

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.01403 vom 28. November 2018

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-11-28, DE

Quelle: https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.01403

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.01403 du 28 novembre 2018

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.01403 del 28 novembre 2018

Erwägungen

E. 1

SchlB IVG 6. IV-Revision) zugeteilt (Urk. 6/106/3). Dieses holte Mitte Januar 2015 einen weiteren hausärztlichen Bericht (Urk. 6/86/6 f.) ein und entschied im Oktober 2015, ein polydisziplinäres Gutachten in Auftrag zu geben (Urk. 6/91 und 6/93). Das internistische, orthopädische, neurologische und psychiatrische Gutachten des B.____, datiert vom 9. März 2016 (Urk. 6/103), wurde dem RAD zur Stellungnahme vorgelegt (Urk. 6/106/5).

Anschliessend prüfte die Sachbearbeiterin des «6a-Teams» die Standardindikatoren (Urk. 6/106/6-8). Mit Vorbescheid vom 11. Mai 2016 kündigte die IV-Stelle dem Versicherten die Einstellung seiner Rente an (Urk. 6/107). Dagegen liess der Versicherte, vertreten durch die Unia (Urk. 6/114), vorsorglich Einwand erheben (vgl. ferner Urk. 6/108 und 6/118 zum Einwand der Sozialen Dienste der Stadt Winterthur). Dieser wurde durch Rechtsanwältin lic. iur. Schwarz begründet (Urk. 6/119; ferner Urk. 6/127-29). Schliesslich hob die IV-Stelle die Rente mit Verfügung vom 16. November 2016 auf den ersten Tag des zweiten Monats nach Zustellung derselben auf und entzog einer allfälligen Beschwerde gegen diesen Entscheid die aufschiebende Wirkung (Urk. 2).

E. 1.1

X.____, geboren 1965, absolvierte eine Anlehre als Dreher (Urk. 6/2/4) und arbeitete fortan als solcher. Ab 1997 war er (teilweise) arbeitsunfähig geschrieben (Urk. 6/6/4-24) und meldete sich Anfang 1999 wegen einer Diskushernie im Lendenbereich bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle (nachfolgend: IV-Stelle) zum Leistungsbezug an (Urk. 6/2). Diese holte Berichte bei den behandelnden Ärzten (Urk. 6/4, 6/5 und 6/7/4-6), ein schliesslich einer Evaluation der arbeitsbezogenen funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL; Urk. 6/20), und Auskünfte bei der Arbeitgeberin (Urk. 6/6) ein. Nach Auflösung des Arbeitsverhältnisses (Urk. 6/15/2) und Abschluss der Eingliederungsberatung (Urk. 6/14) kündigte sie dem Versicherten die Verneinung eines Rentenanspruchs an (Urk. 6/26). Aufgrund seiner Einwände (Urk. 6/27-28) gab sie ein psychiatrisches Gutachten in Auftrag. Dieses wurde am 19. Juni 2000 von Dr. med. Y.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, erstattet (Urk. 6/34) und dem Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) zur Prüfung vorgelegt (Urk. 6/36/2). Gleichzeitig liess der Versicherte der IV-Stelle einen weiteren Arztbericht zukommen (Urk. 6/37). Am 30. August 2000 verfügte diese eine berufliche Abklärung (Urk. 6/39), welche im Oktober/November 2000 in der Z.____ durchgeführt wurde (Urk. 6/42). Schliesslich sprach die IV-Stelle dem Versicherten mit Verfügungen vom 12. Juli 2001 rückwirkend für die Monate November 1998 bis April 1999 eine halbe und ab 1. Mai 1999 eine ganze Invalidenrente zu (Urk. 6/50-51).

E. 1.2

Im Jahr 2002 nahm die IV-Stelle eine erste Revision an die Hand. Sie holte erst mals Auszüge aus dem individuellen Konto (Urk. 6/53-54) sowie einen Verlaufsbericht beim Hausarzt (Urk. 6/57) ein und liess den Versicherten einen Fragebogen ausfüllen (Urk. 6/56). Gestützt hierauf bestätigte sie am 20. Januar 2003 die bisherige Rente bei unverändertem Invaliditätsgrad (Urk. 6/61).

Anfang 2006 liess sie den Versicherten wiederum einen Fragebogen ausfüllen (Urk. 6/63) und holte einen Auszug aus dem individuellen Konto (Urk. 6/64) sowie einen Verlaufsbericht beim Hausarzt ein, der diverse Berichte des A.____ aus dem Jahr 2005 beilegte (Urk. 6/67). Am 15. Mai 2006 teilte die IV-Stelle dem Versicherten erneut formlos mit, der Invaliditätsgrad sei unverändert (Urk. 6/69).

Am 20. April 2009 bestätigte die IV-Stelle abermals gestützt auf einen vom Versicherten ausgefüllten Fragebogen (Urk. 6/74), einen Auszug aus dem individuellen Konto (Urk. 6/75), einen hausärztlichen Bericht (Urk. 6/76) sowie eine Stellungnahme des RAD (Urk. 6/77/2) die ganze Invalidenrente (Urk. 6/78).

E. 1.3

In der aktuellen Revision füllte der Versicherte am 12. Mai 2013 einen weiteren Fragebogen aus (Urk. 6/81). Im gleichen Monat holte die IV-Stelle einen hausärztlichen Bericht (Urk. 6/82) und einen Auszug aus dem individuellen Konto ein (Urk. 6/83). Nach einem Standortgespräch betreffend «Eingliederung aus Rente» am 25. Juni 2013 wurde das Dossier in die «Kundenberatung für Revision» weitergegeben (Urk. 6/85) und dort im März 2014 dem «6a-Team» für eine Überprüfung anhand von lit. a Abs.

E. 2

Gegen diese Verfügung erhob der Versicherte am 15. Dezember 2016 Beschwerde und beantragte, ihm weiterhin eine Invalidenrente auszurichten. Eventualiter sei die Sache unter Weiterausrichtung der bisherigen Rente zur Prüfung einer beruflichen Eingliederung an die IV-Stelle zurückzuweisen (Urk. 1). In der Beschwerdeantwort vom 30. Januar 2017 schloss die IV-Stelle auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 5). In der Folge reichte der Versicherte mit Eingabe vom 3. Februar 2017 (Urk. 8) einen Bericht des C.____ (Urk. 9) ein. Die IV-Stelle verzichtete explizit auf eine Stellungnahme hierzu (Urk. 11). Mit Eingabe vom 16. Februar 2017 (Urk. 13) reichte der Beschwerdeführer eine ergänzte Version des vorgenannten Berichts (Urk. 14) nach. Seine Eingabe samt Beilage wurde der IV-Stelle zur Kenntnis gebracht (Urk. 12). Schliesslich gewährte das Gericht den Parteien mit Verfügung vom 27. Juli 2018 das rechtliche Gehör im Hinblick auf eine mögliche Anwendung von Art. 53 Abs. 2 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; Urk. 15). Während die IV-Stelle auf eine Stellungnahme verzichtete (Urk. 16), reichte der Beschwerdeführer innert erstreckter Frist (Urk. 18 und 19) mit Eingabe vom 25. Oktober 2018 weitere Arztberichte ein (Urk. 21/1-4) und beantragte ein polydisziplinäres Gerichtsgutachten (Urk. 20). Die Eingaben und Beilagen wurden der jeweiligen Gegenpartei zur Kenntnis gebracht (Urk. 22). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

Lit. a Abs. 1 SchlB 6. IV-Revision ermöglicht es, innert drei Jahren nach ihrem Inkrafttreten am 1. Januar 2012 Renten, die zufolge organisch nicht erklärbarer Schmerzzustände zugesprochen wurden, nach Massgabe von Art. 7 Abs. 2 ATSG zu überprüfen. Der Wortlaut von Art. 7 Abs. 2 ATSG wurde per 1. Januar 2008 an die zu den somatoformen Schmerzstörungen begründete Rechtsprechung (BGE 130 V 352) angepasst

und statuiert seither den Grundsatz, dass eine Erwerbsunfähigkeit nur vorliegt, wenn diese aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist. Laut ihrem Abs. 4 findet die Bestimmung keine Anwendung auf Personen, die im Zeitpunkt des Inkrafttretens dieser Änderung das 55. Altersjahr zurückgelegt haben oder im Zeitpunkt, in dem die Überprüfung eingeleitet wird, seit mehr als 15 Jahren eine Rente der Invalidenversicherung beziehen.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin erwog in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2), dass angesichts der zur Berentung führenden Diagnosen lit. a Abs. 1 SchlB IVG 6. IV-Revision anwendbar sei. Die Revision sei im Mai 2013 eingeleitet (damalige Rentenbezugsdauer 14,5 Jahre) und das Dossier im März 2014 der entsprechenden Abteilung übergeben worden. Das Verfahren sei auch nicht absichtlich verzögert worden. Alsdann sei auf das Gutachten des B.____ abzustellen, worin die Diagnosen nachvollziehbar hergeleitet worden seien. Zudem würden sich daraus und den Akten genügend Informationen für eine Anspruchsprüfung im Sinne von BGE 141 V 281 finden. Die gutachtliche Konsistenzprüfung habe ergeben, dass ein Ausschlussgrund gemäss BGE 131 V 49 vorliege. Demnach bestehe künftig kein Rentenanspruch mehr. Im Übrigen habe der Beschwerdeführer selbst erklärt, er fühle sich nicht in der Lage, an Eingliederungsmassnahmen teilzunehmen.

E. 2.2

Dem entgegnete der Beschwerdeführer in der Beschwerde, Dr. Y.____ habe damals neben der somatoformen Schmerzstörung eine chronische ängstliche Depression und wahrscheinlich seit der Kindheit bestehende Persönlichkeitsstörungen diagnostiziert. Diese Diagnosen hätten zusammen mit dem chronischen lumbospondylogenen Syndrom zur Berentung geführt. Gemäss Feststellungsblatt zur Revision im Jahr 2009 sei es sogar die chronische Depression gewesen. Demnach hätten unklare Beschwerdebilder die Auswirkungen des Gesamtbeschwerdebildes höchstens verstärkt. Ferner sei die Revision effektiv erst im Jahr 2015 – also nach Ablauf der gesetzlichen Dreijahresfrist – mit der Veranlassung einer Begutachtung an die Hand genommen worden. Zuvor seien mehr als zwei Jahre keine konkreten Bemühungen erfolgt. Aus diesen Gründen sei lit. a Abs. 1 SchlB IVG 6. IV-Revision nicht anwendbar (Urk. 1 S. 3-6).

Die Rentenaufhebung sei auch nicht mit der substituierten Begründung, es liege ein materieller Revisionsgrund vor, zu schützen. Vielmehr sei diesbezüglich zur Wahrung seines rechtlichen Gehörs zuerst ein Verwaltungsverfahren durchzuführen. Ohnehin habe sich seine gesundheitliche Situation seit der letzten Revision im Jahr 2009 nicht verbessert. So hätten sich gemäss dem RAD die Befunde gegenüber dem Jahr 2005 nicht richtungsweisend geändert. Es liege somit – wie auch bei den vom RAD zitierten Diskrepanzen – nur eine abweichende Beurteilung eines bereits beurteilten Sachverhalts vor (Urk. 1 S. 6 f.).

Schliesslich habe er, als tatsächlich Revisionsbemühungen aufgenommen worden seien, die Voraussetzung eines 15-jährigen Rentenbezugs erfüllt. Demnach wäre vor der Rentenaufhebung die Zumutbarkeit der Selbsteingliederung zu prüfen gewesen. Zwar habe ein Gespräch mit der Eingliederungsberatung stattgefunden, aber es sei kein Mahn- und Bedenkzeitverfahren durchgeführt worden (Urk. 1 S. 7). Zudem würde er heute als Gesunder aufgrund der Berufserfahrung mindestens einen an die Nominallohnentwicklung angepassten Validenlohn, wie er in der ursprünglichen Rentenverfügung festgelegt worden sei, verdienen. Beim Invalideneinkommen wäre wegen der langen Berufsabwesenheit

sowie der somatischen und gutachterlich bestätigten psychischen Beschwerden ein maximaler leidens bedingter Abzug zu gewähren (Urk. 1 S. 8).

E. 2.3

Ergänzend argumentierte der Beschwerdeführer in der Eingabe vom 25. Oktober 2018 (Urk. 20), streitig sei nicht der Rentenanspruch, sondern ob ein Anwendungsfall von lit. a Abs. 1 SchlB IVG 6. IV-Revision vorliege. Es bestehe daher kein Raum für eine «wiedererwägungsweise rückwirkende Neubeurteilung». Viel mehr sei die Rente rückwirkend ab der Einstellung weiterauszurichten. Es stehe der Beschwerdegegnerin frei, ein ordentliches Revisionsverfahren unter Wahrung seiner Verfahrensrechte durchzuführen. So hätte er die Möglichkeit, diese mittels eigener medizinischer Abklärungen von der Notwendigkeit einer neuen Begutachtung zu überzeugen, bzw. dies würde eine Auseinandersetzung mit seiner bis her unbeachteten Kritik am Gutachten und dem weiteren Krankheitsverlauf (intensive psychiatrische Behandlung, neue radiologische und kardiologische Untersuchungsergebnisse, Verdacht auf ein Karpaltunnelsyndrom) erlauben. Ein solches Vorgehen sei auch aufgrund des Vertrauensschutzes, Verfahrensverlaufs und Untersuchungsgrundsatzes angezeigt. In einer ordentlichen Revision wäre zudem der mehr als 15-jährige Rentenbezug zu beachten. Bei Abweisung der Beschwerde verliere er diese Sonderstellung.

Weiter sei dem zum Gutachten von Dr. Y.____ und zum Feststellungsblatt von 2009 bereits Ausgeführten hinzuzufügen, dass die Persönlichkeitsstörung (heute als wahnhafte Störung diagnostiziert) und depressive Symptomatik nach wie vor in invalidisierendem Ausmass bestünden. Ebenso hätten damals die Eingliederungsbemühungen einen invalidisierenden Gesundheitsschaden ergeben. Nur weil die Ergebnisse der beruflichen Abklärung und des Gutachtens nicht voll ständig übereingestimmt hätten, dürfe der damalige Ermessensentscheid 17 Jahr später nicht wiedererwogen werden, selbst falls nach heutigen Kriterien Verfahrensgrundsätze verletzt wären. Allein die Verletzung von Verfahrensgrundsätzen könne nicht zur ursprünglichen Unrichtigkeit der Berentung führen.

Schliesslich dürfe ohne Meldepflichtverletzung eine wiedererwägungsweise Renteneinstellung nur ex nunc und pro futuro erfolgen. Eventualiter seien daher der medizinische Sachverhalt und die erwerblichen Verhältnisse im Zeitpunkt des zu fällenden Urteils massgebend. Der Krankheitsverlauf bis dahin sei mittels eines polydisziplinären Gerichtsgutachtens zu klären. Beim Einkommensvergleich sei zu beachten, dass er immer für den gleichen Arbeitgeber gearbeitet und sehr gut verdient habe. Beim leidensbedingten Abzug seien zusätzlich zu den schon erwähnten Gründen die langjährige Betriebszugehörigkeit, das Alter und die Fremdsprachigkeit zu berücksichtigen. Es sei deshalb sogar überwiegend wahr scheinlich, dass ihm die Umstellungsfähigkeit für einen Berufswechsel fehle.

E. 3.1

Zwischen den Parteien unter mehreren Gesichtspunkten strittig ist die Anwendbarkeit von lit. a Abs. 1 SchlB 6. IV-Revision. Dabei argumentierte der Beschwerdeführer vorderhand mit den bisher gestellten Diagnosen, womit sich die Beschwerdegegnerin nicht im Einzelnen auseinandersetze.

Lassen sich unklare von erklärbaren Beschwerden trennen, kann die zur Diskussion stehende Schlussbestimmung auf erstere Anwendung finden (BGE 140 V 197 E. 6.2, in Präzisierung u.a. von BGE 139 V 547 E. 10.1.1; vgl. Urteil des Bundesgerichts

8C_738/2013 vom 8. April 2014 E. 3.1.2.1 mit Hinweis). Der organisch begründete Teil der Arbeitsfähigkeit kann indes nur neu beurteilt werden, sofern eine Veränderung im Sinne von Art. 17 ATSG eingetreten ist (Urteil des Bundesgerichts 9C_121/2014 vom 3. September 2014 E. 2.4.2 mit Hinweisen). Ist ein „Mischsachverhalt“ gegeben, bei dem es unmöglich ist festzustellen, wie gross der Anteil der organisch bedingten Beschwerden bei der Rentenzusprechung war, hängt die Anwendbarkeit der Schlussbestimmung davon ab, dass die weitere („nichtsyndromale“) Gesundheitsschädigung letztlich nicht selbständig zur Begründung des Rentenanspruchs beigetragen hat. Wenn sie die Auswirkungen des unklaren Beschwerdebildes bloss verstärkte, bleibt eine Rentenrevision unter diesem Rechtstitel möglich (Urteil des Bundesgerichts 9C_121/2014 vom 3. September 2014 E. 2.6 mit Hinweisen).

E. 3.2

Den Erwägungen der Rentenverfügungen aus dem Jahr 2001 ist zu entnehmen, der Beschwerdeführer sei wegen langdauernder Krankheit seit dem 3. November 1997 ohne Unterbruch in seiner Tätigkeit als Dreher eingeschränkt. Nach Ablauf des Wartejahres sei ihm die Ausübung des angestammten Berufes weiterhin zu 50 % zumutbar gewesen, weshalb ab 1. November 1998 Anspruch auf eine halbe Rente bei einem Invaliditätsgrad von 50 % bestehe. Ab Februar 1999 habe sich der Zustand verschlechtert und praktisch eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit als Dreher und generell bestanden. Eine Besserung scheine nur mit einer beruflichen Umstellung möglich. Folglich erhöhe sich ab 1. Mai 1999 die halbe auf eine ganze Rente bei einem Invaliditätsgrad von 100 %. Die BEFAS-Abklärung im Z.____ habe nun ergeben, dass dem Beschwerdeführer eine leichte wechselbelastende Tätigkeit zu 50 % zumutbar wäre (z.B. als Montage-Mitarbeiter, Hilfsmechaniker). Ein entsprechendes Angebot für ein Arbeitstraining habe er indes abgelehnt. Deshalb betrage der Invaliditätsgrad ab dem 3. November 2000 (Beendigung der Abklärung) noch 69,5 %, was letztlich keinen Einfluss auf die Rentenhöhe habe. Dabei sei dem Einkommen ohne Behinderung von Fr. 74'607.-- ein solches mit Behinderung von Fr. 22'767.-- gegenüberzustellen (Urk. 47/2-3).

Ergänzend ergibt sich aus dem Feststellungsblatt, datiert vom 15. Januar 2001, die berufliche Abklärung sei durchgeführt worden, weil Dr. Y.____ im Gutachten vom 19. Juni 2000 davon ausgegangen sei, dass eine Besserung der Arbeitsfähigkeit mit einer beruflichen Umstellung möglich erscheine. Dem Bericht der Z.____ sei zu entnehmen, dass dieser Versuch gescheitert sei. Seitens der Z.____ sei das Angebot für ein Arbeitstraining gemacht worden, das der Beschwerdeführer jedoch aus gesundheitlichen Gründen ausgeschlagen habe. Im Bericht werde von einer verwertbaren 50%igen Arbeitsfähigkeit für angepasste Arbeiten ausgegangen. Zur vom RAD mit einem kommentarlosen «Ja» abgesehenen Abstufung der Rente wurde nochmals erläutert, dass bis Ende Januar 1999 eine 50%ige Arbeitsfähigkeit bestanden habe, die der damals noch angestellte Beschwerdeführer teilweise im Betrieb realisiert habe. Ab Februar 1999 habe gemäss Dr. Y.____ eine 100%-Arbeitsunfähigkeit bestanden. Die Z.____ komme zum Schluss, dass für körperlich leichte manuelle Tätigkeiten aufgrund der Abklärungsergebnisse eine 50%-Arbeitsfähigkeit verwertbar sei (Urk. 6/44).

E. 3.3

Aus den vorstehend zitierten Unterlagen erschliesst sich nicht direkt, welche Diagnosen zur Berentung führten. Indes werden die als massgeblich erachteten Dokumente für die

Zusprechung der ganzen Rente ab Mai 1999 mehrmals erwähnt. Es handelt sich einerseits um das psychiatrische Gutachten von Dr. med. Y.____ vom 19. Juni 2000 und andererseits den Schlussbericht der Z.____ vom 28. November 2000.

Dr. Y.____ kam in seinem Gutachten unmissverständlich zum Schluss, neben der somatoformen Schmerzstörung bestünden eine chronische ängstliche Depression und wahrscheinlich seit Kindheit Persönlichkeitsstörungen, welche zusammen mit dem chronischen lumbospondylogenen Syndrom einen Teufelskreis ausgelöst hätten. Die psychiatrische Komorbidität habe seines Erachtens gegenüber der Somatisierungsstörung den Hauptanteil. Dies schliesse er aus dem klinischen Eindruck, bei dem die depressive Symptomatik gegenüber der Fixierung auf die Schmerzen im Vordergrund stehe. Wegen dieser Beobachtung halte er auch den Versuch einer beruflichen Umstellung für indiziert (Urk. 6/35/10). Entsprechend konstatierte Dr. Y.____ zum Psychostatus, was die körperlichen Beschwerden betreffe, seien die Angaben vage und unpräzise. Bei der Schilderung der körperlichen Beschwerden sei auch merkwürdig wenig Leidensdruck spürbar, die Schilderungen würden ein wenig affizieren. Bei der Schilderung der persönlichen Probleme, z.B. der Nervosität, des Geldmangels, wirke er bedrückt, sei stiller und werde weinerlich. Vor allem imponiere, dass er sich rasch und stark aufrege und so eine starke Ängstlichkeit und Ratlosigkeit überspiele (Urk. 6/34/8).

Alsdann führte Dr. med. D.____, Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation, speziell für Rheumatologie, im Anhang zum Schlussbericht der Z.____ vom 28. November 2000 aus, mitbedingt durch eine schmerz geleitete schonungsbedingte Dekonditionierung, welche mit der panvertebralen Generalisierungstendenz auch schon im Bericht des E.____ vom 26. Januar 2000 beschrieben worden sei, habe der Beschwerdeführer im Verlauf des Tages jeweils allmählich zunehmende vom Kreuz ausgehende Schmerzen angegeben, weswegen die zugeteilten rückengerechten Tätigkeiten im Rahmen einer sechsstündigen Präsenzzeit verrichtet worden seien. Bei den konkret zugeteilten Arbeiten habe er sich kooperativ gezeigt und eine Arbeitsleistung von gut 50 % einer Normalleistung bei etwas verlangsamtem Arbeitstempo erzielt. Auffällige medikamentös bedingte (hoher Tramalkonsum) oder psychisch bedingte Leistungsschwankungen seien nicht aufgefallen. Man habe den Beschwerdeführer aufgrund seines Verhaltens, soweit man dies beurteilen könne, nicht ausgeprägt depressiv, sondern viel mehr dysphorisch verstimmt erlebt, ohne dass sich dies direkt im Sinne einer Einschränkung der Arbeitsleistungen widerspiegelt habe. Bei überwiegend sitzend und auf Tischhöhe ausübbarer körperlich leichter belastenden manuellen Tätigkeiten könne aufgrund der Abklärungsergebnisse zurzeit eine 50%-Arbeitsfähigkeit verwertet werden, je nach konkreter Arbeit allenfalls günstig unter etwas erhöhtem Zeitaufwand. Die nötige Motivation und Kooperation vorausgesetzt, wäre aus medizinischer Sicht ein aufbauendes Arbeitstraining bei angepasster Tätigkeit sinnvoll (Urk. 6/42/8).

E. 3.4

Demnach wurde dem Schmerzerleben von Dr. Y.____ in der einzigen fachärztlichen psychiatrischen Beurteilung, welche vor der Rentenzusprache datiert, ausdrücklich keine vorrangige Bedeutung beigemessen. Ebenso wenig ergeben sich aus dem Bericht zur beruflichen Abklärung Hinweise auf ein im Vordergrund stehendes psychosomatisches Leiden. Der Vollständigkeit halber ist dem hinzu zufügen, dass bei der aus dem Bericht übernommenen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit von 50 % auch keine klaren Anteile für die somatischen, psychischen oder psychosomatischen Beschwerden ausgeschieden

wurden, nachdem als invalisierende medizinische Diagnosen sowohl das chronische lumbospondylogene Syndrom links als auch die anhaltenden somatoformen Rückenschmerzen und die ängstliche depressive Entwicklung aus den Akten übernommen wurden. Von den damals aktenkundigen Diagnosen als nicht invalidisierend eingestuft wurde in jenem Bericht einzig die (selbstunsichere explosive) Persönlichkeitsstörung (Urk. 6/42/3).

E. 3.5

Es bleibt anzumerken, dass die Anwendbarkeit von lit. a Abs. 1 SchlB IVG 6. IV-Revision nicht auf vor dem 1. Januar 2008 zugesprochene Renten beschränkt und insofern nur ausgeschlossen ist, wenn die Berentung bereits auf der Grundlage der massgebenden Überwindbarkeitsrechtsprechung erfolgte (vgl. BGE 140 V 8 E. 2). Es drängen sich deshalb einige Bemerkungen zu den bisherigen Revisionen auf, die alle mit einer formlosen Mitteilung endeten (vgl. Sachverhalt E. 1.2).

Hierzu ist auf die zur materiellen Revision ergangene Rechtsprechung hinzuweisen, wonach zeitliche Vergleichsbasis für die Beurteilung einer Änderung des Invaliditätsgrades im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG die letzte anspruchsanfordernde (BGE 133 V 108 E. 4.1) oder aber auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Invaliditätsbemessung basierende rechtskräftige Verfügung ist (BGE 133 V 108; 130 V 71 E. 3.2.3). Einer solchen gegebenenfalls gleichgestellt ist eine formlose Mitteilung

nach Art. 74 ter lit. f und Art. 74 quater Abs. 1 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV; Urteile des Bundesgerichts 9C_474/2013 vom 20. Februar 2014 E. 4.1 und 9C_882/2010 vom 25. Januar 2011 E. 3.2.1 mit Hinweisen).

Die Heranziehung eines Verwaltungsaktes als Vergleichsbasis setzt voraus, dass er auf denjenigen Abklärungen beruht, die mit Blick auf die möglicherweise veränderten Tatsachen notwendig erscheinen. Unter einer Sachverhaltsabklärung im Sinne von BGE 133 V 108 muss eine Abklärung verstanden werden, die - wenn sie inhaltlich zu einem anderen Ergebnis führt - geeignet ist, eine Rentenerhöhung, -herabsetzung oder -aufhebung zu begründen (Urteil des Bundesgerichts 8C_441/2012 vom 25. Juli 2013 E. 6.2 mit Hinweisen, in: SVR 2013 IV Nr. 44 S. 134; vgl. zum Ganzen Urteil des Bundesgerichts 8C_185/2017 vom 6. Juli 2017 E. 5.2).

In den Revisionen in den Jahren 2002/2003, 2006 und 2009 beschränkte sich die Beschwerdegegnerin jeweils darauf, einen Formularbericht bei Dr. med. F.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und langjähriger Hausarzt des Beschwerdeführers, einzuholen (vgl. Sachverhalt E. 1.2). Dies stellte keine rechtskonforme Sachverhaltsabklärung im Sinne der Rechtsprechung dar, zumal Dr. F.____ nicht nur die entsprechenden rheumatologischen und psychiatrischen Fachkenntnisse fehlten, sondern die Berichte nicht viel mehr enthielten als den Hinweis auf einen stationären Gesundheitszustand und eine Auflistung der aktuellen Therapie massnahmen. Einzig die formlose Mitteilung vom 15. Mai 2006 beruhte insoweit auf einer vertiefteren medizinischen Abklärung, als Dr. F.____ damals den Schlussbericht der von ihm veranlassten interdisziplinären Sprechstunde am A.____ vom 10. Mai 2005 samt den Teilberichten zu den im April 2005 in den Fachebenen Rheumatologie, Psychiatrie und Anästhesiologie durchgeführten Untersuchungen beilegte (Urk. 6/67/5 ff.). Die zusammenfassende Beurteilung der Ärzte des A.____ lautete, es handle sich um einen chronisch schmerzkranken Patienten. Für die Schmerzen lasse sich auch nach nochmaliger

multidisziplinärer klinischer Untersuchung keine organische Ursache finden, insbesondere bestünde keine Hinweise auf eine radikuläre Symptomatik. Zudem scheine die ängstlich depressive Entwicklung unter Therapie in Remission. Konsens bestehe darüber, dass der Beschwerdeführer in einem Circulus viciosus von Passivität und sozialem Rückzug gefangen sei. Einen Auslöser für die aktuelle Verschlechterung der Schmerzen habe man nicht finden können. Die Ärzte diagnostizierten schliesslich (1) ein chronifiziertes linksseitiges hemiartiges Schmerzsyndrom, inkl. linkshalbsseitige Kopfschmerzen (lumbovertebragenes Syndrom, flache mediane Diskusprotrusion L5/S1 ohne Wurzelkompression), (2) eine ängstlich depressive Entwicklung, zurzeit unter Therapie remittiert, (3) eine Schmerzverarbeitungsstörung und (4) anamnestisch eine selbstunsichere explosive Persönlichkeitsstörung (Urk. 6/67/13). Dieses Abklärungsergebnis lässt zwar annehmen, dass fortan das psychosomatische Leiden im Vordergrund stand, indes fehlt in den Berichten eine Beurteilung von dessen Ausmass und eine Einschätzung der Arbeitsfähigkeit als Dreher sowie in einer Verweistätigkeit.

E. 3.6

Zusammenfassend fällt die Anwendbarkeit von lit. a Abs. 1 SchlB 6. IV-Revision also ausser Betracht, da bei der ursprünglichen Rentenzusprache das pathogenetisch-ätiologisch unklare syndromale Beschwerdebild ohne nachweisbare organische Grundlage nur eines von mehreren Leiden war, ohne dass bei der Arbeitsfähigkeitseinschätzung klar zwischen diesen unterschieden worden wäre. Zwar bestehen Anhaltspunkte, dass das psychosomatische Leiden im Laufe der Zeit in den Vordergrund rückte, doch wurde dessen Ausmass (vom A. ___ unspezifisch als «Schmerzverarbeitungsstörung» bezeichnet) und allfällige damit verbundene erwerbliche Auswirkungen von der Beschwerdegegnerin nicht mehr näher geprüft. Mangels rechtskonformer Sachverhaltsabklärung in den Rentenrevisionen kann den in diesem Zusammenhang erfolgten formlosen, den Invaliditätsgrad bestätigenden Mitteilungen daher nicht die gleiche Wirkung wie einer rechtskräftigen formellen Verfügung zukommen.

E. 4

E. 3.2.2).

Stellt sich im Rahmen der erwähnten Rückkommenstitel die Frage nach einer Veränderung des Rentenanspruches, ist Streitgegenstand die (geänderte) Invalidenrente als solche, nicht die rechtliche Begründung für die Anpassung der Leistung. Revision, Kürzung oder Wiedererwägung stellen nicht verschiedene Streitgegenstände dar, sondern unterschiedliche rechtliche Begründungen für den Streitgegenstand "Abänderung des Rentenanspruches" (Urteil des Bundesgerichts 9C_303/2010 vom 5. Juli 2010 E. 4.3 [SVR 2011 IV Nr. 20 S. 53]; vgl. zum Ganzen: Urteil des Bundesgerichts 9C_121/2014 vom 3. September 2014 E. 3.2.2). Davon ausgehend ändert der Umstand, dass keine Partei (jemals) eine Wiedererwägung beantragt hat, nichts an der Zulässigkeit der substituierten Begründung der Wiedererwägung, soweit

den Parteien im Gerichtsverfahren Gelegenheit gegeben wird, sich dazu allseitig zu äussern (vgl. dazu Urteil des Bundesgerichts 9C_880/2015 vom 21. März 2016 E. 3.1 und 3.2).

E. 4.1

So wie eine gestützt auf Art. 17 Abs. 1 ATSG (Revision im Sinne einer Anpassung des Rentenanspruches an geänderte Verhältnisse) erlassene Verfügung von Amtes wegen durch

die substituierte Begründung der Wiedererwägung wegen zweifel loser Unrichtigkeit der rentenzusprechenden Verfügung und erheblicher Bedeutung ihrer Berichtigung (Art. 53 Abs. 2 ATSG) bestätigt werden kann, besteht die gleiche Rechtslage im Verhältnis zwischen den Schlussbestimmungen der IV-Revision 6a und der substituierten Begründung der Wiedererwägung (Urteil des Bundesgerichts 9C_121/2014 vom 3. September 2014).

E. 4.2

Eine Rückweisung der Sache an die Beschwerdegegnerin zur Wiederholung des Vorbescheidverfahrens – wie vom Beschwerdeführer zur Wahrung seines rechtlichen Gehörs gefordert – ist somit nicht erforderlich. Nicht beigeplichtet werden kann insbesondere seiner Argumentation, Verfahrensgegenstand sei nur die Frage der Anwendbarkeit der Schlussbestimmung. Zu dieser Annahme bestand angesichts der im Verwaltungsverfahren erfolgten medizinischen Abklärungen und im Vorbescheid angekündigten Rentenaufhebung nie ein Grund. Vielmehr wurde dem Beschwerdeführer im Verwaltungsverfahren ausreichend Anlass und Gelegenheit geboten, sich umfassend zum Rentenanspruch – vorab zum medizinischen Sachverhalt – zu äussern (vgl. Sachverhalt E. 1.3).

Die Anwendung der richtigen bzw. falschen Rechtsgrundlage bei Abschluss des Verwaltungsverfahrens stellt sodann keinen sachlichen Grund für eine Ungleichbehandlung der Versicherten dar. Entscheidend für die Ausrichtung einer Rente ist allein der Invaliditätsgrad. Beträgt dieser gemäss rechtskonformer Sachverhaltsabklärung unter 40 %, ist die Auszahlung weiterer Renten nicht gerechtfertigt, soweit die Voraussetzungen für einen Rückkommenstitel erfüllt sind. Daran vermag weder die zeitliche Nähe zu einer «Sonderstellung» nach langem Rentenbezug noch eine nach Verfügungserlass eingetretene gesundheitliche Verschlechterung etwas zu ändern, zumal solche Umstände im Einzelfall auch bei Anwendung der korrekten gesetzlichen Bestimmung vorliegen können.

Der Beschwerdeführer bringt weiter vor, die Motivsubstitution führe zu einer unzulässigen Rückwirkung. Die Rente wird indessen in solchen Konstellationen effektiv bereits mit der zu schützenden Verfügung aufgehoben, so dass die versicherte Person nach deren Erlass nicht mehr auf weitere Rentenzahlungen vertrauen darf.

E. 4.3

Nach Art. 53 Abs. 2 ATSG ist die Verwaltung befugt, auf eine formell rechtskräftige Verfügung, die nicht Gegenstand materieller richterlicher Beurteilung gebildet hat, zurückzukommen, wenn sich diese als zweifellos unrichtig erweist und ihre Berichtigung von erheblicher Bedeutung ist (BGE 110 V 176 E. 2a mit Hinweisen). Die Voraussetzung der erheblichen Bedeutung der Berichtigung ist bei Invalidenrenten mit Blick auf ihren Charakter als periodische Dauerleistungen rechtsprechungsgemäss ohne weiteres zu bejahen (BGE 119 V 475 E. 1.c mit Hinweisen, Urteil des Bundesgerichts 9C_11/2008 vom 29. April 2008 E. 4.2.1).

Zweifellose Unrichtigkeit liegt in der Regel vor, wenn die notwendigen fachärztlichen Abklärungen überhaupt nicht oder nicht mit der erforderlichen Sorgfalt durchgeführt wurden, oder wenn eine Leistung aufgrund falscher Rechtsregeln bzw. ohne oder in unrichtiger Anwendung der massgeblichen Bestimmungen zugesprochen wurde. Soweit ermessensgeprägte Teile der Anspruchsprüfung vor dem Hintergrund der Sach- und Rechtslage einschliesslich der Rechtspraxis im Zeitpunkt der rechtskräftigen Leistungszusprache in vertretbarer Weise beurteilt worden sind, scheidet die Annahme

zweifelloser Unrichtigkeit aus (BGE 141 V 405 E. 5.2 mit Hinweisen). Eine auf keiner nachvollziehbaren ärztlichen Einschätzung der massgeblichen Arbeitsfähigkeit beruhende Invaliditätsbemessung ist nicht rechtskonform und die entsprechende Verfügung zweifellos unrichtig im wiedererwägungsrechtlichen Sinne (Urteil 9C_401/2014 vom 26. November 2014 E. 2 mit Hinweisen ; zum Ganzen Urteil des Bundesgerichts 9C_491/2017 vom 26. September 2017).

E. 4.4.1

Die Sachlage bei der Rentenzusprache gestaltete sich wie folgt: Am 12. Februar 1999 berichtete Dr. med. G.____, Facharzt für Innere Medizin und Rheuma erkrankungen, der Beschwerdeführer leide seit 1997 an einem lumbospondylogenen Syndrom links. In der Computertomographie (CT) habe sich damals eine minime mediale Diskusprotrusion L5/S1 gezeigt. Der Befund der Skelettszintigraphien sei normal gewesen. Es bestünden somit Einschränkungen beim Tragen schwerer Lasten, häufigen Bücken und längeren Stehen. Bei der schweren Arbeit als Dreher betrage die Einschränkung 50 %. In einer leichten Arbeit mit häufigen Positionswechseln und ohne Tragen von Lasten über 15 bis 20 kg bestehe indes eine 100%ige Arbeitsfähigkeit. Eine Nachuntersuchung sei nicht effektiv, da eine Aggravation bestehe und die Arbeitsfähigkeit nur nach längerer Beobachtungszeit objektiviert werden könne (Urk. 6/5).

E. 4.4.2

Dem Bericht von Dr. F.____ vom 15. März 1999 ist zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer aufgrund eines lumbospondylogenen Syndroms als Dreher nur noch halbtags arbeiten könne. Indes sei in einer angepassten wechselbelastenden Tätigkeit ohne schweres Heben oder Tragen und mit der Möglichkeit, zeitweilig zu sitzen, ab sofort eine Arbeitsfähigkeit ganztags gegeben (Urk. 6/4/2 f.). Unter dem Titel «Zusammenfassung der Krankengeschichte» legte Dr. F.____ den Bericht zu einer dreiwöchigen stationären Therapie des Beschwerdeführers im Januar 1998 im A.____ bei. Bei fehlender radikulärer Symptomatik und einem «lediglich kleinsten» Protrusionsbefund auf der Höhe L4/L5 wurde damals eine aktivierende Physiotherapie mit Übergang in eine Medizinisch Trainingstherapie durchgeführt sowie ein Arbeitsversuch mit «zunächst» 50%iger Arbeitsfähigkeit und einer repetitiven Hebegewichtsbeschränkung von 20 kg empfohlen (Urk. 6/4/4-7).

E. 4.4.3

Gemäss den ebenfalls von Dr. F.____ beigelegten Berichten der H.____ vom 18. November und 9. Dezember 1998 zeigten die damaligen MRI-Untersuchungen weiterhin eine Bandscheibendegeneration L5/S1 mit kleiner dorsaler Protrusion, jedoch ohne Nachweis einer Kompression neuraler Strukturen. Es könne in den Röntgenbefunden kein direktes Korrelat zur Klinik gefunden werden (Urk. 6/4/9-11). Im nachfolgenden Bericht derselben Klinik vom 7. Mai 1999 wurde dem Beschwerdeführer in der Tätigkeit als Dreher ab Mitte Februar 1999 bis auf weiteres eine volle Arbeitsunfähigkeit attestiert. Aufgrund der therapieresistenten invalidisierenden tief lumbalen Schmerzen bei Segmentdegeneration L5/S1 und muskulärer Dysbalance sei diese Tätigkeit mit repetitivem Heben von schweren Lasten mit zusätzlicher Rotation zu rückenbelastend. In einer wechselbelastenden Tätigkeit mit nicht repetitivem Tragen von Lasten von maximal 10 bis 15 kg und Sitzen/Stehen am Ort von nicht länger als einer Stunde bestehe indes eine Arbeitsfähigkeit mindestens halbtags bis ganztags. Es seien ab sofort berufliche Massnahmen angezeigt (Urk. 6/7/4-6).

E. 4.4.4

In der Folge liess sich der Beschwerdeführer im E.____, Rheumaklinik und Institut für Physikalische Medizin, weiter abklären. Am 26. Juli 1999 kamen die Ärzte zum Schluss, dass aufgrund der Anamnese, der aktuellen Befunde, der hausärztlichen Abklärungen und des Austrittsberichts des A.____ die deskriptive Diagnose eines lumbospondylogenen Syndroms links zu stellen sei. Als Ursache der Schmerzsymptomatik hätten eine relevante Diskushernie oder -protrusion sowie entzündliche oder degenerative Veränderungen der Wirbelsäule, der Iliosakral- oder Hüftgelenke ausgeschlossen werden können. Aufgrund der Diskrepanz zwischen subjektiver Schmerzempfindung und objektiven Befunden müsse eine funktionelle Genese im Sinne einer Schmerzverarbeitungsstörung angenommen werden. Darauf würden auch die widersprüchlichen Untersuchungsbefunde (Fingerbodenabstand versus Langsitz, Lasègue im Sitzen und Liegen) hinweisen. Man empfehle die Durchführung einer EFL sowie eine schmerzmodulierende Therapie mit einem Antidepressivum (Urk. 6/20/15). Im Verlaufsbericht vom 22. November 1999 diagnostizierten die Ärzte des E.____ ein chronifiziertes lumbospondylogenes Syndrom bei/mit minimaler Diskusprotrusion L5/S1, Haltungsinsuffizienz und Verdacht auf eine Schmerzverarbeitungsstörung. Dazu erläuterten sie, aufgrund der EFL (vgl. im Detail Urk. 6/20/5-13) sei eine arbeitsbezogene Rehabilitation vorgesehen gewesen. Diese habe man jedoch nach zwei Wochen wegen fehlender Bereitschaft des Beschwerdeführers, die dazu erforderlichen Bewegungen und Verrichtungen auszuführen, abbrechen müssen. Im Vordergrund stehe nun einzig die Möglichkeit einer schmerzdistanzierenden Therapie mit trizyklischen Antidepressiva und eventuell einer psychologischen-psychiatrischen Betreuung mit dem Ziel, die Leistungsbereitschaft unter Schmerzen und die Schmerztoleranz zu erhöhen. Als Dreher habe der Beschwerdeführer in den letzten zwei Jahren keine körperlich schweren Arbeiten verrichten müssen. In diesem Sinne sei in der angestammten Tätigkeit eine 50%ige Arbeitsbelastung ab Oktober 1999 zumutbar, was aufgrund der EFL habe festgestellt werden können. Dabei sollten Werkzeuge oder zu bearbeitende Teile eine Limite von 17,5 kg nicht überschreiten (Urk. 6/20/3). Im Feststellungsblatt zum Vorbescheid vom 10. Februar 2000 findet sich zudem der Hinweis auf einen nicht aktenkundigen Bericht des E.____ vom 31. Januar 2000, wonach der Beschwerdeführer in einer körperlich mittelschweren Arbeit mit vermehrten Pausen zu 70 % und aus rein rheumatologischer Sicht in einer körperlich leichten Tätigkeit medizinisch-theoretisch zu 100 % arbeitsfähig sei (Urk. 6/24/1).

E. 4.4.5

Verschiedene Ärzte des RAD schlussfolgerten aus den vorstehenden Unterlagen im Juni 1999 (Urk. 6/10), im Dezember 1999 (Urk. 6/22/2) und im März 2000 (Urk. 6/31) jeweils, dass dem Beschwerdeführer eine behinderungsangepasste Tätigkeit zu 100 % zumutbar sei. Indes teilte Dr. F.____ im Februar 2000 mit, der Beschwerdeführer sei seit dem 2. Juni 1999 aufgrund einer Zunahme der Rückenschmerzen zu 100 % arbeitsunfähig. Auch leichte Arbeiten in wechselnder Stellung seien für unbestimmte Zeit nicht möglich (Urk. 6/27). Deshalb kam die RAD-Ärztin Dr. med. Q.____ in ihrer Stellungnahme vom März 2000 letztlich zum Schluss, es bestehe eine Symptomausweitung/Schmerzverarbeitungsstörung ohne Relevanz für die Invalidenversicherung. Es müsse jedoch eine psychiatrische Komorbidität ausgeschlossen werden (Urk. 6/31).

E. 4.4.6

Bezüglich des Inhalts des daraufhin bei Dr. Y. ___ eingeholten psychiatrischen Gutachtens kann vorab auf E. 3.3 und 3.4 verwiesen werden. Zu ergänzen ist die gutachtliche Begründung der Diagnosen und möglichen Massnahmen. Der Beschwerdeführer habe im frühen Kindesalter wahrscheinlich eine depressive Krise nach der Scheidung der Eltern erlitten. Er habe beim Vater, dann beim Onkel und mit 16 Jahren wieder beim Vater in der Schweiz gelebt. Die pathogenetische Bedeutung der Umstände und die psychische Entwicklung seien aufgrund der geringen Ausdrucksmöglichkeiten schwierig nachzuzeichnen. Offenkundig seien gemäss dem klinischen Eindruck eine Selbstunsicherheit, eine Neigung zu Nervosität und explosivem Verhalten wegen einer versteckten Ängstlichkeit. Die Arbeit als Dreher habe er anscheinend erfolgreich seit vielen Jahren stets an der selben Stelle geleistet. Man könne vermuten, dass mit zunehmender Chronifizierung der Schmerzen und Steigerung die Bewältigungsfähigkeit des Beschwerdeführers wegen seiner Ängstlichkeit nicht mehr ausreicht und sich eine Somatisierungsstörung entwickelt habe. Hinweise auf psychische Verarbeitungsstörungen würden sich in den Akten vor allem anfänglich, aber nur diskret finden (z.B. Neigung zu Schmerzmittelabusus). Bei den Schilderungen falle der völlige Verlust des Selbstvertrauens auf. Der Beschwerdeführer sehe sich als kaputten Mann, sei nichts mehr wert, habe soziale und Zukunftsängste, eine chronische Depressivität, Selbstmordgedanken und eine psychovegetative Stresssymptomatik (z.B. sexuelle und Schlafstörungen). Die Arbeitsfähigkeit sei schon aus rein rheumatologischer Sicht unterschiedlich beurteilt. Die psychopathologische Symptomatik (chronische Depression) habe ein eklatantes Ausmass, so dass dem Beschwerdeführer ab Februar 1999 eine 100%-Arbeitsunfähigkeit attestiert werden könne. Dieser habe wenig Ausbildung genossen und sich wahrscheinlich in seinem persönlichen Selbstwertgefühl sehr an seinen Beruf geklammert. Es sei auf den depressiven Verlust des Selbstvertrauens und die Resignationshaltung zurückzuführen, dass er für eine Umschulung wenig motivierbar sei. Eine solche sei dennoch indiziert, auch wenn die Situation bereits ziemlich fixiert sei. Der Beschwerdeführer sei nämlich noch jung und verfüge an sich über grosse psychische Energie. Eine Besserung scheine mit einer beruflichen Umstellung möglich. Indes würden die sprachlichen Ausdrucksmöglichkeiten sowie Einsichtsfähigkeiten für eine eigentliche psychiatrische Behandlung nicht ausreichen (Urk. 6/34/8-10).

E. 4.4.7

Der RAD-Arzt Dr. med. I. ___ kritisierte in seiner Stellungnahme vom 11. Juli 2000 sowohl den Umstand, dass bei einer von Dr. F. ___ geltend gemachten Verschlechterung nach ablehnendem Vorbescheid überhaupt ein psychiatrisches Gutachten eingeholt wurde, als auch dessen Inhalt. Das Ganze erscheine ihm doch alles «sehr zweifelhaft». Vielmehr hätte eine Abklärung bei einer medizinischen oder beruflichen Abklärungsstelle veranlasst werden sollen, da nun aus dem Verdacht einer Schmerzverarbeitungsstörung und der in der EFL ausgewiesenen Arbeitsfähigkeit für leichte Tätigkeiten plötzlich das totale K.O. werde. Er wisse nicht, ob eine berufliche Abklärung überhaupt Sinn mache, da sich der Beschwerdeführer für nicht arbeitsfähig halte. Andererseits erachte er die Ausrichtung einer ganzen Rente aufgrund der momentanen Aktenlage für nicht überwiegend gerechtfertigt, so dass eine berufliche Abklärung möglicherweise Licht in dieses Chaos bringe. Somatisch gesehen habe der Beschwerdeführer nämlich nur geringe von der durchschnittlichen «Norm» abweichende Befunde und Dr. Y. ___ sehe nur als Dreher eine volle Arbeitsunfähigkeit, nicht aber in anderen Berufen. Ansonsten erkaufte er kaum weitere berufliche Abklärungen respektive Massnahmen befürworten würde (Urk. 6/36/2).

E. 4.4.8

Inzwischen liess der Beschwerdeführer sich im Mai und August 2000 von Dr. med. J.____, Facharzt für Neurologie, untersuchen. Dieser hielt er in der Anamnese fest, das klinische Bild sei trotz intensiver therapeutischer Bemühungen therapieresistent geblieben. Seit Juni 1999 sei der Beschwerdeführer zu 100 % arbeitsunfähig. Seit einem Jahr gehe es diesem auch psychisch sehr schlecht (Schlafstörungen, Alpträume, Müdigkeit, Antriebsarmut, starke Vergesslichkeit, Reizbarkeit, Pessimismus, immer wieder Suizidgedanken, deutlich vermindertes Selbstvertrauen und Selbstwertgefühl, Zukunftsangst, Freud- und Lustlosigkeit, Potenzstörung). Trotz Therapie mit Anafranil bestünden die psychischen Beschwerden weiter. Nach dem klinischen Untersuchung schlossfolgerte Dr. J.____, allein das chronifizierte therapieresistente Lumbovertebralsyndrom würde nicht mehr als eine Arbeitsfähigkeit von 40 bis 50 % in einer leichten körperlichen Tätigkeit erlauben. Seit einem Jahr entwickle der Beschwerdeführer eine Depression, welche die Arbeitsfähigkeit zusätzlich beeinträchtige. Nach seiner Beurteilung sei dieser aus neuro-orthopädischer und psychiatrischer Sicht somit zu höchstens 40 bis 50 % arbeitsfähig. Im Übrigen habe er nicht den Eindruck, dass der Beschwerdeführer übertreibe und bei ihm seien keine weiteren Kontrollen vorgesehen (Urk. 6/37).

E. 4.4.9

Die Ergebnisse der nachfolgenden beruflichen Abklärung in der Z.____ wurden bereits unter E. 3.3 und E. 3.4 dargelegt. Ergänzend kann dem Schlussbericht entnommen werden, dass die 50%-Teilarbeitsfähigkeit während der beruflichen Abklärung mit einer Präsenzzeit von sechs Stunden täglich realisiert werden konnte. So habe der Beschwerdeführer Gelegenheit zu einem etwas verlangsamttem Arbeitstempo und allenfalls kurzen Entlastungspausen bzw. zusätzlichen Positionswechseln. Konkret wurde daher vorgeschlagen, das Training wiederum mit einer Arbeitszeit von sechs Stunden täglich zu beginnen und dann zu versuchen, das Pensum langsam zu steigern (Urk. 6/42/5). In diesem Sinne hatte Frau K.____, die in der Z.____ für den Beschwerdeführer zuständige Berufsberaterin und diplomierte Psychologin IAP, bereits in der Abschlussbesprechung mit den Parteien vom 16. November 2000 verlauten lassen, dass man in Absprache mit dem Arzt und aufgrund der Beobachtung in der Abklärung davon ausgehe, dass das Pensum von anfänglich 50 bis auf ca. 80 % steigerbar wäre. Indes erklärte der Beschwerdeführer, er habe nun gesehen, dass es nicht mehr gehe. Er sehe keine Möglichkeit auf das angebotene Arbeitstraining bzw. die Ausbildung im Bereich Elektromontage einzugehen (Urk. 6/41/2).

E. 4.5

Im Zeitpunkt der Rentenzusprache war somit aufgrund der einhelligen Meinung der Fachärzte aus rheumatologischer Sicht eine hohe bis volle Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit überwiegend wahrscheinlich. Die Abklärungen im E.____ und insbesondere in der Z.____ bestätigten dies, insoweit jeweils berufliche Massnahmen empfohlen wurden mit dem Ziel, das Arbeitspensum – bereits beginnend mit 50 % – weiter zu steigern. Keine Bedeutung mass die Beschwerdegegnerin damals zu Recht der Beurteilung von Dr. J.____ bei, der erst im Vorbescheidverfahren und allein gestützt auf die Angaben des Beschwerdeführers, also insbesondere ohne Sichtung des Bildmaterials, ausserhalb seines Fachgebietes eine eingeschränkte Arbeitsfähigkeit postulierte.

Dem RAD-Arzt Dr. I.____ ist ferner beizupflichten, dass die gutachtliche Beurteilung von Dr. Y.____ in Anbetracht der Abklärungsergebnisse der EFL sowie der beruflichen

Abklärung nicht überzeugt, aber auch weil der Gutachter aufgrund der sprachlichen Schwierigkeiten eine psychiatrische Behandlung ausschloss (Urk. 6/35/10), indes für die Begutachtung soweit ersichtlich keinen Dolmetscher beizog (vgl. auch Urk. 6/35/8 oben). Dies erklärt, weshalb er sich in weiten Teilen seines Gutachtens mit wenig fundierten Annahmen behelf, z.B. über eine depressive Krise nach der Scheidung der Eltern. Fragwürdig erscheint die Diagnosestellung. So spricht Dr. Y.____ von «Persönlichkeitsstörungen» allein aufgrund des klinischen Eindrucks, ohne hierfür Anhaltspunkte in der Vergangenheit, der Erwerbsbiographie oder den sozialen Beziehungen zu nennen, wobei solche nicht ohne weiteres aus den Akten ersichtlich sind (vgl. Weltgesundheitsorganisation, Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch-diagnostische Leitlinien, Dilling/Mombour/Schmidt [Hrsg.], 10. Aufl. 201

E. 4.6

Zusammenfassend hätte die Beschwerdegegnerin also nicht eine volle Arbeitsunfähigkeit ab Februar 1999 gestützt auf das psychiatrische Gutachten von Dr. Y.____ annehmen dürfen. Zudem hätte sie aufgrund des Berichts der Z.____ und unter Berücksichtigung der weiteren Akten das vorgeschlagene Arbeitstraining durchführen müssen. Nach den vorstehenden Darlegungen finden sich in den Akten nämlich keine Gründe, die ein solches aus objektiver Sicht als unzumutbar erscheinen liessen. Gegebenenfalls wäre ein Mahn- und Bedenkzeitverfahren durchzuführen und letztlich auf die überwiegend wahrscheinlich nach dem Arbeitstraining bestehende medizinisch-theoretische Arbeitsfähigkeit abzustellen gewesen.

Sowohl die Verletzung des in Art. 43 Abs. 1 ATSG statuierten Untersuchungsgrundsatzes als auch des in Art. 28 Abs. 1 IVG verankerten Grundsatzes «Eingliederung vor Rente» sowie die damit verbundene, nicht nachvollziehbare Interpretation der aktenkundigen Einschätzungen der Arbeitsfähigkeit stellen einen Wiedererwägungsgrund im Sinne von Art. 53 Abs. 2 ATSG dar. So hatte das Bundesgericht bereits ein Jahr vor der Rentenzusprache die noch heute (in erweiterter Form) geltenden beweisrechtlichen Anforderungen für medizinische Berichte definiert (vgl. dazu BGE 125 V 351), welche das Gutachten von Dr. Y.____ zwei-fellos nicht erfüllte. Ebenso hatte das Bundesgericht schon im Jahr 1995 in BGE 121 V 190 klargestellt, dass vor der Durchführung von Eingliederungsmassnahmen eine Rente nur in Betracht kommt, wenn (noch) keine Eingliederungsfähigkeit besteht. Beim Beschwerdeführer wurde damals der knapp möglichste Invaliditätsgrad für eine ganze Invalidenrente von 69,5 % aufgrund der in der Abklärung tatsächlich realisierten Arbeitsfähigkeit errechnet, obschon von einem Arbeitstraining nach den Akten mit grosser Wahrscheinlichkeit eine erhebliche Steigerung derselben zu erwarten war. Bei dieser Ausgangslage ist ohne weiteres zu konstatieren, dass die verfrühte Zusprechung einer ganzen Rente offensichtlich unrichtig und kein blosser Ermessensentscheid war. Im Übrigen spricht gemäss Bundesgericht nichts dagegen, noch nach über zehn Jahren auf eine zwei-fellos unrichtige Leistungszusprache/-verweigerung wiedererwägungsweise zurückzukommen (vgl. BGE 140 V 514).

E. 5

, Ziff. F 60 .4 S. 2 76 f.). Im Rahmen der seines Erachtens im Vordergrund stehenden depressiven Entwicklung attestierte Dr. Y.____ dem Beschwerdeführer alsdann eine volle Arbeitsunfähigkeit ab Februar 1999, obwohl Dr. F.____ und Dr. J.____ die psychischen Beschwerden erst ab Sommer 1999 feststellten. Ebenfalls nicht nachvollziehbar sind bei

Feststellung einer Depression mit «eklatantem Ausmass» die gleichzeitige Befürwortung einer Umschulung sowie der Hinweis, der Beschwerdeführer verfüge über «grosse psychische Energie». Schliesslich übersah Dr. Y.____ bei der von ihm gestellten Diagnose einer anhaltenden Schmerzstörung im Sinne von ICD-10-GM: F45.4, dass die vorherrschende Beschwerde ein andauernder, schwerer und quälender Schmerz sein muss. Dies lässt sich nicht mit seiner Feststellung vereinbaren, dass die Angaben nur oberflächlich und ohne ersichtlichen Leidensdruck erfolgten.

E. 5.1

Liegen die Voraussetzungen für ein wiedererwägungswises Zurückkommen auf eine formell rechtskräftige Verfügung vor, gilt es, mit Wirkung ex nunc et pro futuro einen rechtskonformen Zustand herzustellen (Art. 85 Abs. 2, Art. 88 bis Abs. 2 IVV). Die Anspruchsberechtigung und der Umfang des Anspruchs sind diesfalls für die Zukunft zu prüfen. Wie bei einer materiellen Revision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG muss auf der Grundlage eines richtig und vollständig fest gestellten Sachverhalts der Invaliditätsgrad im Zeitpunkt der Verfügung – und nicht bezogen auf den heutigen Urteilszeitpunkt (vgl. E. 4.1 und 4.2) – ermittelt werden (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_358/2017 vom 2. Mai 2018 E. 4.4.1 mit Hinweisen).

E. 5.2.1

Im polydisziplinären Gutachten des B.____ vom 9. März 2016 stellten die Gutachter keine Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Als nicht bedeutsam für die Arbeitsfähigkeit diagnostizierten sie insbesondere (1) ein chronisch rezidivierendes vertebrales Schmerzsyndrom mit pseudoradikulärer Ausstrahlung linksbetont, ohne radikuläre Reizung oder Kompression, (2) eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41) sowie (3) einen medikamenteninduzierten und einen chronischen Kopfschmerz vom Spannungstyp mit migränösen Anteilen (Urk. 6/103/50). Demgemäss beurteilten sie den Beschwerdeführer sowohl in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Dreher, als auch in einer seinem allgemeinen Leistungsspektrum entsprechenden Verweistätigkeit als zu 100 % arbeitsfähig. Zusätzlich wiesen sie darauf hin, dass die anlässlich der Revision im Jahr 2005 eingeholten Befunde der verschiedenen Fachrichtungen und interdisziplinären Sprechstunden im Wesentlichen den aktuellen Befunden entsprechen würden. Eine wesentliche Änderung des Gesundheitszustandes habe sich seither nicht ergeben, dieser werde jedoch aus heutiger Sicht anders bewertet (Urk. 6/103/58).

E. 5.2.2

Im Detail ergab die internistische Begutachtung das Bild eines adipösen, hypertonen und kardiopulmonal kompensierten Beschwerdeführers in unauffälligem Allgemeinzustand. Das Ergebnis des klinischen Untersuchungs sei altersentsprechend normal, ohne Hinweise für eine Links- oder Rechtsherzinsuffizienz oder Lungenerkrankung. Bis auf die Hypertonie fielen sich in den Laboruntersuchungen durchwegs Normalwerte. Das Elektrokardiogramm (EKG) zeige einen unauffälligen Erregungsablauf und die Spirometrie liefere keine Hinweise für eine obstruktive oder restriktive Ventilationsstörung (Urk. 6/103/54 f.). Im Übrigen fanden sich während des Untersuchungs Inkonsistenzen etwa in Bezug auf die Einnahmen von Tramundin (Urk. 6/103/15 unten) und die Beweglichkeit der Halswirbelsäule (Urk. 6/103/17). Einen Leidensdruck oder schmerzbedingte Positionswechsel konnte der Gutachter während des 75-minütigen Gesprächs keine

feststellen (Urk. 6/103/17).

E. 5.2.3

In der chirurgisch-orthopädischen Begutachtung konnten die reklamierten Beschwerden und Einschränkungen des Stütz- und Bewegungsapparates in der klinischen und radiologischen Untersuchung nicht nachvollzogen werden. Es hätten sich verschiedene Auffälligkeiten und Diskrepanzen gezeigt, die in ähnlicher Art und Weise in den Akten seit 1999 immer wieder dokumentiert seien. Auffällig sei auch, dass empfohlene Therapien mehrfach abgelehnt oder abgebrochen worden seien. In der Untersuchung habe sich der Beschwerdeführer einerseits trotz mehrfachen Nachfragens nach den subjektiven Beschwerden nur zur Angabe in der Lage gesehen, dass das Laufen von ein bis drei Stunden nur unter Einnahme von Schmerzmitteln möglich sei, danach hätte er vermehrt Schmerzen. Andererseits seien vier von fünf Waddell-Zeichen positiv gewesen (Empfindlichkeit grossflächig und teilweise nicht reproduzierbar angegeben; trotz eines Finger-Boden-Abstands von 59 cm problemlos die Schuhe/Strümpfe an- und ausgezogen und auch keine Schmerzen im Langsitz angegeben; demonstrierte Muskelschwäche der linken Schulter- und Oberarmmuskulatur nicht mit seitengleich kräftig entwickelter Muskulatur und Beschwielung an beiden Händen vereinbar; trotz unauffälligem Gangbild Trendelenburg-Zeichen und Einbein stand schmerzbedingt nicht prüfbar; demonstrierte Einschränkung der Hüftbeweglichkeit mit muskulärem Gegenspannen weder mit der spontanen Gelenkbeweglichkeit der Hüft-, Knie- und Sprunggelenke beim An- und Ausziehen der Schuhe und Strümpfe noch der mehrmals täglich eingenommenen, vorgeführte und durch die Beschwielung bestätigten Sitzposition beim Beten oder dem unauffälligen radiologischen Befund vereinbar; Urk. 6/103/55 f.). In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit habe der Versicherte seit 1997 aufgrund seiner Beschwerden körperlich leichte bis mittelschwere wechselbelastende Tätigkeiten ausgeführt. Hierfür und jede vergleichbare Verweistätigkeit bestehe eine 100%-Arbeitsfähigkeit (Urk. 6/103/30).

E. 5.2.4

In der neurologischen Begutachtung beklagte der Beschwerdeführer primär Schmerzen, deren Semiologie weder einem neuralgischen noch einem neuropathischen Schmerz entsprach. Er gebe plakatativ konstante unerträgliche Schmerzen in der gesamten linken Körperhälfte «vom Scheitel bis zur Sohle» an. Minimale physische Aktivitäten wie Spazieren würden diese verschlimmern. Die Kopfschmerzen würden anhand der Schilderungen semiologisch sowohl einem Kopfschmerz vom Spannungstyp als auch einem migränösen Kopfschmerz entsprechen. Bei einem täglichen Analgetikagebrauch über mehrere Monate oder Jahre liege nach den Diagnosekriterien der Internationalen Headache Society ein Medikamentenübergebrauchs-Kopfschmerz vor. In der klinischen Untersuchung hätten, soweit bei mangelnder Mitarbeit möglich, keine fokale-neurologischen Ausfälle oder Zeichen einer radikulären Kompression eruiert werden können. Zudem habe der Untersuchte zahlreiche erhebliche Diskrepanzen beinhaltet (zusätzlich zur orthopädischen Untersuchung erwähnt: unerklärliche Zunahme der Rücken- und Kopfschmerzen beim Zehenspitzen- und Hackengang sowie Einbeinstand; schlecht reproduzierbare Sensibilitätsstörungen ohne anatomisches bzw. bildgebendes Korrelat; demonstrierte Kraftverhältnisse selbst mit einfachen manuellen Fertigkeiten wie Ausziehen oder Laufen nicht vereinbar). Das MRI der Lendenwirbelsäule vom November 2013 zeige unverändert neben den insgesamt gering ausgeprägten degenerativen Veränderungen der Lendenwirbelsäule eine flache Diskusprotrusion L5/S1, welche die linke Wurzel S1

tangiere, ohne sie zu komprimieren. Das MRI der Halswirbelsäule vom Dezember 2015 zeige insgesamt ein unterdurchschnittliches Ausmass von degenerativen Veränderungen, insbesondere ohne Hinweise für eine Kompression der neuralen Strukturen. Diese Befunde sowie die aktuellen Röntgenbilder der Hals-, Brust- und Lendenwirbelsäule (vgl. im Detail Urk. 6/103/28 f.) würden die Beschwerden keineswegs erklären. Insgesamt seien die plakativ und appellativ vorgetragenen massiven Beschwerden erheblich diskrepant mit der erkennbaren körperlichen Beeinträchtigung im Untersuchungsgegenstand, dem weitgehend intakten psychosozialen Funktionsniveau sowie der Intensität der bisherigen Inanspruchnahme therapeutischer Hilfe. Ein Leidensdruck sei kaum erkennbar (Urk. 6/103/56 f.).

E. 5.2.5

Schliesslich gab der Beschwerdeführer in der psychiatrischen Exploration an, sich nie in regelmässiger psychiatrischer Behandlung befunden zu haben und eine solche abzulehnen. Dazu erläuterte der Gutachter, der aktuelle psychopathologische Befund in Anlehnung an die AMDP-Richtlinien sowie die Parameter der funktionellen Leistungsfähigkeit in Anlehnung an die Mini-ICF-P seien blande und es würden sich keine gravierenden psychosozialen Funktionseinschränkungen finden. Leichtgradig eingeschränkt sei die Fähigkeit, hinreichend, ausdauernd und während der üblicherweise erwarteten Zeit im Beruf oder bei sonstigen Aufgaben anwesend zu sein und ein durchgehendes Leistungsniveau aufrechtzuerhalten, da sich der Beschwerdeführer wegen der Schmerzen rasch erschöpft fühle. Sodann fänden sich Aggravationshinweise und Inkonsistenzen als Indizien für ein tendenzielles Verhalten (trotz intensiver Schmerzen nur vage und wechselhafte Schilderung derselben, in der Untersuchung weder körperlich-psychische Beeinträchtigung [z.B. Positionswechsel] noch Leidensdruck erkennbar, weitgehend intaktes psychosoziales Funktionsniveau bei der Alltagsbewältigung und kaum beanspruchte therapeutische Hilfe; angegebene, zeitnahe zum Untersuchungsgegenstand erfolgte Einnahme von Medikamenten stimme nicht mit dem Nachweis im Blutserum überein; vgl. ferner Urk. 6/103/22 Laborwerte jeweils ausserhalb des therapeutischen Bereichs). Daraus schlussfolgerte der Gutachter, eine psychische Erkrankung, die geeignet wäre, das positive Leistungsbild des Beschwerdeführers im für die Invalidenversicherung relevanten Sinne mittel- und längerfristig zu mindern, bestehe zumindest ab dem Begutachtungstermin nicht. Der Beschwerdeführer habe sich jedoch in eine regressive Position zurückgezogen, die eine Veränderung der Situation in Richtung Arbeitsfähigkeit unwahrscheinlich mache. Er habe gelernt, seine Beschwerden wirksam zu präsentieren, so dass ein sekundärer Krankheitsgewinn für ihn entstehe, wenn die Symptome fortbeständen. Eine multimodale Schmerztherapie unter Einschluss einer schmerzspezifischen Psychotherapie wäre aus psychiatrischer Sicht bei Kooperation des Beschwerdeführers geeignet, um die Arbeitsfähigkeit wiederherzustellen (Urk. 6/103/45, 6/103/47, 6/103/49 f. und 6/103/58).

E. 5.3

Das B.____-Gutachten ist für die streitigen Belange umfassend, beruht auf allseitigen Untersuchungen und berücksichtigt die geklagten Beschwerden. Ebenso wurde es in Kenntnis der Vorakten abgegeben, mit welchen es soweit im Einklang steht, zumal das A.____ im Jahr 2005 keine (abweichende) Einschätzung der Arbeitsfähigkeit abgab (vgl. Urk. 6/67), dem Gutachten von Dr. Y.____ wie dargelegt kein Beweiswert zuzumessen ist (vgl. E. 3.5) und in früheren rheumatologischen Beurteilungen bei vergleichbaren Befunden Gewichtslimiten definiert wurden, die für die Zumutbarkeit einer körperlich mittelschweren Tätigkeit sprechen (vgl. E. 4.3). Das B.____-Gutachten leuchtet auch in der

Darlegung der medizinischen Zusammenhänge ein und enthält einleuchtend begründete Schlussfolgerungen.

E. 5.4.1

Hinsichtlich der Berichte, die das B.____-Gutachten nach Ansicht des Beschwerdeführers widerlegen sollen, ist vorab festzuhalten, dass aus rechtlicher Sicht grundsätzlich der Sachverhalt bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung massgebend ist. Später eingereichte ärztliche Berichte sind ausnahmsweise zu berücksichtigen, wenn daraus Rückschlüsse auf den Gesundheitszustand im Zeitpunkt des Verfügungserlasses gezogen werden können (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_48/2015 vom 1. Juli 2015 E. 3.2.1 mit Hinweis auf BGE 132 V 215 E. 3.1.1, 130 V 138 E. 2.1 und 121 V 362 E. 1b in fine).

E. 5.4.2

Nach der Begutachtung liess sich der Beschwerdeführer im C.____ von med. prakt. L.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, untersuchen. Dessen (korrigierter) Bericht datiert vom 25. Januar 2017 (Urk. 14) und neben den klinischen Befunden das B.____-Gutachten, einen nicht aktenkundigen Bericht von Dr. med. M.____ vom September 2009 (Urk. 14 S. 1) und den im Vorbescheidverfahren nachgereichten MRT-Bericht zum linken Knie vom 10. Oktober 2016 (Urk. 14 S. 3; Urk. 6/128).

Als Befund erhob med. prakt. L.____ eine deutlich reduzierte Affektivität mit niedergeschlagener Stimmung sowie Antriebsminderung und Müdigkeit. Aufmerksamkeit, Konzentration, Merkfähigkeit und Gedächtnis seien verlangsamt, subjektiv werde Vergesslichkeit berichtet. Das Denken sei formal beweglich, weit schweifig, repetitiv, inhaltlich problemzentriert, sachbetont und lenkbar. Anamnestisch bestünden vage Suizidgedanken/-wünsche ohne konkrete Ausführungspläne. Infolgedessen diagnostizierte er eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige depressive Episode, und übernahm ansonsten die somatischen Diagnosen aus oberwähnten Berichten (ICD-10: F33.1; vgl. Urk. 14 S. 2). Der Beschwerdeführer könne einmal pro Woche etwas staubsaugen, aber alles nur unter der täglichen Einnahme von Tramundin und bei Bedarf Novalgin. Die einzige regelmässige Freizeitaktivität sei der Moscheeverein, weitere soziale Kontakte bestünden nicht. Das Interesse an Hobbies (v.a. Naturfotografieren) habe dieser gänzlich verloren. Der Beschwerdeführer versuche zudem seine Beschwerden zu lindern, indem er einmal wöchentlich ein körperliches Training in Turbenthal absolviere und regelmässig physiotherapeutische Hilfe in Anspruch nehme. Nach dem 45-minütigen Gespräch habe dieser deutliche Schwierigkeiten beim Gehen. Seit sechs bis sieben Monaten bestünden deutliche, durch das MRI objektiv ausgewiesene Knieschmerzen. Dennoch bezeichne der Beschwerdeführer diese als nebensächlich und bejahe auch sonst nicht einfach alle Fragen. Auf Nachfragen hin könne er also sehr wohl klare Antworten geben. Es ergäben sich demnach keine Hinweise auf Aggravation oder Simulation (Urk. 14 S. 3).

Med. prakt. L.____ attestierte dem Beschwerdeführer aus psychiatrischer Sicht eine volle Arbeitsunfähigkeit in jeglicher Tätigkeit. Dazu verwies er auf die erhöhten Konzentrationsschwierigkeiten und die Vergesslichkeit, wodurch die Arbeitsweise ineffizient und langsam werde, sich Fehler häuften und es zu Unfällen komme, zumal dieser Dreher gewesen sei. Zudem sei der Beschwerdeführer sehr misstrauisch und habe oft das Gefühl, andere würden über ihn reden. Er habe teilweise Schwierigkeiten, sein explosives Verhalten zu kontrollieren, werde verbal aggressiv und weise in Stresssituationen handgreifliche Tendenzen auf. Auf «körperlicher Ebene» könne er ohne Schmerzmittel

aufgrund der Rücken- und Knieschmerzen nicht arbeiten. Des Weiteren habe man bereits im Jahr 2000 einen Arbeitsversuch in vorwiegend sitzender Tätigkeit wegen der Schmerzen abbrechen müssen (Urk. 14 S. 3).

E. 5.4.3

In Übereinstimmung mit dem B.____-Gutachter diagnostizierte med. prakt. L.____ also weder ein invalidisierendes psychosomatisches Leiden noch eine Persönlich keitsstörung. Inwiefern er dabei übersah, dass für die geklagten Schmerzen kein ausreichendes organisches Korrelat besteht, muss dahingestellt bleiben. Immerhin bemerkte er selbst, dass für die Kniebeschwerden «sogar» ein MRT-Befund vor liege. Dass die Angaben zur Medikamenteneinnahme unzuverlässig sind, zeigten die beiden Medikamentenspiegel während der Begutachtung. Aktenkundig sind zudem weitere konkrete Arbeiten wie Einkaufen und Abwaschen, aber auch Interessen wie Religion und das aktuelle Geschehen in Zeitungen und im Internet (Urk. 6/103/12 f.).

Hinsichtlich des psychopathologischen Befundes ist festzustellen, dass eine vorübergehende Verschlechterung nach der Renteneinstellung nichts Ungewöhn liches ist und med. prakt. L.____ auch vom Beschwerdeführer den Auftrag hatte, das Gutachten zu widerlegen. Ausserdem wurde weiterhin keine Inanspruch nahme einer regelmässigen psychotherapeutischen und psychopharmakolo gischen Therapie behauptet. Schliesslich begründete med. prakt. L.____ die Arbeitsfähigkeit nicht mit den typischen Einschränkungen, die aus einer mittel gradigen depressiven Episode folgen. Vielmehr leitete er aus subjektiven Angaben («anamnestische» Vergesslichkeit, Misstrauen und Aggressivität) massive Ein schränkungen für die soziale Interaktion ab. Dafür fanden sich in den Akten bis zu diesem Zeitpunkt jedoch weder objektive Anhaltspunkte noch konkrete Beispiele (vgl. auch E. 4.5). Diese Einschränkungen sind bei intakten familiären Verhältnisse sowie fast täglichen Besuchen im Kulturverein auch nicht ohne wei teres plausibel. Interessant ist indes die Tatsache, dass der Beschwerdeführer gemäss med. prakt. L.____ einmal wöchentlich trainieren soll, obschon er in der Begutachtung erklärte, in der Physiotherapie maximal 8 Minuten auf dem Lauf band oder Velo trainieren zu können. Letztlich bestätigt der neue Bericht das psychiatrische Teilgutachten somit in allen Teilen, das ein tendenzielles Verhalten in den Vordergrund stellte und eine invalidisierende psychische Erkrankung ver neinte.

E. 5.4.4

Den darauffolgenden Berichten des N.____ vom 5. Februar (Urk. 21/1/1) und 11. September 2018 (Urk. 21/2) ist zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer sich erstmals vom 15. November 2017 bis 11. Januar 2018 und erneut vom 29. Juni bis 27. Juli 2018 stationär psychiatrisch behandeln liess.

Anlass für die erste Hospitalisation war nach Angaben des Beschwerdeführers ein seit 18 Jahren bestehender Nachbarschaftsstreit. Kurz vor dem Eintritt sei er beschuldigt worden, das Auto des Nachbarn zerkratzt zu haben. Er fühle sich verfolgt und beobachtet von der gesamten Wohnsiedlung und habe das Gefühl, man rede schlecht über ihn. Er sei zunehmend deprimiert, ziehe sich zurück und wolle lieber sterben, als Angst zu haben. Er sei schon auf der Autobahnbrücke gestanden, habe sich aber gegen einen Suizid entschieden. Die Symptome wurden von den Ärzten im Rahmen einer schweren depressiven Episode interpretiert. Aufgrund der Angaben der Tochter zum Nachbarschaftskonflikt seien die beklag ten Gefühle nicht als wahnhaft zu werten. So sei es

einmalig nachts zu körperlicher Gewalt zwischen den Nachbarn gekommen und auch andere Nachbarn würden laut und viel über den Beschwerdeführer reden. Durch die Distanzierung zum häuslichen Umfeld und unter der aktuellen Medikation sei es zu einer Besserung des Zustandsbildes gekommen. Beim Austritt habe der Beschwerdeführer eine erneute Konfrontation befürchtet und erwäge mittelfristig einen Wohnortswechsel (Urk. 21/1/1).

Bei der zweiten Hospitalisation gab der Beschwerdeführer Verfolgungsideen, permanenten Streit mit dem Nachbarn sowie finanzielle Probleme an. Er fühle sich manchmal verfolgt, leide unter der inneren Anspannung und habe permanent Angst, er könnte die Kontrolle verlieren und etwas anrichten. Zu Beginn der Behandlung erklärte er zudem, an Schlafproblemen, Grübeln und Tagesmüdigkeit zu leiden. Den Streit mit dem Nachbarn habe er teilweise als handgreiflich (auch mit dem Messer) beschrieben. Die Ärzte diagnostizierten primär eine wahnhaftige Störung nach ICD-10: F22.0 und nebenbei eine mittelgradige depressive Episode. Der Beschwerdeführer habe die Sozialberatung in Anspruch genommen, um seine finanziellen Probleme zu koordinieren. Weiterhin habe er an diversen Fachtherapien teilgenommen. Dabei sei ihm geraten worden, Distanz zum Nachbarn zu halten. Dies falle ihm nun leichter, da dieser nicht mehr dort lebe, sondern nur noch Angehörige besuche. Dennoch sei er deutlich auf diesen Konflikt eingeeengt, fühle sich nicht begangener Verbrechen beschuldigt und schildere Albträume, in denen der Nachbar teilweise Agonist sei. Man habe eine siebentägige Krisenintervention vorgeschlagen, doch er habe stets berichtet, hilfs- und behandlungsbedürftig zu sein. Er habe einen längeren Aufenthalt angestrebt, um Energie zu tanken und Abstand zu gewinnen. Im Verlauf habe sich seine Stimmung gebessert. Er sei überrascht und verärgert gewesen, als der Austritt nahte.

E. 5.4.5

Im Zentrum der neuen Berichte stehen somit zwei Hospitalisationen, die erst ein bzw. eineinhalb Jahre nach Erlass der angefochtenen Verfügung erfolgten und unmittelbar im Zusammenhang mit der Eskalation eines langjährigen Nachbarschaftsstreits sowie den zunehmenden finanziellen Problemen nach der Renteneinstellung standen. Die Berichte indizieren somit eine infolge einer akuten Belastungssituation lange nach dem 16. November 2016 eingetretene gesundheitliche Verschlechterung. Indes können daraus keine Rückschlüsse auf den Gesundheitszustand bei Verfügungserlass gezogen werden. Dies gilt vorab für die neu gestellte Diagnose einer wahnhaften Störung, zumal diese einzig auf späteren Vorkommnissen gründet respektive in den bisherigen Untersuchungen nicht einmal am Rand thematisiert wurde. Im Übrigen handelt es sich wohl kaum um mehr als eine Verdachtsdiagnose, zumal diese von den Ärzten nach der ersten Hospitalisation verworfen und die medizinische Indikation der zweiten Hospitalisation implizit hinterfragt wurde.

Der Vollständigkeit halber sei erwähnt, dass in der B.____-Begutachtung eine umfassende internistische Untersuchung, einschliesslich Laboruntersuchungen und EKG, erfolgte. In den während der Hospitalisationen im N.____ wiederholten Untersuchungen zeigten sich wie bereits damals erhöhte Blutdruckwerte, die Beurteilung des EKG lautete «grenzwertig», aber wiederum nicht «pathologisch» (Urk. 21/1/1 S. 3, Urk. 21/1/2 und 21/2 S. 2). Neue Gesichtspunkte für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers bei Erlass der angefochtenen Verfügung ergeben sich folglich keine.

E. 5.4.6

Im letzten psychiatrischen Bericht, verfasst vom C.____ am 14. September 2018, wurde auf den geringen Behandlungserfolg der zweiten Hospitalisation hingewiesen. Die anschliessende tagesklinische Behandlung habe der Beschwerdeführer nach einer Woche abbrechen müssen, weil er sich wegen der Medikamente nicht im Stande gefühlt habe, mit dem Auto hinzufahren. Zur in der Klinik diagnostizierten wahnhaften Störung wurde erläutert, die Grenzen zu anderen psychischen Störungen mit Wahnsymptomen seien teilweise fließend. Es sei möglich, dass sich unter Stress eine paranoide Psychose entwickle, bei der sich vorhandene wahnhafte Symptome weiter verstärken würden. Aktuell würden deutlich wahnhafte Symptome vorliegen, die den Beschwerdeführer im Alltag schwer beeinträchtigen würden. So habe er in der Nacht starke Ängste, da er wahrnehme, dass der Teufel das Bett hochhebe. Er habe deshalb versehentlich einmal seine Ehefrau geschlagen. Zudem bestehe ein andauerndes Misstrauen gegenüber Nachbarn. Wegen der Alpträume habe man zusätzlich das Neuroleptikum Risperdal verschrieben, das der Beschwerdeführer jedoch wieder abgesetzt habe, weil sich die Alpträume darunter verstärkt hätten. Zur Optimierung der Medikation ziehe man daher eine weitere stationäre Behandlung in einer anderen Klinik in Betracht. Ein Rehabilitationspotenzial auf dem ersten Arbeitsmarkt sei nicht ersichtlich (Urk. 21/3).

Ergänzend zum bereits zu den Klinikberichten Ausgeführten ist augenfällig, dass die wahnhaften Symptome rasant zunehmen. Handelte es sich Anfang 2018 ursprünglich noch um einen realen, von der Tochter bestätigten Nachbarschaftskonflikt, sah der Beschwerdeführer Mitte 2018 nachts den Teufel. Gleichzeitige lehnte er aber alle medizinischen Massnahmen – ausser stationäre Aufenthalte, bei welchen er vor allem vom Krafttraining profitierte (Urk. 21/1 S. 2), die Sozialberatung in Anspruch nahm und Abstand von Nachbarn suchte (Urk. 21/2) – ab. Dabei wäre es ihm auch möglich gewesen, öffentliche Verkehrsmittel zu benutzen, seit Juli 2018 eine besser erreichbare Tagesklinik zu suchen oder sich um eine neue Wohnung zu bemühen. Ob der Beschwerdeführer vor, zwischen und nach den Hospitalisationen überhaupt eine konsequente psychiatrische und psychopharmakologische Behandlung in Anspruch nahm und nimmt, ist aus dem Bericht nicht ersichtlich. Zumindest in den Klinikberichten fällt auf, dass stets nur die Medikation bei Austritt erwähnt wird.

E. 5.4.7

Keine weiteren (fachärztlichen) Unterlagen wurden im Zusammenhang mit dem MRT des linken Knies vom 10. Oktober 2016 eingereicht, mit dem nach der Begutachtung aufgetretene Beschwerden abgeklärt und als einziger Befund eine ausgedehnte, flapartige konfigurierte Meniskusläsion erhoben wurde (vgl. Urk. 6/128). Mangels gegenteiliger Anhaltspunkte ist deshalb mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass dieses in der Regel gut behandelbare und höchstens im Rahmen einer Operation eine kurze Arbeitsunfähigkeit begründende Knieleiden auch beim Beschwerdeführer bis zum Erlass der angefochtene Verfügung nicht zu einem invalidisierenden Gesundheitsschaden führte (vgl. https://www.dr-gumpert.de/html/meniskusriss_dauer.html ; vgl. dazu Alfred M. Debrunner, Orthopädie, Orthopädische Chirurgie: Patientenorientierte Diagnostik und Therapie des Bewegungsapparates, 4. Aufl. 2002, S. 1060 f.).

E. 5.4.8

Keine neuen Aspekte im Vergleich zum B.____-Gutachten zeigte schliesslich Dr. med. O.____, Spezialarzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, in seinem Bericht vom 13. März 2018 auf. Bildgebend ergaben sich leichte degenerative Veränderungen im Bereich der Halswirbelsäule und eine Diskopathie L5/S1 mit Diskusprotrusion mit möglicher Irritation der Nervenwurzel links. Im Weiteren wurden eine Haltungsinsuffizienz, muskuläre Dysbalance und Dekonditionierung festgestellt. Das therapeutische Vorgehen sei konservativ. Empfehlenswert sei eine intensive ambulante psychotherapeutische Behandlung in einem Rehasentrum während vier Wochen. Dr. O.____ attes tierte dem Beschwerdeführer aus somatischer Sicht eine partielle, durch eine EFL näher zu ermittelnde Arbeitsfähigkeit in einer körperlich leichten Tätigkeit in wirbelsäulen-adaptierten Wechselpositionen, ohne Heben von schweren Lasten bzw. nicht mehr als 5 kg kurzfristig und 2 kg längerfristig (Urk. 21/4). Diese Abweichung vom B.____-Gutachten ist soweit ersichtlich einzig d er hohen Variabilität der medizinischen Folgenabschätzung geschuldet .

Ein mögliches Karpaltunnelsyndroms beidseits diagnostizierte Dr. O.____ erst mals nach der Untersuchung Ende August 2018 (Urk. 21/4/2). Die knapp zwei Jahre nach Verfügungserlass gestellte bloss e Verdachtsdiagnose gibt keinen Auf schluss über den zeitlich massgeblichen Sachverhalt.

E. 5.5.1

Mit Blick auf die von der Beschwerdegegnerin aufgeworfene Thematik einer Prü fung der Standardindikatoren gemäss BGE 141 V 281 bzw. des Ausschlussgrun des im Sinne einer Aggravation ist anzumerken, dass das Bundesgericht bei Unklarheiten eine Indikatorenprüfung vornimmt (Urteil des Bundesgerichts 8C_130/2017 vom 30. November 2017 E. 8.2). Eine solche bietet sich vorliegend bereits deshalb an, weil sie kurz und eindeutig ausfällt.

E. 5.5.2

Im Unterschied zur somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 F45.40), bei welcher ein andauernder, schwerer und quälender Schmerz im Vordergrund steht, wird bei einer chronischen Schmerzstörung ein über sechs Monate bestehender Schmerz in mehreren anatomischen Regionen beschrieben. Der im B.____-Gutachten gestellten Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit soma tischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) fehlt damit ein Bezug zum Schweregrad (BGE 142 V 106 E. 4.2). Die Diagnose setzt aber immerhin voraus, dass der Schmerz «in klinisch bedeutsamer Weise» Leiden und Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen und anderen wichtigen Funktionsbereichen hervorruft (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_130/2017 vom 30. November 2017 E. 5.1).

Mit Bezug auf die erste Kategorie „funktioneller Schweregrad«, welche die Kom plexe „Gesundheitsschädigung“, „Persönlichkeit“ und „sozialer Kontext“ umfasst (BGE 141 V 281 E. 4.3), ist daher hervorzuheben, dass keiner der B.____-Gutachter einen Leidensdruck erkennen konnte und sich der psychopathologische Befund als blande erwies.

Dementsprechend wurde – abgesehen von einem aus Sicht der Invalidenversicherung unbeachtlichen regressiven Verhalten, welches dem sekundären Krankheitsgewinn zugeschrieben wurde (vgl. BGE 130 V 352 E. 3.3.2) – als einzige Einschränkung eine leichtgradige Beeinträchtigung der Durchhalte fähigkeit konstatiert. Eine Komorbidität im Sinne einer depressiven Erkrankung besteht bereits seit dem Jahr 2005 nicht mehr (vgl. dazu auch die Wahrnehmung des Schmerzerlebens durch Dr. Y.____ in E. 3.3 und die

Beurteilung der Ärzte des A.____ in E. 3.5). Nicht erwiesen ist angesichts der bis anhin nicht nennenswerten psychotherapeutischen und pharmakologischen Behandlung eine massgebliche Behandlungsresistenz im Sinne des Scheiterns einer indizierten und lege artis durchgeführten Therapie. Des Weiteren waren in der aktuellen Untersuchung keine strukturellen Defizite im Sinne einer eigentlichen Persönlichkeitsproblematik oder eine erhebliche Störung komplexer Ich-Funktionen auszumachen (vgl. zu anderweitigen Anhaltspunkten E. 4.5 und 5.4.4-5.4.5). Zudem ist auch das soziale Beziehungsnetz des Beschwerdeführers inner- und ausserhalb der Familie als ungestört zu bewerten. Dabei unterstützt er heute seine an Krebs leidende Ehefrau im Haushalt. Sein soziales Umfeld hilft ihm somit, seine Ressourcen zu aktivieren (vgl. Urk. 6/103/12 f. und 6/103/40). Ein sozialer Rückzug liegt gemäss Gutachten ausdrücklich nicht vor (Urk. 6/103/41).

E. 5.5.3

Beweisrechtlich entscheidend ist der verhaltensbezogene Gesichtspunkt der "Konsistenz" (BGE 141 V 281 E. 4.4). In dieser Hinsicht ist mit der Beschwerdegegnerin auf die schon mehrfach und von Vertretern aller Fachrichtungen über Jahre hinweg immer wieder erwähnten Inkonsistenzen, Diskrepanzen und

das tendenzielle Verhalten zu verweisen (vgl. E. 5.3, 4.3.1, 4.3.4 und Urk. 6/67/7). Darüber hinaus augenfällig ist der durchaus geregelte und mit sozialen Aktivitäten verknüpfte Tagesablauf des Beschwerdeführers mit regelmässigen Besuchen in der Moschee/dem Kulturverein, Hausarbeit und Einkäufen, Waldspaziergängen, Behandlungen durch die Physiotherapeutin sowie Zeitunglesen und Surfen im Internet. Dabei erwähnte er nur teilweise zusätzliche Ruhepausen und machte manchmal fragwürdig überpräzise oder widersprüchliche Angaben (z.B. acht Minuten auf dem Laufband oder zehnteiliger Abendspaziergang trotz angeblicher kleiner Waldspaziergänge und erklärter Möglichkeit, ein bis drei Stunden zu gehen; vgl. Urk. 6/103/12 f., 6/103/16 und 6/103/40; vgl. auch Urk. 6/85/3 wonach er fast täglich den Kulturverein aufsucht). Dazu passt ferner auch der Mangel an Motivation seitens des Beschwerdeführers. Dieser führte in der Vergangenheit verschiedentlich zum Abbruch oder Verzicht auf objektiv zumutbare Eingliederungsmassnahmen (vgl. E. 4.3.4 und 4.3.9) und zeichnet wohl auch dafür verantwortlich, dass er trotz einer stets bescheinigten Arbeitsfähigkeit von 50 % und gegebenenfalls seit mindestens dem Jahr 2005 remittierter Depression nie mehr eine Erwerbstätigkeit aufnahm (Urk. 6/83). Schliesslich gilt es nochmals die fehlende Inanspruchnahme adäquater therapeutischer Hilfe hervorzuheben, was in einem krassen Missverhältnis zum geschilderten Ausmass der Beschwerden steht.

E. 5.5.4

Nach dem Gesagten lässt sich somit anhand der Standardindikatoren gemäss BGE 141 V 281 – und damit auch aus der Optik des Rechtsanwenders, der die ärztlichen Einschätzungen und Schlussfolgerungen auf ihre konkrete sozialversicherungsrechtliche Relevanz und Tragweite hin zu prüfen hat – eine volle Arbeitsfähigkeit in einer an die geringfügigen somatischen Befunde angepassten Tätigkeit (wie die zuletzt ausgeübte als Dreher mit angepasstem Aufgabenbereich) ohne weiteres bestätigen.

E. 6.1

Es drängen sich noch einige Bemerkungen zur Argumentation des Beschwerdeführers in Bezug auf den Einkommensvergleich auf. So attestierten ihm die B.____-Gutachter eine volle Arbeitsfähigkeit als Dreher, berücksichtigten hierbei jedoch die in den letzten Jahren

erfolgte Anpassung des Aufgabenbereichs (nur noch leichte und mittelschwere Tätigkeiten).

E. 6.2

Angenommen es würde gestützt auf die Schweizerische Lohnstrukturerhebung (LSE) des Bundesamtes für Statistik (BFS) für das Jahr 2014 für das Valideneinkommen etwa auf den Tabellenlohn von Fr. 7'189.-- im Bereich «verarbeitendes Gewerbe/Herstellung von Waren» im Kompetenzniveau 3 abgestellt, obschon trotz langjähriger Tätigkeit für die gleiche Arbeitgeberin vor der Berentung keine grossen Karriereschritte oder Lohnerhöhungen aktenkundig sind (vgl. Urk. 6/83/2). Diesfalls würde bei der Gegenüberstellung eines Invalideneinkommens basierend auf dem Zentralwert für Hilfsarbeiten von Fr. 5'312.-- dennoch kein rentenbegründender Invaliditätsgrad resultieren.

E. 6.3

Wie das Bundesgericht mit Urteil 8C_699/2017 vom 26. April 2018 E. 3.2 und 3.3 mit zahlreichen Hinweisen zudem erneut bestätigte, gelten Hilfsarbeiten auf dem (massgebenden) hypothetisch ausgeglichenen Arbeitsmarkt als altersunabhängig nachgefragt und nimmt die Bedeutung der Dienstjahre im privaten Sektor ab, je niedriger das Anforderungsprofil ist. Mit Blick auf das Kompetenzniveau 1 kommt dem Umstand, dass die versicherte Person nicht mehr in ihrer angestammten Tätigkeit arbeiten kann und im Rahmen einer Verweistätigkeit keine Dienstjahre und kein Erfahrungswissen aufweist, daher keine relevante Bedeutung zu. Weil ein neuer Arbeitsplatz zudem stets mit einer Eingewöhnungsphase einher geht, vermag auch ein allfälliger Anpassungsaufwand keinen Tabellenlohnabzug zu rechtfertigen. Dass die Stellensuche altersbedingt erschwert sein mag, fällt als invaliditätsfremder Faktor regelmässig ausser Betracht.

Sodann sind im Totalwert des Kompetenzniveaus 1 bei den Männern zwar auch Tätigkeiten enthalten, die versicherte Personen wegen ihres medizinischen Zumutbarkeitsprofils nicht mehr ausüben können, doch führt dies nicht dazu, dass grundsätzlich ein Tabellenlohnabzug vorzunehmen ist, weil dieses Kompetenzniveau nicht nur (körperlich schwere) Hilfsarbeiten in den Bereichen Bergbau, Bau, Herstellung von Waren und Transportwesen, sondern auch eine Vielzahl von leichten bis mittelschweren Tätigkeiten erfasst.

Im Übrigen hatte der Beschwerdeführer, dem noch eine Erwerbsdauer von mehr als zehn Jahren verbleibt, als Jugendlicher zwei Jahre in einem kleinen Laden gearbeitet (Urk. 6/103/12). Im psychiatrischen Teilgutachten wurden die Anpassungs- und Umstellungsfähigkeit sowie die Flexibilität zudem explizit als uneinträchtigt beurteilt (Urk. 6/103/45). Die bei mangelnder Motivation und fehlen der finanzieller Notwendigkeit entstandene langjährige Abwesenheit vom Arbeitsmarkt, die fehlende Eingliederungsbereitschaft und beschränkten Deutschkenntnisse rechtfertigen indes keinen massiven leidensbedingten Abzug, auch nicht in Kombination mit der gutachtlich festgestellten, derzeit bestehenden leichtgradigen Einschränkung der Durchhaltefähigkeit sowie der zu empfehlenden Kräftigung der Muskulatur.

E. 7.1

Nach ständiger Rechtsprechung ist im Regelfall eine medizinisch attestierte Verbesserung der Arbeitsfähigkeit auf dem Weg der Selbsteingliederung zu verwerten. Bei Versicherten, die bei der revisions- oder wiedererwägungsweisen Herabsetzung oder Aufhebung der Invalidenrente das 55. Altersjahr vollendet haben oder die eine Rentenbezugsdauer von

mindestens 15 Jahren aufweisen, ist - von Ausnahmen abgesehen - eine Selbsteingliederung grundsätzlich nicht zumutbar (Urteil 9C_228/2010 vom 26. April 2011 E. 3 mit Hinweisen, in: SVR 2011 IV Nr. 73 S. 220; Urteil 9C_231/2015 vom 7. September 2015 E. 2).

E. 7.2

In der Tat war der Beschwerdeführer bei Erlass der angefochtenen Verfügung erst 51 Jahre alt, bezog jedoch bereits seit 18 Jahren eine Rente. Mit seiner Argumentation verkennt er indes, dass der Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen einen Eingliederungswillen bzw. eine subjektive Eingliederungsfähigkeit voraussetzt. Fehlt es daran, so entfällt der Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen, ohne dass zunächst ein Mahn- und Bedenkzeitverfahren durchgeführt werden müsste. Zwar mögen berufliche Massnahmen auch bezwecken, subjektive Eingliederungshindernisse im Sinne einer Krankheitsüberzeugung zu beseitigen. Es bedarf indessen auch diesfalls eines Eingliederungswillens bzw. einer entsprechenden Motivation der versicherten Person (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C_469/2016 vom 22. Dezember 2016 E. 7 und 9C_491/2017 vom 26. September 2017 E. 4.3).

E. 7.3

Wie sich aus der vorstehenden Erwägung ergibt, ist beim Beschwerdeführer weder der Wille noch die Motivation zur Aufnahme einer Erwerbstätigkeit zu erkennen. Sein gesamtes bisheriges Verhalten und seine Aussagen im aktuellen Revisionsverfahren (vgl. insbesondere Urk. 6/85, 6/103/14 und 6/106/8) lassen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine Eingliederungsbereitschaft als nicht gegeben erscheinen. So kamen denn auch die Gutachter zum Schluss, dass berufliche Massnahmen weder aus medizinischer Sicht indiziert noch in Anbetracht der Gesamtsituation erfolgsversprechend wären (Urk. 6/103/59). Daran vermag der erstmals im Beschwerdeverfahren mit anwaltlicher Unterstützung gestellte Antrag auf Prüfung von Eingliederungsmassnahmen unter Weiterausrichtung der Rente nichts zu ändern. In dessen Begründung wird jedenfalls kein klarer Eingliederungswille signalisiert, sondern mit Blick auf das fehlende Mahn- und Bedenkzeitverfahren ein weiteres Gespräch, mit anderen Worten Überzeugungsarbeit, gefordert. Darüber hinaus machte der Versicherte inzwischen eine massgebliche Verschlechterung seines psychischen Zustandes geltend. Sollte er seine Haltung ändern und an einer neuen Eingliederungsmassnahme ernsthaft teilnehmen wollen, kann er sich bei der IV-Stelle erneut anmelden, welche darüber neu zu verfügen hätte (vgl. vorerwähntes Urteil 9C_491/201 E. 7).

E. 8

Zusammenfassend ist somit nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin die Rente des Beschwerdeführers mit dem angefochtenen Entscheid aufgehoben hat. Die Beschwerde ist folglich abzuweisen.

E. 9

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Sie sind auf Fr. 800.-- festzusetzen und dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt.

Rechnung und Einzahlungsschein werden dem Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Stephanie Schwarz - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 4.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Die Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin Grünig Bonetti

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