



Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 14. August 2014 (720 14 157)

Invalidenversicherung

Aufhebung der Invalidenrente; Anwendung von lit. a Abs. 1 der Schlussbestimmungen zur 6. IV-Revision

Besetzung Vizepräsident Christof Enderle, Kantonsrichter Beat Hersberger,
Kantonsrichter Daniel Noll, Gerichtsschreiberin Gisela Wartenweiler

Parteien A.____, Beschwerdeführer, vertreten durch Markus Schmid, Rechts-
anwalt, Lange Gasse 90, 4052 Basel

gegen

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

Betreff IV-Rente

A. Der 1967 geborene A.____ war vom 1. Juli 1999 bis 31. März 2002 als Betriebsarbeiter bei der B.____ in X.____ tätig gewesen. Am 24. Juni 2002 meldete er sich unter Hinweis auf Schulter- und Armschmerzen, eine Dekompression des Nervus ulnaris und einen Verdacht auf eine Mononeuritis multiplex, eine Meralgia paraesthetica (= Nervenkompressionssyndrom des Nervus cutaneus femoris lateralis im Bereich des Leistenbands) sowie Morbus Crohn bei der

Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Bezug von Leistungen an. Nach Abklärung der gesundheitlichen und der erwerblichen Verhältnisse sprach die IV-Stelle Basel-Landschaft dem Versicherten gestützt auf einen Invaliditätsgrad von 100 % mit Verfügung vom 22. Juni 2004 eine ganze Invalidenrente zu. In den Jahren 2005 und 2008 wurden Revisionen durchgeführt. Diese Verfahren endeten jeweils mit der Mitteilung an A.____, dass keine rentenbeeinflussende Änderung des Invaliditätsgrades festgestellt worden sei (vgl. Mitteilungen vom 5. August 2005 und 22. August 2008). Im August 2011 leitete die IV-Stelle gestützt auf lit. a Abs. 1 der Schlussbestimmungen zur 6. IV-Revision erneut eine Überprüfung des laufenden Rentenanspruchs ein. Aufgrund ihrer Abklärungen gelangte die IV-Stelle zur Auffassung, dass die gesundheitlichen Beeinträchtigungen des Versicherten aus objektiver Sicht überwindbar seien, weshalb keine Erwerbsunfähigkeit nach Art. 7 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000 vorliege. Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren hob die IV-Stelle die laufende ganze Invalidenrente mit Verfügung vom 29. April 2014 auf das Ende des der Zustellung der Verfügung folgenden Monats auf.

B. Gegen diese Verfügung erhob A.____, vertreten durch Advokat Markus Schmid, am 27. Mai 2014 Beschwerde ans Kantonsgericht, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht). Darin beantragte er, es sei die angefochtene Verfügung der IV-Stelle vom 29. April 2014 aufzuheben und es sei die IV-Stelle zur verurteilen, an den Beschwerdeführer weiterhin eine ganze Invalidenrente auszurichten. Eventualiter sei durch das Gericht ein polydisziplinäres Gutachten zur Ermittlung des rechtserheblichen medizinischen Sachverhalts einzuholen; unter o/e-Kostenfolge. In der Begründung rügte der Versicherte die Anwendung der Schlussbestimmungen zur 6. IV-Revision und beanstandete die Beweiskraft des Gutachtens der C.____ vom 26. November 2012.

C. In ihrer Vernehmlassung vom 20. Juni 2014 beantragte die IV-Stelle die Abweisung der Beschwerde.

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 - im Übrigen frist- und formgerecht erhobene - Beschwerde des Versicherten vom 27. Mai 2014 ist demnach einzutreten.

2.1 Die Aufhebung der Invalidenrente erfolgte in Anwendung von lit. a Abs. 1 der am 1. Januar 2012 in Kraft getretenen Schlussbestimmungen der Änderung des IVG vom 18. März 2011 (6. IV-Revision, erstes Massnahmenpaket [AS 2011 5659; BBl 2011 2723 und 2010

1817]; nachfolgend: Schlussbestimmung). Danach 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 gegeben sind. Diese Bestimmung wurde höchstrichterlich als verfassungs- und EMRK-konform beurteilt (BGE 139 V 547). Sie findet laut lit. a Abs. 4 der Schlussbestimmung 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. Zweck der Schlussbestimmung ist es, Bezüger laufender Renten, welche aufgrund unklarer Beschwerden zugesprochen wurden, gleich zu behandeln wie versicherte Personen, welche neu eine Rente beantragen. Mit Blick auf diese Zielsetzung kommt es nicht auf eine präzise Diagnose, sondern auf die Natur des Gesundheitsschadens an (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 10. Juli 2014, 9C_384/2014, E. 3.2).

2.2 Vorliegend stützte sich die IV-Stelle bei der Aufhebung der ganzen Invalidenrente auf das Gutachten der C.____ vom 26. November 2012 und das Ergänzungsgutachten vom 21. Februar 2013. Dabei ist unter den Parteien unbestritten, dass sich der Gesundheitszustand des Versicherten seit der Rentenzusprechung im Jahr 2004 nicht in revisionsrechtlich erheblicher Weise veränderte. So sind sie übereinstimmend der Auffassung, dass die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit durch die Gutachter der C.____ lediglich eine andere Beurteilung des gleich gebliebenen medizinischen Sachverhalts sei, was jedoch unter der Revisionsbestimmung gemäss Art. 17 Abs. 1 ATSG unbeachtlich ist. Strittig ist jedoch, ob die gesundheitlichen Beeinträchtigungen des Versicherten von lit. a der Schlussbestimmung erfasst sind und damit eine voraussetzungslose (namentlich nicht von einer massgebenden Veränderung im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG abhängige) Neubeurteilung des Rentenanspruchs erfolgen durfte.

2.3.1 Die Zusprechung der ganzen Rente (Verfügung vom 22. Juni 2004) beruht im Wesentlichen auf der Grundlage der Berichte der D.____ vom 11. April 2002 und 21. Februar 2003, von Dr. med. E.____, FMH Gastroenterologie und Allgemeine Innere Medizin, F.____, vom 6. Oktober 2003, der G.____ vom 8. Dezember 2003 sowie der psychiatrischen Gutachten von Dr. med. H.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, vom 27. August 2003 und von Dr. med. I.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, vom 10. März 2004 (Eingang).

2.3.2 Im Bericht der D.____ vom 11. April 2002 wurden als Diagnosen ein Schmerzsyndrom und Sensibilitätsstörungen unklarer Ätiologie und als Differentialdiagnose eine Mononeuritis multiplex im Bereich der oberen Extremitäten, eine Meralgia paraesthetica rechts autoimmune Genese sowie eine chronisch-entzündliche Darmerkrankung festgehalten. Am 21. Februar 2003 diagnostizierten die behandelnden Ärzte der D.____ ein chronisches Schmerzsyndrom mit lokalisationswechselnden Schmerzen und Sensibilitätsstörungen an den Extremitäten bei leichtgradiger asymmetrischer demyelinisierender Polyneuropathie unklarer Ätiologie, einen Verdacht auf eine somatoforme Schmerzstörung bzw. ein depressives Syndrom sowie eine Hämochromatose. Diese Beeinträchtigungen hätten zu einer vollen Arbeitsunfähigkeit ab 5. Juni 2001 geführt. Die am 28. August 2002 durchgeführte Neuromyographie habe eine leichtgradige, beinbetonte,

demyelinisierende, sensomotorische Polyneuropathie ergeben, welche aber das Ausmass der Schmerzen und der Dysästhesien nicht erklären könne. Es bestehe daher ein Verdacht auf eine depressive Störung und/oder somatoforme Schmerzstörung. Das chronische, bis jetzt therapie-refraktäre Schmerzsyndrom führe zu einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit. Zur Erfassung der funktionellen Leistungsfähigkeit werde eine stationäre Rehabilitation empfohlen.

2.3.3 Aus gastroenterologischer Sicht konnte Dr. E.____ am 6. Oktober 2003 keine Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit stellen. Der Versicherte leide an einer Hepatopathie unklarer Ätiologie mit einer sekundären Eisenspeicherung (Hämochromatose). Die vom Versicherten geklagten Sensibilitätsstörungen und Schmerzen ständen mit der Lebererkrankung in keinem Zusammenhang.

2.3.4 Gemäss Bericht der G.____ vom 8. Dezember 2003 leide der Versicherte an einem chronischen multilokulären Schmerzsyndrom, an einer leichten asymmetrischen demyelinisierenden Polyneuropathie, an chronisch-rezidivierenden gastrointestinalen Beschwerden unklarer Genese, an einem Status nach zweimaliger Nervendekompression und an einer anamnestisch Polycythemia vera (= krankheitsbedingte Blutbildungserkrankung). Das ausgeprägte multilokuläre Schmerzsyndrom sei mit der leichten asymmetrischen demyelinisierende Polyneuropathie nicht erklärbar. Es sei deshalb ein psychiatrisches Konsil veranlasst worden.

2.3.5 Im Auftrag der G.____ begutachtete Dr. H.____ den psychischen Gesundheitszustand des Versicherten. In seinem Gutachten vom 27. August 2003 diagnostizierte er eine somatoforme Schmerzstörung "mit Anteilen einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren" sowie einen Verdacht auf eine nicht näher bezeichnete Persönlichkeitsstörung mit Zeichen einer narzisstischen Problematik sowie einer starken Tendenz zur Somatisierung. Die Schmerzen des Versicherten beständen seit vielen Jahren und hingen mit der Polyneuropathie zusammen. Diese Erkrankung könne aber die Schmerzproblematik nicht vollständig erklären. Aufgrund der Lebensgeschichte des Versicherten sei davon auszugehen, dass im Rahmen der familiären Konflikte eine Störung der Persönlichkeitsentwicklung eingetreten sei. Die hauptsächlichen Abwehrmechanismen lägen in der Somatisierung, was die Schmerzproblematik und die Entwicklung eines Colon irritabile zeige. Es handle sich um eine schwerwiegende psychosomatische Erkrankung.

2.3.6 Dr. I.____ hielt in seinem Gutachten vom 10. März 2004 (Eingang bei der IV-Stelle) als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, eine somatoforme autonome Funktionsstörung (Colon irritabile) sowie dissoziative Störungen der Bewegung und der Sinnesempfindung fest. Der Versicherte sei vorwiegend durch eine seit Jahren andauernde Schmerzstörung beeinträchtigt, welche durch organische Ursachen nicht erklärbar sei. Aufgrund seiner extrem traumatisierenden Kindheit und seines Verhaltens (Flucht aus dem Elternhaus in eine Kochlehre als 15-Jähriger, ständiger Jobwechsel, Art der Beziehung zu seiner Freundin und seiner Familie) müsse in erster Linie an eine dissoziative Störung der Bewegung und Sinnesempfindung gedacht werden. Diese Störung habe sich aufgrund von Stresssituationen über Jahre zu einer somatoformen Schmerzstörung entwickelt. Die dissoziativen Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen könnten nicht objektiviert werden, was

von den neurologischen Untersuchungen mehrmals bestätigt worden sei. Die meisten vom Versicherten beschriebenen Krankheiten seien als komorbide Krankheiten bei Status nach traumatisierender Erkrankung anzusehen. Zurzeit bestehe keine Arbeitsfähigkeit. Medizinische Massnahmen seien notwendig; diese würden die Arbeitsfähigkeit aber höchstens mittelfristig verbessern können.

3.1 Anhand dieser medizinischen Berichte ist festzustellen, dass die zum Zeitpunkt der Rentenzusprechung vom 22. Juni 2004 aus psychiatrischer Sicht gestellten Diagnosen einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung, einer somatoformen autonomen Funktionsstörung sowie dissoziativer Störungen der Bewegung und der Sinnesempfindung gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung zu den unklaren Beschwerden ohne nachweisbare organische Grundlage zu zählen sind (vgl. BGE 130 V 352, 396; Urteile des Bundesgerichts vom 9. Februar 2007, I 9/07, E. 4 in fine und vom 30. April 2008, 9C_903/2007, E. 3.4). In neurologischer Hinsicht ist eine leichte demyelinisierende Polyneuropathie aufgrund der Neuromyographie vom 28. August 2002 nachweisbar. Damit liegen einerseits eine organisch objektivierbare Gesundheitsschädigung und andererseits ein sogenanntes diffuses unklares Beschwerdebild im Sinne von lit. a Abs. 1 der Schlussbestimmung vor.

3.2 Der Versicherte ist der Ansicht, dass bei Mitursächlichkeit einer somatischen Erkrankung für die Invalidität die Anwendung der Schlussbestimmung in jedem Fall ausgeschlossen sei. Dieser Auffassung kann nicht gefolgt werden. Im Urteil 9C_384/2014 vom 10. Juli 2014 stellte das Bundesgericht fest, dass die Anwendbarkeit der Schlussbestimmung nicht gehindert würde, wenn die organischen Beeinträchtigungen von ungeordneter Bedeutung seien, auch wenn sie nebst dem unklaren Beschwerdebild zu einer Leistungseinschränkung beigetragen hätten. Gemäss den zum Zeitpunkt der Rentenzusprechung vorgelegenen medizinischen Akten spielte die leichte Polyneuropathie keine bedeutende Rolle für die Verminderung des Leistungsvermögens des Versicherten. So wiesen bereits die neurologischen Fachärzte der D.____ darauf hin, dass trotz umfangreicher laborchemischer Abklärungen keine somatische Ursache für die Schmerzen und der Dysästhesien habe gefunden werden können. Die leichtgradige Polyneuropathie könne die Schmerzproblematik nicht alleine erklären, weshalb sie eine psychiatrische Begutachtung empfehlen würden (vgl. Bericht der D.____). Damit brachten sie zum Ausdruck, dass sich eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus somatischer Sicht kaum begründen liess, sondern auf der psychiatrischen Ebene zu suchen war. Gleichermassen erwähnten die behandelnden Ärzte der G.____ die leichte Polyneuropathie nur am Rande und veranlassten aufgrund des nicht erklärbaren Schmerzsyndroms ein psychiatrisches Konsil durch Dr. H.____ (vgl. Bericht der G.____ vom 8. Dezember 2003). Dieser beurteilte das Krankheitsbild des Versicherten im Rahmen einer somatoformen Schmerzstörung als eine schwerwiegende psychosomatische Erkrankung. Aufgrund dieser Beurteilungen ist zu schliessen, dass die Schmerzsymptomatik des Versicherten damals vorwiegend psychosomatisch begründet war. Die Polyneuropathie als körperlicher Befund trug daher - wenn überhaupt - nur marginal zur damals angenommenen vollständigen Leistungseinschränkung bei. Somit fällt die Angelegenheit in den Geltungsbereich der Schlussbestimmung.

3.3 Zu prüfen bleibt, wie es sich unter Berücksichtigung der Rechtsprechung verhält, wonach die Schlussbestimmung nicht anwendbar ist, wenn die spezifische Rechtsprechung zu den unklaren Beschwerdebildern bei der Rentenzusprechung bereits beachtet wurde (BGE 140 V 8). Aus den Akten ergeben sich keine Hinweise, dass die IV-Stelle die mit BGE 130 V 352 eingeleitete Rechtsprechung zu pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebildern ohne nachweisbare organische Grundlage berücksichtigte. Es ist zudem davon auszugehen, dass der BGE 130 V 352 (Urteil vom 12. März 2004) bei Erlass der Verfügung vom 22. Juni 2004 noch nicht in der Amtlichen Sammlung des Bundesgerichts veröffentlicht war und die IV-Stelle deshalb keine Kenntnis von der Rechtsprechung betreffend die somatoforme Schmerzstörung hatte. Demnach ist das in BGE 140 V 8 formulierte Erfordernis für die Nichtanwendbarkeit der Schlussbestimmung nicht erfüllt. Die IV-Stelle hat somit zu Recht den Rentenanspruch des Versicherten unter diesem Rechtstitel geprüft.

4.1 Die IV-Stelle hob die bisherige ganze Invalidenrente des Versicherten auf, weil gestützt auf das Gutachten der C._____ vom 26. November 2012 und das Ergänzungsgutachten vom 21. Juli 2013 keine Erwerbsunfähigkeit nach Art. 7 ATSG mehr vorliege. Der Versicherte ist der Ansicht, dass der Beurteilung der Gutachter der C._____ keine Beweiskraft zukomme. Es ist somit zu prüfen, ob die IV-Stelle bei der Rentenaufhebung zu Recht auf das Gutachten der C._____ vom 26. November 2012 und das Ergänzungsgutachten vom 21. Februar 2013 abstellte.

4.2.1 Die Gutachter der C._____ kamen am 26. November 2012 nach umfassenden Untersuchungen zum Schluss, dass keine Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden könne. Das chronische Schmerzsyndrom, die dissoziativen Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen, die rezidivierenden abdominellen Beschwerden, die Migräne ohne Aura und die Autoimmunthyreoiditis beeinflussten die Arbeitsfähigkeit nicht. Die Schmerzen und die Sensibilitätsstörungen im Bereich der Arme und der Oberschenkel könnten keiner somatischen Ätiologie zugeordnet werden. Aufgrund der klinischen und elektrophysiologischen Befunde seien eine Polyneuropathie, ein Sulcus ulnaris-Syndrom, eine Myositis oder eine Myopathie als Ursache der Beschwerden auszuschliessen. Aus gastroenterologischer Sicht ergäben sich ebenfalls keine relevanten Befunde. In orthopädischer Hinsicht sei der Versicherte allenfalls in der Belastbarkeit der Arme in Bezug auf Lastenheben und Überkopfarbeiten beeinträchtigt. Dieses Handicap beruhe jedoch auf subjektiven Angaben und sei objektiv nicht begründet. Die aufgrund der Laborergebnisse zu diagnostizierende Autoimmunthyreoiditis werde aus internistischer Sicht als subklinische Hypothyreose gewertet, welche aber für das Ausmass der Beschwerden nicht verantwortlich sei. Zudem lasse sich durch eine entsprechende medikamentöse Therapie die Stoffwechsellage korrigieren. Es liege auch keine psychische Erkrankung von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer vor.

4.2.2 Im psychiatrischen Teilgutachten vom 28. Juni 2012 hielt Dr. med. J._____, FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, fest, dass der Versicherte psychopathologisch unauffällig sei. Unter Berücksichtigung der anamnestischen Angaben, dem Verlauf des Leidens des Versicherten, anhand der Daten, dem aktuellen klinischen Befund sowie dem Ergebnis der polydisziplinären Besprechungen sei davon auszugehen, dass der Versicherte an dissoziativen Sensibilitäts-

und Empfindungsstörungen leide. Die geltend gemachten Beschwerden würden sich aus der Vorstellung des Versicherten ergeben, dass er eine "Polyneuropathie mache". Es handle sich dabei um Konversionssymptome, die willkürliche motorische und sensorische Funktionen betreffen und als "pseudoneurologisch" im Sinne einer Konversionsstörung bezeichnet würden. Aufgrund der jetzigen Untersuchungen könne eine neurologische oder andere somatische Ursache der Beschwerden ausgeschlossen werden. Die Parästhesien in beiden Armen und Beinen seien deshalb als dissoziative Sensibilitätsstörungen einzustufen. Damit verbunden seien die Empfindungsstörungen. Der Versicherte habe seine traumatisierende Kindheit verdrängt und in körperliche Symptome umgewandelt. Mit der Zeit habe sich eine dissoziative Störung entwickelt, die einer Konversionsneurose entspreche. Bei der vorliegenden Dissoziation, welche als ein psychophysiologischer Prozess zu verstehen sei, sei zu erwähnen, dass ein teilweiser Verlust der normalen Integration von Erinnerungen an die Vergangenheit bestehe. Von dissoziativen Störungen werde angenommen, dass die Fähigkeit zu bewusster und selektiver Kontrolle in einem Ausmass gestört sei, dass sie von Tag zu Tag, von Stunde zu Stunde wechseln könne. Sie könne plötzlich oder schleichend auftreten und vorübergehend oder chronisch - wie hier - verlaufen. Es lasse sich nur sehr schwer feststellen, ob und in welchem Umfang dieser Funktionsverlust willkürlich kontrolliert werden könne. Es sei jedoch zu berücksichtigen, dass der Versicherte über Ressourcen verfüge. Denn er sei in der Lage, den Haushalt zu führen und als Praktikant in einem Motorradgeschäft zu arbeiten. Differentialdiagnostisch sei nach wie vor eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung in Erwägung zu ziehen. Dabei sei zu beachten, dass Konversionsstörungen, dissoziative Störungen und Somatisierungsstörungen einige gemeinsame Merkmale aufwiesen. Die empfundenen Schmerzen, welche in Verbindung mit emotionalen Konflikten aufträten, könnten durch einen physiologischen Prozess oder eine körperliche Störung nicht vollständig erklärt werden. Allerdings seien die Schmerzen nicht quälend oder andauernd stark vorhanden. Der Versicherte könne nie sagen, ob er einen guten oder einen schlechten Tag habe, weshalb eher von einer dissoziativen Störung auszugehen sei. Für eine solche Störung spreche auch das Vorliegen einer "la belle indifférence", d.h. eines relativen Mangels an Betroffenheit gegenüber Art und Bedeutung der Symptome. Aufgrund der dissoziativen Störung bleibe aus rein medizinischer Sicht unklar, ob der Versicherte in der Lage sei, durch eigene Willensanstrengung die geltend gemachten Beschwerden adäquat zu verarbeiten. Es liege jedoch keine psychiatrisch ausgewiesene Komorbidität von erheblicher Schwere, Intensität, Ausprägung und Dauer vor. Die weiteren Foerster-Kriterien seien auch nicht erfüllt. Aus psychiatrischer Sicht sei es dem Versicherten deshalb möglich, die zuletzt ausgeübte Tätigkeit oder eine leidensangepasste Verweistätigkeit vollzeitlich auszuüben.

4.3 Die zuständige RAD-Ärztin stellte nach Durchsicht des Gutachtens der C.____ einen Widerspruch in den Aussagen des Psychiaters fest. Unter Punkt 5.4.5 werde aufgeführt, dass es aufgrund der dissoziativen Störung unklar bleibe, ob der Versicherte in der Lage sei, durch eigene Willensanstrengung die geltend gemachten Beschwerden adäquat zu verarbeiten. In Punkt. 5.6.1 halte er dagegen deutlich fest, dass die Foerster-Kriterien nicht erfüllt seien. Aus diesem Grund bat die IV-Stelle das Expertenteam um eine entsprechende Stellungnahme. Im Ergänzungsgutachten vom 21. Februar 2013 führten die Gutachter der C.____ aus, dass der Versicherte diagnostisch an dissoziative Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen leide, die in klinisch psychiatrischer Hinsicht Krankheitswert hätten und behandlungsbedürftig seien. Auf-

grund dieser Beeinträchtigung sei die Fähigkeit zur bewussten und selektiven Kontrolle gestört. Es lasse sich aber kaum feststellen, ob und in welchem Umfang der Versicherte diese eingeschränkte Kontrollfähigkeit bewusst kontrollieren könne. Es sei daher "klinisch psychiatrisch unklar", ob es dem Versicherten möglich sei, durch eigene Willensanstrengung die geklagten Beschwerden adäquat zu verarbeiten. Bei dieser Aussage handle es sich um eine medizinische Einschätzung. Wenn es aber rein um die Beurteilung der Foerster-Kriterien im Sinne der Rechtsprechung gehe, so sei festzustellen, dass diese nicht erfüllt seien. Der Begriff der zumutbaren Willensanstrengung aus medizinischer Sicht weiche somit von demjenigen aus juristischer Sicht ab. Zu den einzelnen Kriterien führten die Gutachter Folgendes aus: Die dissoziative Sensibilitäts- und Empfindungsstörung stelle ein syndromales Leiden dar, das sich einem nachweisbaren Korrelat entziehe. Das Vorliegen einer mitwirkenden, psychisch ausgewiesenen Komorbidität von erheblicher Schwere, Intensität, Ausprägung und Dauer müsse somit verneint werden. Aufgrund der vorgenommenen gründlichen Untersuchungen könne eine neurologische oder sonstige somatische Ursache der Beschwerden ausgeschlossen werden; damit liege keine chronische körperliche Begleiterkrankung vor. Ein sozialer Rückzug bestehe nicht. Denn der Versicherte führe ein befriedigendes Leben mit seiner Lebenspartnerin, erledige stundenweise Büroarbeiten in einem Motorradgeschäft, verbringe seine Freizeit und seine Ferien mit seiner Lebenspartnerin oder Freunden. Die traumatisierenden Kindheitserinnerungen dürften wohl ätiologisch-pathogenetisch mit den dissoziativen Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen im Zusammenhang stehen, d.h. der innerseelische Verlauf sei therapeutisch angebar. Eine psychiatrische Behandlung sei indiziert und könne eine Veränderung des psychopathologischen Zustandes bewirken.

5.1 Gestützt auf diese Beurteilung ging die IV-Stelle davon aus, dass dem Versicherten heute keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit mehr attestiert werden könne. Diese vorinstanzliche Beweiswürdigung ist nicht zu beanstanden. Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärztinnen und -ärzte, die 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 Expertisen sprechen (BGE 125 V 353 E. 3b/bb) mit weiteren Hinweisen). Solche Indizien liegen hier keine vor. Das Gutachten der C.____ vom 26. November 2012 samt Ergänzungsgutachten vom 21. Februar 2013 weist weder formale noch inhaltliche Mängel auf, es ist - wie dies vom Bundesgericht verlangt wird - für die streitigen Belange umfassend, es beruht auf allseitigen Untersuchungen, es berücksichtigt die geklagten Beschwerden, es ist in Kenntnis der Vorakten abgegeben worden, es leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge bzw. der Beurteilung der medizinischen Situation ein, es setzt sich mit den vorhandenen abweichenden ärztlichen Einschätzungen auseinander und es ist in den Schlussfolgerungen überzeugend.

5.2 Der Versicherte macht geltend, dass auf das Gutachten der C.____ vom 26. November 2012 nicht abgestellt werden könne, weil die neurologische Begutachtung unvollständig sei und es an nachvollziehbaren Schlussfolgerungen fehle. Zudem sei nicht Stellung zu den im Zeitpunkt der Rentenzusprechung vorgenommenen neurologischen Beurteilungen und Diagnosen

genommen worden. Entgegen der Ansicht des Versicherten nahmen Dr. med. K.____, FMH Neurologie, Oberarzt für Neurologie des L.____, und med. prakt. M.____, Assistenzärztin für Neurologie des L.____, am 25. Juni 2012 eine umfassende Untersuchung des Versicherten vor und hielten die neurologischen Befunde auf Seite 14 f. des Gutachtens und ihren Berichten vom 2. Juli 2012 fest. Aus Ziffer 7.2.3 der polydisziplinären versicherungsmedizinischen Beurteilung geht eine ausführliche, fachspezifische Einschätzung des Gesundheitszustandes des Versicherten aus neurologischer Sicht hervor. Dass diese nicht im fachlichen Teilgutachten integriert ist, ändert nichts an deren Beweiskraft; zumal sie sorgfältig verfasst wurde und schlüssig ist. Zudem ist aus den Berichten vom 2. Juli 2012 ersichtlich, dass sich die beiden neurologischen Fachpersonen mit den im Zeitpunkt der Rentenzusprechung gestellten Diagnosen auseinandergesetzt hatten. So wurde der Versicherte auf Polyneuropathie, Sulcus ulnaris Syndrom rechts sowie Myopathie untersucht. Es konnten jedoch keine relevanten Befunde erhoben werden. Desgleichen seien die sematosensibel evozierten Potenziale von der Oberschenkelinnenseite beidseits unauffällig. Die entsprechende Beurteilung dieser elektroneurographischen und elektromyographischen Untersuchungsbefunde wurde wiederum in Ziffer 7.2.3 des Gutachtens vorgenommen. Dort wurde nachvollziehbar begründet, dass mangels Nachweises eines objektiven Befundes an den bisherigen gestellten somatischen Diagnosen nicht mehr festgehalten werden könne.

5.3.1 Weiter führt der Versicherte an, dass das psychiatrische Teilgutachten nicht einleuchtend und teils widersprüchlich sei. Entgegen der Ansicht der Gutachter seien die Foerster-Kriterien erfüllt. Zudem sei gemäss den gutachterlichen Ausführungen eine allfällige Überwindbarkeit der Schmerzen bzw. eine Arbeitsfähigkeit nur gegeben, wenn eine therapeutische oder stationäre psychiatrische Behandlung stattgefunden habe, was hier aber nicht Fall sei. Unter den Parteien ist unbestritten, dass die zu den somatoformen Schmerzstörungen entwickelten Grundsätze rechtsprechungsgemäss analog auf dissoziative Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen anwendbar sind (vgl. auch Urteil des Bundesgerichts vom 9. Februar 2007, I 9/07, E. 4 in fine; BGE 134 V 64). Damit begründen die dissoziativen Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen alleine noch keine Invalidität. Vielmehr besteht eine Vermutung, dass dissoziative Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen oder ihre Folgen mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar sind. Anhand der sogenannten Foerster-Kriterien ist zu prüfen, ob ein Ausnahmefall vorliegt (vgl. zu den einzelnen Foerster-Kriterien: BGE 136 V 279 E. 3.2.1 S. 281 f., 132 V 65 E. 4.2 S. 70, 131 V 49, 130 V 352; SVR 2008 IV Nr. 62 S. 204, 135 V 201 E. 7.1.2 und 7.1.3 S. 212 f. sowie 215 E. 6.1.2 und 6.1.3 S. 226 f.; ULRICH MEYER-BLASER, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, in: Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, Schaffhauser/Schlauri [Hrsg.], 2003, S. 27 ff., 77).

5.3.2 Vorliegend verneinte die IV-Stelle insgesamt die Foerster-Kriterien, welche die Schmerzbewältigung durch den Versicherten intensiv und konstant behindern und den Wiedereinstieg in den Arbeitsprozess unzumutbar machen. Dieses Vorgehen ist nicht zu beanstanden. Dem Vorbringen des Versicherten, wonach die Gutachter der C.____ die Foerster-Kriterien nicht detailliert geprüft hätten, kann nicht gefolgt werden. In ihrem Ergänzungsgutachten vom 21. Februar 2013 begründeten sie in rechtsgenügender Weise, weshalb sie es dem Versicherten zumuteten, seine Schmerzen zu überwinden. Dazu kommt, dass die IV-Stelle die Beurtei-

lung der Foerster-Kriterien durch ihren RAD fachärztlich nachprüfen liess. Die Psychiaterin Dr. med. N.____, Fachärztin für Psychiatrie und Neurologie, setzte sich in ihrem Bericht vom 3. Februar 2014 ausführlich und sorgfältig mit den Ausführungen der Gutachter der C.____ zu den einzelnen Kriterien auseinander und kam im Wesentlichen zu den gleichen Schlussfolgerungen. Aufgrund ihren Ausführungen ist eine relevante psychische Komorbidität zu verneinen; dies bestreitet der Versicherte auch nicht. Entgegen der Ansicht des Versicherten liegt keine chronische körperliche Begleiterkrankung vor. Da die einst diagnostizierte Polyneuropathie nicht mehr objektiviert werden kann, ist von ihrem Nichtbestehen auszugehen. Ein gewisser sozialer Rückzug liegt wohl vor, aber nicht in allen Lebensbereichen. So übt der Versicherte täglich ausser Hause eine Teilzeitarbeit aus, erledigt Einkäufe, geht einmal wöchentlich mit seiner Lebensgefährtin in den Ausgang und verbringt regelmässig Ferien mit ihr oder Freunden. Das Kriterium des ausgewiesenen sozialen Rückzuges kann unter diesen Umständen nicht als erfüllt betrachtet werden. Sodann sind die Äusserungen von Dr. N.____ zu den übrigen beiden Kriterien "verfestigter, therapeutisch nicht mehr angehbarer innerseelischer Verlauf einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung (primärer Krankheitsgewinn)" sowie "die unbefriedigenden Ergebnisse von konsequent durchgeführten Behandlungen und gescheiterte Rehabilitationsmassnahmen bei vorhandener Motivation und Eigenanstrengung der versicherten Person" einleuchtend. Damit ist davon auszugehen, dass diese Kriterien zwar teilweise erfüllt sind, aber nicht in einem Umfang, welcher die Annahme einer Unzumutbarkeit des Wiedereinstiegs in den Arbeitsprozess rechtfertigt.

5.3.3 Die Vorbringen des Versicherten zu den Kriterien sind nicht stichhaltig. Es ist mit ihm zwar insofern einig zu gehen, dass ein mehrjähriger, chronifizierter Krankheitsverlauf mit unveränderter Symptomatik vorliegt. Dagegen fehlt es an einer konsequent durchgeführten psychotherapeutischen Behandlung. Der Versicherte liess sich im Jahr 2003 auf Empfehlung der D.____ am 23. August 2003 von Dr. H.____ psychiatrisch begutachten. Anfang 2004 begann der Versicherte eine psychotherapeutische Behandlung bei Dr. I.____, welche er jedoch nach kurzer Zeit wieder abbrach. Obwohl Dr. I.____ ihm eine psychiatrische Behandlung dringend empfahl, nahm er keine solche Therapie wahr. Entgegen der Ansicht des Versicherten betrachteten sämtliche behandelnden und begutachtenden Ärzte eine Psychotherapie zur Behandlung der Schmerzsymptomatik trotz Chronifizierung als sinnvoll. Aufgrund der Aussage der Ärzteschaft der G.____ und von Dr. H.____, wonach keine Prognose über das erwerbliche Leistungsvermögen des Versicherten gemacht werden könne (vgl. Bericht der G.____ vom 8. Dezember 2003 und Gutachten von Dr. H.____ vom 27. August 2003), kann nicht abgeleitet werden, dass Zweifel über die Therapierbarkeit der Schmerzsymptomatik beständen. Im Übrigen ging Dr. I.____ davon aus, dass sich die Leistungsfähigkeit des Versicherten mit einer psychotherapeutischen Behandlung mittelfristig verbessern lasse. Unter diesen Umständen lässt sich die Annahme des Versicherten, dass infolge der Chronifizierung keine Indikation für eine psychotherapeutische Behandlung bestehe, nicht rechtfertigen. Damit steht fest, dass die psychotherapeutischen Behandlungsmöglichkeiten nicht ausgeschöpft sind, was dazu führt, dass dieses Kriterium nicht als vollständig erfüllt betrachtet werden kann.

5.3.4 Der Versicherte bringt des Weiteren vor, dass die Gutachter der Ansicht seien, es sei aktuell keine Überwindbarkeit der Schmerzen gegeben. Eine solche würde sich erst nach einer

therapeutischen Behandlung ergeben. Ohne stationäre Therapie sei der Versicherte somit nicht arbeitsfähig. Zudem beständen Zweifel, dass eine Arbeitsfähigkeit mit therapeutischen Mitteln überhaupt erreicht werden könne. Soweit der Versicherte geltend macht, dass ohne psychotherapeutische Behandlung die Schmerzen nicht überwindbar seien bzw. keine Arbeitsfähigkeit gegeben sei, findet dies in der polydisziplinären Gesamtbeurteilung der Gutachter keine Stütze. Die Experten der C._____ führten in ihrem Gutachten unter Ziffer 8.1.1 in Verbindung mit Ziffer 5.6.1 an, dass der Versicherte in seiner zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Pharmakant sowie in einer anderen leidensangepassten Tätigkeit ab Zeitpunkt der Begutachtung voll arbeitsfähig sei. Nach Prüfung der Foerster-Kriterien kamen sie zum Schluss, dass vom Versicherten willensmässig erwartet werden könne, trotz seiner geklagten Schmerzen zu arbeiten. Im Sinne einer Empfehlung erachteten sie - mangels Vorliegen objektivierbarer somatischer Beeinträchtigungen - eine psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung insofern als angebracht, als dadurch eine gewisse Regredienz der subjektiven Beschwerden erreicht werden könne (vgl. Ziffer 8.4). Mit einer psychotherapeutischen Behandlung könne der Versicherte lernen, seine Wahrnehmung bewusst zu verändern. Dies sei auch bei der vorliegenden Chronifizierung der Beschwerden möglich. Damit zeigen die Gutachter auf, dass der Versicherte in der Lage ist, trotz seiner Schmerzen einer Arbeitstätigkeit im Umfang von 100 % nachzugehen. Eine psychotherapeutische Behandlung ist jedoch notwendig, wenn es darum geht, das Ausmass der Schmerzen zu verringern. Es handelt sich somit um eine Behandlung des Leidens an sich, für welche die Invalidenversicherung nicht einzustehen hat. Zwar muss in einem Fall, wenn eine versicherte Person das prinzipiell vorhandene erwerbliche Potential aus Gründen, die mit dem Gesundheitsschaden zusammenhängen, auch bei zumutbarer Willensanstrengung nicht in eigener Verantwortung realisieren kann, geprüft werden, ob es zur Aktivierung der grundsätzlich gegebenen Arbeitsfähigkeit noch der Durchführung von - der Invalidenversicherung obliegenden - Eingliederungsmassnahmen bedarf. Die Invalidenversicherung hat jedoch solche Eingliederungsmassnahmen nur zu berücksichtigen, wenn sie spezifisch und unmittelbar erwerbsorientiert auf die Eingliederung ins Erwerbsleben gerichtet sind (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 11. August 2006, I 601/05, E. 2.2.3). Dies ist hier nicht der Fall.

5.4 In Bezug auf die beanstandete Aktualität des Gutachtens der C._____ ist darauf hinzuweisen, dass auf medizinische Berichte solange abgestellt werden kann, als sie den medizinischen Sachverhalt zuverlässig wiedergeben (BGE 125 V 352 E. 3b). Damit bestimmt sich der Beweiswert eines Gutachtens nicht aufgrund seines Alters, sondern aufgrund seines Inhalts. Aus den Akten ergeben sich keine Hinweise, dass sich der Gesundheitszustand des Versicherten seit der Begutachtung in der C._____ bis zum Verfügungszeitpunkt vor rund zwei Jahren massgeblich verändert hat, weshalb auf den Einwand nicht weiter einzugehen ist.

5.5 Zusammenfassend ist somit festzuhalten, dass die IV-Stelle in der angefochtenen Verfügung zutreffend davon ausgegangen ist, dass der Versicherte in seiner angestammten Tätigkeit sowie in einer leidensangepassten Verweistätigkeit zu 100 % arbeitsfähig ist. Bei Vorliegen einer 100%igen Arbeitsfähigkeit sowohl in der angestammten als auch in einer angepassten Tätigkeit besteht keine Erwerbseinbusse. Die Aufhebung der bisherigen ganzen Invalidenrente ist nicht zu beanstanden. Die Beschwerde ist demgemäss abzuweisen.

6.1 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 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. 600.-- 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 die Verfahrenskosten ihm zu auferlegen sind.

6.2 Die ausserordentlichen Kosten sind dem Prozessausgang entsprechend wettzuschlagen

Demgemäss wird **e r k a n n t** :

- ://:
1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
 2. Die Verfahrenskosten in der Höhe von Fr. 600.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt und mit dem geleisteten Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 600.-- verrechnet.
 3. Die ausserordentlichen Kosten werden wettgeschlagen.