

SO_GERICHTE VSBES.2017.195 vom 19. Juni 2017

SO Obergericht, 2017-06-19, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2017.195

FR: SO_GERICHTE VSBES.2017.195 du 19 juin 2017

IT: SO_GERICHTE VSBES.2017.195 del 19 giugno 2017

Erwägungen

E. 1

1.1 A.____ (nachfolgend: Beschwerdeführer), geboren 1960, wurde über seinen Hausarzt am 2. März 2011 bei der IV-Stelle des Kantons Solothurn (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) zur Früherfassung angemeldet. Geltend gemacht wurde eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % seit 21. November 2010 (IV-Stelle Beleg Nr. [IV-Nr.] 1). Bis zu diesem Zeitpunkt war er bei der B.____ in einem Pensum von 100 % als Kundenmaurer tätig gewesen (IV-Nr. 14). 1.2 Am 16. März 2011 meldete sich der Beschwerdeführer zum Leistungsbezug an (IV-Nr. 8). Die Beschwerdegegnerin holte in der Folge Akten bei der Unfallversicherung Suva und weitere medizinische Berichte ein. Dem Beschwerdeführer wurde eine Eingliederungsmassnahme in Form eines Belastbarkeitstrainings in der C.____ in [...] vom 5. September bis 2. Dezember 2011 gewährt (IV-Nr. 20). Dieses wurde mit Abschlussbericht vom 21. Oktober 2011 (IV-Nr. 21) beendet, weil keine Steigerung des Pensums möglich gewesen war. 1.3 Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (IV-Nr. 33) sprach die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer mit Verfügung vom 5. Juni 2013 (IV-Nr. 48) ab dem 1. November 2011 eine Viertelsrente zu. Am 26. Juni 2013 (IV-Nr. 49) verfügte sie über die Renten-Nachzahlung von November 2011 bis April 2013.

E. 2

Dem Beschwerdeführer sei weiterhin eine IV-Rente nach Massgabe eines IV-Grades von 45 % zuzusprechen.

E. 3

Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zulasten der Beschwerdegegnerin. 5. Die Beschwerdegegnerin verzichtet in ihrer Beschwerdeantwort vom 20. September 2017 (A.S. 38) unter Verweis auf die angefochtene Verfügung und die Akten auf weitere Ausführungen und beantragt, die Beschwerde sei abzuweisen. 6. Mit Eingabe vom 29. September 2017 (A.S. 41 ff.) reicht der Vertreter des Beschwerdeführers eine Kostennote zu den Akten. 7. Auf die weiteren Ausführungen in den Rechtsschriften der Parteien wird, soweit erforderlich, in den folgenden Erwägungen eingegangen. Im Übrigen wird auf die Akten verwiesen. II. 1. Die Sachurteilsvoraussetzungen (Einhaltung von Frist und Form, örtliche und sachliche Zuständigkeit des angerufenen Gerichts) sind erfüllt. Auf die Beschwerde ist einzutreten. 2. 2.1 Die Beschwerdegegnerin legt in der angefochtenen Verfügung (A.S. 1 ff.) dar, die Verwaltung könne auf eine formell rechtskräftige Verfügung, die nicht Gegenstand einer materiellen richterlichen Beurteilung gebildet habe, mittels Wiedererwägung zurückkommen, sofern die betreffende Verfügung zweifellos unrichtig und ihre Berichtigung von erheblicher Bedeutung sei. Im vorliegenden Fall habe die damalige Invaliditätsbemessung auf einer nicht nachvollziehbaren medizinischen

Grundlage beruht. Daran ändere auch nichts, dass der Regionale Ärztliche Dienst (RAD) zum medizinischen Sachverhalt Stellung bezogen habe, habe doch dieser die fachärztliche Beurteilung des Vertrauensarztes der Krankentaggeldversicherung G.____, der den Beschwerdeführer im Gegensatz zum RAD-Arzt persönlich untersucht gehabt habe, ohne jegliche Begründung nicht zu den wesentlichen Akten eingestuft. Betreffend Beurteilung des aktuellen Gesundheitszustandes könne auf das bidisziplinäre Gutachten der Begutachtungsstelle D.____ vom 23. Mai 2016 abgestellt werden. Demzufolge sei der Beschwerdeführer seit Januar 2011 in einer ideal angepassten Tätigkeit zu 100 % während 8.5 Stunden täglich arbeitsfähig. Selbst bei der Gewährung eines maximalen leidensbedingten Abzugs von 25 % resultiere ein Invaliditätsgrad unter 40 %, weshalb die zugesprochene Viertelsrente für die Zukunft wiedererwägungsweise aufzuheben sei. Dem vom Gericht eingeholten bidisziplinären Gutachten sei voller Beweiswert zuzuerkennen. Es seien keine objektiven Gesichtspunkte für eine Befangenheit des Gutachters erkennbar. Der Beschwerdeführer habe die Gelegenheit gehabt, sich zum Gerichtsgutachten zu äussern, habe dies aber nicht getan. Es liege im Ermessen der Gutachter, ob und welche Zusatzuntersuchungen notwendig seien. Der Beschwerdeführer sei zwar 57 Jahre alt, von einer langjährigen Abwesenheit vom Arbeitsmarkt könne aber nicht die Rede sein. Selbst gemäss rentenzusprechender Verfügung sei dem Beschwerdeführer eine Restarbeitsfähigkeit von 72 % zumutbar gewesen, die der Beschwerdeführer mit einem Pensum von 25 % zumindest teilweise verwerte. Die Zumutbarkeit der Selbsteingliederung bei einer stets vorhandenen Restarbeitsfähigkeit sei in dieser Konstellation allemal zu bejahen.

2.2 Der Beschwerdeführer lässt dem in seiner Beschwerde (A.S. 8 ff.) entgegenhalten, die Voraussetzungen zur Wiedererwägung seien nicht erfüllt. Bei einer unzutreffenden Ermessensbetätigung dürfe nicht die zweifellose Unrichtigkeit der Verfügung angenommen werden. Die Rentenzusprache basiere im Wesentlichen auf einer Stellungnahme des RAD-Arztes, Dr. med. H.____, vom 21. November 2012, in welcher sich dieser mit den wesentlichen fachärztlichen Dokumenten auseinandersetze und auch die Ergebnisse der Arbeitsversuche miteinbeziehe. Damit basiere die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 5. Juni 2013 auf hinreichenden medizinischen Grundlagen. Insbesondere habe der Beschwerdegegnerin auch der Bericht des Vertrauensarztes der Krankentaggeldversicherung G.____ vorgelegen. Abweichungen zu dieser Einschätzung seien ausführlich begründet worden. Bezeichnenderweise habe die Beschwerdegegnerin selber, sogar als das Verfahren bereits streitig gewesen sei, mit Beschwerdeantwort vom 12. September 2013 auf den RAD-Bericht verwiesen und lediglich Antrag auf Abweisung der Beschwerde gestellt, nicht aber die Verfügung litis pendente aufgehoben und auch nicht die Rückweisung oder Initiierung eines Gerichtsgutachtens beantragt. Im Übrigen sei die Einschätzung des RAD-Arztes, dass der Arztbericht des Vertrauensarztes der Krankentaggeldversicherung G.____ nicht als wesentliche medizinische Grundlage einzustufen sei, völlig zu Recht erfolgt. Der Vertrauensarzt sei voreingenommen gewesen. Aus dem Bericht bzw. der Tonalität gehe die Befangenheit eindeutig hervor. Weiter werde das Fehlschlagen des Arbeitsversuchs nicht beurteilt und es sei im Rahmen der Untersuchung kein Dolmetscher anwesend gewesen. Die Einstellung der Taggelder sei daher zu Unrecht erfolgt. Ebenfalls ändere das vom Versicherungsgericht eingeholte Gutachten der Begutachtungsstelle D.____ vom 23. Mai 2016 nichts daran, dass die ursprüngliche Verfügung nicht zweifellos unrichtig sei. Ein ex post eingeholtes Gutachten, welches von der ursprünglichen Arbeitsunfähigkeitseinschätzung abweiche, führe keinesfalls zur zweifellosen Unrichtigkeit der zuvor erlassenen Verfügung. Alleine die

Diskrepanz der Gutachter in der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit zu jener des RAD lasse nicht darauf schliessen. Hieran ändere auch das Schreiben des Versicherungsgerichts vom 31. August 2016 nichts. Die Grundlagen zu einer Schlechterstellung im Prozess gemäss Art. 61 ATSG seien anders gefasst als jene der Wiedererwägung gemäss Art. 53 ATSG. Dass das Versicherungsgericht eine Verfügung zuungunsten der beschwerdeführenden Person abändere, sei nicht an die Bedingung geknüpft, dass die angefochtene Verfügung zweifellos unrichtig sei. Das Versicherungsgericht habe diesen Punkt nicht abschliessend geprüft, sondern eine reformatio in peius lediglich als eine der Möglichkeiten unter Vorbehalt eingehender Prüfung angesehen. Das Gutachten der Begutachtungsstelle D. ___ vom 23. Mai 2016 sei weiter keine taugliche Grundlage zur Beurteilung der Rentenansprüche, da es an diversen Widersprüchen sowohl zu den vorhandenen Akten als auch in sich selbst leide. Im konkreten Fall sei das vom Beschwerdeführer Ausgeführte vom orthopädischen Gutachter unzutreffend rapportiert worden. Es treffe nicht zu, dass der Beschwerdeführer selber einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in einer leichten, leidensadaptierten Tätigkeit zugestimmt habe. Die bestrittenen Ausführungen stünden in Diskrepanz zum vom neurologischen Gutachter Rapportierten. Dieser halte fest, der Beschwerdeführer habe ausgeführt, eine Steigerung des derzeit ausgeübten Pensums von 25 % sei nicht möglich. Aufhorchen lasse, dass im Gutachten beschrieben werde, der Beschwerdeführer habe einen athletischen Habitus, einen gebräunten Körper und sei am Oberkörper teilweise rasiert. Es stelle sich hier Frage, welche Relevanz die letzten beiden Bemerkungen für die Begutachtung haben sollten. Indirekt suggeriere der Gutachter mit diesen Äusserungen eine blühende Gesundheit, was gerade nicht zutrefte. Festzuhalten sei auch, dass der Orthopäde offensichtlich Röntgenbilder angefertigt habe. Unverständlich sei, weshalb keine MRI-Bilder gemacht worden seien. Nur auf diesen lasse sich letztendlich die Progredienz der degenerativen Veränderungen in LWS, HWS und Schulter sowie die Relevanz für Nervenstrukturen zuverlässig bestimmen. Unverständlich sei auch, weshalb der Gutachter von lediglich beginnenden degenerativen Veränderungen an der HWS spreche. Bereits 2007 seien bildgebend eine Diskushernie und eine Einblutung mit entsprechendem sensiblem radikulärem Ausfallssyndrom diagnostiziert worden. Sodann sei mehrfach eine PHS mit Schulter-Impingement diagnostiziert worden. Ebenfalls sei es verfehlt, wenn der Gutachter von nur leichten beginnenden degenerativen Veränderungen an der LWS spreche. Bereits in einem MRI vom 7. Juli 2010 seien eine mässige Chondrose und diskrete Spondylosen sowie breitbasige Bandscheibenprotrusionen festgestellt worden. Im MRI vom 4. Mai 2011 seien diese Befunde im Wesentlichen bestätigt worden. Solche degenerativen Veränderungen verliefen in aller Regel progredient. Sodann sei ein Schmerz in den entsprechenden Segmenten der HWS seit 2007 ausgewiesen. Das Gutachten sei hier in sich selbst auch widersprüchlich, weil an anderer Stelle beschrieben werde, der Beschwerdeführer habe bei der Prüfung der Beweglichkeit der HWS und BWS Schmerzen bekundet. Auch der Rapport des orthopädischen Gutachters zur LWS sei widersprüchlich. Dass der Beschwerdeführer keine Schmerzen in der LWS-Region angegeben habe, erscheine zutiefst unglaubwürdig. Hier bestehe auch eine Diskrepanz zur neurologischen Beurteilung. Alle übrigen Arztberichte würden unisono ein ausgeprägtes Schmerzbild von HWS bis LWS sowie im Schulterbereich bestätigen und dieses auch auf die von ihnen erhobenen somatischen Befunde zurückführen. Unverständlich sei das Gutachten auch, wenn ausgeführt werde, es bestehe seit Jahren keine radikuläre Irritation mehr. In medizinischer Hinsicht sei es so, dass nach entsprechender radikulärer Symptomatik, selbst wenn diese nicht mehr akut sei, ein Schmerzbild und oftmals, wie auch hier, Hypästhesien

verblieben, die dann auch dem entsprechenden Vorfall zuzuordnen seien. Nerven würden jeweils bleibend geschädigt und erholten sich bei längerer Affektion gerade nicht mehr oder zumindest nicht mehr vollständig, was gerichtsnotorisch sei. Aus diesem Grund habe die Suva bezogen auf die HWS auch eine Integritätsentschädigung ausgerichtet. Zum neurologischen Gutachten sei festzuhalten, dass sich der Neurologe offensichtlich zugunsten der orthopädischen Beurteilung praktisch vollständig zurückgezogen habe. Dies obwohl auch in neurologischer Hinsicht Restbeschwerden bestünden, die als somatischer Natur zu qualifizieren seien. So bestünden bildgebend diverse Wurzelaffektionen. Auch mittels EMG sei sogar der neurologische Gutachter nicht umhin gekommen, eine stattgehabte Nervenschädigung zu attestieren. Klinisch seien passende Reflexabschwächungen erhoben worden. Das neurologische Teilgutachten werde diesen Umständen nicht gerecht. Es sei schliesslich nicht nachvollziehbar, weshalb der neurologische Gutachter angebe, es liege neurologisch nichts Relevantes vor, obwohl er eingeschränkte Reflexe, eine Sensibilitätsstörung im Bein und eine Schädigung im EMG objektiviert habe. Die gutachterlich attestierte Arbeitsfähigkeit werde unter anderem damit begründet, dass eine geringe Schmerzmedikation bestehe. Die Anzahl und Stärke der Medikation sei kein Kriterium zur Beurteilung der Arbeitsfähigkeit. Abgesehen davon habe der Beschwerdeführer gegenüber den Gutachtern ausgeführt, dass die Schmerzmittel wenig geholfen und auch die Infiltrationen keine längerfristige Besserung gebracht hätten. Gesamthaft werde das Gutachten den Limitationen des Beschwerdeführers nicht gerecht und die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit erfolge erheblich weniger differenziert als etwa durch den RAD-Arzt vor der Rentenzusprache. Die Gutachter hätten sich auch nicht ansatzweise adäquat mit den zwei absolvierten Beschäftigungsprogrammen auseinandergesetzt. Der Vollständigkeit halber sei festzuhalten, dass vorliegend auch kein Revisionsgrund nach Art. 17 ATSG gegeben sei. Dies habe auch die Beschwerdegegnerin erkannt, weshalb sie die Verfügung vom 5. Juni 2013 wiedererwägungsweise aufheben wolle. Schliesslich dürfe im vorliegenden Fall die Invalidenrente nicht aufgehoben werden, ohne dass mit dem Beschwerdeführer zuvor berufliche Massnahmen durchgeführt worden wären. Der Beschwerdeführer habe das 55. Altersjahr zurückgelegt. Dementsprechend sei ihm gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung die Selbsteingliederung nicht zumutbar. Er habe diverse Anstrengungen unternommen, um seine Restarbeitsfähigkeit bestmöglich auszuschöpfen. Trotz vorhandener Beschwerden arbeite er zu 25 % als Fahrer. Beim jetzigen Arbeitgeber könne er aufgrund fehlender Nachfrage das Pensum nicht erhöhen. Diese Tätigkeit sei bei der Arbeitslosenkasse als Zwischenverdienst angerechnet worden. Der Beschwerdeführer sei demnach bei der Arbeitslosenkasse angemeldet gewesen und habe in diesem Rahmen regelmässig den Nachweis erbringen müssen, dass er im Rahmen seiner Restarbeitsfähigkeit nach geeigneten Stellen suche. Auch nachdem der Taggeldanspruch ausgeschöpft gewesen sei, habe er sich weiter darum bemüht, eine seinen Limitationen und der Restarbeitsfähigkeit angepasste Tätigkeit zu finden. Dies ohne Erfolg. Mit Blick darauf sei die seit der Rentenzusprache bestehende Abstinenz vom Arbeitsmarkt klar invaliditätsbedingt. 3. Gemäss Art. 53 Abs. 2 Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1) kann der Versicherungsträger auf formell rechtskräftige Verfügungen oder Einspracheentscheide zurückkommen, wenn diese zweifellos unrichtig sind und ihre Berichtigung von erheblicher Bedeutung ist. Die Wiedererwägung dient der Korrektur einer anfänglich unrichtigen Rechtsanwendung einschliesslich unrichtiger Feststellung im Sinne der Würdigung des Sachverhalts. Das Erfordernis der zweifellosen Unrichtigkeit ist in der Regel erfüllt, wenn eine

Leistungszusprache aufgrund von falsch oder unzutreffend verstandenen Rechtsregeln erfolgt ist oder massgebliche Bestimmungen nicht oder unrichtig angewandt wurden. Anders verhält es sich, wenn der Wiedererwägungsgrund im Bereich materieller Anspruchsvoraussetzungen liegt, deren Beurteilung notwendigerweise Ermessenszüge aufweist. Erscheint die Beurteilung einzelner Schritte bei der Feststellung solcher Anspruchsvoraussetzungen (Invaliditätsbemessung, Arbeitsunfähigkeitsschätzung, Beweiswürdigung, Zumutbarkeitsfragen) vor dem Hintergrund der Sach- und Rechtslage, wie sie sich im Zeitpunkt der rechtskräftigen Leistungszusprechung darbot, als vertretbar, scheidet die Annahme zweifelloser Unrichtigkeit aus. 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 – denkbar. Zweifellos unrichtig ist die Verfügung auch, wenn ihr ein unhaltbarer Sachverhalt zugrunde gelegt wurde, insbesondere wenn eine klare Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes zu einem unvollständigen Sachverhalt führte, so zum Beispiel bei einer auf keiner nachvollziehbaren ärztlichen Einschätzung der massgeblichen Arbeitsfähigkeit beruhenden Invaliditätsbemessung (Urteil des Bundesgerichts vom 4. Januar 2012, 8C_647/2011, E. 2.3, mit Verweisen; Urteil des Bundesgerichts vom 26. Juni 2014, 8C_863/2013, E. 2, mit Verweisen). Eine Verfügung, die wiedererwägungsweise aufgehoben werden soll, darf nicht Gegenstand materieller gerichtlicher Beurteilung gewesen sein. War ein Beschwerdeverfahren hängig, das mit Abschreibung endete, zum Beispiel infolge eines Beschwerderückzugs, ist eine Wiedererwägung zulässig (BGE 131 V 414 E. 2 S. 417). Die erhebliche Bedeutung der Korrektur ist bei periodischen Leistungen in jedem Fall zu bejahen (BGE 119 V 475 E. 1c S. 480, 117 V 8 E. 2c/bb S. 20). Bei der Prüfung der Voraussetzungen einer Wiedererwägung ist die Rechtslage im Zeitpunkt des Verfügungserlasses massgeblich unter Berücksichtigung der damals bestandenen Rechtspraxis (BGE 138 V 147 E. 2.1 S. 148).

E. 4

4.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein. Die Invalidität gilt als eingetreten, sobald sie die für die Begründung des Anspruchs auf die jeweilige Leistung erforderliche Art und Schwere erreicht hat (Art. 4 Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG, SR 831.20]).

4.2 In zeitlicher Hinsicht sind ■ vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen ■ grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 132 V 215 E. 3.1.1 S. 220, 131 V 9 E. 1 S. 11 und 107 E. 1 S. 109, 127 V 466 E. 1 S. 467). Im vorliegenden Fall wird eine Arbeitsunfähigkeit seit November 2010 (IV-Nr. 1) geltend gemacht, d.h. eine rentenbegründende Invalidität kann erst nach Ablauf der einjährigen Wartezeit im November 2011 vorliegen. Der Rentenanspruch wiederum entsteht ■ sofern die entsprechenden Anspruchsvoraussetzungen gegeben sind ■ frühestens sechs Monate nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs (vgl. Anmeldung vom 2. März 2011), was hier im September 2011 der Fall wäre. Ein allfälliger Rentenanspruch kann demnach frühestens ab November 2011 gegeben sein. Für die Zeit bis Dezember 2011 sind die Bestimmungen der 5. IV-Revision und für die Zeit ab Januar 2012 diejenigen der 6. IV-Revision massgebend.

4.3 Nach der seit 2011 bzw. 2012 geltenden Rechtslage haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), und die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. b und c). Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente.

E. 5

5.1 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 gestellt 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 93 E. 4 S. 99 f., 125 V 256 E. 4 S. 261).

5.2 Das Administrativverfahren vor der IV-Stelle wie auch der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben IV-Stelle und Sozialversicherungsgericht den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichend Klarheit besteht. Der Untersuchungsgrundsatz weist enge Bezüge zum ■ auf Verwaltungs- und Gerichtsstufe ebenfalls in gleicher Weise geltenden ■ Prinzip der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c in fine ATSG) auf (einschliesslich die antizipierte Beweiswürdigung): Führt die pflichtgemässe, umfassende und sachbezogene Beweiswürdigung den Versicherungsträger oder das Gericht zur Überzeugung, der Sachverhalt sei hinreichend abgeklärt, darf von weiteren Untersuchungen (Beweismassnahmen) abgesehen werden. Ergibt die Beweiswürdigung jedoch, dass erhebliche Zweifel an Vollständigkeit und/oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellungen bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteil des Bundesgerichts 8C_308/2007 vom 9. April 2008 E. 2.2.1, mit vielen Hinweisen).

5.3 Der im Sozialversicherungsrecht massgebende Beweisgrad ist derjenige der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 117 V 194 E. 3b S. 194 f.). Das Bundesrecht schreibt nicht vor, wie die einzelnen Beweismittel zu würdigen sind. Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsbeschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352). Der Sozialversicherungsrichter hat alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der

Vorakten ■ d.h. der Anamnese ■ abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und in seinen Schlussfolgerungen begründet ist (AHI 1997 S. 121; BGE 122 V 157 E. 1c S. 160). Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten.

Die Rechtsprechung erachtet es jedoch als mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (BGE 125 V 351 E. 3b S. 352 ff.). So ist einem im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten medizinischen Gutachten durch externe Spezialärzte, welches auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten erstellt wurde und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangt, in der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 135 V 465 E. 4.4 S. 470). Andererseits ist der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Ärzte im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen mitunter eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 353).

E. 6

6.1 Streitig und zu prüfen ist im vorliegenden Fall zunächst, ob die ursprüngliche Verfügung vom 5. Juni 2013, mit welcher dem Beschwerdeführer eine Viertelsrente zugesprochen worden war, als zweifellos unrichtig zu qualifizieren und daher der Wiedererwägung zugänglich ist. Die übrigen Voraussetzungen zur Wiedererwägung dürften unbestrittenermassen gegeben sein: Es geht um die Ausrichtung einer Rente und damit einer periodischen Leistung, womit eine Korrektur von erheblicher Bedeutung ist. Weiter war die fragliche Verfügung zwar Gegenstand eines Beschwerdeverfahrens, jedoch wurde die Sache materiell nicht geprüft, sondern das Verfahren zufolge Rückzugs abgeschlossen.

E. 6.2

6.2.1 Beim Erlass der Verfügung vom 5. Juni 2013 stützte sich die Beschwerdegegnerin im Wesentlichen auf eine Einschätzung des RAD-Arztes Dr. med. H.____, Facharzt für Allgemeine Medizin, vom 21. November 2012 (IV-Nr. 31). Dieser führte aus, es bestünden beim Beschwerdeführer radiologisch dokumentierte degenerative Veränderungen im Bereich der Wirbelsäule, welche auch «periphere» Auswirkungen hätten mit einer Minderbelastbarkeit des rechten Armes, des Achsenskeletts sowie der allgemeinen Belastbarkeit im Sinne von Lasten oder ungünstigen resp. Zwangshaltungen. Dies sei insgesamt alles konsistent und mit den Ergebnissen der beruflichen wie auch medizinischen Abklärungen vereinbar. Damit sei auch klar, dass die angestammte, körperlich sehr belastende Tätigkeit als Maurer bleibend nicht mehr zumutbar sei. In Bezug auf die diagnostischen Befunde sei klar, dass Arbeiten wechselbelastend, körperlich leicht bis maximal mittelschwer (15 kg), ohne Zwangshaltungen und ohne Lastenbewegungen über Kopf sein müssten, damit sie den somatischen Einschränkungen entsprächen. Zeitlich sei davon auszugehen, dass auch bei leichteren körperlichen Arbeiten eine zwischenzeitliche Entlastung des Achsenskeletts sinnvoll und notwendig sei. Im Rahmen des Arbeitsversuchs sei eine ununterbrochene Arbeitsdauer von dreieinhalb Stunden erreicht worden, worauf von einer zweistündigen Pause in Form von Liegen gesprochen worden sei. Es sei davon auszugehen, dass eine tägliche Arbeit, welche sich ein wenig besser über den Tag verteilen

und auch Aktivitäten wie Gehen beinhalten würde, eine tägliche Arbeitszeit von morgens sowie nachmittags je drei Stunden ohne Leistungseinbusse zumutbar sei, wenn dazwischen auch die notwendige Pause eingelegt werden könne.

Es lägen folgende Diagnosen vor:

Iliopsoas-Parese mit Faszikulationen

Chondrose L2-S1

Mässige Spondylarthrose LWS

Diskushernie C6/7 rechts

seither chronifiziertes zervikospondylogenes Schmerzsyndrom

Die Arbeitsfähigkeit als Maurer betrage seit November 2010 0 %. Eine Verweistätigkeit entsprechend dem genannten Profil sei spätestens seit Mai 2011 (drei Monate nach einem Reha-Aufenthalt in [...]) wieder zweimal täglich zu drei Stunden zumutbar.

6.2.2 Die Einschätzung durch den RAD erfolgte gestützt auf verschiedene, von der Beschwerdegegnerin eingeholte medizinische Unterlagen. Dr. med. H. ___ hat den Beschwerdeführer nicht persönlich untersucht.

6.2.2.1 In einem Kurzbericht des I. ___ vom 29. November 2007 (IV-Nr. 12) ist von einer Hospitalisation vom 22. bis 29. November 2007 wegen einer Diskushernie C6/7 rechts mediolateral bis intraforaminal mit Kompression Wurzel C7 rechts, einer kleinen Einblutung im hinteren Längsband cranial der DH mit partiellem sensiblem radikulärem Ausfallsyndrom C6 rechts und ausgeprägter Cervikalgie nach einem Sturz auf den rechten Arm die Rede. In einem Bericht vom 23. Januar 2008 (IV-Nr. 15.19 S. 13 f.) wurde weiter ein subacromiales Impingement rechts diagnostiziert. Die Unfallversicherung Suva tätigte diesbezüglich verschiedene medizinische Abklärungen und sprach dem Beschwerdeführer mit Verfügung vom 20. März 2009 (IV-Nr. 15.7) eine Integritätsentschädigung von 5 % zu. In einer kreisärztlichen Untersuchung vom 10. Februar 2009 (IV-Nr. 15.8 S. 4 ff.) hielt Dr. med. J. ___ fest, der Beschwerdeführer habe immer noch etwas Schmerzen in der HWS mit Ausstrahlung in die rechte Schulter beklagt, er arbeite aber wieder zu 100 %. Schmerzmittel nehme er trotz der Grundschmerzen keine. Es bestehe ein chronisches zervikospondylogenes Schmerzsyndrom mit Druckdolenz im rechten Musculus trapezius und im rechten Supraspinatusmuskel. Zurzeit bestehe keine offensichtliche C6/7-Symptomatik.

6.2.2.2 Gemäss Austrittsbericht des I. ___ vom 13. Dezember 2010 (IV-Nr. 2 S. 7 f) war der Beschwerdeführer am 21. November 2010 im Notfall vorstellig geworden und hatte berichtet, seit zwei Tagen an konstanten und zum Teil einschiessenden Schmerzen von der unteren Wirbelsäule ausgehend über das Gesäss bis in die rechten Oberschenkel-Innenseite ausstrahlend, zu leiden. Einen solchen Schmerz habe er noch nie verspürt. Es erfolgte eine stationäre Hospitalisation vom 21. bis 28. November 2010. Am 23. und 25. November 2010 wurden intraforaminale Infiltrationen durchgeführt. Die erste habe nur eine leichte Besserung der Schmerzsymptomatik gebracht, nach der zweiten habe sich diese langsam gebessert. Diagnostiziert wurden ein lumbo-radikuläres Schmerzsyndrom L3 rechts mit/bei Chondrose L2-S1 mit mehrsegmentalen Protrusionen, Tangierung der L3 Wurzel rechts, eine mässige Spondylarthrose, sowie ein Status nach Facettengelenksinfiltration L4/5 und L5/S1 beidseits am 8. September 2010 und Status nach Diskushernie C6/C7 rechts mit

partiellm Ausfallsyndrom C6, konservativ Therapie 11/2007. Ein MRT vom 22. November 2010 habe keinen Hinweis auf eine frische Fraktur ergeben. Es zeige sich eine vorbestehende Chondrose der unteren LWS-Segmente.

6.2.2.3 Vom 27. Dezember 2010 bis 15. Januar 2011 befand sich der Beschwerdeführer in der K.____ in [...] in einem stationären Aufenthalt (IV-Nr. 2 S. 1 ff.). Im entsprechenden Austrittsbericht werden folgende Diagnosen festgehalten:

Chondrose L2-S1 mit mehrsegmentalen Protrusionen, Tangierung der Wurzel L3 rechts, mässige Spondylarthrose (MRI vom 22.11.2010 und 07.07.2010)

Status nach intraforaminaler Infiltration L3 rechts am 23.11.2010

Status nach intraforaminaler Infiltration L2 rechts am 25.11.2010

Status nach akutem lumbovertebralem Syndrom am 01.07.2010

mit Cervikalgie nach Sturz auf den rechten Arm am 18.11.2007

konservative Therapie

Der Beschwerdeführer sei in «leicht gebessertem Zustand» nach Hause entlassen worden. Es wurde ihm für weitere zwei Wochen eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % ausgestellt. Eine Rückkehr in den angestammten Beruf wurde für unwahrscheinlich gehalten.

6.2.2.4 Gemäss Abschlussbericht der C.____ vom 21. Oktober 2011 (IV-Nr. 21) absolvierte der Beschwerdeführer ein Belastbarkeitstraining. Zunächst arbeitete er zwei Stunden täglich in der Holzwerkstatt, später dreieinhalb Stunden. Er habe ein hohes Mass an Motivation gezeigt und die Qualität der Arbeit sei hoch gewesen. Das Bestreben nach einer Rückkehr in den ersten Arbeitsmarkt sei deutlich wahrnehmbar gewesen, der Beschwerdeführer habe aber täglich kommuniziert, Schmerzen zu haben. Die Steigerung der Arbeitszeit auf dreieinhalb Stunden habe zur Folge gehabt, dass er sich am Nachmittag jeweils zwei Stunden hinlegen müssen. Nach fünf Wochen sei zu beobachten gewesen, dass die körperlich anspruchsvolle Tätigkeit den Beschwerdeführer an seine Grenzen gebracht habe. Die Präsenzzeitsteigerung habe nicht erreicht werden können. Deshalb sei das Belastbarkeitstraining beendet worden. Man empfehle eine rüchenschonende Tätigkeit.

6.2.2.5 Der Vertrauensarzt der Krankentaggeldversicherung G.____ (Facharzt für Innere Medizin und Kardiologie) schätzte den Beschwerdeführer mit Bericht vom 8. März 2012 (IV-Nr. 26) in einer angepassten Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig ein.

6.3 Die Beschwerdegegnerin sprach dem Beschwerdeführer mit Verfügung vom 5. Juni 2013 (IV-Nr. 48) gestützt auf die zitierten Unterlagen, insbesondere die Einschätzung des RAD-Arztcs, Dr. med. H.____, eine Viertelsrente zu. Die Abklärungen hätten ergeben, dass der Beschwerdeführer seit dem 22. November 2010 erheblich in der Arbeitsfähigkeit eingeschränkt sei. Es sei ihm nicht mehr möglich, in der angestammten Tätigkeit als Kundenmaurer zu arbeiten. Eine angepasste Tätigkeit, wechselbelastend, körperlich leicht bis maximal mittelschwer (15 kg), ohne Zwangshaltungen und ohne Lastenbewegungen über Kopf könne ihm spätestens seit Mai 2011 zugemutet werden. Zudem sollte eine Mittagspause von rund zwei Stunden zur Erholung eingelegt werden können. Ohne Leistungseinschränkung könne der Beschwerdeführer in einer solchen Tätigkeit morgens und nachmittags jeweils drei Stunden arbeiten, also sechs Stunden pro Tag (72 %-Pensum). Bei der Berechnung des Invalideneinkommens werde dem Umstand der behinderungsbedingten erschwerten Eingliederung Rechnung getragen und ein Abzug von

10 % vorgenommen. Der Invaliditätsgrad betrage 45 %.

Es zeigt sich, dass die auf der Grundlage der vorhandenen medizinischen Unterlagen erlassene Verfügung nicht auf einer nachvollziehbaren ärztlichen Einschätzung der massgeblichen Arbeitsfähigkeit beruhte. Die Ausführungen von Dr. med. H. ___ sind nämlich gestützt auf die damals vorhandene Aktenlage nicht einleuchtend. Deshalb hat das Versicherungsgericht im damaligen Beschwerdeverfahren VSBES.2013.194 auch ein gerichtliches Gutachten eingeholt. Es gab zum damaligen Zeitpunkt keinerlei Anhaltspunkte dafür, dass der Beschwerdeführer bei einer Mittagspause von zwei Stunden morgens und nachmittags drei Stunden arbeiten könne. Die für die Zeit vor 2010 vorhandenen medizinischen Unterlagen waren insofern nicht von Relevanz, weil der Beschwerdeführer nach dem Suva-Verfahren seine angestammte Tätigkeit offensichtlich wieder in einem Vollpensum aufgenommen hatte. Aus dem Belastbarkeitstraining ging hervor, dass er lediglich dreieinhalb Stunden am Vormittag gearbeitet hatte. Allerdings wird im entsprechenden Bericht auch festgehalten, dass es sich bei der von ihm verrichteten Arbeit um eine körperlich anspruchsvolle Tätigkeit gehandelt habe. Somit war das Belastbarkeitstraining nicht geeignet, die Frage zu klären, wie es sich bei einer leichten Tätigkeit verhalten hätte. Demgegenüber war der Vertrauensarzt der Krankentaggeldversicherung G. ___ der einzige, der sich über die Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit äusserte. Diesem Bericht haftet indessen der Mangel an, dass es sich beim entsprechenden Arzt um einen Facharzt der Inneren Medizin und Kardiologie handelt, er also auf dem hier zur Diskussion stehenden Gebiet keine Fachperson ist. Dasselbe gilt jedoch auch für den RAD-Arzt. Die Verfügung vom 5. Juni 2013 basierte damit nicht nur auf einer unzutreffenden Ermessensbetätigung, sondern erging in klarer Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes und ist als zweifellos unrichtig zu qualifizieren. Die Beschwerdegegnerin hat somit den damaligen Entscheid zu Recht in Wiedererwägung gezogen.

E. 7

7.1 Zum Zeitpunkt der Wiedererwägung lag der Beschwerdegegnerin das bidisziplinäre Gutachten der Begutachtungsstelle D. ___ vom 23. Mai 2016 (IV-Nr. 82) vor, worauf sie den nun angefochtenen Entscheid im Wesentlichen stützt. Es ist damit der Beweiswert dieses Gutachtens zu prüfen.

7.1.1 Im orthopädischen Gutachten werden zunächst die subjektiven Angaben des Beschwerdeführers wiedergegeben: Er habe Schmerzen in der Lendenwirbelsäule, die abwechselnd nach links und rechts ausstrahlten. Schmerzen habe er auch im Nacken. Diese träten insbesondere dann auf, wenn er seinen Kopf zu schnell drehe. Aktuell am ausgeprägtesten sei ein Schmerz in der rechten Schulter. Gering ausgeprägt verspüre er auch immer wieder einen Schmerz innenseitig am rechten Kniegelenk. Auf der visuellen Analogskala von 0 bis 10 habe er Nackenschmerzen von VAS 2 bis 3. Der Schmerz in der rechten Schulter liege, wenn er sich ruhig verhalte, bei 0 bis 3 und erreiche bei Bewegung oder Belastung der Schulter Intensitäten von bis zu VAS

E. 10

Der Schmerz in der Lendenwirbelsäule bestehe immer. Dieser habe mindestens eine Intensität von VAS 4 bis 5 und bei Belastungen von bis zu VAS 10. Charakterisieren könne er seinen Nackenschmerz nicht. Dieser bestehe immer und sei für ihn unerklärbar. Der Schmerz in der rechten Schulter betreffe die Schulter «ringsherum und überall am Gelenk».

Auch den Schmerz in der Lendenwirbelsäule könne er schlecht benennen bzw. charakterisieren. Ein Brennen sei es nicht, vielleicht ein Ziehen. Am besten gehe es ihm beim Gehen. Mit Walkingstöcken könne er bis zu zwei Stunden am Stück gehen. Zu Trainingszwecken gehe er auch auf Stepper und Laufband. Stehen könne er nur eine halbe Stunde oder auch kürzer, bevor er sich wegen Schmerzen in der Lendenwirbelsäule setzen oder hinlegen müsse. Sitzen könne er gut eine bis zwei Stunden und auch einmal länger, ohne stärkere Schmerzen in der Lendenwirbelsäule zu bekommen. An anderen Tagen könne er mitunter auch nur viel kürzer sitzen. Es sei nicht immer gleich. Das Heben von Lasten bis zu 10 kg sollte gehen. All seine Schmerzen seien wetterabhängig. Bei Kälte gehe es ihm schlechter. Beim Liegen habe er keine Probleme. Er wache zwar mitunter wegen Schulterschmerzen auf, schlafe aber immer sogleich wieder ein. Gymnastik mache er selbständig. Zur Physiotherapie gehe er zurzeit nicht. Gegen die Schmerzen habe er Dafalgan in Reserve, nehme jedoch nicht mehr als eine bis zwei Tabletten pro Woche. Ob und was er noch arbeiten könne, wisse er nicht. Er habe Angst vor dem Auftreten von Blockierungen in der Wirbelsäule. Seine derzeitige Beschäftigung bei der Firma L.____ gehe gut und er würde dort gerne auch mehr arbeiten. Zurzeit bestreite er ein ca. zehnstündiges Pensum an zwei Tagen pro Woche. Gelegentlich müsse er zwei bis drei Stunden länger arbeiten. Es gebe also Tage, an denen er sieben Stunden arbeite. Er glaube, er könne leichte Arbeiten verrichten.

Der orthopädische Gutachter erhebt folgende Befunde: Im Rahmen der Untersuchung der Wirbelsäule gebe der Beschwerdeführer bei der Palpation der Dornfortsätze keine Druckempfindlichkeit über der gesamten Wirbelsäule an. Auch die Iliosakralgelenke seien nicht druckdolent. Bei den Prüfungen der Beweglichkeit der Hals- und Brustwirbelsäule bekunde er einen Schmerz in der oberen Brustwirbelsäule auf Höhe Th1 bis Th3. Die Rotationsbeweglichkeit in der Halswirbelsäule sei auf je 45° eingeschränkt und die Inklination in der Halswirbelsäule sei um 30° möglich. Die Seitneigungsbeweglichkeit der Halswirbelsäule sei um jeweils einen Drittel eingeschränkt. Brust- und Lendenwirbelsäule seien in der Beweglichkeit frei. Eine Blockierung im chirodiagnostischen Sinne bestehe an der gesamten Wirbelsäule nicht. Die paravertebrale Muskulatur der Wirbelsäule sei nicht verspannt. Eine Schonhaltung des Rumpfes sei auch nicht erkennbar.

Bei der aktiven Bewegungsprüfung der rechten Schulter habe der Beschwerdeführer zunächst kurz die Kooperation verweigert, dann aber bei den ihm vorgemachten Bewegungsprüfungen mitgemacht und eine freie Beweglichkeit der rechten Schulter gezeigt, wobei er konzentrisch endgradig an der rechten Schulter einen Schmerz angebe. Objektivierbar erscheine dieser in den Endgraden der Beweglichkeit der rechten Schulter angegebene Schmerz nicht. Schmerzen in der linken Schulter würden nicht angegeben. Die Impingement-Zeichen seien an beiden Schultergelenken negativ. Auch der Abduktions-/Aussenrotationstest sei negativ. Die Muskelbemannung des Schultergürtels sei physiologisch.

Die Beweglichkeit beider Kniegelenke sei frei, Schmerzen würden bei den Bewegungsprüfungen an den Kniegelenken nicht angegeben und seien auch nicht erkennbar. Die Meniskuszeichen seien negativ, eine Weichteilschwellung oder Ergussbildung sei nicht erkennbar.

Im Rahmen der Begutachtung wurden am 4. November 2015 aktuelle Röntgenbilder erstellt, welche gemäss Gutachter folgende Befunde aufzeigten:

HWS in zwei Ebenen: diskrete rechtskonvexe skoliotische Fehlhaltung der HWS, mehrsegmentale Osteochondrosen insbesondere HWK 6/7, leichte ventrale Spondylose HWK 5/6, leichte Spondylarthrosen HWK 2/3, HWK 3/4 und HWK 6/7 sowie HWK 7 / BWK 1, leichte Zeichen der Unkovertebralarthrosen HWK 5/6 beidseits, prävertebrale Weichteilschatten nicht verbreitet.

Rechte Schulter in vier Ebenen: diskrete Gelenkspaltverschmälerung mit subchondraler Sklerosierung am Glenoid, DD degenerativ. Der Subacromialraum sei nicht vermindert, kein Anhalt für peri- oder intraartikuläre Verkalkungen, auch nicht für ossäre Verletzungen.

LWS in zwei Ebenen: diskrete rechtskonvexe skoliotische Fehlhaltung der LWS, mehrsegmentale Osteochondrosen punctum maximum L3/L4 und L4/5 mit ventraler Spondylose, leichte Spondylarthrosen LWK 3/4, mässig LWK 4/5 und LWK 5/SWK 1, diskrete degenerative Veränderungen der ISG rechtsbetont.

7.1.2 Im neurologischen Gutachten wird festgehalten, der Beschwerdeführer berichte über seit dem Jahre 2010 anhaltend bestehende chronische Rückenschmerzen mit Ausstrahlung zum rechten Bein. Insbesondere trotz Therapie bestünden weiterhin chronische Schmerzen, in der Ausprägung etwas variabel. Die Beweglichkeit des Nackens sei entsprechend reduziert, der Rückenschmerz limitierend, ungünstige Bewegung könne diesen sofort wieder verschlimmern. Auf Nachfrage würden teilweise auch Kopfschmerzen beschrieben, immer dann, wenn auch Nackenschmerzen bestünden. Der Beschwerdeführer gebe bezüglich der Nackenschmerzen einen Schmerzpunkt im zervikothorakalen Übergangsbereich, Höhe Th1/Th2, etwas rechts paramedian, an. Es sei ein tief innerlicher Schmerz, durch äusseren Druck werde dieser nicht ausgelöst, es sei ein ziehender Schmerzcharakter. Der Schmerz nehme bei Kälte oder falschen Bewegungen zu. Zusätzlich werde ein Schmerz im rechten Schulterbereich gezeigt. Der Schmerzcharakter werde eher ziehend beschrieben, tief innerlich lokalisiert. Eine Infiltration habe zwei Monate geholfen, dann seien die Beschwerden aber wieder gekommen. In Ruhe bestehe ein minimaler Schmerz. Wenn er aber mit dem rechten Arm in Brust- oder Kopfhöhe halten müsse, sei der Schmerz massiv. Auch die lumbalen Schmerzen seien in Ruhe geringer, bei Belastung aber zuweilen den Maximalwert erreichend. Die Schmerzqualität sei eher schwer zu beschreiben, ein eher dumpfer Schmerz, nicht neuropathisch. Die Lokalisation werde weiterhin etwa in Etage LWK 5 gezeigt, aktuell eher linksbetont, teilweise aber auch rechtsseitig. Der Schmerz sei dauerhaft chronisch vorhanden. Getriggert werde er durch Tätigkeiten wie Heben, Bücken, bei schnellen Bewegungen, Rotationsbewegungen. Andererseits sei Laufen wiederum gut und lindere die Beschwerden. Schmerzmittel wie Dafalgan hätten kaum Wirkung, er nehme zurzeit keine. Bezüglich Arbeitsfähigkeit gebe der Beschwerdeführer an, eine Steigerung der gegenwärtig zu 25 % ausgeübten, aktuell körperlich leichten, wechselbelastenden Tätigkeit, sei nicht möglich. Er sei nach diesen Halbtagschichten jeweils ruhebedürftig und müsse sich hinlegen. Er habe Angst, bei einer Steigerung eventuell eine Verschlimmerung der Schmerzen zu riskieren und dann womöglich die Arbeit zu verlieren.

Folgende Befunde werden erhoben: Der Beschwerdeführer gebe keine Sensibilitätsstörungen im Bereich der oberen Extremitäten an, auch nicht am Rumpf. Am rechten Bein sei ausschliesslich in einer umschriebenen Zone von ca. 10 cm Durchmesser knapp oberhalb der Kniegelenkspalte innenseitig eine runde, relativ scharf umschriebene Zone mit deutlicher Hypästhesie und Hypalgesie gegeben. Die übrige Sensibilität an beiden Beinen sei ansonsten völlig unauffällig. Auch bestehe ein normales Vibrationsempfinden.

Faszikulationen seien nicht erkennbar, insbesondere auch nicht am rechten Oberschenkel, an welchem es ehemals welche gegeben habe. An den Armen zeige sich eine volle Kraft im Bereich beider Hände, auch für die Schultermotorik. Hier bestehe jedoch eine algophobe Hemmung insbesondere bei Schulterinnenrotation mehr als bei Aussenrotation mit Schmerzangabe im Schulterkuppenbereich rechts. Entsprechend werde das Überkopfführen des rechten Armes vom Beschwerdeführer nur bis zur Horizontalen durchgeführt. Eine radikuläre Schmerzausstrahlung werde dabei nicht angegeben. Beim Reflexstatus auffallend sei eine leichte Reflexabschwächung von Patellarsehnenreflex und Adduktorenreflex rechts gegenüber mittelbhaften Reflexen links. Eine Elektromyographie habe keine pathologischen Spontanaktivitäten gezeigt. Auffallend seien aber im Vastus medialis und Pars rectus des Musculus quadrizeps teilweise überhöhte Muskelaktionspotenziale, auf leichtgradige, alte, längst chronisch neurogen vollständig umgebaute axonale Schädigungen hindeutend. Sicher aber seien keine frischeren oder mittelfristig chronisch neurogenen Umbauzeichen feststellbar. Dieser Befund korreliere mit dem klinischen Befund einer fehlenden Muskelatrophie und fehlenden Faszikulationen, welche auch im EMG nicht feststellbar seien.

7.1.3 Die Gutachter erheben in der bidisziplinären Beurteilung folgende Diagnosen:

mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

degenerativen LWS-Veränderungen,

alten lumbalen Bandscheibenprotrusionen und geringer Wirbelsäulenfehlstatik

Restitution nach einer L3-Radikulopathie rechts

ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

bei degenerativen HWS-Veränderungen und geringer Wirbelsäulenfehlstatik

7.2 Zum Gutachten der Begutachtungsstelle D.____ vom 23. Mai 2016 kann zunächst gesagt werden, dass dieses auf umfassender Aktenkenntnis und -analyse sowie eingehenden Untersuchungen des Beschwerdeführers unter Berücksichtigung der von ihm geklagten Beschwerden beruht, aktuell ist und von auf den entsprechenden Gebieten ausgewiesenen Fachärzten erstellt wurde. Es erfüllt somit die Anforderungen an eine beweiskräftige Expertise. Nicht gehört werden kann der Beschwerdeführer mit seinen Einwendungen bezüglich falscher Rapportierung der Schmerzangaben des Beschwerdeführers. Die Gutachter legen die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden umfassend dar. Er hat aber offensichtlich im Rahmen der klinischen Untersuchung verschiedentlich keine Schmerzangaben gemacht. Dafür, dass diese Angaben falsch wiedergegeben worden sein sollen, gibt es keine Anhaltspunkte. Ebenfalls ist die Tatsache, dass der Beschwerdeführer gegenüber dem orthopädischen Gutachten gesagt haben soll, er erachte sich in einer leichten Tätigkeit als voll arbeitsfähig, während dem er dem neurologischen Gutachter erklärt haben soll, eine Steigerung des bisherigen Pensums von 25 % sei nicht möglich, kein Beweis für falsche Angaben der Gutachter. Es ist durchaus möglich, dass der Beschwerdeführer diese unterschiedlichen Angaben so gemacht hat, und sie werden dementsprechend wiedergegeben. Die offensichtlich unterschiedlichen Angaben zeigen gerade auf, dass die Gutachter nicht bewusst etwas Falsches rapportierten. Weiter lassen die Äusserungen zum athletischen Habitus sowie gebräunten und rasierten Körper des Körpers nicht auf Befangenheit oder Ähnliches schliessen. Es handelt sich dabei um blosser Tatsachenfeststellungen, die in der Beurteilung auch nicht wertend eingeflossen sind.

Weiter wird bemängelt, es sei kein MRI gemacht worden. Hierzu ist zu sagen, dass es im Ermessen des Gutachters liegt, welche Untersuchungen er durchführt. Nach der Rechtsprechung kommt den Gutachtern bei der Wahl der Untersuchungsmethoden ein weiter Ermessensspielraum zu (Urteil des Bundesgerichts 9C_753/2015 vom 20. April 2016 E. 3.3 mit Hinweisen). Im Übrigen lagen die Unterlagen von mehreren MRI-Untersuchungen vor, die entsprechend gewürdigt wurden.

7.2.1 Inhaltlich wird in der orthopädischen Beurteilung nachvollziehbar dargelegt, dass sich beim Beschwerdeführer endgradige Einschränkungen der Rotationsbeweglichkeit, der Inklinationsbeweglichkeit und der Seitneigungsbeweglichkeit der Halswirbelsäule zeigen. Bei den Bewegungsprüfungen der Halswirbelsäule benenne dieser einen Schmerz im Bereich der oberen Brustwirbelsäule auf Höhe der Brustwirbel 1 bis 3, jedoch beklage er keinen Schmerz in der Halswirbelsäule, weder bei der Palpation der Dornfortsätze noch bei der Bewegungsprüfung der Halswirbelsäule auch in deren Endgraden. Passend hierzu seien die Sellmischen Referenzpunkte an der Linea nuchae für die Halswirbelsäule nicht druckdolent oder verquollen, was per se eine akute Pathologie an der Halswirbelsäule bereits unwahrscheinlich sein lasse. In Übereinstimmung dazu zeigten die aktuell erstellten Röntgenaufnahmen der Halswirbelsäule mit den Brustwirbelkörpern 1 bis 3 gesamtwertend nur beginnende degenerative Veränderungen. Die bei den Bewegungsprüfungen an Halswirbelsäule und Brustwirbelsäule benannten Schmerzen in der oberen Brustwirbelsäule seien somit weder über den körperlichen Untersuchungsbefund noch über die Röntgenaufnahmen plausibilisierbar. Diese Einschätzung wird einleuchtend begründet und mit den Ergebnissen von bildgebenden Untersuchungen untermauert. Die endgradige Bewegungseinschränkung in der Halswirbelsäule könnte gemäss Gutachter einer gewissen Selbstlimitierung im Rahmen der orthopädischen Untersuchung geschuldet sein. Jedenfalls handelt es sich dabei um eine geringe Funktionseinschränkung. Eine bedeutsame Wirbelsäulenfehlstatik besteht nach schlüssiger Beurteilung nicht, ebenso keine Blockierung im chirodiagnostischen Sinne oder eine anderweitige akute Pathologie. Abgesehen von der genannten, die Brustwirbelsäule betreffenden Schmerzbekundung hat der Beschwerdeführer im Rahmen der Untersuchung von Brustwirbelsäule und Lendenwirbelsäule keine Schmerzen bekundet. Dies korreliert denn auch mit den aktuellen Röntgenaufnahmen und den auf diesen dokumentierten lediglich beginnenden Degenerationsmustern. Wenn der Beschwerdeführer geltend machen lässt, es sei nicht nachvollziehbar, dass der Gutachter nur von beginnenden degenerativen Veränderungen spreche, obwohl solche bereits 2007 sichtbar gewesen seien, vermag dies die schlüssige Einschätzung, die sich auf aktuelle Röntgenaufnahmen stützt, nicht umzustossen. Dem Gutachter waren die alten Befunde bekannt. Weiter hat dieser zu den aktuell ersichtlichen, gering bis mässiggradigen degenerativen Mustern ausgeführt, bei Einhaltung von Rückenergonomie sei eine Zunahme der Beschwerden an der Wirbelsäule in den kommenden Jahren nicht zu erwarten.

7.2.2 In der neurologischen Beurteilung wird ebenfalls nachvollziehbar dargelegt, dass sich gemäss der aktuellen Untersuchung beim Beschwerdeführer hinsichtlich der angegebenen Schmerzen im Nacken- und Schulterbereich rechts keine auf neurologischem Fachgebiet liegenden Erklärungen für die angegebene Schmerzsymptomatik zeigten. Diesbezüglich wird richtigerweise darauf hingewiesen, dass sich weder anamnestisch noch aktenkundig zervikoradikuläre Schmerzursachen feststellen liessen, insbesondere seien zu keinem Zeitpunkt plausible radikuläre Schmerzen beschrieben worden. Zur 2007 diagnostizierten

Diskushernie C6/7 mit partiellem sensiblem radikulärem Ausfallsyndrom C6 rechts wurde bereits im Rahmen der kreisärztlichen Untersuchung vom 10. Februar 2009 (IV-Nr. 15.8 S. 4 ff.) festgehalten, dass keine offensichtliche C6/7-Symptomatik mehr bestehe. Der neurologische Gutachter geht auf diese Diagnostik eingehend ein und erklärt schlüssig, dass die Originalbilder aus dem Jahr 2007 nur eine relativ geringe Ausprägung dieser Diskushernie zeigten, wobei eine wesentliche Kompression der Wurzel C7 rechts nicht wirklich erkennbar sei. Weiter sei gemäss der aktuellen Anamnese auffällig, dass der Beschwerdeführer angegeben habe, beim damaligen Trauma lediglich einen lokalen Schmerz im zervikothorakalen Übergangsbereich verspürt zu haben. Eine gewisse Ausstrahlung habe sich erst im Verlauf des nächsten Tages und langsam gebildet. Der Gutachter legt dann auch explizit dar, dass solche Befunde durch eine übliche, wie auch beim Beschwerdeführer durchgeführte Behandlung zur Remission zu bringen sind. Das in der weiteren Abklärung genannte Impingement rechts subacromial schreibt der Gutachter aus heutiger Sicht eher einer myofaszialen Projektion zu. Durch die Bildbefunde sei diese Diagnose nicht wirklich erklärbar. Spätestens im Juli 2008, als der Beschwerdeführer keine Medikamente mehr genommen habe und nicht mehr zur Physiotherapie gegangen sei, sei indessen eine relevant begründbare Schmerzsymptomatik nicht mehr plausibel gewesen. Dass eine radikuläre Symptomatik im weiteren Verlauf nicht immer zu Hypästhesien und bleibenden Nervenschädigungen führt, wie der Beschwerdeführer ausführen lässt, ist mit diesen einleuchtenden Ausführungen des Gutachters widerlegt.

Weiter erklärt der neurologische Gutachter einleuchtend, weshalb die vom Beschwerdeführer gezeigte Schmerzlokalisierung im zervikothorakalen Übergang(eher über der oberen BWS), nicht mit der in der Bildgebung dargestellten, leichten osteochondrische Veränderung mit leichter Diskusprotrusion in Höhe HWK 6/7 vereinbar ist, denn der Schmerz wird zu tief angegeben. In der MRI-Bildgebung lässt sich nach gutachterlicher Einschätzung keine entsprechende pathologische, neurokompressive Symptomatik feststellen. Somit geht der Gutachter allenfalls von einem leichten spondylogenen Schmerzsyndrom im zerviko-thorakalen Übergangsbereich aus, ohne dass eine neurogene Reiz- oder gar Ausfallsymptomatik vorliegen würde. Es handelt sich daher um eine rein orthopädische Angelegenheit. Auch bezüglich der Schulterschmerzen rechts ist aus neurologischer Sicht keine neurogene Schädigung feststellbar. Anamnestisch habe nie eine zervikoradikuläre Schmerzbahn bestanden, keine peripher umschriebene neurogene Schmerzursache resp. kein Hinweis für Plexusaffektion oder Nervenschädigung, auch nicht für eine myelogene Störung. Damit übereinstimmend findet der Gutachter im neurologischen Untersuchungsbefund einen normalen sensomotorischen Status sowie einen normalen Reflexstatus und Kennreflexe für die Segmente C5 und C6 vor. Die angegebene Bewegungseinschränkung der Schulter ist damit nicht neurologisch erklärbar. Auch hier wird konsequenterweise auf das orthopädische Fachgebiet verwiesen. Hinsichtlich der lumbalen Schmerzen habe der Beschwerdeführer zum gegenwärtigen Zeitpunkt lediglich ein altes sensibles Defizit an der Innenseite des distalen Oberschenkels angegeben. Insbesondere sei die Sensibilität in den Etagen L2, L3, L4, L5 und S1 unauffällig. Weil der Beschwerdeführer anamnestisch eine für ca. ein Jahr bestehende Faszikulation am Oberschenkel beschreibe, diese aber ebenfalls eher an der Oberschenkelinnenseite etwas distal betont lokalisiere, und weil der Patellarsehnenreflex sowie Adduktorenreflex rechts abgeschwächt seien, scheint nach gutachterlicher Beurteilung eine vormalige Affektion im Bereich des Myotom L3 rechts vorgelegen zu haben. Dies steht in Übereinstimmung mit der durchgeführten, aktuellen EMG-Untersuchung. Jedoch hat diese offenbar keine

chronisch neurogenen frischeren Umbauprozesse und insbesondere keine akute pathologische Spontanaktivität mehr gezeigt, weshalb nachvollziehbar keine radikuläre Reiz- oder Defizitsymptomatik bzw. peripher neurogene Schmerzursache mehr plausibilisiert werden kann. Im Übrigen sei auch gemäss der aktuellen klinischen Befundlage der Schmerz vom Beschwerdeführer im lumbosakralen Übergangsbereich, speziell in Höhe L5 beidseits, beschrieben, nicht aber in den darüber liegenden Etagen L1 bis L4. Die gegenwärtige Schmerzsymptomatik kann somit lediglich als statisch belastungsabhängig bezeichnet werden, ohne radikuläre oder andere peripher neurogene Ausstrahlung. Auch hier sei somit die Beurteilung versicherungsmedizinisch aus orthopädischer Sicht zu führen.

Im Weiteren wird auf die Ergebnisse des MRI vom 7. Juli 2010 (mässige Chondrose der Bandscheiben LWK 2/3 bis SWK 1, diskrete Spondylose L 4/5 bis S1, mässige Spondylose der LWS mit Hypertrophie der kleinen Gelenke gezeigt) eingegangen und nachvollziehbar dargelegt, dass speziell in den Etagen L 2/3 nur eine kleine Bandscheibenprotrusion ohne Tangieren oder Komprimieren neuraler Strukturen feststellbar sei, in Etage LWK 3/4 rechts foraminal hingegen eine relativ grosse breitbasige Protrusion. Es ist nach gutachterlicher Einschätzung gut denkbar, dass diese in Etage LWK 3/4 lokalisierte Diskusprotrusion die klinische Symptomatik einer L3-Radikulopathie begründet. Jedoch wurde, wie ausgeführt wird, in der neurologischen Untersuchung vom 11. November 2011 nur noch eine diskrete Schwäche des M. quadriceps rechts beschrieben und im erstellten MRI zeigten sich keine Anhaltspunkte für eine strukturelle Affektion des Nervus femoralis rechts. Weiter war eine durchgeführte Nadelmyographie unauffällig. Damit ist aus neurologischer Sicht rückblickend zwar eine verminderte Rückenbelastungsfähigkeit gegeben, in einer ideal angepassten Tätigkeit hätte jedoch wohl schon damals eine nur wenig verminderte Arbeitsfähigkeit bestehen müssen. Mit Austrittsdatum aus der Reha in [...] am 15. Januar 2011 hätte eine Arbeitsfähigkeit in einer leidensadaptierten Tätigkeit vorliegen müssen.

7.3 Nach dem Gesagten erweisen sich die gutachterlichen Ausführungen in allen Punkten als schlüssig. Sowohl betreffend Halswirbelsäule als auch Lendenwirbelsäule ist eine akute oder aktuelle radikuläre Irritation weder klinisch noch bildmorphologisch erklärbar, was der EMG-Befund bestätigt. Passend dazu nimmt der Beschwerdeführer nach eigenen Angaben nur selten Schmerzmittel ein, was er offenbar früher schon kaum getan hat. Zu seinem diesbezüglichen Einwand, dass Anzahl und Stärke der Medikation kein Kriterium zur Beurteilung der Arbeitsfähigkeit seien, ist zu sagen, dass diese Tatsache indessen durchaus Schlüsse auf die subjektive Schmerzintensität zulässt. Dies gilt auch für die Tatsache, dass der Beschwerdeführer seit Monaten nicht mehr zur Physiotherapie geht und sich regelmässig sportlich betätigt.

Das Gutachten ist somit als beweiswertig zu qualifizieren und die darin vorgenommene Bewertung der Arbeitsfähigkeit mit Blick auf gestellten Diagnosen und die gutachterliche Beurteilung nachvollziehbar: Statische Belastungen der Wirbelsäule, Wirbelsäulenhaltungsmonotonien und Belastungen der Wirbelsäule ausserhalb der Körperachse sowie alle mittelschweren und schweren körperlichen Tätigkeiten lassen demgemäss bei der bestehenden Befundkonstellation Schmerzen in der Wirbelsäule nicht ausschliessen, die einschränkend wirken. So sollte das Heben von Lasten über 10 kg, gelegentlich 15 kg, nur selten gefordert sein. Arbeiten unter Exposition gegenüber Nässe, Kälte und Zugluft sind nicht mehr zumutbar. Mittelschwere und schwere körperliche Arbeiten und Tätigkeiten mit besonderer Belastung der Wirbelsäule können damit nicht

mehr ausgeführt werden. In der angestammten Tätigkeit als Kundenmaurer besteht eine Arbeitsunfähigkeit von 100 %. Demgegenüber können dauerhaft leichte, nur gelegentlich mittelschwere körperliche Tätigkeiten vollumfänglich geleistet werden, zu erbringen im Wechselrhythmus zwischen Stehen, Gehen und Sitzen mit einem Überwiegen des im Sitzen zu erbringenden Anteils der Arbeit. Der gegenwärtige Arbeitsplatz des Beschwerdeführers erweist sich damit als ideal angepasst. Der Beschwerdeführer hat selber angegeben, diese Tätigkeit zeitweise während sieben Stunden auszuüben. In einer angepassten Verweistätigkeit besteht eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 100 %. Diese Bewertung gilt gemäss gutachterlicher Einschätzung retrospektiv ab Entlassung aus der Rehaklinik [...] im Januar 2011.

8. Die Beschwerdegegnerin hat in der angefochtenen Verfügung keine Bemessung des Invaliditätsgrades vorgenommen, sondern auf die wiedererwägungsweise aufgehobene Verfügung vom 5. Juni 2013 verwiesen und ausgeführt, ein damals zumutbares Arbeitspensum von 72 % in einer Verweistätigkeit habe einen Invaliditätsgrad von 45 % ergeben. Bei einem zumutbaren Arbeitspensum von 100 % resultiere auch bei einem maximalen leidensbedingten Abzug von 25 % ein Invaliditätsgrad unter 40 %, weshalb keine Rente zuzusprechen sei.

Strittig ist der Rentenanspruch für die Zeit ab dem Erlass der Verfügung vom 19. Juni 2017. Der Einkommensvergleich ist daher auf diesen Zeitpunkt zu beziehen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_78/2015 vom 10. Juli 2015 E. 3 und 4).

In der Verfügung vom 5. Juni 2013 hat die Beschwerdegegnerin zur Bemessung des Valideneinkommens korrekterweise das letzte, vom Beschwerdeführer im Jahr 2011 erzielte Einkommen bei der B.____ von CHF 5'590.00 monatlich zuzüglich 13. Monatslohn herangezogen (vgl. Arbeitgeberbericht vom 12. April 2011 [IV-Nr. 14]). Dies lässt sich nicht beanstanden. Unter Berücksichtigung der Lohnentwicklung von 2011 bis 2016 (die Nominallohnzahlen für 2017 liegen noch nicht vor) von 101,0 auf 104,4 (Bundesamt für Statistik, Nominallohnindex, Tabelle T1.10, Basis 2010 = 100, Total [der spezifische Wert für das Baugewerbe ist niedriger]) beläuft sich das Valideneinkommen auf CHF 75'116.00.

Bei der Bemessung des Invalideneinkommens ist aufgrund der Tatsache, dass der Beschwerdeführer keine zumutbare Tätigkeit aufgenommen hatte, von einem Tabellenlohn der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE 2014) auszugehen. Der Totalwert des standardisierten (12 Monate, 40 Wochenstunden) Brutto-Monatslohns der im privaten Sektor im Kompetenzniveau 1 beschäftigten Männer (Tabelle TA1_tirage_skill_level) belief sich auf CHF 5'312.00. Dieser Wert ist auf die durchschnittliche betriebsübliche Arbeitszeit von 41,7 Stunden hochzurechnen. Weiter ist die statistische Lohnentwicklung von 2014 auf 2016 von 103,3 auf 104,4 Punkte (vgl. oben [Tabelle T1.10]) zu berücksichtigen, womit sich ein Invalideneinkommen von CHF 67'160.00 ergibt.

Damit ergibt sich ein Invaliditätsgrad von 11 %. Ob die Voraussetzungen zur Gewährung eines leidensbedingten Abzugs im vorliegenden Fall gegeben sind, kann offen bleiben, da selbst bei einem maximalen Abzug von 25 %, der in dieser Höhe zweifellos nicht gerechtfertigt wäre, ein Invaliditätsgrad von 33 % resultieren würde, womit kein Rentenanspruch gegeben ist. Zu keinem anderen Ergebnis würde man gelangen, wenn man den vom Beschwerdeführer aktuell erzielten Verdienst von CHF 31.00 pro Stunde brutto bei der L.____ (vgl. Arbeitsvertrag, IV-Nr. 62 S. 4, und Bescheinigung der über den Zwischenverdienst des Beschwerdeführers als Chauffeur, IV-Nr. 62) heranziehen und auf

ein 100 %-Pensum aufrechnen würde.

9. Der Beschwerdeführer war zum Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung 57 Jahre alt. Er bezog seit dem 1. November 2011, damit seit etwas mehr als fünfeinhalb Jahren, eine Viertelsrente. Es ist deshalb zu prüfen, ob ihm eine Selbsteingliederung ohne vorgängige berufliche Massnahmen zumutbar ist.

9.1 Im Gebiet 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 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 des Bundesgerichts 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 (BGE 141 V 5 E. 4.2.2 S. 8; erwähntes Urteil des Bundesgerichts 9C_228/2010 vom 26. April 2011 E. 3.5, in: SVR 2011 IV Nr. 73 S. 220).

Das Bundesgericht hat die Zumutbarkeit der Selbsteingliederung bei einer stets vorhandenen, aber nicht verwerteten Restarbeitsfähigkeit wiederholt bejaht (Urteile des

Bundesgerichts 9C_754/2014 vom 11. Juni 2015 E. 5.3, mit Hinweis auf die Urteile 9C_726/2011 vom 1. Februar 2012 E. 5.2 und 9C_752/2013 vom 27. Juni 2014 E. 4.3; vgl. auch Urteil 9C_819/2014 vom 19. Juni 2015 E. 4, mit weiteren Hinweisen).

Im vorliegenden Fall hat der Beschwerdeführer keine vollständige Abwesenheit vom Arbeitsmarkt zu verzeichnen. Er war und ist im Rahmen eines Teilzeitpensums erwerbstätig. Seit Januar 2011 bestand eine Arbeitsfähigkeit von 100 % in einer angepassten Tätigkeit. Eine solche hat der Beschwerdeführer nicht aufgenommen, er hat aber eine für ihn ideal angepasste Stelle in einem Teilzeitpensum gefunden. Die Selbsteingliederung kann ihm unter diesen Umständen zugemutet werden. Aufgrund der Tatsache, dass er sich selber in einer Tätigkeit wie jener, die er zurzeit teilzeitlich ausübt, nicht für vollumfänglich arbeitsfähig hält, ist nicht zu erwarten, dass berufliche Eingliederungsmassnahmen die gewünschten Resultate erzielen könnten. Ein Anspruch darauf ist nach dem Gesagten nicht gegeben. Die Beschwerde ist abzuweisen.

10.2 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. Im vorliegenden Fall hat der Beschwerdeführer die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen, die mit dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe zu verrechnen sind.

Demnach wird erkannt:

3. Der Beschwerdeführer hat Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen, die mit dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe verrechnet werden.

Rechtsmittel

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

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Der Präsident

Die Gerichtsschreiberin

Flückiger

Fischer

Der vorliegende Entscheid wurde vom Bundesgericht mit Urteil 8C_110/2018 vom 3. September 2018 bestätigt.

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