

BL_GERICHTE 720 2025 4 vom 21. November 2024

BL Gerichte, 2024-11-21, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bl_gerichte_720_2025_4

FR: BL_GERICHTE 720 2025 4 du 21 novembre 2024

IT: BL_GERICHTE 720 2025 4 del 21 novembre 2024

Regeste

Gestützt auf die vorliegenden medizinischen Unterlagen ist keine erhebliche Veränderung des Gesundheitszustands im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG eingetreten

Erwägungen

E. 1

Auf die beim örtlich und sachlich zuständigen Gericht und im Weiteren form- und fristgerecht eingereichte Beschwerde ist einzutreten.

E. 2

Am 1. Januar 2022 trat das revidierte Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG) vom 19. Juni 1959 in Kraft (Weiterentwicklung der IV [WEIV], Änderung vom 19. Juni 2020). Im Rahmen dieser Revision wurde unter anderem auch die Bestimmung des Art. 17 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000 betreffend Revision angepasst. Für Rentenbezügerinnen und Rentenbezüger, deren Rentenanspruch vor Inkrafttreten dieser Änderung entstanden ist und die bei Inkrafttreten dieser Änderung das 55. Altersjahr noch nicht vollendet haben, bleibt der bisherige Rentenanspruch bestehen, bis sich der Invaliditätsgrad nach Art. 17 Abs. 1 ATSG ändert (Ziff. b Abs. 1 der Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 19. Juni 2020). Da die IV-Stelle den Rentenbeginn auf den 1. August 2011 festgelegt und der Beschwerdeführer am 1. Januar 2022 das 55. Altersjahr noch nicht vollendet hat, finden auf die vorliegende Streitigkeit die hier relevanten IVG-Bestimmungen in der bis 31. Dezember 2021 gültig gewesenen Fassung Anwendung. Sie werden im Folgenden jeweils in dieser Version wiedergegeben und angewendet. 3.1 Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), die während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid sind (lit. c). Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG). 3.2 Als Invalidität gilt nach Art. 8 ATSG die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Sie kann im IV-Bereich Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Unter Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht

kommenden allgemeinen Arbeitsmarkt zu verstehen (Art. 7 Abs. 1 ATSG).

E. 4

Streitig und zu prüfen ist die revisionsweise Reduktion der bisher ausgerichteten ganzen Rente.

E. 4.1

Nach Art. 17 Abs. 1 ATSG sind laufende Invalidenrenten 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 Gesundheitszustands der versicherten Person, wobei die reale Veränderung eines medizinischen Sachverhalts von einer bloss nur nominellen Differenz zu unterscheiden ist. Darüber hinaus ist eine Rente aber auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustands erheblich verändert haben (BGE 130 V 349 E. 3.5 mit Hinweisen). Es obliegt dem Versicherungsträger, eine erhebliche Veränderung des Invaliditätsgrads nachzuweisen, wenn er eine Rente reduzieren oder aufheben will (SVR 2014 UV Nr. 7 S. 21). Hintergrund bildet der Umstand, dass der Untersuchungsgrundsatz (Art. 43 Abs. 1 ATSG) die Verwaltung verpflichtet, von Amtes wegen Gründe für und gegen das Vorliegen oder Fehlen eines Sachumstands heranzuziehen (BGE 141 V 281 E. 3.4.2.2). Ist eine anspruchserhebliche Änderung des Sachverhalts mit Blick auf eine revisionsweise Änderung einer zuvor zugesprochenen Versicherungsleistung nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt (BGE 129 V 177 E. 3.1), bleibt es nach dem Grundsatz der materiellen Beweislast beim bisherigen Rechtszustand (Urteil des Bundesgerichts vom 7. November 2013, 8C_48/2013, E. 2.4).

E. 4.2

Die abweichende medizinische oder rechtliche Einschätzung von im Wesentlichen unveränderten tatsächlichen Verhältnissen führt nicht zu einer materiellen Revision (BGE 115 V 308 E. 4a/bb; SVR 2004 IV Nr. 5 S. 13 E. 2, I 574/02). Bloss auf einer anderen Wertung beruhende, revisionsrechtlich unerhebliche Differenzen sind daher von revisionsbegründenden tatsächlichen Veränderungen abzugrenzen. Eine ärztliche Schlussfolgerung, die von der früheren abweicht, obwohl sich der beurteilte Gesundheitszustand effektiv nicht verändert hat, ist meist auf eine unterschiedliche Ausübung des medizinischen Ermessens zurückzuführen (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 28. Juni 2011, 9C_243/2010, E. 3.4.2.3). Für die Annahme einer anspruchserheblichen Veränderung im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG genügt unter medizinischen Aspekten somit weder eine im Vergleich zu früheren ärztlichen Einschätzungen ungleich attestierte Arbeitsunfähigkeit noch eine unterschiedliche diagnostische Einordnung des geltend gemachten Leidens; massgeblich ist vielmehr eine (erheblich) veränderte Befundlage (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 29. August 2025, 9C_93/2025, E. 2.2.2; BGE 141 V 9 E. 2.3).

E. 4.3

Die Feststellung einer revisionsbegründenden Veränderung erfolgt durch eine Gegenüberstellung eines vergangenen und des aktuellen Zustands. Gegenstand des Beweises ist somit das Vorhandensein einer entscheidungserheblichen Differenz in den –

hier 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 231 E. 5.1, 125 V 351 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 Gesundheitszustands stattgefunden hat. Vorbehalten bleiben Sachlagen, in denen es evident ist, dass die gesundheitlichen Verhältnisse sich verändert haben (Urteile des Bundesgerichts vom 29. August 2011, 9C_418/2010, E. 4.2, und vom 26. März 2015, 9C_710/2014, E. 2).

E. 4.4

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 (Urteil des Bundesgerichts vom 13. Oktober 2017, 8C_170/2017, E. 5.2 mit Hinweis).

E. 4.5

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 (vgl. Alfred Bühler, Beweismass und Beweiswürdigung bei Gerichtsgutachten, in: Der Haftpflichtprozess, Fellmann/Weber [Hrsg.], 2006, S. 67). 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 (Urteil des Bundesgerichts vom 29. August 2011, 9C_418/2010, E. 4.3 m.w.H.). Diesem Beweiswertkriterium kommt hinsichtlich der Entscheidungsgrundlagen in Revisionsfällen – mit Blick auf deren vergleichende Natur – eine besondere Bedeutung zu.

E. 4.6

Zeitliche Vergleichsbasis für die Prüfung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrads bildet die letzte (der versicherten Person eröffnete) rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustands) beruht (BGE 133 V 114 E. 5.4; vgl. auch BGE 130 V 75 E. 3.2.3). Vorliegend sprach die IV-Stelle dem Versicherten mit unangefochten in Rechtskraft erwachsenen Verfügungen vom 12. Februar 2014 und vom 26. März 2014 rückwirkend ab 1. August 2011 eine auf einem Invaliditätsgrad von 100 % basierende Invalidenrente zu. Infolge des im November 2014 von Amtes wegen eingeleiteten Rentenrevisionsverfahrens gelangte die IV-Stelle mit Verfügung vom 21. November 2024 zur Auffassung, dass die dem Versicherten im damaligen Zeitpunkt zugesprochene ganze Rente aufgrund einer Verbesserung des Gesundheitszustands ab 1. Januar 2025 auf eine auf einem Invaliditätsgrad von 40 % basierende Viertelsrente zu reduzieren sei. Somit beurteilt sich die Frage, ob eine Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen eingetreten ist, die eine revisionsweise Reduktion der bis anhin ausgerichteten ganzen Rente rechtfertigt, durch Vergleich des Sachverhalts, wie er im Zeitpunkt der rentenzusprechenden Verfügungen vom 12. Februar 2014 und vom 26. März 2014 bestanden hat, mit demjenigen im Zeitpunkt der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 21. November 2024.

5.1 Im Zeitpunkt der Rentenverfügungen vom 12. Februar 2014 und vom 26. März 2014 stützte sich die IV-Stelle auf das monodisziplinäre Gutachten der Klinik B. vom 11. Januar 2013. Als psychopathologischen Befund hielten die Gutachter fest, die Aufmerksamkeit und die Konzentration seien gestört. Bei der Prüfung der Merkfähigkeit entstehe der Eindruck einer Aggravation. An Sinnestäuschungen würden illusionäre Verkennungen (siehe Schatten) und akustische Halluzinationen (Frauenstimme) bestehen. Imperative, kommentierende oder dialogisierende Stimmen seien nicht eruierbar. Ferner führten die Gutachter aus, eine exakte diagnostische Zuordnung erscheine aufgrund der ungewöhnlichen Symptomkonstellation schwierig, zumal die Beschwerdevalidität eingeschränkt sei. Akustische Halluzinationen seien fremdanamnestisch bestätigt worden. Ein wahnhaftes Erleben sei dabei nicht ausgeschlossen, unverständliche Handlungsabläufe seien in der Untersuchungssituation beobachtet und fremdanamnestisch bestätigt worden. Somit bestehe ein psychotisches Syndrom, wobei eine Schizophrenie-Diagnose nicht gestellt werden könne (keine Ich-Störungen; kommentierende oder dialogisierende Stimmen seien nicht sicher eruierbar). Inhalte eines möglicherweise wahnhaften Erlebens könnten nicht eruiert und somit hinsichtlich der möglichen diagnostischen Zuordnung nicht beurteilt werden. Es würden keine formalen Denkstörungen bestehen. Auch könnten Diagnosen einer anhaltenden wahnhaften Störung (Wahn als einziges Symptom), einer vorübergehenden akuten psychotischen Störung (vollständige Besserung in der Regel innerhalb weniger Monate) oder einer psychotischen Form einer manischen oder schweren depressiven Episode (Affektauslenkung als führendes Symptom) nicht gestellt werden. Somit sei das Krankheitsbild am ehesten unter sonstige nicht organische psychotische Störungen abzubilden, wobei eine reaktive Entwicklung nach dem erlittenen Unfall anzunehmen sei. Eine dissoziative Störung stelle eine relevante Differenzialdiagnose dar, deren Kriterien erfüllt seien. Das Vollbild einer posttraumatischen Belastungsstörung könne nicht diagnostiziert werden, hierbei bestehe eine Diskrepanz zu früheren Beurteilungen. Über die psychotische Symptomatik hinaus bestehe ein depressives Syndrom. Die leichte depressive Episode habe keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Als Diagnosen mit Auswirkung auf

die Arbeitsfähigkeit wurden eine nicht organische psychotische Störung, differentialdiagnostisch eine dissoziative Störung gestellt. Die festgestellten Störungen würden gemäss dem Gutachten dazu führen, dass die Fähigkeit, sich an Regeln und Routinen anzupassen, Aufgaben zu planen und zu strukturieren, fachliche Kompetenzen anzuwenden, die Flexibilität, die Umstellungsfähigkeit, die Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit, die Durchhalte- und Gruppenfähigkeit sowie die Verkehrsfähigkeit massiv gestört seien. Die Realität werde vom Versicherten nicht adäquat wahrgenommen, auch bestehe kein adäquates Verhalten. Die angestammte Tätigkeit als Kranführer und auch andere Tätigkeiten seien in diesem Zustand nicht zumutbar. Es bestehe folglich für jegliche Tätigkeit eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Die Arbeitsfähigkeit könne durch eine leitliniengerechte, vorzugsweise stationäre, psychiatrisch/psychotherapeutische Behandlung theoretisch verbessert werden. Die Prognose erscheine jedoch aufgrund eines bereits chronifizierten Verlaufs ungünstig.

5.2 Im Zusammenhang mit dem im November 2014 eingeleiteten Revisionsverfahren holte die IV-Stelle zur Abklärung des massgeblichen medizinischen Sachverhalts folgende Gutachten ein:

5.2.1 Im rheumatologischen Gutachten vom 12. Oktober 2016 stellte Dr. med. C. , FMH für Rheumatologie und Innere Medizin, keine Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Er hielt fest, aus rein somatischer Sicht bestehe keine Einschränkung für sämtliche angestammten Tätigkeiten als Kranführer, Bauarbeiter und Reinigungsmitarbeiter. Der Explorand sei für jegliche Männerarbeit voll arbeitsfähig. Zwischen den subjektiven Angaben und den objektiv erhebbaren Befunden würden sich erhebliche Diskrepanzen finden. Die Befunde würden zwar einer Rückenfehlform entsprechen, diese stelle vorliegend jedoch eine Normvariante dar.

5.2.2 Dr. med. D. , FMH Psychiatrie und Psychotherapie, kam im psychiatrischen Gutachten vom 3. November 2016 zum Schluss, es bestehe eine Persönlichkeitsänderung nach psychischer Erkrankung, differentialdiagnostisch ein chronifizierter psychotischer Zustand und eine chronifizierte depressive Störung mit psychotischen Symptomen. Dr. D. führte aus, es finde sich ein deutlich depressiver, kognitiv beeinträchtigter, innerlich angespannter und unruhiger Explorand, der psychomotorisch etwas verlangsamt sei und eher undifferenzierte, kurze Angaben mache; er äussere auch paranoid anmutende Gedanken. Hinweise auf Aggravation und Inkonsistenzen zeigten sich keine. Der Explorand sei in allen vergleichbaren Lebensbereichen massiv beeinträchtigt, das Aktivitätenniveau sei stark reduziert. Er sei in keiner Weise belastbar, leide unter kognitiven Beeinträchtigungen, sei psychomotorisch beeinträchtigt und habe grosse Mühe im zwischenmenschlichen Bereich mit starken Stimmungsschwankungen sowie Rückzugstendenz, weswegen die angestammte wie auch jegliche andere Tätigkeit seit 2010 nicht mehr möglich sei. Die Prognose sei aus psychiatrischer Sicht ungünstig, da ein chronifizierter Zustand vorliege. Die gleichen Schlüsse zogen Dr. C. und Dr. D. in der im Gutachten enthaltenen Konsensbeurteilung.

5.2.3 Lic. phil. E. , Fachpsychologe für Neuropsychologie FSP, führte im neuropsychologischen Gutachten vom 21. Juni 2019 aus, es hätten keine validen Befunde erhoben werden können. Bei der Testung habe der Explorand eine auffallend geringere Leistungsbereitschaft als bei der Anamnese gezeigt. Wiederholt sei es zu Absenzen gekommen und der Explorand habe mehrfach als Unterbrechung aufstehen sowie umhergehen müssen. Das Verhalten in der Testung habe demonstrativ und überzeichnet gewirkt. Eine valide und umfassende kognitive Testung sei nicht durchführbar gewesen. Aufgrund der Eigenangaben und der Verhaltensbeobachtungen würden sich im Rahmen der neuropsychologischen Untersuchung Hinweise auf emotionale oder psychopathologische Auffälligkeiten ergeben, die mit den Testbefunden interferieren könnten. Die

neuropsychologische Störung sei gemäss lic. phil. E. in der vorliegenden qualitativen und quantitativen Ausprägung nicht konsistent mit den akten- und eigenanamnetischen Angaben zum Verlauf sowie der Alltags- und Berufsfunktionalität. Des Weiteren seien die Befunde nicht vereinbar mit den medizinischsomatischen und den psychiatrischen Diagnosen. Die Validität der neuropsychologischen Befunde sei aufgrund der Aggravation nicht gegeben. Inwiefern eine Aggravation der psychiatrischen Symptomatik vorliege, müsse gemäss lic. phil. E. aus psychiatrischer Sicht beurteilt werden. Zudem könne er aufgrund der nicht validen Befunde aus neuropsychologischer Sicht keine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit vornehmen.

5.2.4 In der Verlaufsbegutachtung vom 13. Februar 2020 hielt Dr. D. zum Befund fest, der Explorand leide weiterhin unter teilweisem Stimmenhören, zweimal sei es zu überraschenden emotionalen Durchbrüchen gekommen. Der Versicherte habe bestätigt, dass diese Erregungen in verschiedenen Situationen immer wieder auftreten würden und er sich teilweise nicht mehr genügend kontrollieren könne; er wisse dann nicht mehr, was er tue und habe auch schon Dinge zerstört. Weiter führte Dr. D. aus, ein auffälliger Zustand bestehe seit dem Unfall im Jahr 2010. Der Explorand sei anlässlich der Untersuchung zwar etwas offener und besser zugänglich als bei der letzten Untersuchung, doch zeige sich eine hohe Irritabilität, indem er bei Geringfügigkeiten schnell emotional reagiere und drohe, die Kontrolle zu verlieren. Diese emotionale Instabilität werde auch vom behandelnden Psychiater wiederholt aufgeführt und beschrieben. Es müsse gemäss Dr. D. von einer mindestens mittelschweren bis teilweise schwergradigen depressiven Störung ausgegangen werden. Das vom Explorand dokumentierte Stimmenhören scheine ihn subjektiv nicht mehr derart zu belasten wie in der Vergangenheit, doch immer noch intermittierend aufzutreten und sei am ehesten im Rahmen der affektiven Problematik zu interpretieren. Sicher könne differentialdiagnostisch ein paranoidhalluzinatorisches Syndrom angenommen werden, doch sei die Genese dadurch immer noch unklar. Die Kriterien für eine schizophreneartige Störung seien nicht erfüllt, es würden sich keine Hinweise auf eine klare psychotische Problematik oder isolierte wahnhaftige Störung finden, auch nicht auf eine posttraumatische Belastungsstörung. Die Persönlichkeit sei geprägt durch den chronifizierten depressiven Zustand, wobei sich Hinweise auf emotional instabile Verhaltensweisen zeigten, die auch in den Unterlagen mehrfach dokumentiert seien und mit grosser Wahrscheinlichkeit auch die auffälligen Resultate der neuropsychologischen Abklärung erklären liessen. Der Explorand gebe eine wesentliche Beeinträchtigung im Alltag auf verschiedenen Ebenen an, die durchaus mit dem vorzufindenden Zustand und mit den Angaben in den Unterlagen übereinstimmten, weswegen keine Hinweise auf Inkonsistenzen bestehen würden. Diagnostisch führte Dr. D. mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine chronifizierte depressive Störung mittelgradig bis schwergradigen Ausmasses, mit teilweisen halluzinatorischen Episoden, differentialdiagnostisch eine Persönlichkeitsänderung bei psychischer Erkrankung auf. Die Resultate der neuropsychologischen Abklärung seien im Rahmen dieser psychischen Störung zu erklären und nachvollziehbar. Weder in der bisherigen noch in einer angepassten Tätigkeit bestehe eine Arbeitsfähigkeit, denn der Explorand sei in keiner Weise belastbar und nicht in der Lage, eine genügende Leistung zu erbringen. Vielmehr sei mit kognitiven Beeinträchtigungen, Abbruch einer Tätigkeit, zwischenmenschlichen Problemen und psychomotorischen Beeinträchtigungen zu rechnen. Die medizinischen Massnahmen seien adäquat, weitere Massnahmen könnten nach dem bisherigen Verlauf nicht empfohlen werden. Auf Rückfrage des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) hielt Dr. D. mit Stellungnahmen vom 29. Juli 2020 und vom 22. August 2020 an seinen Einschätzungen

vom 13. Februar 2020 fest. 5.2.5 Die Klinik F. erstellte ein neuropsychologisches Gutachten vom 1. Juni 2023, einen Bericht über die ergotherapeutische und physiotherapeutische Untersuchung sowie ein psychiatrisches Gutachten vom 17. Juli 2023 (nachfolgend: Gutachten der Klinik F.). Der psychiatrische Gutachter der Klinik F. führte aus, der Explorand sei orientiert, im Denken geordnet, habe nicht mehr viele Interessen, ziehe sich meist zurück, habe seit der Einnahme von Venlafaxin keine Ängste mehr, Suizidgedanken würden verneint. Ein- bis zweimal pro Woche höre er für kurze Zeit Stimmen. Das durchgeführte Mini-ICF-APP habe leichte Einschränkungen in der Spontanaktivität, Gruppenfähigkeit, Kontaktfähigkeit, Selbstbehauptungsfähigkeit, Planung und Strukturierung von Aufgaben sowie leichte bis mittlere Einschränkungen in der Durchhaltefähigkeit gezeigt. Die neuropsychologische Untersuchung habe ergeben, dass die Validität des ermittelten kognitiven Leistungsprofils nicht gegeben sei und es würden bei der durchgeführten Performancevalidierung eindeutige Belege einer reduzierten Test-Compliance bestehen. Diagnostisch habe der Neuropsychologe eine nicht authentische Präsentation einer neuropsychologischen Störung mit Übertreibung kognitiver, somatischer und psychischer Beschwerden festgestellt. Gestützt darauf könne keine Einschätzung zur beruflichen Funktionsfähigkeit erfolgen. Das Funktionsniveau sei sehr wahrscheinlich deutlich höher, als dies der Explorand präsentiere. Diagnostisch führten die Gutachter der Klinik F. ein rezidivierend-depressives Zustandsbild, gegenwärtig leichten Ausmasses, und gelegentliches Hören einer Stimme (alle paar Tage bis sechs Wochen) auf. Der psychiatrische Gutachter hielt dazu fest, das kurzzeitige Stimmenhören könne nicht als Symptom einer tieferliegenden schweren psychischen Störung wie beispielsweise einer Schizophrenie oder einer schweren depressiven Erkrankung beurteilt werden. Die vorliegende Beurteilung unterscheide sich deutlich von den Beurteilungen anderer Psychiater. All die in den Vorberichten erwähnten fünf Diagnosen könnten nicht gestellt werden. Auch hätten die Symptome, die dort erhoben worden seien, nur in ganz leichtem Ausmass erhoben werden können. Dazu gehöre insbesondere die depressive Symptomatik. Es sei eine deutliche Selbstlimitierung, eine Aggravation der Symptomatik und zeitweise eine grosse Unlust, Aufgaben auszuführen, feststellbar. Die Beobachtungen, die während des Aufenthaltes in der Klinik F. gemacht worden seien und die vom Versicherten gemachten Angaben zu einer allfälligen Arbeitstätigkeit würden zeigen, dass der Explorand mit klarer Unterstützung, klaren Vorgaben sowie einer für ihn lösbaren Aufgabe bereit sei, in den Arbeitsprozess einzusteigen. Aus psychiatrischer Sicht sei der Versicherte grundsätzlich in der Lage, eine Arbeitstätigkeit als Kranführer auszuüben. Ob dies aus haftpflichtrechtlicher Sicht möglich sei, müsse ein Arbeitgeber entscheiden. Der Explorand habe seit mehr als zehn Jahren weder als Kranführer noch in einer anderen Tätigkeit gearbeitet. Es sei deshalb angezeigt, ein aufbauendes Arbeitstraining mit langsam steigender Belastung einzuleiten. Aus psychiatrischer Sicht könne der Beschwerdeführer ein solches Arbeitstraining mit einer 50%-igen Arbeitsanwesenheit beginnen. Der Versicherte sei auch in der Lage, einer angepassten Arbeitstätigkeit nachzugehen. Auch hier sei es sinnvoll und notwendig, diese Integration in langsamen Schritten mit einem Arbeitstraining anzugehen. Zur Frage nach einer Veränderung des Gesundheitszustands führte der psychiatrische Gutachter der Klinik F. aus, in früheren Berichten seien zahlreiche Diagnosen gestellt worden. Hingegen könne er nach seiner Untersuchung nur eine leichte depressive Störung diagnostizieren. In früheren Berichten habe sich gezeigt, dass der Tagesablauf der dortigen Untersuchung ziemlich ähnlich beschrieben worden sei. Im Gutachten von Dr. D. würden sexuelle Aktivitäten verneint, wohingegen sich in der

vorliegenden Untersuchung gezeigt habe, dass der Versicherte mit Hilfe von Viagra eine gute Erektion erreichen und erfreulich sexuell aktiv sein könne. Auch seien in früheren Berichten Aktivitäten mit den Kindern verneint worden. In der vorliegenden Untersuchung habe der Explorand angegeben, dass er mit den Kindern sowohl zum Fasnachtsumzug, zeitweise in die Stadt und im Sommer ins Schwimmbad gehe. Auch seien in früheren Berichten die Besuche bei den Eltern im Ausland so beschrieben worden, dass der Versicherte angegeben habe, er würde dann vor allem bei der Mutter in der Wohnung sein. Nun habe der Explorand angegeben, er könne manchmal das Auto des Vaters benutzen und so auch Freunde sowie Kollegen besuchen. Mit seiner Frau und den Kindern würde er im Garten grillieren und dabei auch einen aktiven Part übernehmen. Im Gespräch habe der Explorand klar und bestimmt angegeben, er würde, falls ihm das der Arzt erlauben würde, wieder zu arbeiten beginnen. An einem Arbeitstraining habe er sich interessiert gezeigt. Der psychiatrische Gutachter führte in zeitlicher Hinsicht aus, rückwirkend sei schwierig zu beurteilen, wann die Veränderung des Gesundheitszustands anzunehmen sei, da die bisherigen Gutachten und ärztlichen Berichte von psychiatrischen Fachärzten in sich konsistent gewesen seien und die beschriebenen Symptome zu den Diagnosen gepasst hätten. Es falle jedoch auf, dass bereits im Jahr 2016 durch Dr. C. und im Jahr 2019 durch lic. phil. E. deutliche Diskrepanzen zwischen den subjektiven Angaben und den objektiv erhebbaren Befunden oder den Ergebnissen der neuropsychologischen Untersuchung aufgezeigt worden seien. Aus psychiatrischer Sicht würden sich deshalb seit 2016 deutliche Diskrepanzen zeigen und es könne angenommen werden, dass seit circa 2016, aber sicher seit der neuropsychologischen Untersuchung durch lic. phil. E. im Juni 2019, berechnete Zweifel an der Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit bestehen würden. Aus psychiatrischer Sicht sei es sehr wahrscheinlich, dass seit Juni 2019 ein Arbeitstraining mit einer 50%-igen Arbeitsanwesenheit möglich gewesen wäre.

6.1 Die IV-Stelle stütze sich bei der Beurteilung des aktuellen medizinischen Sachverhalts und bei ihrer Entscheidung über die Frage, ob eine wesentliche Verbesserung des Gesundheitszustands eingetreten ist, auf die Beurteilung der Klinik F., im Wesentlichen auf das psychiatrische Teilgutachten vom 17. Juli 2023. Sie ging demzufolge davon aus, dass sich der Gesundheitszustand des Versicherten seit den ursprünglichen Rentenverfügungen vom 12. Februar 2014 und vom 26. März 2014 verbessert habe. Namentlich seit spätestens Juni 2019, dem Zeitpunkt der neuropsychologischen Begutachtung durch lic. phil. E., bestehe in einer leidensangepassten Tätigkeit eine 100%ige Arbeitsfähigkeit. Dr. med. G., FMH Psychiatrie und Psychotherapie, RAD, führte in ihrer Beurteilung vom 15. November 2023 aus, in der angestammten Tätigkeit als Kranführer bestehe eine volle Arbeitsunfähigkeit. Eine leidensangepasste Tätigkeit sei dem Versicherten – ohne Fahr-, Steuer- oder Überwachungstätigkeiten sowie Tätigkeiten mit erhöhter Unfallgefahr, z.B. an gefährlichen Maschinen – jedoch im Umfang von 100 % zumutbar. Demgegenüber machte der Beschwerdeführer im Wesentlichen unter Verweis auf die Ausführungen von Dr. D. in der Verlaufsbeurteilung vom 13. Februar 2020 und den Stellungnahmen vom 29. Juli 2020 sowie vom 22. August 2020 geltend, es sei nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, dass sich sein Gesundheitszustand dauernd und erheblich verbessert habe.

6.2 Zur Bekräftigung seines Standpunkts holte der Beschwerdeführer ein Fachgutachten von Dr. med. et. dipl.-theol. univ. H., FMH Psychiatrie und Psychotherapie, vom 1. April 2024 ein. Dr. H. diagnostizierte mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine paranoidhalluzinatorische Schizophrenie, unvollständig remittiert bei neuroleptischer Behandlung. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizierte er eine

rezidivierende depressive Störung, weitgehend remittiert unter antidepressiver Behandlung, und Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung, ohne dass jedoch die Kriterien dieses Störungsbilds in der Vollständigkeit eines anerkannten Klassifikationssystems vorliegen würden. Angesichts von über zehn Jahren anhaltendem Verlauf einer Krankheitsgeschichte, unübersehbaren Symptomkonstellationen und Befunden sowie klar darstellbarer psychiatrischer Krankheit dürfte der Beschwerdeführer gemäss Dr. H. wohl kaum einem Arbeitgeber zumutbar sein. Eine geldwerte Arbeitsleistung im angestammten Beruf sei nicht realisierbar. Dr. H. attestierte eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit in jeglicher Tätigkeit. Ferner führte er aus, in 13 Jahren Behandlung und Begutachtungen liege lediglich eine ernsthafte Auseinandersetzung mit der Frage des Vorliegens einer psychotischen Erkrankung und dem Phänomen des Stimmenhörens vor, namentlich die Begutachtung der Klinik B. vom 11. Januar 2013. Zehn Jahre nach dieser Begutachtung sei ein psychotisches Syndrom nach wie vor unverkennbar und zwar klar im Sinne einer primär psychotischen Störung. Bei differenzierter Betrachtung der Symptomatik im Längsschnitt, reichend von ersten Berichten 2010 bis einschliesslich Begutachtung durch die Klinik F. im Jahr 2023, komme man gemäss Dr. H. nicht umhin, durchgängig psychotische Symptome zu identifizieren, die sich in der Gesamtheit nicht anders einordnen liessen als das nosologische Konzept einer schizophrenen Psychose. Es sei durchaus möglich, die in den Akten beschriebenen Auffälligkeiten, Diskrepanzen und invaliden Ergebnisse in neuropsychologischen Untersuchungen wie auch Selbstlimitation im Rahmen der stationären Behandlung als störungsimmanent im Rahmen der schizophrenen Erkrankung zu diskutieren und dem eine hohe Wahrscheinlichkeit zuzuordnen. Entscheidend sei jedoch festzuhalten, dass dieser 13-jährige Verlauf von Psychopathologie allein mit dem Konzept der Aggravation und Selbstlimitierung in keinsten Weise zu erklären sei. Zusammenfassend sei vom Vorliegen einer Schizophrenie auszugehen. Zum psychiatrischen Gutachten der Klinik F. führte Dr. H. aus, es liege eine umfangreiche Aktenanamnese und Anamnese vor. Bezüglich des psychotischen Erlebens sei über Stimmenhören ein- bis zweimal pro Woche oder auch seltener für kürzere Zeit berichtet worden. In der neuropsychologischen Untersuchung der Klinik F. sei eine nicht authentische Präsentation und neuropsychologische Störung mit Übertreibung kognitiver, somatischer und psychischer Beschwerden festgehalten worden. Die Ergotherapeutin beschreibe eine Selbstlimitierung. In der klinischen Beurteilung sei zwar in Bezug auf die Fragestellung des Vorliegens einer psychotischen Störung lediglich der Satz festgehalten worden, eine Plausibilisierung vormaliger Einschätzungen oder eine Diskussion anderslautender Befunde bzw. eine adäquate nosologische Beurteilung fehle indes. Dr. H. hielt abschliessend fest, die therapeutischen Optionen seien nicht vollständig ausgeschöpft. Die Hoffnung auf eine Verbesserung des Gesundheitszustands sei durchaus begründet, eine Verbesserung der Arbeitsfähigkeit sei ebenfalls nicht auszuschliessen. 7.1 Auf die Beurteilung der Klinik F. kann entgegen der Auffassung der Beschwerdegegnerin zur Beurteilung der Frage, ob eine wesentliche Verbesserung des Gesundheitszustands eingetreten ist, nicht abgestellt werden. Der psychiatrische Gutachter der Klinik F. erhob zwar eine Anamnese und einen psychopathologischen Befund, berücksichtigte die neuropsychologische, ergotherapeutische und physiotherapeutische Einschätzung und nahm Testungen und Zusatzuntersuchungen vor. Dennoch fällt die diagnostische Beurteilung sehr knapp aus. Sie beschränkt sich auf die Diagnose eines rezidivierenden depressiven Zustandsbilds, gegenwärtig leichten Ausmasses. Eine nachvollziehbare Herleitung dieser Diagnose fehlt indes. Auch die Feststellung, ein kurzzeitiges Stimmenhören könne nicht als Symptom

einer tieferliegenden psychischen Störung beurteilt werden, begründete er nicht weiter. Er erwähnte zwar die früher gestellten Diagnosen und hielt fest, seine Beurteilung unterscheide sich deutlich von den von anderen Psychiatern gestellten Diagnosen, führte dazu jedoch wiederum einzig aus, er habe die früher gestellten Diagnosen in seiner Untersuchung nicht feststellen können. Eine eingehende Diskussion und Einordnung der Vordiagnosen fehlt somit, vielmehr führte der psychiatrische Gutachter der Klinik F. einzig eigene, zu den Vorgutachtern abweichende Feststellungen auf. Seine Diagnostik wird letztlich auch nicht mit den erhobenen Befunden begründet und abgeglichen. 7.2 Weiter sind die Schlussfolgerungen zur Arbeitsfähigkeit nicht schlüssig und nachvollziehbar. Zweifel an der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit äusserte der psychiatrische Gutachter der Klinik F. in zeitlicher Hinsicht ab dem neuropsychologischen Gutachten von lic. phil. E. vom 21. Juni 2019. Dies erscheint widersprüchlich, hat doch lic. phil. E. ausdrücklich festgehalten, die Arbeitsfähigkeit müsse von einem Psychiater eingeschätzt werden. Die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht erfolgte sodann durch Dr. D. mit Verlaufsgutachten vom 13. Februar 2020 und den Stellungnahmen vom 29. Juli 2020 sowie vom 22. August 2020. Dr. D. begründete unter Berücksichtigung der neuropsychologischen Beurteilung von lic. phil. E. vom 21. Juni 2019 nachvollziehbar und ausführlich, weshalb (weiterhin) in jeglicher Tätigkeit eine volle Arbeitsunfähigkeit vorlag. Im Gutachten der Klinik F. fehlt eine Auseinandersetzung mit dieser Einschätzung von Dr. D. . Die aufgeworfene Frage zum Vorliegen einer Aggravation wird zudem ohne weitere Auseinandersetzung von den Vorakten übernommen und als Begründung für eine Verbesserung des Gesundheitszustands herangezogen. Dem Gutachten der Klinik F. fehlt es des Weiteren an einer nachvollziehbaren Herleitung der festgehaltenen Veränderung der vollen Arbeitsunfähigkeit zu einer 50%igen Arbeitsfähigkeit und – wie bereits hiavor ausgeführt – dem Zeitpunkt der Veränderung. Schliesslich ist auch die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit selbst, die lediglich eine langsame Angewöhnung mit einem Arbeitstraining in einem Pensum von anfänglich 50 % ab Juni 2019 beinhaltet, nicht aussagekräftig, zumal sich das Gutachten darüber hinaus nicht weiter äussert. 7.3 Was schliesslich massgeblich ins Gewicht fällt, ist die Beantwortung der Frage der Gutachter der Klinik F. , inwiefern eine effektive Veränderung des Gesundheitszustands vorliegt. Der psychiatrische Gutachter der Klinik F. verweist hierzu in knapper Form auf unterschiedliche Schilderungen des Beschwerdeführers gegenüber früheren Gutachten hinsichtlich Reisen, Sexualität, Autofahrten, Freizeit, Tagesablauf etc. Ob sich diese unterschiedlichen Schilderungen diagnostisch und in der Funktionsfähigkeit niederschlagen, bleibt jedoch unklar, zumal der psychiatrische Gutachter der Klinik F. lediglich wiederholt, diagnostisch liege nur noch eine leichte depressive Störung vor. Wie bereits hiavor aufgezeigt (vgl. E. 7.1 hiavor), fehlt eine eingehende, nachvollziehbare Herleitung dieser Diagnose und eine eingehende Auseinandersetzung mit den anderslautenden Diagnosen. Es bleibt somit festzuhalten, dass das Gutachten der Klinik F. die geltend gemachten Leiden des Beschwerdeführers diagnostisch unterschiedlich einordnet als die früheren Gutachter. Diese ärztliche Schlussfolgerung, die von den aktenkundigen, früheren abweicht, obwohl sich der beurteilte Gesundheitszustand effektiv nicht verändert hat, ist vorliegend auf eine unterschiedliche Ausübung des medizinischen Ermessens zurückzuführen, was für die Annahme eines Revisionsgrundes nach Art. 17 ATSG regelmässig nicht genügt (vgl. E. 4.2 hiavor). Wie bereits aufgezeigt, verwiesen die Gutachter der Klinik F. zur Beurteilung der Arbeitsfähigkeit auf das neuropsychologische Gutachten von lic. phil. E. vom 21. Juni 2019. Gestützt darauf ist jedoch wiederum die

Beurteilung von Dr. D. 13. Februar 2020 (inkl. Stellungnahmen vom 29. Juli 2020 und vom 22. August 2020) massgebend. Insofern besteht auch hinsichtlich der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit keine wesentliche Änderung, zumal Dr. D. festhielt, es bestehe in jeglicher Tätigkeit eine volle Arbeitsunfähigkeit. Indem die Gutachter der Klinik F. (indirekt) auf diese Beurteilung der Arbeitsfähigkeit verweisen, ist demnach keine wesentliche Änderung der Arbeitsfähigkeit auszumachen.

E. 8

Dem Gutachten der Klinik F. kommt nach dem Ausgeführten somit kein Beweiswert zu, zumal es sich in Bezug auf die früheren abweichenden ärztlichen Einschätzungen nicht hinreichend darüber ausspricht, inwiefern eine effektive Veränderung des Gesundheitszustands stattgefunden hat (vgl. E. 4.3 hiervoor). Auch aus den übrigen aktenkundigen medizinischen Unterlagen lässt sich nicht mit der notwendigen überwiegenden Wahrscheinlichkeit eine wesentliche Verbesserung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers ableiten. Die weiteren aktenkundigen medizinischen Berichte liefern ebenfalls keine Hinweise dafür, dass sich der Gesundheitszustand oder die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers verbessert hat. Im Gegenteil ergibt sich mit Blick auf das Gutachten von Dr. D. vom 13. Februar 2020 (inkl. Stellungnahmen vom 29. Juli 2020 und vom 22. August 2020) und auf das Gutachten von Dr. H. vom 1. April 2024 – wobei Letzterer nach persönlicher Exploration, Eigen- und Fremdanamnese, unter Berücksichtigung sämtlicher Vorakten und Auseinandersetzung mit sämtlichen anderslautenden Beurteilungen schlüssig, nachvollziehbar sowie ausführlich begründet, weshalb keine Änderung des Gesundheitszustands und der Arbeitsfähigkeit vorliegt – keine Verbesserung des Gesundheitszustands. Vielmehr zeigt sich eine unveränderte Situation. Vergleicht man diesen nunmehr vorliegenden Sachverhalt mit den gesundheitlichen Verhältnissen, wie sie der letztmaligen Rentenzusprache durch die IV-Stelle im Februar und März 2014 zu Grunde gelegen hatten (vgl. E. 4.6 hiervoor), so ergibt sich zusammenfassend, dass eine anspruchsmindernde Änderung in den gesundheitlichen und erwerblichen Verhältnissen auszuschliessen ist. Die gestützt auf die Gutachten von Dr. D. und Dr. H. offensichtlich weiterhin vollständige Arbeitsunfähigkeit des Versicherten geht gemäss den hiervoor bereits aufgezeigten Beweisregeln zu Lasten der Beschwerdegegnerin. Demzufolge ist die angefochtene Verfügung vom 21. November 2024 in Gutheissung der Beschwerde aufzuheben, mit der Folge, dass die bisherigen Rentenleistungen weiterhin an den Beschwerdeführer auszurichten sind (vgl. E. 4.1 hiervoor).

E. 9

Im Übrigen stellt sich ohnehin die Frage, ob die Einholung des Gutachtens der Klinik F. dem Einholen einer unzulässigen Second Opinion gleichkommt. Mit Blick auf die bundesgerichtliche Rechtsprechung (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 29. August 2025, 9C_93/2025, E. 4.2.2) stellt sich die Frage, ob die IV-Stelle gestützt auf die Verlaufsbeurteilung von Dr. D. vom 13. Februar 2020 inklusive der Stellungnahmen vom 29. Juli 2020 und vom 22. August 2020 einen Revisionsgrund hätte verneinen und das Revisionsverfahren dementsprechend hätte abschliessen müssen. Denn wie hiervoor in E. 7.2 f. ausgeführt, hat Dr. D. die Frage nach einer erheblichen Veränderung des Gesundheitszustands in psychiatrischer Hinsicht schlüssig und nachvollziehbar verneint. 10.1 Gemäss Art. 69 Abs. 1 bis Satz 1 IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten über 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 hat deshalb die IV-Stelle als unterliegende Partei die Verfahrenskosten zu tragen. Die Verfahrenskosten in der Höhe von Fr. 800.-- sind demnach der IV-Stelle aufzuerlegen. Der Beschwerdeführer erhält seinen bereits geleisteten Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 800.-- zurückerstattet. 10.2 Nach § 21 Abs. 1 VPO steht dem obsiegenden Beschwerdeführer eine Parteientschädigung zu. Der beigebrachten Honorarnote vom 28. Februar 2025 zufolge beläuft sich der geltend gemachte Aufwand des Rechtsvertreters auf insgesamt 10 Stunden und 30 Minuten. Nicht zu Lasten der Beschwerdegegnerin entschädigt werden kann praxismässig der Aufwand des Rechtsvertreters für die Kommunikation mit der Rechtsschutzversicherung von vorliegend insgesamt 30 Minuten. Es ergibt sich folglich ein Aufwand von 10 Stunden, was sich umfangmässig in Anbetracht der sich stellenden Sachverhalts- und Rechtsfragen als angemessen erweist. Die Bemühungen sind zu dem in Sozialversicherungsprozessen praxismässig für durchschnittliche Fälle zur Anwendung gelangenden Stundenansatz von Fr. 250.-- zu entschädigen. Nicht zu beanstanden sind ferner auch die geltend gemachten 3 % Pauschalspesen. Dem Beschwerdeführer ist demnach eine Parteientschädigung in der Höhe von gerundet insgesamt Fr. 2'783.60 (10 Stunden à Fr. 250.-- zuzüglich 3 % Auslagen sowie 8.1 % Mehrwertsteuer) zulasten der Beschwerdegegnerin zuzusprechen. Demgemäss wird e r k a n n t : 1. Die Beschwerde wird gutgeheissen. Die angefochtene Verfügung der IV-Stelle Basel-Landschaft vom 21. November 2024 wird aufgehoben und es wird festgestellt, dass der Beschwerdeführer weiterhin Anspruch auf eine ganze Rente hat. 2. Die Verfahrenskosten in der Höhe von Fr. 800.-- werden der IV-Stelle Basel-Landschaft auferlegt. Dem Beschwerdeführer wird der geleistete Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 800.-- zurückerstattet. 3. Die IV-Stelle Basel-Landschaft hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 2'783.60 (inkl. Auslagen und 8.1% Mehrwertsteuer) zu bezahlen.

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.