



**Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht**

**vom 16. Januar 2014 (720 13 239 / 09)**

---

**Invalidenversicherung**

**Rentenrevision; Rückweisung an Vorinstanz zur weiteren Abklärung des medizinischen Sachverhalts**

**Besetzung** Vizepräsident Christof Enderle, Kantonsrichter Jgnaz Jermann, Kantonsrichter Markus Mattle, Gerichtsschreiberin Tina Gerber

**Parteien** **A.**\_\_\_\_, Beschwerdeführer, vertreten durch Dr. Matthias Aeberli, Advokat, Freie Strasse 82, Postfach, 4051 Basel

gegen

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

**Betreff** IV-Rente (756.5512.7197.32)

A. Der 1965 geborene A.\_\_\_\_ war zuletzt vom 1. September 1992 bis 30. April 1994 als Carrosserie-Spengler bei der Carrosserie B.\_\_\_\_ tätig. Nachdem er am 27. Januar 1995 in Italien einen Autounfall erlitten hatte, meldete sich der Versicherte am 25. Oktober 1995 unter Hinweis auf Gleichgewichtsstörungen, starken Kopfschmerzen rechts, ausstrahlenden Schulter- und Rückenschmerzen, Ameisenlaufen in allen Extremitäten mit teilweisem Zittern und Gefühlslosigkeit sowie Unwohlgefühl bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Bezug

von Leistungen an. Nach Abklärung der gesundheitlichen und erwerblichen Verhältnisse ermittelte die IV-Stelle Basel-Landschaft (IV-Stelle) bei A.\_\_\_\_ einen Invaliditätsgrad von 68% und sprach ihm gestützt auf dieses Ergebnis mit Verfügung vom 5. August 2002 rückwirkend ab 1. Januar 1996 eine ganze Invalidenrente zu. Im März 2004 leitete die IV-Stelle von Amtes wegen eine Überprüfung des laufenden Rentenanspruchs des Versicherten ein. Mit Verfügung vom 2. Februar 2006 reduzierte sie die Rente ab 1. März 2006 auf eine Dreiviertelsrente. Im Februar 2011 wurde eine weitere Rentenrevision von Amtes wegen eingeleitet. Aufgrund ihrer Abklärungen gelangte die IV-Stelle zur Auffassung, dass sich der Gesundheitszustand von A.\_\_\_\_ verbessert habe. Der neu ermittelte Invaliditätsgrad betrage lediglich noch 11%. Nach Durchführung des Vorbescheidverfahrens hob die IV-Stelle deshalb die laufende Dreiviertelsrente von A.\_\_\_\_ mit Verfügung vom 28. Juni 2013 auf das Ende des der Zustellung folgenden Monats auf.

B. Gegen diese Verfügung erhob A.\_\_\_\_, vertreten durch Dr. Matthias Aeberli, Advokat, am 29. August 2013 Beschwerde beim Kantonsgericht, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht). Darin beantragte er, es sei die angefochtene Verfügung der IV-Stelle vom 28. Juni 2013 vollumfänglich aufzuheben und es sei ihm weiterhin eine Dreiviertelsrente basierend auf einem Invaliditätsgrad von mindestens 60% auszurichten; unter o/e Kostenfolge. Zur Begründung wurde im Wesentlichen ausgeführt, dass auf das im Rahmen der Rentenrevision eingeholte polydisziplinäre Gutachten der C.\_\_\_\_ GmbH (C.\_\_\_\_) nicht abgestellt werden könne, da dieses den unveränderten Gesundheitszustand lediglich anders werte als die früheren Gutachten. Für den Fall, dass eine Restarbeitsfähigkeit angenommen würde, sei der mit 15% zu tiefe leidensbedingte Abzug zu bemängeln. Aufgrund der erheblichen Einschränkungen des Beschwerdeführers sei ein leidensbedingter Abzug von 25% vorzunehmen.

C. In ihrer Vernehmlassung vom 1. November 2013 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde. Das Gutachten der C.\_\_\_\_ entspreche den bundesgerichtlichen Kriterien bezüglich Inhalt und Qualität und belege die festgestellte deutliche Verbesserung des psychischen Gesundheitszustands ausreichend. Die vom Beschwerdeführer und seinem behandelnden Arzt angeführten Diagnosen seien nicht hinreichend abgestützt und genügten nicht, um die fachärztliche Expertise in Zweifel zu ziehen. Schliesslich rechtfertige sich auch der vom Beschwerdeführer verlangte maximale leidensbedingte Abzug nicht. Die Einschränkungen des Beschwerdeführers seien mit dem Abzug im Umfang von 15% ausreichend berücksichtigt.

Das Kantonsgericht zieht **in Erwägung** :

1. Gemäss Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) vom 19. Juni 1959 können Verfügungen der kantonalen IV-Stellen direkt vor dem Versicherungsgericht am Ort der IV-Stelle angefochten werden. Anfechtungsobjekt des vorliegenden Verfahrens bildet eine Verfügung der IV-Stelle Basel-Landschaft, sodass die örtliche Zuständigkeit des Kantonsgerichts Basel-Landschaft zu bejahen ist. Laut § 54 Abs. 1 lit. b des Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 beurteilt das Kantonsgericht als Versicherungsgericht als einzige gerichtliche Instanz des Kantons

Beschwerden gegen Verfügungen der kantonalen IV-Stelle. Es ist somit auch sachlich zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig. Auf die – im Übrigen frist- und formgerecht erhobene – Beschwerde vom 29. August 2013 ist demnach einzutreten.

2. Streitig und zu prüfen ist, ob der Beschwerdeführer über den 31. August 2013 hinaus Anspruch auf eine Rente der IV hat.

3.1 Als Invalidität gilt nach Art. 8 Abs. 1 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 Bereich der Invalidenversicherung 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).

3.2 Die Annahme 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 kein Krankheitswert zukommt. Ein invalidisierender Gesundheitsschaden im Sinne von Art. 8 ATSG in Verbindung mit Art. 4 Abs. 1 IVG setzt in jedem Fall ein medizinisches Substrat voraus, das die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit wesentlich beeinträchtigt. 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 299 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 102 V 165; vgl. auch BGE 127 V 298 E. 4c in fine).

3.3 Nach Art. 28 Abs. 1 IVG (in der bis Ende 2007 gültig gewesenen Fassung) bzw. nach Art. 28 Abs. 2 IVG (in der seit 1. Januar 2008 anwendbaren Fassung) hat die versicherte Person Anspruch auf eine ganze Rente, wenn sie zu mindestens 70%, auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie zu mindestens 60%, auf eine halbe Rente, wenn sie zu mindestens 50% und auf eine Viertelsrente, wenn sie zu mindestens 40% invalid ist.

3.4 Für die Bemessung der Invalidität von erwerbstätigen Versicherten ist Art. 16 ATSG anwendbar (Art. 28a Abs. 1 IVG). Danach ist der Invaliditätsgrad aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Ein-

gliederungsmassnahmen 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 (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 128 V 30 E. 1, 104 V 136 E. 2a und b).

4.1 Nach Art. 17 Abs. 1 ATSG sind laufende IV-Renten für die Zukunft zu erhöhen, herabzusetzen oder aufzuheben, wenn sich der Invaliditätsgrad in einer für den Anspruch erheblichen Weise ändert. Anlass zur 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 unter anderem revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen (oder die Auswirkungen in Bezug auf die Betätigung im üblichen Aufgabenbereich) des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben (BGE 130 V 349 E. 3.5 mit Hinweisen; vgl. auch: BGE 117 V 199 E. 3b mit weiteren Hinweisen; RUDOLF RÜEDI, Die Verfügungsanpassung als verfahrensrechtliche Grundfigur namentlich von Invalidenrentenrevisionen, in: Schaffhauser/Schlauri [Hrsg.], Die Revision von Dauerleistungen in der Sozialversicherung, St. Gallen 1999, S. 16 f.).

4.2 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 beruht (BGE 133 V 114 E. 5.4; vgl. auch BGE 130 V 7 ff. E. 3.2.3). Vorliegend sprach die IV-Stelle dem Beschwerdeführer mit Verfügung vom 5. August 2002 gestützt auf einen IV-Grad von 68% rückwirkend ab 1. Januar 1996 eine ganze Rente zu. Mit Verfügung vom 2. Februar 2006 reduzierte sie diese Rente ab 1. März 2006 auf eine Dreiviertelsrente, wobei die Reduktion – bei in medizinischer und erwerblicher Hinsicht weitgehend unverändertem Sacherhalt und bei gleichbleibendem Invaliditätsgrad – ausschliesslich wegen der im Rahmen der 4. IVG-Revision eingeführten neuen Rentenabstufung (vgl. Art. 28 Abs. 1 IVG [in der zwischen 1. Januar 2004 bis 31. Dezember 2007 gültig gewesenen Fassung]) erfolgte. Nachdem sie im Februar 2011 von Amtes wegen eine Überprüfung des Rentenanspruchs des Versicherten eingeleitet und die erforderlichen Abklärungen vorgenommen hatte, hob die IV-Stelle die laufende Dreiviertelsrente mit Verfügung vom 28. Juni 2013 auf das Ende des der Zustellung der Verfügung folgenden Monats auf. Somit beurteilt sich die Frage, ob eine Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen eingetreten ist, die eine revisionsweise Aufhebung der bis anhin ausgerichteten Rente rechtfertigt, durch Vergleich des Sachverhalts, wie er im Zeitpunkt der ursprünglichen (auf einer vollständigen materiellen Anspruchsprüfung beruhenden) Rentenverfügung vom 5. August 2002 bestanden hat, mit demjenigen im Zeitpunkt der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 28. Juni 2013.

5. Im Folgenden ist demnach zunächst zu prüfen, ob sich der Gesundheitszustand und – damit einhergehend – der Grad der Arbeitsfähigkeit des Versicherten tatsächlich, wie von der Beschwerdegegnerin geltend gemacht, seit der Rentenzusprache in anspruchserheblicher Weise verbessert hat.

6.1 Bei der Feststellung des Gesundheitszustandes und insbesondere auch bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der versicherten Person ist die Verwaltung – und im Beschwerdefall das Gericht – auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der Person noch zugemutet werden können (BGE 132 V 99 E. 4 f. mit weiteren Hinweisen).

6.2 Das Gericht hat die medizinischen Unterlagen nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (vgl. Art. 61 lit. c ATSG) – wie alle anderen Beweismittel – frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist demnach entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten begründet sind (BGE 134 V 232 E. 5.1; 125 V 352 E. 3a, 122 V 160 E. 1c).

6.3 Dennoch erachtet es die Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (vgl. die ausführlichen Zusammenstellungen dieser Richtlinien in BGE 125 V 352 ff. E. 3b und in AHI-Praxis 2001 S. 114 E. 3b, jeweils mit weiteren Hinweisen). So ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärztinnen und -ärzte, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 353 E. 3b/bb mit weiteren Hinweisen).

6.4 Im Urteil vom 29. August 2011 (9C\_418/2010) hat das Bundesgericht ergänzend zusätzliche Besonderheiten festgehalten, die es in Revisionsfällen (im Sinne des Art. 17 ATSG) bei der Erhebung und Würdigung des medizinischen Sachverhaltes zu beachten gilt.

6.4.1 Da die Feststellung einer revisionsbegründenden Veränderung durch eine Gegenüberstellung eines vergangenen und des aktuellen Zustandes erfolgt (vgl. E. 4.1 f. hiervor), bildet Gegenstand des Beweises das Vorhandensein einer entscheidungserheblichen Differenz in den – den medizinischen Gutachten zu entnehmenden – Tatsachen. Die Feststellung des aktuellen gesundheitlichen Befunds und seiner funktionellen Auswirkungen ist zwar Ausgangspunkt der Beurteilung; sie erfolgt aber nicht unabhängig, sondern wird nur entscheidungserheblich, soweit sie tatsächlich einen Unterschied auf der Seinsebene zum früheren Zustand wiedergibt. Der Beweiswert eines zwecks Rentenrevision erstellten Gutachtens hängt folglich wesentlich davon ab, ob es sich ausreichend auf das Beweisthema – erhebliche Änderung(en) des Sachverhalts – bezieht. Einer für sich allein betrachtet vollständigen, nachvollziehbaren und schlüssigen medizinischen Beurteilung, die im Hinblick auf eine erstmalige Beurteilung der Rentenberechtigung beweisend wäre (vgl. dazu BGE 134 V 232 E. 5.1, 125 V 352 E. 3a), mangelt es daher in der Regel am rechtlich erforderlichen Beweiswert, wenn sich die (von einer früheren abweichende) ärztliche Einschätzung nicht hinreichend darüber ausspricht, inwiefern eine effektive Veränderung des Gesundheitszustandes stattgefunden hat. Vorbehalten bleiben Sachlagen, in denen es evident ist, dass die gesundheitlichen Verhältnisse sich verändert haben (Urteil des Bundesgerichts vom 29. August 2011, 9C\_418/2010, E. 4.2).

6.4.2 Wegen des vergleichenden Charakters des revisionsrechtlichen Beweisthemas und des Erfordernisses, erhebliche faktische Veränderungen von bloss abweichenden Bewertungen abzugrenzen, muss deutlich werden, dass die Fakten, mit denen die Veränderung begründet wird, neu sind oder dass sich vorbestandene Tatsachen in ihrer Beschaffenheit oder ihrem Ausmass substantiell verändert haben. Eine verlässliche Abgrenzung der tatsächlich eingetretenen von der nur angenommenen Veränderung ist als erforderliche Beweisgrundlage nicht erreicht, wenn bloss nominelle Differenzen diagnostischer Art bestehen. Die Feststellung über eine seit der früheren Beurteilung eingetretene tatsächliche Änderung ist hingegen genügend untermauert, wenn die ärztlichen Sachverständigen aufzeigen, welche konkreten Gesichtspunkte in der Krankheitsentwicklung und im Verlauf der Arbeitsunfähigkeit zu ihrer neuen diagnostischen Beurteilung und Einschätzung des Schweregrades der Störungen geführt haben. Ein Sachverständiger kann die betreffende Entwicklung regelmässig nicht aus eigener Wahrnehmung beschreiben (ausser er sei schon als Vorgutachter tätig gewesen). Daher ist es erforderlich, dass er sich, soweit verfügbar, mit den Fakten fundiert auseinandersetzt, wie sie sich aus den für den früheren Entscheid massgebenden medizinischen Vorakten ergeben. Dem Gutachten, welches die medizinischen Vorakten unzureichend berücksichtigt, fehlt die erforderliche Überzeugungs- und Beweiskraft selbst dann, wenn die Schlussfolgerungen, welche auf der Grundlage der vom Sachverständigen selber erhobenen Befundtatsachen gezogen worden sind, an sich einleuchten und vom Rechtsanwender prüfend nachvollzogen werden können. Diesem Beweiswertkriterium kommt hinsichtlich der Entscheidungsgrundlagen in Revisionsfällen – mit Blick auf deren vergleichende Natur – eine besondere Bedeutung zu. Diese spezifischen Anforderungen müssen sich denn auch im Rahmen der Fragestellung zuhanden des Gutachters niederschlagen (Urteil des Bundesgerichts vom 29. August 2011, 9C\_418/2010, E. 4.3 mit weiteren Hinweisen).

6.4.3 Je mehr medizinisches Ermessen bei der Stellung einer Diagnose und der ärztlichen Einschätzung der Funktionseinschränkungen im Spiel ist, desto wichtiger ist es, den gutachtlichen Befund einer Veränderung möglichst solide auf klinische Feststellungen, gutachterliche Verhaltensbeobachtungen und anamnestische Daten zu stützen und diese Elemente in Beziehung zu den medizinischen Vorakten und den dort gesetzten Anknüpfungstatsachen zu bringen. Nur so kann dem Gutachten hinreichend zuverlässig entnommen werden, dass die in den Schlussfolgerungen beschriebene Differenz nicht wesentlich einer unterschiedlichen Wertung zuzuschreiben ist. Auf der anderen Seite darf die Notwendigkeit, eine bloss andere Beurteilung nicht als Anlass einer materiellen Revision gelten zu lassen, nicht dazu führen, dass die Anforderungen an den Nachweis einer Veränderung so hoch angesetzt werden, dass die ursprüngliche Festlegung praktisch perpetuiert wird. Dies gilt insbesondere für psychiatrische Beurteilungen, bei denen praktisch immer ein Spielraum besteht, innerhalb dessen verschiedene medizinische Interpretationen möglich, zulässig und zu respektieren sind, sofern der Experte lege artis vorgegangen ist. Hier können die Beurteilungen nicht immer lückenlos mit Tatsachenschilderungen unterlegt werden. Bei einer stark ermessensgeprägten Einschätzung, die weniger auf Messung und anderweitig normierter Feststellung als auf interpretationsbedürftigen Befundtatsachen beruht, kann etwa eine Auseinandersetzung mit der Genese des Gesundheitsschadens, den das Krankheitsgeschehen unterhaltenden Faktoren, für den Nachweis einer tatsächlichen Veränderung besondere Bedeutung erlangen (Urteil des Bundesgerichts vom 29. August 2011, 9C\_418/2010, E. 4.4 mit weiteren Hinweisen; vgl. auch Urteil des Bundesgerichts vom 3. Mai 2013, 9C\_698/2012, E. 2.2).

7.1 In der ursprünglichen Verfügung vom 5. August 2002, mit der die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer rückwirkend ab 1. Januar 1996 eine ganze Invalidenrente zugesprochen hatte, stützte sie sich bei der Beurteilung des Gesundheitszustands und der Arbeitsfähigkeit des Versicherten im Wesentlichen auf das polydisziplinäre Gutachten des Instituts D.\_\_\_\_\_ vom 4. April 2002. Darin hielten die beteiligten Fachärzte als Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit ein chronisches thorakovertebrales Schmerzsyndrom bei Kompressionsfraktur des 10. Brustwirbelkörpers (BWK), ein Status nach Commotio cerebri (1995), eine narzisstische Persönlichkeitsstörung sowie eine posttraumatische Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion mit Chronifizierung in Form einer andauernden Persönlichkeitsveränderung und einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung fest. Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit seien die Diagnosen eines Status nach Septorhino-Plastik und LAUP (1998), ein Status nach Ohrmuschelverletzung anlässlich eines Auto-Selbstunfalls (1995), eine Hochtonschallempfindungs-Schwerhörigkeit mit Tinnitus rechts sowie ein Status nach Inguinalhernien-Operation rechts (1995).

Gemäss orthopädischem Fachgutachten von Dr. med. E.\_\_\_\_\_, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates und Handchirurgie, beklage der Explorand ständige rechtsseitige Kopf- und Nackenschmerzen mit gelegentlichem Ziehen in die rechte Schulter und ständigen Schmerzen der mittleren Brustwirbelsäule (BWS). Ausserdem verspüre er ständiges Ameisenlaufen in den vierten und fünften Fingern beidseits und in beiden Füßen. Beim Exploranden liege ein chronisches thorakovertebrales Schmerzsyndrom vor. Die subjektiv teilweise sehr massiven, von der BWS ausgehenden Schmerzen, die Gefühlsstörungen in Hän-

den und Füssen und die als heftig empfundenen Schmerzen im Hypothekar könnten durch die orthopädischen Untersuchungsbefunde und auch die Röntgenbilder nicht erklärt werden. Aus orthopädischer Sicht sei eine rückschonende Tätigkeit, wie die Tätigkeit im Kundendienst, wie sie der Explorand bereits früher einmal ausgeübt habe, vollschichtig möglich.

In ihrer neurologischen Beurteilung stellte Dr. med. F.\_\_\_\_, FMH Neurologie, aus klinisch-neurologischer Sicht keine pathologischen Befunde fest.

Der Hals-Nasen-Ohren-ärztlichen Einschätzung von Dr. med. G.\_\_\_\_, FMH Oto-Rhino-Laryngologie sowie Allergologie und klinische Immunologie, zufolge hätten sowohl die diagnostizierte Hochtonschallempfindungs-Schwerhörigkeit wie auch der Tinnitus rechts keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit.

Gemäss psychiatrischem Fachgutachten von Dr. med. H.\_\_\_\_, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, wirke der Explorand resigniert und zeitweise dysphorisch gereizt. Der Gedankengang sei in formaler Hinsicht unauffällig, logisch-kohärent und ohne Anzeichen eigentlicher formaler Denkstörungen. In inhaltlicher Hinsicht zeige sich jedoch eine deutliche Einengung des Gedankenganges auf die gesundheitlichen Einschränkungen. Die Schilderung der körperlichen Beschwerden habe zwar nicht dramatisierend gewirkt, jedoch nicht einer deutlich vorwurfsvollen Note entbehrt. Der Explorand habe ausgeführt, dass ihm sein Gesundheitszustand das Leben verleidet habe. Oft habe er mit dem Gedanken gekämpft, dass er beim Unfall im Jahr 1995 lieber gestorben wäre oder sich gewünscht, am Morgen nicht mehr aufzuwachen. Suizidgedanken würden bejaht, jedoch aus Rücksicht auf die Familie nicht umgesetzt. Sein einziges Glück sehe er darin, dass er nachts bloss einmal aufwache und an die sieben Stunden Schlaf pro Nacht finde. Die eheliche Situation sei oft angespannt, da er der Ehefrau in der Haushaltsführung kaum helfen könne. Sein Tagesablauf sei eintönig, er sei die meiste Zeit zuhause und liege viel. Ab und zu unternehme er kleinere Spaziergänge, wobei er wegen der Schmerzen nur langsam gehen könne. Nach psychischen Störungen vor dem Unfall befragt, habe der Explorand angegeben, dass er im Jahr 1990 in ein psychisches Tief mit Suizidgedanken geraten sei, nachdem ihn die damalige Freundin verlassen habe. Der Explorand sei in schwierigen familiären Verhältnissen aufgewachsen, die Kindheit sei durch die Alkoholkrankheit des Vaters und der damit verbundenen Gewalttätigkeiten überschattet gewesen. Gemäss der fachärztlichen Einschätzung könne insgesamt angenommen werden, dass der Explorand in einem der gedeihlichen psychischen Entwicklung wenig förderlichen Klima aufgewachsen sei und unzureichende affektive Zuneigung erhalten habe. Die Übersiedlung der Familie des Exploranden in die Schweiz und die folgende Rückkehr nach Italien sei für den jungen Exploranden belastend und verunsichernd gewesen. Auffällig sei die deutliche Diskrepanz zwischen dem Ausmass der subjektiv beklagten körperlichen Beschwerden und den somatischen Befunden. Diagnostisch müsse bei dem in stark verunsichernden familiären Verhältnissen aufgewachsenen Exploranden von einer narzisstischen Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.8) ausgegangen werden. Für diese Diagnose spreche die geringe gefühlsmässige Ansprechbarkeit, das hintergründig aggressive und kränkbare Verhalten des Exploranden und seine Unfähigkeit, sich auf adäquate Weise mit seinen Beschwerden auseinanderzusetzen. Die zugrundeliegende Persönlichkeitsstörung habe nach dem Unfall im Jahr 1995 das Auftreten einer posttraumatischen Anpassungsstörung (ICD-

10 F43.2) begünstigt, die sich mittlerweile einerseits in Form einer dauernden Persönlichkeitsveränderung (ICD-10 F62.8), andererseits in Form einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) chronifiziert und wahrscheinlich als unlösbar fixiert habe. Auffällig sei auch die Symptomausweitung, welche sich in den letzten Jahren mit zum Teil diffusen, nicht objektivierbaren Beschwerden manifestiert habe.

In der neuropsychologischen Untersuchung durch lic. phil. I.\_\_\_\_\_ habe sich wie bereits im Jahr 1995 eine leichte neuropsychologische Funktionsstörung mit zusätzlicher schmerzbedingter Leistungseinschränkung gezeigt.

Die Kommission für medizinische Begutachtung des D.\_\_\_\_\_ hielt zusammenfassend fest, dass die Belastbarkeit des Achsenorgans des Beschwerdeführers aufgrund des Status nach BWK-Fraktur deutlich kompromittiert sei. Im Vordergrund für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit stehe jedoch der psychiatrische Befund. Der Explorand weise eine vorbestehende narzisstische Persönlichkeitsstörung auf, die eine Unfall-Fehlverarbeitung begünstigt habe. Für körperliche Schwerarbeiten, zu denen auch der erlernte Beruf als Carrosserie-Spengler gehöre, liege eine Arbeitsfähigkeit von lediglich 30% vor. Medizinisch-theoretisch sei dem Exploranden eine körperlich adaptierte Tätigkeit mit der Möglichkeit zu gelegentlichem Wechsel der Körperposition im Umfang von 50% möglich. Die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit für körperlich adaptierte Tätigkeiten ergebe sich aus dem psychiatrischen Befund. Dieser schränke den Exploranden in seiner Ausdauer, Frustrationstoleranz und Konfliktfähigkeit deutlich ein. Darüber hinaus sollte übermässige Lärmexposition vermieden werden.

7.2 In dem von der Beschwerdegegnerin angeforderten Verlaufsgutachten des D.\_\_\_\_\_ vom 17. Januar 2006 hielten die involvierten Gutachter gesamtmedizinisch einen im Wesentlichen unveränderten Gesundheitszustand des Exploranden fest. Er beklage vermehrt Beschwerden im Bereich der oberen Extremitäten und der Halswirbelsäule (HWS) sowie im Schultergürtelbereich. Auch in den Beinen würden zunehmende Schmerzen beklagt. Im Bereich der bekannten BWK-Fraktur habe er indessen keine Schmerzen mehr angegeben, es fände sich auch kein entsprechender muskulärer Hartspann mehr. Die geklagten Beschwerden im Bereich der HWS könnten nicht objektiviert werden. Der somatische Befund habe sich gegenüber dem Jahr 2002 sicher nicht verschlechtert. Von organischer Seite sei dem Exploranden daher weiterhin eine Ganztagesarbeit in mittelschwerer oder leichter Tätigkeit zuzumuten. Auf psychiatrischer Ebene habe sich die bereits im Jahr 2002 sich abzeichnende psychosomatische Symptomatik deutlich mehr herauskristallisiert; der Explorand zeige einen typischen Symptomenkomplex für dieses Leiden. Hintergrund sei die neurotische, vorwiegend narzisstische Persönlichkeitsstruktur, die auf einer in verschiedener Hinsicht traumatisierenden Kindheit basiere. Begleitet werde die Symptomatik von einer leichten depressiven Verstimmung. Als psychiatrische Diagnose seien eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung sowie eine narzisstische Persönlichkeitsstörung zu bestätigen. Ausserdem sei ein Status nach Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion und andauernder Persönlichkeitsveränderung zu diagnostizieren. Unter Berücksichtigung der psychiatrischen Leiden sei der Explorand weiterhin in einer dem Rückenleiden adaptierten Tätigkeit zu 50% arbeitsfähig. Im Zusammenhang mit dem psycho-

somatischen Leiden sei dem Versicherten eine Willensanstrengung zur partiellen Überwindung der Leidens aus medizinischer Sicht zumutbar.

7.3 Im Rahmen des von ihr im Februar 2011 von Amtes wegen eingeleiteten Revisionsverfahrens gab die Beschwerdegegnerin zur Abklärung des massgeblichen medizinischen Sachverhalts ein polydisziplinäres Gutachten bei der C.\_\_\_\_\_ in Auftrag, welches am 29. November 2011 erstattet wurde. Darin wurde als Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit ein chronisches thorakolumbospondylogenes Schmerzsyndrom rechtsbetont (ICD-10 M54.5) festgestellt, dies bei Status nach multifragmentaler BWK10-Kompressionsfraktur (1995) und radiologisch konstantem Befund, mit myostatischer Insuffizienz mit entsprechenden muskologoligamentären Überlastungsreaktionen, ohne klinische Hinweise auf eine radikuläre Symptomatik sowie kernspintomographisch unauffälligem Befund der Lendenwirbelsäule (LWS) und einer ISG-Funktionsstörung rechts. Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit seien eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4); ein chronisches zervikospondylogenes Schmerzsyndrom (ICD-10 M53.1); ein generalisiertes multilokuläres Schmerzsyndrom (ICD-10 R52.9); eine Adipositas (ICD-10 E66.0) sowie fortgesetzter Nikotinkonsum (ICD-10 F17.1).

Dem psychiatrischen Fachgutachten von Dr. med. J.\_\_\_\_\_, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, zufolge sei der Explorand noch nie in psychiatrischer Behandlung gewesen. Er gebe an, einigermassen gut schlafen zu können. Gelegentlich beschäftige er sich mit dem PC, um seine Konzentrationsfähigkeit zu trainieren. Er halte sich nicht gerne unter vielen Leuten auf und habe deswegen nur noch wenige soziale Kontakte. Vor dem Unfall sei er gerne in den Ausgang gegangen. Er habe früher auch gerne gearbeitet. Heute habe er zu wenig Energie, um noch arbeiten zu gehen, da er sich seit einem Unfall seiner Ehefrau um den Haushalt und die Kinder kümmern müsse. Er sei auch körperlich weniger belastbar und habe Konzentrationsschwierigkeiten. In seiner Beurteilung hielt Dr. J.\_\_\_\_\_ fest, dass der Explorand einen gepflegten Eindruck mache und freundlich sowie kooperativ gewesen sei. Die Stimmung sei ausgeglichen, zum Teil auch heiter gewesen. Er habe einen guten affektiven Kontakt aufnehmen können. Auffassungsgabe und Konzentrationsfähigkeit seien nicht eingeschränkt, ebenso wenig hätten sich Hinweise für Merkfunktionsstörungen oder Gedächtnisstörungen feststellen lassen. Das Denken sei formal und inhaltlich unauffällig gewesen. Das Selbstwertgefühl sei ausgeglichen und es fänden sich keine Zeichen für eine gestörte Intentionalität oder einen gestörten Antrieb. Die Familie lebe sozial zurückgezogen. Die Beziehung zur Ehefrau sei seit deren Unfall im Jahr 2004 schwierig, was der Explorand auch beklage. Seit diesem Unfall leide er auch unter wirtschaftlichen Schwierigkeiten. Die psychische Überlagerung, die aufgrund der Diskrepanz zwischen somatischen Befunden und subjektiv geklagter Beschwerden und der Krankheitsüberzeugung angenommen werden müsse, sei vor dem Hintergrund der psychosozialen Belastungssituation zu sehen. Die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung könne bestätigt werden. Eine psychiatrische Komorbidität bestehe indessen nicht. Ein ausgeprägter sozialer Rückzug lasse sich nicht feststellen, ebenso wenig fänden sich schwere lebensgeschichtliche Belastungen. Unbewusste Konflikte fehlten, ein primärer Krankheitsgewinn sei nicht vorhanden. Aus psychiatrischer Sicht könne es dem Exploranden daher zugemutet werden, trotz der geklagten Beschwerden die nötige Willensanstrengung aufzubringen, um ganztags einer beruflichen Tätigkeit nachzugehen. Das Vorliegen einer narzisstischen Persönlichkeitsstörung könne

nicht bestätigt werden, da es an aktuellen psychopathologischen Symptomen fehle. Die Schmerzen würden dem Exploranden eine Rechtfertigung dafür geben, nach dem Unfall keiner beruflichen Tätigkeit mehr nachgehen zu müssen. Hinweise für eine depressive Störung fehlten. Ab Datum der Untersuchung sei aus psychiatrischer Sicht keine Arbeitsunfähigkeit gegeben.

In rheumatologischer Hinsicht hielt Dr. med. K.\_\_\_\_, FMH Rheumatologie, Physikalische Medizin und Rehabilitation sowie Allgemeine Innere Medizin, fest, dass sich für die vom Exploranden beklagten Schmerzen und Funktionseinschränkungen von Seiten des Bewegungsapparats bloss zum Teil ein entsprechendes morphologisches Korrelat finde und diagnostizierte diverse Schmerzsyndrome. Im Gegensatz zur Untersuchung durch das D.\_\_\_\_ im November 2005 fanden sich anlässlich der aktuellen Untersuchung reproduzierbare deutliche Druckdolenzen im Bereich Th10. Die vom D.\_\_\_\_ attestierte Arbeitsfähigkeit von 100% für mittelschwere Tätigkeiten sei deshalb als etwas zu hoch anzusehen. Die Belastbarkeit des Achsenorgans sei stärker vermindert, so dass mittelschwere Tätigkeiten nicht mehr zumutbar seien. In einer leichten, wechselbelastenden Tätigkeit ohne Einnahme von wirbelsäulenbelastenden Zwangshaltungen sei der Explorand aus rheumatologischer Sicht jedoch zu 100% arbeitsfähig.

In der Konsensbeurteilung halten die Gutachter und Gutachterinnen zusammenfassend fest, dass ab Datum der Untersuchung keine Arbeitsunfähigkeit in einer körperlich leichten, wechselbelastenden Tätigkeit mehr attestiert werden könne. Die bisher die Arbeitsfähigkeit einschränkenden (psychiatrischen) Diagnosen seien als komplett remittiert einzuschätzen.

7.4 Gemäss Kurzaustrittsbericht des Spitals L.\_\_\_\_ vom 3. Februar 2012 war der Beschwerdeführer vom 27. Januar 2012 bis zum 3. Februar 2012 hospitalisiert. Es sei eine diffuse koronare Zwei-Gefässerkrankung, aktuell einem Myokardinfarkt (STEMI) mit Koronarangiographie am 27. Januar 2012 und Rekanalisation des Gefässes zu diagnostizieren. Ausserdem lägen ein metabolisches Syndrom; ein Verdacht auf ein obstruktives Schlafapnoe-Syndrom; ein Status nach Polytrauma im Rahmen eines Verkehrsunfalls (1995) mit chronifizierter posttraumatischer Anpassungsstörung, rezidivierenden reaktiven depressiven Episoden und chronischem cervikozephallem Schmerzsyndrom; eine narzisstische Persönlichkeitsstörung sowie eine Polyarthrose vor.

7.5 Mit Austrittsbericht vom 13. Februar 2012 berichteten die Ärzte des Spitals L.\_\_\_\_ über die weitere Hospitalisation vom 4. Februar 2012 bis 10. Februar 2012. Als Diagnosen wurden erneut eine diffuse koronare Zwei-Gefässerkrankung; ein Verdacht auf ein obstruktives Schlafapnoe-Syndrom; ein Status nach Polytrauma im Rahmen eines Verkehrsunfalls (1995); eine narzisstische Persönlichkeitsstörung und eine Polyarthrose festgehalten. Ausserdem wurde eine Anpassungsstörung mit Paniksymptomatik festgestellt. Es sei nach dem Myokardinfarkt zu keinen weiteren thorakalen Beschwerden oder Dyspnoe gekommen, jedoch zu zwei Episoden mit Kribbelgefühlen und Klopfen im Kopf und Angstzuständen. Der hinzugerufene Psychiater habe die Beschwerden am ehesten im Rahmen einer Anpassungsstörung mit teilweiser Paniksymptomatik beurteilt und eine medikamentöse Bedarfstherapie etabliert. Der Patient sei am 10. Februar 2012 in die stationäre Rehabilitation verlegt worden.

7.6 Mit Stellungnahme vom 14. März 2012 hielt Dr. M.\_\_\_\_, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) fest, dass der erlittene Infarkt keinen Einfluss auf die medizinisch-theoretische Arbeitsfähigkeit gemäss C.\_\_\_\_-Gutachten habe. Für die Zeit der Hospitalisation vom 27. Januar 2012 bis 10. Februar 2012 könne eine volle Arbeitsunfähigkeit angenommen werden, davor und danach gelte die Einschätzung der C.\_\_\_\_. Die thorakalen Schmerzen würden als Ausdruck der Ängstlichkeit des Versicherten interpretiert, der trotz koronarer Herzkrankheit weiterhin dem Tabakgebrauch fröne.

7.7 Dr. med. N.\_\_\_\_, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, teilte der Beschwerdegegnerin mit Arztbericht vom 25. Februar 2013 mit, dass der Beschwerdeführer seit dem 2. Mai 2012 in seiner Behandlung stehe. Anlässlich der Erstkonsultation habe der Patient ein mittelgradiges depressives Syndrom mit Panikattacken gezeigt. Dabei verspüre er im Liegen ein Pulsieren im Brustkorb und müsse immer wieder Luft holen. Mitte Juni 2012 sei er kollabiert, habe sich den Kopf angestossen und sich eine Vorderarmfraktur zugezogen. Aktuell leide er an Müdigkeit, rascher Erschöpfung, Atemnot, Angstzuständen, Lust- und Freudlosigkeit. Er müsse sich zu allem zwingen. Aus psychiatrischer Sicht sei eine rezidivierende depressive Störung mit Panikattacken zu diagnostizieren, die sich in Form einer verminderten psychophysischen Belastbarkeit auf die Arbeitsfähigkeit auswirke. Der Patient sei in seinem Konzentrationsvermögen, der Anpassungsfähigkeit und der Belastbarkeit mittelgradig eingeschränkt. Als Carrosserie-Spengler sei der Patient nicht mehr arbeitsfähig. Aus rein psychiatrischer Sicht betrage die Arbeitsunfähigkeit etwa 50%.

7.8 In seiner Stellungnahme vom 4. März 2013 stellte Dr. M.\_\_\_\_ fest, dass im Arztbericht von Dr. N.\_\_\_\_ ein relativ ähnlicher bis weitgehend gleicher psychiatrischer Gesundheitszustand wie im Gutachten der C.\_\_\_\_ beschrieben werde. Auch bezüglich der somatischen Diagnosen sei keine Veränderung gegenüber dem C.\_\_\_\_-Gutachten erkennbar. Die abweichende Einschätzung der Arbeitsfähigkeit genüge somit nicht, um das Gutachter in Frage zu stellen.

7.9 Dr. med. O.\_\_\_\_, FMH Allgemeine Innere Medizin, erachtete in seinem Schreiben vom 14. August 2013 das Gutachten der C.\_\_\_\_ in rheumatologischer Hinsicht und bezüglich der psychiatrischen Diagnoseliste als korrekt, die Arbeitsunfähigkeit jedoch als zu tief bemessen. Der Patient habe sich zwar vom erlittenen Myokardinfarkt gut erholt, seither komme es jedoch immer wieder zu Schmerzen thorakal links. Diese Schmerzen könnten nicht nachgewiesenermassen auf den Infarkt zurückgeführt werden, eine psychische Komponente scheine im Vordergrund zu stehen.

7.10 Mit Bericht vom 19. August 2013 bestätigte Dr. N.\_\_\_\_ seine Einschätzung. Der Patient leide unter einem mittelgradigen depressiven Syndrom und benötige eine antidepressive medikamentöse Behandlung. Aufgrund dieses Leidens sei er nicht arbeitsfähig. Eine narzisstische Persönlichkeitsstörung könne er indessen nicht feststellen. Der Patient sei in seiner alltäglichen Funktionsweise deutlich eingeschränkt.

8.1 Die Beschwerdegegnerin stützte bei der Beurteilung des aktuellen medizinischen Sachverhalts und bei ihrem Entscheid über die Frage, ob seit der ursprünglichen Rentenzusprache eine wesentliche Verbesserung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers eingetreten ist, vollumfänglich auf die Ergebnisse des Gutachtens der C.\_\_\_\_ vom 29. November 2011. Sie ging demzufolge davon aus, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit der Rentenzusprache in psychischer Hinsicht deutlich verbessert habe und ihm aus medizinischer Sicht die Ausübung einer leichten angepassten Tätigkeit im Umfang von 100% zumutbar sei.

8.2 Wie bereits in Erwägung 6.4 hiavor ausgeführt, gelten bei der Erhebung und Würdigung des medizinischen Sachverhalts in Revisionsfällen besondere Anforderungen an die Beweistauglichkeit. Beweisthema dieser Gutachten ist nicht bloss die Feststellung des aktuellen Gesundheitszustands und seiner funktionellen Auswirkungen, sondern insbesondere auch den Vergleich dieses Befunds mit dem früheren Gesundheitszustand. Spricht sich ein solches Gutachten nicht hinreichend darüber aus, inwiefern eine effektive Veränderung des Gesundheitszustands stattgefunden hat, mangelt es ihm in der Regel am rechtlich erforderlichen Beweiswert. Namentlich in psychiatrischer Hinsicht wirft die gutachterliche Einschätzung der C.\_\_\_\_ diesbezüglich Fragen auf. Aufgrund der ärztlichen Beurteilungen ist unbestritten, dass im Wesentlichen die psychischen Beeinträchtigungen ausschlaggebend für die Einschränkung der Arbeits- bzw. Erwerbsfähigkeit des Beschwerdeführers sind. Beim Beschwerdeführer wurde im Rahmen der Abklärung zur ursprünglichen Rentenzusprache vom Institut D.\_\_\_\_ mit Gutachten vom 4. April 2002 unter anderem die Diagnosen einer narzisstischen Persönlichkeitsstörung, eine posttraumatische Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion bei Chronifizierung in Form einer andauernden Persönlichkeitsveränderung und einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung gestellt. Im Verlaufsgutachten des D.\_\_\_\_ vom 17. Januar 2006 wurden die Diagnosen der narzisstischen Persönlichkeitsstörung und der somatoformen Schmerzstörung sowie deren Auswirkungen auf die Funktions- und Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers bestätigt. Der psychiatrische Fachgutachter der C.\_\_\_\_ diagnostizierte im Gutachten vom 27. November 2011 demgegenüber lediglich noch eine somatoforme Schmerzstörung. Dabei stützte er sich indessen lediglich auf den aktuellen Befund und begnügte sich mit der Feststellung, dass für weitere Diagnosen Anhaltspunkte in Form aktueller psychopathologischer Symptome fehlten. Eine Auseinandersetzung bezüglich der Entwicklung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers findet nicht statt, obwohl diese insbesondere betreffend die narzisstische Persönlichkeitsstörung angezeigt gewesen wäre. Es ist anhand des vorliegenden C.\_\_\_\_-Gutachtens nicht nachvollziehbar, weshalb diese nicht mehr vorliegen solle, obwohl sie gemäss den Gutachten des D.\_\_\_\_ ihren Ursprung in der Kindheit des Beschwerdeführers habe und ihn massgeblich präge. Die ursprünglich beschriebene depressive Symptomatik wird ebenfalls mit einem Hinweis auf fehlende Anhaltspunkte, jedoch ohne nähere Begründung und ohne Untersuchung der Entwicklung des psychischen Gesundheitszustands verneint. Die ursprüngliche vom D.\_\_\_\_ vorgenommene und im Rahmen des Revisionsverfahrens als Vergleichsbasis hinzuzuziehende Einschätzung des Gesundheitszustands wird ausserdem lediglich im Rahmen einer „Stellungnahme zu früheren psychiatrischen Einschätzungen“ behandelt, was den Verdacht nahelegt, dass es sich bei der Einschätzung der C.\_\_\_\_ in erster Linie um eine neue, von der Vergangenheit unabhängige Würdigung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers

handelt. Dafür sprechen auch die in vielen Belangen ähnlichen Befunde in den Gutachten des D.\_\_\_\_ und der C.\_\_\_\_. Der Beschwerdeführer beklagte sowohl in den Untersuchungen beim D.\_\_\_\_ wie auch bei der C.\_\_\_\_ schnelle Ermüdbarkeit und Konzentrationsprobleme. Auch der Stimmungsbeschrieb erscheint insbesondere im D.\_\_\_\_-Gutachten vom 17. Januar 2006 und im Gutachten der C.\_\_\_\_ vom 27. November 2011 ähnlich. Die psychiatrische Begutachtung erweist sich überdies auch in ihren Schlussfolgerungen betreffend den aktuellen Gesundheitszustand als nicht vollends schlüssig. So wird ein sozialer Rückzug des Beschwerdeführers in der Beurteilung verneint, obwohl ein solcher in der Exploration festgestellt wurde. Ausserdem werden schwere, lebensgeschichtliche Belastungen verneint, wenngleich die schwierige Kindheit des Beschwerdeführers mit Missbrauch und mehreren Umzügen anamnestisch und anhand der Vorakten bekannt war. Die zuvor beklagten Suizidgedanken wurden im Rahmen der Begutachtung durch die C.\_\_\_\_ augenscheinlich überhaupt nicht erfragt. Die Schlussfolgerungen erscheinen damit widersprüchlich bzw. sind ohne nähere Begründung nicht nachvollziehbar. Das Gutachten der C.\_\_\_\_ genügt damit den bundesgerichtlichen Beweisanforderungen nicht und die Revisionsvoraussetzung einer gesundheitlichen Veränderung ist nicht genügend nachgewiesen.

8.3      Ferner kann der Einschätzung der Beschwerdegegnerin, wonach der im Januar 2012 erlittene Myokardinfarkt und die anschliessend gestellten psychiatrischen Diagnosen keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit haben, nicht ohne Weiteres gefolgt werden. Insbesondere trifft es wohl nicht zu, dass der behandelnde Psychiater Dr. N.\_\_\_\_ in seinem Arztbericht vom 25. Februar 2013 einen weitgehend identischen Gesundheitszustand wie im Jahr 2011 beschreibe. Vielmehr stehen mit der depressiven Störung und den Panikattacken neue Befunde im Raum und es bestehen Anhaltspunkte für bisher so nicht bestehende Funktionseinschränkungen. Ein Zusammenhang mit dem erlittenen Infarkt wird dabei von den behandelnden Ärzten deutlich hervorgehoben. Entgegen der Auffassung des RAD liegen in den Berichten der behandelnden Ärzte keine Hinweise dafür vor, dass diese neuen Beschwerden bloss mit invaliditätsfremden Gründen, namentlich dem Nikotinkonsum des Beschwerdeführers, erklärt werden könnten. Die übrigen bei den Akten liegenden medizinischen Berichte bilden jedoch keine verlässliche Entscheidungsgrundlage. Der medizinische, insbesondere der psychiatrische Sachverhalt nach dem Infarkt im Januar 2012 ist somit weitgehend ungeklärt. Da der Infarkt jedoch beinahe eineinhalb Jahre vor dem Erlass der angefochtenen Verfügung erfolgte und damit in den für die Prüfung der anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrads massgeblichen Zeitraum fiel, wären dessen Auswirkungen von der Beschwerdegegnerin abzuklären gewesen.

8.4      Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die gutachterliche Einschätzung der C.\_\_\_\_ namentlich in psychiatrischer Hinsicht den Anforderungen an die Beweiskraft nicht zu genügen vermag und der medizinische Sachverhalt ab Januar 2012 ungenügend abgeklärt ist. Nach dem Ausgeführten sind weitere medizinische Abklärungen notwendig.

9.        Gemäss neuer bundesgerichtlicher Rechtsprechung können die Sozialversicherungsgerichte nicht mehr frei entscheiden, ob sie eine Streitsache zur neuen Begutachtung an die Verwaltung zurückweisen. Die Beschwerdeinstanz hat vielmehr im Regelfall selbst ein Gerichtsgutachten einzuholen, wenn sie einen im Verwaltungsverfahren anderweitig erhobenen

Sachverhalt überhaupt für gutachtlich abklärungsbedürftig hält oder wenn eine Administrativexpertise in einem rechtserheblichen Punkt nicht beweiskräftig ist. Eine Rückweisung an die IV-Stelle bleibt hingegen möglich, wenn sie allein in der notwendigen Erhebung einer bisher vollständig ungeklärten Frage begründet ist oder wenn lediglich eine Klarstellung, Präzisierung oder Ergänzung von gutachtlichen Ausführungen erforderlich ist (BGE 137 V 210 ff. E. 4.4.1 ff.). Im vorliegenden Verfahren sprach sich das der Verfügung zugrunde gelegte Gutachten bloss ungenügend über eine massgebliche Veränderung des Gesundheitszustands aus. Ausserdem ist der medizinische Sachverhalt nach dem Infarkt im Januar 2012 weitgehend ungeklärt. Da es die Vorinstanz unterlassen hat, die diesbezüglich nötigen (weiteren) Abklärungen zu veranlassen, und es nicht die Aufgabe der kantonalen Gerichte ist, im Verwaltungsverfahren versäumte medizinische Abklärungen nachzuholen, steht einer Rückweisung an die Vorinstanz nichts entgegen. Die Vorinstanz wird angehalten, die medizinische Sachlage umfassend abklären zu lassen. Die Beschwerde ist in dem Sinne gutzuheissen.

10.1 Beim Entscheid über die Verlegung der Verfahrens- und der Parteikosten ist grundsätzlich auf den Prozessausgang abzustellen. Hebt das Kantonsgericht eine bei ihm angefochtene Verfügung auf und weist es die Angelegenheit zum weiteren Vorgehen im Sinne der Erwägungen und zum Erlass einer neuen Verfügung an die IV-Stelle zurück, so gilt in prozessualer Hinsicht die Beschwerde führende Partei als (vollständig) obsiegende und die IV-Stelle als unterliegende Partei (BGE 137 V 61 f. E. 2.1 und 2.2, BGE 132 V 235 E. 6.2, je mit Hinweisen).

10.2 Gemäss Art. 69 Abs. 1<sup>bis</sup> IVG sind Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Verfahrenskosten werden gestützt auf § 20 Abs. 3 VPO in der Regel in angemessenem Ausmass der unterliegenden Partei auferlegt. In casu hätte deshalb die IV-Stelle als unterliegende Partei grundsätzlich die Verfahrenskosten zu tragen. In diesem Zusammenhang ist allerdings zu beachten, dass laut § 20 Abs. 3 Satz 3 VPO den Vorinstanzen – vorbehältlich des hier nicht interessierenden § 20 Abs. 4 VPO – keine Verfahrenskosten auferlegt werden. Dies hat zur Folge, dass für den vorliegenden Prozess keine Verfahrenskosten erhoben werden.

10.3 Laut Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende beschwerdeführende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Dem Beschwerdeführer als obsiegende Partei ist demnach eine Parteientschädigung zu Lasten der IV-Stelle zuzusprechen. Der in der Honorarnote vom 19. November 2013 für das vorliegende Verfahren geltend gemachte Zeitaufwand von 7.21 Stunden erweist sich in Anbetracht der sich stellenden Sachverhalts- und Rechtsfragen als angemessen. Nicht zu beanstanden sind sodann die in der Honorarnote ausgewiesenen Auslagen in der Höhe von Fr. 171.–. Dem Beschwerdeführer ist demnach eine Parteientschädigung in der geltend gemachten Höhe von Fr. 2'131.40 (7.21 Stunden à Fr. 250.– + Auslagen von Fr. 171.– zuzüglich 8 % Mehrwertsteuer) zu Lasten der Beschwerdegegnerin zuzusprechen.

11. Gemäss Art. 90 des Bundesgesetzes über das Bundesgericht (BGG) vom 17. Juni 2005 ist die Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten an das Bundesgericht zulässig gegen Entscheide, die das Verfahren abschliessen. Selbständig eröffnete Zwischenentscheide sind – mit Ausnahme der Zwischenentscheide über die Zuständigkeit und über Aus-

standsbegehren (vgl. Art. 92 BGG) – nur mit Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten anfechtbar, wenn sie einen nicht wieder gutzumachenden Nachteil bewirken können (Art. 93 Abs. 1 lit. a BGG) oder wenn die Gutheissung der Beschwerde sofort einen Endentscheid herbeiführen und damit einen bedeutenden Aufwand an Zeit oder Kosten für ein weitläufiges Beweisverfahren ersparen würde (Art. 93 Abs. 1 lit. b BGG). Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung handelt es sich bei einem Rückweisungsentscheid an den Versicherungsträger zur Aktenergänzung und anschliessenden Neuverfügung nicht um einen Endentscheid, sondern um einen Zwischenentscheid im Sinne von Art. 93 Abs. 1 BGG. Dies gilt auch für einen Rückweisungsentscheid, mit dem eine materielle Teilfrage (z.B. eine von mehreren materiellrechtlichen Anspruchsvoraussetzungen) beantwortet wird (BGE 133 V 481 f. E. 4.2).

Beim vorliegenden Rückweisungsentscheid handelt es sich somit um einen Zwischenentscheid im Sinne des BGG. Demnach ist gegen ihn eine Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten an das Bundesgericht nur unter den in Art. 93 Abs. 1 BGG genannten Voraussetzungen zulässig. Ob diese erfüllt sind, entscheidet das Bundesgericht. Die nachstehende Rechtsmittelbelehrung erfolgt unter diesem ausdrücklichen Vorbehalt.

Demgemäss wird **e r k a n n t** :

- ://:
1. Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, als die angefochtene Verfügung der IV-Stelle Basel-Landschaft vom 28. Juni 2013 aufgehoben und die Angelegenheit zur weiteren Abklärung im Sinne der Erwägungen und zum Erlass einer neuen Verfügung an die Vorinstanz zurückgewiesen wird.
  2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.  
  
Dem Beschwerdeführer wird der geleistete Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 600.– zurückerstattet.
  3. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 2'131.40 (inkl. Auslagen und 8 % Mehrwertsteuer) zu entrichten.

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