

# **BVGer B-123/2012 vom 22. Januar 2013**

Bundesverwaltungsgericht, 2013-01-22, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger\\_B-123\\_2012](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_B-123_2012)

FR: TAF B-123/2012 du 22 janvier 2013

IT: TAF B-123/2012 del 22 gennaio 2013

## **Regeste**

Rentenrevision

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Gemäss Art. 31 des Verwaltungsgerichtsgesetzes vom 17. Juni 2005 (VGG, SR 173.32) in Verbindung mit Art. 33 Bst. d VGG und Art. 69 Abs. 1 Bst. b des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) sowie Art. 5 des Bundesgesetzes vom 20. Dezember 1968 über das Verwaltungsverfahren (VwVG, SR 172.021) beurteilt das Bundesverwaltungsgericht Beschwerden gegen Verfügungen der IV-Stelle für Versicherte im Ausland. Eine Ausnahme im Sinne von Art. 32 VGG liegt nicht vor.

### **E. 1.2**

Gemäss Art. 37 VGG richtet sich das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht nach dem VwVG, soweit das VGG nichts anderes bestimmt. Indes findet das Verwaltungsverfahrensgesetz aufgrund von Art. 3 Bst. dbis VwVG keine Anwendung in Sozialversicherungssachen, soweit das ATSG anwendbar ist. Nach Art. 1 Abs. 1 IVG sind die Bestimmungen des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1) auf die Invalidenversicherung (Art. 1a - 26bis und 28 - 70) anwendbar, soweit das IVG nicht ausdrücklich eine Abweichung vom ATSG vorsieht.

### **E. 1.3**

Anfechtungsgegenstand des vorliegenden Verfahrens ist die Verfügung der Vorinstanz vom 18. November 2011. Der Beschwerdeführer hat frist- und formgerecht Beschwerde erhoben (Art. 60 ATSG). Als Adressat der angefochtenen Verfügung ist er besonders berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Änderung oder Aufhebung (Art. 59 ATSG). Damit ist auf die Beschwerde einzutreten.

### **E. 2.1**

Das Bundesverwaltungsgericht prüft die Verletzung von Bundesrecht einschliesslich der Überschreitung oder des Missbrauchs des Ermessens, die unrichtige oder unvollständige Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts und die Unangemessenheit, wenn nicht eine kantonale Behörde als Beschwerdeinstanz verfügt hat (Art. 49 VwVG).

### **E. 2.2**

Das Bundesverwaltungsgericht ist gemäss dem Grundsatz der Rechtsanwendung von Amtes wegen nicht an die Begründung der Begehren der Parteien gebunden (Art. 62 Abs. 4

VwVG). Es kann die Beschwerde auch aus anderen als den geltend gemachten Gründen gutheissen oder den angefochtenen Entscheid im Ergebnis mit einer Begründung bestätigen, die von jener der Vorinstanz abweicht (vgl. Häberli, in: Waldmann/Weissenberger, Praxiskommentar VwVG, Art. 62 N 40).

### **E. 2.3**

Im Sozialversicherungsprozess hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blossе Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisanforderungen nicht. Das Gericht hat vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die es von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigt (BGE 126 V 353 E. 5b, 125 V 193 E. 2, je mit Hinweisen).

### **E. 3**

Vorab ist zu prüfen, welche Rechtsnormen im vorliegenden Verfahren zur Anwendung gelangen.

#### **E. 3.1**

Der Beschwerdeführer ist Schweizer Staatsbürger und lebt in Thailand. Mangels einschlägiger staatsvertraglicher Vereinbarungen mit Thailand richtet sich der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Rente der schweizerischen Invalidenversicherung im Prinzip sowohl in materiellrechtlicher als auch in verfahrensrechtlicher Hinsicht nach schweizerischem Recht, insbesondere dem IVG, der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung (IVV, SR 831.201), dem ATSG sowie der entsprechenden Verordnung vom 11. September 2002 (ATSV, SR 830.11).

#### **E. 3.2**

Nach den allgemeinen intertemporalen Regeln sind in verfahrensrechtlicher Hinsicht diejenige Rechtssätze massgebend, welche im Zeitpunkt der Beschwerdebeurteilung Geltung haben (BGE 130 V 1 E. 3.2). In materiellrechtlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgebend, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Sachverhalts Geltung haben (BGE 130 V 329 E. 2.3). Ein allfälliger Leistungsanspruch ist für die Zeit vor einem Rechtswechsel aufgrund der bisherigen und ab diesem Zeitpunkt nach den neuen Normen zu prüfen (pro rata temporis BGE 130 V 445). Damit finden im vorliegenden Verfahren grundsätzlich jene schweizerischen Rechtsvorschriften Anwendung, die bei Erlass der angefochtenen Verfügung vom 18. November 2011 in Kraft standen (Bestimmungen der 5. IV-Revision). Noch keine Anwendung findet vorliegend das am 1. Januar 2012 in Kraft getretene erste Massnahmenpaket der 6. IV-Revision (IVG in der Fassung vom 18. März 2011 [AS 2011 5659]).

#### **E. 3.3**

Bezüglich der vorliegend auf Grund von Art. 2 ATSG in Verbindung mit Art. 1 Abs. 1 IVG zu berücksichtigenden ATSG-Normen zur Arbeitsunfähigkeit (Art. 6), Erwerbsunfähigkeit (Art. 7), Invalidität (Art. 8) und zur Bestimmung des Invaliditätsgrades (Art. 16) hat das Schweizerische Bundesgericht (vormals Eidgenössisches Versicherungsgericht [EVG]) erkannt, dass es sich bei den in Art. 3-13 ATSG enthaltenen Legaldefinitionen in aller Regel um eine formellgesetzliche Fassung der höchstrichterlichen Rechtsprechung zu den entsprechenden Begriffen vor In-Kraft-Treten des ATSG handelt und sich inhaltlich damit keine Änderung ergibt, weshalb die hierzu entwickelte Rechtsprechung übernommen und

weitergeführt werden kann (vgl. BGE 130 V 343 E. 3.1, 3.2 und 3.3).

#### **E. 4**

Streitig ist vorliegend, ob die Vorinstanz zu Recht die bisher ausgerichtete ganze Invalidenrente wegen Änderung des Invaliditätsgrades auf eine halbe Invalidenrente reduziert hat, wobei die Frage im Zentrum steht, ob sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers in rentenrelevanter Weise verbessert hat bzw. ob der Sachverhalt rechtsgenügend abgeklärt und gewürdigt worden ist. Nachfolgend sind die zur Beurteilung der Streitsache massgebenden gesetzlichen Grundlagen und die von der Rechtsprechung entwickelten Grundsätze darzulegen.

##### **E. 4.1**

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). 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 ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 ATSG). Arbeitsunfähigkeit ist die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Art. 6 ATSG).

##### **E. 4.2**

Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch psychische Gesundheitsschäden eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG). Gemäss Rechtsprechung setzt die Annahme einer invalidisierenden psychischen Gesundheitsstörung im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG, namentlich auch einer somatoformen Schmerzstörung, zunächst eine fachärztlich (psychiatrisch) gestellte Diagnose nach einem wissenschaftlich anerkannten Klassifikationssystem voraus (BGE 132 V 65 E. 3.4, 130 V 352 E. 2.2.3 und 2.2.4, 130 V 396). Das Bundesgericht statuierte mit BGE 130 V 352 die Vermutung, dass somatoforme Schmerzstörungen keine hinreichende Basis für die Annahme einer invalidisierenden Einschränkung der Arbeitsfähigkeit und mit zumutbarer Willensanstrengung überwindbar seien. 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. Im Vordergrund steht die Feststellung einer psychischen Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer. Massgebend sein können auch weitere Faktoren, so insbesondere chronische körperliche Begleiterkrankungen, ein mehrjähriger, chronifizierter Krankheitsverlauf mit unveränderter oder progredienter Symptomatik ohne längerdauernde 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") und 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 49 E. 1.2 mit Hinweisen; vgl. auch den am 1. Januar 2008 in Kraft getretenen Art. 7 Abs. 2 ATSG). Diese Grundsätze gelten auch für gewisse Somatisierungsstörungen, die zum gleichen Symptomenkomplex mit pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebildern ohne nachweisbare organische Grundlage gehören (vgl. Urteil des Bundesgerichts [BGer] I 70/07 vom 14. April 2008 E. 5). Bei anhaltenden somatoformen Schmerzstörungen im Besonderen ist zu beachten, dass diese wesentlich durch psychosoziale Probleme und/oder emotionale Konflikte verursacht werden (vgl. BGE 130 V 396 E. 6.1). Dabei ist zu differenzieren: Soweit psychosoziale und soziokulturelle Faktoren selbständig und insofern direkte Ursache der Einschränkung der Arbeitsfähigkeit sind, liegt keine Krankheit im Sinne der Invalidenversicherung vor. Wenn und soweit solche Umstände zu einer eigentlichen Beeinträchtigung der psychischen Integrität führen, indem sie einen verselbständigten Gesundheitsschaden aufrechterhalten oder den Wirkungsgrad seiner - unabhängig von den invaliditätsfremden Elementen bestehenden - Folgen verschlimmern, können sie sich mittelbar invaliditätsbegründend auswirken (Urteile BGer 9C\_ 830/2007 vom 29. Juli 2008 E. 4.2, 9C\_578/2007 vom 13. Februar 2008 E. 2.2 und I 514/06 vom 25. Mai 2007 E. 2.2.2.2, mit Hinweisen; vgl. auch BGE 127 V 294 E. 5a und SVR 2008 IV Nr. 62).

#### **E. 4.3**

Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % Anspruch auf eine ganze Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 % Anspruch auf eine Dreiviertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % Anspruch auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % Anspruch auf eine Viertelsrente. Gemäss Art. 29 Abs. 4 IVG werden Renten, die einem Invaliditätsgrad von weniger als 50 % entsprechen, nur an Versicherte ausgerichtet, die ihren Wohnsitz und ihren gewöhnlichen Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz haben, soweit nicht völkerrechtliche Vereinbarungen eine abweichende Regelung vorsehen.

#### **E. 4.4**

Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades bei erwerbstätigen Versicherten wird das Erwerbseinkommen, das sie 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 könnten, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen; Art. 16 ATSG). Dieser Einkommensvergleich hat in der Regel so zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 128 V 29 E. 1, BGE 104 V 135 E. 2a und b; ZAK 1990 S. 518 E. 2).

#### **E. 4.5**

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, 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 versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4, BGE 115 V 133 E. 2; AHI-Praxis 2002 S. 62 E. 4b/cc). Eine zumutbare Arbeitsmöglichkeit hat sich der Versicherte anrechnen zu lassen (leidensangepasste Verweisungstätigkeit; ZAK 1986 S. 204 f.). Die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht haben die medizinischen Unterlagen nach dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung - wie alle anderen Beweismittel - frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet für das Gericht, dass es alle Beweismittel, unabhängig, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf 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 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 Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 351 E. 3a).

#### **E. 4.6.1**

Ändert sich der Invaliditätsgrad eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Bei einer Verbesserung der Erwerbsfähigkeit ist die anspruchsbeeinflussende Änderung für die Herabsetzung oder Aufhebung der Leistung von dem Zeitpunkt an zu berücksichtigen, in dem angenommen werden kann, dass sie voraussichtlich längere Zeit dauern wird. Sie ist in jedem Fall zu berücksichtigen, nachdem sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate andauert hat und voraussichtlich weiter andauern wird (Art. 88a Abs. IVV). Die Herabsetzung der Renten erfolgt am ersten Tag des zweiten der Zustellung der Verfügung folgenden Monats (Art. 88bis Abs. 2 Bst. a IVV; vgl. BGE 135 V 306 E. 7).

#### **E. 4.6.2**

Ein Revisionsgrund ergibt sich aus jeder wesentlichen Änderung der tatsächlichen Verhältnisse, die geeignet sind, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen (BGE 130 V 343 E. 3.5, m.w.H., SVR 2004 IV Nr. 5 S. 13 E. 2). Keine Veränderung der tatsächlichen Verhältnisse bedeutet eine unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen unveränderten Sachverhalts (zum Beispiel eine andere Einschätzung der zumutbaren Arbeitsleistung, vgl. SVR 2004 IV 5, E. 3.3; 1996 IV Nr. 70 E. 3a). Das Eidgenössische Versicherungsgericht hat in seiner älteren Rechtsprechung jeweils festgehalten, dass ein Revisionsgrund, welcher zur Aufhebung oder Herabsetzung der Rente nach Art. 41 IVG (bzw. heute Art. 17 ATSG) führt, aktenmässig zuverlässig ausgewiesen sein muss (z.B. Urteil EVG I 559/02 vom 31. Januar 2003 E. 3.2 mit weiteren Hinweisen). Die Revisionsbestimmungen dürfen nicht als Grundlage für eine voraussetzungslose

Neuprüfung des Rentenanspruchs verstanden werden (Rüedi, Die Verfügungsanpassung als verfahrensrechtliche Grundfigur namentlich von Invalidenrevisionen, in: René Schaffhauser/Franz Schlauri [Hrsg.], Die Revision von Dauerleistungen in der Sozialversicherung, St. Gallen 1999, S. 15 mit Verweis auf BGE 112 V 371 E. 4). Ob eine tatsächliche Änderung vorliegt oder aber eine revisionsrechtlich unbeachtliche abweichende ärztliche Einschätzung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Gesundheitszustandes, bedarf auch mit Blick auf die mitunter einschneidenden Folgen für die versicherte Person einer sorgfältigen Prüfung. Dabei gilt der Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit; die blossе Möglichkeit einer Verbesserung tatsächlicher Art genügt nicht (Urteil BGer 9C\_88/2010 vom 4. Mai 2010 E. 2.2.2 mit Hinweis).

#### **E. 4.6.3**

Ob eine unter revisionsrechtlichen Gesichtspunkten erhebliche Änderung eingetreten ist, beurteilt sich durch den Vergleich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der ursprünglichen bzw. letzten, der versicherten Person eröffneten rechtskräftigen Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs beruht (Ausgangszeitpunkt), mit demjenigen zur Zeit der streitigen Revisionsverfügung respektive des Einspracheentscheides (Referenzzeitpunkt, BGE 133 V 108 E. 5.4).

#### **E. 4.6.4**

Im vorliegenden Fall wurde eine materielle Abklärung im Rahmen der ursprünglichen Rentenzusprechung durchgeführt, weshalb die Verfügung vom 14. Dezember 1995 den Ausgangszeitpunkt begründet. Die angefochtene Verfügung vom 18. November 2011, welche aufgrund des im Jahr 2009 eingeleiteten Rentenrevisionsverfahrens erging, begründet den Referenzzeitpunkt.

#### **E. 5**

Nachfolgend ist zu prüfen, ob sich der gesundheitliche Zustand sowie die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers zwischen dem Rentenentscheid vom 14. Dezember 1995 und dem Erlass der hier streitigen Verfügung vom 18. November 2011 insoweit gebessert hat, dass die Reduktion der Invalidenrente gerechtfertigt war (vgl. BGE 117 V 198 E. 3a, BGE 133 V 108, BGE 130 V 71).

#### **E. 5.1**

Im Rahmen der ursprünglichen Rentenverfügung vom 14. Dezember 1995 geht aus den Akten hervor, dass sich die IV-Stelle SG für die Beurteilung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit in somatischer Hinsicht insbesondere auf den Kreisärztlichen Untersuchungsbericht der SUVA von Dr. med. D. \_\_\_\_\_ vom 10. Mai 1993 (vgl. IV-SG act. 7), das Gutachten von Dr. med. E. \_\_\_\_\_, Spital F. \_\_\_\_\_, vom 2. Mai 1995 (vgl. IV-SG act. 42), die Arztberichte von Dr. med. G. \_\_\_\_\_ und Dr. med. H. \_\_\_\_\_ vom 20. Juni 1995 und 7. Juli 1995 sowie in psychiatrischer Hinsicht auf das Gutachten von Dr. med. A. \_\_\_\_\_ vom 2. September 1995 (vgl. IV-SG act. 51) stützte. Zu Unrecht geht die Vorinstanz davon aus, dass in psychiatrischer Hinsicht bei der Rentenzusprechung auch auf das Gutachten des sozialpsychologischen Dienstes vom 19. Oktober 1995 abgestellt wurde, welches im Rahmen des Unfallversicherungsverfahrens vom Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen in Auftrag gegeben wurde. Dieses Gutachten lag der IV-Stelle SG beim Erlass des Vorbescheides am 28. September 1995 noch gar nicht vor. Mit Verfügung vom 14. Dezember 1995 wurde der Vorbescheid vom 28. September 1995 unverändert bestätigt,

ohne dass vorher noch das Gutachten des sozialpsychologischen Dienstes beigezogen wurde.

#### **E. 5.1.1**

Der SUVA-Arzt Dr. med. D.\_\_\_\_\_ führte in seinem Kreisärztlicher Untersuchungsbericht vom 10. Mai 1993 aus, dass radiologisch gegenüber früheren Untersuchungen keine Befundverschlimmerung bestehe. Auch sei die Beweglichkeit des OSG kaum reduziert. Das von Dr. med. G.\_\_\_\_\_ diagnostizierte mikrobiell-parasitäres Unterschenkel-Ekzem rechts sei wahrscheinlich auf die Operationsnarbe am Aussenknöchel resp. auf die Unfallfolgen zurückzuführen. Ein Gelenkerguss sei nicht objektiviert worden. Das Fach der Peronealsehne sei narbig-entzündlich verändert. Nachdem dem Beschwerdeführer aus wirtschaftlichen Gründen im Frühjahr 1992 gekündigt worden sei, sei es zu einem Rückfall gekommen, wobei man sich dann leider zum operativen Vorgehen entschlossen habe: Am 10. Juni 1992 sei eine Narbenkorrektur und Knochenglättung am Aussenknöchel, am 18. Dezember 1992 eine Abschleifung der veränderten Haut sowie dermal overgraft mit Spalthaut vom rechten Oberschenkel durchgeführt worden. Nicht unerwartet sei auch nach dem zweiten Eingriff keine Tendenz zur Besserung vorhanden gewesen, zumal ja auch keine neue Arbeitsstelle vorhanden gewesen sei. Bei der heutigen Untersuchung knapp 5 Monate nach dem letzten Eingriff falle vor allem die psychische Komponente auf. Der Beschwerdeführer sei völlig darauf fixiert schwerstgeschädigt zu sein. Die Situation am lateralen Knöchel sei alles andere als schlecht. Eigenartig sei das Kleben einer Telfagaze und eigenartig seien ganz oberflächliche frische Blutpunkte. Einen Artefakt könne in keiner Weise ausgeschlossen werden. Die Gelenksituation des OSG sei gleich wie früher, wobei die Untersuchung durch Abwehr des Beschwerdeführers beeinträchtigt sei. Eine Störung der Trophik liege nicht vor, ebenso auch kein Sudeck. In der Umgebung bestünden auch keine ekzematösen Effloreszenzen. Die arterielle und venöse Zirkulation sei in Ordnung. Die Diskrepanzen würden im Laufe der Jahre immer grösser. Die Hauptproblematik liege seines Erachtens jetzt im psychiatrischen Bereich. Eine sitzende Tätigkeit könne der Beschwerdeführer zumutbarerweise den ganzen Tag durchführen. Er habe längere Zeit am Computer gearbeitet, diese Tätigkeit könne er vollumfänglich verrichten (vgl. IV-SG act. 7).

#### **E. 5.1.2**

Dr. med. E.\_\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin, Spital F.\_\_\_\_\_, stellte in seinem Gutachten vom 2. Mai 1995 folgende Diagnosen: - OSG-Schmerzen rechts - Status nach Bimalleolarfraktur 4.11.84 mit offener Reposition und Osteosynthese - Status nach Metallentfernung 9.5.85 - Status nach Peronealsehnen-Luxationskorrektur nach Kelly 7.1.86 - Status nach Schraubenentfernung, Revision der retromalleolären Sehnenfächer und Vertiefung des Sehnenkanals 7.4.87 - Trophische Hautstörungen rechts Knöchel lateral mit chronisch rezidivierendem numulär-parasitärem Ekzem, Status Narbenexzision 10.6.92, Status nach dermalen over Graft mit Haut aus rechtem Oberschenkel 18.12.92 - Verdacht auf Aggravation - Corona Phlebotactica beide Füße - Rezidivierende Ekzeme Unterschenkel beidseits, Hände beidseits und Stamm - Rhinitis allergica, Urticaria auf Pollen und Daunenfedern, Überempfindlichkeit auf Hausstaubmilben - Nikotinabusus 8,5 pack years - Hallux valgus rechts, Hammerzehe II rechts, Status nach Hammerzehen- und Hallux-Operation beidseits 1979 - Beinkrämpfe beidseits unklarer Genese - Durchfallneigung, Status nach Polypektomie Colon descendens 15.9.92 - Unverträglichkeit auf verschiedene Speisen und Medikamente - Status nach Nabelhernien-Operation -

Spondylogenes Syndrom lumbal ohne radikuläre Irritation. Gemäss dem Gutachter Dr. med. E.\_\_\_\_\_ sei die Ursache der subjektiven Invalidisierung wegen Schmerzen im oberen Sprunggelenk rechts unklar. Objektiv liege einerseits ein Zustand nach Bimalleolarfraktur mit Osteosynthese, mit Korrektur einer Peronealsehnenluxation und mit Metallentfernung vor. Diesbezüglich seien eine Arthroseentwicklung und ein Sudeck ausgeschlossen. Andererseits liege eine chronische rezidivierende ekzematöse Dermatose lokal vor, welche in keinem gesicherten Zusammenhang mit dem traumatischen Geschehen und der operativen Massnahmen lokal stehe. Ein solcher Zusammenhang sei aber nicht ausgeschlossen. Drittens bestünden Angaben über lokale Hyperästhesien im lateralen Narbenbereich, die auch bei ekzemfreien Intervallen bestünden und somit nicht mit dem Ekzem im Zusammenhang stünden. Die Schmerzen seien in diesem Ausmass nicht erklärbar. Der rechte Fuss werde nach Angabe und nach Verhalten im Spital chronisch geschont. In diesem Zusammenhang und angesichts einer Quasi-Vollinvalidität im täglichen Leben erstaune die gegenüber dem gesunden Fuss nur minim verminderten Fusssohlenverschwielen. Der Begutachter äussert den Eindruck, dass möglicherweise im Rahmen einer pathologischen Schmerzverarbeitung unbewusst eine Aggravation vorliege. Es wäre deshalb bezüglich der Psyche eine fachpsychiatrische psychotherapeutische Behandlung zur Beeinflussung der Schmerzverarbeitung erstrebenswert. Eine solche Therapie könne selbstverständlich keinen Erfolg garantieren, Voraussetzung sei unabdingbar ein Einverständnis des Beschwerdeführers dazu. Unabhängig von diesem Eindruck bestehe objektiv aufgrund des beim Trauma und der operativen Versorgung des rechten Knöchels vorstellbar aufgetretenen und vorstellbar persistierenden Beschwerden eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von maximal 20 % für körperliches Arbeiten mit mehrheitlich Gehen und mit Bedarf zum Tragen ausschliesslich von hohen Arbeitsschuhen. Für körperliche Arbeiten mit abwechselnd stehenden und sitzenden Tätigkeiten, ausgeführt in Halbschuhen und Lastentragen bis maximal 20 Kilogramm bestehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit.

#### **E. 5.1.3**

In seinem Arztbericht vom 20. Juni 1995 hielt Dr. med. G.\_\_\_\_\_, Facharzt für Dermatologie und Venereologie, fest, dass beim Beschwerdeführer aus dermatologischer Sicht keine Gründe für eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestünden. Die Schwierigkeiten mit dem Hauttransplantat müssten als Folgen des primären Trauma und der nachfolgenden operativen Eingriffe im Bereiche des Sprunggelenkes angesehen werden und seien somit dem chirurgischen resp. posttraumatischen Grundproblem zuzuordnen (vgl. IV-SG act. 45).

#### **E. 5.1.4**

Dr. med. H.\_\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin, stellte in seinem Arztbericht vom 7. Juli 1995 folgende Diagnosen: - Chronisch rezidivierendes nummulares Ekzem - Status nach Narbenkorrektur (Abschleifung der veränderten Haut sowie Dermal overgraft am 18. Dezember 1992) - Status nach Narbenkorrektur und Knochenglättung am 10. Juni 1992 - Status nach Bi-Malleolarfraktur am rechten Malleolus lateralis 1984 - Status nach zweimaliger Operation zur Rekonstruktion des Peronealsehnenfaches am rechten Unterschenkel (1985 und 1986) - Schwerste psychische Überlagerung bei deutlicher Fehlentwicklung Der Beschwerdeführer leide unverändert wechselnden Beschwerden im Bereich des betroffenen Unterschenkels. Die Hautverhältnisse seien stark wechselnd, allerdings gegenüber früher doch eher besser. In den letzten Monaten bestehe eine

allgemein deutlich reduzierte psychische Verfassung mit grosser Nervosität, Schlaflosigkeit, Tendenz zu Durchfallen ohne eindeutiges Substrat, Mutlosigkeit und zunehmende Verzweiflung bei finanziellen Schwierigkeiten (vgl. IV act. 47).

### **E. 5.1.5**

Im Gutachten vom 2. September 1995 führte Dr. med. A. \_\_\_\_\_ aus, dass sich Lebenssituation und Befinden des Beschwerdeführers durch den Unfall und dessen Folgen radikal geändert hätten. Lebenszufriedenheit, soziale Orientierung und Lebensorientierung hätten sich ganz entscheidend verschlechtert. Der Beschwerdeführer fühle sich heute gehemmter. Er sei innerlich entscheidend erregbarer und aggressiver. Die frühere positive Beanspruchung habe sich ganz in eine negative starke Beanspruchung gewandelt. Die körperlichen Beschwerden hätten sich laut dem Beschwerdeführer vervierfacht. Die Gesundheitsorgen hätten beinahe das mögliche Maximum angenommen. Interessanterweise würden nach Einschätzung des Beschwerdeführers die Schmerzen im rechten Fuss/Bein nur 30 % der körperlichen Beschwerden ausmachen, die anderen 70 % würden sich auf Magen-Darmbeschwerden, Kopfschmerzen, Hautaffektion, Rücken- und Schulterbeschwerden und Veränderungen des Temperatursinns verteilen. Die Phase nach dem Verlust der Arbeit im Jahre 1992 bis heute habe eine sukzessive Verschlimmerung auf somatischer, seelischer und sozialer Ebene mit sich gebracht. Durch diese Situationsverschlimmerung seien die Pläne des Beschwerdeführers hinsichtlich Weiterausbildung im Gastronomiebereich überrollt worden. Der Beschwerdeführer sei zunehmend in die soziale Isolation geraten. Er halte sich grösstenteils in seiner Wohnung auf. Der Gutachter hielt fest, dass der Beschwerdeführer einen deprimierten, besorgten, angespannten, dysphorischen, unzufriedenen, sozial verunsicherten, innerlich aggressionsgeladenen, stark belasteten und emotionsvollen Eindruck mache. Aus dieser Verfassung heraus habe der Beschwerdeführer sich zu Beginn des Gespräches nicht gescheut, all seinen Bedenken, Enttäuschungen, Unzufriedenheiten und Kritiken Ausdruck zu geben. Als er dann die Exploration strukturiert habe und durch seine Fragestellungen emotional neutralisierte, sei der Beschwerdeführer deutlich ruhiger, entspannter, sachlicher und ausgewogener geworden. Eine Aggravation oder gar Simulation könne beim Beschwerdeführer ausgeschlossen werden. Der Gutachter diagnostizierte beim Beschwerdeführer eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung rechter Fuss und Unterschenkel (ICD-10: F 45.4) sowie undifferenzierte Somatisierungsstörungen (ICD-10: F 45.1). Darunter würden die seit etwa fünf Jahren in wechselnder Mischung und wechselndem Ausmass bestehenden Beschwerden und Symptome wie Magen-Darmstörung, Kopfbeschwerden, Rückenbeschwerden, Körpertemperaturstörungen, verschiedene Überempfindlichkeiten und Unverträglichkeiten und Hauterscheinungen fallen. Er erachtete den Beschwerdeführer für die Zeit von 1. Juni 1992 bis 31. Oktober 1994 für 55 % und ab 1. November 1994 bis auf weiteres 85 % arbeitsunfähig. Den Sprung von 55 % auf 85 % per 1. November 1994 begründete der Gutachter damit, dass der Beschwerdeführer sich vorher noch so gefühlt und geglaubt habe, als Gastronom eine Weiterbildung absolvieren zu können. Auf dieses Datum hin sei dann gleichsam ein Absturz im Befinden erfolgt. Der Hausarzt des Beschwerdeführers spreche einige Zeit später mit Recht von einer "schweren psychischen Überforderung". Für die Diagnosen einer posttraumatischen Belastungsstörung (etwa im Sinne einer Unfallneurose) oder einer hypochondrischen Störung reichten die Befunde beim Beschwerdeführer nicht aus. Auch das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung schloss der Gutachter explizit aus.

## **E. 5.2**

Für die neuerliche Beurteilung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit stützte sich die Vorinstanz hauptsächlich auf das bidisziplinäre Gutachten von Dr. med. B. \_\_\_\_\_ und Dr. med. C. \_\_\_\_\_ vom 15. Oktober 2010.

### **E. 5.2.1**

Dr. med. C. \_\_\_\_\_, Facharzt für orthopädische Chirurgie, diagnostizierte beim Beschwerdeführer in somatischer Hinsicht folgende Diagnosen: Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: - Leichte bis mittelgradige posttraumatische OSG-Arthrose rechts bei - Status nach Bimalleolarfraktur Typ A rechts am 4.11.84 - Status nach Schraubenosteosynthese des medialen Malleolus rechts und Zuggurtungsosteosynthese des lateralen Malleolus am 4.11.84 - Status nach Metallentfernung am 9.05.85 und 7.04.87 - Status nach Subluxation der Peronealsehne rechts, operiert nach Kelly am 7.01.86 und Tenolyse am 7.04.87 - Status nach Narbenexzision mit Glättung des Malleolus lateralis am 10.06.92 und dermal overgrafting wegen fehlender Hautpolsterung am 18.12.92 Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: - Status nach OP Varikosis beidseits ca. 2000 bei tubulärer Stammvarikosis mit diskreter Seitenastvarikosis - Beinkrämpfe beidseits unklarer Genese - Durchfallneigung, Status nach Polypektomie am 15.09.92 - Unverträglichkeit auf verschiedene Speisen und Medikamente - Status nach OP Hallux und Hammerzehe II beidseits 1979, Revision Hallux valgus rechts und Hammerzehe II rechts - Status nach mikrobakteriell-parasitärem Ekzem an beiden Unterschenkeln - Status nach Nervenrevision Grosszehe links ca. 1995 Dr. med. C. \_\_\_\_\_ führte des Weiteren aus, dass beim Beschwerdeführer eine massive Aggravation auffalle. Der Beschwerdeführer sei von orthopädischer Seite her in einer leichten bis mittelschweren Tätigkeit ohne längeres Stehen und ohne längere Gehstrecken ganztags vollschichtig einsetzbar. Eine wesentliche Einschränkung des Rendements könne in einer solchen Tätigkeit nicht begründet werden. Diese Einschätzung der orthopädischen Arbeitsfähigkeit gelte ab 1993.

### **E. 5.2.2**

Dr. med. B. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, attestierte beim Beschwerdeführer in psychiatrischer Hinsicht folgende Diagnosen: Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: - Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (F45.4) - Kombinierte narzisstische, zwanghafte und kränkbare Persönlichkeitsstörung (F 60.8) Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: - Status nach depressiven Episoden, gegenwärtig remittiert (F 33.4) - Somatoforme, autonome Funktionsstörung (unterer Gastrointestinaltrakt / F 45.3) Der Beschwerdeführer klagt über Krämpfe im Vorderfuss mit Ausstrahlungen ins Knie, Schlafstörungen und Fusschmerzen. Des Weiteren klagt er über Magenprobleme mit Krämpfen nach dem Essen, Nahrungsmittelunverträglichkeiten und Stuhlunregelmässigkeiten nach fettigem Essen. Rein phänomenologisch müsse eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung angenommen werden, da die Beschwerden von Seiten der Orthopädie nicht vollumfänglich erklärt werden könnten. Auch aufgrund der medizinischen Biographieentwicklung, der langen Dauer und dem protrahierten Verlauf nach dem Unfall im Jahr 1984 sei eine psychogene Schmerzfehlerverarbeitung anzunehmen. Das Vorliegen einer psychisch ausgewiesenen mitwirkenden Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung, Intensität und Dauer fehle. Andere qualifizierte, mit gewisser Intensität, Ausprägung und Dauer erfüllte Kriterien wie chronische körperliche Begleiterkrankungen oder ein mehrjähriger Verlauf bei

unverändert oder progredientem Krankheitsverlauf ohne längerfristige Remission kann beim Beschwerdeführer am ehesten, zumindest teilweise bejaht werden. Ein sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens liege gesichert nicht vor. Der Umstand von unbefriedigenden Behandlungsergebnissen trotz konsequent durchgeführten Behandlungsbemühungen (auch mit therapeutisch verschiedenen Behandlungsansätzen) und gescheiterten Rehabilitationsmassnahmen bei vorhandener Motivation und Eigenanstrengung der versicherten Person liege nicht vor. Psychologisch seien noch gar keine Therapien durchgeführt worden. Von Seiten der Schmerzfehlverarbeitung könne demnach eine Unzumutbarkeit der Schmerzüberwindung nicht angenommen werden.

## **E. 6**

Gestützt auf die Akten ist festzuhalten, dass dem Beschwerdeführer in somatischer Hinsicht wie bereits anlässlich der Rentenfestsetzung im Jahr 1995 eine vollständige Arbeitsfähigkeit mit gewissen Einschränkungen attestiert wird. Diesbezüglich hat sich daher keine wesentliche Änderung ergeben. Der RAD-Arzt Dr. med. I. \_\_\_\_\_ geht in seiner Stellungnahme vom 30. November 2010 zu Recht davon aus, dass dem Beschwerdeführer aufgrund psychiatrischen Tatsachen eine Invalidenrente zugesprochen worden ist (vgl. IV act. 33). Anlässlich der Rentenfestsetzung im Jahr 1995 wurde beim Beschwerdeführer in psychiatrischer Hinsicht eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD:10 F45.4) und eine undifferenzierte Somatisierungsstörung (ICD:10 F45.1) diagnostiziert. Bei der aktuellen psychiatrischen Beurteilung fällt auf, dass Dr. med. B. \_\_\_\_\_ nach wie vor von einer somatoformen Schmerzstörung (F45.4) ausgeht. In Abweichung von Dr. med. A. \_\_\_\_\_ attestiert er dem Beschwerdeführer statt einer undifferenzierten Somatisierungsstörung (F45.1) eine somatoforme autonome Funktionsstörung (unterer Gastrointestinaltrakt, F45.3) und geht überdies noch von einer kombinierten, narzisstischen, zwanghaften und kränkbaaren Persönlichkeitsstörung (F60.8) sowie einem Status nach depressiver Episoden, gegenwärtig remittiert (F33.4), aus. Abweichend von der Einschätzung von Dr. med. A. \_\_\_\_\_ geht Dr. med. B. \_\_\_\_\_ heute davon aus, die Arbeitsfähigkeit sei in einer angepassten Tätigkeit nur noch im Rahmen von 40 % eingeschränkt. Er begründet dies damit, dass sich depressive Anteile nicht mehr finden würden. Die Querulanz sei moderater und nicht mehr gewichtig vorhanden. Die Kränkungsreaktion könne nicht mehr nachgewiesen werden. Die weiteren psychiatrischen Diagnosen wie die narzisstische Persönlichkeitsstörung im Sinne einer Persönlichkeitsstörung bestünden immer noch. Diese Diagnosen würden den Beschwerdeführer jedoch nicht daran hindern, einer gewinnbringenden Tätigkeit mit einer Verminderung des Rendements von 40 % nachzugehen. Die Ausführungen von Dr. med. B. \_\_\_\_\_ vermögen nicht zu überzeugen, denn die ursprüngliche Invalidenrente wurde nicht - wie von ihm angenommen - aufgrund der Persönlichkeitsstruktur des Beschwerdeführers zugesprochen. Wie bereits dargelegt, ist bei der Rentenfestsetzung nicht auf das Gutachten des sozialpsychologischen Dienstes vom 19. Oktober 1995 abgestellt worden, wonach dem Beschwerdeführer eine Persönlichkeitsstörung mit depressiven, narzisstischen und querulatorischen Zügen attestiert worden ist (vgl. hiervor E. 5.1). Das für die ursprüngliche Rentenfestsetzung massgebende Gutachten von Dr. med. A. \_\_\_\_\_ schloss eine Komorbidität im Sinne einer psychischen Affektion in Form einer Verhaltensstörung, einer Depression sowie einer Persönlichkeitsstörung aus (vgl. IV-SG act. 51 S. 8 und 10). Aus der Auffassung des Gutachters Dr. med. B. \_\_\_\_\_ und des RAD-Arztes Dr. med. I. \_\_\_\_\_, wonach beim Beschwerdeführer keine depressive Entwicklung mehr angenommen werden könne und sich bei ihm keine depressiven Anteile

mehr finden würden, jedoch nach wie vor eine Persönlichkeitsstörung vorliege würde, kann keine Verbesserung des Gesundheitszustandes abgeleitet werden, da Dr. med. A. \_\_\_\_\_ in seinem Gutachten vom 2. September 1995 weder eine Depression noch eine Persönlichkeitsstörung diagnostizierte. Auffallend ist überdies, dass der Beschwerdeführer anlässlich der Begutachtung bei Dr. med. B. \_\_\_\_\_ nach wie vor im Wesentlichen über dieselben Beschwerden wie bereits im Jahre 1995 klagte: Krämpfe im Vorderfuss mit Ausstrahlung ins Knie, Schlafstörungen und Fusschmerzen, Magenprobleme mit Krämpfen beim Essen, Nahrungsmittelunverträglichkeiten und Stuhlnunregelmässigkeiten nach fettigem Essen (vgl. IV-SG act. 30 S. 18 und IV-SG act. 51 S. 10 und 11). Aus den dargelegten Gründen haben sich seit 1995 in medizinischer Hinsicht nicht die tatsächlichen Verhältnisse geändert, sondern es liegt eine unterschiedliche Beurteilung der Auswirkungen eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Gesundheitszustandes auf die Arbeitsfähigkeit vor. Da auch keine anderen Revisionsgründe ersichtlich sind - und von der Verwaltung auch nicht geltend gemacht werden - fällt eine Herabsetzung der Rente aufgrund von Art. 17 Abs. 1 ATSG somit ausser Betracht.

### **E. 7.1**

Gemäss Art. 53 Abs. 2 ATSG in Verbindung mit Art. 1 Abs. 1 IVG kann die IV-Stelle auf formell rechtskräftige Verfügungen oder Einspracheentscheide zurückkommen, wenn diese zweifellos unrichtig sind und wenn ihre Berichtigung von erheblicher Bedeutung ist. Unter diesen Voraussetzungen kann die Verwaltung eine Rentenverfügung auch dann abändern, wenn die Revisionsvoraussetzungen des Art. 17 Abs. 1 ATSG nicht erfüllt sind. Wird die zweifellose Unrichtigkeit erst vom Gericht festgestellt, so kann es den auf Art. 17 ATSG gestützten Revisionsentscheid der Verwaltung mit dieser substituierten Begründung schützen (BGE 125 V 368 E. 2; Urteil BGer 9C\_11/2008 vom 29. April 2008 E. 4.2).

### **E. 7.2**

Die Wiedererwägung im Sinne von Art. 53 Abs. 2 ATSG dient der Korrektur einer anfänglich unrichtigen Rechtsanwendung - unter Einschluss unrichtiger Feststellung im Sinne der Würdigung des Sachverhalts (Urteil BGer 9C\_215/2007 vom 2. Juli 2007 E. 3.1; vgl. auch BGE 117 V 8 E. 2c; Urteil EVG I 545/02 vom 17. August 2005, publiziert in SVR 2006 IV Nr. 21, E. 1.2). Ein Verwaltungsakt ist zweifellos unrichtig, wenn kein vernünftiger Zweifel an der Unrichtigkeit möglich ist. Es ist nur ein einziger Schluss - derjenige der Unrichtigkeit der Verfügung - möglich. Bei Renten der Invalidenversicherung im Besonderen ist zu beachten, dass die Ermittlung des Invaliditätsgrades verschiedene Ermessenszüge aufweisende Elemente und Schritte umfasst. Dies gilt namentlich bei der Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit. Hier bedarf es für die Annahme einer zweifellosen Unrichtigkeit einer qualifiziert rechtsfehlerhaften Ermessensbetätigung. Scheint die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit vor dem Hintergrund der Sach- und Rechtslage, wie sie sich im Zeitpunkt der rechtskräftigen Rentenzusprechung darbot, als vertretbar, scheidet die Annahme zweifelloser Unrichtigkeit aus (Urteil BGer 9C\_215/2007 vom 2. Juli 2007 E. 3.1 mit Hinweisen). Zu berücksichtigen ist dabei auch die zu diesem Zeitpunkt geltende Verwaltungs- und Gerichtspraxis (BGE 117 V 8 E. 2c; Urteil EVG I 545/02 vom 17. August 2005, publiziert in SVR 2006 IV Nr. 21, E. 1.2).

### **E. 7.3**

Nach der seit BGE 130 V 352 gültigen Rechtsprechung, wonach von der Vermutung auszugehen ist, dass eine an einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung leidende

Person mit zumutbarer Willensanstrengung trotz ihrer Schmerzen eine zumutbare Tätigkeit ausüben kann, wäre die rentenzusprechende Verfügung zweifellos unrichtig. Vorliegend wurde weder eine Komorbidität von erheblicher Schwere noch das Vorliegen anderer Faktoren, welche nach der Rechtsprechung ausnahmsweise eine invalidisierende Arbeitsunfähigkeit der somatoformen Störung bewirken könnten, ausgewiesen. Diese Rechtsprechung kann indessen nicht zur Begründung einer zweifellosen Unrichtigkeit der am 14. Dezember 1995 erlassenen Verfügung herangezogen werden, weil der entsprechende Leitentscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts erst 2004, mithin einige Jahre nach Erlass der rentenzusprechenden Verfügung, gefällt wurde (vgl. Urteil BGer I 138/07 vom 25. Juni 2007, publiziert in SVR 2008 IV Nr. 5, Urteil BGer I 901/06 vom 23. November 2007 E. 4).

#### **E. 7.4**

Im Rahmen der Rentenfestsetzung wurde wie bereits dargelegt in psychiatrischer Hinsicht auf das Gutachten von Dr. med. A. \_\_\_\_\_ abgestellt. Es geht nun nicht darum zu prüfen, ob die IV-Stelle SG im Jahr 1995 diesem Gutachten zu Recht volle Beweiskraft zugemessen hat, sondern ob das Abstellen auf dieses Gutachten die rentenzusprechende Verfügung als zweifellos unrichtig erscheinen lässt. Massgebend ist demnach, ob das Zusprechen einer Rente aufgrund der Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung mit der damals geltenden Praxis im Widerspruch stand und - aus damaliger Sicht - als zweifellos unrichtig zu qualifizieren ist. Dies ist eindeutig nicht der Fall. Vor dem Jahr 2000 gab es noch keine besondere Rechtsprechung zur Beurteilung von Leistungsgesuchen bei einer somatoformen Schmerzstörung (vgl. Brunner/Birkhäuser, Somatoforme Schmerzstörung - Gedanken zur Rechtsprechung und der Folgen für die Praxis, insbesondere mit Blick auf die Rentenrevision, Basler Juristische Mitteilungen [BJM] 2007 S. 169 ff., S. 175). Auch in der bis Ende Dezember 1999 in Kraft gewesenen Wegleitung über Invalidität und Hilflosigkeit [WIH] des Bundesamtes für Sozialversicherung (BSV) finden sich keine Hinweise zur Beurteilung von Schmerzstörungen (vgl. Rz. 1001 ff.). Aus damaliger Sicht kann das psychiatrische Gutachten deshalb nicht als offensichtlich ungenügend qualifiziert werden. Dass die Verwaltung darauf abgestellt hat, lässt ihren Entscheid demnach nicht als zweifellos unrichtig erscheinen.

#### **E. 7.5**

Die von der Vorinstanz unter dem Titel der Revision vorgenommene Herabsetzung der Invalidenrente lässt sich nach dem Gesagten auch nicht mit einer substituierten Begründung der Wiedererwägung bestätigen.

#### **E. 8.1**

Zu prüfen bleibt, ob ausnahmsweise eine Anpassung an eine geänderte Gerichts- und Verwaltungspraxis zulässig ist. Dabei gilt festzuhalten, dass die angefochtene Verfügung am 18. November 2011 erlassen wurde, weshalb in materiellrechtlicher Hinsicht die Bestimmungen der 5. IV-Revision anwendbar sind. Noch keine Anwendung findet vorliegend das am 1. Januar 2012 in Kraft getretene Massnahmenpaket der 6. IV-Revision, wonach Renten, die bei pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebildern ohne nachweisbare organische Grundlage gesprochen wurden, in Anwendung der Schlussbestimmung herabgesetzt oder aufgehoben werden können, wenn den Rentenbezüger aus objektiver Sicht eine Erwerbstätigkeit zumutbar ist, auch wenn

kein Revisionstatbestand nach Art. 17 ATSG vorliegt.

### **E. 8.2**

In BGE 135 V 201 hält das Bundesgericht an der bisherigen Praxis fest, dass eine geänderte Gerichts- und Verwaltungspraxis im Prinzip keinen Anlass dafür bilde, in eine laufende, auf einer formell rechtskräftigen Verfügung beruhende Dauerleistung einzugreifen. Sie kann aber ausnahmsweise zur Abänderung einer rechtskräftigen Verfügung (mit Wirkung für die Zukunft) führen, wenn die neue Praxis in einem solchen Masse allgemeine Verbreitung erfährt, dass ihre Nichtbefolgung als Verstoß gegen das Gleichheitsgebot erschiene, insbesondere wenn die alte Praxis nur in Bezug auf eine einzige versicherte Person oder eine geringe Zahl von Versicherten beibehalten würde. Die Rechtsprechung hat bisher einen Eingriff in ein Dauerrechtsverhältnis zu Lasten einer versicherten Person gestützt auf eine neue Rechtspraxis nur zugelassen, wenn es besonders krasse, stossende Leistungszusprachen zu korrigieren galt (vgl. BGE 135 V 201 E. 6.1.1 ff. [mit Verweis auf BGE 112 V 387 und weiteren Hinweisen], bestätigt in BGE 135 V 215 E. 5.1.1). Das Bundesgericht fährt in BGE 135 V 201 E. 6.4 und 7 (bestätigt in BGE 135 V 215 E. 6) fort, unter dem Aspekt der Rechtssicherheit und des Vertrauensschutzes sei es sachlich nicht gerechtfertigt, die neu in BGE 130 V 352 entwickelte Praxis zur somatoformen Schmerzstörung auf alle rechtskräftig festgelegten Dauerleistungen anzuwenden, und laufende Renten, welche zu einem früheren Zeitpunkt versicherten Personen zugesprochen wurden, die an einer somatoformen Schmerzstörung leiden, herabzusetzen oder aufzuheben.

### **E. 8.3**

Zusammenfassend ergibt sich, dass bis Ende 2011 die Schmerz-Rechtsprechung gemäss BGE 130 V 352 keinen hinreichenden Anlass bildet, um unter dem Titel der Anpassung an eine geänderte Gerichtspraxis auf Renten zurückzukommen, welche zu einem früheren Zeitpunkt mittels formell rechtskräftiger Verfügung zugesprochen wurden. Im vorliegenden Fall entfällt daher die Möglichkeit, die langjährige Rente an die geänderte Praxis anzupassen.

### **E. 9.1**

Die Beschwerde ist gutzuheissen und die Verfügung vom 18. November 2011 aufzuheben. Der Beschwerdeführer hat ab 1. Januar 2012 weiterhin Anspruch auf eine ganze Invalidenrente.

### **E. 9.2**

Überdies gilt festzuhalten, dass die Vorinstanz es im vorliegenden Fall auch unterlassen hat, vorfrageweise zu prüfen, ob Eingliederungsmassnahmen erforderlich sind, bevor sie über die Rentenherabsetzung im Rahmen der Revision verfügt hat; dies wäre namentlich vor der Herabsetzung der Invalidenrente des Beschwerdeführers, der im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung bereits seit mehr als 15 Jahre eine Invalidenrente bezogen hatte, erforderlich gewesen (Urteil BGer 9C\_228/2010 vom 26. April 2011, Präzisierung der Rechtsprechung gemäss Urteil BGer 9C\_163/2010 vom 25. März 2011).

### **E. 10.1**

Die Verfahrenskosten hat in der Regel die unterliegende Partei zu tragen (Art. 63 Abs. 1 VwVG). Der unterliegenden Vorinstanz sind allerdings keine Verfahrenskosten aufzuerlegen (Art. 63 Abs. 2 VwVG).

### **E. 10.2**

Der Beschwerdeführer hat gemäss Art. 64 Abs. 1 VwVG i.V.m. Art. 7 ff. des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht (VGKE, SR 173.320.2) Anspruch auf eine Parteientschädigung zu Lasten der Vorinstanz. Die anwaltliche Vertreterin des Beschwerdeführers hat in ihrer Kostennote vom 30. November 2012 den Zeitaufwand auf 10,5 Stunden beziffert und Fr. 26.- Barauslagen geltend gemacht. Der vorliegend notwendige Zeitaufwand ist mit einem Stundenansatz von Fr. 200.- zu veranschlagen, weshalb dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 2'126.- (inkl. Auslagen, ohne Mehrwertsteuer, vgl. Art. 1 Abs. 2 i.V.m. Art. 8 Abs. 1 und Art. 18 Abs. 1 des Mehrwertsteuergesetzes vom 12. Juni 2009 [MWSTG, SR 641.20]) zuzusprechen ist (vgl. Art. 14 Abs. 2 VGKE).

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