



Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 26. März 2020 (720 19 366 / 58)

Invalidenversicherung

Voller Beweiswert eines bi- und eines polydisziplinären Verwaltungsgutachtens. Die Voraussetzungen einer Rentenrevision sind erfüllt. Aufgrund eines langjährigen Rentenbezugs sind vor Aufhebung der Invalidenrente Massnahmen zur beruflichen Wiedereingliederung durchzuführen.

Besetzung Präsidentin Eva Meuli, Kantonsrichter Daniel Noll, Kantonsrichter Jgnaz Jermann, Gerichtsschreiberin i.V. Daniela Buser

Parteien **A.**_____, Beschwerdeführer, vertreten durch Larissa Manera, Advokatin, Baur Laubscher Tschopp Marbot Advokaturbüro, Greifengasse 1, Postfach 1644, 4001 Basel

gegen

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

Betreff IV-Rente

A.a Der 1957 geborene A._____ bezieht seit dem 1. Februar 1999 eine ganze Rente der Invalidenversicherung (IV). Gestützt auf das psychiatrische Gutachten vom 14. November 1999

von Dr. med. B.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, sprach die IV-Stelle Basel-Landschaft (IV-Stelle) ursprünglich mit Entscheid vom 23. April 2001 dem Versicherten eine ganze Invalidenrente zu, welche im Nachgang zu drei durchgeführten Revisionsverfahren in den Jahren 2003, 2007 und 2012 jeweils bestätigt wurde.

A.b Im Juni 2013 wurde ein weiteres Revisionsverfahren eingeleitet. Im Rahmen der medizinischen Abklärungen wurde durch die IV-Stelle das internistisch-psychiatrische Gutachten vom 19. Dezember 2013 beim Begutachtungszentrum BL (BEGAZ) eingeholt, gemäss welchem A.____ eine Arbeitsfähigkeit von 70 % attestiert wurde. Die IV-Stelle stellte daraufhin mit Vorbescheid vom 4. Februar 2015 die Aufhebung der Rente gestützt auf einen IV-Grad von 38 % in Aussicht. Im anschliessenden Einwandverfahren machte der Versicherte eine Verschlechterung seines psychischen Gesundheitszustandes geltend, weshalb eine psychiatrische Verlaufsbegutachtung beim BEGAZ durch Dr. med. C.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, angeordnet wurde. Gegen diese Anordnung führte A.____ Beschwerde ans Kantonsgericht des Kantons Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht), welches diese mit Urteil vom 17. August 2017 (720 17 57) abwies. In der Folge machte der Versicherte unter Hinweis auf eine bestehende koronare Gefässerkrankung sowie degenerative Veränderungen an der Halswirbelsäule (HWS) eine weitere Verschlechterung des Gesundheitszustandes geltend. Die IV-Stelle gab daraufhin anstatt des psychiatrischen Verlaufsgutachtens eine polydisziplinäre Begutachtung beim Ärztlichen Begutachtungsinstitut (ABI) in Auftrag. Dieses polydisziplinäre Gutachten vom 17. Dezember 2018 attestierte dem Versicherten eine Arbeitsfähigkeit von 70 % ab Dezember 2013 sowie eine vollumfängliche Arbeitsfähigkeit ab Oktober 2018. Nach erneut durchgeführtem Vorbescheidverfahren hob sie den Rentenanspruch gestützt auf einen IV-Grad von 35 % seit Dezember 2013 sowie von 7 % seit Oktober 2018 mit Verfügung vom 4. Oktober 2019 revisionsweise auf.

B. Dagegen erhob A.____, vertreten durch Advokatin Larissa Manera, am 7. November 2019 Beschwerde am Kantonsgericht. Er beantragte, die Angelegenheit sei in Aufhebung der angefochtenen Verfügung an die IV-Stelle zurückzuweisen und diese sei anzuweisen, zur Abklärung des medizinischen Sachverhalts ein externes Verwaltungsgutachten in den Disziplinen Psychiatrie, Neurologie und Rheumatologie einzuholen. Zur Begründung führte er im Wesentlichen an, dass es der Beschwerdegegnerin gestützt auf die Gutachten des BEGAZ vom 19. Dezember 2013 sowie des ABI vom 17. Dezember 2018 nicht gelinge, eine Verbesserung seines Gesundheitszustandes mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachzuweisen.

C. Mit verfahrensleitender Verfügung vom 10. Dezember 2019 wurde dem Beschwerdeführer die unentgeltliche Rechtspflege mit Advokatin Larissa Manera bewilligt.

D. Mit Vernehmlassung vom 17. Dezember 2019 schloss die IV-Stelle auf Abweisung der Beschwerde. Sie begründete den Antrag im Wesentlichen damit, dass eine Verbesserung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers nachvollziehbar ausgewiesen sei. Ebenso sei die

angefochtene Verfügung in Bezug auf vorgängig zur Rentenaufhebung durchzuführende Eingliederungsmassnahmen nicht zu beanstanden, da der Beschwerdeführer keine Bereitschaft erkennen liess, an derartigen Massnahmen teilzunehmen.

Das Kantonsgericht zieht **i n E r w ä g u n g** :

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 frist- und formgerecht erhobene Beschwerde vom 7. November 2019 ist demnach einzutreten.

2. Strittig und zu prüfen ist vorliegend, ob die IV-Stelle die Invalidenrente des Beschwerdeführers mit Verfügung vom 4. Oktober 2019 zu Recht revisionsweise aufgehoben hat.

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 wiederherstellen, 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 Als Invalidität gilt nach Art. 8 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000 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 dem im Rahmen der 5. IV-Revision am 1. Januar 2008 in Kraft gesetzten 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 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 zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden. Aus der Einkommensdifferenz lässt sich der Invaliditätsgrad bestimmen (BGE 128 V 30 E. 1).

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

3.1 Nach Art. 17 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 Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Zu denken ist dabei in erster Linie an eine wesentliche Änderung des Gesundheitszustandes der versicherten Person. Darüber hinaus ist die Rente aber auch revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben (BGE 130 V 349 E. 3.5 mit Hinweisen). Eine abweichende medizinische oder rechtliche Einschätzung von im Wesentlichen unveränderten tatsächlichen Verhältnissen alleine führt nicht zu einer materiellen Revision. Bloss auf einer anderen Wertung beruhende, revisionsrechtlich unerhebliche Differenzen sind von revisionsbegründenden tatsächlichen Veränderungen deshalb 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 (vgl. dazu BGE 137 V 253 E. 3.4.2.3) zurückzuführen (Urteil J. des Bundesgerichts vom 29. August 2011, 9C_418/2010, E. 4.1 mit weiteren Hinweisen). 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, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustandes) beruht (BGE 133 V 114 E. 5.4; vgl. auch BGE 130 V 75 ff. E. 3.2.3).

3.2 Vorliegend leitete die IV-Stelle im Juni 2013 ein Revisionsverfahren ein. Zuvor bestätigte sie den Rentenanspruch des Beschwerdeführers revisionsweise bereits mit formloser Mitteilung

vom 30. Dezember 2003, 8. März 2007 und 5. Juni 2012. Als Grundlage für alle diese Rentenbestätigungen wurde jeweils ein Arztbericht des Hausarztes Dr. med. D.____, FMH Innere Medizin, herangezogen. Dabei handelt es sich jedoch nicht um einen rechtsgenügenden Referenzsachverhalt im hiervor erwähnten Sinne. Eine einlässliche materielle Prüfung des Rentenanspruchs mit einer vertieften Abklärung des medizinischen Sachverhalts erfolgte vielmehr im Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenzusprache, in deren Verlauf die IV-Stelle das psychiatrische Gutachten vom 14. November 1999 bei Dr. B.____ in Auftrag gegeben hatte. Gestützt auf dessen Ergebnisse sprach sie dem Versicherten mit Verfügung vom 23. April 2001 eine ganze Invalidenrente zu. Zeitliche Vergleichsbasis für die Beurteilung der Frage, ob bis zum Erlass der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 4. Oktober 2019 eine erhebliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen eingetreten ist, bildet demnach die Situation, wie sie im Zeitpunkt der Verfügung der IV-Stelle vom 23. April 2001 bestanden hatte.

4.1 Nach Art. 6 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). Diese Legaldefinition stimmt im Wesentlichen mit dem Begriff der Arbeitsunfähigkeit überein, wie ihn die Rechtspraxis vor dem Inkrafttreten des ATSG entwickelt hatte (vgl. etwa BGE 129 V 53 E. 1.1 in fine mit Hinweisen). Die bis zum 31. Dezember 2002 ergangene diesbezügliche Rechtsprechung des damaligen Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; heute: Bundesgericht, sozialrechtliche Abteilungen] bleibt folglich weitestgehend anwendbar (BGE 130 V 345 E. 3.1.1).

4.2 Die Annahme insbesondere einer allenfalls invalidisierenden psychischen Gesundheitsbeeinträchtigung setzt eine fachärztlich (psychiatrisch) gestellte Diagnose nach einem wissenschaftlich anerkannten Klassifikationssystem voraus (BGE 131 V 50 E. 1.2, 130 V 398 ff. E. 5.3 und E. 6). Zu betonen ist, dass im Kontext der rentenmässig abzugeltenden psychischen Leiden belastenden psychosozialen Faktoren sowie soziokulturellen Umständen allerdings kein Krankheitswert zukommt. Ein invalidisierender Gesundheitsschaden im Sinne von Art. 8 ATSG in Verbindung mit Art. 4 Abs. 1 IVG setzt deshalb in jedem Fall ein medizinisches Substrat voraus, das die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit wesentlich beeinträchtigt. Ist eine psychische Störung von Krankheitswert schlüssig erstellt, kommt der weiteren Frage zentrale Bedeutung zu, ob und inwiefern, allenfalls bei geeigneter therapeutischer Behandlung, von der versicherten Person trotz des Leidens willensmässig erwartet werden kann, zu arbeiten und einem Erwerb nachzugehen (BGE 127 V 294 E. 5a mit Hinweisen). Zur Annahme einer durch eine psychische Gesundheitsbeeinträchtigung verursachten Erwerbsunfähigkeit genügt es also nicht, dass die versicherte Person nicht hinreichend erwerbstätig ist; entscheidend ist vielmehr, ob anzunehmen ist, die Verwertung der Arbeitsfähigkeit sei ihr sozial-praktisch nicht mehr zumutbar oder – als alternative Voraussetzung – sogar für die Gesellschaft untragbar (BGE 127 V 294 E. 4c in fine). Zu den psy-

chischen Gesundheitsschäden gehören neben den eigentlichen Geisteskrankheiten auch seelische Abwegigkeiten mit Krankheitswert. Nicht als Auswirkungen einer krankhaften seelischen Verfassung und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten indessen jene Beeinträchtigungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, Arbeit in ausreichendem Masse zu verrichten, zu vermeiden vermöchte, wobei das Mass des Forderbaren weitgehend objektiv bestimmt werden muss (BGE 131 V 50 f. E. 1.2, 130 V 353 E. 2.2.1; je mit Hinweisen).

5.1 Zur Feststellung der medizinischen Verhältnisse ist die rechtsanwendende Behörde auf Unterlagen angewiesen, die ihr von Ärztinnen und Ärzten zur Verfügung zu stellen sind (BGE 122 V 158 f. E. 1b mit zahlreichen Hinweisen). Das Gericht hat diese Unterlagen nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (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 davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist 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. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 232 E. 5.1; 125 V 352 E. 3a, 122 V 160 E. 1c). Einem Gutachten externer Spezialärzte, welche von Versicherungsträgern im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholt wurden und den Anforderungen der Rechtsprechung entsprechen, darf das Gericht vollen Beweiswert zuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 135 V 465 E. 4.4).

5.2 Die Verwaltung als verfügende Instanz und im Beschwerdefall das Gericht dürfen eine Tatsache nur dann als bewiesen annehmen, wenn sie von ihrem Bestehen überzeugt sind (MAX KUMMER, Grundriss des Zivilprozessrechts, 4. Auflage, Bern 1984, S. 134 f.). Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nichts Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blosse Möglichkeit eines bestimmten Sachverhaltes genügt den Beweisanforderungen nicht. Das Gericht hat vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die es von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigt (BGE 121 V 47 E. 2a; ZAK 1986 S. 189 f. E. 2c). Ein Anspruch

auf Leistungen besteht nur, wenn die Voraussetzungen dafür mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erfüllt sind.

6.1 Der Rentenzusprache aus dem Jahr 2001 liegt – wie bereits erwähnt – das psychiatrische Gutachten von Dr. B.____ vom 14. November 1999 zugrunde (act. 9). Darin wurden die Diagnosen einer Panikstörung, einer somatoformen autonomen Funktionsstörung des kardiovaskulären Systems sowie eine mittelgradig depressive Episode erhoben. Seit dem Herztod seines ältesten Bruders leide der Versicherte mehrmals wöchentlich unter Herzschmerzen begleitet von Herzklopfen, Schwitzen, Schwindel und Atemnot. Diese Episoden würden bis hin zu mehreren Stunden andauern. Auch klage er über Schlafstörungen, Lustlosigkeit und Lärmempfindlichkeit. Die nunmehr Stunden andauernden Beschwerden hätten ausserdem zu einer mittelschweren depressiven Entwicklung geführt. Die ursprüngliche Panikstörung habe sich zu einer eigentlichen Somatisierungsstörung mit im Vordergrund stehenden Herzschmerzen entwickelt, welche sich rasch chronifiziert habe. In der Folge habe sich der Versicherte vermehrt aus sozialen Aktivitäten zurückgezogen. Die Beschwerden seien weitgehend therapieresistent, was auch zu einer Störung des familiären und sozialen Milieus geführt habe. Aufgrund der depressiven wie auch der Angstsymptomatik sei der Explorand sehr reduziert arbeitsfähig. Sein Denken sei auf die Krankheit eingeschränkt. Theoretisch sei eine Panikstörung mit kognitiven verhaltenstherapeutischen Methoden relativ gut behandelbar, kaum hingegen die somatoforme autonome Funktionsstörung. Aktuell bestehe eine Arbeitsfähigkeit von zwei bis drei Stunden pro Tag. Mit einer geeigneten Therapie könnte die Arbeitsfähigkeit jedoch zumindest theoretisch wieder gesteigert werden.

6.2 Der strittigen Rentenrevision liegen nunmehr diverse weitere ärztliche Unterlagen zu Grunde. Im Folgenden sollen indessen lediglich diejenigen Gutachten und Berichte wiedergegeben werden, welche sich für den Entscheid als zentral erweisen.

6.2.1 Im Rahmen des im Juni 2013 eingeleiteten Revisionsverfahrens wurde ein internistisch-psychiatrisches Gutachten vom 19. Dezember 2013 beim BEGAZ eingeholt. Mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit erhob Dr. C.____ eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, eine hypochondrische Störung, einen Verdacht auf eine ängstliche Persönlichkeit sowie differentialdiagnostisch eine Angst- und depressive Störung gemischt. Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit blieben dagegen die im internistischen Teilgutachten durch Dr. med. E.____, FMH Allgemeine Innere Medizin, diagnostizierte Hyperlipidämie, die rezidivierende Refluxösophagitis sowie die arterielle Hypertonie. Während der psychiatrischen Begutachtung bei Dr. C.____ habe sich ein affektiv ernster Explorand gezeigt, welcher nicht depressiv gewirkt und eher undifferenzierte Antworten gegeben habe. Er habe einzig etwas unsicher und ängstlich angemutet. Aus dem Verlauf der Kindheit würden sich diesbezüglich Verhaltensauffälligkeiten mit übermässiger Ängstlichkeit ergeben, die bis heute persistierten. Damit sei der Verdacht auf akzentuierte Persönlichkeitszüge begründet. Im Vordergrund würden jedoch die Thoraxschmerzen stehen, wobei der Körperschmerz und nicht die Wahrnehmung der Herzfunktion die Leitsymptomatik sei. Daher handle es

sich um eine Schmerzstörung, welche durch die ängstliche Persönlichkeitsstruktur des Versicherten massgeblich mitgeprägt werde. Auch habe der Explorand einige Symptome entsprechend einer depressiven Störung, wie etwa eine teilweise Lustlosigkeit, ein vermindertes Interesse, ein sozialer Rückzug oder eine teilweise gedrückte Stimmung gezeigt. Objektiv seien diese Befunde allerdings sehr gering ausgeprägt und nicht dauerhaft im gleichen Ausmass vorhanden. Dominieren würde wiederum die Ängstlichkeit, insbesondere auch die Angst unter einer schweren Erkrankung zu leiden. Für die Diagnose einer Panikstörung fehle es an wiederkehrenden Angstattacken, welche nicht auf eine spezifische Situation oder besondere Umstände zurückzuführen seien. Erstaunlich sei zudem, dass der Explorand trotz subjektiver, gravierender psychischer Symptomatik bislang nie eine psychiatrische Therapie in Anspruch genommen habe. Insgesamt seien die Foerster-Kriterien nicht erfüllt, so dass eine volle Arbeitsunfähigkeit nicht nachvollzogen werden könne. Aus psychiatrischer Sicht sei insofern eine Besserung eingetreten, als dass keine gravierende depressive Störung sowie keine Panikstörung mehr vorliegen würden. Es bestehe eine hypochondrische Haltung gegenüber den Körperbeschwerden und eine allenfalls subdepressive Störung, welche durch Ängste überlagert würden. Dem Versicherten sei eine klar strukturierte Tätigkeit ohne Zeitdruck und ohne Übernahme von Verantwortung zumutbar. Es bestehe jedoch eine verminderte Belastbarkeit und die Notwendigkeit, vermehrt Pausen einzulegen. Demzufolge sei in Bezug auf eine ganztägige Arbeit mit einer Leistungseinschränkung von 30 % zu rechnen.

6.2.2 Dr. B.____ erhob in seinem Bericht vom 12. August 2016 (act. 145) die Diagnosen einer generalisierten Angststörung sowie einer hypochondrischen Störung. Diese Befunde würden sich auf die Arbeitsfähigkeit des Versicherten auswirken. Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit bleibe dagegen die Diagnose einer arteriellen Hypertonie. Der Versicherte leide seit langer Zeit an einer sich über die Jahre verschlimmernden Symptomatik. Sein Denken sei auf seine Sorgen und Vorahnungen eingeschränkt. Auch könnte er sich nur für kurze Zeit auf etwas konzentrieren. Affektiv sei er nur leicht bedrückt. Es zeige sich jedoch eine vegetative Übererregbarkeit, welche sich sichtbar durch Rötung, Schwitzen und Unruhe äussere. Der Versicherte befinde sich seit April 2014 bei Dr. B.____ in Behandlung, wobei er jeweils in Begleitung seiner Ehefrau erscheine. Die bisherige Tätigkeit sei ihm aus medizinischer Sicht nicht mehr zumutbar. Die gesundheitlichen Einschränkungen liessen sich nicht durch medizinische Massnahmen vermindern. Mit einer Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit bzw. mit einer Erhöhung der Einsatzfähigkeit sei nicht zu rechnen.

6.2.3 In seinem Bericht vom 4. Juni 2018 (act. 193, S. 57 f.) diagnostizierte Dr. med. F.____, FMH Neurochirurgie, ein cervicoradiculäres Schmerz- sowie ein sensibles Reiz- und motorisches Ausfalleiden auf Höhe C6 und C7 bei bisegmentaler degenerativer HWS-Erkrankung mit osteodiscogener Spinalkanalstenose der Halswirbelkörper (HWK) 5 und 6 und bei einer Discushernie der HWK 6 und 7 mediolateral links. Der Versicherte leide seit zwei Jahren an Cervicobrachialgien links und an einem zunehmenden Kraftverlust der linken Hand. Die Beschwerden würden durch bestimmte Kopfbewegungen sowie durch Reklination und Rotation nach links zunehmen.

Die Magnetresonanztomographie (MRT) zeige eine bisegmentale Degeneration der HWK 5 bis 7. Auf dem Niveau der HWK 5 und 6 komme es disco- aber auch osteogen zu einer höhergradigen Spinalkanalstenose linksbetont. Auf der Höhe der HWK 6 und 7 könne eine höchstgradige Spinalkanalstenose ohne Myelopathiesignal erhoben werden. Die Neuroforamina seien jeweils links mehr als rechts eingeengt. Dr. F._____ habe dem Versicherten die operative Entlastung der kompromittierten neuralen Strukturen empfohlen. Vorgängig erachte er jedoch eine neurologische Standortbestimmung inklusive elektrophysiologischer Diagnostik als angezeigt, um chronische von akuten Denervationsveränderungen abgrenzen zu können. Eine dringende Operationsindikation bestehe in Anbetracht der noch moderaten Schwäche nicht. Allenfalls sei eine Physiotherapie durchzuführen, um eine Stabilisierung der Beschwerden zu erreichen.

6.2.4 Nach einer im Revisionsverfahren erneut geltend gemachten Verschlechterung des Gesundheitszustandes gab die IV-Stelle das polydisziplinäre Gutachten des ABI vom 17. Dezember 2018 (act. 193) mit internistischer, orthopädischer, psychiatrischer und kardiologischer Beteiligung in Auftrag. Danach hätten mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit die Diagnosen eines chronischen zervikobrachialen Schmerzsyndroms links aufgrund einer Degeneration der unteren Halswirbelsäule mit osteochondrotischen Veränderungen auf der Höhe der HWK 5 und 6 bzw. 6 und 7 erhoben werden können. Bildgebend zeige sich eine mögliche Kompromittierung der Nervenwurzel C6 und C7 links. Weiter sei ein chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom diagnostiziert worden, wobei lediglich moderate degenerative Veränderungen an der oberen Lendenwirbelsäule bestünden. Klinisch und bildgebend sei jedoch keine Kompromittierung der neuralen Strukturen festzustellen. Diagnostisch habe ausserdem eine koronare 1-Gefäss-Erkrankung bei einem Status nach PTCA/Stent RIVPO sowie Primary Stenting ACD proximal am 9. April 2018, bei normaler linksventrikulärer Pumpfunktion und bei kardiovaskulären Risikofaktoren eines metabolischen Syndroms, persistierendem Nikotinabusus und positiver Familienanamnese erhoben werden können. Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit des Versicherten blieben dagegen die Diagnosen einer ängstlich-depressiven Störung, einer Schmerzverarbeitungsstörung, eines metabolischen Syndroms mit Diabetes mellitus Typ 8, einer arteriellen Hypertonie, Adipositas sowie einer Dislipidämie und eines Status nach einer Operation bei Hallux valgus am rechten Fuss vor dreissig Jahren bei aktuell unauffälligem Befund sowie anamnestischer Beschwerdefreiheit. Aus allgemein-internistischer Sicht bestehe lediglich die Diagnose des metabolischen Syndroms. Der Diabetes mellitus und die arterielle Hypertonie seien zwar nicht optimal eingestellt, eine Verbesserung könne indessen mit einer Intensivierung der Behandlung und mit regelmässigen Kontrollen erreicht werden. Ein Einfluss auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Versicherten bestehe dadurch nicht. Mit dem kardialen operativen Eingriff habe eine anhaltende Besserung der pektanginösen Beschwerden erreicht werden können. Eine körperlich nicht belastende, respektive nur mässig belastende Tätigkeit könne dem Exploranden aus kardiologischer Sicht zugemutet werden. Der Versicherte habe zudem über Schmerzen im Bereich der linken Nackenhälfte sowie entlang des linken Armes geklagt. Der ganze Arm sei kraftlos und es bestünde teilweise ein Taubheitsgefühl, welches vom Nacken bis in die Finger reiche. Weiter leide er an Schmerzen im linken Bein sowie im Bereich der lumbalen Wirbelsäule. Aus orthopädischer

Sicht seien gemäss den Ausführungen von Dr. med. G.____, FMH Orthopädische Chirurgie, pathologische Befunde im Bereich der Hals- und Lendenwirbelsäule im Sinne von degenerativen Veränderungen erhoben worden. Die aufgrund der lumbalen Rückenschmerzen verordnete Physiotherapie sei bislang noch nicht begonnen worden. Ebenso spreche das gelegentliche «Vergessen» der Schmerzmitteleinnahme gegen eine übermässige Beschwerdeausprägung. Eindeutige Hinweise für das Vorliegen einer Pathologie des peripheren Nervensystems hätten sich während der Untersuchung keine gezeigt. Erwähnenswert sei insbesondere der Umstand, dass die abgeschwächte Berührungsempfindung des linken Arms am ausgeprägtesten im Bereich des Kleinfingers empfunden werde, was einem Dermatome des C8 entspreche. Dieses sei jedoch bildgebend nicht von einer osteodiskalen Affektion betroffen. Vielmehr zeige sich eine solche Affektion auf der Höhe der HWK 5 und 6 bzw. 6 und 7 links, wobei sich wiederum kein eindeutiges klinisches Korrelat finden lasse. Dasselbe gelte für die Problematik an der unteren Wirbelsäule, wo bildgebend keine Hinweise für eine spinale Kompressionsproblematik zu finden seien. Mögliche motorische Defizite würden somit nicht mit eindeutig objektivierbaren morphologischen Befunden korrelieren. Aufgrund der erwähnten degenerativen Veränderungen an Hals- und Lendenwirbelsäule sei jedoch eine etwas verminderte Belastungsfähigkeit in diesen Bereichen gegeben. Aus psychiatrischer Sicht leide der Explorand unter der Angst, einen Herzinfarkt erleiden zu müssen. Dr. med. H.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, beurteilte diese Angst als nachvollziehbar. Sie würde den Exploranden im Alltag jedoch nicht einschränken, womit eine lediglich geringgradige Ausprägung gegeben sei. Dieser leide zwar unter leichten depressiven Verstimmungen, gestalte den Alltag jedoch aktiv, leide nicht unter ausgeprägten Schlafstörungen, einem ausgeprägten sozialen Rückzug oder einem Lebensverleider. Die Antidepressiva nehme er kaum ein. Hinweise auf eine mittelgradige oder schwere depressive Verstimmung lägen keine vor. Der Explorand klagte weiter über Schmerzen und Taubheitsgefühle in der linken Körperhälfte. Das Ausmass der geklagten Beschwerden und die subjektive Krankheitsüberzeugung seien durch die somatischen Befunde nicht hinreichend objektivierbar, weshalb eine psychische Überlagerung angenommen werden müsse. Der Explorand leide im Alltag auch nicht unter schweren, quälenden Schmerzen. Therapien seien bis anhin keine durchgeführt worden, auch nehme der Versicherte nicht regelmässig Schmerzmittel ein. Die Diagnose einer Schmerzstörung könne somit nicht gestellt werden.

Aufgrund der langjährigen Absenz vom Arbeitsmarkt bestehe keine angestammte Tätigkeit mehr. Interdisziplinär bestehe für körperlich schwere Tätigkeiten aufgrund der degenerativen Veränderungen am Bewegungsapparat und der kardiologischen Befunde eine vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit. Dementsprechend seien Tätigkeiten zumutbar, bei denen eine Hebe- und Traglimite von 10 kg nur ausnahmsweise, und von 15 kg nicht überschritten werde, und bei welchen keine länger dauernden Zwangshaltungen des Rumpfes und des Nackens vorkämen sowie repetitive Überkopfbewegungen der Arme vermieden würden. In einer körperlich leichten bis gelegentlich mittelschweren, wechselbelastenden Tätigkeit sei der Versicherte somit zu 100 % arbeitsfähig. Retrospektiv könne eine Arbeitsfähigkeit von 70 % ab Dezember 2013 entsprechend den Befun-

den im bidisziplinären Gutachten des BEGAZ vom 19. Dezember 2013 bestätigt werden. Ab Oktober 2018 bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 100 %. Massnahmen für einen beruflichen Wiedereinstieg seien aufgrund der psychosozialen Situation, des Alters des Versicherten und der fehlenden Motivation allerdings kaum sinnvoll.

7. Die IV-Stelle stützte sich im angefochtenen Entscheid vom 4. Oktober 2019 zur Beurteilung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers für den Zeitraum ab Dezember 2013 auf das bidisziplinäre Gutachten des BEGAZ vom 19. Dezember 2013 und für den Zeitraum ab Oktober 2018 auf das polydisziplinäre Gutachten des ABI vom 17. Dezember 2018. In Würdigung der medizinischen Aktenlage ergibt sich, dass beiden Gutachten voller Beweiswert zukommt. Sie erfüllen sowohl in formeller Hinsicht als auch inhaltlich die bundesgerichtlichen Vorgaben an ein beweistaugliches Gutachten. Daran vermögen auch die Rügen des Beschwerdeführers nichts zu ändern, wie sich aus den nachfolgenden Ausführungen ergibt.

7.1 Betreffend das bidisziplinäre Gutachten des BEGAZ vom 19. Dezember 2013 macht der Beschwerdeführer geltend, die Ausführungen im psychiatrischen Teilgutachten von Dr. C.____, wonach eine Schmerzstörung und keine autonome somatoforme Funktionsstörung vorliege, seien nicht nachvollziehbar. Dazu ist anzumerken, dass der Versicherte während der psychiatrischen Begutachtung bei Dr. C.____ einen dauerhaften Schmerz beschrieb, welcher manchmal auch leicht stärker sei. Im Gegensatz dazu erhob Dr. B.____ im psychiatrischen Gutachten vom 14. November 1999 einen mehrmals wöchentlich und damit plötzlich auftretenden Schmerz. Vor diesem Hintergrund erscheint die Änderung in der Diagnosestellung durchaus nachvollziehbar. Ähnliches ergibt sich in Bezug auf die vormals durch Dr. B.____ diagnostizierte Panikstörung. Der Beschwerdeführer litt damals an akut auftretenden Beschwerden mit Herzklopfen, Schwitzen, Zittern und Druck auf der Brust, welche nicht auf eine bestimmte Umgebungssituation beschränkt und nicht vorhersehbar waren. Um diese Diagnose zu bestätigen, fehlten Dr. C.____ diese wiederkehrenden Angstattacken. Dies entspricht zudem auch den eigenen Ausführungen des Beschwerdeführers während der Begutachtung, wonach er nicht an Angstzuständen leide, die aus dem Nichts heraus auftreten würden. Angst sei beim Versicherten vor allem in Bezug auf seine körperlichen Beschwerden wie etwa dem Thoraxschmerz oder der Angst vor einem Myokardinfarkt aufgetreten. Diese Angst sei dauerhaft vorhanden und teilweise auch mit der Persönlichkeitsstruktur zu erklären. Damit legte Dr. C.____ überzeugend dar, weshalb die Diagnose einer Panikstörung nicht bestätigt werden konnte.

7.2 Weiter bringt der Beschwerdeführer vor, dass die Voraussetzungen für die Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode gegeben seien. Auch diesem Einwand kann nicht gefolgt werden. Dr. C.____ bestätigte, dass zwar einige Symptome, wie sie bei einer depressiven Störung auftreten, gegeben sind. So leide der Versicherte etwa an einer teilweisen Lustlosigkeit, vermindertem Interesse, sozialem Rückzug oder zeitweiser gedrückter Stimmung. Objektiv sind diese Befunde allerdings als gering zu werten. Schliesslich hat sich während der Untersuchung

zwar ein affektiv ernster Explorand gezeigt, der jedoch nicht depressiv gewirkt hat. Die geschilderten Beschwerden schienen darüber hinaus nicht dauerhaft in gleichem Ausmass vorhanden zu sein. Es dominierte dabei vor allem die Ängstlichkeit. In Anbetracht der vorstehenden Ausführungen lässt sich eine depressive Störung mit mittelgradiger Episode nicht mehr nachvollziehen. Ebenso spricht der Umstand, dass sich der Versicherte trotz der geschilderten, subjektiv schwerwiegenden psychischen Symptomatik bisher nicht in eine psychiatrische Therapie begeben hat, gegen das Vorliegen einer gravierenden depressiven Störung.

7.3 Wie der Beschwerdeführer zutreffend ausführt, wurde das bidisziplinäre Gutachten des BEGAZ vom 19. Dezember 2013 noch vor der Rechtsprechung des Bundesgerichts zum strukturierten Beweisverfahren erstellt. Dennoch verliert dieses nach altem Verfahrensstand eingeholte Gutachten nicht per se seinen Beweiswert. Vielmehr ist entsprechend der bundesgerichtlichen Rechtsprechung in sinngemässer Anwendung der nunmehr materiell-beweisrechtlich geänderten Anforderungen im Einzelfall zu prüfen, ob die beigezogenen administrativen oder gerichtlichen Gutachten, gegebenenfalls im Kontext mit weiteren fachärztlichen Berichten, eine schlüssige Beurteilung im Lichte der massgeblichen Indikatoren erlauben oder nicht (BGE 141 V 281 E. 8). Soweit der Beschwerdeführer geltend macht, dass das Gutachten des BEGAZ vom 19. Dezember 2013 keine schlüssige Prüfung anhand der Standardindikatoren erlaube, geht er fehl. In Anbetracht der vorstehenden Ausführungen sind die im Gutachten erhobenen Diagnosen nicht weiter zu beanstanden. Auch gehen die Ressourcen des Versicherten schlüssig aus dem Gutachten hervor. So gestaltet er seinen Alltag aktiv mit, indem er etwa spazieren oder einkaufen geht, gelegentlich im Haushalt mithilft oder mit Freunden einen Kaffee trinken geht. Ebenso ist er trotz weniger sozialer Kontakte nicht isoliert, da er zu einigen Freunden sowie zu den Familienmitgliedern, insbesondere auch zu den Enkelkindern, regelmässigen Kontakt pflegt. Aufgrund der beschriebenen Ressourcen kann eine Prüfung der Indikatoren durchaus vorgenommen werden. Letztlich erscheint eine volle Arbeitsunfähigkeit in Anbetracht der vorhandenen Ressourcen wie auch der bestehenden Gesundheitsbeeinträchtigungen demnach als nicht plausibel. Demzufolge erweist sich die aus psychiatrischer Sicht erhobene Leistungseinschränkung im Umfang von 30 % aber als nachvollziehbar, zumal im Bereich der depressiven Symptomatik eine erhebliche Besserung eingetreten ist und auch die Panikstörung nicht mehr bestätigt werden kann.

7.4 Schliesslich wendet der Beschwerdeführer ein, Dr. C.____ habe sich im psychiatrischen Teilgutachten nicht ausreichend mit dem psychiatrischen Gutachten von Dr. B.____ vom 14. November 1999 sowie den Berichten der Klinik X.____ und des Kantonsspitals Y.____ aus dem Jahre 1999 auseinandergesetzt. Auch diese Rüge erweist sich insofern als unbegründet, als dass die entsprechenden Berichte dem Gutachter vorlagen und Dr. C.____ nachvollziehbar ausführt, weshalb die damals gestellten Diagnosen nicht mehr erhoben werden konnten. Nachdem eine Besserung schlüssig ausgewiesen wurde, erübrigt sich demzufolge eine vertiefte Auseinandersetzung mit den einzelnen Berichten.

7.5 Gegen das polydisziplinäre Gutachten des ABI vom 17. Dezember 2018 führt der Beschwerdeführer an, dass ein rheumatologisches Gutachten fehle. Stattdessen sei die Begutachtung durch einen orthopädischen Chirurgen erfolgt, was nicht ausreiche. Dieser Auffassung kann nicht gefolgt werden. Gegenstand der Rheumatologie sind nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung Schmerzen des Bewegungsapparates, was unter anderem auch auf die Orthopädie zutrifft (Urteil des Bundesgerichts vom 14. Februar 2018, 8C_682/2017, E. 6.2). Vorliegend leidet der Versicherte an Schmerzen im Bereich des Nackens, der Wirbelsäule sowie des linken Armes und Beines. Entsprechend ist nicht ersichtlich, weshalb Dr. G.____ als Facharzt der orthopädischen Chirurgie nicht in der Lage gewesen sein sollte, diese gesundheitlichen Beschwerden und eine damit einhergehende Beurteilung der Arbeitsfähigkeit kompetent vorzunehmen. Die Begutachtung durch einen orthopädischen Chirurgen ist somit nicht zu beanstanden.

7.6 Weiter bemängelt der Beschwerdeführer, dass keine neurologische Exploration durchgeführt worden sei. Dabei ist dem Versicherten insofern zuzustimmen, als dass sich Dr. G.____ im orthopädischen Teilgutachten für eine differenzierte neurologische Untersuchung im Falle eines operativen Eingriffs aussprach. Er folgte dabei der Einschätzung von Dr. F.____ in seinem Bericht vom 4. Juni 2018. Dieser empfahl dem Versicherten aufgrund der degenerativen Veränderungen an den HWK 5 bis 7 eine operative Entlastung der neuralen Strukturen. Vorgängig sei jedoch eine neurologische Standortbestimmung inklusive elektrophysiologischer Diagnostik durchzuführen, um chronische von akuten Denervationsveränderungen abgrenzen zu können. Eine dringende Operationsindikation sei angesichts der noch moderaten Schwäche aber nicht gegeben. Da der Beschwerdeführer einem operativen Eingriff aktuell ohnehin ablehnend gegenübersteht, erübrigen sich den vorstehenden Ausführungen zu Folge jedenfalls auch weitere neurologische Abklärungen.

7.7.1 Letztlich spricht der Beschwerdeführer auch dem psychiatrischen Teilgutachten von Dr. H.____ den Beweiswert ab. Das Gutachten erweise sich als oberflächlich, widersprüchlich und verharmlose die Situation des Versicherten. Namentlich seien die Diagnosen einer generalisierten Angststörung sowie einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung zu Unrecht verneint worden. Dementsprechend fehle es an einer fachärztlich einwandfreien Diagnose als Voraussetzung für ein strukturiertes Beweisverfahren. Die Beschwerdegegnerin bringt in ihrer Vernehmung dazu treffend vor, die durch Dr. H.____ erhobene Diagnose einer ängstlich-depressiven Störung gemischt zeichne sich dadurch aus, dass weder die Angstsymptome noch die depressiven Symptome geeignet seien, eine voll entwickelte Angststörung bzw. eine depressive Störung zu diagnostizieren. Nichts anderes ergibt sich aus dem psychiatrischen Teilgutachten: Selbst gemäss den Ausführungen von Dr. H.____ leide der Versicherte unter der Angst, einen Herzinfarkt zu erleiden. Spontane Angstattacken aber seien keine beklagt worden. Der Versicherte gestalte seinen Alltag aktiv, indem er etwa Spaziergänge unternehme, sich mit Freunden zum Kaffee treffe, Zeitung lese oder fernsehe. Auch pflege er regelmässigen Kontakt zu seinen Kindern und Enkelkindern. Ausserhalb der Wohnung könne er sich ohne Schwierigkeiten alleine bewegen. Der Alltag sei durch die erhöhte Ängstlichkeit nicht beeinträchtigt. Die Stimmung des

Exploranden sei zwar etwas herabgesetzt, gelegentlich auch leicht depressiv gewesen. Der Antrieb sei nicht vermindert, auch habe sich ein guter affektiver Kontakt gezeigt. Anzeichen einer Konzentrationsschwäche bestünden nicht. Ausserdem nehme der Versicherte die Antidepressiva kaum ein. Der Explorand leide folglich unter lediglich leichten depressiven Verstimmungen. Insofern wurde eine generalisierte Angststörung bzw. eine depressive Störung durch Dr. H.____ schlüssig ausgeschlossen. Darüber hinaus ist anzumerken, dass sich auch aus dem Bericht von Dr. B.____ vom 12. August 2016 nichts zugunsten des Beschwerdeführers ableiten lässt. Der behandelnde Psychiater erhob damals insbesondere die Diagnose einer generalisierten Angststörung. Inwiefern sich dieser Befund beim Versicherten manifestiert hatte, wurde nicht hinreichend substantiiert dargelegt, um gestützt darauf entsprechende Zweifel an der Begutachtung durch Dr. H.____ begründen zu können. Relativierend kommt weiter hinzu, dass der Bericht nicht den aktuellen Gesundheitszustand des Versicherten wiedergibt. Insofern ist diesem Bericht kein massgeblicher Beweiswert zuzuerkennen.

7.7.2 Während der psychiatrischen Untersuchung bei Dr. H.____ klagte der Versicherte über Schmerzen und Taubheitsgefühle im Bereich der linken Körperhälfte. Physiotherapie sei bis anhin keine durchgeführt worden, auch nehme der Explorand nicht regelmässig Schmerzmittel ein. Ein Leidensdruck sei daher kaum feststellbar. Spontan habe der Versicherte nie davon berichtet, dass er im Alltag durch seine Schmerzen eingeschränkt sei. Auch leide er nicht unter schweren, quälenden Schmerzen. Der Anamnese sind mithin keine Angaben zu entnehmen, welche auf das Vorliegen von ausgeprägten Schmerzen schliessen lassen. Insbesondere erweist sich auch der Verweis des Beschwerdeführers auf die Ausführungen im orthopädischen Teilgutachten, wonach der Explorand etwas schmerzgeplagt gewirkt habe, als nicht zielführend. Dr. H.____ hat nachvollziehbar begründet, dass die Diagnose einer Schmerzstörung aufgrund der Beschwerdeausprägung nicht gestellt werden könne. Vielmehr handle es sich um eine Schmerzverarbeitungsstörung. Abschliessend ist anzumerken, dass beim Versicherten eine ausgedehnte subjektive Krankheitsüberzeugung festgestellt wurde, welche sich nicht objektivieren lässt. Auch wurden die Ergebnisse der Eingliederungsmassnahmen aus dem Jahre 2014 durch den Gutachter korrekt wiedergegeben. Widersprüche sind nicht ersichtlich. Damit ist die Diagnosestellung durch Dr. H.____ im psychiatrischen Teilgutachten nachvollziehbar. Sie ist nicht weiter zu beanstanden.

7.8 Zusammenfassend erweist sich sowohl das bidisziplinäre Gutachten des BEGAZ vom 19. Dezember 2013 als auch das polydisziplinäre Gutachten des ABI vom 17. Dezember 2018 als beweiskräftig, weshalb die IV-Stelle in ihrer Verfügung vom 4. Oktober 2019 zu Recht darauf abgestellt hat. Weitere Abklärungen erübrigen sich deshalb. Aufgrund der Aktenlage ist eine wesentliche Besserung des Gesundheitszustandes ausgewiesen. Entsprechend der gutachterlichen Einschätzung besteht ab Oktober 2013 eine Arbeitsfähigkeit von 70 % und ab Oktober 2018 eine umfassende Arbeitsfähigkeit in einer körperlich leichten bis gelegentlich mittelschweren, wechselbelastenden Tätigkeit. Damit sind die Voraussetzungen für eine Rentenrevision erfüllt.

8.1 Wie bereits ausgeführt (oben, Erwägung 2.3) ist für die Bemessung der Invalidität von erwerbstätigen Versicherten 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 zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen; allgemeine Methode des Einkommensvergleichs [BGE 141 V 15 E. 3.2]).

8.2 Vorliegend nahm die IV-Stelle in ihrer Verfügung vom 4. Oktober 2019 den erforderlichen Einkommensvergleich vor. Dabei hat sie anhand der Gegenüberstellung von Validen- und zumutbarem Invalideneinkommen einen IV-Grad von 35 % ab Dezember 2013, respektive von 7 % ab Oktober 2018 ermittelt. Die konkrete Berechnung erweist sich als rechters, wofür diesbezüglich auf die entsprechenden Ausführungen der IV-Stelle in der Verfügung vom 4. Oktober 2019 verwiesen werden kann. Da der ermittelte IV-Grad des Versicherten unter 40 % liegt, hat dieser grundsätzlich keinen Anspruch mehr auf eine Rente, womit sie aufzuheben ist. Vorab bleibt jedoch zu prüfen, ob die wiedergewonnene Arbeitsfähigkeit direkt verwertbar ist oder ob Eingliederungsmassnahmen angezeigt sind.

9.1 Im Bereich der Invalidenversicherung gilt der Grundsatz, dass die invalide Person, bevor sie Leistungen verlangt, alles ihr Zumutbare selber vorzukehren hat, um die Folgen ihrer Invalidität bestmöglich zu mildern. Von den Versicherten können jedoch nur Vorkehren verlangt werden, die unter Berücksichtigung der gesamten objektiven und subjektiven Gegebenheiten des Einzelfalls zumutbar sind (BGE 113 V 22 E. 4a). Nach der Rechtsprechung sind bei Personen, deren Rente revisions- oder wiedererwägungsweise herabgesetzt oder aufgehoben werden soll, nach mindestens 15 Jahren Bezugsdauer oder wenn sie das 55. Altersjahr zurückgelegt haben, in der Regel vorgängig Massnahmen zur Eingliederung durchzuführen, bis sie in der Lage sind, das medizinisch-theoretisch (wieder) ausgewiesene Leistungspotential mittels Eigenanstrengung auszuschöpfen und erwerblich zu verwerten (BGE 141 V 5 E. 4.1; Urteile des Bundesgerichts vom 16. Oktober 2019, 9C_574/2019, E. 3.1 und vom 22. März 2018, 8C_582/2017, E. 6.3 mit weiteren Hinweisen). Für die Ermittlung, ob die Eckwerte des 55. Altersjahres respektive des 15-jährigen Rentenbezugs vorliegen, ist auf den Zeitpunkt der rentenaufhebenden Verfügung bzw. auf den darin verfüzten Zeitpunkt der Rentenaufhebung abzustellen (BGE 141 V 5 E. 4.2.1). Ausnahmen vom Grundsatz der Unzumutbarkeit einer Selbsteingliederung liegen namentlich vor, wenn die langjährige Absenz vom Arbeitsmarkt auf invaliditätsfremde Gründe zurückzuführen ist, die versicherte Person besonders agil, gewandt und im gesellschaftlichen Leben integriert ist oder über besonders breite Ausbildungen und Berufserfahrungen verfügt. Verlangt sind immer konkrete Anhaltspunkte, die den Schluss zulassen, die versicherte Person könne sich trotz ihres fortgeschrittenen Alters und/oder der langen Rentenbezugsdauer mit entsprechender Absenz vom Arbeitsmarkt ohne Hilfestellungen wieder in das Erwerbsleben integrieren. Die IV-Stelle trägt

die Beweislast dafür, dass entgegen der Regel die versicherte Person in der Lage ist, das medizinisch-theoretisch (wieder) ausgewiesene Leistungspotential auf dem Weg der Selbsteingliederung erwerblich zu verwerten (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 16. Oktober 2019, 9C_574/2019, E. 3.1 mit weiteren Hinweisen). Entzieht oder widersetzt sich die versicherte Person Eingliederungsmassnahmen, können ihr die Leistungen gekürzt oder verweigert werden. Vorausgesetzt ist immerhin, dass die IV-Stelle zuvor ein Mahn- und Bedenkzeitverfahren durchgeführt hat (Art. 21 Abs. 4 ATSG i.V.m. Art. 7b IVG; Urteil des Bundesgerichts vom 30. Oktober 2017, 9C_525/2017, E. 3.5).

9.2 Die IV-Stelle lehnte den Anspruch des Versicherten auf weitere berufliche Massnahmen gestützt auf die interdisziplinäre Beurteilung vom 16. Mai 2019 (act. 197) ab. Zur Begründung führte sie an, der Abbruch des Aufbautrainings im Dezember 2014 sei auf eine starke subjektive Krankheitsüberzeugung und in Folge dessen auf ein selbstlimitierendes Verhalten des Versicherten bzw. auf eine fehlende Mitwirkung zurückzuführen. Mit Blick auf die Ausführungen des Beschwerdeführers im polydisziplinären Gutachten des ABI vom 17. Dezember 2018 habe sich die subjektive Krankheitsüberzeugung bisweilen nicht verändert. Aufgrund dessen seien berufliche Massnahmen nicht zielführend durchführbar.

9.3.1 Diesen Ausführungen kann nicht gefolgt werden. Bei Erlass der rentenaufhebenden Verfügung war der Beschwerdeführer bereits 61 Jahre alt und bezog seit rund zwanzig Jahren eine ganze Invalidenrente. Damit ist ein langjähriger Rentenbezug im Sinne der bundesgerichtlichen Rechtsprechung gegeben, womit entsprechend dem Grundsatz der Unzumutbarkeit einer Selbsteingliederung Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen besteht.

9.3.2 Vorliegend nahm der Versicherte zuletzt vom 2. Juni 2014 bis 1. August 2014 sowie vom 11. September 2014 bis 10. Dezember 2014 an beruflichen Eingliederungsmassnahmen in Form eines Belastbarkeits- und eines Aufbautrainings teil. Es trifft zwar zu, dass das Aufbautraining abgebrochen werden musste, zumal der Versicherte an zahlreichen Tagen der Massnahme fernblieb und aufgrund fehlender Motivation das Leistungsziel nicht erreichen konnte. Jedoch gilt es zu berücksichtigen, dass die erwähnten Eingliederungsmassnahmen im Jahre 2014 durchgeführt wurden und damit bereits geraume Zeit zurückliegen. Sie lassen somit keine aktuelle Einschätzung des Eingliederungspotenzials des Versicherten zu, denn schliesslich haben sich der Gesundheitszustand wie auch die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in den vergangenen Jahren erheblich verbessert. So wurde im Gutachten des BEGAZ vom 19. Dezember 2013 noch eine Arbeitsfähigkeit von 70 % festgestellt. Im darauffolgenden Gutachten des ABI vom 17. Dezember 2018 konnte dagegen eine Arbeitsfähigkeit von 100 % in einer Verweistätigkeit erhoben werden. Damit liegt eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit von rund 30 % seit der Durchführung der letzten Eingliederungsmassnahmen vor, wobei diese auf eine deutliche Besserung des Psychostatus des Versicherten zurückzuführen ist. Daher erscheint es nicht nachvollziehbar, wenn auf das Resultat der zuvor erwähnten beruflichen Massnahmen abgestellt wird, da eine Änderung in der

Motivationslage aufgrund der gesundheitlichen Besserung nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden kann. Es mag zwar zutreffen, dass sich der Versicherte im Rahmen der Begutachtung durch das ABI im Dezember 2018 dahingehend geäußert hat, als dass eine Arbeitstätigkeit aufgrund seines Gesundheitszustandes nicht zumutbar sei. Diese Äusserung alleine erweist sich jedoch als nicht geeignet, um auf eine seit 2014 unveränderte Situation zu schliessen. Folglich sind durch die Beschwerdegegnerin erneut Massnahmen zur beruflichen Wiedereingliederung durchzuführen. Anschliessend ist gestützt darauf eine aktuelle Einschätzung der Eingliederungsfähigkeit des Versicherten vorzunehmen.

9.4 Es resultiert demnach, dass die IV-Stelle zur Beurteilung der Eingliederungsfähigkeit des Versicherten nicht auf die Resultate der beruflichen Massnahme aus dem Jahre 2014 hätte abstellen dürfen. Um eine aktuelle Einschätzung des Eingliederungspotenzials vornehmen zu können, sind vor der Aufhebung des Rentenanspruchs erneut Massnahmen zur beruflichen Wiedereingliederung des Beschwerdeführers durchzuführen.

10. Zusammenfassend ergibt sich, dass sowohl das bidisziplinäre Gutachten des BEGAZ vom 19. Dezember 2013 als auch das polydisziplinäre Gutachten des ABI vom 17. Dezember 2016 beweiskräftig sind, weshalb die IV-Stelle zu Recht auf diese abgestellt hat. Aufgrund der Aktenlage ist eine wesentliche Verbesserung des Gesundheitszustandes seit der Rentenzusprache im April 2001 ausgewiesen. Damit sind die Voraussetzungen für eine Rentenrevision gegeben. Aufgrund des langjährigen Rentenbezugs des Beschwerdeführers sind vor Aufhebung der Invalidenrente erneut Massnahmen zur beruflichen Wiedereingliederung durchzuführen. Die Beschwerde ist in diesem Sinne gutzuheissen.

11.1 Abschliessend bleibt über die Kosten zu befinden. 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. Gemäss § 20 Abs. 3 VPO sind die ordentlichen Kosten auch den unterliegenden Vorinstanzen zu auferlegen. Vorliegend ist die IV-Stelle unterliegende Partei. Die ordentlichen Kosten von Fr. 800.-- werden somit ihr auferlegt.

11.2 Gemäss § 21 Abs. 1 VPO steht dem obsiegenden Beschwerdeführer eine Parteientschädigung zu. Der Honorarnote vom 17. Februar 2020 zufolge beläuft sich der geltend gemachte Aufwand für das vorliegende Beschwerdeverfahren auf insgesamt 12 Stunden und 55 Minuten. Dieser Aufwand erweist sich angesichts der sich stellenden Sachverhalts- und Rechtsfragen als angemessen und ist zu einem Stundenansatz von Fr. 250.-- zu entschädigen. Ebenfalls nicht zu beanstanden sind die geltend gemachten Auslagen im Umfang von Fr. 134.90. Demzufolge ist eine Parteientschädigung zulasten der Beschwerdegegnerin in der Höhe von Fr. 3'623.10

(12 Stunden und 55 Minuten à Fr. 250.-- + Auslagen in der Höhe von Fr. 134.90 zuzüglich 7,7 % Mehrwertsteuer) auszurichten.

Demgemäss wird **e r k a n n t** :

- ://:
1. In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung vom 4. Oktober 2019 aufgehoben und die Beschwerdegegnerin verpflichtet vor Aufhebung des Rentenanspruchs Massnahmen zur beruflichen Wiedereingliederung des Beschwerdeführers durchzuführen.
 2. Die Verfahrenskosten in der Höhe von Fr. 800.-- werden der IV-Stelle Basel-Landschaft auferlegt.
 3. Die IV-Stelle Basel-Landschaft hat der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 3'623.10 (inkl. Auslagen und 7,7 % Mehrwertsteuer) zu bezahlen.