



Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 8. April 2021 (720 20 311 / 91)

Invalidenversicherung

Revision der IV-Rente / Würdigung des medizinischen Sachverhalts

Besetzung Präsident Dieter Freiburghaus, Kantonsrichter Jürg Pulver, Kantonsrichter Christof Enderle, Gerichtsschreiberin Olivia Reber

Parteien A.____, Beschwerdeführer, vertreten durch Dr. Claude Schnüriger, Advokat, Lange Gasse 90, Postfach 335, 4010 Basel

gegen

IV-Stelle Basel-Landschaft, Hauptstrasse 109, 4102 Binningen, Beschwerdegegnerin

Betreff IV-Rente

A.1 Der 1959 geborene A.____ meldete sich erstmals am 29. November 1996 unter Hinweis auf Rücken- und Knieleiden bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an. Nachdem ihm zweimal berufliche Massnahmen zugesprochen worden waren, wurde auch der Anspruch auf eine Invalidenrente geprüft. Nach Abklärung der gesundheitlichen und erwerblichen Verhältnisse sowie nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren sprach die IV-Stelle Basel-Landschaft (IV-Stelle) A.____ schliesslich mit Verfügung vom 3. September 1999 eine vom

1. September 1997 bis zum 31. Juli 1998 befristete ganze Rente und ab 1. August 1998 eine halbe Rente zu.

A.2 Aufgrund einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Versicherten erhöhte die IV-Stelle die Rente mit Verfügung vom 16. März 2001 mit Wirkung ab 1. November 2000 auf eine ganze Rente. Im Rahmen von Revisionen in den Jahren 2005, 2009 sowie 2012 bestätigte die IV-Stelle den Rentenanspruch jeweils mittels Mitteilungsbeschluss.

A.3 Im September 2016 leitete die IV-Stelle von Amtes wegen eine weitere Revision ein. Nach Abklärung der medizinischen Verhältnisse und durchgeführtem Vorbescheidverfahren hob sie die Invalidenrente von A.____ aufgrund einer erheblichen Verbesserung des Gesundheitszustandes und gestützt auf einen Invaliditätsgrad von 8 % mit Verfügung vom 2. Juli 2020 auf das Ende des der Zustellung folgenden Monats auf.

B. Hiergegen erhob A.____, vertreten durch Dr. Claude Schnüriger, Advokat, mit Eingabe vom 27. August 2020 Beschwerde beim Kantonsgericht Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht), und beantragte, es sei die Verfügung vom 2. Juli 2020 aufzuheben und die Beschwerdegegnerin zu verurteilen, ihm weiterhin eine ganze Rente auf der Basis eines Invaliditätsgrads von 76 % zu entrichten. Es seien sämtliche Gerichts- und Anwaltskosten der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. Zur Begründung brachte er im Wesentlichen vor, dass er bei Einleitung der Revision im September 2016 bereits 57 Jahre alt gewesen sei und seit 1997, mithin seit mehr als 15 Jahren, eine IV-Rente bezogen habe. Da die Rentenzusprache am 16. März 2001 aufgrund einer somatoformen Schmerzstörung erfolgt sei, dürfe die Rente gemäss den Schlussbestimmungen der Änderung vom 18. März 2011 (6. IV-Revision, 1. Massnahmenpaket) lit. a Abs. 4 nicht abgeändert werden. Des Weiteren habe sich die Beschwerdegegnerin auf das bidisziplinäre Gutachten von Dr. med. B.____, FMH Rheumatologie, und Dr. med. C.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, vom 18. bzw. 29. August 2017 abgestützt, wobei das psychiatrische Teilgutachten aus verschiedenen Gründen nicht überzeugend sei. Ferner seien die beiden Gutachten nicht sehr aktuell, und die Beschwerdegegnerin habe es versäumt, beim Hausarzt des Versicherten einen aktuellen Bericht einzuholen. Schliesslich habe die Beschwerdegegnerin bei der Berechnung des Invalideneinkommens einen viel zu tiefen leidensbedingten Abzug vorgenommen.

C. In ihrer Vernehmlassung vom 6. Oktober 2020 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

D. Mit Replik vom 10. Dezember 2020 hielt der Beschwerdeführer an seinen eingangs gestellten Rechtsbegehren fest. Auch die Beschwerdegegnerin hielt daraufhin mit Duplik vom 5. Januar 2021 an ihrem Abweisungsantrag fest.

Das Kantonsgericht zieht **in Erwägung** :

1. Gemäss Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) vom 19. Juni 1959 können Verfügungen der kantonalen IV-Stellen direkt vor dem Versicherungsgericht am Ort der IV-Stelle angefochten werden. Anfechtungsobjekt des vorliegenden Verfahrens bildet eine Verfügung der IV-Stelle Basel-Landschaft, sodass die örtliche Zuständigkeit des Kantonsgerichts Basel-Landschaft zu bejahen ist. Laut § 54 Abs. 1 lit. b des Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 beurteilt das Kantonsgericht als Versicherungsgericht als einzige gerichtliche Instanz des Kantons Beschwerden gegen Verfügungen der kantonalen IV-Stelle. Es ist somit auch sachlich zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig. Auf die im Übrigen – unter Berücksichtigung des Fristenstillstandes vom 15. Juli bis zum 15. August – frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde vom 27. August 2020 ist demnach einzutreten.

2.1 Anspruch auf eine Rente haben nach Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder ihre Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid sind (lit. c).

2.2 Nach Art. 6 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000 (ATSG) ist die Arbeitsunfähigkeit die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten (Satz 1). Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Satz 2). Als Invalidität gilt nach Art. 8 ATSG die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Sie kann im IV-Bereich Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Unter Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden allgemeinen Arbeitsmarkt zu verstehen (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind nach Art. 7 Abs. 2 ATSG ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen (Satz 1). Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Satz 2).

2.3 Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG wird die Rente nach dem Grad der Invalidität wie folgt abgestuft: Die versicherte Person hat Anspruch auf eine ganze Rente, wenn sie zu mindestens 70 %, auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie zu mindestens 60 %, auf eine halbe Rente, wenn sie zu mindestens 50 % und auf eine Viertelsrente, wenn sie zu mindestens 40 % invalid ist.

2.4 Für die Bemessung der Invalidität von erwerbstätigen Versicherten ist Art. 16 ATSG anwendbar (Art. 28a Abs. 1 IVG). Danach wird für die Bestimmung des Invaliditätsgrades das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumut-

bare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen). Dies ist die allgemeine Methode des Einkommensvergleichs (vgl. BGE 141 V 15 E. 3.2) mit den Untervarianten des Schätzungs- oder Prozentvergleichs (vgl. BGE 114 V 310 E. 3a) und der ausserordentlichen Methode (vgl. BGE 128 V 29).

3.1 Bei der Feststellung des Gesundheitszustands und bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der versicherten Person ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (vgl. BGE 132 V 93 E. 4 mit weiteren Hinweisen).

3.2 Das Gericht hat die medizinischen Unterlagen nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (vgl. Art. 61 lit. c ATSG) – wie alle anderen Beweismittel – frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist demnach entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten begründet sind (vgl. BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a mit Hinweis).

3.3 Dennoch erachtet es die bundesgerichtliche Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (vgl. die ausführliche Zusammenstellung dieser Richtlinien in BGE 125 V 351 E. 3b mit zahlreichen Hinweisen; vgl. dazu auch BGE 135 V 465 E. 4.4 und 4.5). So ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärztinnen und -ärzte, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b/bb mit weiteren Hinweisen).

3.4 Die Annahme einer allenfalls invalidisierenden psychischen Gesundheitsbeeinträchtigung setzt eine fachärztlich (psychiatrisch) gestellte Diagnose nach einem wissenschaftlich anerkannten Klassifikationssystem voraus (vgl. BGE 131 V 49 E. 1.2, 130 V 396 E. 5.3 und E. 6). Zu betonen ist, dass im Kontext der rentenmässig abzugeltenden psychischen Leiden belastenden psychosozialen Faktoren sowie soziokulturellen Umständen kein Krankheitswert zukommt. Ein invalidisierender Gesundheitsschaden im Sinne von Art. 8 ATSG in Verbindung mit Art. 4 Abs. 1 IVG setzt in jedem Fall ein medizinisches Substrat voraus, das die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit wesentlich beeinträchtigt. Um festzustellen, ob und in welchem Umfang die ärztlichen Feststellungen auf Arbeitsunfähigkeit schliessen lassen, sind sämtliche psychischen Erkrankungen einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen.

4. Das Administrativverfahren und der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1 ATSG und Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben die Verwaltung und das Sozialversicherungsgericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 6. Februar 2008, 8C_163/2007, E. 3.2). Was zu beweisen ist, ergibt sich aus der Sach- und Rechtslage. Gestützt auf den Untersuchungsgrundsatz ist der Sachverhalt soweit zu ermitteln, dass über den Leistungsanspruch zumindest mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit entschieden werden kann (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 7. März 2019, 9C_57/2019, E. 3.2).

5. Der Beschwerdeführer macht in erster Linie geltend, dass er 1959 geboren sei und seit 1997 eine Rente beziehe, weshalb es der Beschwerdegegnerin aus Gründen seines Alters (55+) und der Rentenbezugsdauer (15+) verwehrt sei, die bestehende Rente, welche aufgrund einer somatoformen Schmerzstörung zugesprochen worden sei, abzuändern. Er begründet dies mit Verweis auf die Schlussbestimmungen der Änderung vom 18. März 2011 (IV-Revision 6a).

5.1 Gemäss lit. a Abs. 1 SchIB IVG werden Renten, die bei pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebildern ohne nachweisbare organische Grundlage gesprochen wurden, innerhalb von drei Jahren nach Inkrafttreten der Änderung überprüft. Sind die Voraussetzungen nach Art. 7 ATSG nicht erfüllt, so wird die Rente herabgesetzt oder aufgehoben, auch wenn die Voraussetzungen von Art. 17 Abs. 1 ATSG nicht erfüllt sind. Abs. 1 findet keine Anwendung auf Personen, die im Zeitpunkt des Inkrafttretens der 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 (Abs. 4).

5.2 Bei den von den Eidgenössischen Räten am 18. März 2011 beschlossenen und am 1. Januar 2012 in Kraft getretenen Schlussbestimmungen zur 6. IVG-Revision geht es um die generelle Überprüfung von Renten, die bei pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebildern ohne nachweisbare organische Grundlage gesprochen worden waren. Dies soll innerhalb von drei Jahren nach Inkrafttreten der Änderung geschehen. Dabei sollen Renten auch gekürzt oder aufgehoben werden, wenn sich der Invaliditätsgrad der versicherten Person nicht

erheblich geändert hat. Hierfür regelt die erwähnte Schlussbestimmung in Abs. 4, dass die erwähnte Überprüfung auf Personen (mit dem obgenannten Beschwerdebild) keine Anwendung findet, die im Zeitpunkt des Inkrafttretens der 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. Nach der Botschaft werden mit einer solchen Besitzstandsgarantie die Gesichtspunkte der Rechtssicherheit und des Vertrauensschutzes berücksichtigt, weil eine Wiedereingliederung in diesen Fällen faktisch ausgeschlossen sein dürfte (Bundesblatt [BBl] 2010, S. 1912; SVR 2011 IV Nr. 73 E. 3.4).

5.3 Im Bereich der Wiedereingliederung nach langjährigem Rentenbezug wurden die beiden Abgrenzungskriterien (55+ und 15+) analog übernommen. Dies bedeutet nun allerdings nicht, dass die darunter fallenden Rentner/innen in dem revisions- (Art. 17 Abs. 1 ATSG) bzw. gegebenenfalls wiedererwägungsrechtlichen (Art. 53 Abs. 2 ATSG) Kontext einen Besitzstandsanspruch geltend machen könnten; es wird ihnen lediglich zugestanden, dass – von Ausnahmen abgesehen – aufgrund des fortgeschrittenen Alters oder einer langen Rentendauer die Selbsteingliederung nicht mehr zumutbar ist (SVR 2011 IV Nr. 73 E. 3.5).

5.4 Dem Beschwerdeführer ist insofern beizupflichten, als er im Zeitpunkt, in dem die aktuelle Überprüfung eingeleitet wurde, mithin im September 2016, seit mehr als 15 Jahren eine Rente der Invalidenversicherung bezogen hat. Hingegen hat er im Zeitpunkt des Inkrafttretens der Änderung, das heisst per 1. Januar 2012, das 55. Altersjahr noch nicht zurückgelegt. Die ganze Invalidenrente wurde ihm ausserdem insbesondere aufgrund einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung zugesprochen. Wie bereits erwähnt, sind die Schlussbestimmungen zur 6. IVG-Revision jedoch bereits am 1. Januar 2012 in Kraft getreten. Die Renten, welche bei pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebildern ohne nachweisbare organische Grundlage gesprochen worden waren, sollten innerhalb von drei Jahren ab Inkrafttreten der Änderung, mithin bis zum 1. Januar 2015, generell überprüft werden. Als die vorliegende Rentenrevision im September 2016 eingeleitet worden war, waren diese drei Jahre somit bereits abgelaufen. Die IV-Stelle hat die Überprüfung der Rente denn auch nicht gestützt auf die Schlussbestimmungen durchgeführt, sondern in Anwendung von Art. 17 ATSG.

Das Kantonsgericht ist der Auffassung, dass es nicht Sinn und Zweck dieser Schlussbestimmungen sein kann, dass Rentenbezüger, die entweder das Kriterium 55+ oder 15+ erfüllen, unabhängig von ihrem Gesundheitszustand nie mehr einer Revision nach Art. 17 ATSG unterliegen können. Wie bereits ausgeführt, können Rentner/innen 55+ / 15+ im revisions- (Art. 17 Abs. 1 ATSG) bzw. gegebenenfalls wiedererwägungsrechtlichen (Art. 53 Abs. 2 ATSG) Kontext keinen Besitzstandsanspruch geltend machen; es wird ihnen lediglich zugestanden, dass aufgrund des fortgeschrittenen Alters oder einer langen Rentendauer die Selbsteingliederung nicht mehr zumutbar ist. Entgegen dem Vorbringen des Beschwerdeführers ist es der Beschwerdegegnerin demnach nicht verwehrt, dessen bestehende ganze Invalidenrente abzuändern, sofern die Voraussetzungen nach Art. 17 ATSG erfüllt sind.

6.1 Zu prüfen ist daher nachfolgend, ob die Vorinstanz die ganze Rente zu Recht revisionsweise aufgehoben hat.

6.2 Nach Art. 17 Abs. 1 ATSG sind laufende IV-Renten für die Zukunft zu erhöhen, herabzusetzen oder aufzuheben, wenn sich der Invaliditätsgrad in einer für den Anspruch erheblichen Weise ändert. Anlass zur Anpassung der Rente gibt jede tatsächliche Änderung, die sich auf den Invaliditätsgrad und damit auf den Umfang des Anspruchs (Viertelsrente, halbe Rente, Dreiviertelrente, ganze Rente; Art. 28 Abs. 2 IVG) auswirkt (vgl. BGE 134 131 E. 3). Ein Revisionsgrund in diesem Sinne betrifft Änderungen in den persönlichen Verhältnissen der versicherten Person, wozu namentlich der Gesundheitszustand gehört. Dabei ist nicht die Diagnose massgebend, sondern in erster Linie der psychopathologische Befund und der Schweregrad der Symptomatik. Aus einer anderen Diagnose oder einer unterschiedlichen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit aus medizinischer Sicht allein kann somit nicht auf eine für den Invaliditätsgrad erhebliche Tatsachenänderung geschlossen werden. Umgekehrt ist – bei an sich gleich gebliebenem Gesundheitszustand – eine Angewöhnung oder Anpassung an die Behinderung, welche zu einer Verbesserung der Arbeitsfähigkeit führt, revisionsrechtlich von Bedeutung (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 13. Oktober 2017, 8C_170/2017, E. 5.1 mit zahlreichen Hinweisen).

6.3 Die abweichende medizinische oder rechtliche Einschätzung von im Wesentlichen unveränderten tatsächlichen Verhältnissen führt nicht zu einer materiellen Revision. Bloss auf einer anderen Wertung beruhende, revisionsrechtlich unerhebliche Differenzen sind daher von revisionsbegründenden tatsächlichen Veränderungen abzugrenzen. Eine ärztliche Schlussfolgerung, die von der früheren abweicht, obwohl sich der beurteilte Gesundheitszustand effektiv nicht verändert hat, ist meist auf eine unterschiedliche Ausübung des medizinischen Ermessens zurückzuführen (vgl. dazu BGE 137 V 210 E. 3.4.2.3; Urteil des Bundesgerichts vom 29. August 2011, 9C_418/2010, E. 4.1 mit weiteren Hinweisen). Liegt dagegen ein Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassend zu prüfen, wobei keine Bindung an frühere Beurteilungen besteht (vgl. BGE 141 V 9 E. 2.3; Urteil des Bundesgerichts vom 18. August 2018, 8C_145/2018, E. 3.2). Wegen des vergleichenden Charakters des revisionsrechtlichen Beweisthemas und des Erfordernisses, erhebliche faktische Veränderungen von bloss abweichenden Bewertungen abzugrenzen, muss deutlich werden, dass die Fakten, mit denen die Veränderung begründet wird, neu sind oder dass sich vorbestandene Tatsachen in ihrer Beschaffenheit oder ihrem Ausmass substantiell verändert haben. Die Feststellung über eine seit der früheren Beurteilung eingetretene tatsächliche Änderung ist genügend untermauert, wenn die ärztlichen Sachverständigen aufzeigen, welche konkreten Gesichtspunkte in der Krankheitsentwicklung und im Verlauf der Arbeitsunfähigkeit zu ihrer neuen diagnostischen Beurteilung und Einschätzung des Schweregrades der Störungen geführt haben (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 13. Oktober 2017, 8C_170/2017, E. 5.2 mit Hinweis).

6.4 Zeitliche Vergleichsbasis für die Prüfung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades bildet die letzte (der versicherten Person eröffnete) rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweismwürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustandes) beruht (vgl. BGE 133 V 108 E. 5.4; vgl. auch BGE 130 V 71 E. 3.2.3). Vorliegend sprach die IV-Stelle dem

Versicherten mit Verfügung vom 16. März 2001 eine ganze Invalidenrente zu. Der Rentenanspruch wurde in der Folge wiederholt revisionsweise überprüft und bestätigt, wobei keine einlässlichen materiellen Abklärungen erfolgten. Im Rahmen der aktuellen Rentenrevision hob die IV-Stelle nach Vornahme einer umfassenden medizinischen und erwerblichen Abklärung die laufende ganze Invalidenrente des Versicherten mit Verfügung vom 2. Juli 2020 auf. Demnach beurteilt sich die Frage, ob eine Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen eingetreten ist, die eine revisionsweise Aufhebung der Invalidenrente rechtfertigt, durch Vergleich des Sachverhalts, wie er im Zeitpunkt der Verfügung vom 16. März 2001 bestanden hat, mit demjenigen im Zeitpunkt der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 2. Juli 2020.

7.1 Die entscheidende, von den Parteien unterschiedlich beantwortete Frage des vorliegenden Verfahrens ist, ob ein Revisionsgrund im Sinne des Art. 17 ATSG gegeben ist. In diesem Zusammenhang ist zu klären, ob sich der Gesundheitszustand und der Grad der Arbeitsfähigkeit des Versicherten in einer anspruchserheblichen Weise verbessert haben.

7.2 Beim Erlass der ursprünglichen Rentenverfügung vom 3. September 1999, mit welcher dem Versicherten eine vom 1. September 1997 bis zum 31. Juli 1998 befristete ganze Rente und ab 1. August 1998 eine halbe Rente zugesprochen worden war, stützte sich die IV-Stelle im Wesentlichen auf das Gutachten von Dr. med. D.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, vom 2. September 1998. Darin stellte dieser die Diagnose einer depressiv-ängstlichen Schmerzfehlverarbeitung (ICD-10 F43.22) bei introvertierter, passiver Persönlichkeit (ICD-10 F60.8). Als Aktdiagnose in somatischer Hinsicht hielt er belastungsabhängige Kniebeschwerden rechts bei Instabilität wegen vorderer Kreuzband-Insuffizienz und Status nach zweimaliger medialer Meniskus-Teilresektion am 6. Mai 1991 und am 26. Juli 1997 und beginnender Varusgonarthrose sowie ein Lumbovertebral-Syndrom bei mässigen degenerativen Veränderungen der unteren Lendenwirbelsäule fest. Zur Arbeitsfähigkeit hielt Dr. D.____ fest, der Explorand sei in seiner zuletzt ausgeübten Tätigkeit sowie in jeder anderen Tätigkeit, die sowohl dem Rücken- als auch dem Knieleiden Rechnung trage, aus psychiatrischer Sicht sechs Stunden täglich arbeitsfähig. Es bestehe eine gewisse verminderte Belastbarkeit durch die chronischen Schmerzen und die ängstliche affektive Fehlverarbeitung, die dem Versicherten einen Teil seiner Ressourcen raube und es ihm verunmögliche, sich vollumfänglich einzusetzen.

Weiter lag damals ein Gutachten von Dr. med. E.____, FMH Orthopädische Chirurgie, vom 6. Juli 1998 vor. Darin diagnostizierte dieser beim Versicherten belastungsabhängige Kniebeschwerden rechts bei Instabilität wegen vorderer Kreuzband-Insuffizienz und Status nach zweimaliger medialer Meniskus-Teilresektion und beginnender Varusgonarthrose sowie ein Lumbovertebral-Syndrom bei mässigen degenerativen Veränderungen der unteren Lendenwirbelsäule. Aufgrund der klinischen und radiologischen Befunde seien sowohl das rechte Kniegelenk als auch die Lendenwirbelsäule vermindert belastbar. Dem Versicherten seien daher grundsätzlich nur Arbeiten in wechselnder Position, vorwiegend im Sitzen, zumutbar. Er könne keine vorwiegend stehende oder gehende Tätigkeit mehr ausüben, auch keine solche, die das Besteigen von Leitern, Treppen oder Gerüsten beinhalte, auch kniende und kauernde Arbeiten seien ihm nicht möglich, ebenso wenig solche vorwiegend in Vorhalteposition. Auch sollte er keine Lasten über 10 kg

repetitiv heben und tragen müssen, sowohl wegen des rechten Knies als auch wegen des Rückens. Damit sei der Beschwerdeführer als Maschinist und Schlosser nicht mehr einsetzbar und könnte auch die früher ausgeübte Tätigkeit als Schlosser-Maschinist in einem Kieswerk nicht mehr verrichten. Hingegen wäre ihm eine dem Bewegungsapparat adaptierte Tätigkeit vollschichtig zumutbar.

7.3 Grundlage für die Verfügung vom 16. März 2001, mit welcher die bestehende halbe Rente auf eine ganze Rente erhöht worden war, waren insbesondere die Berichte des behandelnden Psychiaters Dr. med. F.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, vom 15. Dezember 2000 sowie vom 9. Januar 2001. Demnach bestünden beim Beschwerdeführer mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) bei bekannter beginnender Gonarthrose rechts nach zweimaliger Teilmenisektomie 1991 und 1997, ein chronisches Lumbovertebralsyndrom bei Diskusprotrusion L4/L5 sowie Kopfschmerzen und eine längere depressive Reaktion (ICD-10 F43.21). Als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit hielt Dr. F.____ einen Verdacht auf eine Panikstörung (ICD-10 F41.0) fest. Als Schlosser/Maschinist könne der Versicherte nicht mehr arbeiten. Eine leichte Tätigkeit in wechselhafter Körperhaltung sei zu drei Stunden pro Tag vorstellbar. Aufgrund der Bildung und der depressiven Elemente seien anspruchsvolle Arbeiten nicht möglich. Die Prognose sei schlecht. Der Versicherte erhalte seit 1998 eine halbe IV-Rente sowie wegen des bereits zweimalig operierten Knies links eine Rente der Suva in der Höhe von 15 %. Neu hinzugekommen seien neben der Schmerzzunahme (Kopf-, Rücken- und Knieschmerzen) und der depressiven Stimmung rezidivierend auftretende Schmerzattacken von 1-5 Minuten Dauer in der Herzgegend, welche Dr. F.____ am ehesten Panikattacken zuordnen würde. Durch diese Symptomausweitung sei die Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers noch weiter eingeschränkt.

7.4 Im Rahmen der aktuellen Rentenrevision beauftragte die IV-Stelle die Dres. B.____ und C.____ mit einem bidisziplinären Gutachten. Am 18. August 2017 diagnostizierte Dr. B.____ in seinem rheumatologischen Teilgutachten mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit ein chronisches rechtsseitiges Lumbovertebralsyndrom mit resp. bei altersentsprechenden normalen degenerativen Veränderungen sowie chronische Knieschmerzen rechts mit resp. bei Status nach Kniearthroskopie mit Teilresektion wegen medialer Meniskusläsion am 5. Mai 1991, Status nach Kniearthroskopie mit Teilmenisektomie medial rechts, beginnenden degenerativen Veränderungen und Kreuzbandinsuffizienz am 26. Juli 1997 und altersentsprechenden normalen degenerativen Veränderungen. Als Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hielt Dr. B.____ eine arterielle Hypertonie sowie einen Status nach Operation nach Lichtenstein mit Implantation eines Ultrapro-Netzes bei direkter Inguinalhernie rechts am 9. Juni 2004 fest. Sowohl bezüglich der Rückenschmerzen als auch bezüglich der Kniegelenkschmerzen seien die radiologischen Befunde, welche als altersentsprechend normal bezeichnet werden müssten, nicht kongruent zu der subjektiven massiven Schmerzangabe. Hier müsse einschränkend gesagt werden, dass früher eine Insuffizienz des vorderen Kreuzbands des rechten Kniegelenks beschrieben worden sei, diese aber aktuell nicht sehr beeindruckend im Status imponiert habe, wobei der Versicherte allerdings massiv gegengespannt habe. Der Explorand arbeite seit mittlerweile über 20 Jahren nicht mehr, sei also aus dem Arbeitsleben seit vielen Jahren ausgeschieden. Die Beurteilung erfolge daher theoretisch. In der bisherigen Tätigkeit als Schlosser, das heisse einer körperlich

schweren Arbeit, bestehe vor allem aufgrund der Knieproblematik mit früher beschriebener Kreuzbandinsuffizienz eine Arbeitsfähigkeit von 0 %. Das Profil einer Verweistätigkeit umfasse Folgendes: Aufgrund der degenerativen Veränderungen lumbal seien körperlich schwere Arbeiten nicht mehr möglich. Der Beschwerdeführer könne keine Tätigkeit nur sitzend, nur stehend, nur repetitiv bückend, nur dauernd in der Vorhalte oder dauernd über Kopf ausführen. Theoretisch sei eine leichte bis gelegentlich mittelschwere Arbeit jedoch zulässig. Von Seiten des Kniegelenkes könne der Versicherte keine dauernd nur stehenden oder gehenden Tätigkeiten ausführen. Er könne nicht dauernd kauend, kniend oder repetitiv nur bückend arbeiten. Hier kämen keine schweren oder mittelschweren Gewichte infrage. Für eine körperlich leichte Tätigkeit, welche die oben genannten Restriktionen berücksichtige, bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 100 % bezogen auf ein Ganztagespensum. Somatisch liege eine Vorbegutachtung vom 6. Juli 1998 vor, damals seien in etwa die gleichen Restriktionen beschrieben worden wie heute. Das Belastungsprofil habe sich gegenüber der Vorbegutachtung nicht relevant geändert, weshalb Dr. B. ____ von einer gleich gebliebenen Arbeitsfähigkeit ausgehe. Rein somatisch sei der Zustand seit Jahren stabil, allenfalls sogar leicht gebessert, da sich aktuell keine muskulären Atrophien mehr fänden, wie diese damals im Bereiche des musculus vastus medialis beschrieben worden seien. Dr. B. ____ hielt ferner fest, dass er die lumbalen Beschwerden ganz klar als Ausdruck der psychiatrischen Problematik sehe. Ähnlich verhalte es sich bezüglich des Kniegelenks, auch hier bestehe eine massive Überlagerung. Es hätten sich erhebliche Diskrepanzen zwischen den subjektiven Angaben des Versicherten und der gutachterlichen Beurteilung gefunden. Der Beschwerdeführer führe "alles Tätigkeiten auf einem normalen leichten Belastungsniveau" aus, obwohl er sich mehr oder weniger beinahe als "invalid" beschreibe. Zweifellos sei der Explorand auf die Beschwerden fixiert. Als organischer Kern bestehe eine VKB-Insuffizienz rechts mit einer leicht vermehrten Schublade einer wahrscheinlichen VKB-Teilruptur oder Ruptur entsprechend. Dieser Befund erkläre aber nicht das hier vorliegende Bild, welches weit über diesen organischen Befund hinausgehe. Hier liege klar eine psychogene Überlagerung vor. Erwähnenswert sei, dass die initial halbe Rente aufgrund eines psychiatrischen Gutachtens ausgesprochen worden sei. Der damals behandelnde Psychiater habe dann im Dezember 2000 von einer Symptomausweitung berichtet, wobei diese Beurteilung zur Erhöhung auf eine ganze Rente geführt habe. Es sei klar festzuhalten, dass diese ganze Rente aus psychiatrischen, nicht aus somatischen Gründen ausgesprochen worden sei.

Dr. C. ____ stellte in seinem psychiatrischen Teilgutachten vom 29. August 2017 keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizierte er eine Schmerzverarbeitungsstörung (ICD-10 F54). Im Rahmen seiner Beurteilung hielt der Gutachter fest, dass das Ausmass der beklagten Beschwerden und die subjektive Krankheitsüberzeugung, nicht mehr arbeiten zu können, durch die somatischen Befunde nicht objektiviert werden könnten, sodass eine psychische Überlagerung angenommen werden müsse. Beim Exploranden seien keine Hinweise auf schwere, psychosoziale Belastungen bekannt. Er leide auch nicht unter schweren, quälenden Schmerzen. Nur gelegentlich würden Therapien durchgeführt. Der Versicherte gestalte seinen Alltag aktiv. Die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung könne deswegen nicht gestellt werden. Da er im Alltag kaum durch Schmerzen eingeschränkt sei, könne auch die Diagnose einer chronischen Schmerzstörung nicht gestellt

werden. Es handle sich vielmehr um eine Schmerzverarbeitungsstörung. Eine weitere psychiatrische Störung könne nicht festgestellt werden. Der Versicherte befinde sich nur sporadisch in psychiatrischer Behandlung und werde nicht regelmässig psychopharmakologisch behandelt. Er leide gelegentlich unter leichten Schlafstörungen, die sich durch Einnahme eines niedrigdosierten schlafanstossenden Antidepressivums problemlos behandeln liessen. Er habe am Morgen keine Mühe aufzustehen, sei einzig durch die Schmerzen leicht beeinträchtigt. Den Haushalt führe er weitgehend selbständig. Er pflege rege Kontakte zu seinem Bruder und dessen Familie sowie zu einem Kollegen. In seiner Heimat besuche er regelmässig Restaurants und gehe auch dort regelmässig mit Kollegen fischen. Er sei ausserdem in der Lage, Auto zu fahren. Er sei also im Alltag nicht durch psychopathologische Beschwerden beeinträchtigt. Aus psychiatrischer Sicht bestehe keine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit. Dr. C.____ hielt schliesslich fest, dass aus bidisziplinärer Sicht in einer körperlich leichten, adaptierten Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 100 % bestehe.

8.1 Die IV-Stelle stützte sich in der angefochtenen Verfügung vom 2. Juli 2020 auf das bidisziplinäre Gutachten der Dres. B.____ und C.____. Dieser Auffassung ist beizupflichten. Sowohl das rheumatologische als auch das psychiatrische Teilgutachten erfüllen die rechtsprechungsgemässen Voraussetzungen an eine medizinische Beurteilungsgrundlage (vgl. E. 3.2 hier vor). Sie weisen weder formale noch inhaltliche Mängel auf, sind umfassend, berücksichtigen die geklagten Beschwerden, sind in Kenntnis der Vorakten abgegeben worden und leuchten in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge bzw. der Beurteilung der medizinischen Situation ein. Sodann weisen die beiden Teilgutachten keine Widersprüche von entscheidrelevanter Bedeutung auf und setzen sich auch hinlänglich mit den bei den Akten liegenden Berichten auseinander. Die entsprechenden, vorstehend (vgl. E. 7.4 hiavor) wiedergegebenen Darlegungen in den Gutachten vermögen zu überzeugen, sodass darauf verwiesen werden kann. Bei der Begutachtung von Dr. C.____ zeigen sich sowohl gegenüber dem Bericht von Dr. F.____ vom 15. Dezember 2000 als auch gegenüber dem Gutachten von Dr. D.____ vom 2. September 1998 deutliche Verbesserungen des psychischen Gesundheitszustands: Dr. D.____ hat den Versicherten damals als antriebsvermindert, demotiviert und lustlos geschildert, er wirke bezüglich der Schmerzen resigniert, wenig zuversichtlich und zukunftsorientiert, sei auf seine Schmerzen fixiert, mache seine Schmerzen für sämtliches Versagen und nicht mehr leisten können verantwortlich (Gutachten Dr. D.____ S. 8 f.). Demgegenüber sind in der Begutachtung von Dr. C.____ keine depressiven oder ängstlichen Verstimmungen mehr ersichtlich. Die Stimmung sei ausgeglichen gewesen, die Psychomotorik unauffällig, der Antrieb nicht vermindert, der Beschwerdeführer habe sich wach, bewusstseinsklar und zeitlich, örtlich, situativ und zur eigenen Person gut orientiert. Er habe keine Konzentrationsschwächen gezeigt, das Denken sei nicht eingeeengt, Gedanken ausbreitung oder Fremdbeeinflussungserlebnisse seien nicht vorhanden gewesen. Der Versicherte habe über keine Ängste berichtet und keine Phobien erwähnt, aus seinen Schilderungen habe es keine Hinweise auf Veränderungen der Stimmung und des Antriebs im Tagesverlauf gegeben (Gutachten Dr. C.____ S. 14). Betrachtet man seine Alltagsaktivitäten (S. 13), kann von einer introvertierten, passiven Persönlichkeit – anders als noch 1998 – keine Rede mehr sein. Ebenso gestützt auf die Schilderungen des Tagesablaufes im rheumatologischen Gutachten von Dr. B.____ (S. 17 f.) kann die Folgerung des psychiatrischen Gutachters geteilt werden, wonach der Beschwerdeführer den Alltag aktiv gestaltet und persönliche Ressourcen deutlich erkennbar

sind. Gleichmässige Einschränkungen in allen Lebensbereichen sind nicht ersichtlich. Der Versicherte kann im Alltag sämtliche Tätigkeiten in einem normalen leichten Belastungsniveau problemlos wahrnehmen.

Demnach ging die IV-Stelle zu Recht davon aus, dass sich der Gesundheitszustand des Versicherten seit der ursprünglichen Rentenzusprache wesentlich verbessert hat und er spätestens seit der Begutachtung durch die Dres. B.____ und C.____ in angepassten Verweistätigkeiten uneingeschränkt leistungsfähig ist.

8.2 Was in der Beschwerde dagegen vorgebracht wird, verfängt nicht. Soweit sich der Beschwerdeführer noch immer auf den Arztbericht von Dr. F.____ vom 15. Dezember 2000 stützt, ist dazu festzuhalten, dass die in diesem Bericht gestellten Diagnosen weder rechtsgenügend hergeleitet noch nachvollziehbar begründet werden. Dr. F.____ begnügt sich als Erklärung mit der Feststellung, dass neben der Schmerzzunahme und der depressiven Stimmung rezidivierend auftretende Schmerzattacken von 1-5 Minuten in der Herzgegend neu hinzugekommen seien. Der Psychiater zeigt auch nicht auf, welche konkreten Gesichtspunkte in der Krankheitsentwicklung und im Verlauf der Arbeitsunfähigkeit zu seiner neuen diagnostischen Beurteilung einer längeren depressiven Reaktion und einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung geführt haben. Die Berichte von Dr. F.____ aus den Jahren 2000 und 2001 vermögen das beweiskräftige Gutachten von Dr. C.____ jedenfalls nicht in Zweifel zu ziehen. Für die Beantwortung der hier zentralen Frage, ob seit der ursprünglichen Rentenzusprache eine erhebliche Verbesserung des Gesundheitszustandes des Versicherten eingetreten ist, sind sie zudem ohnehin nicht geeignet.

8.3 Der Beschwerdeführer hat ausserdem im Rahmen der Begutachtung auch keine psychischen gesundheitlichen Beeinträchtigungen geltend gemacht. Zudem hat er seit der ambulanten Behandlung bei Dr. F.____ in den Jahren 2000 und 2001 keine psychiatrische oder psychopharmakologische Behandlung mehr in Anspruch genommen. Gemäss eigenen Angaben gehe er lediglich ein- bis zweimal im Jahr zu einem Psychiater in seinem Heimatland. Im Rahmen des Beschwerdeverfahrens hat der Versicherte schliesslich keinerlei neue medizinischen Unterlagen eingereicht, welche eine Abweichung vom interdisziplinären Gutachten begründen könnten.

8.4 Entgegen dem Vorbringen des Beschwerdeführers geht Dr. C.____ in seinem Gutachten auch auf dessen Schilderungen in Bezug auf den Verkehrsunfall von 1998 ein (S. 11 des Gutachtens). Dr. C.____ gibt wieder, dass es den Versicherten belastete, wenn er im Fernsehen einen Unfall sehe. Der Gutachter verweist jedoch zu Recht darauf, dass er – welcher im Übrigen 1998 noch ausgesagt hatte, das Auto nur zum Einkaufen zu benutzen (Gutachten Dr. D.____ S. 5) – mittlerweile das Auto intensiver nutze und beispielsweise in sein Heimatland hin- und zurückfahre und weder unter Flashbacks noch unter Albträumen leide, so dass es sich nicht um eine posttraumatische Belastungsstörung handeln könne (S. 15 des Gutachtens). Unter diesen Umständen verfängt auch dieses Vorbringen des Beschwerdeführers nicht.

8.5 Der Beschwerdeführer macht ferner geltend, dass seine Ferien in seinem Heimatland oder Restaurantbesuche die Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung nicht ausschliessen würden und die diesbezüglichen Hinweise von Dr. C.____ in seinem Gutachten irrelevant seien.

Dazu ist festzuhalten, dass Ausführungen zu alltäglichen Aktivitäten des Versicherten stets relevant sind, da ein Gutachter dadurch noch vorhandene Ressourcen des Patienten oder mögliche Diskrepanzen zwischen den geschilderten Symptomen und dem Verhalten in der Begutachtungssituation und der Aktenlage und den Alltagsaktivitäten prüfen kann. Es sind denn auch nicht alleine die Ferien oder die Restaurantbesuche, welche gemäss Dr. C.____ eine somatoforme Schmerzstörung beim Versicherten ausschliessen. Dr. C.____ hält vielmehr fest, dass das Ausmass der beklagten Beschwerden und die subjektive Krankheitsüberzeugung, nicht mehr arbeiten zu können, durch die somatischen Befunde nicht objektiviert werden könnten, sodass eine psychische Überlagerung angenommen werden müsse. Ausserdem seien beim Exploranden keine Hinweise auf schwere, psychosoziale Belastungen bekannt. Ferner leide er auch nicht unter schweren, quälenden Schmerzen. Nur gelegentlich würden Therapien durchgeführt. Der Versicherte gestalte den Alltag aktiv. Die Alltagsaktivitäten des Versicherten, worunter auch die Ferien oder Restaurantbesuche fallen, sind demnach nur ein Punkt, weshalb der Gutachter die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung nicht gestellt hat. Daran ist nichts auszusetzen.

8.6 Die anhaltende somatoforme Schmerzstörung gemäss ICD-10 F45.40 wird wie folgt definiert: Die vorherrschende Beschwerde ist ein andauernder, schwerer und quälender Schmerz, der durch einen physiologischen Prozess oder eine körperliche Störung nicht hinreichend erklärt werden kann. Er tritt in Verbindung mit emotionalen Konflikten oder psychosozialen Belastungen auf, denen die Hauptrolle für Beginn, Schweregrad, Exazerbation oder Aufrechterhaltung der Schmerzen zukommt. Die Folge ist meist eine beträchtlich gesteigerte persönliche oder medizinische Hilfe und Unterstützung. Die Begründung von Dr. C.____, weshalb er ebendiese Diagnose nicht gestellt hat, erscheint aufgrund der obgenannten Definition der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung als nachvollziehbar.

Ferner ist festzuhalten, dass die Diagnose und die Ausführungen von Dr. C.____ im Einklang mit dem psychiatrischen Gutachten von Dr. D.____ vom 2. September 1998 stehen. Dr. C.____ diagnostizierte eine Schmerzverarbeitungsstörung und Dr. D.____ eine depressiv-ängstliche Schmerzfehlerverarbeitung bei introvertierter, passiver Persönlichkeit. Die von Dr. C.____ gestellte Diagnose der Schmerzverarbeitungsstörung wird gemäss ICD-10 F54 wie folgt umschrieben: Diese Kategorie sollte verwendet werden, um psychische Faktoren und Verhaltenseinflüsse zu erfassen, die eine wesentliche Rolle in der Ätiologie körperlicher Krankheiten spielen, die in anderen Kapiteln der ICD-10 klassifiziert werden. Die sich hierbei ergebenden psychischen Störungen sind meist leicht, oft langanhaltend (wie Sorgen, emotionale Konflikte, ängstliche Erwartung) und rechtfertigen nicht die Zuordnung zu einer der anderen Kategorien des Kapitels V (Psychische und Verhaltensstörungen).

8.7 Der Beschwerdeführer bringt schliesslich vor, dass die Beschwerdegegnerin es versäumt habe, einen aktuellen Bericht seines behandelnden Hausarztes Dr. med. G.____, FMH Allgemeine Innere Medizin, einzuholen. Es trifft zwar zu, dass der letzte sich in den Akten befindliche Arztbericht von Dr. G.____ vom 1. November 2016 datiert. Allerdings geht es vorliegend um die Würdigung zweier Fachgutachten in Rheumatologie und Psychiatrie. Inwiefern ein aktueller

Bericht des Hausarztes des Beschwerdeführers, mithin eines Allgemeinmediziners, diese Fachgutachten in Zweifel ziehen könnte, bringt der Beschwerdeführer nicht vor und ist auch nicht ersichtlich.

9. Nach dem Gesagten ist im Ergebnis nicht zu beanstanden, dass die IV-Stelle bei der Beurteilung des Gesundheitszustands und der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers gestützt auf die Gutachten der Dres. B.____ und C.____ davon ausgegangen ist, dass der Versicherte spätestens im Zeitpunkt der Begutachtung in angepassten Tätigkeiten wiederum vollständig arbeitsfähig war und dadurch ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen erzielen könnte. Damit hat sich der Invaliditätsgrad in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert und die Voraussetzungen für eine Revision nach Art. 17 ATSG sind erfüllt.

10. Die konkrete Berechnung des Einkommensvergleichs ist nicht zu beanstanden, weshalb von weiteren Erörterungen dazu abgesehen und stattdessen auf die entsprechenden Ausführungen der IV-Stelle in der Verfügung vom 2. Juli 2020 verwiesen werden kann. Der Beschwerdeführer rügt diesbezüglich lediglich, dass der leidensbedingte Abzug mit 10 % viel zu tief angesetzt worden sei. Dazu ist festzuhalten, dass jedoch selbst ein maximaler Abzug vom Tabellenlohn von 25 % am Ergebnis nichts ändern und dennoch ein Invaliditätsgrad von unter 40 % resultieren würde. Weitere Ausführungen dazu erübrigen sich deswegen.

11. Es verbleibt noch, zum Grundsatz Stellung zu nehmen, dass bei Versicherten, die bei der revisionsweisen Aufhebung der Rente das 55. Altersjahr vollendet haben oder eine Rentenbezugsdauer von mindestens 15 Jahren aufweisen, eine Selbsteingliederung in der Regel nicht zumutbar ist (Urteil des Bundesgerichts vom 26. April 2011, 9C_228/2010, E. 3 mit weiteren Hinweisen). Demnach hätte der Beschwerdeführer Anspruch auf Wiedereingliederungsmassnahmen. Der Versicherte hat jedoch keine Bereitschaft erkennen lassen, an Massnahmen zur Wiedereingliederung teilzunehmen. Er hat zwei Termine (17. Juli und 28. August 2019) für das Erstgespräch unentschuldig nicht wahrgenommen. Aus einer Aktennotiz geht hervor, dass der Versicherte schliesslich am 2. September 2019 bei der Beschwerdegegnerin vorgesprochen und berichtet hat, dass er aus den Ferien zurückgekommen sei und die Einladung für das Gespräch vorgefunden habe. Er habe sich erkundigt, ob er nun einen neuen Termin erhalte. Daraufhin hat er einen weiteren Termin am 11. Oktober 2019 erhalten. Soweit ersichtlich, hat der Beschwerdeführer diesen Termin schliesslich wahrgenommen, wobei das Protokoll – wohl versehentlich – vom 28. August 2019 datiert. Aus dem Protokoll geht hervor, dass der Versicherte im Gespräch keine Chance gesehen habe, einer Erwerbstätigkeit nachzugehen. Dies aufgrund seiner gesundheitlichen Beschwerden sowie seines Alters, seiner Arbeitsmarktabstinenz etc. Er habe mehrfach seine Gebrechen erklärt. Er habe dementsprechend auch von der Option der Eingliederungsmassnahmen keinen Gebrauch machen wollen. Auch nach mehrmaliger Erklärung der Niederschwelligkeit der Massnahmen sei für ihn die Teilnahme an diesen im Hinblick auf den Arbeitsmarkt ausgeschlossen gewesen. Im Anschluss an dieses Gespräch hat die IV-Stelle ein Mahn- und Bedenkzeitverfahren durchgeführt. Nachdem der Beschwerdeführer noch immer nicht mitgewirkt hatte, hat die Beschwerdegegnerin das Dossier im Bereich der beruflichen Massnahmen gemäss Aktennotiz vom 29. November 2019 geschlossen.

Unter diesen Umständen durfte die Beschwerdegegnerin zu Recht von einer fehlenden Eingliederungsfähigkeit bzw. –willigkeit des Beschwerdeführers ausgehen und von einer weiteren Planung und Durchführung beruflicher Eingliederungsmassnahmen absehen. In ihrer Vernehmlassung hat die Beschwerdegegnerin dennoch erneut darauf hingewiesen, dass es dem Versicherten noch immer freistehe, sich für berufliche Massnahmen zu melden.

12. Zusammenfassend ergibt sich, dass die Aufhebung der Invalidenrente per Ende August 2020 gerechtfertigt und die angefochtene Verfügung im Ergebnis nicht zu beanstanden ist. Die dagegen erhobene Beschwerde ist unbegründet, weshalb sie abzuweisen ist.

13. Es bleibt über die Kosten zu entscheiden. Gemäss Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt. Bei Fällen wie dem vorliegenden, in denen ein durchschnittlicher Verfahrensaufwand entstanden ist, setzt das Gericht die Verfahrenskosten in Berücksichtigung des bundesrechtlichen Kostenrahmens einheitlich auf Fr. 800.-- fest. Nach § 20 Abs. 3 VPO werden die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei in angemessenem Ausmass auferlegt. Vorliegend ist der Beschwerdeführer unterliegende Partei, weshalb ihm die Verfahrenskosten aufzuerlegen sind. Diese sind mit dem geleisteten Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 800.-- zu verrechnen. Bei diesem Ausgang des Verfahrens ist keine Parteientschädigung auszurichten.

Demgemäss wird **erkannt** :

- ://:
1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
 2. Die Verfahrenskosten in der Höhe von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt und mit dem geleisteten Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 800.-- verrechnet.
 3. Es wird keine Parteienschädigung zugesprochen.

<http://www.bl.ch/kantonsgericht>