

200 14 355 IV  
KOJ/BOC/KRK

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 18. November 2014**

Verwaltungsrichter Kölliker, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichter Schwegler, Verwaltungsrichter Loosli  
Gerichtsschreiberin Bossert

**A.** \_\_\_\_\_  
vertreten durch Rechtsanwalt **B.** \_\_\_\_\_  
Beschwerdeführer



gegen

**IV-Stelle Bern**  
Scheibenstrasse 70, Postfach, 3001 Bern  
Beschwerdegegnerin

**Vorsorgeeinrichtung C.** \_\_\_\_\_  
Beigeladene

betreffend Verfügung vom 21. März 2014

## **Sachverhalt:**

### **A.**

Der 1962 geborene A.\_\_\_\_\_ (nachfolgend: Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich am 5. März 1999 unter Hinweis auf psychische Probleme bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Akten der IV-Stelle Bern [nachfolgend: IVB bzw. Beschwerdegegnerin], Antwortbeilage [AB] 6/7 – 13 [Akten vor 1999]). Nachdem die IVB den Versicherten durch Dr. med. D.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, hatte begutachten lassen (Expertise vom 14. März 2000 [AB 8]), sprach sie ihm mit Verfügung vom 5. Juli 2000 (AB 11) bei einem Invaliditätsgrad von 64 % rückwirkend ab dem 1. Januar 1999 eine halbe Invalidenrente zu. Diese Verfügung blieb unangefochten.

Nach Durchführung eines im Jahr 2003 eingeleiteten Revisionsverfahrens – der Versicherte unterzog sich am 29. Juli 2003 einer vierfachen Bypassoperation (AB 20/11) – sprach die IVB dem Versicherten mit Verfügung vom 3. März 2004 bei einem Invaliditätsgrad von 64 % und in Anwendung der Bestimmungen der 4. IV-Revision ab dem 1. Januar 2004 eine Dreiviertelrente zu (AB 30). Diese Verfügung blieb ebenfalls unangefochten.

### **B.**

Im Rahmen eines von Amtes wegen eingeleiteten Revisionsverfahrens gab der Versicherte am 12. Dezember 2011 an (AB 38), sein Gesundheitszustand habe sich seit Juli 2003 verschlechtert. Die IVB liess den Versicherten in der Folge auf Empfehlung ihres Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) interdisziplinär durch Dr. med. E.\_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH und Rheumatologie FMH, sowie Dr. med. F.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, begutachten (Expertisen je vom 6. September 2012 [AB 46.1, 47.1]).

Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren und der Einholung einer ergänzenden Stellungnahme bei den Gutachtern Dres. med. E.\_\_\_\_\_ und

F.\_\_\_\_\_ sowie einer Stellungnahme des RAD verfügte die IVB am 21. März 2014 bei einem Invaliditätsgrad von 30 % die Aufhebung der bisherigen Dreiviertelsrente mit Wirkung auf das Ende des der Zustellung der Verfügung folgenden Monats (AB 48, 52, 54 – 56, 58, 62, 63).

### **C.**

Dagegen erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B.\_\_\_\_\_, am 15. April 2014 Beschwerde. Er beantragt, unter Aufhebung der angefochtenen Verfügung sei dem Beschwerdeführer rückwirkend ab 1. April 2014 sowie in Zukunft eine Dreiviertelsrente zuzusprechen, eventualiter sei ein gerichtliches Gutachten einzuholen und sodann der Leistungsanspruch gestützt darauf neu zu beurteilen. Gleichzeitig stellt der Beschwerdeführer ein Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege für das Beschwerdeverfahren unter Beordnung von Rechtsanwalt B.\_\_\_\_\_ als amtlicher Anwalt, alles unter Kosten- und Entschädigungsfolge. Zur Begründung wird im Wesentlichen ausgeführt, das Gutachten der Dres. med. F.\_\_\_\_\_ und E.\_\_\_\_\_ sei in revisionsrechtlicher Hinsicht nicht beweiskräftig. Bei der Einschätzung des psychiatrischen Gutachters Dr. med. F.\_\_\_\_\_ handle es sich lediglich um eine unterschiedliche respektive von einer früheren medizinischen Einschätzung abweichende Beurteilung desselben Sachverhalts. Dr. med. F.\_\_\_\_\_ mache in keinsten Weise geltend, dass es beim Beschwerdeführer seit der ursprünglichen Rentenzusprache zu einer erheblichen Verbesserung des Gesundheitszustandes gekommen sei. Zudem sei beim Invalideneinkommen ein leidensbedingter Abzug von 15 % zu gewähren.

Mit Beschwerdeantwort vom 27. Mai 2014 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde.

Nachdem der Beschwerdeführer aufforderungsgemäss mit Eingabe vom 23. Juni 2014 weitere Angaben zum Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege eingereicht hatte, hiess der Instruktionsrichter dieses Gesuch mit prozessleitender Verfügung vom 24. Juni 2014 gut und ordnete dem Beschwerdeführer Rechtsanwalt B.\_\_\_\_\_ als amtlicher Anwalt bei.

Mit prozessleitender Verfügung vom 25. August 2014 lud der Instruktionsrichter die zuständige Vorsorgeeinrichtung des Beschwerdeführers, die Vorsorgeeinrichtung C. \_\_\_\_\_ (nachfolgend: Beigeladene), zum Verfahren bei und gab ihr Gelegenheit zur Stellungnahme.

Mit Eingabe vom 15. Oktober 2014 beantragt die Beigeladene die Abweisung der Beschwerde, unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten des Beschwerdeführers, und bringt zur Begründung im Wesentlichen vor, der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers habe sich seit der Begutachtung durch Dr. med. D. \_\_\_\_\_ (im Jahr 2000) verbessert. Zudem sei das Gutachten der Dres. med. F. \_\_\_\_\_ und E. \_\_\_\_\_ voll beweiskräftig und bei der Bestimmung des Invalideneinkommens habe die Beschwerdegegnerin zu Recht keinen leidensbedingten Abzug gewährt.

Die Beschwerdegegnerin verzichtete mit Eingabe vom 22. Oktober 2014 auf Schlussbemerkungen, wohingegen sich der Beschwerdeführer am 5. November 2014 abschliessend vernehmen liess.

### **Erwägungen:**

#### **1.**

**1.1** Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000 (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft vom 11. Juni 2009 (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Entscheide. Der Beschwerdeführer ist im vorinstanzlichen Verfahren mit seinen Anträgen nicht durchgedrungen, durch den angefochtenen Entscheid berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb er zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Die örtliche Zuständigkeit ist

gegeben (Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung vom 19. Juni 1959 [IVG; SR 831.20]). Da auch die Bestimmungen über Frist (Art. 60 ATSG) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 des kantonalen Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege vom 23. Mai 1989 [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

**1.2** Angefochten ist die Verfügung vom 21. März 2014 (AB 63). Streitig und zu prüfen ist die Rechtmässigkeit der verfügten Rentenaufhebung.

**1.3** Die Abteilungen urteilen gewöhnlich in einer Kammer bestehend aus drei Richterinnen oder Richtern (Art. 56 Abs. 1 GSOG).

**1.4** Das Gericht überprüft den angefochtenen Entscheid frei und ist an die Begehren der Parteien nicht gebunden (Art. 61 lit. c und d ATSG; Art. 80 lit. c Ziff. 1 und Art. 84 Abs. 3 VRPG).

## **2.**

**2.1** Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). 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 Abs. 1 ATSG). Massgebend ist – im Unterschied zur Arbeitsunfähigkeit – nicht die Arbeitsmöglichkeit im bisherigen Tätigkeitsbereich, sondern die nach Behandlung und Eingliederung verbleibende Erwerbsmöglichkeit in irgendeinem für die betroffene Person auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt in Frage kommenden Beruf. Der volle oder bloss teilweise Verlust einer solchen Erwerbsmöglichkeit gilt als Erwerbsunfähigkeit (BGE 130 V 343 E. 3.2.1 S. 346). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

**2.2** Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt (BGE 131 V 49 E. 1.2 S. 50, 130 V 352 E. 2.2.1 S. 353; SVR 2007 IV Nr. 47 S. 154 E. 2.4). Entscheidend ist, ob und inwiefern es der versicherten Person trotz ihres Leidens sozialpraktisch zumutbar ist, die Restarbeitsfähigkeit auf dem ihr nach ihren Fähigkeiten offen stehenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu verwerten, und ob dies für die Gesellschaft tragbar ist. Dies ist nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu prüfen (BGE 136 V 279 E. 3.2.1 S. 281).

**2.3** Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente.

**2.4** Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG).

## **2.5**

**2.5.1** Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder 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).

Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Die Invalidenrente ist deshalb nicht nur

bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen (oder die Auswirkungen auf die Betätigung im üblichen Aufgabenbereich) des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben. Ein Revisionsgrund ist ferner unter Umständen auch dann gegeben, wenn eine andere Art der Bemessung der Invalidität zur Anwendung gelangt oder eine Wandlung des Aufgabenbereichs eingetreten ist (BGE 130 V 343 E. 3.5 S. 349, 117 V 198 E. 3b S. 199; Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 25. Juli 2013, 8C\_441/2012, E. 3.1.1). Unerheblich unter revisionsrechtlichem Gesichtswinkel ist nach ständiger Praxis die unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhaltes (BGE 112 V 371 E. 2b S. 372; SVR 2009 IV Nr. 57 S. 178 E. 3.2.1).

**2.5.2** Liegt eine erhebliche Änderung des Sachverhalts vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht allseitig, d.h. unter Berücksichtigung des gesamten für die Leistungsberechtigung ausschlaggebenden Tatsachenspektrums neu und ohne Bindung an frühere Invaliditätsschätzungen zu prüfen (BGE 117 V 198 E. 4b S. 200; SVR 2011 IV Nr. 37 S. 109 E. 1.1).

**2.5.3** Als zeitliche Vergleichsbasis ist einerseits der Sachverhalt im Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenverfügung und andererseits derjenige zur Zeit der streitigen Revisionsverfügung zu berücksichtigen (BGE 130 V 343 E. 3.5.2 S. 351, 125 V 368 E. 2 S. 369, SVR 2010 IV Nr. 53 S. 166 E. 3.1). Wurde die Rente zuvor bereits revidiert oder bestätigt, so ist als zeitliche Vergleichsbasis die letzte rechtskräftige Verfügung heranzuziehen, sofern eine materielle Überprüfung des Leistungsanspruches tatsächlich stattgefunden hat, d.h. eine rechtskonforme (medizinische) Sachverhaltsabklärung, eine Beweiswürdigung und gegebenenfalls – sofern Hinweise für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustands bestanden – ein Einkommensvergleich durchgeführt worden sind (BGE 133 V 108 E. 5.4 S. 114; Entscheid des BGer vom 25. Juli 2013, 8C\_441/2012, E. 3.1.2).

**2.5.4** Bei einer Verbesserung der Erwerbsfähigkeit oder der Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, 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 angedauert hat und voraussichtlich weiterhin andauern wird (Art. 88a Abs. 1 der Verordnung über die Invalidenversicherung vom 17. Januar 1961 [IVV; SR 831.201]). Bei Versicherten, welche die Leistung weder unrechtmässig erwirkt noch die Meldepflicht verletzt haben, erfolgt die Herabsetzung oder Aufhebung der Renten frühestens vom ersten Tag des zweiten der Zustellung der Verfügung folgenden Monats an (Art. 88<sup>bis</sup> Abs. 2 IVV).

## **2.6**

**2.6.1** Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte 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 Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 132 V 93 E. 4 S. 99).

Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen 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, sondern dessen Inhalt (BGE 137 V 210 E. 6.2.2 S. 269, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

**2.6.2** Die Feststellung einer revisionsbegründenden Veränderung erfolgt durch eine Gegenüberstellung eines vergangenen und des aktuellen Zu-

standes. Gegenstand des Beweises ist somit das Vorhandensein einer entscheidungserheblichen Differenz in den den medizinischen Unterlagen zu entnehmenden Tatsachen. Der Beweiswert eines zwecks Rentenrevisi- on erstellten Gutachtens hängt folglich wesentlich davon ab, ob es sich ausreichend auf das Beweisthema – erhebliche Änderung(en) des Sach- verhalts – bezieht. Einer für sich allein betrachtet vollständigen, nachvoll- ziehbaren und schlüssigen medizinischen Beurteilung, die im Hinblick auf eine erstmalige Beurteilung der Rentenberechtigung beweisend wäre, mangelt es daher in der Regel am rechtlich erforderlichen Beweiswert, wenn sich die (von einer früheren abweichende) ärztliche Einschätzung nicht hinreichend darüber ausspricht, inwiefern eine effektive Veränderung des Gesundheitszustandes stattgefunden hat. Vorbehalten bleiben Sachla- gen, in denen es evident ist, dass die gesundheitlichen Verhältnisse sich verändert haben (Entscheid des BGer vom 25. Juli 2013, 8C\_441/2012, E. 6.1.2).

Wegen des vergleichenden Charakters des revisionsrechtlichen Be- weisthemas und des Erfordernisses, erhebliche faktische Veränderungen von bloss abweichenden Bewertungen abzugrenzen, muss deutlich wer- den, dass die Fakten, mit denen die Veränderung begründet wird, neu sind oder dass sich vorbestandene Tatsachen in ihrer Beschaffenheit oder ih- rem Ausmass substantiell verändert haben. Eine verlässliche Abgrenzung der tatsächlich eingetretenen von der nur angenommenen Veränderung ist als erforderliche Beweisgrundlage nicht erreicht, wenn bloss nominelle Dif- ferenzen 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 Ver- lauf der Arbeitsunfähigkeit zu ihrer neuen diagnostischen Beurteilung und Einschätzung des Schweregrades der Störungen geführt haben (BGer 8C\_441/2012, E. 6.1.3).

### 3.

**3.1** Vorliegend erfolgte die ursprüngliche Rentenzusprache mit Verfügung vom 5. Juli 2000 (AB 11). In dem im Jahr 2003 eingeleiteten Revisionsverfahren wurde nach einer erfolgten Bypassoperation (AB 20/11) insbesondere die somatische Situation abgeklärt, nicht jedoch der damalige psychische Gesundheitszustand des Beschwerdeführers, womit der Verfügung vom 3. März 2004 (AB 30), mit welcher dem Beschwerdeführer bei einem Invaliditätsgrad von 64 % und in Anwendung der Bestimmungen der 4. IV-Revision eine Dreiviertelsrente zugesprochen worden war, nicht eine umfassende materielle Prüfung zugrunde lag. Folglich erstreckt sich der revisionsrechtlich relevante Vergleichszeitraum hier vom Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenzusprache mit Verfügung vom 5. Juli 2000 (AB 11) bis zur vorliegend angefochtenen Verfügung vom 21. März 2014 (AB 63). Durch einen Vergleich der beiden Sachverhalte in diesen Zeitpunkten ist zu ermitteln, ob es zu einer für den Leistungsanspruch wesentlichen Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen gekommen ist (vgl. E. 2.5.1 und 2.5.3 hiervor).

**3.2** Der Verfügung vom 5. Juli 2000 lag insbesondere das psychiatrische Gutachten von Dr. med. D. \_\_\_\_\_ vom 14. März 2000 (AB 8) zugrunde. Darin diagnostizierte der Gutachter eine leichte bis mittelgradige depressive Episode mit somatischen Symptomen (ICD-10: F32.11/F32.01), psychosomatische Störungen (F45.1) und Schwierigkeiten bei der kulturellen Eingewöhnung (Z60.3). Dr. med. D. \_\_\_\_\_ führte aus (AB 8/5 f.), ab anfangs 1998 habe sich beim Beschwerdeführer zunehmend eine depressive Erkrankung entwickelt. Er sei im Verhalten auffällig geworden, habe nervös reagiert, habe es unter den Leuten nicht mehr ausgehalten und habe an diffusen Verfolgungsgefühlen gelitten. Die Verhältnisse seien unhaltbar geworden, er habe hospitalisiert werden müssen. Dabei sei die Diagnose einer schweren depressiven Episode mit psychotischen Symptomen gestellt worden. Unterdessen führe der Beschwerdeführer, welcher krankheitseinsichtig sei, eine ambulante Psychotherapie bei einem ... sprechenden Psychiater durch. Er nehme auch Medikamente ein. Bei der Untersuchung vom 3. März 2000 seien keine psychotischen Störungen nachweisbar. Die depressive Episode habe sich zurückgebildet, sei heute noch knapp mittelstark ausgeprägt und werde von einem somatischen Syndrom begleitet. Die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, welche durch die gebes-

serte psychische Krankheit hervorgerufen werde, betrage noch zirka 40 %. Dazu würden psychosomatische Störungen stossen, was insgesamt zu einer 50 %-igen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit führe, dies seit gut einem Jahr (AB 8/7). Indiziert sei die Weiterführung der bisherigen ärztlichen Behandlungen, Eingliederungsmassnahmen dürften wenig sinnvoll sein. Es sei diesbezüglich auf die ungünstigen soziokulturellen Umstände hinzuweisen, welche die Erwerbsfähigkeit krankheitsfremd einschränkten: Emigration, mässige Assimilation, schlechte Sprachkenntnisse, familiäre Probleme, schwierige Arbeitsmarktlage, geringe Motivation zur Wiederaufnahme einer beruflichen Leistung (AB 8/6).

**3.3** Seit der Rentenzusprache im Jahr 2000 (AB 11) ist den medizinischen Akten im Wesentlichen das Folgende zu entnehmen:

**3.3.1** Im Zusammenhang mit einer Hospitalisation vom 28. Juli bis 7. August 2003 diagnostizierten die behandelnden Ärzte des Spitals G. \_\_\_\_\_ im Bericht vom 11. August 2003 (AB 20/8 ff.) eine koronare 3-Gefässerkrankung, COPD bei Nikotinabusus und eine invalidisierende Depression und Angststörung bezüglich therapeutischen Interventionen. Als Therapie sei am 29. Juli 2003 eine 4-fache aortokoronare Bypassoperation vorgenommen worden. Der Eintritt zur stationären Rehabilitation in der Rehaklinik H. \_\_\_\_\_ sei für den 17. August 2003 geplant. Der Kontrolle und allfälligen Therapie der kardiovaskulären Risikofaktoren sei grosse Beachtung zu schenken.

**3.3.2** Im Bericht der Rehaklinik H. \_\_\_\_\_ vom 12. September 2003 (AB 20/3 ff.) diagnostizierten die behandelnden Ärzte im Zusammenhang mit dem Aufenthalt vom 17. August bis 13. September 2003 eine koronare 3-Gefässerkrankung, kardio-vaskuläre Risikofaktoren, eine chronische obstruktive Broncho-Pneumopathie bei Nikotinabusus und ein chronisches ängstlich-depressives Zustandsbild. Der Beschwerdeführer habe während seines Aufenthaltes keine Symptome gezeigt, die an eine Angina pectoris oder an eine pathologische Dyspnoe erinnert hätten. Er habe seine funktionellen Kapazitäten erhöht und habe wieder Vertrauen in seine Möglichkeiten gefunden. Der Beschwerdeführer präsentiere ein chronisches ängstlich-depressives Zustandsbild, welches durch die kürzlichen kardialen Ereignisse akzentuiert worden sei. Am Ende des Aufenthaltes habe eine leichte

Verbesserung festgestellt werden können, die Fortsetzung der psychologischen Betreuung durch seinen Psychiater wäre jedoch nützlich. Eine körperlich sehr anstrengende Tätigkeit sei aus kardialer Sicht nicht mehr zumutbar (Bericht vom 15. April 2004 [AB 32/5]).

**3.3.3** Dr. med. I. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin FMH, gab im Verlaufsbericht vom 5. Oktober 2003 (AB 20/1 f.) einen verschlechterten Gesundheitszustand an. Als bisherige Diagnose hielt sie eine chronische Depression mit Angststörung fest. Als geänderte Diagnose führte sie eine coronare Dreigefässerkrankung auf mit 4-fachem Bypass am 29. Juli 2003, intraoperativ kleinem anterior Myocardinfarkt und postoperativer Ejektionsfraktion von 45 – 50 % (leicht vermindert), auf. Die erwähnten Diagnosen hätten dahingehend einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit, als eine verminderte körperliche Leistungsfähigkeit und eine verminderte Plastizität für eine Neuorientierung wie z.B. berufliche Massnahmen bestehe. Dies sei seit dem Operationsdatum am 29. Juli 2003 der Fall, vorher habe allerdings monatelang Angina pectoris Stadium II (mindestens seit Februar 2003) bestanden. Die Arbeitsunfähigkeit betrage zirka 80 – 90 %.

**3.3.4** Im Bericht des Spitals J. \_\_\_\_\_ vom 15. Januar 2010 (AB 47.2/6 f.) diagnostizierten die behandelnden Ärzte eine hypertensive und koronare 3-Gefässerkrankung mit 4 x ACB 2003; als Nebendiagnosen nannten sie eine Depression und eine Angststörung und als kardiovaskuläre Risikofaktoren führten sie arterielle Hypertonie, Hypercholesterinämie, Nikotinabusus bis 2003 und Diabetes mellitus Typ 2 auf. Die behandelnden Ärzte hielten fest, der Beschwerdeführer beschreibe eine seit 2008 leicht progrediente, belastungsinduzierte Dyspnoe sowie eine dezente Leistungsminde- rung. Die heutige klinische Untersuchung zeige einen kardial kompensierten Patienten. Ergometrisch habe man eine leicht eingeschränkte Leistungsfähigkeit feststellen können. Diese Untersuchung sei klinisch und elektrisch negativ gewesen. Echokardiographisch habe sich eine mässig eingeschränkte systolische LV-Funktion von 45 % gezeigt, stabil im Vergleich zur Voruntersuchung von 2008, mit einer inferospektal betonten Hypokinesie. Zudem sei die Aorta ascendens im Bereich der Sinusproportion grenzwertig leicht dilatiert. Die subjektiv und objektiv leicht eingeschränkte Leistungsfähigkeit sei im Zusammenhang mit einem Konditionsdefizit bei

Trainingsmangel zu sehen, weshalb die Teilnahme an einem kardialen Rehabilitationsprogramm oder einem regelmässigen Fitnessstraining empfohlen werde.

Im Bericht des gleichen Spitals vom 8. März 2012 (AB 47.2/1 f.) führten die behandelnden Ärzte aus, der Beschwerdeführer mit bekannter und hypertensiver Herzkrankheit komme zwölf Jahre nach inferiorem Herzinfarkt und neun Jahre nach 4-fach ACB zur kardiologischen Verlaufskontrolle. Er pflege einen ausgesprochen sedentären Lebensstil, er leide wie schon zur letzten Verlaufskontrolle 2010 an Anstrengungsdyspnoe NYHA II mit gelegentlichen stechenden, linksthorakalen Schmerzen ohne Ausstrahlung. Beim Beschwerdeführer habe heute keine belastungsinduzierte Myokardischämie nachgewiesen werden können, bei allerdings knapp nicht aussagekräftiger Ergometrie. Auffallend seien die Zeichen der hypertensiven Kardiopathie mit relativer LV-Hypertrophie, Relaxationsstörung und Dilatation des linken Vorhofs. Die systolische Funktion beider Ventrikel habe sich seit der letzten Untersuchung nicht verschlechtert. Da der Beschwerdeführer bei den vergangenen Koronarverschlüssen ausgesprochen oligosymptomatisch gewesen sei, sollte bei Auftreten selbst kleiner Leistungsknicke, Schmerzen oder Engegefühl an eine signifikante Progression der koronaren Herzkrankheit gedacht werden.

**3.3.5** Im Verlaufsbericht vom 5. Januar 2012 (AB 39) erwähnte der behandelnde Psychiater Dr. med. K.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, einen stationären Gesundheitszustand. Er diagnostizierte Angst und depressive Störung, gemischt (ICD-10 F41.2), sowie Herzprobleme, wobei beide Diagnosen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit hätten, dies seit 2004. Der Beschwerdeführer leide unter einer gedrückten Stimmung. Er habe täglich Ängste, manchmal Panikattacken und Angst zu sterben. Es liege eine verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit vor. Der Beschwerdeführer sei manchmal sehr reizbar.

**3.3.6** Im Rahmen der interdisziplinären Begutachtung (Expertisen je vom 6. September 2012 [AB 46.1 und 47.1]) durch den Internisten und Rheumatologen Dr. med. E.\_\_\_\_\_ sowie den Psychiater Dr. med. F.\_\_\_\_\_ diagnostizierten die Experten interdisziplinär mit langdauernder Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit Folgendes (AB 46.1/20 und 47.1/6):

1. Angst und depressive Störung, gemischt (ICD-10 F41.2), bestehend seit mindestens 1997
2. Hypertensive Kardiopathie und koronare 3-Gefässerkrankung

Dr. med. E. \_\_\_\_\_ hielt aus internistisch-rheumatologischer Sicht fest (AB 47.1/12), bezüglich der Belastbarkeit gelte es darauf hinzuweisen, dass sich der Beschwerdeführer im Rahmen seines Übergewichtes körperlich belaste. Ein Übergewicht führe per se zu einer körperlichen Belastung und erhöhe zudem das Risiko für die Entwicklung von allgemeininternistischen Komplikationen. Die Arbeitsfähigkeit sei, aus rein somatisch-rheumatologischer Sicht beurteilt, für die vom Beschwerdeführer bisher in der Schweiz ausgeübten Tätigkeiten ab dem 07/03 zu 100 % und seit dem Ende der postoperativen Rehabilitationsphase und damit seit 11/03 durchschnittlich zu maximal 10 – 15 % eingeschränkt. Dieses zumutbare Arbeitspensum könne sowohl am Stück als auch, mit vermindertem Tempo, über den Tag verteilt abgeleistet werden. Für eine angepasste Verweistätigkeit könne, aus rein somatisch-rheumatologischer Sicht beurteilt, zu keinem Zeitpunkt eine anhaltende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit formuliert werden. Für eine angepasste Verweistätigkeit resultiere eine vollständige Arbeitsunfähigkeit im Zeitraum von 07/03 bis Ende 10/03. Zur angepassten Verweistätigkeit hielt Dr. med. E. \_\_\_\_\_ fest (AB 47.1/13), diese liege für den Beschwerdeführer in einem temperierten (Raumluft) Raum, beschränke sich auf leicht- bis maximal mittelgradig körperlich belastende Arbeiten und lasse die Möglichkeit zu, zwischen sitzender, stehender und gehender Körperhaltung zu wechseln. Das Einhalten der Rückenergonomie sei wünschenswert. Ungünstig auf eine erfolgreiche Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess könnten sich krankheitsfremde Faktoren auswirken wie beispielsweise länger anhaltende berufliche Arbeitsabstinenz, begrenzte Deutschsprachenkenntnisse, fehlende Berufsausbildung, Alter des Beschwerdeführers, ungünstige Arbeitsmarktsituation und möglicherweise die limitierte Motivation.

Der Psychiater Dr. med. F. \_\_\_\_\_ hielt fest (AB 46.1/22), zum Untersuchungszeitpunkt lasse sich beim Beschwerdeführer ein leicht depressives Zustandsbild feststellen. Hauptsymptome seien eine leicht deprimierte Stimmung, ein etwas eingeengtes und leicht verlangsamtes formales Den-

ken, anamnestische zeitweise Schlafstörungen, leichte Konzentrationsdefizite, eine leichte innere Unruhe und eine leichte Reduktion des Antriebs. Diese depressiven Beschwerden bestünden beim Beschwerdeführer gemäss seinen glaubhaften Angaben mindestens seit dem Jahr 1997. Zusammenfassend hätten die depressiven Beschwerden klinisch jedoch nicht ein Ausmass, das die Diagnose einer depressiven Episode rechtfertige. Da beim Beschwerdeführer depressive und ängstliche Symptome bestünden, wobei keine der beiden Störungen Angst oder Depression eindeutig vorherrsche und keine für sich genommen eine eigenständige Diagnose rechtfertige, sei aus psychiatrischer Sicht diagnostisch von einer Angst und depressiven Störung, gemischt (ICD-10 F41.2), bestehend seit mindestens 1997, auszugehen. Er könne somit die Diagnose von Dr. med. K. \_\_\_\_\_ bestätigen. Weiter hielt Dr. med. F. \_\_\_\_\_ fest (AB 46.1/25 ff.), beim Beschwerdeführer bestehe aus rein psychiatrischer Sicht aktuell durch die Angst und depressive Störung, gemischt, eine leichtgradige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Aus rein psychiatrischer Sicht sei in der bisherigen wie auch in einer leidensangepassten Tätigkeit aktuell ein volles zeitliches Arbeitspensum zumutbar mit einer Einschränkung der Leistungsfähigkeit von zirka 30 %, bestehend seit 1997.

Zusammenfassend hielten die beiden Experten fest, in der interdisziplinären Einschätzung der Arbeitsfähigkeit, die sowohl die somatisch-rheumatologische als auch die psychiatrisch-psychosomatische Komponente beinhaltet, könne derzeit für die bisher ausgeübten Tätigkeiten seit 1997 vollumfänglich auf die Einschätzung aus psychiatrisch-psychosomatischer Sicht abgestützt werden, seit 07/2003 könne eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % und seit 11/2003 eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 30 – 35 % formuliert werden. Für angepasste Verrichtungen könne vollumfänglich abgestützt werden auf die Einschätzung aus psychiatrisch-psychosomatischer Sicht, da nur eine kurzdauernde somatisch begründete Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 07/2003 bis Ende 10/2003 resultiere. Es werde dabei berücksichtigt, dass sich die somatischen und die psychiatrisch-psychosomatischen Anteile an der Arbeitsfähigkeit überdeckten (AB 46.1/24 f. bzw. 47.1/12 f.).

**3.3.7** In der ergänzenden Stellungnahme vom 20. März 2013 (AB 58) führte der Psychiater Dr. med. F. \_\_\_\_\_ aus, der behandelnde Psychiater Dr. med. K. \_\_\_\_\_ habe beim Beschwerdeführer in seinem IV-Arztbericht vom 30. Juni 1999 eine schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen und in seinem IV-Arztbericht vom 5. Januar 2012 eine Angst und depressive Störung, gemischt, diagnostiziert. Er stelle also fest, dass Dr. med. K. \_\_\_\_\_ beim Beschwerdeführer im Langzeitverlauf eine gravierende Änderung seiner diagnostischen Einschätzung vorgenommen habe. Die Diagnose einer schweren depressiven Episode sei vom Ausmass einer depressiven Symptomatik her weitaus schwerwiegender als die Diagnose einer Angst und Depression, gemischt, so dass die Aussage des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers, der Gesundheitszustand habe sich seit dem Jahr 2000 sogar verschlechtert, in sich überhaupt nicht stimmig und in keiner Weise nachzuvollziehen sei. In Anbetracht der gestellten Diagnosen postuliere der Psychiater Dr. med. K. \_\_\_\_\_ eine ausgeprägte Verbesserung des psychischen Zustandes und keinesfalls eine Verschlechterung. Eine psychotische Symptomatik könne beim Beschwerdeführer überhaupt nicht festgestellt werden. Die Diagnose einer Angst und depressiven Störung, gemischt, rechtfertige in keiner Weise eine 100 %-ige Arbeitsunfähigkeit, sondern führe zu einer leichtgradigen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in dem von ihm im Gutachten dargestellten und ausführlich beschriebenen Ausmass. Den Angaben des Beschwerdeführers habe er nicht entnehmen können, dass dieser seinen psychischen Gesundheitszustand seit vielen Jahren als verändert erlebe. Somit gehe er als Gutachter davon aus, dass die vom Beschwerdeführer bekundeten ängstlichen und depressiven Symptome und der anlässlich des Gutachtens feststellbare klinische Zustand des Beschwerdeführers seit vielen Jahren bestehe, so dass durchaus plausibel davon ausgegangen werden könne, dass die Diagnose Angst und depressive Störung, gemischt seit mindestens 1997 bestehe. Er halte an seinem Gutachten vom 6. September 2012 vollumfänglich fest.

Dr. med. E. \_\_\_\_\_ hielt in der gleichen Stellungnahme fest, der Rechtsvertreter sei der Meinung, dass die Einschätzung der Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, aus somatischer und aus psychosomatischer-psychoiatrischer Sicht beurteilt, zu tief bemessen sei. Der Rechtsvertreter,

der die Interessen seines Mandanten vertrete, dürfe anderer Meinung sein. Dass der Rechtsvertreter in der Folge wiederholt auf krankheitsfremde Faktoren hinweise, nehme er, aus rein somatischer Sicht beurteilt, zur Kenntnis. Mit den in diesem Schreiben vom 8. Februar 2013 gemachten Angaben ergebe sich kein neuer Aspekt. Er halte somit, aus rein somatischer Sicht beurteilt, an denjenigen Einschätzungen fest, die er im Gutachten vom 6. September 2012 formuliert habe.

**3.3.8** In der Stellungnahme vom 4. Juli 2013 (AB 62) hielt die RAD-Ärztin med. prakt. L.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Neurologie sowie Psychiatrie und Psychotherapie, fest, die Stellungnahmen der Gutachter zu den medizinischen Wertungen des Rechtsanwaltes B.\_\_\_\_\_ seien aus RAD-ärztlicher Sicht schlüssig und konzise, es könne hierauf abgestellt werden. Es bedürfe keiner weiteren medizinischen Abklärungen.

#### **4.**

**4.1** In psychischer Hinsicht zeigt sich im relevanten Vergleichszeitraum (vgl. E. 3.1 hiervor) eine geänderte Diagnose. So diagnostizierte Dr. med. D.\_\_\_\_\_ im Gutachten vom 14. März 2000 (AB 8) eine leichte bis mittelgradige depressive Episode mit somatischen Symptomen und psychosomatische Störungen, wohingegen der Psychiater Dr. med. F.\_\_\_\_\_ im Gutachten vom 6. September 2012 (AB 47.1) als Diagnose Angst und depressive Störung, gemischt, aufführt, was im Übrigen mit der Diagnostik des behandelnden Psychiaters Dr. med. K.\_\_\_\_\_ im Bericht vom 5. Januar 2012 (AB 39) übereinstimmt. Es persistiert zwar ein leicht depressives Zustandsbild, doch ist gemäss Dr. med. F.\_\_\_\_\_ die Diagnose einer depressiven Episode nicht mehr gerechtfertigt (AB 46.1/22). Die gutachterlich ermittelte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit wird in der Stellungnahme vom 20. März 2013 (AB 58) nochmals ausführlich und plausibel begründet, wobei zu Recht auch auf das Vorliegen leistungslimitierender invaliditätsfremder Faktoren hingewiesen wird (AB 58 S. 2 unten). Dass Dr. med. F.\_\_\_\_\_ zudem davon ausgeht, dass die Diagnose Angst und depressive Störung, gemischt, seit 1997 besteht und die Arbeits- bzw. Leistungsfähigkeit um 30 % mindert (AB 46.1/26 ff.), bedeutet nicht, dass es sich

lediglich um eine andere Einschätzung eines gleich gebliebenen Sachverhaltes handelt. Denn die Sichtweise von Dr. med. F. \_\_\_\_\_ schliesst nicht aus, dass sich seit 1997 die psychische Situation vorübergehend verschlechtert und zeitlich begrenzt zu einer höhergradigen Einschränkung geführt hat. Diesbezüglich sind die echtzeitlichen ärztlichen Einschätzungen heranzuziehen, so insbesondere das für die ursprüngliche Rentenzusprache massgebende Gutachten von Dr. med. D. \_\_\_\_\_ vom 14. März 2000 (AB 8), gemäss welchem damals eine 50 %-ige Arbeitsunfähigkeit bestand. Ausserdem verweist Dr. med. F. \_\_\_\_\_ in der Stellungnahme vom 20. März 2013 (AB 58) darauf, dass der behandelnde Psychiater Dr. med. K. \_\_\_\_\_ in Anbetracht der gestellten Diagnosen – im Bericht vom 30. Juni 1999 (AB 1/2 ff. [Akten vor 1999]) schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen und im Bericht vom 5. Januar 2012 (AB 39) Angst und depressive Störung, gemischt – eine ausgeprägte Verbesserung des psychischen Zustandes postuliere. Folglich hat sich Dr. med. F. \_\_\_\_\_ im Gutachten von 6. September 2012 in Verbindung mit der Stellungnahme vom 20. März 2013 schlüssig und überzeugend zur eingetretenen Zustandsverbesserung geäussert.

**4.2** In somatischer Hinsicht stehen die Ausführungen von Dr. med. E. \_\_\_\_\_ insoweit, als er sich zu den bis 2003 erstellten Arztberichten äussert, hier nicht im Vordergrund, relevant ist vielmehr die Einschätzung des aktuellen Gesundheitszustandes. Dieser zufolge besteht aus somatisch-rheumatologischer Sicht für angepasste, d.h. leichte bis mittelgradig körperlich belastende Tätigkeiten keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (AB 47.1/12 f.). Dies stimmt überein mit den Berichten des Spitals J. \_\_\_\_\_ vom 15. Januar 2010 und 8. März 2012 (AB 47.2/1 ff. und 6 f.). Darin wird zwar ein erhebliches kardiovaskuläres Risikoprofil erwähnt, jedoch keine Arbeitsunfähigkeit bescheinigt. Die festgestellte leichte Einschränkung der Leistungsfähigkeit wird vielmehr in Zusammenhang gestellt mit einem Konditionsdefizit bei Trainingsmangel, das mit einem regelmässigen Fitnessstraining behoben werden kann. Auch der internistisch-rheumatologische Gutachter Dr. med. E. \_\_\_\_\_ empfiehlt das Anhalten des Beschwerdeführers zu allgemein aktivierenden Bewegungsübungen, die Instruktion in einem Turn-Heimprogramm oder die Teilnahme an einer institutionalisierten medizinischen Trainingstherapie (AB 47.1/13). Die der-

art begründete Dekonditionierung des Beschwerdeführers ist nicht invalidisierend.

**4.3** Die Angaben der Gutachter sind insgesamt schlüssig begründet und erfüllen die in revisionsrechtlicher Hinsicht an den Beweiswert einer medizinischen Expertise gestellten Anforderungen (vgl. E. 2.6.2 hiervor); ausserdem werden sie auch vom RAD bestätigt (AB 62), so dass darauf abzustellen ist. Insgesamt ist damit von einem verbesserten Gesundheitszustand des Beschwerdeführers auszugehen. Damit liegt ein Revisionsgrund vor und der Rentenanspruch ist frei zu prüfen (vgl. E. 2.5.2 hiervor). Für das Zumutbarkeitsprofil ist gemäss den Gutachtern die psychisch bedingte Einschränkung massgebend, wonach für angepasste Tätigkeiten eine Leistungseinschränkung von 30 % besteht (AB 47.1 S 13, 46.1 S. 24 ff.).

Nach dem Ausgeführten ist der Sachverhalt rechtsgenügend abgeklärt, so dass in antizipierter Beweiswürdigung (BGE 122 V 157 E. 1d S. 162) auf weitere Beweismassnahmen verzichtet werden kann.

## **5.**

Mittels Einkommensvergleichs ist der Invaliditätsgrad zu bestimmen.

**5.1** Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt. Insoweit die fraglichen Erwerbseinkommen ziffernmässig nicht genau ermittelt werden können, sind sie nach Massgabe der im Einzelfall bekannten Umstände zu schätzen und die so gewonnenen Annäherungswerte miteinander zu vergleichen (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 128 V 29 E. 1 S. 30, 104 V 135 E. 2b S. 136).

**5.1.1** Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten,

nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft (BGE 139 V 28 E. 3.3.2 S. 30, 134 V 322 E. 4.1 S. 325).

**5.1.2** Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht (BGE 135 V 297 E. 5.2 S. 301; SVR 2011 IV Nr. 37 S. 110 E. 4.1). Hat die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen, so können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 135 V 297 E. 5.2 S. 301; SVR 2010 IV Nr. 52 S. 162 E. 4.3.1).

Es gilt zu berücksichtigen, dass gesundheitlich beeinträchtigte Personen, die selbst bei leichten Hilfsarbeitertätigkeiten behindert sind, im Vergleich zu voll leistungsfähigen und entsprechend einsetzbaren Arbeitnehmern lohnmässig benachteiligt sind und deshalb in der Regel mit unterdurchschnittlichen Lohnansätzen rechnen müssen. Diesem Umstand ist mit einem Abzug vom Tabellenlohn Rechnung zu tragen (BGE 134 V 322 E. 5.2 S. 327, 129 V 472 E. 4.2.3 S. 481). Die Frage, ob und in welchem Ausmass Tabellenlöhne herabzusetzen sind, hängt von sämtlichen persönlichen und beruflichen Umständen des konkreten Einzelfalles ab (leidensbedingte Einschränkung, Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad). Der Einfluss sämtlicher Merkmale auf das Invalideneinkommen ist nach pflichtgemässen Ermessen gesamthaft zu schätzen, wobei der Abzug auf insgesamt höchstens 25 % zu begrenzen ist (BGE 135 V 297 E. 5.2 S. 301, 134 V 322 E. 5.2 S. 327; SVR 2011 IV Nr. 31 S. 91 E. 4.1.1).

**5.2** Da die tatsächlichen Verhältnisse im Zeitpunkt der allfälligen Rentenrevision (vgl. Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG, heute BGer] vom 3. Juli 2006, I 86/06, E. 4) massgebend sind, sind Validen- wie Invalideneinkommen auf das Jahr 2014 hin festzulegen. Da für dieses Jahr noch keine statistischen Daten verfügbar sind, ist auf diejenigen des Jahres 2013 abzustellen.

**5.2.1** Die Bemessung des Validen- und Invalideneinkommens ist gestützt auf die Angaben in der angefochtenen Verfügung (AB 63) nicht nachvollziehbar. Unter Annahme eines aufindexierten Valideneinkommens auf der Basis der ersten Rentenverfügung aus dem Jahr 2000 (Fr. 55'224.--; AB 11 S. 4), resultiert für das Jahr 2013 ein Betrag von Fr. 65'595.-- (vgl. Tabelle T1.93, Nominallohnindex 1993 – 2010 sowie 2011 – 2013; Index Männer Jahr 2000: 106.5 Punkte, Index Männer Jahr 2013: 126.5 Punkte).

**5.2.2** Für das Invalideneinkommen ist angesichts des Zumutbarkeitsprofils und mangels derzeit ausgeübter Tätigkeit auf die LSE abzustellen. Auf der Basis der LSE 2010, Tabelle TA1, Anforderungsniveau 4, Männer, Total von monatlich Fr. 4'901.--, jährlich Fr. 58'812.--, resultiert aufindexiert auf das Jahr 2013 (vgl. Tabelle T1.93, Nominallohnindex 1993 – 2010 sowie 2011 – 2013; Index Männer Jahr 2010: 123.4 Punkte, Index Männer Jahr 2013: 126.5 Punkte = Fr. 60'289.--), angepasst an die betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit im Abschnitt Total im Jahr 2013 von 41.7 Stunden und unter Berücksichtigung der 30 %-igen Leistungseinschränkung ein Betrag von Fr. 43'996.-- (Fr. 60'289.-- / 40 x 41.7 = Fr. 62'851.-- x 0.7).

Die Beschwerdegegnerin hat vorliegend im Zusammenhang mit der Festsetzung des Invalideneinkommens keinen Tabellenlohnabzug (vgl. E. 5.1.2 hiervor) vorgenommen (AB 63), was nach Ansicht der Beigeladenen korrekt ist (Stellungnahme vom 15. Oktober 2014, S. 8 f.). Demgegenüber verlangt der Beschwerdeführer die Gewährung eines Abzuges von mindestens 15 % (Beschwerde S. 8 f.). Zu berücksichtigen ist vorliegend zum Einen die mit dem psychischen Gesundheitsschaden einhergehende Einschränkung (vgl. E. 4.3 hiervor), zum Andern und vor allem aber auch die seit Ende der 1990er-Jahre bestehende, mithin langjährige Abwesenheit des Beschwerdeführers vom Arbeitsmarkt (vgl. AB 4 [Akten vor 1990, handschriftlich nummeriert], 40, 46.1/3 f.). Zwar nimmt die Bedeutung der Dienstjahre im privaten und öffentlichen Sektor ab, je niedriger das Anforderungsprofil der Arbeit ist (vgl. LSE 2010, Tabelle TA10, Monatlicher Bruttolohn nach Dienstjahren, Anforderungsniveau des Arbeitsplatzes und Geschlecht, Privater Sektor und öffentlicher Sektor [Bund] zusammen), doch fällt die Anzahl der Dienstjahre auch im Anforderungsniveau 4 sehr wohl ins Gewicht (LSE 2010, a.a.O.). Insgesamt ist daher vorliegend ein Abzug

von mindestens 10 %, jedoch sicher nicht mehr als 20 % gerechtfertigt. Bei einem Tabellenlohnabzug von 10 %, 15 % oder 20 % resultiert jeweils gerundet (vgl. BGE 130 V 121 E. 3.2 und 3.3 S. 123) ein Invaliditätsgrad von 40 %, 43 % bzw. 46 % ( $100 / \text{Fr. } 65'595.-- \times [\text{Fr. } 65'595.-- - \text{Fr. } 39'596.-- \text{ bzw. } \text{Fr. } 37'397.-- \text{ bzw. } \text{Fr. } 35'197.--]$ ), was einen Anspruch auf eine Viertelsrente ergibt. Die bisherige Dreiviertelsrente ist demnach auf eine Viertelsrente herabzusetzen. Der Zeitpunkt der Rentenherabsetzung ist in Anwendung von Art. 88a Abs. 1 und Art. 88<sup>bis</sup> Abs. 2 lit. a IVV nicht zu beanstanden. Der Beschwerdeführer hat demnach ab 1. Mai 2014 noch Anspruch auf eine Viertelsrente.

**5.3** Nach dem Dargelegten ist die angefochtene Verfügung vom 21. März 2014 in teilweiser Gutheissung der Beschwerde dahingehend abzuändern, als der Beschwerdeführer ab dem 1. Mai 2014 Anspruch auf eine Viertelsrente hat. Soweit der Beschwerdeführer weiterhin die Ausrichtung einer Dreiviertelsrente verlangt, ist die Beschwerde abzuweisen.

## **6.**

**6.1** Gemäss Art. 69 Abs. 1<sup>bis</sup> IVG ist das Beschwerdeverfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht in Streitigkeiten um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen kostenpflichtig. Die Kosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festzulegen.

Gemäss Beschluss der erweiterten Abteilungskonferenz vom 13. Oktober 2009 wird beim Verzicht auf eine Kürzung der Parteientschädigung gemäss BGE 117 V 401 E. 2c S. 407 (vgl. dazu E. 6.2 hiernach) auch auf eine Aufteilung der Verfahrenskosten nach Massgabe des – an den Parteienträgen gemessenen – bloss teilweisen Obsiegens verzichtet.

Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat somit die Beschwerdegegnerin die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 700.--, zu tragen (Art. 108 Abs. 1 VRPG; BVR 2009 S. 186 E. 4).

**6.2** Der teilweise obsiegende und durch Rechtsanwalt B.\_\_\_\_\_ vertretene Beschwerdeführer hat Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen (Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG). Ist das Quantitative einer Leistung streitig, rechtfertigt eine „Überklagung“ eine Reduktion der Parteientschädigung nur, wenn das Rechtsbegehren den Prozessaufwand beeinflusst hat. Bei Streitigkeiten um die Höhe einer Invalidenrente darf die Parteientschädigung daher nicht allein deswegen reduziert werden, weil der Beschwerdeführenden Person nicht die beantragte ganze oder höhere Rente, sondern eine geringere Teilrente zugesprochen wird (BGE 117 V 401 E. 2c S. 407).

Vorliegend haben die in der Beschwerde gestellten Rechtsbegehren den Prozessaufwand nicht beeinflusst. Damit ist keine Reduktion der Parteientschädigung vorzunehmen. Rechtsanwalt B.\_\_\_\_\_ macht mit aktualisierter Kostennote vom 5. November 2014 einen Aufwand von 12 Stunden à Fr. 250.-- bzw. ein Honorar von Fr. 3'000.-- zuzüglich Auslagen von Fr. 57.-- und 8 % Mehrwertsteuer auf Fr. 3'057.-- im Betrag von Fr. 244.55, total Fr. 3'301.55, geltend, was nicht zu beanstanden ist. Die Parteientschädigung ist demnach auf Fr. 3'301.55 festzusetzen; diesen Betrag hat die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer zu ersetzen.

**6.3** Bei vorliegendem Ausgang des Verfahrens erübrigt sich die Kostenliquidation im Rahmen der gewährten unentgeltlichen Rechtspflege (prozessleitende Verfügung vom 24. Juni 2014).

#### **Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:**

1. In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung der IV-Stelle Bern vom 21. März 2014 dahingehend abgeändert, als der Beschwerdeführer ab dem 1. Mai 2014 Anspruch auf eine Viertelsrente hat. Soweit weitergehend wird die Beschwerde abgewiesen.

2. Die Verfahrenskosten von Fr. 700.-- werden der Beschwerdegegnerin zur Bezahlung auferlegt.
3. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer die Parteikosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 3'301.55 (inkl. Auslagen und MWSt.), zu ersetzen.
4. Zu eröffnen (R):
  - Rechtsanwalt B. \_\_\_\_\_ z.H. des Beschwerdeführers
  - IV-Stelle Bern
  - Vorsorgeeinrichtung C. \_\_\_\_\_
  - Bundesamt für Sozialversicherungen

Der Kammerpräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

**Rechtsmittelbelehrung**

Gegen dieses Urteil kann innert 30 Tagen seit Zustellung der schriftlichen Begründung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten gemäss Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesgericht (BGG; SR 173.110) geführt werden.