

BL_GERICHTE 720 13 223 vom 12. August 2004

BL Gerichte, 2004-08-12, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bl_gerichte_720_13_223

FR: BL_GERICHTE 720 13 223 du 12 août 2004

IT: BL_GERICHTE 720 13 223 del 12 agosto 2004

Regeste

IV-Rente

Erwägungen

E. 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 die Verfügung der IV-Stelle vom 14. Juni 2013, so dass die örtliche Zuständigkeit des Kantonsgerichts 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 ist einzutreten.

E. 2

Streitig und zu prüfen ist, ob die IV-Stelle die bisher ausgerichtete halbe Invalidenrente des Beschwerdeführers zu Recht aufgehoben hat. 3.1 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. Die Invalidität wird durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, der geistigen oder der psychischen Gesundheit verursacht, wobei sie im IV-Bereich Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein kann (Art. 4 Abs. 1 IVG; Art. 3 und 4 ATSG). 3.2 Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken. Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt (BGE 131 V 50 E. 1.2). Die Annahme einer allenfalls invalidisierenden psychischen Gesundheitsbeeinträchtigung setzt eine fachärztlich (psychiatrisch) gestellte Diagnose nach einem wissenschaftlich anerkannten Klassifikationssystem voraus (BGE 130 V 398 ff. E. 5.3 und E. 6). Unter gewissen Umständen können dabei auch somatoforme Schmerzstörungen eine Arbeitsunfähigkeit verursachen. Sie fallen unter die Kategorie der psychischen Leiden (BGE 127 V 298 ff. E. 4c und 5). 3.3 Die rechtsanwendende Behörde – die Verwaltung und im Streitfall das Gericht – ist bei der Feststellung des Gesundheitszustandes und insbesondere auch bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einer versicherten Person auf

Unterlagen angewiesen, die vorab von Ärztinnen und Ärzten zur Verfügung zu stellen sind. Deren Aufgabe ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 115 V 134 E. 2, 114 V 314 E. 3c, 105 V 158 E. 1 in fine). Darüber hinaus bilden die ärztlichen Stellungnahmen eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Zumutbarkeit, also der Frage, welche anderen Erwerbstätigkeiten als die zuletzt ausgeübte Berufstätigkeit von der versicherten Person auf dem allgemeinen, ausgeglichenen und nach ihren persönlichen Verhältnissen in Frage kommenden Arbeitsmarkt zumutbarerweise noch verrichtet werden können (Ulrich Meyer - Blaser, Zur Prozentgenauigkeit in der Invaliditätsschätzung, in: René Schaffhauser/Franz Schlauri [Hrsg.], Rechtsfragen der Invalidität in der Sozialversicherung, St. Gallen 1999, S. 20 f. mit Hinweisen).

3.4 Bei weitgehendem Fehlen eines somatischen Befundes genügt die (rein) psychiatrische Erklärbarkeit der Schmerzsymptomatik allein nicht, um einen Leistungsanspruch zu begründen. Deshalb hat die begutachtende Fachperson der Psychiatrie im Rahmen der Stellungnahme zur Arbeitsfähigkeit und der Darlegungen zu den der versicherten Person noch zumutbaren Arbeitsleistungen die Aufgabe, durch die ihr zur Verfügung stehenden diagnostischen Möglichkeiten fachkundiger Exploration der Verwaltung (und im Streitfall dem Gericht) aufzuzeigen, ob und inwiefern die versicherte Person über psychische Ressourcen verfügt, die es ihr erlauben, mit ihren Schmerzen umzugehen. Entscheidend ist, ob die betroffene Person, von ihrer psychischen Verfassung her besehen, objektiv die Möglichkeit hat, trotz ihrer subjektiv erlebten Schmerzen einer Arbeit nachzugehen (BGE 130 V 352 E. 2.2.4 und 2.2.5 mit weiteren Hinweisen).

3.5 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 also entscheidend, ob der Bericht 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 somit grundsätzlich weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 352 E. 3a, 122 V 160 E. 1c).

3.6 Dennoch erachtet es die bundesgerichtliche Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (vgl. die ausführlichen Zusammenstellungen dieser Richtlinien in BGE 125 V 352 E. 3b mit zahlreichen 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). Diese im Bereich der Unfallversicherung entwickelten Grundsätze finden für das IV-Verwaltungsverfahren sinngemäss Anwendung (Urteile des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; seit 1. Januar 2007 Bundesgericht, sozialrechtliche Abteilung] vom 9. August 2000, I 437/99 und I 575/99, E. 4b/bb). 3.7 In Bezug auf Berichte von behandelnden Ärzten darf und soll das Gericht der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zugunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 125 V 353 E. 3b/cc). Bei der Abschätzung des Beweiswerts im Rahmen einer freien und umfassenden Beweiswürdigung sind allerdings auch die potentiellen Stärken der Berichte behandelnder Ärzte nicht zu vergessen. Der Umstand allein, dass eine Einschätzung vom behandelnden Mediziner stammt, darf nicht dazu führen, sie als von vornherein unbeachtlich einzustufen. Die einen längeren Zeitraum abdeckende und umfassende Betreuung durch behandelnde Ärzte bringt oft wertvolle Erkenntnisse hervor. Auf der anderen Seite lässt es die unterschiedliche Natur vom Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes einerseits und vom Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits nicht zu, ein Administrativgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die behandelnden Ärzte wichtige – und nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (Urteil des Bundesgerichts vom 28. Januar 2013, 8C_733/2012, E. 3.2 mit Hinweisen). 4.1 Nach Art. 28 Abs. 1 IVG (in der bis 31. Dezember 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. 4.2 Für die Bemessung der Invalidität von erwerbstätigen Versicherten ist Art. 16 ATSG anwendbar (Art. 28 Abs. 2 IVG [in der bis 31. Dezember 2007 gültig gewesenen Fassung] bzw. Art. 28a Abs. 1 IVG [in der seit 1. Januar 2008 anwendbaren Fassung]). 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 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 (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 104 V 136 E. 2a und b). 4.3 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 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). Dagegen stellt die bloss unterschiedliche Beurteilung der Auswirkungen eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Gesundheitszustandes auf die Arbeitsfähigkeit für sich allein genommen keinen Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG dar (Urteil des Bundesgerichts vom 12. November 2010, 8C_769/2010, E. 2.1.1 mit Hinweisen). Auch eine inzwischen veränderte Rechtspraxis (bezüglich einer Invalidität bei psychosomatischen Leiden: BGE 131 V 49; 130 V 352; vgl. auch BGE 136 V 279 und 132 V 65) darf erst im Rahmen einer erheblichen Tatsachenänderung berücksichtigt werden. Vorbehalten ist die unabhängig von Art. 17 Abs. 1 ATSG gegebene Revidierbarkeit von Invalidenrenten im Geltungsbereich des auf den 1. Januar 2012 in Kraft getretenen lit. a Abs. 1 der Schlussbestimmungen (Urteil des Bundesgerichts vom 3. Mai 2013, 9C_698/2012, E. 2.2 mit Hinweisen). 4.4 Zeitliche Vergleichsbasis für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades bilden die letzte (der versicherten Person eröffnete) rechtskräftige Verfügung oder der letzte rechtskräftige Einspracheentscheid, welche oder welcher auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Invaliditätsbemessung beruht (BGE 134 V 132 E. 3 mit Hinweisen). Vorliegend wurde dem Versicherten mit Verfügung vom 12. August 2004 rückwirkend ab 1. März 2001 eine halbe Rente, ab 1. Juni 2001 eine ganze Rente und ab 1. Januar 2002 eine halbe Rente zugesprochen. Diese Verfügung wurde mit Einspracheentscheid vom 9. September 2005 bestätigt. Im Juni 2006 leitete die IV-Stelle von Amtes wegen ein Revisionsverfahren ein, wobei sie sich in der Folge darauf beschränkte, einen aktuellen Arztbericht beim behandelnden Rheumatologen und ein Gutachten beim B.-Spital, Klinik Rehabilitation/Akutgeriatrie, einzuholen. Nach Vorliegen der beiden Berichte teilte die IV-Stelle dem Versicherten mit Schreiben vom 13. Oktober 2006 mit, dass sie keine rentenbeeinflussende Änderung des Invaliditätsgrades festgestellt habe. Nachdem die IV-Stelle im Oktober 2011 von Amtes wegen eine erneute Überprüfung des Rentenanspruchs des Versicherten eingeleitet und die erforderlichen Abklärungen vorgenommen hatte, hob sie die laufende halbe Rente des Versicherten mit Verfügung vom 14. Juni 2013 auf. Im Lichte der vorstehenden bundesgerichtlichen Rechtsprechung beurteilt sich die Frage, ob eine Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen eingetreten ist, die eine revisionsweise Aufhebung der bis anhin ausgerichteten halben Rente rechtfertigt, demnach durch Vergleich des Sachverhalts, wie er im Zeitpunkt des Einspracheentscheids vom 9. September 2005 bestanden hat, mit demjenigen im Zeitpunkt der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 14. Juni 2013.

E. 5

Im Folgenden ist somit zunächst zu prüfen, ob sich der Sachverhalt in revisionsrelevantem Masse verändert hat. Dabei sind nachfolgende Berichte zu berücksichtigen:

E. 5.1

Im Zeitpunkt der rentenzusprechenden Verfügung vom 12. August 2004 und dem Einspracheentscheid vom 9. September 2005 stützte sich die IV-Stelle zur Beurteilung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsunfähigkeit des Versicherten auf das orthopädisch/neurologisch/psychiatrisch/neuropsychologische Gutachten des C. vom 17. Dezember 2002. Die C.-Gutachter diagnostizierten mit Auswirkung auf die

Arbeitsfähigkeit ein rechtsseitiges Zervikalsyndrom bei Status nach HWS-Distorsionstrauma im Oktober 1992 und März 2000, Spannungstyp-Kopfschmerzen mit migräniformen Exacerbationen und eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung. Es bestehe eine deutliche Diskrepanz zwischen dem Ausmass der subjektiv geklagten Beschwerden und den sehr bescheidenen orthopädischen und neurologischen Befunden, welche auf eine Schmerzfehlverarbeitung im Sinne einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung zurückzuführen sei. Diese schränke den Versicherten in seiner Kraftentfaltung, Ausdauer und psychischen Belastbarkeit deutlich ein. Als Schweisser und Schlosser sei der Versicherte aufgrund des psychischen Leidens im Umfang von 30% arbeitsfähig und in einer körperlich nicht anstrengenden Verweistätigkeit bestehe eine 50%-ige Arbeitsfähigkeit.

E. 5.2

Im Zusammenhang mit dem aktuellen, von der IV-Stelle im Oktober 2011 eingeleiteten Revisionsverfahren, beauftragte die IV-Stelle Dr. med. D. , Facharzt FMH für Rheumatologie, und Dr. med. E. , Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, mit der Begutachtung des Beschwerdeführers. In ihrem rheumatologischpsychiatrischen Gutachten vom 21. Mai 2012 diagnostizierten sie gesamtmedizinisch mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eine leichte depressive Episode und eine Somatisierungsstörung im Sinne einer psychosomatischen Störung. Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie ein chronisches Cervikalsyndrom mit/bei Status nach HWS-Distorsionstrauma im Oktober 1992 und am 27. März 2000, chronisch rezidivierende Spannungskopfschmerzen und migräniforme Kopfschmerzen, Status nach offener Achillessehnennaht links am 23. März 2010 infolge Achillessehnenruptur links, Status nach Hepatitis B (Trägerstatus), Refluxerkrankung, Status nach Gastritis durch *Helicobacter pylori* von Oktober 2006 bis Januar 2007 mit zweimaliger Eradikationstherapie sowie Status nach Nagelentfernung, Débridement Nagelbett, Nagelbettnaht, Darstellung der Nagelwurzel am 21. Mai 2008 infolge ausgeprägter Nagelwachstumsstörung Dig. III links bei Status nach Nonunion einer Endphalanxfraktur in der Kindheit. Aus rheumatologischer Sicht seien die Beschwerden seit Jahren im selben Ausmass vorhanden und es bestehe somatisch nach wie vor keine Diagnose, welche eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bewirke. Es fänden sich vor allem subjektive Symptome, die objektiv erhebbaren Befunde im Bereich der Hauptschmerzzone (cervical, Schulter-/Nackengürtelbereich) seien absolut bland. Aufgrund der erhebbaren Normalbefunde seien dem Exploranden aus rheumatologischer Sicht sämtliche Männerarbeiten vollschichtig zumutbar. Aus psychiatrischer Sicht gebe es keine Hinweise, dass sich die Grundstimmung des Exploranden seit dem Gutachten des C. vom Dezember 2002 in irgendeiner Weise verschlechtert habe. Die depressive Störung sei bereits im Gutachten des C. vom 17. Dezember 2002 im Psychostatus vermerkt, jedoch in der Diagnosenliste nicht aufgenommen worden. Gemäss Dr. E. würden sich auch im objektiven Psychostatus – bis auf einen nach wenigen Minuten beobachteten affektlabilen Einbruch, welcher nur kurze Zeit dauerte – keine Hinweise für eine erhebliche alterierte Affektivität oder Grundstimmung ergeben. Die objektiven Untersuchungsbefunde würden lediglich eine leichte depressive Grundstimmung untermauern, welche zweifellos nicht schwerergradig alteriere. Auch weitere Aspekte des objektiven Psychostatus würden weitgehend bland bis maximal leicht pathologisch ausfallen. So auch jene Parameter, welche sehr gut die innerpsychische Vitalität abzubilden vermögen (äusseres Erscheinungsbild, Psycho- und Sprachmotorik, kognitive Leistungen, Denktempo, Affektverarmung sowie affektive Schwingungsfähigkeit). Diese zusätzlichen

Gesichtspunkte würden zusätzlich sehr gut untermauern, dass lediglich eine leichte, nicht aber eine mittelgradige oder schwere depressive Episode bestehe. Zudem bestehe seit gut einem Jahr keine psychiatrische Behandlung mehr und der Explorand sei über all die Jahre nie antidepressiv mediziert worden. Gemäss den versicherungsmedizinischen Richtlinien der Swiss Insurance Medicine (SIM) seien bei Vorliegen einer leichten depressiven Episode qualitative Funktionseinbussen in der Höhe von 20% zu attestieren. Dabei seien eine erhöhte Ermüdbarkeit, eine Antriebsminderung sowie eine gewisse reduzierte psychische Belastbarkeit berücksichtigt. Zusätzlich zur leichten depressiven Episode könne eine Somatisierungsstörung diagnostiziert werden. Da in der Beschwerdeschilderung vor allem Schwindel und Kopfschmerzen überwiegen würden und Körperschmerzen vom Exploranden nur eher untergeordnet beschrieben worden seien, würden diese Angaben eher die Kriterien einer Somatisierungsstörung im Sinne einer psychosomatischen Entwicklung als jene der – im C. -Gutachten diagnostizierten – anhaltenden somatoformen Schmerzstörung erfüllen. Weitere psychiatrische Diagnose-Entitäten würden nicht vorliegen. Insbesondere könne keine Persönlichkeitsstörung diagnostiziert werden; der Explorand zeige sowohl privat wie auch beruflich stabile Beziehungsgestaltungen und auch anlässlich der psychiatrischen Untersuchung habe er keinerlei interaktionelle Auffälligkeiten gezeigt. Aus psychiatrischer Sicht bestehe in der bisherigen Tätigkeit eine 80%-ige Arbeitsfähigkeit. Gesamtmedizinisch gehen die Dres. D. und E. davon aus dass sich der Gesundheitszustand des Versicherten nicht wesentlich verändert habe, jedoch die in der psychiatrischen Beurteilung des C. Gutachten attestierte Einbusse der Arbeitsfähigkeit nach heute geltenden versicherungsmedizinischen Richtlinien nicht mehr nachvollzogen werden könne. Insbesondere werde in der Beurteilung der C. -Gutachter zu wenig diskutiert, weshalb lediglich aufgrund einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung eine 70%-ige Arbeitsunfähigkeit attestiert worden sei. Es werde zwar erwähnt, dass der Explorand wenig introspektionsfähig sei und ausreichende Copingstrategien weitgehend fehlen würden, jedoch könne auch dies nicht erklären, weshalb bei Vorliegen einer somatoformen Schmerzstörung überhaupt eine Einbusse der Arbeitsfähigkeit attestiert worden sei. Eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung – ohne Vorliegen einer relevanten psychiatrischen Komorbidität – führe nach heute geltenden versicherungsmedizinischen Richtlinien nicht zu einer Arbeitsunfähigkeit. Gesamtmedizinisch und bezogen auf ein Ganztagespensum sei der Versicherte im angestammten Beruf und für eine Verweistätigkeit für sämtliche Männerarbeiten im Umfang von 80% arbeitsfähig. Die attestierte Arbeitsfähigkeit gelte dabei vom Tag der Untersuchung, dem 27. April 2012, an.

E. 5.3

Die IV-Stelle stützte sich bei der Beurteilung des aktuellen medizinischen Sachverhaltes und bei ihrem Entscheid über die Frage, ob eine wesentliche Verbesserung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers eingetreten ist, vollumfänglich auf das Gutachten der Dres. D. und E. vom 21. Mai 2012. Wie oben ausgeführt 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. Solche Indizien liegen keine vor. Das Gutachten der Dres. D. und E. beruht auf einer eingehenden Untersuchung des Versicherten und es berücksichtigt auch die übrigen bei den Akten liegenden

medizinischen Berichte. Zudem geht es einlässlich auf die Beschwerden des Versicherten ein und vermittelt ein hinreichendes Bild über dessen Gesundheitszustand. Es wird deutlich, dass sich der Gesundheitszustand seit der Begutachtung durch das C. im Jahr 2002 nicht wesentlich verändert hat. Die begutachten-den Ärzte kamen in Würdigung der anamnestischen Angaben, der Untersuchungsbefunde sowie der Dokumente zum überzeugenden Schluss, dass aufgrund einer leichten depressiven Episode eine qualitative Funktionseinbusse in der Höhe von 20% besteht, jedoch die in der psychiatrischen Beurteilung des C. -Gutachtens attestierte Einbusse der Arbeitsfähigkeit aufgrund einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung nach heute geltenden versicherungsmedizinischen Richtlinien nicht mehr nachvollzogen werden kann. Auch von Seiten des Beschwerdeführers wurde weder beanstandet noch sind Hinweise ersichtlich, die das Gutachten der Dres. D. und E. als mangelhaft erscheinen lassen. Es ist daher nicht zu beanstanden, dass die IV-Stelle darauf abgestellt hat.

E. 5.4

Aus der vergleichenden Würdigung des Gutachtens des C. mit jenem der Dres. D. und E. ergibt sich, dass die Unterschiede in den fachärztlichen Beurteilungen im Wesentlichen nicht auf eine tatsächliche Veränderung des Gesundheitszustandes zurückzuführen, sondern sich aus der Veränderung von versicherungsmedizinischen Beurteilungsmassstäben ergibt (vgl. E. 4.3 und E. 5.2 f. hiervor). Da eine inzwischen veränderte Rechtspraxis im Regelfall eine revisionsweise Leistungsanpassung ausschliesst (vgl. E. 4.3 hiervor) ist dem Beschwerdeführer zuzustimmen, dass die allgemeinen Voraussetzungen für eine Rentenrevision gemäss Art. 17 ATSG nicht vorliegen. Vorbehalten und zu prüfen ist im Folgenden jedoch die unabhängig von Art. 17 Abs. 1 ATSG gegebene Revidierbarkeit von Invalidenrenten im Geltungsbereich von lit. a Abs. 1 der Schlussbestimmungen. 6.1 Gemäss lit. a Abs. 1 der Schlussbestimmungen, gültig seit 1. Januar 2012, sind Renten, die bei pathogenteischätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebildern (im Folgenden: unklare Beschwerden) gesprochen wurden, innerhalb von drei Jahren nach Inkrafttreten der Gesetzesänderung zu überprüfen. Sind die Voraussetzungen nach Art. 7 ATSG nicht erfüllt, so wird die Rente herabgesetzt oder aufgehoben, auch wenn die Voraussetzungen der Rentenrevision gemäss Art. 17 Abs. 1 ATSG nicht erfüllt sind. Abs. 1 der Schlussbestimmung findet keine Anwendung auf Personen, die im Zeitpunkt des Inkrafttretens dieser Änderung das 55. Altersjahr zurückgelegt haben oder im Zeitpunkt, in dem die Überprüfung eingeleitet wird, seit mehr als 15 Jahren eine Rente der Invalidenversicherung beziehen (lit. a Abs. 4 der Schlussbestimmungen). 6.2. Vorliegend lag der ursprünglichen Rente kein nachweisbarer organischer Befund zugrunde. Die Zusprache der Leistung erfolgte vielmehr gestützt auf die Einschränkungen, welche die Gutachter des C. der somatoformen Schmerzstörung zugeschrieben haben. Die dem Beschwerdeführer ausgerichtete Rente stützte sich somit auf unklare Beschwerden im Sinne von lit. a Abs. 1 der Schlussbestimmungen. Da keine der Ausschlusskriterien gemäss lit. a Abs. 4 der Schlussbestimmungen vorliegen, ist lit. a Abs. 1 der Schlussbestimmungen anwendbar und eine Herabsetzung oder Aufhebung der Rente ist – auch wenn die Revisionsvoraussetzungen nach Art. 17 Abs. 1 ATSG nicht erfüllt sind – möglich. 6.3 Zu prüfen ist das Vorliegen einer Erwerbsunfähigkeit im Sinne von Art. 7 ATSG beziehungsweise die Frage, ob sich die beim Beschwerdeführer diagnostizierten unklaren Beschwerden überhaupt auf die Erwerbsfähigkeit auswirken. 6.3.1 Gemäss Art. 7 Abs. 1 ATSG ist Erwerbsunfähigkeit der durch Beeinträchtigung der körperlichen oder psychischen Gesundheit verursachten und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung

verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt. Nach Art. 7 Abs. 2 ATSG sind dabei ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigungen für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist.

6.3.2 Eine fachärztlich (psychiatrisch) diagnostizierte anhaltende somatoforme Schmerzstörung begründet wie jede andere psychische Beeinträchtigung als solche noch keine Invalidität. Vielmehr besteht eine Vermutung, dass die somatoforme Schmerzstörung oder ihre Folgen mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar sind. Bestimmte Umstände, welche die Schmerzbewältigung intensiv und konstant behindern, können den Wiedereinstieg in den Arbeitsprozess unzumutbar machen, weil die versicherte Person alsdann nicht über die für den Umgang mit den Schmerzen notwendigen Ressourcen verfügt. Ob ein solcher Ausnahmefall vorliegt, entscheidet sich im Einzelfall anhand verschiedener Kriterien (sog. „Foerster-Kriterien“). Im Vordergrund steht die Feststellung einer psychischen Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer. Massgebend sein können auch weitere Faktoren, so: chronische körperliche Begleiterkrankungen; ein mehrjähriger, chronifizierter Krankheitsverlauf mit unveränderter oder progredienter Symptomatik ohne länger dauernde Rückbildung; ein sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens; ein verfestigter, therapeutisch nicht mehr beeinflussbarer innerseelischer Verlauf einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung (primärer Krankheitsgewinn; "Flucht in die Krankheit"); das Scheitern einer konsequent durchgeführten ambulanten oder stationären Behandlung (auch mit unterschiedlichem therapeutischem Ansatz) trotz kooperativer Haltung der versicherten Person. Je mehr dieser Kriterien zutreffen und je ausgeprägter sich die entsprechenden Befunde darstellen, desto eher sind – ausnahmsweise – die Voraussetzungen für eine zumutbare Willensanstrengung zu verneinen (BGE 131 V 50 E. 1.2 mit Hinweisen). Diese Grundsätze gelten auch für die zum gleichem Symptomenkomplex gehörenden Somatisierungsstörungen (Urteil des Bundesgerichts vom 7. Januar 2009, 8C_348/2008, E. 3.1 mit Hinweis).

6.3.3 Gestützt auf die Ausführungen der Gutachter Dres. D. und E. ist davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer aufgrund der diagnostizierten leichten depressiven Episode lediglich eine leichte psychiatrische Komorbidität aufweist. Es würden chronische körperliche Erkrankungen vorliegen, zu einem Rückzug in sämtlichen Lebensbereichen sei es indessen nicht gekommen. Die Beschwerden würden seit dem Unfall vom März 2000 seit mehreren Jahren bestehen, der Explorand stehe jedoch nicht mehr in einer ambulant psychiatrischen Behandlung und er sei auch nie antidepressiv oder anderweitig psychopharmakologisch behandelt worden. Insgesamt könne gesagt werden, dass einzelne Foerster-Kriterien erfüllt seien, so dass dem Exploranden nicht mehr eine vollumfängliche, aktive Willensleistung zugemutet werden könne um seine Körperbeschwerden zu überwinden. Die daraus erwachsenden Einbussen seien dabei nur diskret und gemäss den Empfehlungen von Foerster et al (Med Sach 2/2007) bereits in denjenigen mitberücksichtigt, die sich aus der leichten depressiven Episode ergeben würden.

6.3.4 Die Gesamtwürdigung der bei Fehlen einer psychischen Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer zu beachtenden massgeblichen Kriterien ergibt, dass im vorliegenden Fall von einer Überwindbarkeit des gesundheitlichen Leidens auszugehen ist und damit keine Erwerbsunfähigkeit gestützt auf eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung oder Somatisierungsstörung vorliegt. Die im bidisziplinären Gutachten attestierte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit im Umfang von 20% ergibt sich einzig aus der Diagnose einer leichten

depressiven Episode.

E. 7

Aus dem Gesagten folgt, dass gestützt auf die vorhandenen medizinischen Unterlagen die Frage, in welchem Ausmass der Beschwerdeführer im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 14. Juni 2013 arbeitsfähig war, abschliessend beurteilt werden kann. Zusammenfassend ergibt sich, dass seit dem Einspracheentscheid vom 9. September 2005 zwar keine Verbesserung in den gesundheitlichen Verhältnissen eingetreten, jedoch lit. a Abs. 1 der Schlussbestimmungen anwendbar und eine Herabsetzung oder Aufhebung der Rente zulässig ist. Dem Beschwerdeführer verbleibt dem massgeblichen und schlüssigen Gutachten von Dres. D. und E. zufolge eine Arbeitsfähigkeit von 80%.

E. 8

Bei diesem Ergebnis kann die zwischen den Parteien unstrittig gebliebene Frage des Einkommensvergleichs offen gelassen werden. Die IV-Stelle hat für die Bestimmung des Valideneinkommens aufgrund der langjährigen Abstinenz des Beschwerdeführers vom Arbeitsmarkt auf die Tabellenlöhne der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) des Bundesamtes für Statistik abgestellt. Das Invalideneinkommen hat sie ausgehend von den gleichen Tabellenlöhnen bestimmt und sodann die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aufgrund der leichten depressiven Episode mit einem Abzug im Umfang von 20% berücksichtigt. Bei einer noch verbleibenden Restarbeitsfähigkeit von 80% resultiert ein Invaliditätsgrad von 20% und damit kein Anspruch auf eine Invalidenrente.

E. 9

An diesem Ergebnis ändert – entgegen den Ausführungen des Beschwerdeführers – auch die Tatsache nichts, dass die Invalidenversicherung auf dem Regressweg von der Haftpflichtversicherung der Unfallverursacherin im Rahmen eines Vergleichs eine einmalige Kapitalleistung erhalten hat.

E. 9.1

Sozialversicherungsrecht und Haftpflichtrecht regeln je unterschiedliche Schadensausgleichssysteme, die in vielfältiger Hinsicht aufeinander abgestimmt sind. Die versicherte Person kann gegenüber der haftpflichtigen Person beziehungsweise gegenüber der Haftpflichtversicherung den nicht von einer Sozialversicherung gedeckten Schaden – den Direktschaden – geltend machen, wobei ihr ein Quotenvorrecht zukommt. Die Sozialversicherung tritt gegenüber der haftpflichtigen Drittperson im Zeitpunkt des Ereignisses bis auf die Höhe der gesetzlichen Leistungen in die Ansprüche der versicherten Person und ihren Hinterlassenen ein (Regress gemäss Art. 72 ff. ATSG; vgl. Ueli Kieser, Auswirkungen der sozialversicherungsrechtlichen Revision auf das sozialversicherungs- und Haftpflichtrecht, in: Schaffhauser/Kieser [Hrsg.], Invalidität im Wandel, Gesetzesrevisionen – Rentenrevisionen: Aktuelle Entwicklungen und Probleme, St. Gallen 2005, S. 149 mit Hinweisen).

E. 9.2

Ein allfälliger Vergleich über Regressforderungen steht einer Revision der Rente nach dem klaren Wortlaut von lit. a Abs. 5 der Schlussbestimmungen nicht entgegen. Gemäss ausdrücklicher gesetzlicher Regelung in lit. a Abs. 5 der Schlussbestimmungen bewirken Änderungen von IV-Rentenansprüchen nach den Abs. 1-4 weder eine Anpassung der Rentenansprüche nach dem Bundesgesetz über die Unfallversicherung (UVG) vom 20.

März 1981 (Komplementärrente) noch andere Ausgleichsansprüche der Versicherten. Wie sich dem im Amtlichen Bulletin publizierten Antrag Humbel der Sitzung im Nationalrat vom 16. Dezember 2010 entnehmen lässt, gilt dies auch für Haftpflichtfälle, wo die Invalidenversicherung Invalidenleistungen ganz oder teilweise als Kapitalabfindung von den Haftpflichtversicherern regressiert hat. Dieses Regress-Substrat soll nicht als Ausgleichsanspruch geltend gemacht werden können, wenn die Rente wegfällt (vgl. AB 2010 N 2116 ff.).

E. 9.3

Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers hat die Invalidenversicherung auch nicht die Wahl, ob sie die Schlussbestimmungen anwenden will oder nicht. Das Bundesgericht hat in einem kürzlich ergangenen Urteil die verfassungs- und EMRK-Konformität von lit. a Abs. 1 der Schlussbestimmungen bejaht (Urteil vom 31. Oktober 2013, 8C_972/2012), so dass einer Anwendung dieser Regelung nichts entgegensteht. Die Verwaltung wie auch die Gerichte sind verpflichtet, die Schlussbestimmungen bei Vorliegen der entsprechenden Voraussetzungen zur Anwendung zu bringen. Sind die Voraussetzungen einer Rentenaufhebung erfüllt, muss die IV-Stelle diese verfügen, unabhängig davon, welche Vereinbarung sie zuvor mit Dritten abgeschlossen hat. Die Argumentation des Beschwerdeführers, dass der Rentenanspruch vorliegend als wohlerworbenes Recht zu qualifizieren sei, zielt ins Leere. Das Gesetz regelt den Anspruch auf eine Rente und nennt auch die Gründe, welche zu einer Rentenanpassung führen. Von einem wohlerworbenen Recht auf eine Rente kann unter diesen Umständen keine Rede sein. Aus der Vereinbarung zwischen Haftpflichtversicherung und Invalidenversicherung lassen sich somit keine Gründe für eine Weiterausrichtung der Rente ableiten.

E. 10

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. 600.-- fest. Nach § 20 Abs. 3 VPO werden die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei in angemessenem Ausmass auferlegt. Entsprechend dem Ausgang dieses Verfahrens hat der Beschwerdeführer als unterliegende Partei die Verfahrenskosten zu tragen. Die Verfahrenskosten in Höhe von Fr. 600.-- werden mit dem vom Beschwerdeführer geleisteten Kostenvorschuss verrechnet. 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. Gegen diesen Entscheid wurde von A. am 6. März 2014 Beschwerde beim Bundesgericht (siehe nach Vorliegen des Urteils: Verfahren-Nr. 9C_189/2014), erhoben.