinen Armen komische Verrenkungen gemacht und auf dem Stuhl in gebeugter Haltung gewippt habe. Die Eingliederungsfachleute würden den Beschwerdeführer im Moment als nicht eingliederbar beurteilen, er werde in seinem Zustand wohl kaum eine Arbeit finden. Da schon ein umfassendes medizinisches Gutachten gemacht worden sei, erachte man weitere medizinische Abklärungen zum Finden einer Tätigkeit als nicht notwendig. Weitere berufliche Abklärungen sowie eine Stellenvermittlung seien im Moment nicht möglich.

6.2.6 Im Bericht der J. ___ vom 8. Juli 2002 (IV-Nr. 37) wurde festgehalten, das anfänglich 100%ige Arbeitspensum sei durch den Hausarzt, Dr. med. K. ___, ab dem 10. Juni 2002 auf 50 % reduziert worden. Während der ganzen Anwesenheit habe der Beschwerdeführer unter diversen Schmerzsymptomen im Schulterbereich sowie im Kreuz und beiden Beinen

gelitten. Er leide unter Schlaflosigkeit. Er habe in seiner Problematik gefangen gewirkt und seine Umgebung kaum wahrgenommen. Er habe jeden Tag eine zusätzliche Liegepause gebraucht. Seine effektive Arbeitszeit habe sich dadurch auf 2 ½ Stunden belaufen. Sein Leistungsvermögen habe bei serieller, einfacher Arbeit bei rund 35 % gelegen. Auf ein Ganztagespensum ergebe sich ein Leistungsgrad von knapp über 10 %. Obwohl er die Struktur des halben Arbeitstages eingehalten habe, sei keine Verbesserung seines körperlichen und psychischen Zustandes zu verzeichnen gewesen. Er sei am 4. Juli 2002 ausgetreten.

6.2.7 In der Aktennotiz vom 13. August 2002 (Protokoll der IV-Stelle, S. 5) hielt der Regionale Ärztliche Dienst (RAD) fest, er könne sich den Ausführungen der Beruflichen Eingliederung anschliessen, da bereits die D.___-Untersuchung (S. 19) eigentlich keine verwertbare Restarbeitsfähigkeit formuliert habe.

6.3 Die Beschwerdegegnerin sprach dem Beschwerdeführer mit Mitteilung und Beschluss vom 5. September 2002 eine ganze Rente zu, bei einem Invaliditätsgrad von 100 %. Dieser Entscheid ist im Lichte der vorgenannten Unterlagen nicht nachvollziehbar und auch vor dem Hintergrund der Sach- und Rechtslage, wie sie sich im Zeitpunkt der rechtskräftigen Leistungszusprechung darbot, nicht vertretbar. Das D.___-Gutachten vom 22. Mai 2001 schloss auf eine Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit von 50 %. Der RAD hielt dagegen im Protokolleintrag vom 13. August 2002 aktenwidrig fest, das D.___-Gutachten habe auf Seite 19 «eigentlich keine verwertbare Restarbeitsfähigkeit» formuliert. Dies stimmt so nicht: Auf Seite 19 des Gutachtens wird klar eine 50%ige Restarbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit statuiert. Zudem schliesst sich der RAD in seiner Ansicht der Einschätzung der Eingliederungsfachleute im Abschlussbericht vom 5. Juli 2002 an. Die Eingliederungsfachleute stellten ihrerseits in ihrem Bericht betreffend berufliche Eingliederung einerseits auf den Abklärungsbericht der J.___ vom 8. Juli 2002 (IV-Nr. 37) sowie offenbar auch auf ihren persönlichen Eindruck betreffend den Beschwerdeführer ab: «Wir beurteilen Herr Durakovic im Moment als nicht eingliederbar, er wird in seinem Zustand wohl kaum eine Arbeit finden.» Diese Einschätzung ist aber weder medizinisch begründet noch setzt sie sich mit der anderslautenden Beurteilung der D.___-Gutachter auseinander, zumal auch beim J.___-Bericht kein Arzt mitgewirkt hat. Der auf der Einschätzung der Eingliederungsfachleute sowie des RAD gründende Entscheid der Beschwerdegegnerin vom 5. September 2002, dem Beschwerdeführer stehe eine ganze Rente bei einem Invaliditätsgrad von 100 % zu, ist demnach zweifellos unrichtig, zumal er sich auch nicht auf andere vorhandene Arztberichte stützen lässt.

7. Somit ist nachfolgend zu prüfen, ob die Verneinung des Anspruchs auf weitere Versicherungsleistungen angesichts der aktuellen medizinischen Aktenlage gerechtfertigt ist. Der vorliegend angefochtene Entscheid ist zwar im Rahmen eines Revisionsverfahrens erfolgt. Da der ursprüngliche Rentenbeschluss vom 5. September 2002 aber nach dem Gesagten zweifellos unrichtig ist, hat kein Sachverhaltsvergleich stattzufinden. Vielmehr ist die Rentenfrage alleine aufgrund der aktuellen medizinischen Akten zu entscheiden. Hierbei sind im Wesentlichen folgende medizinische Unterlagen von Belang:

7.1 Dr. med. B.___ stellte in seinem internistisch-rheumatologischen Gutachten vom 25. Juni 2011 (IV-Nr. 60) folgende Diagnosen:

Mit langdauernder Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

Ohne langdauernde Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

Die Arbeitsfähigkeit sei, aus rein somatisch-rheumatologischer Sicht beurteilt, für die vom Versicherten bisher in der Schweiz ausgeübten beruflichen Tätigkeiten seit einem Zeitpunkt vor Jahren und spätestens seit dem Zeitpunkt dieser aktuellen Begutachtung, nicht mehr eingeschränkt. Bis zum Zeitpunkt der D. ___-Begutachtung vom 22. Mai 2001 könne Dr. med. B. ___ die damalige Einschätzung der Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, aus rein somatischer Sicht beurteilt, abstützen. Auch körperlich belastende Arbeiten seien, aus rein somatischer Sicht beurteilt, unterdessen wieder zumutbar. Nach dem D. ___-Gutachten vom 22. Mai 2001 liege kein Bericht vor, mit dem der Zeitpunkt der Verbesserung des Gesundheitszustandes, der seit dem Gutachten vom 22. Mai 2001 eingetreten sei, definiert werden könne. Somit bestehe spätestens seit dem Zeitpunkt dieser aktuellen Begutachtung auch für eine körperlich belastende berufliche Tätigkeit aus rein somatischer Sicht beurteilt, keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit mehr. Für Haushaltsarbeiten mit einem leicht- bis mittelgradig körperlich belastenden Arbeitsprofil könne Dr. med. B. ___, aus rein somatisch-rheumatologischer Sicht beurteilt, keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit formulieren.

7.2 In seinem psychiatrischen Gutachten vom 31. August 2012 (IV-Nr. 74.1) stellte Dr. med. C. ___ folgende Diagnosen:

Die chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren gemäss ICD-10 F45.41 und die damit verbundenen Defizite begründeten im Fall des Beschwerdeführers aus rein medizinischer (psychiatrisch- psychotherapeutischer) Sicht keine relevante (>20 % von 100 %) längerfristige Arbeitsunfähigkeit. Vorliegend seien aus psychiatrisch-psychotherapeutischer (medizinischer) Sicht auch keine besonderen Hinweise vorhanden, die schwere Defizite aufgrund eines Gesundheitsschadens und / oder eine Unzumutbarkeit zu deren Überwindung begründen könnten (beispielsweise durch fehlende krankheitsbedingte Ressourcen und / oder durch eine fehlende Kapazität zur Verarbeitung innerpsychischer Konflikte). Im Gegenteil könnten der mässige Gebrauch von Tabak (ein halbes Päckli Zigaretten täglich, mit aktuellem Versuch der Mengenreduktion) und die vollständige Abstinenz von weiteren nicht ärztlich verordneten psychotropen Substanzen (inkl. Alkohol und Drogen) als Beleg für zumindest angemessene innerseelische Ressourcen des Beschwerdeführers gewertet werden. Eine Einschränkung der Zumutbarkeit einer Willensanstrengung zur Überwindung der v. a. rein subjektiven Defizite sei aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht somit nicht zu begründen. Hingegen seien vielfältige psychosoziale Faktoren (vgl. oben) bekannt, die die Motivation zur Leistungssteigerung deutlich beeinträchtigten. Sie erklärten auch weit überwiegend die anlässlich der aktuellen Untersuchung erkennbare grosse Diskrepanz zwischen der subjektiv wahrgenommenen und der objektivierbaren Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers. Aus psychiatrischer Sicht sei dem Beschwerdeführer die bisherige Tätigkeit ganztags und ohne Leistungseinschränkungen zumutbar.

7.3 Im Bericht betreffend MRT der BWS vom 24. April 2013 (IV-Nr. 99.2, S. 3) wurde festgehalten, es bestehe eine leichtgradige Konturirregularität der einzelnen Endplatten mit Schmorl'schen Knoten in den mittleren und distalen BWS-Segmenten, möglicherweise als indirekter Hinweis eines durchgemachten Morbus Scheuermann. Darüber hinaus unauffällige MRI der BWS ohne Nachweis einer Diskushernie oder entzündlichen Spondylarthropathie.

7.4 Im Bericht betreffend MRI der HWS vom 10. September 2013 (IV-Nr. 99.3, S. 2) wurde ausgeführt, es bestünden multisegmentale degenerative Veränderungen, betont auf

Höhe C6/C7 mit mittelgradiger Osteochondrose und links betonter Unc-artrosen, resultierende Einengung des linken Neuroforamens und allenfalls möglicher Reizung der Nervenwurzel C7 links foraminal.

7.5 Im Bericht betreffend MRT der BWS vom 28. Oktober 2013 (IV-Nr. 99.3, S. 1) wurde festgehalten, es bestehe eine diskrete Diskopathie der kaudalen LWS, allenfalls minimal progredient im Vergleich zu 2005. Keine Affektion der Nervenwurzeln. Keine aktivierte Arthrose. Insgesamt altersentsprechender Befund.

7.6 Dr. med. B.____ stellte in seinem rheumatologischen Gutachten vom 16. Oktober 2014 (IV-Nr. 99.1) folgende Diagnosen:

Mit langdauernder Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

Ohne langdauernde Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

Die Arbeitsfähigkeit sei, aus rein somatisch-rheumatologischer Sicht beurteilt, für die vom Versicherten früher in der Schweiz ausgeübten beruflichen Tätigkeiten, wie bereits im Gutachten vom 25. Juni 2011 erwähnt, nicht eingeschränkt. Für Haushaltsarbeiten mit einem leicht- bis mittelgradig körperlich belastenden Arbeitsprofil könne, aus rein somatisch-rheumatologischer Sicht beurteilt, ebenfalls keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit formuliert werden.

7.7 Im Bericht von Dr. med. L.____, Facharzt für Anästhesiologie, des M.____ vom 30. Oktober 2014 (IV-Nr. 103, S. 2) wurden folgende Diagnosen gestellt:

Weiter hielt Dr. med. L.____ fest, im Gutachten von Dr. med. B.____ werde weder auf die Pathologien in der Halswirbelsäule mit beidseitig foraminalen Einengungen und möglicher Beeinträchtigung der Wurzel C7 beidseits eingegangen noch auf die im MRI beschriebenen Veränderungen mit Uncovertebralarthrosen. Des Weiteren werde in dem Gutachten die Arbeitsfähigkeit des Patienten aus rein somatisch, rheumatologischen Erwägungen spekulativ eingeschätzt, ohne dass eine konkrete Testung der funktionellen Leistungsfähigkeit des Patienten erfolgt sei. Hier werde dringend empfohlen, eine objektivierbare Testung der funktionellen Leistungsfähigkeit unter der aktuellen Schmerzerkrankung einzuleiten. Aktuell gehe man davon aus, dass die psychiatrische Erkrankung des Patienten mit Verdacht auf Major Depression, Persönlichkeitsstörung, somatoforme Schmerzerkrankung und beginnende, kognitive Defizite die primäre Einschränkung der Arbeitsunfähigkeit bedinge. Hier werde dringend ein psychiatrisches Gutachten empfohlen. Zudem sei auch auf eine psychiatrische Behandlung des Patienten hinzuwirken.

7.8 Dr. med. N.____, Praxis für Psychotherapie und Psychosomatik, stellte in ihrem Bericht vom 30. Oktober 2014 (IV-Nr. 111.3, S. 7) folgende Diagnosen:

Zumindest aktuell bestehe eine schwere depressive Episode. Zudem bestehe ein Verdacht auf eine somatoforme Schmerzstörung. Gegen diese Diagnose wehre sich der Patient, beharre auf einer somatischen Ursache seiner chronischen Schmerzen seit 1990. Seine familiäre und soziale Situation sei sehr prekär. Er versorge allein die beiden Adoptivsöhne und sei jetzt in einer existenziellen Notlage, nachdem die IV-Rente aberkannt worden sei. Die bestehende schwerwiegende psychische Komorbidität sei bei der Begutachtung entweder übersehen oder unzureichend mitberücksichtigt worden. Eine Abklärung bezüglich der kognitiven Defizite sollte unbedingt erfolgen (Memory-Clinic, MRI).

7.9 Im Bericht der F.____ vom 23. Januar 2015 (IV-Nr. 111.3, S. 2) wurde ausgeführt, der Beschwerdeführer habe seit vielen Jahren Schmerzen hauptsächlich im Nacken-Schulterbereich und im LWS-Bereich mit teilweise Ausstrahlungen in die Beine. Aufgrund der langjährigen Schmerzen habe er sich in den letzten Jahren zunehmend weniger bewegt und habe an Gewicht zugenommen. Um eine Schmerzzunahme zu vermeiden, habe er auch weniger aktive Bewegungstherapien gemacht. Zurzeit mache er nur noch passiv Therapien, diese würden keinen nachhaltigen Effekt bezüglich der Schmerzintensität bringen. Aus den zur Verfügung stehenden bildgebenden Untersuchungen gehe hervor, dass hauptsächlich im- HWS-Bereich multiple degenerative Veränderungen mit Osteochondrose und Spondylarthrosen in allen Etagen bestünden. Dies erkläre auch das Schmerzbild des Versicherten mit Bewegungseinschränkungen der zervikalen Wirbelsäule und Schmerzen im Nacken-Schultergebiet. Diese Einschränkung sei für die Beeinträchtigung der Beweglichkeit der HWS verantwortlich. Der Patient sei durch seine langjährige Schmerzproblematik und durch die schwere psychosoziale und berufliche Situation seelisch stark beeinträchtigt. Versicherungstechnisch werde der Versicherte nur wechselbelastende Tätigkeit durchführen können, keine ausschliesslich sitzenden Tätigkeiten (Arbeiten am Fliessband, Arbeiten am Tisch). Die Schmerzproblematik bewirke auch eine entsprechende Reduktion der Leistungsfähigkeit des Versicherten, die im Rahmen eines interdisziplinären Gutachtens und hauptsächlich aus psychiatrischer Sicht neu beurteilt und untersucht werden müsste.

7.10 Im psychiatrischen Gutachten von Dr. med. C.____ vom 2. April 2015 (IV-Nr. 111.1) werden folgende Diagnosen gestellt:

Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (F45.41)

An der Einschätzung gemäss Diskussion im Gutachten vom 31. August 2012 sei auch im vorliegenden Gutachten festzuhalten. Die chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD 10 F45.41) sowie die dadurch im Fall des Beschwerdeführers erklärbaren objektiv gering ausgeprägten psychopathologischen Defizite begründeten aus rein psychiatrisch- psychotherapeutischer (medizinischer) Sicht keine relevante längerfristige Arbeitsunfähigkeit.

7.11 In ihrer Stellungnahme vom 3. Mai 2015 (IV-Nr. 115) führte Dr. med. N.____ aus, der objektive psychiatrische Befund sei im Gutachten trotz Hinweis auf AMDP in der Fussnote wenig systematisch verfasst und nicht vollständig. Zum Beispiel fehle eine Beschreibung der Persönlichkeit des Patienten, wie es die Qualitätsleitlinien für psychiatrische Gutachten in der Eidgenössischen Invalidenversicherung fordern würden. Ein ausführlicher klinisch-psychiatrischer Befund sei obligatorisch, einschliesslich eines Status nach AMDP, zusätzlich sei eine Beschreibung der Persönlichkeit erforderlich. Auch vermischten sich Interpretationen des Gutachters, z.B. das Gangbild werde im Verlauf der Untersuchung fließend, Hinweise auf dauerhaft quälende Schmerzen seien nicht objektivierbar. Zudem seien die subjektiven Klagen des Patienten nicht gewürdigt worden. Schliesslich fehle im Gutachten von Dr. med. C.____ vom 2. April 2015 eine umfassende Beurteilung der Funktionsfähigkeit des Patienten, z.B. mittels eines Mini-ICF-APP, die eine differenziertere Sichtweise (auch der Ressourcen des Patienten) erlauben würde.

7.12 In seiner Stellungnahme vom 9. Juni 2015 (IV-Nr. 122) hielt Dr. med. C.____ fest, der objektive psychopathologische Befund werde im Gutachten unter Punkt 3. vollständig, mit Bezug zum AMDP- System und ohne Interpretation dargestellt. Die hierzu gegenteilige

Meinung von Dr. med. N.____ sei nicht kritisch nachvollziehbar. Die Beschreibung des Gangbilds als «fliessend» sei beispielsweise bildhaft und nicht interpretierend. Die Klagen der versicherten Person würden im Gutachten ausführlich erhoben, beschrieben und als subjektive Beschwerden gewürdigt (vgl. im Gutachten unter Punkt 1. und Punkt 5.). Die von der behandelnden Ärztin eingenommene Position (Seite 3/5 unten) sei zwar aus therapeutischer Sicht verständlich, lasse jedoch eine (gutachterlich notwendige) ausreichende fachliche Distanz zur versicherten Person vermissen. Dr. med. N.____ weise ausserdem beispielhaft auf die Möglichkeit der Nutzung weiterer halbstrukturierter Beschreibungsinstrumente (hier: Mini-ICF-APP) hin, um die Funktionsfähigkeit der versicherten Person zu beschreiben (Seite 5/5 oben). Es begründeten im konkreten Fall der versicherten Person jedoch (weiterhin) die chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD 10 F45.41) sowie die dadurch im Fall der versicherten Person erklärbaren objektiv gering ausgeprägten psychopathologischen Defizite aus rein psychiatrisch-psychotherapeutischer (medizinischer) Sicht keine relevante längerfristige Arbeitsunfähigkeit. Diese Tatsache sei unabhängig von der Art der Befund- und Beschwerdedarstellung.

8. Die Beschwerdegegnerin stützt ihren Entscheid im Wesentlichen auf das Gutachten von Dr. med. B.____ im Bereich Rheumatologie/Innere Medizin vom 16. Oktober 2014 (IV-Nr. 99.1) sowie auf das psychiatrische Gutachten von Dr. med. C.____ vom 2. April 2015 (IV-Nr. 111.1), weshalb vorab deren Beweiswert zu prüfen ist.

8.1 Diesbezüglich kann festgehalten werden, dass die Gutachten der Dres. B.____ und C.____ für die streitigen Belange umfassend sind, auf allseitigen Untersuchungen beruhen, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigen, in Kenntnis sämtlicher Vorakten abgegeben worden sind und in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtend sind. Ebenso sind die Schlussfolgerungen der Experten begründet (vgl. BGE 122 V 160).

8.2 Im rheumatologischen Gutachten von Dr. med. B.____ vom 16. Oktober 2014 wird schlüssig dargelegt, dass die vom Versicherten geschilderten Beschwerden weiterhin, wie bereits anlässlich der Erstbegutachtung vom 25. Juni 2011, auf vordergründig nicht somatisch abstützbare Rückenbeschwerden hinweisen würden, insbesondere wenn berücksichtigt werde, dass der Placebo-Effekt auf der visuellen Analog-Skala 4 - 5 Punkte ausmachen könne und dass somatisch abstützbare Beschwerden mit eindeutig schmerzverstärkenden respektive schmerzlindernden Mechanismen einhergehen würden. Während der klinischen Untersuchung habe der Versicherte eine schmerzvermittelnde Mimik und Gestik entwickelt, im Rahmen derer 3 der 5 Waddell-Zeichen, als Hinweis auf nicht organisch abstützbare Beschwerden, demonstriert worden seien. Auch die schmerzvermittelnde Mimik und Gestik könne vordergründig nicht mit einem bekannten somatisch-pathologischen Krankheitsbild begründet werden. Somit ergebe sich auch diesbezüglich anlässlich dieser aktuellen Begutachtung kein neuer Aspekt. Des Weiteren könnten an den oberen Extremitäten keine klinisch-pathologischen Befunde und kein Hinweis auf eine funktionelle Einschränkung objektiviert werden. Insbesondere bestünden auch keine Hinweise auf eine Läsion der Rotatorenmanschette, auf eine subacromiale Sehneneinklemmungsproblematik, auf eine entzündliche Veränderung, auf eine periphere Nerveneinklemmungsproblematik, wie zum Beispiel auf ein Karpaltunnel-Syndrom oder auf eine Arthrose. Weiter führt Dr. med. B.____ überzeugend aus, im Bereich der Wirbelsäule schildere der Versicherte die Bewegungen aller axialen Bewegungssegmente,

betont zervikal und lumbal, in allen Ebenen als circa gleich schmerzhaft, unabhängig davon, ob die Untersuchung in aufrechter, stehender oder sitzender Körperhaltung, in der die axialen Bewegungssegmente durch das Körpergewicht belastet würden, oder in möglichst entspannter, liegender Körperhaltung, in der die Bewegungssegmente entlastet seien, erfolge. Dies weise auf vordergründig nicht somatisch abstützbare Beschwerden hin, denn für diese sei zu erwarten, dass die eine Bewegungsrichtung als eindeutig schmerzhafter geschildert werde als die andere. Insofern relativiere sich die Bedeutung von allenfalls objektivierbaren somatisch-pathologischen Befunden. In der klinischen Untersuchung könne in keinem axialen Bewegungssegment eine Bewegungseinschränkung oder eine relevante Fehlhaltung objektiviert werden. Die Palpation der paravertebralen Weichteile der ganzen Wirbelsäule werde ausschliesslich im zerviko-thorakalen Übergang und tieflumbal als schmerzhaft beschrieben, ohne dass ein korrelierender Weichteilbefund, wie beispielsweise eine Myogelose oder ein Triggerpunkt, objektiviert werden könne. Anamnestisch und klinisch bestünden keine Hinweise auf ein radikuläres Reiz- oder Ausfallsyndrom, einen symptomatisch engen Spinalkanal, einen Nervendehnungsschmerz oder auf eine Irritation/Kompression des Gefäss-Nervenbündels, zum Beispiel im Sinne einer Thoracic-Outlet-Komponente. Im vorliegenden Bericht der MRI-Abklärung der Halswirbelsäule vom 10. September 2013 werde in der Befundbeschreibung keine Neuro- oder Myelonkompression beschrieben. In der Beurteilung erwähne der beurteilende Radiologe ein Postulat, indem er auf eine «mögliche Reizung der Wurzel C7 links foraminal» hinweise. Die Aufgabe eines Radiologen sei die Befunde exakt zu beschreiben. Die mitgebrachte MRI-Abklärung der Brustwirbelsäule vom 24. April 2013 dokumentiere weitgehend normale Befunde mit höchstens leichtgradigen Deck- und Bodenplattenunregelmässigkeiten im mittleren und unteren Brustwirbelsäulen-Drittel, die mit einer Dysplasie der Osteochondrosis juvenilis Scheuermann vereinbar seien. Bezüglich derartiger radiologisch-pathologischer Befunde verweise er, Dr. med. B.____, auf die epidemiologische Datenlage. Demnach könnten Rückenschmerzen dann auf eine Osteochondrosis juvenilis Scheuermann abgestützt werden, wenn sie vor dem 14. bis 16. Lebensjahr eingesetzt hätten. Dies treffe bei diesem Versicherten nicht zu. Diese MRI-Befunde der Osteochondrosis juvenilis Scheuermann seien zudem derart diskret ausgeprägt, dass sie in den ergänzend durchgeführten konventionellradiologischen Aufnahmen nicht zur Darstellung gelangt seien. Im vorliegenden Bericht der MRI-Abklärung der Lendenwirbelsäule vom 28. Oktober 2013 würden diskrete degenerative Veränderungen erwähnt und summarisch werde als Befund erwähnt: «insgesamt altersentsprechender Befund». Die aktualisierten Röntgenaufnahmen der ganzen Wirbelsäule dokumentierten zervikal im Vergleich zu den mitgebrachten Voraufnahmen vom 23. Juni 2011 neu eine leichtgradig und als altersentsprechend einzustufende Osteochondrose von HWK6/7 und thorakal und lumbal weiterhin keinen Hinweis auf eine relevante Fehlhaltung, auf eine Arthrose oder auf eine entzündliche Veränderung. Gestützt auf die umfassende Befund- und Anamneseerhebungen von Dr. med. B.____ vermag schliesslich auch dessen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit zu überzeugen, wonach die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers, aus rein somatisch-rheumatologischer Sicht beurteilt, für die von ihm früher in der Schweiz ausgeübten beruflichen Tätigkeiten nicht eingeschränkt ist.

In somatischer Sicht liegt damit mit dem Gutachten von Dr. med. B.____ vom 16. Oktober 2014 eine voll beweiskräftige Beurteilung vor, zumal auch die übrigen somatisch orientierten Arztberichte keine objektivierbaren Befunde ergaben, welche die Beschwerden

vollständig erklären könnten. In den meisten Berichten ist von altersentsprechenden Befunden die Rede oder von relativ leichten Auffälligkeiten. Die widersprechende Einschätzung von Dr. med. L.____ (IV-Nr. 103) stammt nicht von einem entsprechenden Spezialarzt, zudem geht auch er letztlich davon aus, es stünden psychische Faktoren im Vordergrund. Die von ihm vorgeschlagene Testung der funktionellen Leistungsfähigkeit ist mit Blick auf die verschiedentlich erwähnte Verdeutlichungstendenz des Beschwerdeführers kaum weiterführend. Zudem geht aus den Ausführungen von Dr. med. L.____ hervor, dass er die Beibehaltung der Rente vor allem aus therapeutischen Gründen für sinnvoll hält, weil der Entzug der Rente zu einer Lebenskrise beim Beschwerdeführer führen könnte (vgl. IV-Nr. 103 S. 3), was den Beweiswert seiner Aussagen dementsprechend zusätzlich relativiert.

8.3 Im psychiatrischen Gutachten von Dr. med. C.____ vom 2. April 2015 wird überzeugend dargelegt, dass aus rein psychiatrisch-psychotherapeutischer nicht von einer Arbeitsunfähigkeit von 20 % oder mehr ausgegangen werden könne. Dr. med. C.____ legt nachvollziehbar dar, dass an der Einschätzung gemäss Diskussion im Gutachten vom 31. August 2012 auch im vorliegenden Gutachten festzuhalten sei. Die chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD 10 F45.41) sowie die dadurch im Fall des Beschwerdeführers erklärbaren objektiv gering ausgeprägten psychopathologischen Defizite begründeten aus rein psychiatrisch-psychotherapeutischer (medizinischer) Sicht weiterhin keine relevante längerfristige Arbeitsunfähigkeit. Auch die ICD-10 Kriterien einer depressiven Episode seien weiterhin nicht erfüllt. Es fehlten für F32/F33 beispielsweise die Eingangskriterien einer dauerhaften Hemmung der Psychomotorik und einer wesentlichen Verminderung der affektiven Schwingungsfähigkeit. Auch der Schweregrad erreiche nicht das notwendige Ausmass. Beim Beschwerdeführer bestünden keine der genannten Symptome in ausreichender Schwere, bzw. in ausreichender Länge, um beispielsweise eine lang dauernde depressive Episode zumindest leichten Grades diagnostizieren zu können. Das in den Akten beschriebene dysthyme Syndrom und die anlässlich der aktuellen Untersuchung erkennbare dysthym-ärgerliche Verstimmung des Beschwerdeführers seien als normalpsychologische Reaktion, insbesondere im Zusammenhang des Unmuts über den IV-Vorbescheid vom Juli 2013, einzuordnen. Sie genügten nicht, um eine depressive Episode gemäss ICD-10 zu begründen. Eine allfällige zusätzliche Arbeitsunfähigkeit sei aus rein psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht somit nicht begründbar. Im Fall des Beschwerdeführers seien aus psychiatrisch-psychotherapeutischer (medizinischer) Sicht (weiterhin) keine besonderen Hinweise vorhanden, die schwere Defizite aufgrund seines Gesundheitsschadens und / oder eine Unzumutbarkeit der Überwindung begründen könnten (beispielsweise durch krankheitsbedingt fehlende Ressourcen und / oder durch eine fehlende Kapazität zur Verarbeitung innerpsychischer Konflikte). Eine zur chronischen Schmerzstörung psychisch ausgewiesene erheblich schwere, ausgeprägte, dauerhafte und intensive Komorbidität sei nicht zu erkennen (die dysthym-ärgerliche Verstimmung des Beschwerdeführers sei weit überwiegend Teil des Schmerzerlebens, bzw. Ausdruck sozialer Belastungen und eines Rentenwunsches). Ein vollständiger sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens könne weiterhin nicht angenommen werden (so gehe der Beschwerdeführer beispielsweise einkaufen, betreue Kinder, gehe auf Reisen, treffe Kollegen/Verwandte/Nachbarn). Ein verfestigter, therapeutisch nicht mehr angehbarer innerseelischer Verlauf einer Konfliktbewältigung bestehe ebenfalls nicht, weil hierfür weiterhin keine differenzierten nachvollziehbaren fachärztlichen Angaben vorlägen, diese

sich aus den Akten auch nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit herleiten liessen und anlässlich der aktuellen Untersuchung weiterhin keine entsprechenden Hinweise zu finden seien. Es seien jedoch vielfältige soziale Faktoren bekannt, die die Motivation zur Leistungssteigerung deutlich beeinträchtigen würden. Sie und eine Verdeutlichungstendenz erklärten auch weit überwiegend die anlässlich der aktuellen Untersuchung unverändert erkennbare Diskrepanz zwischen der subjektiv wahrgenommenen und der objektivierbaren Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers. Zudem setzt sich Dr. med. C.____ einleuchtend mit den entgegenstehenden Ansichten von Dr. med. N.____ auseinander (vgl. auch die Stellungnahme von Dr. med. C.____ vom 9. Juni 2015; E. II 7.12 hiervor): Dr. med. N.____ bestätige die Hauptdiagnose gemäss ICD-10 Kategorie F45.4. Sie attestiere darüber hinaus eine - zu diesem Zeitpunkt schwer ausgeprägte - depressive Episode (F32.2), ohne diese Diagnose jedoch mit Bezug zum Klassifikationssystem differenziert zu beschreiben und/oder zu diskutieren. Aufgrund des Berichts sei eine unspezifische Verhaltensauffälligkeit bei einem dysthymen Syndrom erkennbar, was als normalpsychologische Reaktion insbesondere im Zusammenhang des Unmuts des Beschwerdeführers über den IV-Vorbescheid vom Juli 2013 einzuordnen sei. Diese Reaktion genüge nicht, um eine depressive Episode gemäss ICD-10 zu begründen. Gemäss Bericht vom 22. März 2015 habe sich das depressive Syndrom gegenwärtig «etwas gebessert». Weitere Angaben zum Verlauf nach Oktober 2014 würden nicht formuliert. Eine zur chronischen Schmerzstörung ausgewiesene erheblich schwere, ausgeprägte, dauerhafte und intensive psychische Komorbidität sei somit nicht zu erkennen.

8.3.1 Dr. med. C.____ stellte in seinem Gutachten unter anderem die Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41). Das Bundesgericht hat mit Urteil BGE 141 V 281 vom 3. Juni 2015 seine Praxis zur anhaltenden somatoformen Schmerzstörung und den vergleichbaren unklaren Beschwerdebildern (Fibromyalgie, Schleudertrauma, chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren, etc.) geändert. Diese neue Rechtsprechung ist auch auf alle hängigen Fälle anwendbar. Gemäss diesem Urteil soll der Gutachter einerseits stärker darauf achten, die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung etc. so zu begründen, dass die Rechtsanwender nachvollziehen können, ob die klassifikatorischen Vorgaben nach ICD-10 tatsächlich eingehalten sind (Urteil E. 2.1); das Augenmerk ist namentlich auch auf Ausschlussgründe wie Aggravation zu richten (E. 2.2). Andererseits besteht keine Vermutung mehr, dass eine somatoforme Schmerzstörung mit einer Willensanstrengung überwunden werden kann, 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):

Wie das Bundesgericht mit Hinweis auf BGE 137 V 210 weiter festhält, verlieren gemäss altem Verfahrensstandard eingeholte Gutachten nicht per se ihren Beweiswert. Vielmehr ist im Rahmen einer gesamthaften Prüfung des Einzelfalls mit seinen spezifischen Gegebenheiten und den erhobenen Rügen entscheidend, ob ein abschliessendes Abstellen auf die vorhandenen Beweisgrundlagen vor Bundesrecht standhält. In sinngemässer Anwendung auf die nunmehr materiell-beweisrechtlich geänderten Anforderungen ist in jedem einzelnen Fall zu prüfen, ob die beigezogenen administrativen und/oder gerichtlichen

Sachverständigengutachten - gegebenenfalls im Kontext mit weiteren fachärztlichen Berichten - eine schlüssige Beurteilung im Lichte der massgeblichen Indikatoren erlauben oder nicht. Je nach Abklärungstiefe und -dichte kann zudem unter Umständen eine punktuelle Ergänzung genügen (Urteil des Bundesgerichts 9C_492/2014 vom 3. Juni 2015, E. 8).

8.3.2 Es stellt sich somit vorliegend die Frage, ob das Gutachten von Dr. med. C.____ vom 2. April 2015 im Lichte der vorgehenden Ausführungen auch den Anforderungen der neuen Rechtsprechung standhält, nachdem sich dieser nicht explizit zu den vorgenannten Kriterien geäussert hat. Dies ist vorliegend der Fall:

Hinsichtlich des Indikators «Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde» ist dem Gutachten von Dr. med. C.____ zu entnehmen, dass die objektivierbaren psychopathologischen Befunde anlässlich der Untersuchung am 3. März 2015 gering ausgeprägt seien. Bereits in seinem Gutachten vom 31. August 2012 (IV-Nr. 74.1, S. 18) ■ auf welches Dr. med. C.____ im Gutachten vom 2. April 2015 ebenfalls verweist ■ wurde festgehalten, die Ausprägung der Störung sei beim Beschwerdeführer im Vergleich zu ähnlichen Störungsbildern als objektiv maximal leicht einzustufen (beispielsweise erhaltene, bzw. wieder gewonnene Fähigkeit, alltägliche Verrichtungen ausüben zu können, Haushalt zu führen und am sozialen Leben teilzuhaben, Verdeutlichungstendenz). Weiter führte Dr. med. C.____ im Gutachten vom 2. April 2015 aus, aus psychiatrisch-psychotherapeutischer (medizinischer) Sicht seien keine besonderen Hinweise vorhanden, die schwere Defizite aufgrund eines Gesundheitsschadens und / oder eine Unzumutbarkeit zu deren Überwindung begründen könnten. Es seien jedoch vielfältige soziale Faktoren bekannt, die die Motivation zur Leistungssteigerung deutlich beeinträchtigen würden. Sie und eine Verdeutlichungstendenz erklärten auch weit überwiegend die anlässlich der aktuellen Untersuchung unverändert erkennbare Diskrepanz zwischen der subjektiv wahrgenommenen und der objektivierbaren Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers.

Zum Indikator «Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz» geht aus dem Gutachten und den Akten hervor, dass seit 2006 keine ernsthafte psychiatrische Behandlung mehr stattfand. Bis dahin sei die damals behandelnde Ärztin Dr. med. O.____ gemäss den Angaben des Beschwerdeführers hilfreich gewesen und die Behandlung habe zu einer Verbesserung seines Gesundheitszustandes geführt (IV-Nr. 74.1 S. 7 und S. 21). Ab 2007 wurden nur noch unregelmässige Behandlung bei Dr. med. P.____ durchgeführt. Der Beschwerdeführer sei enttäuscht gewesen, weil Dr. med. P.____ keinen Bericht zur Rentenrevision habe schreiben wollen (IV-Nr. 74.1 S. 8). Ab 30. Oktober 2014 befand er sich sodann in Therapie bei Dr. med. N.____, die aber offenbar auch nur vorübergehend war. Seit 2016 befindet sich der Beschwerdeführer anscheinend in Behandlung bei Dr. med. Q.____ in [...] (Bericht vom 3. Mai 2017). Eingliederungen wurden gemäss Aktenlage nicht versucht. Berufliche Massnahmen wären dem Beschwerdeführer aus psychiatrischer Sicht zumutbar (IV-Nr. 111.1, S. 19).

Hinsichtlich des Komplexes «Persönlichkeit» und allfälliger Komorbiditäten geht aus den Akten und dem Gutachten von Dr. med. C.____ hervor, dass keine Komorbiditäten vorliegen. Somatisch bestehen weitgehend altersentsprechende Befunde und psychisch nur Befunde, die der Gutachter als Begleitsymptome zur Schmerzstörung interpretiert. Eine zur chronischen Schmerzstörung ausgewiesene erheblich schwere, ausgeprägte, dauerhafte und intensive psychische Komorbidität sei nicht zu erkennen. Die dysthym-ärgerliche Verstimmung des Beschwerdeführers sei weit überwiegend Teil des Schmerzerlebens, bzw.

Ausdruck sozialer Belastungen und eines Rentenwunsches. Zudem seien beim Beschwerdeführer aus psychiatrisch-psychotherapeutischer (medizinischer) Sicht (weiterhin) keine besonderen Hinweise vorhanden, die schwere Defizite aufgrund eines Gesundheitsschadens und / oder eine Unzumutbarkeit zu deren Überwindung begründen könnten (beispielsweise durch krankheitsbedingt fehlende Ressourcen und/ oder durch eine fehlende Kapazität zur Verarbeitung innerpsychischer Konflikte).

Zum Komplex «sozialer Kontext» ist dem Gutachten und den Akten zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer mit seinen zwei Söhnen zusammenlebt, den Alltag strukturiert verbringt und verschiedene Kontakte hat, u.a. war er auch mehrmals mit Kindern und Cousin im Camper verreist (IV-Nr. 111.1 S. 7). Er schafft den Haushalt und kann Reisen unternehmen, gemäss den neueren Akten ist er inzwischen nach [...] umgezogen und hat die Söhne mitgenommen, was auch eine erhebliche organisatorische Leistung bedingt. Man kann also nicht von einem minimalen Aktivitätsniveau in allen Lebensbereichen sprechen. Der Beschwerdeführer erlangte, wie aus den Akten ersichtlich, auch die Zustimmung der KESB zu seinem Umzug mit den Söhnen nach [...] und schaffte es, dass seine Niederlassungsbewilligung für 4 Jahre reserviert wurde. Er ist also durchaus in der Lage, ihm wichtig scheinende Anliegen durchzusetzen.

Schliesslich geht aus dem Gutachten hinsichtlich der Kategorie «Konsistenz» hervor, dass vielfältige soziale Faktoren bekannt seien, die die Motivation zur Leistungssteigerung deutlich beeinträchtigen würden. Diese und eine Verdeutlichungstendenz erklärten auch weit überwiegend die anlässlich der aktuellen Untersuchung unverändert erkennbare Diskrepanz zwischen der subjektiv wahrgenommenen und der objektivierbaren Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers. Die aus den Akten ersichtlichen Behandlungen der letzten Jahre umfassten regelmässige (offenbar einmal pro Monat) ambulante Therapien in der Schmerzklinik und höchstens gelegentliche psychotherapeutische Gespräche. Dies spricht demnach eher gegen einen sehr hohen Leidensdruck.

8.3.3 Nach dem Gesagten erweist sich das Gutachten von Dr. med. C.____ auch im Lichte der neuen bundesgerichtlichen Schmerzrechtsprechung als beweiswertig und es kann auf die schlüssigen Ausführungen zum Leistungsvermögen des Beschwerdeführers abgestellt werden. Die dem Gutachten entgegenstehenden Berichte behandelnder Ärzte vermögen den Beweiswert des Gutachtens nicht zu vermindern. Es liegt zudem keine auf langjähriger Behandlung beruhende widersprechende ärztliche Aussage vor. Wie erwähnt hat der Beschwerdeführer von 1999 bis 2006 eine psychiatrische Behandlung besucht, die auch zu einer gewissen Verbesserung führte, ab 2007 war es dann eine wenig intensive Behandlung bei Dr. med. P.____, dann wohl gar keine Behandlung, zuletzt die Therapie bei Dr. med. N.____. Fachärztliche Berichte, die dem Gutachter widersprechen würden und dies mit substantiierten Feststellungen, die im Gutachten unerkannt oder ungewürdigt geblieben wären, sind nicht ersichtlich. Dr. med. N.____ kannte die Vorakten nicht (vgl. IV-Nr. 115 S. 2). Zudem verfügt sie offenbar nicht über einen psychiatrischen Facharztstitel, sondern gemäss www.admin.medregom.ch über Weiterbildungen in Anästhesiologie, psychosomatischer und psychosozialer Medizin, delegierter Psychotherapie und medizinischer Hypnose. Schliesslich vermögen die von Dr. med. L.____ gestellten abweichenden psychiatrischen Diagnosen die Beurteilung von Dr. med. C.____ ebenfalls nicht in Frage zu stellen, zumal Dr. med. L.____ Anästhesist ist und ebenfalls nicht über einen psychiatrischen Facharztstitel verfügt.

8.4 Im Übrigen ist entgegen der Rüge des Beschwerdeführers festzuhalten, dass die beiden neuen Gutachten nicht deshalb veranlasst wurden, weil die Beschwerdegegnerin der Ansicht war, dass diese nicht beweiswertig sind, sondern weil eine allfällige gesundheitliche Verschlechterung seit der letzten Begutachtung zur Diskussion stand. So wurden nach Erlass des Vorbescheids vom 29. Juli 2013 weitere medizinische Unterlagen eingereicht und eingeholt: Unter anderem Berichte betreffend MRT LWS und BWS (IV-Nr. 99.3). In der Folge kam der RAD zum Schluss, es sei ein weiteres rheumatologisches Gutachten von Dr. med. B.____ notwendig (IV-Nr. 93). Das Gutachten erging am 16. Oktober 2014 (IV-Nr. 99.1). Sodann hielt der RAD mit Stellungnahme vom 11. November 2014 (IV-Nr. 105) fest, Dr. med. L.____ weise in seinem Bericht vom 3. Oktober 2014 (IV-Nr. 103, S. 2) auf eine sich verschlechternde psychiatrische Problematik hin. Somit sei ein weiteres psychiatrisches Gutachten bei Dr. med. C.____ zu veranlassen (IV-Nr. 111.1).

9. Sodann rügt der Beschwerdeführer, die Berechnung des IV-Grades sei ebenfalls nicht korrekt. Insbesondere sei nicht nachvollziehbar, warum kein leidensbedingter Abzug vorgenommen worden sei.

Diesbezüglich ist vorweg festzuhalten, dass die Beschwerdegegnerin in ihrem angefochtenen Entscheid fälschlicherweise davon ausging, der Beschwerdeführer sei in seiner Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht zu 20 % eingeschränkt. So kann dem Gutachten von Dr. med. C.____, auf welches sich die Beschwerdegegnerin bei ihrem Entscheid stützt, eine solche Einschränkung nicht entnommen werden. Vielmehr hielt Dr. med. C.____ fest: «Aus rein psychiatrisch- psychotherapeutischer Sicht kann seit 1999 weder aufgrund der Akten noch aufgrund der Angaben der VP mit überwiegender Wahrscheinlichkeit von einer Arbeitsunfähigkeit von 20 % oder mehr im Fall der VP ausgegangen werden». Dr. med. C.____ kommt demnach in seiner Beurteilung zum Schluss, es liege keine Arbeitsunfähigkeit von 20 % oder mehr vor. Damit besteht auch kein Raum für einen behinderungsbedingten Abzug. Im Übrigen würde selbst bei einer Gewährung des Maximalabzuges von 25 % kein rentenrelevanter Invaliditätsgrad resultieren, weshalb sich diesbezüglich weitergehende Ausführungen erübrigen.

10. Abschliessend ist auf den Umstand einzugehen, dass der Beschwerdeführer im Zeitpunkt der Rentenaufhebung bereits mehr als 15 Jahre eine Rente bezog. Es ist deshalb zu prüfen, ob ihm eine Selbsteingliederung ohne vorgängige berufliche Massnahmen zumutbar ist.

10.1 Im Bereich der Invalidenversicherung gilt ganz allgemein der Grundsatz, dass die invalide Person, bevor sie Leistungen verlangt, alles ihr Zumutbare selber vorzukehren hat, um die Folgen ihrer Invalidität bestmöglich zu mildern (BGE 113 V 28 E. 4a mit Hinweisen). Von den Versicherten können jedoch nur Vorkehren verlangt werden, die unter Berücksichtigung der gesamten objektiven und subjektiven Gegebenheiten des Einzelfalles zumutbar sind (BGE 113 V 22 E. 4a S. 28 mit Hinweisen auf Lehre und Rechtsprechung; ZAK 1989 S. 214 E. 1c). Die Wiedereingliederung von Versicherten im fortgeschrittenen Alter oder nach invaliditätsbedingt langjährigem Fernbleiben von der Arbeitswelt ist oft schwierig. Laut ständiger Rechtsprechung ist zwar im Regelfall eine medizinisch attestierte Verbesserung der Arbeitsfähigkeit grundsätzlich auf dem Weg der Selbsteingliederung zu verwerten. Nach langjährigem Rentenbezug können jedoch ausnahmsweise Erfordernisse des Arbeitsmarktes der Anrechnung einer medizinisch vorhandenen Leistungsfähigkeit und medizinisch möglichen Leistungsentfaltung entgegenstehen, wenn aus den Akten einwandfrei hervorgeht, dass die Verwertung eines bestimmten Leistungspotenzials ohne

vorgängige Durchführung befähigender Massnahmen allein vermittels Eigenanstrengung der versicherten Person nicht möglich ist (Urteil 9C_163/2009 vom 10. September 2010 E. 4.1 und 4.2.2). Die Verwaltung muss sich vor der Herabsetzung oder Aufhebung einer Invalidenrente vergewissern, ob sich ein medizinisch-theoretisch wiedergewonnenes Leistungsvermögen ohne Weiteres in einem entsprechend tieferen Invaliditätsgrad niederschlägt oder ob dafür ■ ausnahmsweise ■ im Einzelfall eine erwerbsbezogene Abklärung (der Eignung, Belastungsfähigkeit usw.) und/oder die Durchführung von Eingliederungsmassnahmen im Rechtssinne vorausgesetzt ist (Urteil 9C_768/2009 vom 10. September 2010 E. 4.1.2). Wie das Bundesgericht mit Urteil 9C_228/2010 vom 26. April 2011 E. 3.3-3.5 entschieden hat, ist die Rechtsprechung gemäss 9C_163/2009 E. 4.2.2 grundsätzlich auf Fälle zu beschränken, in denen die revisions- oder wiedererwägungsweise Herabsetzung oder Aufhebung der Invalidenrente eine versicherte Person betrifft, welche das 55. Altersjahr zurückgelegt oder die Rente seit mehr als 15 Jahren bezogen hat.

Damit wird dem Umstand Rechnung getragen, dass diese Personen auf Grund ihres fortgeschrittenen Alters und/ oder der langen Rentendauer und der daraus folgenden langjährigen Arbeitsabstinenz in der Regel nicht selber in der Lage sind, sich dem Arbeitsmarkt zu stellen und sich dort selbständig wieder einzugliedern. Die Übernahme der beiden Abgrenzungskriterien (vgl. lit. a Abs. 4 der Schlussbestimmungen der Änderung vom 18. März 2011 [6. IV-Revision, erstes Massnahmenpaket]) bedeutet jedoch nicht, dass die betroffenen Rentnerinnen und Rentner einen Besitzstandsanspruch geltend machen könnten. Es wird ihnen lediglich, aber immerhin, zugestanden, dass die Rente grundsätzlich erst nach geleisteter Eingliederungshilfe eingestellt werden darf (erwähntes Urteil 9C_228/2010 vom 26. April 2011 E. 3.5, in: SVR 2011 IV Nr. 73 S. 220).

10.2 Die lange Abwesenheit vom Arbeitsmarkt und das fortgeschrittene Alter verbieten somit im vorliegenden Fall den Schluss, dass sich der Beschwerdeführer auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt ohne weiteres selbst eingliedern kann. Die Beschwerdegegnerin brachte zwar zusätzlich vor, dem Beschwerdeführer fehle dafür die erforderliche Motivation (A.S. 3) und verweist in diesem Zusammenhang auf das Revisionsgespräch vom 29. März 2011, worin der Beschwerdeführer kein Interesse an Massnahmen zur beruflichen Wiedereingliederung gezeigt habe. Ein Anspruch auf Massnahmen beruflicher Art setzt in der Tat voraus, dass neben der objektiven auch die subjektive Eingliederungsfähigkeit mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ausgewiesen ist (Urteil des Bundesgerichts 9C_726/2011 vom 1. Februar 2011 E. 5.1). Der Eingliederungswille des Beschwerdeführers kann indes nicht bereits deshalb verneint werden, weil er im Jahr 2011 berufliche Massnahmen ablehnte (vgl. dazu das Urteil des Bundesgerichts 8C_422/2012 vom 5. Oktober 2012 E. 4.2.2 + 4.3). Zwar gab der Beschwerdeführer auch anlässlich der Begutachtung durch Dr. med. C. ___ am 3. März 2015 (IV-Nr. 111.1) an, die körperlichen Scherzen seien dauerhaft vorhanden und würden zur vollständigen Arbeitsunfähigkeit führen. Ebenso führte er anlässlich der Begutachtung bei Dr. med. B. ___ am 13. Oktober 2014 (IV-Nr. 99.1) an, er könne mit seinen Schmerzen nicht mehr arbeiten. Die subjektive Krankheitsüberzeugung im Zeitpunkt des Revisionsgesprächs und der Begutachtungen genügt für sich allein jedoch nicht, mit Blick auf später durchzuführende Massnahmen die subjektive Eingliederungsfähigkeit in Abrede zu stellen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_368/2012 vom 28. Dezember 2012 E. 3.2). Zudem liegt keine mit dem von der Beschwerdegegnerin angerufenen Entscheid (Urteil 9C_231/2015 vom 7. September 2015 E. 4.2) vergleichbare Konstellation vor, worin sich

die versicherte Person wiederholt ablehnend und sehr dezidiert zur Frage der Wiedereingliederung geäußert hatte und selbst während des damaligen Beschwerdeverfahrens kein ernsthafter Wille der versicherten Person ersichtlich war, bei beruflichen Massnahmen mitwirken zu wollen. Im vorliegenden Fall fanden vor der Rentenaufhebung keine diesbezüglichen Abklärungen statt (immerhin hat sich der Beschwerdeführer vor seinem Umzug nach Bosnien beim RAV angemeldet, BB3) und aus den Akten ergibt sich auch nicht, dass eine Eingliederung von vornherein nicht erfolgversprechend wäre. Ist der Eingliederungsbedarf nicht geklärt worden, darf gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung (Urteil 9C_68/2015 vom 24. April 2015) und damit entgegen dem angefochtenen Entscheid nicht ohne weiteres auf berufliche Eingliederungsmassnahmen verzichtet werden. Eine in dieser Konstellation vorgenommene Renteneinstellung ohne vorgängige Durchführung beruflicher Massnahmen ist gemäss dem genannten Urteil des Bundesgerichts nur dann zulässig, wenn die IV-Stelle vorgängig ein Mahn- und Bedenkzeitverfahren (MBZV) nach Art. 21 Abs. 4 ATSG durchgeführt hat und die versicherte Person sich hiernach geweigert hat, an Eingliederungsmassnahmen teilzunehmen oder mitzuwirken. Da ein solches Mahn- und Bedenkzeitverfahren im vorliegenden Fall bislang nicht durchgeführt wurde, ist die Sache zu diesem Zweck in Gutheissung der Beschwerde an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Die Rente ist dem Beschwerdeführer vorderhand weiterhin auszurichten.

11. Bei diesem Verfahrensausgang besteht Anspruch auf eine Parteientschädigung, die von der Beschwerdegegnerin zu bezahlen ist.

Ist das Quantitative einer Leistung streitig, rechtfertigt eine «Überklagung» nach der in Rentenangelegenheiten ergangenen Rechtsprechung eine Reduktion der Parteientschädigung nur, wenn das ziffernmässig bestimmte Rechtsbegehren den Prozessaufwand beeinflusst hat (BGE 117 V 401 E. 2c S. 407). Bildet beispielsweise ein invalidenversicherungsrechtlicher Rentenanspruch Anfechtungs- und Streitgegenstand, führt demgemäss der Umstand allein, dass im Beschwerdeverfahren abweichend von dem auf eine ganze oder zumindest eine höhere Rente gerichteten Rechtsbegehren keine ganze oder aber eine geringere Rente als beantragt zugesprochen wird, noch nicht zu einer Reduktion der Parteientschädigung (Urteile 9C_580/2010 vom 16. November 2010 E. 4.1 und 9C_94/2010 vom 26. Mai 2010 E. 4.1 mit Hinweisen). Anders verhält es sich, wenn zusätzlich weitere Leistungen der Invalidenversicherung wie berufliche Massnahmen oder Taggeldleistungen beantragt worden sind, welchen nicht hätte entsprochen werden können (Urteil des Bundesgerichts 8C_568/2010 vom 3. Dezember 2010 E. 4.1).

Im vorliegenden Fall wird die Beschwerde lediglich in einem Nebenpunkt ■ Zurückweisung zur Durchführung des Mahn- und Bedenkzeitverfahrens ■ gutgeheissen. Die Beschwerdeschrift befasst sich nur am Schluss mit einer Rückweisung der Sache an die Beschwerdegegnerin. Zum überwiegenden Teil erfolgen in der Beschwerde Ausführungen bezüglich der beantragten Weiterausrichtung der Invalidenrente. Damit wurde der Prozessaufwand erheblich beeinflusst, weshalb es sich rechtfertigt, die Parteientschädigung um 2/3 auf 1/3 zu kürzen und dementsprechend dem Beschwerdeführer auch 2/3 der Verfahrenskosten aufzuerlegen.

In Anbetracht von Aufwand und Schwierigkeit des Prozesses ist die Parteientschädigung auf CHF 835.15 festzusetzen (10 Stunden zu CHF 230.00 [§ 160 Abs. 2 GT], zuzügl. Auslagen von CHF 19.85 und

E. 7

Anamnestisch Reizmagen-Syndrom Die Arbeitsfähigkeit sei, aus rein somatisch-rheumatologischer Sicht beurteilt, für die vom Versicherten früher in der Schweiz ausgeübten beruflichen Tätigkeiten, wie bereits im Gutachten vom 25. Juni 2011 erwähnt, nicht eingeschränkt. Für Haushaltsarbeiten mit einem leicht- bis mittelgradig körperlich belastenden Arbeitsprofil könne, aus rein somatisch-rheumatologischer Sicht beurteilt, ebenfalls keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit formuliert werden. 7.7 Im Bericht von Dr. med. L. ____, Facharzt für Anästhesiologie, des M. ____ vom 30. Oktober 2014 (IV-Nr. 103, S. 2) wurden folgende Diagnosen gestellt: - Persönlichkeitsstörung nicht näher bezeichnet ICD-F60.9 • V.a. Persönlichkeitsstörung - Schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen ICD-F32.3 - Lumboischialgie, Lumbosakralbereich ICD-M54A7 • Segmentale Funktionsstörungen ISG bds. • DD facettagen bei Beckenschiefstand • V.a. Beinverkürzung rechts / DD funktioneller Schiefstand - Lumboischialgie, Zervikalbereich ICD-M54.42 • referred pain der Facettengelenke C3 - 6 rechts - Familienzerrüttung durch Trennung oder Scheidung ICD-Z63.5 - Schwierigkeiten bei der kulturellen Eingewöhnung ICD-Z60.3 Weiter hielt Dr. med. L. ____ fest, im Gutachten von Dr. med. B. ____ werde weder auf die Pathologien in der Halswirbelsäule mit beidseitig foraminalen Einengungen und möglicher Beeinträchtigung der Wurzel C7 beidseits eingegangen noch auf die im MRI beschriebenen Veränderungen mit Uncovertebralarthrosen. Des Weiteren werde in dem Gutachten die Arbeitsfähigkeit des Patienten aus rein somatisch, rheumatologischen Erwägungen spekulativ eingeschätzt, ohne dass eine konkrete Testung der funktionellen Leistungsfähigkeit des Patienten erfolgt sei. Hier werde dringend empfohlen, eine objektivierbare Testung der funktionellen Leistungsfähigkeit unter der aktuellen Schmerzerkrankung einzuleiten. Aktuell gehe man davon aus, dass die psychiatrische Erkrankung des Patienten mit Verdacht auf Major Depression, Persönlichkeitsstörung, somatoforme Schmerzerkrankung und beginnende, kognitive Defizite die primäre Einschränkung der Arbeitsunfähigkeit bedinge. Hier werde dringend ein psychiatrisches Gutachten empfohlen. Zudem sei auch auf eine psychiatrische Behandlung des Patienten hinzuwirken. 7.8 Dr. med. N. ____, Praxis für Psychotherapie und Psychosomatik, stellte in ihrem Bericht vom 30. Oktober 2014 (IV-Nr. 111.3, S. 7) folgende Diagnosen: 1. Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD 10: F45.4, Dauerdiagnose) 2. Lumboischialgie (ICD 10: M54.4, Dauerdiagnose) 3. Lumboischialgie / Zervikalbereich (ICD 10: M56.42, Dauerdiagnose) 4. Alkohol Abhängigkeitssyndrom, ggf. abstinent (ICD 70: F10.20, Dauerdiagnose) 5. Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (ICD 10: F32.2, Dauerdiagnose) 6. Sonstige Probleme mit Bezug auf die Wohnbedingungen und die wirtschaftlichen Verhältnisse (ICD 10: Z59.8, Dauerdiagnose) Zumindest aktuell bestehe eine schwere depressive Episode. Zudem bestehe ein Verdacht auf eine somatoforme Schmerzstörung. Gegen diese Diagnose wehre sich der Patient, beharre auf einer somatischen Ursache seiner chronischen Schmerzen seit 1990. Seine familiäre und soziale Situation sei sehr prekär. Er versorge allein die beiden Adoptivöhne und sei jetzt in einer existenziellen Notlage, nachdem die IV-Rente aberkannt worden sei. Die bestehende schwerwiegende psychische Komorbidität sei bei der Begutachtung entweder übersehen oder unzureichend mitberücksichtigt worden. Eine Abklärung bezüglich der kognitiven Defizite sollte unbedingt erfolgen (Memory-Clinic, MRI). 7.9 Im Bericht der F. ____ vom 23. Januar 2015 (IV-Nr. 111.3, S. 2) wurde ausgeführt, der Beschwerdeführer habe seit vielen Jahren Schmerzen hauptsächlich im Nacken-Schulterbereich und im LWS-Bereich mit teilweise Ausstrahlungen in die Beine.

Aufgrund der langjährigen Schmerzen habe er sich in den letzten Jahren zunehmend weniger bewegt und habe an Gewicht zugenommen. Um eine Schmerzzunahme zu vermeiden, habe er auch weniger aktive Bewegungstherapien gemacht. Zurzeit mache er nur noch passiv Therapien, diese würden keinen nachhaltigen Effekt bezüglich der Schmerzintensität bringen. Aus den zur Verfügung stehenden bildgebenden Untersuchungen gehe hervor, dass hauptsächlich im- HWS-Bereich multiple degenerative Veränderungen mit Osteochondrose und Spondylarthrosen in allen Etagen bestünden. Dies erkläre auch das Schmerzbild des Versicherten mit Bewegungseinschränkungen der zervikalen Wirbelsäule und Schmerzen im Nacken-Schultergebiet. Diese Einschränkung sei für die Beeinträchtigung der Beweglichkeit der HWS verantwortlich. Der Patient sei durch seine langjährige Schmerzproblematik und durch die schwere psychosoziale und berufliche Situation seelisch stark beeinträchtigt. Versicherungstechnisch werde der Versicherte nur wechselbelastende Tätigkeit durchführen können, keine ausschliesslich sitzenden Tätigkeiten (Arbeiten am Fliessband, Arbeiten am Tisch). Die Schmerzproblematik bewirke auch eine entsprechende Reduktion der Leistungsfähigkeit des Versicherten, die im Rahmen eines interdisziplinären Gutachtens und hauptsächlich aus psychiatrischer Sicht neu beurteilt und untersucht werden müsste.

7.10 Im psychiatrischen Gutachten von Dr. med. C.____ vom 2. April 2015 (IV-Nr. 111.1) werden folgende Diagnosen gestellt: Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (F45.41) • mit dysthym-ärgerlicher Verstimmung • mit Abhängigkeitssyndrom von ärztlich verordneten Benzodiazepinen, gegenwärtiger Substanzgebrauch (F13.24) • bei sozialen Belastungen An der Einschätzung gemäss Diskussion im Gutachten vom 31. August 2012 sei auch im vorliegenden Gutachten festzuhalten. Die chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD 10 F45.41) sowie die dadurch im Fall des Beschwerdeführers erklärbaren objektiv gering ausgeprägten psychopathologischen Defizite begründeten aus rein psychiatrisch- psychotherapeutischer (medizinischer) Sicht keine relevante längerfristige Arbeitsunfähigkeit.

7.11 In ihrer Stellungnahme vom 3. Mai 2015 (IV-Nr. 115) führte Dr. med. N.____ aus, der objektive psychiatrische Befund sei im Gutachten trotz Hinweis auf AMDP in der Fussnote wenig systematisch verfasst und nicht vollständig. Zum Beispiel fehle eine Beschreibung der Persönlichkeit des Patienten, wie es die Qualitätsleitlinien für psychiatrische Gutachten in der Eidgenössischen Invalidenversicherung fordern würden. Ein ausführlicher klinisch-psychiatrischer Befund sei obligatorisch, einschliesslich eines Status nach AMDP, zusätzlich sei eine Beschreibung der Persönlichkeit erforderlich. Auch vermischten sich Interpretationen des Gutachters, z.B. das Gangbild werde im Verlauf der Untersuchung fliessend, Hinweise auf dauerhaft quälende Schmerzen seien nicht objektivierbar. Zudem seien die subjektiven Klagen des Patienten nicht gewürdigt worden. Schliesslich fehle im Gutachten von Dr. med. C.____ vom 2. April 2015 eine umfassende Beurteilung der Funktionsfähigkeit des Patienten, z.B. mittels eines Mini-ICF-APP, die eine differenziertere Sichtweise (auch der Ressourcen des Patienten) erlauben würde.

7.12 In seiner Stellungnahme vom 9. Juni 2015 (IV-Nr. 122) hielt Dr. med. C.____ fest, der objektive psychopathologische Befund werde im Gutachten unter Punkt 3. vollständig, mit Bezug zum AMDP- System und ohne Interpretation dargestellt. Die hierzu gegenteilige Meinung von Dr. med. N.____ sei nicht kritisch nachvollziehbar. Die Beschreibung des Gangbilds als «fliessend» sei beispielsweise bildhaft und nicht interpretierend. Die Klagen der versicherten Person würden im Gutachten ausführlich erhoben, beschrieben und als subjektive Beschwerden gewürdigt (vgl. im Gutachten unter Punkt 1. und Punkt 5.). Die von der behandelnden Ärztin eingegangene

Position (Seite 3/5 unten) sei zwar aus therapeutischer Sicht verständlich, lasse jedoch eine (gutachterlich notwendige) ausreichende fachliche Distanz zur versicherten Person vermissen. Dr. med. N.____ weise ausserdem beispielhaft auf die Möglichkeit der Nutzung weiterer halbstrukturierter Beschreibungsinstrumente (hier: Mini-ICF-APP) hin, um die Funktionsfähigkeit der versicherten Person zu beschreiben (Seite 5/5 oben). Es begründeten im konkreten Fall der versicherten Person jedoch (weiterhin) die chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD 10 F45.41) sowie die dadurch im Fall der versicherten Person erklärbaren objektiv gering ausgeprägten psychopathologischen Defizite aus rein psychiatrisch-psychotherapeutischer (medizinischer) Sicht keine relevante längerfristige Arbeitsunfähigkeit. Diese Tatsache sei unabhängig von der Art der Befund- und Beschwerdedarstellung. 8. Die Beschwerdegegnerin stützt ihren Entscheid im Wesentlichen auf das Gutachten von Dr. med. B.____ im Bereich Rheumatologie/Innere Medizin vom 16. Oktober 2014 (IV-Nr. 99.1) sowie auf das psychiatrische Gutachten von Dr. med. C.____ vom 2. April 2015 (IV-Nr. 111.1), weshalb vorab deren Beweiswert zu prüfen ist. 8.1 Diesbezüglich kann festgehalten werden, dass die Gutachten der Dres. B.____ und C.____ für die streitigen Belange umfassend sind, auf allseitigen Untersuchungen beruhen, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigen, in Kenntnis sämtlicher Vorakten abgegeben worden sind und in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtend sind. Ebenso sind die Schlussfolgerungen der Experten begründet (vgl. BGE 122 V 160). 8.2 Im rheumatologischen Gutachten von Dr. med. B.____ vom 16. Oktober 2014 wird schlüssig dargelegt, dass die vom Versicherten geschilderten Beschwerden weiterhin, wie bereits anlässlich der Erstbegutachtung vom 25. Juni 2011, auf vordergründig nicht somatisch abstützbare Rückenbeschwerden hinweisen würden, insbesondere wenn berücksichtigt werde, dass der Placebo-Effekt auf der visuellen Analog-Skala 4 - 5 Punkte ausmachen könne und dass somatisch abstützbare Beschwerden mit eindeutig schmerzverstärkenden respektive schmerzlindernden Mechanismen einhergehen würden. Während der klinischen Untersuchung habe der Versicherte eine schmerzvermittelnde Mimik und Gestik entwickelt, im Rahmen derer 3 der 5 Waddell-Zeichen, als Hinweis auf nicht organisch abstützbare Beschwerden, demonstriert worden seien. Auch die schmerzvermittelnde Mimik und Gestik könne vordergründig nicht mit einem bekannten somatisch-pathologischen Krankheitsbild begründet werden. Somit ergebe sich auch diesbezüglich anlässlich dieser aktuellen Begutachtung kein neuer Aspekt. Des Weiteren könnten an den oberen Extremitäten keine klinisch-pathologischen Befunde und kein Hinweis auf eine funktionelle Einschränkung objektiviert werden. Insbesondere bestünden auch keine Hinweise auf eine Läsion der Rotatorenmanschette, auf eine subacromiale Sehneneinklemmungsproblematik, auf eine entzündliche Veränderung, auf eine periphere Nerveneinklemmungsproblematik, wie zum Beispiel auf ein Karpaltunnel-Syndrom oder auf eine Arthrose. Weiter führt Dr. med. B.____ überzeugend aus, im Bereich der Wirbelsäule schildere der Versicherte die Bewegungen aller axialen Bewegungssegmente, betont zervikal und lumbal, in allen Ebenen als circa gleich schmerzhaft, unabhängig davon, ob die Untersuchung in aufrechter, stehender oder sitzender Körperhaltung, in der die axialen Bewegungssegmente durch das Körpergewicht belastet würden, oder in möglichst entspannter, liegender Körperhaltung, in der die Bewegungssegmente entlastet seien, erfolge. Dies weise auf vordergründig nicht somatisch abstützbare Beschwerden hin, denn für diese sei zu erwarten, dass die eine Bewegungsrichtung als eindeutig schmerzhafter geschildert werde als die andere. Insofern

relativiere sich die Bedeutung von allenfalls objektivierbaren somatisch-pathologischen Befunden. In der klinischen Untersuchung könne in keinem axialen Bewegungssegment eine Bewegungseinschränkung oder eine relevante Fehllhaltung objektiviert werden. Die Palpation der paravertebralen Weichteile der ganzen Wirbelsäule werde ausschliesslich im zerviko-thorakalen Übergang und tieflumbal als schmerzhaft beschrieben, ohne dass ein korrelierender Weichteilbefund, wie beispielsweise eine Myogelose oder ein Triggerpunkt, objektiviert werden könne. Anamnestisch und klinisch bestünden keine Hinweise auf ein radikuläres Reiz- oder Ausfallsyndrom, einen symptomatisch engen Spinalkanal, einen Nervendehnungsschmerz oder auf eine Irritation/Kompression des Gefäss-Nervenbündels, zum Beispiel im Sinne einer Thoracic-Outlet-Komponente. Im vorliegenden Bericht der MRI-Abklärung der Halswirbelsäule vom 10. September 2013 werde in der Befundbeschreibung keine Neuro- oder Myelonkompression beschrieben. In der Beurteilung erwähne der beurteilende Radiologe ein Postulat, indem er auf eine «mögliche Reizung der Wurzel C7 links foraminal» hinweise. Die Aufgabe eines Radiologen sei die Befunde exakt zu beschreiben. Die mitgebrachte MRI-Abklärung der Brustwirbelsäule vom 24. April 2013 dokumentiere weitgehend normale Befunde mit höchstens leichtgradigen Deck- und Bodenplattenunregelmässigkeiten im mittleren und unteren Brustwirbelsäulen-Drittel, die mit einer Dysplasie der Osteochondrosis juvenilis Scheuermann vereinbar seien. Bezüglich derartiger radiologisch-pathologischer Befunde verweise er, Dr. med. B.____, auf die epidemiologische Datenlage. Demnach könnten Rückenschmerzen dann auf eine Osteochondrosis juvenilis Scheuermann abgestützt werden, wenn sie vor dem 14. bis 16. Lebensjahr eingesetzt hätten. Dies treffe bei diesem Versicherten nicht zu. Diese MRI-Befunde der Osteochondrosis juvenilis Scheuermann seien zudem derart diskret ausgeprägt, dass sie in den ergänzend durchgeführten konventionellradiologischen Aufnahmen nicht zur Darstellung gelangt seien. Im vorliegenden Bericht der MRI-Abklärung der Lendenwirbelsäule vom 28. Oktober 2013 würden diskrete degenerative Veränderungen erwähnt und summarisch werde als Befund erwähnt: «insgesamt altersentsprechender Befund». Die aktualisierten Röntgenaufnahmen der ganzen Wirbelsäule dokumentierten zervikal im Vergleich zu den mitgebrachten Voraufnahmen vom 23. Juni 2011 neu eine leichtgradig und als altersentsprechend einzustufende Osteochondrose von HWK6/7 und thorakal und lumbal weiterhin keinen Hinweis auf eine relevante Fehllhaltung, auf eine Arthrose oder auf eine entzündliche Veränderung. Gestützt auf die umfassende Befund- und Anamneseerhebungen von Dr. med. B.____ vermag schliesslich auch dessen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit zu überzeugen, wonach die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers, aus rein somatisch-rheumatologischer Sicht beurteilt, für die von ihm früher in der Schweiz ausgeübten beruflichen Tätigkeiten nicht eingeschränkt ist. In somatischer Sicht liegt damit mit dem Gutachten von Dr. med. B.____ vom 16. Oktober 2014 eine voll beweiskräftige Beurteilung vor, zumal auch die übrigen somatisch orientierten Arztberichte keine objektivierbaren Befunde ergaben, welche die Beschwerden vollständig erklären könnten. In den meisten Berichten ist von altersentsprechenden Befunden die Rede oder von relativ leichten Auffälligkeiten. Die widersprechende Einschätzung von Dr. med. L.____ (IV-Nr. 103) stammt nicht von einem entsprechenden Spezialarzt, zudem geht auch er letztlich davon aus, es stünden psychische Faktoren im Vordergrund. Die von ihm vorgeschlagene Testung der funktionellen Leistungsfähigkeit ist mit Blick auf die verschiedentlich erwähnte Verdeutlichungstendenz des Beschwerdeführers kaum weiterführend. Zudem geht aus den Ausführungen von Dr. med. L.____ hervor, dass er die Beibehaltung der Rente vor

allem aus therapeutischen Gründen für sinnvoll hält, weil der Entzug der Rente zu einer Lebenskrise beim Beschwerdeführer führen könnte (vgl. IV-Nr. 103 S. 3), was den Beweiswert seiner Aussagen dementsprechend zusätzlich relativiert. 8.3 Im psychiatrischen Gutachten von Dr. med. C. ___ vom 2. April 2015 wird überzeugend dargelegt, dass aus rein psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht nicht von einer Arbeitsunfähigkeit von 20 % oder mehr ausgegangen werden könne. Dr. med. C. ___ legt nachvollziehbar dar, dass an der Einschätzung gemäss Diskussion im Gutachten vom 31. August 2012 auch im vorliegenden Gutachten festzuhalten sei. Die chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD 10 F45.41) sowie die dadurch im Fall des Beschwerdeführers erklärbaren objektiv gering ausgeprägten psychopathologischen Defizite begründeten aus rein psychiatrisch-psychotherapeutischer (medizinischer) Sicht weiterhin keine relevante längerfristige Arbeitsunfähigkeit. Auch die ICD-10 Kriterien einer depressiven Episode seien weiterhin nicht erfüllt. Es fehlten für F32/F33 beispielsweise die Eingangskriterien einer dauerhaften Hemmung der Psychomotorik und einer wesentlichen Verminderung der affektiven Schwingungsfähigkeit. Auch der Schweregrad erreiche nicht das notwendige Ausmass. Beim Beschwerdeführer bestünden keine der genannten Symptome in ausreichender Schwere, bzw. in ausreichender Länge, um beispielsweise eine lang dauernde depressive Episode zumindest leichten Grades diagnostizieren zu können. Das in den Akten beschriebene dysthyme Syndrom und die anlässlich der aktuellen Untersuchung erkennbare dysthym-ärgerliche Verstimmung des Beschwerdeführers seien als normalpsychologische Reaktion, insbesondere im Zusammenhang des Unmuts über den IV-Vorbescheid vom Juli 2013, einzuordnen. Sie genügten nicht, um eine depressive Episode gemäss ICD-10 zu begründen. Eine allfällige zusätzliche Arbeitsunfähigkeit sei aus rein psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht somit nicht begründbar. Im Fall des Beschwerdeführers seien aus psychiatrisch-psychotherapeutischer (medizinischer) Sicht (weiterhin) keine besonderen Hinweise vorhanden, die schwere Defizite aufgrund seines Gesundheitsschadens und / oder eine Unzumutbarkeit der Überwindung begründen könnten (beispielsweise durch krankheitsbedingt fehlende Ressourcen und / oder durch eine fehlende Kapazität zur Verarbeitung innerpsychischer Konflikte). Eine zur chronischen Schmerzstörung psychisch ausgewiesene erheblich schwere, ausgeprägte, dauerhafte und intensive Komorbidität sei nicht zu erkennen (die dysthym-ärgerliche Verstimmung des Beschwerdeführers sei weit überwiegend Teil des Schmerzerlebens, bzw. Ausdruck sozialer Belastungen und eines Rentenwunsches). Ein vollständiger sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens könne weiterhin nicht angenommen werden (so gehe der Beschwerdeführer beispielsweise einkaufen, betreue Kinder, gehe auf Reisen, treffe Kollegen/Verwandte/Nachbarn). Ein verfestigter, therapeutisch nicht mehr angehbarer innerseelischer Verlauf einer Konfliktbewältigung bestehe ebenfalls nicht, weil hierfür weiterhin keine differenzierten nachvollziehbaren fachärztlichen Angaben vorlägen, diese sich aus den Akten auch nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit herleiten liessen und anlässlich der aktuellen Untersuchung weiterhin keine entsprechenden Hinweise zu finden seien. Es seien jedoch vielfältige soziale Faktoren bekannt, die die Motivation zur Leistungssteigerung deutlich beeinträchtigen würden. Sie und eine Verdeutlichungstendenz erklärten auch weit überwiegend die anlässlich der aktuellen Untersuchung unverändert erkennbare Diskrepanz zwischen der subjektiv wahrgenommenen und der objektivierbaren Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers. Zudem setzt sich Dr. med. C. ___ einleuchtend mit den entgegengesetzten Ansichten von Dr. med. N. ___ auseinander (vgl. auch die

Stellungnahme von Dr. med. C.____ vom 9. Juni 2015; E. II 7.12 hiervor): Dr. med. N.____ bestätige die Hauptdiagnose gemäss ICD-10 Kategorie F45.4. Sie attestiere darüber hinaus eine - zu diesem Zeitpunkt schwer ausgeprägte - depressive Episode (F32.2), ohne diese Diagnose jedoch mit Bezug zum Klassifikationssystem differenziert zu beschreiben und/oder zu diskutieren. Aufgrund des Berichts sei eine unspezifische Verhaltensauffälligkeit bei einem dysthymen Syndrom erkennbar, was als normalpsychologische Reaktion insbesondere im Zusammenhang des Unmuts des Beschwerdeführers über den IV-Vorbescheid vom Juli 2013 einzuordnen sei. Diese Reaktion genüge nicht, um eine depressive Episode gemäss ICD-10 zu begründen. Gemäss Bericht vom 22. März 2015 habe sich das depressive Syndrom gegenwärtig «etwas gebessert». Weitere Angaben zum Verlauf nach Oktober 2014 würden nicht formuliert. Eine zur chronischen Schmerzstörung ausgewiesene erheblich schwere, ausgeprägte, dauerhafte und intensive psychische Komorbidität sei somit nicht zu erkennen. 8.3.1 Dr. med. C.____ stellte in seinem Gutachten unter anderem die Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41). Das Bundesgericht hat mit Urteil BGE 141 V 281 vom 3. Juni 2015 seine Praxis zur anhaltenden somatoformen Schmerzstörung und den vergleichbaren unklaren Beschwerdebildern (Fibromyalgie, Schleudertrauma, chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren, etc.) geändert. Diese neue Rechtsprechung ist auch auf alle hängigen Fälle anwendbar. Gemäss diesem Urteil soll der Gutachter einerseits stärker darauf achten, die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung etc. so zu begründen, dass die Rechtsanwender nachvollziehen können, ob die klassifikatorischen Vorgaben nach ICD-10 tatsächlich eingehalten sind (Urteil E. 2.1); das Augenmerk ist namentlich auch auf Ausschlussgründe wie Aggravation zu richten (E. 2.2). Andererseits besteht keine Vermutung mehr, dass eine somatoforme Schmerzstörung mit einer Willensanstrengung überwunden werden kann, 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) Wie das Bundesgericht mit Hinweis auf BGE 137 V 210 weiter festhält, verlieren gemäss altem Verfahrensstandard eingeholte Gutachten nicht per se ihren Beweiswert. Vielmehr ist im Rahmen einer gesamthaften Prüfung des Einzelfalls mit seinen spezifischen Gegebenheiten und den erhobenen Rügen entscheidend, ob ein abschliessendes Abstellen auf die vorhandenen Beweisgrundlagen vor Bundesrecht standhält. In sinngemässer Anwendung auf die nunmehr materiell-beweisrechtlich geänderten Anforderungen ist in jedem einzelnen Fall zu prüfen, ob die beigezogenen administrativen und/oder gerichtlichen Sachverständigengutachten - gegebenenfalls im Kontext mit weiteren fachärztlichen Berichten - eine schlüssige Beurteilung im Lichte der

massgeblichen Indikatoren erlauben oder nicht. Je nach Abklärungstiefe und -dichte kann zudem unter Umständen eine punktuelle Ergänzung genügen (Urteil des Bundesgerichts 9C_492/2014 vom 3. Juni 2015, E. 8). 8.3.2 Es stellt sich somit vorliegend die Frage, ob das Gutachten von Dr. med. C.____ vom 2. April 2015 im Lichte der vorgehenden Ausführungen auch den Anforderungen der neuen Rechtsprechung standhält, nachdem sich dieser nicht explizit zu den vorgenannten Kriterien geäussert hat. Dies ist vorliegend der Fall: Hinsichtlich des Indikators «Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde» ist dem Gutachten von Dr. med. C.____ zu entnehmen, dass die objektivierbaren psychopathologischen Befunde anlässlich der Untersuchung am 3. März 2015 gering ausgeprägt seien. Bereits in seinem Gutachten vom 31. August 2012 (IV-Nr. 74.1, S. 18) – auf welches Dr. med. C.____ im Gutachten vom 2. April 2015 ebenfalls verweist – wurde festgehalten, die Ausprägung der Störung sei beim Beschwerdeführer im Vergleich zu ähnlichen Störungsbildern als objektiv maximal leicht einzustufen (beispielsweise erhaltene, bzw. wieder gewonnene Fähigkeit, alltägliche Verrichtungen ausüben zu können, Haushalt zu führen und am sozialen Leben teilzuhaben, Verdeutlichungstendenz). Weiter führte Dr. med. C.____ im Gutachten vom 2. April 2015 aus, aus psychiatrisch-psychotherapeutischer (medizinischer) Sicht seien keine besonderen Hinweise vorhanden, die schwere Defizite aufgrund eines Gesundheitsschadens und / oder eine Unzumutbarkeit zu deren Überwindung begründen könnten. Es seien jedoch vielfältige soziale Faktoren bekannt, die die Motivation zur Leistungssteigerung deutlich beeinträchtigen würden. Sie und eine Verdeutlichungstendenz erklärten auch weit überwiegend die anlässlich der aktuellen Untersuchung unverändert erkennbare Diskrepanz zwischen der subjektiv wahrgenommenen und der objektivierbaren Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers. Zum Indikator «Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz» geht aus dem Gutachten und den Akten hervor, dass seit 2006 keine ernsthafte psychiatrische Behandlung mehr stattfand. Bis dahin sei die damals behandelnde Ärztin Dr. med. O.____ gemäss den Angaben des Beschwerdeführers hilfreich gewesen und die Behandlung habe zu einer Verbesserung seines Gesundheitszustandes geführt (IV-Nr. 74.1 S. 7 und S. 21). Ab 2007 wurden nur noch unregelmässige Behandlung bei Dr. med. P.____ durchgeführt. Der Beschwerdeführer sei enttäuscht gewesen, weil Dr. med. P.____ keinen Bericht zur Rentenrevision habe schreiben wollen (IV-Nr. 74.1 S. 8). Ab 30. Oktober 2014 befand er sich sodann in Therapie bei Dr. med. N.____, die aber offenbar auch nur vorübergehend war. Seit 2016 befindet sich der Beschwerdeführer anscheinend in Behandlung bei Dr. med. Q.____ in [...] (Bericht vom 3. Mai 2017). Eingliederungen wurden gemäss Aktenlage nicht versucht. Berufliche Massnahmen wären dem Beschwerdeführer aus psychiatrischer Sicht zumutbar (IV-Nr. 111.1, S. 19). Hinsichtlich des Komplexes «Persönlichkeit» und allfälliger Komorbiditäten geht aus den Akten und dem Gutachten von Dr. med. C.____ hervor, dass keine Komorbiditäten vorliegen. Somatisch bestehen weitgehend altersentsprechende Befunde und psychisch nur Befunde, die der Gutachter als Begleitsymptome zur Schmerzstörung interpretiert. Eine zur chronischen Schmerzstörung ausgewiesene erheblich schwere, ausgeprägte, dauerhafte und intensive psychische Komorbidität sei nicht zu erkennen. Die dysthym-ärgerliche Verstimmung des Beschwerdeführers sei weit überwiegend Teil des Schmerzerlebens, bzw. Ausdruck sozialer Belastungen und eines Rentenwunsches. Zudem seien beim Beschwerdeführer aus psychiatrisch-psychotherapeutischer (medizinischer) Sicht (weiterhin) keine besonderen Hinweise vorhanden, die schwere Defizite aufgrund eines Gesundheitsschadens und / oder eine Unzumutbarkeit zu deren Überwindung begründen könnten (beispielsweise durch

krankheitsbedingt fehlende Ressourcen und/ oder durch eine fehlende Kapazität zur Verarbeitung innerpsychischer Konflikte). Zum Komplex «sozialer Kontext» ist dem Gutachten und den Akten zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer mit seinen zwei Söhnen zusammenlebt, den Alltag strukturiert verbringt und verschiedene Kontakte hat, u.a. war er auch mehrmals mit Kindern und Cousin im Camper verreist (IV-Nr. 111.1 S. 7). Er schafft den Haushalt und kann Reisen unternehmen, gemäss den neueren Akten ist er inzwischen nach [...] umgezogen und hat die Söhne mitgenommen, was auch eine erhebliche organisatorische Leistung bedingt. Man kann also nicht von einem minimalen Aktivitätsniveau in allen Lebensbereichen sprechen. Der Beschwerdeführer erlangte, wie aus den Akten ersichtlich, auch die Zustimmung der KESB zu seinem Umzug mit den Söhnen nach [...] und schaffte es, dass seine Niederlassungsbewilligung für 4 Jahre reserviert wurde. Er ist also durchaus in der Lage, ihm wichtig scheinende Anliegen durchzusetzen. Schliesslich geht aus dem Gutachten hinsichtlich der Kategorie «Konsistenz» hervor, dass vielfältige soziale Faktoren bekannt seien, die die Motivation zur Leistungssteigerung deutlich beeinträchtigen würden. Diese und eine Verdeutlichungstendenz erklärten auch weit überwiegend die anlässlich der aktuellen Untersuchung unverändert erkennbare Diskrepanz zwischen der subjektiv wahrgenommenen und der objektivierbaren Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers. Die aus den Akten ersichtlichen Behandlungen der letzten Jahre umfassten regelmässige (offenbar einmal pro Monat) ambulante Therapien in der Schmerzklinik und höchstens gelegentliche psychotherapeutische Gespräche. Dies spricht demnach eher gegen einen sehr hohen Leidensdruck.

8.3.3 Nach dem Gesagten erweist sich das Gutachten von Dr. med. C.____ auch im Lichte der neuen bundesgerichtlichen Schmerzrechtsprechung als beweiswertig und es kann auf die schlüssigen Ausführungen zum Leistungsvermögen des Beschwerdeführers abgestellt werden. Die dem Gutachten entgegenstehenden Berichte behandelnder Ärzte vermögen den Beweiswert des Gutachtens nicht zu vermindern. Es liegt zudem keine auf langjähriger Behandlung beruhende widersprechende ärztliche Aussage vor. Wie erwähnt hat der Beschwerdeführer von 1999 bis 2006 eine psychiatrische Behandlung besucht, die auch zu einer gewissen Verbesserung führte, ab 2007 war es dann eine wenig intensive Behandlung bei Dr. med. P.____, dann wohl gar keine Behandlung, zuletzt die Therapie bei Dr. med. N.____. Fachärztliche Berichte, die dem Gutachter widersprechen würden und dies mit substanziierten Feststellungen, die im Gutachten unerkannt oder ungewürdigt geblieben wären, sind nicht ersichtlich. Dr. med. N.____ kannte die Vorakten nicht (vgl. IV-Nr. 115 S. 2). Zudem verfügt sie offenbar nicht über einen psychiatrischen Facharztstitel, sondern gemäss www.admin.medregom.ch über Weiterbildungen in Anästhesiologie, psychosomatischer und psychosozialer Medizin, delegierter Psychotherapie und medizinischer Hypnose. Schliesslich vermögen die von Dr. med. L.____ gestellten abweichenden psychiatrischen Diagnosen die Beurteilung von Dr. med. C.____ ebenfalls nicht in Frage zu stellen, zumal Dr. med. L.____ Anästhesist ist und ebenfalls nicht über einen psychiatrischen Facharztstitel verfügt.

8.4 Im Übrigen ist entgegen der Rüge des Beschwerdeführers festzuhalten, dass die beiden neuen Gutachten nicht deshalb veranlasst wurden, weil die Beschwerdegegnerin der Ansicht war, dass diese nicht beweiswertig sind, sondern weil eine allfällige gesundheitliche Verschlechterung seit der letzten Begutachtung zur Diskussion stand. So wurden nach Erlass des Vorbescheids vom 29. Juli 2013 weitere medizinische Unterlagen eingereicht und eingeholt: Unter anderem Berichte betreffend MRT LWS und BWS (IV-Nr. 99.3). In der Folge kam der RAD zum Schluss, es sei ein weiteres rheumatologisches Gutachten von Dr. med. B.____

notwendig (IV-Nr. 93). Das Gutachten erging am 16. Oktober 2014 (IV-Nr. 99.1). Sodann hielt der RAD mit Stellungnahme vom 11. November 2014 (IV-Nr. 105) fest, Dr. med. L.____ weise in seinem Bericht vom 3. Oktober 2014 (IV-Nr. 103, S. 2) auf eine sich verschlechternde psychiatrische Problematik hin. Somit sei ein weiteres psychiatrisches Gutachten bei Dr. med. C.____ zu veranlassen (IV-Nr. 111.1). 9. Sodann rügt der Beschwerdeführer, die Berechnung des IV-Grades sei ebenfalls nicht korrekt. Insbesondere sei nicht nachvollziehbar, warum kein leidensbedingter Abzug vorgenommen worden sei. Diesbezüglich ist vorweg festzuhalten, dass die Beschwerdegegnerin in ihrem angefochtenen Entscheid fälschlicherweise davon ausging, der Beschwerdeführer sei in seiner Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht zu 20 % eingeschränkt. So kann dem Gutachten von Dr. med. C.____, auf welches sich die Beschwerdegegnerin bei ihrem Entscheid stützt, eine solche Einschränkung nicht entnommen werden. Vielmehr hielt Dr. med. C.____ fest: «Aus rein psychiatrisch- psychotherapeutischer Sicht kann seit 1999 weder aufgrund der Akten noch aufgrund der Angaben der VP mit überwiegender Wahrscheinlichkeit von einer Arbeitsunfähigkeit von 20 % oder mehr im Fall der VP ausgegangen werden». Dr. med. C.____ kommt demnach in seiner Beurteilung zum Schluss, es liege keine Arbeitsunfähigkeit von 20 % oder mehr vor. Damit besteht auch kein Raum für einen behinderungsbedingten Abzug. Im Übrigen würde selbst bei einer Gewährung des Maximalabzuges von 25 % kein rentenrelevanter Invaliditätsgrad resultieren, weshalb sich diesbezüglich weitergehende Ausführungen erübrigen. 10. Abschliessend ist auf den Umstand einzugehen, dass der Beschwerdeführer im Zeitpunkt der Rentenaufhebung bereits mehr als 15 Jahre eine Rente bezog. Es ist deshalb zu prüfen, ob ihm eine Selbsteingliederung ohne vorgängige berufliche Massnahmen zumutbar ist. 10.1 Im Bereich der Invalidenversicherung gilt ganz allgemein der Grundsatz, dass die invalide Person, bevor sie Leistungen verlangt, alles ihr Zumutbare selber vorzukehren hat, um die Folgen ihrer Invalidität bestmöglich zu mildern (BGE 113 V 28 E. 4a mit Hinweisen). Von den Versicherten können jedoch nur Vorkehrungen verlangt werden, die unter Berücksichtigung der gesamten objektiven und subjektiven Gegebenheiten des Einzelfalles zumutbar sind (BGE 113 V 22 E. 4a S. 28 mit Hinweisen auf Lehre und Rechtsprechung; ZAK 1989 S. 214 E. 1c). Die Wiedereingliederung von Versicherten im fortgeschrittenen Alter oder nach invaliditätsbedingt langjährigem Fernbleiben von der Arbeitswelt ist oft schwierig. Laut ständiger Rechtsprechung ist zwar im Regelfall eine medizinisch attestierte Verbesserung der Arbeitsfähigkeit grundsätzlich auf dem Weg der Selbsteingliederung zu verwerten. Nach langjährigem Rentenbezug können jedoch ausnahmsweise Erfordernisse des Arbeitsmarktes der Anrechnung einer medizinisch vorhandenen Leistungsfähigkeit und medizinisch möglichen Leistungsentfaltung entgegenstehen, wenn aus den Akten einwandfrei hervorgeht, dass die Verwertung eines bestimmten Leistungspotenzials ohne vorgängige Durchführung befähigender Massnahmen allein mittels Eigenanstrengung der versicherten Person nicht möglich ist (Urteil 9C_163/2009 vom 10. September 2010 E. 4.1 und 4.2.2). Die Verwaltung muss sich vor der Herabsetzung oder Aufhebung einer Invalidenrente vergewissern, ob sich ein medizinisch-theoretisch wiedergewonnenes Leistungsvermögen ohne Weiteres in einem entsprechend tieferen Invaliditätsgrad niederschlägt oder ob dafür – ausnahmsweise – im Einzelfall eine erwerbsbezogene Abklärung (der Eignung, Belastungsfähigkeit usw.) und/oder die Durchführung von Eingliederungsmassnahmen im Rechtssinne vorausgesetzt ist (Urteil 9C_768/2009 vom 10. September 2010 E. 4.1.2). Wie das Bundesgericht mit Urteil 9C_228/2010 vom 26. April 2011 E. 3.3-3.5 entschieden hat, ist die Rechtsprechung gemäss 9C_163/2009 E. 4.2.2

grundsätzlich auf Fälle zu beschränken, in denen die revisions- oder wiedererwägungsweise Herabsetzung oder Aufhebung der Invalidenrente eine versicherte Person betrifft, welche das 55. Altersjahr zurückgelegt oder die Rente seit mehr als 15 Jahren bezogen hat. Damit wird dem Umstand Rechnung getragen, dass diese Personen auf Grund ihres fortgeschrittenen Alters und/ oder der langen Rentendauer und der daraus folgenden langjährigen Arbeitsabstinenz in der Regel nicht selber in der Lage sind, sich dem Arbeitsmarkt zu stellen und sich dort selbständig wieder einzugliedern. Die Übernahme der beiden Abgrenzungskriterien (vgl. lit. a Abs. 4 der Schlussbestimmungen der Änderung vom 18. März 2011 [6. IV-Revision, erstes Massnahmenpaket]) bedeutet jedoch nicht, dass die betroffenen Rentnerinnen und Rentner einen Besitzstandsanspruch geltend machen könnten. Es wird ihnen lediglich, aber immerhin, zugestanden, dass die Rente grundsätzlich erst nach geleisteter Eingliederungshilfe eingestellt werden darf (erwähntes Urteil 9C_228/2010 vom 26. April 2011 E. 3.5, in: SVR 2011 IV Nr. 73 S. 220).

10.2 Die lange Abwesenheit vom Arbeitsmarkt und das fortgeschrittene Alter verbieten somit im vorliegenden Fall den Schluss, dass sich der Beschwerdeführer auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt ohne weiteres selbst eingliedern kann. Die Beschwerdegegnerin brachte zwar zusätzlich vor, dem Beschwerdeführer fehle dafür die erforderliche Motivation (A.S. 3) und verweist in diesem Zusammenhang auf das Revisionsgespräch vom 29. März 2011, worin der Beschwerdeführer kein Interesse an Massnahmen zur beruflichen Wiedereingliederung gezeigt habe. Ein Anspruch auf Massnahmen beruflicher Art setzt in der Tat voraus, dass neben der objektiven auch die subjektive Eingliederungsfähigkeit mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ausgewiesen ist (Urteil des Bundesgerichts 9C_726/2011 vom 1. Februar 2011 E. 5.1). Der Eingliederungswille des Beschwerdeführers kann indes nicht bereits deshalb verneint werden, weil er im Jahr 2011 berufliche Massnahmen ablehnte (vgl. dazu das Urteil des Bundesgerichts 8C_422/2012 vom 5. Oktober 2012 E. 4.2.2 + 4.3). Zwar gab der Beschwerdeführer auch anlässlich der Begutachtung durch Dr. med. C.____ am 3. März 2015 (IV-Nr. 111.1) an, die körperlichen Scherzen seien dauerhaft vorhanden und würden zur vollständigen Arbeitsunfähigkeit führen. Ebenso führte er anlässlich der Begutachtung bei Dr. med. B.____ am 13. Oktober 2014 (IV-Nr. 99.1) an, er könne mit seinen Schmerzen nicht mehr arbeiten. Die subjektive Krankheitsüberzeugung im Zeitpunkt des Revisionsgesprächs und der Begutachtungen genügt für sich allein jedoch nicht, mit Blick auf später durchzuführende Massnahmen die subjektive Eingliederungsfähigkeit in Abrede zu stellen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_368/2012 vom 28. Dezember 2012 E. 3.2). Zudem liegt keine mit dem von der Beschwerdegegnerin angerufenen Entscheid (Urteil 9C_231/2015 vom 7. September 2015 E. 4.2) vergleichbare Konstellation vor, worin sich die versicherte Person wiederholt ablehnend und sehr dezidiert zur Frage der Wiedereingliederung geäußert hatte und selbst während des damaligen Beschwerdeverfahrens kein ernsthafter Wille der versicherten Person ersichtlich war, bei beruflichen Massnahmen mitwirken zu wollen. Im vorliegenden Fall fanden vor der Rentenaufhebung keine diesbezüglichen Abklärungen statt (immerhin hat sich der Beschwerdeführer vor seinem Umzug nach Bosnien beim RAV angemeldet, BB3) und aus den Akten ergibt sich auch nicht, dass eine Eingliederung von vornherein nicht erfolgsversprechend wäre. Ist der Eingliederungsbedarf nicht geklärt worden, darf gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung (Urteil 9C_68/2015 vom 24. April 2015) und damit entgegen dem angefochtenen Entscheid nicht ohne weiteres auf berufliche Eingliederungsmassnahmen verzichtet werden. Eine in dieser Konstellation vorgenommene Renteneinstellung ohne vorgängige Durchführung beruflicher Massnahmen ist gemäss dem

genannten Urteil des Bundesgerichts nur dann zulässig, wenn die IV-Stelle vorgängig ein Mahn- und Bedenkzeitverfahren (MBZV) nach Art. 21 Abs. 4 ATSG durchgeführt hat und die versicherte Person sich hiernach geweigert hat, an Eingliederungsmassnahmen teilzunehmen oder mitzuwirken. Da ein solches Mahn- und Bedenkzeitverfahren im vorliegenden Fall bislang nicht durchgeführt wurde, ist die Sache zu diesem Zweck in Gutheissung der Beschwerde an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Die Rente ist dem Beschwerdeführer vorderhand weiterhin auszurichten. 11. Bei diesem Verfahrensausgang besteht Anspruch auf eine Parteientschädigung, die von der Beschwerdegegnerin zu bezahlen ist. Ist das Quantitative einer Leistung streitig, rechtfertigt eine «Überklagung» nach der in Rentenangelegenheiten ergangenen Rechtsprechung eine Reduktion der Parteientschädigung nur, wenn das ziffernmässig bestimmte Rechtsbegehren den Prozessaufwand beeinflusst hat (BGE 117 V 401 E. 2c S. 407). Bildet beispielsweise ein invalidenversicherungsrechtlicher Rentenanspruch Anfechtungs- und Streitgegenstand, führt demgemäss der Umstand allein, dass im Beschwerdeverfahren abweichend von dem auf eine ganze oder zumindest eine höhere Rente gerichteten Rechtsbegehren keine ganze oder aber eine geringere Rente als beantragt zugesprochen wird, noch nicht zu einer Reduktion der Parteientschädigung (Urteile 9C_580/2010 vom 16. November 2010 E. 4.1 und 9C_94/2010 vom 26. Mai 2010 E. 4.1 mit Hinweisen). Anders verhält es sich, wenn zusätzlich weitere Leistungen der Invalidenversicherung wie berufliche Massnahmen oder Taggeldleistungen beantragt worden sind, welchen nicht hätte entsprochen werden können (Urteil des Bundesgerichts 8C_568/2010 vom 3. Dezember 2010 E. 4.1). Im vorliegenden Fall wird die Beschwerde lediglich in einem Nebenpunkt – Zurückweisung zur Durchführung des Mahn- und Bedenkzeitverfahrens – gutgeheissen. Die Beschwerdeschrift befasst sich nur am Schluss mit einer Rückweisung der Sache an die Beschwerdegegnerin. Zum überwiegenden Teil erfolgen in der Beschwerde Ausführungen bezüglich der beantragten Weiterausrichtung der Invalidenrente. Damit wurde der Prozessaufwand erheblich beeinflusst, weshalb es sich rechtfertigt, die Parteientschädigung um 2/3 auf 1/3 zu kürzen und dementsprechend dem Beschwerdeführer auch 2/3 der Verfahrenskosten aufzuerlegen. In Anbetracht von Aufwand und Schwierigkeit des Prozesses ist die Parteientschädigung auf CHF 835.15 festzusetzen (10 Stunden zu CHF 230.00 [§ 160 Abs. 2 GT], zuzügl. Auslagen von CHF 19.85 und

E. 8

% MwSt. = 2■505.45; davon 1/3 = CHF 835.15). Der Unterschied zur eingereichten Kostennote resultiert daraus, dass der darin geltend gemachte Zeitaufwand im Verhältnis zu vergleichbaren Fällen, der Schwierigkeit des Prozesses sowie des getätigten Aufwandes ■ es wurde von Seiten der Vertreterin nur eine Rechtschrift eingereicht ■ als überhöht erscheint, weshalb der angerechnete Aufwand pauschal auf 10 Stunden herabgesetzt wird.

Aufgrund von Art. 69 Abs. 1bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 ■ 1■000.00 festgelegt. Vorliegend erscheinen CHF 600.00 angemessen. Nach dem Ausgang des Verfahrens hat der Beschwerdeführer CHF 400.00 und die IV-Stelle CHF 200.00 an die Verfahrenskosten zu bezahlen. Folglich sind dem Beschwerdeführer CHF 200.00 vom geleisteten Kostenvorschuss zurückzuerstatten.

Demnach wird erkannt:

1. In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung der IV-Stelle des Kantons Solothurn vom

E. 11

Juli 2016 aufgehoben und die Sache an die IV-Stelle zurückwiesen, damit sie im Sinne der Erwägungen verfährt und hierauf neu entscheidet.

2. Die IV-Stelle des Kantons Solothurn hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von CHF 835.15 (inkl. Auslagen und MwSt.) zu bezahlen.

3. Die IV-Stelle des Kantons Solothurn hat Verfahrenskosten von CHF 200.00 zu bezahlen.

4. Der Beschwerdeführer hat Verfahrenskosten von CHF 400.00 zu bezahlen, welche mit dem bereits geleisteten Kostenvorschuss verrechnet werden. Der übrige Kostenvorschuss von CHF 200.00 wird dem Beschwerdeführer zurückerstattet.

Rechtsmittel

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

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Der Präsident

Der Gerichtsschreiber

Flückiger

Isch

Auf die gegen den vorliegenden Entscheid erhobene Beschwerde trat das Bundesgericht mit Urteil 9C_796/2017 nicht ein.

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