



**POUVOIR JUDICIAIRE  
GERICHTSBEHÖRDEN**

ETAT DE FRIBOURG  
STAAT FREIBURG

**Tribunal cantonal TC  
Kantonsgericht KG**

Augustinergasse 3, Postfach 1654, 1701 Freiburg

T +41 26 304 15 00, F +41 26 304 15 01  
www.fr.ch/tc

608 2017 220

608 2017 221

## **Urteil vom 28. September 2018**

### **II. Sozialversicherungsgerichtshof**

Besetzung	Präsident:	Johannes Frölicher
	Richter:	Daniela Kiener, Marc Sugnaux
	Gerichtsschreiberin:	Angelika Spiess

Parteien            **A. \_\_\_\_\_, Beschwerdeführer**, vertreten durch Rechtsanwalt Lorenz Fivian

gegen

**INVALIDENVERSICHERUNGSSTELLE DES KANTONS FREIBURG,  
Vorinstanz**

Gegenstand        Invalidenversicherung (Revision: Einstellung der Invalidenrente; Anspruch auf berufliche Wiedereingliederungsmassnahmen)

Beschwerde vom 19. September 2017 gegen die Verfügung vom 17. August 2017 (608 2017 220)

Gesuch vom 19. September 2017 um Gewährung der vollständigen unentgeltlichen Rechtspflege (608 2017 221)

## Sachverhalt

A. A. \_\_\_\_\_, geboren im Jahr 1972, verheiratet und Vater von drei Kindern (Jahrgänge 2000, 2002 und 2005), ist in B. \_\_\_\_\_ wohnhaft. Er arbeitete seit 1994 als Hilfsarbeiter im Kaminbau, bevor er sich am 29. Januar 2001 (Eingangsdatum) wegen Schwindelanfällen und einer depressiven Symptomatik bei der Invalidenversicherungsstelle Freiburg (IV-Stelle) zum Leistungsbezug anmeldete.

Der Arzt des Regionalärztlichen Dienstes Bern/Freiburg/Solothurn (RAD) hielt in seiner Stellungnahme vom 27. September 2001 fest, dass der Versicherte an einer Major Depression mittelschweren Grades mit Schlafstörungen und Schwindelattacken sowie multiplen somatischen Beschwerden leide, worauf dem Versicherten ab dem 1. Januar 2001 eine ganze Invalidenrente, basierend auf einem IV-Grad von 89 Prozent, zugesprochen wurde. Ab dem 1. Januar 2004 wurde dem Versicherten zudem eine Entschädigung für eine Hilflosigkeit leichten Grades ausgerichtet.

Es folgten diverse Rentenrevisionsverfahren, in welchen jeweils ein unveränderter Gesundheitszustand festgestellt wurde. Die letzte Mitteilung datiert vom 24. Mai 2011.

B. Im März 2014 veranlasste die IV-Stelle im Rahmen einer weiteren Rentenrevision eine psychiatrische Begutachtung bei Dr. med. C. \_\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie. Das Gutachten wurde am 8. Oktober 2014 erstattet.

Mit Vorbescheid vom 11. Juni 2015 stellte die IV-Stelle dem Versicherten die Renteneinstellung sowie die Durchführung von Wiedereingliederungsmassnahmen in Aussicht; dies gestützt auf die Schlussbestimmungen der 6. IV-Revision (SchlBest IVG). Gegen diesen Vorbescheid erhob der Versicherte am 17. Juni 2015 Einwände, worauf die IV-Stelle Dr. med. D. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, mit einem neuen psychiatrischen Gutachten beauftragte. Dieses Gutachten wurde indessen nie fertiggestellt, da dem Experten das Gutachten von Dr. med. C. \_\_\_\_\_ nicht zugestellt wurde.

Im Oktober 2016 wurde das Gutachten von Dr. med. C. \_\_\_\_\_ aus den Akten entfernt.

C. In der Folge veranlasste die IV-Stelle eine pluridisziplinäre Begutachtung beim E. \_\_\_\_\_. Im Gutachten vom 13. April 2017 (mit Ergänzung vom 17. Juli 2017) wurden folgende Diagnosen gestellt: 1. rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode, relativ schwer ausgeprägt, an der Grenze zur mittelgradigen Episode (ICD-10: F33.0), 2. Somatoforme Störung, nicht näher bezeichnet (ICD-10: F45.9), Kopfschmerzen unklarer Ursache, Verdacht auf Leberparenchymschaden, Übergewicht, muskuläre Dekonditionierung und Haltungsinsuffizienz. Die Gutachter hielten fest, die bisherige Tätigkeit im Kaminbau sei dem Versicherten nicht mehr zumutbar. In einer angepassten Tätigkeit bestehe aber eine Arbeitsfähigkeit von 60 bis 70 Prozent, mit einer Leistungsminderung von 30 Prozent während der Einarbeitungszeit (ca. 3 Monate).

Mit Verfügung vom 17. August 2017 stellte die IV-Stelle die Rente per 30. September 2017 ein. Deren Ausrichtung erfolge aber noch während der Dauer der Wiedereingliederungsmassnahmen, längstens bis zum 30. September 2019. Die IV-Stelle begründete die Renteneinstellung damit, dass der Versicherte gemäss E. \_\_\_\_\_-Gutachten an einer somatoformen Störung sowie einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig leichte bis mittelgradige Episode leide, die sich seit der Berentung im Jahr 2001 erheblich verbessert habe. Da die psychosomatischen Beschwerden unter den Anwendungsbereich der SchlBest IVG fielen, basiere die Rentenaufhebung auf diesen Revisionsbestimmungen, wobei sie aber auch einer revisionsweisen Aufhebung gemäss Art. 17 Abs. 1 ATSG standhalten würde.

D. Gegen die Verfügung vom 17. August 2017 erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt Lorenz Fivian, am 19. September 2017 Beschwerde an das Kantonsgericht Freiburg. Er beantragt die Aufhebung der angefochtenen Verfügung, die Weiterausrichtung seiner bisherigen Invalidenrente über den 1. Oktober 2017 hinaus und die Gewährung der vollständigen unentgeltlichen Rechtspflege.

Mit Stellungnahme vom 13. Oktober 2017 beantragt die IV-Stelle die Abweisung der Beschwerde. Sie macht im Wesentlichen geltend, dass eine Rentenaufhebung basierend auf den Schlussbestimmungen der 6. IV-Revision möglich sei, weil die Rente aufgrund von unklaren Beschwerdebildern zugesprochen worden sei. Sollte das Kantonsgericht dies anders beurteilen, dann sei eine revisionsweise Aufhebung wegen Verbesserung des Gesundheitszustandes in Betracht zu ziehen, die allerdings ohne die Durchführung von Eingliederungsmassnahmen erfolgen könne.

Die beige ladene BVG-Sammelstiftung F. \_\_\_\_\_ verzichtete am 22. Mai 2018 auf eine Stellungnahme.

Es fand kein weiterer Schriftenwechsel statt.

Die weiteren Elemente des Sachverhalts ergeben sich, soweit sie für die Urteilsfindung massgebend sind, aus den nachfolgenden rechtlichen Erwägungen.

## **Erwägungen**

1.

Die Beschwerde vom 19. September 2017 gegen die Verfügung der IV-Stelle vom 17. August 2017 ist durch einen ordentlich bevollmächtigten Rechtsvertreter fristgerecht bei der sachlich und örtlich zuständigen Beschwerdeinstanz eingereicht worden. Der Beschwerdeführer hat ein schutzwürdiges Interesse daran, dass der zweite Sozialversicherungsgerichtshof prüft, ob die Vorinstanz seine Rente zu Recht aufgehoben hat.

Auf die Beschwerde ist einzutreten.

2.

2.1. Im Sinne von Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1), welches hier aufgrund von Art. 1 Abs. 1 des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) zur Anwendung kommt, ist Invalidität die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Gemäss Art. 4 IVG kann Invalidität die Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein und einen Anspruch auf Leistungen begründen, wenn sie die dafür erforderliche Art und Schwere erreicht.

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). 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. Anspruch auf eine IV-Rente haben Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können, während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 Prozent arbeitsunfähig gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 Prozent invalid sind (Art. 28 Abs. 1 IVG).

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 8 ATSG bewirken. Gemäss der bisherigen höchstrichterlichen Rechtsprechung fielen depressive Störungen leicht- bis mittelgradiger Natur, rezidivierend oder episodisch, einzig dann als invalidisierende Krankheiten in Betracht, wenn sie erwiesenermassen therapieresistent waren (BGE 140 V 193 E. 3.3 mit Hinweis; Urteile BGer 9C\_841/2016 vom 8. Februar 2017 E. 3.1; 9C\_13/2016 vom 14. April 2016 E. 4.2). Diese Praxis hat das Bundesgericht mit Urteil 8C\_841/2016 vom 30. November 2017 (publiziert unter BGE 143 V 409) geändert. Es erwog, dass die Therapierbarkeit eines Leidens kein taugliches Kriterium für rechtliche Differenzierungen darstelle. Deshalb sei fortan bei leichten bis mittelschweren therapierbaren Depressionen mittels Indikatoren zu prüfen, ob sich diese als invalidisierend erweisen (E. 4.4). Durch diese Praxisänderung werde die Indikatorenprüfung als strukturiertes Beweisverfahren auf alle psychischen Störungen ausgeweitet, es könne aber ausnahmsweise auf die Prüfung der Indikatoren verzichtet werden, so zum Beispiel wenn eine leichtgradige, nicht chronifizierte Depression ohne Komorbiditäten vorliege oder die involvierten Fachärzte eine Arbeitsunfähigkeit übereinstimmend verneinen (E. 4.5.1-3). Im Zuge dieser Praxisänderung wurde gleichzeitig mit BGE 143 V 418 festgelegt, dass die funktionellen Einschränkungen unabhängig der Schweregradabstufungen der Diagnosen mittels Indikatorenprüfung zu eruieren seien und diese unter Einbezug aller Komorbiditäten, selbst wenn diese alleine noch keine invalidisierende Störung bilden (E. 5.3 und 8.1).

2.3. Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung und im Beschwerdefall der Richter auf Unterlagen angewiesen, die der Arzt und gegebenenfalls andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen (Befunderhebung, Diagnosestellung) und Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person in ihren körperlichen bzw. geistigen Funktionen durch das Leiden eingeschränkt, das heisst arbeitsunfähig ist (BGE 132 V 93 E. 4). Bei der Folgenabschätzung der gesundheitlichen Beeinträchtigungen für die Arbeitsfähigkeit kommt der Arztperson keine abschliessende Beurteilungskompetenz zu. Vielmehr nimmt die Arztperson zur Arbeitsunfähigkeit Stellung, d.h. sie gibt eine Schätzung ab, welche sie aus ihrer Sicht so substantiell wie möglich begründet. Die ärztlichen Angaben sind eine wichtige Grundlage für die juristische Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der Person noch zugemutet werden können (statt vieler: BGE 140 V 193 E. 3.2).

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). Für diesen Einkommensvergleich sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des Beginns des – möglichen – Rentenanspruchs massgebend, wobei Validen- und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu erheben und allfällige rentenwirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Erlass des Einspracheentscheides zu berücksichtigen sind (vgl. BGE 129 V 222).

2.4. Ändert sich der Invaliditätsgrad eines Rentenbezügers erheblich, so wird gemäss Art. 17 ATSG die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben. Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Der zeitliche Referenzpunkt für die Prüfung einer anspruchserheblichen Änderung bildet die letzte (der versicherten Person eröffnete) rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruches mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustandes) beruht; vorbehalten bleibt die Rechtsprechung zur Wiedererwägung (BGE 133 V 108; 130 V 71 E. 3.2.3). Das Bundesgericht hat im Urteil 9C\_46/2009 vom 14. August 2009 darauf hingewiesen, dass eine Verfügung verzichtbar ist, wenn bei einer von Amtes wegen durchgeführten Revision keine leistungsbeeinflussende Änderung der Verhältnisse festgestellt wurde und die bisherige Invalidenrente daher weiter ausgerichtet wird (vgl. Art. 74<sup>ter</sup> lit. f der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]). Wird auf entsprechende Mitteilung hin keine Verfügung verlangt, ist jene in Bezug auf den Vergleichszeitpunkt einer (ordentlichen) rechtskräftigen Verfügung gleichzustellen. Die Mitteilung darf allerdings nicht als Referenzdatum für das Revisionsverfahren gelten, wenn sie nicht auf einer rechtskonformen Sachverhaltsabklärung und Würdigung der medizinischen Befunde beruhte, was namentlich dann der Fall ist, wenn die eingeholten Arztberichte im Widerspruch zu denjenigen der ursprünglichen Rentenzusprache stehen und keine zusätzlichen Abklärungen vorgenommen wurden (Urteil BGer 8C\_676/2011 vom 31. Januar 2012 E. 3.4-3.5). Die Heranziehung eines Verwaltungsaktes als Vergleichsbasis setzt somit voraus, dass er auf denjenigen Abklärungen beruht, welche mit Blick auf die möglicherweise veränderten Tatsachen notwendig erscheinen (SVR 2010 IV Nr. 54 S. 167; Urteile BGer 9C\_899/2009 vom 26. März 2010 E. 2.1 und 8C\_3/2012 vom 25. April 2012 E. 3.3).

Eine Revision nach Art. 17 ATSG ist dann nicht zulässig, wenn sie lediglich auf einer abweichenden medizinischen Einschätzung von unveränderten tatsächlichen Verhältnissen beruht (Urteil BGer 9C\_698/2012 vom 3. Mai 2013 E. 1). Auch eine neue Verwaltungs- oder Gerichtspraxis rechtfertigt grundsätzlich keine Revision des laufenden Rentenanspruchs zum Nachteil der versicherten Person (BGE 135 V 201 E. 6.1.1 mit Hinweisen, u.a. auf BGE 115 V 308 E. 4a/dd; Urteil BVGer C-106/2010 vom 16. Januar 2013 E. 4.4.1).

Im Falle einer Rentenrevision infolge eines verbesserten depressiven Zustandsbildes gilt es neuerdings zu beachten, dass seit der mit Urteil BGer 8C\_841/2016 vom 30. November 2017 eingeleiteten Praxisänderung (vgl. E. 2.2 hiervor) auch bei leichten bis mittelschweren therapierbaren Depressionen eine Invalidisierung nicht von vornherein auszuschliessen ist, sondern sich nur anhand einer Indikatorenprüfung eruieren lässt (E. 4.4). Als Komorbiditäten gelten dabei alle ressourcenhemmenden Störungen, selbst wenn diese nicht per se invalidisierend sind (BGE 143 V 418 E. 8.1).

2.5. In zwei Leitentscheiden erkannte das Bundesgericht, dass weder die Rechtsprechung gemäss BGE 130 V 352 noch Art. 7 Abs. 2 ATSG einen Grund für die Anpassung bereits laufender Renten bilden können (BGE 135 V 201; 135 V 215). Der Gesetzgeber sah sich deswegen veranlasst, mit Bst. a Abs. 1 der Schlussbestimmungen des IVG zur Änderung vom 18. März 2011 (6. IV-Revision, erstes Massnahmenpaket; in Kraft seit dem 1. Januar 2012; SchIBest IVG) eine entsprechende rechtliche Grundlage für die Überprüfung laufender Renten zu schaffen. Nach dieser Bestimmung sind auch laufende Renten – mit bestimmten, in Bst. a Abs. 4 SchIBest IVG genannten Ausnahmen – auf die Vereinbarkeit mit Art. 7 ATSG zu überprüfen und gegebenenfalls

herabzusetzen oder aufzuheben, ohne dass hierfür ein Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG gegeben sein muss (BGE 140 V 197 E. 6.2.2).

Gemäss den SchlBest IVG werden Renten, die bei pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebildern ohne nachweisbare organische Grundlage gesprochen wurden, innerhalb von drei Jahren nach Inkrafttreten dieser Änderung überprüft und falls die Voraussetzungen nach Art. 7 ATSG nicht erfüllt sind, wird die Rente herabgesetzt oder aufgehoben, auch wenn die Voraussetzungen von Art. 17 ATSG nicht erfüllt sind (Bst. a Abs. 1). Wird die Rente herabgesetzt oder aufgehoben, so hat die Bezügerin oder der Bezüger Anspruch auf Massnahmen zur Wiedereingliederung nach Art. 8a IVG. Ein Anspruch auf eine Übergangsleistung nach Art. 32 Abs. 1 Bst. c IVG entsteht dadurch nicht (Abs. 2). Werden Massnahmen zur Wiedereingliederung nach Art. 8a IVG durchgeführt, so wird die Rente bis zum Abschluss der Massnahmen weiter ausgerichtet, längstens aber während 2 Jahren ab dem Zeitpunkt der Aufhebung oder Herabsetzung (Abs. 3).

Allerdings gilt die Rentenaufhebung nach Abs. 1 nicht für Personen, die im Zeitpunkt des Inkrafttretens dieser Änderung das 55. Altersjahr zurückgelegt haben oder im Zeitpunkt, in dem die Überprüfung eingeleitet wird, seit mehr als 15 Jahren eine Rente der Invalidenversicherung beziehen (Abs. 4). Als massgebliche Anknüpfungspunkte für die Berechnung der Rentenbezugsdauer gilt der Beginn des Rentenanspruchs – und nicht das Erlassdatum der rentenzusprechenden Verfügung – sowie der Zeitpunkt, in welchem das Verfahren zur Neuurteilung gemäss den SchlBest IVG begann. Das spezifische Überprüfungsverfahren muss demnach zwingend zwischen Anfang 2012 und Ende 2014 eingeleitet werden; es darf deshalb nicht auf ein erst nach dem 31. Dezember 2014 oder ein schon vor dem 1. Januar 2012 eingeleitetes Rentenrevisionsverfahren abgestellt werden (BGE 140 V 15 E. 5.2 f. mit Hinweisen).

Vom Anwendungsbereich der pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebildern ohne nachweisbare organische Grundlage gemäss Bst. a SchlBest IVG sind laufende Renten nur auszunehmen, wenn und soweit sie auf erklärbaren Beschwerden beruhen. Lassen sich solche von unklaren Beschwerden trennen, können die SchlBest auf letztere Anwendung finden (BGE 140 V 197 E. 6.2.3). Liegt hingegen ein Sachverhalt vor, der es nicht erlaubt festzustellen, wie gross der Anteil der organisch bedingten Beschwerden bei der Rentenzusprechung war, bestimmt sich die Anwendbarkeit von Bst. a SchlBest IVG danach, ob die „erklärbaren“ Beschwerden das unklare Beschwerdebild bloss verstärkten (Urteil BGer 9C\_308/2013 vom 26. August 2013 E. 5.1).

Somit ergibt sich die Anwendbarkeit von Bst. a Abs. 1 SchlBest IVG ausschliesslich aus der Natur des Gesundheitsschadens, auf dem die Rentenzusprache beruhte (Urteil BGer 9C\_379/2013 vom 13. November 2013 E. 3.2.3). Eine Rentenaufhebung gestützt auf die SchlBest IVG ist nur zulässig, wenn die Anspruchsprüfung bei einer Neuanschuldung gestützt auf die (damalige) Rechtsprechung zu den unklaren Beschwerdebildern erfolgt wäre (Urteil BGer 9C\_843/2014 vom 4. September 2015 E. 5.2). Wurde die Rente gestützt auf eine mittelgradige, sich chronifizierende Depression mit somatischem Syndrom (ICD-10: F32.11) zugesprochen, handelt es sich gerade nicht um ein „unklares“ Beschwerdebild im Sinne von Bst. a Abs. 1 SchlBest IVG. Da die Depression keine Begleiterscheinung der Schmerzfehlentwicklung bildet, ist eine Trennung in unklare und erklärbare Beschwerden nicht möglich und eine Rentenüberprüfung nach den SchlBest nicht zulässig (Urteil BGer 8C\_413/2016 vom 2. September 2016 E. 4.3.).

2.6. Versicherungsträger und Sozialversicherungsrichter haben die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass der Sozialversicherungsrichter alle Beweismittel,

unabhängig davon, 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 er bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum er auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist also entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen 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).

In Bezug auf Berichte von Hausärzten darf und soll der Richter der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b/cc mit Hinweisen). Dies gilt für den allgemein praktizierenden Hausarzt wie den behandelnden Spezialarzt (Urteil EVGer I 655/05 vom 20. März 2006 E. 5.4 mit Hinweisen).

Das Gericht hat sich bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einer versicherten Person auf schlüssige medizinische Berichte zu stützen. Sofern solche nicht vorliegen oder widersprüchlich sind, sind weitere Abklärungen unabdingbar, ansonsten der Untersuchungsgrundsatz verletzt wird (Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c ATSG; Urteil BGer 8C\_262/2013 vom 5. Juli 2013 E. 5.2; BGE 125 V 193 E. 2; 122 V 157 E. 1a).

2.7. Das Sozialversicherungsgericht kann die Begründung der Vorinstanz substituieren. Die Wiedererwägung, die Revision nach Art. 17 ATSG und die Überprüfung nach den SchIBest IVG stellen (bloss) verschiedene rechtliche Begründungen für den Streitgegenstand „Abänderung des Rentenanspruchs“ dar. Hat der Versicherungsträger die Rente mit einer unzutreffenden Begründung herabgesetzt oder aufgehoben, führt aber die richtige Begründung zum gleichen Ergebnis, so ist die Verfügung zu bestätigen (Urteil BGer 9C\_303/2010 vom 5. Juli 2010 E. 4.3). Vorausgesetzt ist indes, dass das Gericht über die nötigen Beurteilungsgrundlagen verfügt (Urteil BGer 9C\_121/2014 vom 3. September 2014 E. 3.2.2.).

3.

Die Vorinstanz hat die vom Beschwerdeführer seit 1. Januar 2001 bezogene ganze Invalidenrente der Invalidenversicherung gestützt auf die SchIBest IVG aufgehoben. Der Beschwerdeführer bestreitet die Anwendbarkeit dieser Revisionsbestimmungen und stellt sich auf den Standpunkt, die Rentenzusprache sei nicht aufgrund eines pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebilds ohne nachweisbare organische Grundlage erfolgt.

3.1. Nach einem Sturz von der Leiter im Jahr 1999 wurde der Beschwerdeführer wegen Schwindelanfällen im G.\_\_\_\_\_ abgeklärt, wo am 17. Juli 2000 eine unklare vestibulo-kochleäre Symptomatik links diagnostiziert wurde (IV-Dossier S. 20). Im H.\_\_\_\_\_ wurde kurz darauf, am 26. September 2000, die Diagnose einer Synkope unklarer Ätiologie mit Kopfschmerzen gestellt (IV-Dossier S. 21 f.).

Wegen einer depressiven Symptomatik (anhaltende Schlafstörungen, Angstanfälle, Panikattacken, innere Unruhe, Selbstmordgedanken, allgemeine Traurigkeit und Mutlosigkeit) war der

Beschwerdeführer seit 1999 in psychiatrischer Behandlung, die ab dem 4. Januar 2000 bei Dr. med. I. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, stattfand (IV-Dossier S. 24 f.). Im August 2001 beurteilte Dr. med. I. \_\_\_\_\_ den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers bezüglich der depressiven Symptomatik und den somatischen Beschwerden (Schwindel, Kopfschmerzen) als stationär (IV-Dossier S. 28). Die bisherige Tätigkeit sei nicht mehr zumutbar. Nach einer anfänglichen Belastbarkeitstestung bestehe aber in einer Tätigkeit ohne Sturzgefahr eine 100-prozentige Arbeitsfähigkeit (IV-Dossier S. 29).

Der beigezogene RAD-Arzt stellte in seinem Bericht vom 27. September 2001 die folgende Diagnose: Major Depression mittelschweren Grades mit Schlafstörungen und Schwindelattacken sowie multiplen somatischen Beschwerden (IV-Dossier S. 35).

Gestützt auf diese Arztberichte sprach die IV-Stelle dem Beschwerdeführer mit Verfügungen vom 5. November 2002, 11. Dezember 2002 bzw. 8. Januar 2003 rückwirkend ab 1. Januar 2001 eine ganze Rente der Invalidenversicherung zu, basierend auf einem IV-Grad von 89 Prozent (IV-Dossier S. 90 ff., 93 ff., 96 ff.).

3.2. Damit steht fest, dass die erstmalige Rentenzusprache aufgrund der depressiven Symptomatik (Diagnose: „Major Depression mittelschweren Grades“) erfolgte. Es besteht kein Anlass, diese Ausgangsdiagnose der Berentung durch Begutachtungen, die über ein Jahrzehnt später vorgenommen wurden, zu modifizieren, selbst wenn im Nachhinein gewisse Zweifel aufkommen.

Bei einer mittelgradigen, sich chronifizierenden Depression mit somatischem Syndrom (ICD-10: F32.11) handelt es sich rechtsprechungsgemäss nicht um ein pathogenetisch-ätiologisch unklares syndromales Beschwerdebild ohne nachweisbare organische Grundlage (siehe dazu E. 2.5 hiervor mit Verweis auf Urteil BGer 8C\_413/2016 vom 2. September 2016 E. 4.3). Damit sind die SchIBest IVG auf den vorliegenden Fall, in welchem eine Rente wegen einer „Major Depression mittelschweren Grades“ zugesprochen wurde, nicht anwendbar.

4.

Die IV-Stelle weist in der angefochtenen Verfügung darauf hin, dass eine Renteneinstellung auch „revisionsweise“ möglich wäre. In ihren Bemerkungen führt sie dazu aus, dass für den Fall, in dem das Kantonsgesundheitsgericht einer Rentenrevision gemäss SchIBest IVG nicht beipflichten sollte, eine Renteneinstellung auch basierend auf einer Revision nach Art. 17 ATSG möglich sei.

4.1. Die Rente wird nach Art. 17 ATSG dann revidiert, wenn seit der letzten materiell-rechtlichen Verfügung eine wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen eingetreten ist. Im vorliegenden Fall bestätigte die Vorinstanz den Rentenanspruch des Beschwerdeführers letztmals mit Mitteilung vom 24. Mai 2011 (IV-Dossier S. 219). Diese Mitteilung beruhte aber nicht auf einer eingehenden Sachverhaltsabklärung, sondern stützte sich auf Arztberichte, die mit offiziellem Formular eingeholt wurden und nur knappe Angaben enthielten. Damit sind vorliegend die rentenzusprechenden Verfügungen vom 5. November 2002, 11. Dezember 2002 bzw. 8. Januar 2003 als Vergleichszeitpunkt für das Revisionsverfahren heranzuziehen. Diese stützten sich auf die Diagnose einer „Major Depression mittelschweren Grades mit Schlafstörungen und Schwindelattacken sowie multiplen somatischen Beschwerden“ (siehe dazu E. 3.1 hiervor).

Nachfolgend ist zu prüfen, ob sich die tatsächlichen Verhältnisse des Beschwerdeführers, namentlich sein Gesundheitszustand, im Zeitraum von Ende 2002 bzw. Anfang 2003 bis zum Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 17. August 2017 wesentlich verändert haben.

4.2. Im Auftrag der Vorinstanz erstellte die E. \_\_\_\_\_ am 13. April 2017 ein pluridisziplinäres Gutachten mit den Disziplinen Psychiatrie, Rheumatologie, Neurologie und Innere Medizin. Als



Diagnose mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit wurde eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode, relativ schwer ausgeprägt, an der Grenze zur mittelgradigen Episode (ICD-10: F33.0) genannt. Folgende Diagnosen hätten keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: 1. Somatoforme Störung, nicht näher bezeichnet (ICD-10: F45.9), 2. Kopfschmerzen unklarer Ursache, 3. Verdacht auf Leberparenchymschaden, 4. Übergewicht (BMI 26.2 kg/m<sup>2</sup>), 5. Muskuläre Dekonditionierung und Haltungsinsuffizienz (IV-Dossier S. 471).

In psychiatrischer Hinsicht wurde festgehalten, dass im Vordergrund des Beschwerdeerlebens körperliche Beschwerden stehen würden. Erschwert werde die Einordnung der Symptomatik dadurch, dass der Beschwerdeführer in der aktuellen polydisziplinären Begutachtung die Beschwerden in den einzelnen Teilbegutachtungen nicht einheitlich geschildert habe und sich sowohl in der körperlich-rheumatologischen, als auch in der körperlich-neurologischen Untersuchung Inkonsistenzen gezeigt hätten. Es sei von einer erheblichen Beschwerdebetonung auszugehen. Obschon es durchaus plausibel scheine, dass der Beschwerdeführer Beschwerden habe, seien diese Beschwerden organmedizinisch nicht erklärbar. Vorliegend sei es vor dem Hintergrund psychosozialer Belastungen (berufliche Probleme nach einem Unfall in der Tätigkeit als Kaminbauer im Herbst 1999; Partnerschaftsprobleme) zu einer psychosomatischen Symptomatik gekommen, mit organisch nicht ausreichend erklärbaren Schmerzen sowie einer psychosomatischen Schwindelsymptomatik. Dies führe zu der Diagnose einer „somatoformen Störung, nicht näher bezeichnet“ (ICD-10: F45.9). Darüber hinaus beklage der Beschwerdeführer eine innere Anspannung resp. Nervosität und eine depressive Stimmung. Auch hier wirke er deutlich beschwerdebetonend, bagatellisiere noch vorhandene Ressourcen sowie regelmässig ausgeübte, positiv besetzte Aktivitäten. Nach Abzug der Beschwerdebetonung sei von einer rezidivierenden depressiven Störung auszugehen mit gegenwärtig leichter Episode, die aber relativ schwer ausgeprägt sei, an der Grenze zur mittelgradigen depressiven Episode (ICD-10: F33.0). Die zuletzt ausgeübte Tätigkeit im Kaminbau sei gefahrenbehaftet und nicht mehr möglich (Arbeitsfähigkeit: 0 Prozent). Die Indikatoren- und Konsistenzprüfung (vgl. IV-Dossier S. 489 ff.) indessen ergebe, dass in einer optimal angepassten Tätigkeit aus psychiatrischer Sicht eine Arbeitsfähigkeit von 60 bis 70 Prozent bestehe (IV-Dossier S. 471 f.).

Die neurologische Untersuchung ergab einen unauffälligen neurologischen Befund (keine Ataxie, keine Abschwächung des Vibrationsempfindens, keine Tonuserhöhung, keine Paresen). Zwar habe der Beschwerdeführer bei der Gang- und Standprüfung ein ausgeprägtes Schwanken und beinahe Hinfallen gezeigt; diese Symptomatik habe unter Ablenkung persistiert. Aufgrund des unauffälligen neurologischen Befundes und des bizarren Erscheinungsbildes der Gleichgewichtsstörungen sei aber von einer nicht-organischen Ursache des Schwindels auszugehen. Am ehesten handle es sich um einen phobischen Schwankschwindel. Auf neurologischem Gebiet sei die Arbeitsfähigkeit nicht eingeschränkt (IV-Dossier S. 472).

Auf internistischem Fachgebiet bestehe der Verdacht auf eine beginnende Leberparenchymschädigung, möglicherweise medikamenteninduziert. Der Beschwerdeführer habe diesbezüglich aber keine subjektiven Beschwerden. Die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers sei auf internistischem Fachgebiet nicht eingeschränkt (IV-Dossier S. 472).

Bei der klinisch-rheumatologischen Untersuchung seien altersentsprechende physiologische Verhältnisse an Wirbelsäule und Gelenken gefunden worden. Insbesondere würden keine Hinweise auf eine vertebrogenen, spondylogenen oder radikulären Symptomatik bestehen. Auffällig seien die deutliche muskuläre Dekonditionierung und die Haltungsinsuffizienz. Diese würden als Ausdruck einer generell regressiven und passiven Lebensweise interpretiert. Es bestehe keine

muskuloskelettal bedingte Funktionsstörung. Dementsprechend liege keine rheumatologisch bedingte Einschränkung von Aktivität und Partizipation vor (IV-Dossier S. 473).

Integral – unter Berücksichtigung sämtlicher beteiligter Fachgebiete – ergebe sich, dass die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit nicht mehr gegeben sei. In einer leidensadaptierten Tätigkeit (leichte bis mittelschwere körperliche, überwiegend sachbetonte, gut vorstrukturierte, regelmässige, kognitiv einfache Tätigkeiten, ohne besondere Anforderungen an die emotionale Belastbarkeit, ohne besonderen Zeitdruck und ohne Anforderungen hinsichtlich einer durchgehenden uneingeschränkten Daueraufmerksamkeit, ohne unregelmässige Arbeitszeiten und Nachtschichten) betrage die Arbeitsfähigkeit aber 60 bis 70 Prozent. Wegen der ausgesprochenen Dekonditionierung sei während einer Einarbeitungszeit von ca. 3 Monaten von einer 30-prozentigen Leistungsminderung auszugehen (IV-Dossier S. 471, 473 f.).

4.3. Vorab ist generell festzuhalten, dass sich das pluridisziplinäre E. \_\_\_\_\_-Gutachten vom 13. April 2017 auf insgesamt vier Explorations (psychiatrisch, rheumatologisch, neurologisch und internistisch) sowie auf das den Gutachtern zur Verfügung gestellte Dossier mit sämtlichen bisherigen ärztlichen Zeugnissen stützt. Das Gutachten ist für die streitigen Belange umfassend, berücksichtigt die vom Beschwerdeführer beklagten Beschwerden, wurde in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben und ist in der Beurteilung der medizinischen Situation sowie der medizinischen Zusammenhänge einleuchtend.

Auch der RAD-Arzt Dr. med. J. \_\_\_\_\_, Facharzt für Anästhesiologie, erhebt keine Einwände gegen das Gutachten (Stellungnahme vom 20. April 2017, IV-Dossier S. 522).

4.3.1. Dass der behandelnde Psychiater, Dr. med. I. \_\_\_\_\_, eine abweichende Meinung vertritt, ändert daran nichts. Diesbezüglich ist festzustellen, dass Dr. med. I. \_\_\_\_\_ über den gesamten Zeitraum eine Major Depression mit Schlafstörungen und verschiedenen somatischen Beschwerden (ICD-10: F33.11) diagnostizierte. Gemäss seiner Einschätzung hat sich der Gesundheitszustand im Verlauf der Jahre nicht verbessert (statt vieler: Bericht vom 4. April 2014, IV-Dossier S. 283; vgl. auch IV-Dossier S. 262, 240, 212, 118). Der psychiatrische Experte hat indessen gut begründet, nachvollziehbar und überzeugend dargelegt, weshalb die von Dr. med. I. \_\_\_\_\_ auch heute noch gestellte Diagnose nicht zutrifft. Die Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode sei nämlich gemäss ICD-10 nur dann mit dem Zusatz „mit somatischem Syndrom“ zu versehen, wenn folgende typischen Merkmale vorliegen würden: (1.) Interessenverlust oder Verlust der Freude an normalerweise angenehmen Aktivitäten; (2.) Mangelnde Fähigkeit, auf eine freundliche Umgebung oder freudige Ereignisse emotional zu reagieren; (3.) Frühmorgendliches Erwachen, zwei oder mehr Stunden vor der gewohnten Zeit; (4.) Morgentief; (5.) Objektive Befunde einer psychomotorischen Hemmung oder Agitiertheit, festgestellt und berichtet von Personen in der Umgebung des Kranken; (6.) Deutlicher Appetitverlust; (7.) Gewichtsverlust, häufig mehr als 5 Prozent des Körpergewichts im vergangenen Monat; (8.) Deutlicher Libidoverlust. Zwar würden beim Beschwerdeführer über die mittelgradige depressive Episode hinaus als psychosomatisch anzusehende körperliche Symptome vorliegen (Schwindel und Kopfschmerzen). Diese körperlichen Symptome hätten aber nichts mit dem soeben dargelegten „somatischen Syndrom“ zu tun. Vielmehr handle es sich um Symptome einer somatoformen Störung, nicht näher bezeichnet (ICD-10: F45.9) (vgl. IV-Dossier S. 491 f.).

Auch was die von Dr. med. I. \_\_\_\_\_ attestierte Arbeitsfähigkeit anbelangt, so hat der psychiatrische Experte gut begründet, nachvollziehbar und überzeugend dargelegt, weshalb darauf nicht abgestellt werden kann. Diesbezüglich wird ausgeführt, dass auch aus heutiger Sicht nachvollziehbar sei, dass die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit durchgehend bei

0 Prozent gelegen habe. Nicht nachvollziehbar seien dagegen die Angaben zur Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit. So werde im Bericht vom 13. August 2001 (vgl. IV-Dossier S. 29) mitgeteilt, dass in einer angepassten Tätigkeit die Arbeitsfähigkeit 100 Prozent betrage, was bei dem beschriebenen Krankheitsbild (Major Depression mittelschweren Grades mit Schlafstörungen und Schwindelattacken sowie mit multiplen somatischen Beschwerden; IV-Dossier S. 25, 28) viel zu hoch sei. Im Bericht vom 25. März 2003 (IV-Dossier S. 101) werde in einer adaptierten Tätigkeit (Tätigkeit in einer geschützten Arbeitsstelle) eine Arbeitsfähigkeit von 50 Prozent attestiert, was auch aus heutiger Sicht nachvollziehbar erscheine. Obwohl im Weiteren ein unverändertes Krankheitsbild beschrieben worden sei, würden ab dem Bericht vom 1. Juli 2004 (IV-Dossier S. 120) auch „andere Tätigkeiten“ als nicht mehr zumutbar erachtet. Dass der Beschwerdeführer ab dem Jahr 2004 in einer adaptierten Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 0 Prozent gehabt haben solle, sei vollkommen unplausibel und in keiner Weise mit der vom behandelnden Psychiater mitgeteilten (wenn auch nicht ICD-konformen) Diagnose vereinbar. Vielmehr habe der Beschwerdeführer mit ganz überwiegender Wahrscheinlichkeit über viele Jahre, vermutlich bereits ab Herbst 1999, in einer adaptierten Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von ca. 50 Prozent gehabt. Es sei dann zu einer Besserung der depressiven Symptomatik gekommen (inzwischen liege keine mittelgradige depressive Episode mehr vor) und zu einer Steigerung der Arbeitsfähigkeit auf inzwischen 60 bis 70 Prozent (IV-Dossier S. 492).

Damit ist zusammenfassend festzustellen, dass sich der psychiatrische Experte mit den abweichenden Arztberichten von Dr. med. I. \_\_\_\_\_ eingehend auseinandersetzte und glaubhaft und begründet darlegte, weshalb heute weder der von ihm gestellten Diagnose noch seiner Beurteilung der Arbeitsfähigkeit gefolgt werden kann. Seine Begründung ist überzeugend, weshalb ohne weiteres darauf abgestellt werden kann.

4.3.2. Auch die übrigen, sich bei den Akten befindlichen Berichte der Hausärzte des Beschwerdeführers, welche eine abweichende Meinung vertreten, vermögen den Beweiswert des Gutachtens nicht zu schmälern. Diesbezüglich ist festzustellen, dass die Hausärzte (so Dr. med. K. \_\_\_\_\_ und L. \_\_\_\_\_, beides praktische Ärzte für Allgemeine Medizin) nicht auf dem Gebiet der Psychiatrie spezialisiert sind, weshalb ihre Berichte, soweit sie Angaben zum psychiatrischen Gesundheitszustand des Beschwerdeführers enthalten, bereits aus diesem Grund keine Veranlassung geben, das Gutachten in Zweifel zu ziehen. Zudem ist zu berücksichtigen, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b/cc mit Hinweisen).

4.3.3. Dass die Einschätzungen der behandelnden Ärzte in der Vergangenheit wiederholt vom RAD bestätigt wurden – so am 27. September 2001 (IV-Dossier S. 35, 391, 398 oder 401; womit sogleich auch der Vorhalt des Beschwerdeführers widerlegt ist, dass sich dieser Bericht nicht in den Vorakten befindet) sowie am 18. Mai 2006 (IV-Dossier S. 161) –, vermag den Beweiswert des Gutachtens ebenfalls nicht zu schmälern, wurde doch der Beschwerdeführer durch die RAD-Ärzte nie persönlich untersucht, weshalb es sich bei diesen Berichten nicht um Stellungnahmen im Sinne von Art. 49 Abs. 2 IVV handelt, sondern lediglich um Empfehlungen zur weiteren Bearbeitung des Leistungsbegehrens aus medizinischer Sicht (Art. 59 Abs. 2<sup>bis</sup> IVG und Art. 49 IVV; Urteile BGer 9C\_839/2015 vom 2. Mai 2016 E. 3.3 und 9C\_405/2015 vom 18. Januar 2016 E. 5.1 mit Hinweisen).

4.3.4. Was die darüber hinausgehende, vom Beschwerdeführer im Rahmen des vorliegenden Beschwerdeverfahrens erhobene Kritik am Gutachten anbelangt, so erweist sich diese aus folgenden Gründen als nicht stichhaltig:

Der Beschwerdeführer bringt wiederholt vor, die Gutachter würden bestätigen, dass sich sein Gesundheitszustand über die Jahre nicht wesentlich verändert habe. Diese Aussage trifft nicht zu, geht doch der psychiatrische Experte ganz eindeutig von einer Besserung der depressiven Symptomatik aus, da inzwischen keine mittelgradige, sondern nunmehr eine leichtgradige depressive Episode vorliege (IV-Dossier S. 492). Es könne mit ausreichender Sicherheit festgestellt werden, dass eine Besserung des Gesundheitszustandes eingetreten sei (IV-Dossier S. 493, 551). Es wurde bereits aufgezeigt, dass sich der psychiatrische Experte ausführlich mit den ihm zugestellten Berichten des behandelnden Psychiaters auseinandersetzte (vgl. E. 4.3.1 hiervor), weshalb auch der Vorwurf des Beschwerdeführers, es sei letztlich nicht klar dargelegt worden, inwiefern die kritisierte Diagnosestellung falsch wäre, jeglicher Grundlage entbehrt.

Was den Vorwurf des Beschwerdeführers anbelangt, es sei keine Abgrenzung zwischen dem Schwindel und den psychischen Beschwerden vorgenommen worden, so trifft auch diese Aussage nicht zu. Wie bereits aufgezeigt wurde, war der neurologische Befund unauffällig, weshalb der neurologische Experte von einer nicht-organischen Ursache des Schwindels ausging (IV-Dossier S. 472). Der psychiatrische Experte wiederum schloss auf eine psychosomatische Schwindelsymptomatik (IV-Dossier S. 471, 488).

Weiter weist der Beschwerdeführer darauf hin, dass der psychiatrische Gutachter in seinem Teilgutachten den retrospektiven Verlauf schwer einschätzen könne, da – gemäss seinen Aussagen – ausschliesslich Berichte des behandelnden Psychiaters vorliegen würden, in denen durchgehend eine nicht zutreffende Diagnose gestellt werde (IV-Dossier S. 493). Dabei verkennt er, dass die Frage, wie sich der Gesundheitszustand seit dem Referenzzeitpunkt entwickelt hat und seit wann eine allfällige Verbesserung des Gesundheitszustandes eingetreten ist, bei einer Rentenrevision gestützt auf Art. 17 ATSG, welche lediglich Wirkung für die Zukunft entfaltet, letztlich nicht entscheidend ist; dies im Gegensatz zu einer rückwirkenden Revision resp. Wiedererwägung gemäss Art. 53 ATSG. Massgebend ist vielmehr, ob seit dem Referenzzeitpunkt eine massgebliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen eingetreten ist, welche sich auf den Rentenanspruch des Versicherten auswirkt. Wie bereits aufgezeigt wurde, wird diese Frage von den Gutachtern klar bejaht.

Dass dem Beschwerdeführer im Gutachten eine frauenfeindliche Mentalität vorgehalten werde, ist selbst in der Formulierung, wonach aus der Tatsache, dass der Beschwerdeführer keinerlei Hausarbeit verrichte, nicht geschlossen werden könne, dass er auch aus medizinischen Gründen dazu nicht in der Lage wäre, nicht zu erkennen, wenngleich der in diesem Zusammenhang angebrachte Hinweis, dass der Beschwerdeführer aus einem Kulturraum (Kosovo) mit einem sehr traditionellen Rollenverständnis stamme, überflüssig war.

4.4. Insgesamt sind keine Gründe ersichtlich, weshalb nicht auf das E. \_\_\_\_\_-Gutachten abgestellt werden kann. Dieses erweist sich in jeglicher Hinsicht als gut begründet, plausibel und überzeugend.

Folglich ist gestützt auf das E. \_\_\_\_\_-Gutachten davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer an einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig leichte Episode, relativ schwer ausgeprägt, an der Grenze zur mittelgradigen Episode (ICD-10: F33.0) leidet. Weiter bestehen eine somatoforme Störung, nicht näher bezeichnet (ICD-10: F45.9), Kopfschmerzen unklarer Ursache, der Verdacht auf einen Leberparenchymschaden, Übergewicht (BMI 26.2 kg/m<sup>2</sup>) und eine muskuläre Dekonditionierung sowie eine Haltungsinsuffizienz; diese Leiden haben aber keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers. Dieser ist zwar in der bisherigen Tätigkeit als Hilfsarbeiter im Kaminbau zu 100 Prozent arbeitsunfähig. In einer angepassten

Tätigkeit (leichte bis mittelschwere körperliche, überwiegend sachbetonte, gut vorstrukturierte, regelmässige, kognitiv einfache Tätigkeiten, ohne besondere Anforderungen an die emotionale Belastbarkeit, ohne besonderen Zeitdruck und ohne Anforderungen hinsichtlich einer durchgehenden uneingeschränkten Daueraufmerksamkeit, ohne unregelmässige Arbeitszeiten und Nachtschichten) hingegen beträgt die Arbeitsfähigkeit 60-70 Prozent, wobei wegen der ausgesprochenen Dekonditionierung während einer Einarbeitungszeit von ca. 3 Monaten eine 30-prozentige Leistungsminderung besteht.

5.

Zum Zeitpunkt des Eintritts der Arbeitsunfähigkeit war der Beschwerdeführer als Hilfsarbeiter im Kaminbau im Vollzeitpensum angestellt. Gemäss Auskunft seiner Arbeitgeberin betrug sein Lohn im Jahr 2001 monatlich CHF 4'225.- (vgl. Fragebogen für Arbeitgebende, IV-Dossier S. 16 f.), was einem Jahreslohn von CHF 54'925.- (CHF 4'225.- x 13 Monate) entspricht. Indexiert auf das Jahr 2017 ergibt dies ein Valideneinkommen von CHF 63'552.50.

Gemäss E. \_\_\_\_\_-Gutachten ist der Beschwerdeführer in einer angepassten Tätigkeit zu 60 bis 70 Prozent arbeitsfähig; der massgebliche Mittelwert liegt bei 65 Prozent (vgl. Urteil des EVGer I 822/04 vom 21. April 2005 E. 4.4 mit zahlreichen weiteren Hinweisen; Urteil BGer 9C\_280/2010 vom 12. April 2011 E. 4.2). Gemäss der „Schweizerischen Lohnstrukturerhebung 2014“ (Tabelle TA1\_tirage\_skill\_level, Total, Kompetenzniveau 1, Männer) wird für diese Arbeiten ein monatlicher Bruttolohn von CHF 5'312.- bezahlt. Die Summe wurde aufgrund einer wöchentlichen Arbeitszeit von 40 Stunden berechnet, die durchschnittliche Arbeitszeit im Jahr 2014 betrug jedoch 41.6 Stunden. Mit dieser Arbeitszeit berechnet beträgt das monatliche Einkommen deshalb CHF 5'524.50, was einem jährlichen Einkommen von CHF 66'294.- entspricht. Bei einer Arbeitsunfähigkeit von 35 Prozent liegt das anrechenbare Invalideneinkommen bei CHF 43'091.10.

Somit ist dem Valideneinkommen von CHF 63'552.50 ein Invalideneinkommen von CHF 43'091.10 gegenüber zu stellen. Es resultiert eine Erwerbseinbusse von CHF 20'461.40, was einem Invaliditätsgrad von 32.2 Prozent entspricht, womit grundsätzlich kein Anspruch auf eine Invalidenrente (mehr) besteht.

6.

6.1. Nach ständiger Rechtsprechung ist im Regelfall eine medizinisch attestierte Verbesserung der Arbeitsfähigkeit grundsätzlich auf dem Weg der Selbsteingliederung verwertbar. Indes können nach langjährigem Rentenbezug ausnahmsweise Erfordernisse des Arbeitsmarktes der sofortigen Anrechnung einer medizinisch vorhandenen Leistungsfähigkeit und medizinisch möglichen Leistungsentfaltung entgegenstehen, wenn aus den Akten einwandfrei hervorgeht, dass die Verwertung eines bestimmten Leistungspotenzials ohne vorgängige Durchführung befähigender Massnahmen allein vermittels Eigenanstrengung der versicherten Person nicht möglich ist. Das bedeutet nicht, dass sich die versicherte Person auf eine Besitzstandsgarantie berufen kann, sondern lediglich, dass ihr zugestanden wird, dass ihre Rente erst nach Prüfung und Durchführung von Eingliederungsmassnahmen eingestellt wird. Diese Rechtsprechung ist allerdings auf Fälle beschränkt worden, in denen die revisionsweise Rentenaufhebung eine versicherte Person betrifft, welche das 55. Altersjahr zurückgelegt oder die Rente seit mehr als 15 Jahren bezogen hat (Urteil BGer 9C\_661/2014 vom 17. September 2015 E. 3.1 mit zahlreichen Hinweisen). Selbst in diesen Fällen ist jedoch auf die Durchführung von Wiedereingliederungsmassnahmen zu verzichten, wenn beispielsweise die lange Abwesenheit vom Arbeitsmarkt auf invaliditätsfremde Gründe zurückzuführen ist (Urteil BGer 9C\_819/2014 vom 19. Juni 2015 E. 8), die versicherte Person agil und gewandt sowie im gesellschaftlichen Leben integriert ist (Urteil BGer 9C\_68/2011 vom 16. Mai

2011 E. 3.3) oder sie über eine gute Ausbildung und eine relativ breite Berufserfahrung verfügt (Urteil BGer 8C\_39/2012 vom 24. April 2012 E. 5.2).

6.2. Der Beschwerdeführer, dem seit 1. Januar 2001 eine ganze Rente der Invalidenversicherung ausgerichtet wird, hat im praxisgemäss (vgl. BGE 141 V 5 E. 4.2.1) massgebenden Zeitpunkt der rentenaufhebenden Verfügung (17. August 2017) bzw. der verfügten Rentenaufhebung (per Ende September 2017) während 16 Jahren und 7 bzw. 9 Monaten eine ganze Invalidenrente bezogen. Da er die Voraussetzung des mehr als 15-jährigen Rentenbezugs damit erfüllt und vorliegend keine Gründe ersichtlich sind, weshalb er trotz des über 15-jährigen Rentenbezugs auch ohne Prüfung beruflicher Eingliederungsmassnahmen in der Lage sein sollte, auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt eine Stelle zu finden, an der er seine verbliebene Leistungsfähigkeit ausschöpfen kann, hat er vorgängig der Einstellung oder Herabsetzung der Rentenleistungen Anspruch auf Prüfung und gegebenenfalls Durchführung beruflicher Massnahmen.

6.3. Damit ist festzustellen, dass im Rahmen der Rentenrevision basierend auf Art. 17 ATSG die Einstellung der Invalidenrente, welche der Beschwerdeführer seit 1. Januar 2001 bezieht, zu früh erfolgte. Vielmehr wären vor einer allfälligen Einstellung oder Herabsetzung der Rente zunächst berufliche Wiedereingliederungsmassnahmen zu prüfen und gegebenenfalls durchzuführen gewesen.

Folge dessen ist die vorliegende Beschwerde gutzuheissen, die angefochtene Verfügung der Vorinstanz vom 17. August 2017 aufzuheben und die Angelegenheit an die Vorinstanz zurückzuweisen, damit sie Wiedereingliederungsmassnahmen prüft und gegebenenfalls durchführt und im Anschluss daran über den Rentenanspruch des Beschwerdeführers neu verfügt.

7.

7.1. Die Verfahrenskosten von CHF 800.- gehen zu Lasten der unterliegenden Vorinstanz.

7.2. Dem obsiegenden Beschwerdeführer steht eine Entschädigung für die Kosten seines Rechtsvertreters zu (Art. 61 lit. g ATSG). Diese richtet sich nach Art. 146 ff. des kantonalen Gesetzes vom 23. Mai 1991 über die Verwaltungsrechtspflege (VRG; SGF 150.1), dem Tarif vom 17. Dezember 1991 über die Verfahrenskosten und Entschädigungen in der Verwaltungsjustiz (Tarif VJ; SGF 150.12) sowie der Komplexität der Angelegenheit und des dafür notwendigen Aufwandes. Der Rechtsvertreter hat am 7. Mai 2018 eine Kostenliste über einen Betrag von CHF 5'701.05 eingereicht, welche ein Honorar von CHF 5'125.- (20.5 Stunden à CHF 250.-), eine Kleinspesenpauschale (3 Prozent) von CHF 153.75 sowie eine Mehrwertsteuer zu 8 Prozent im Betrag von CHF 422.30 umfasst. Diese Kostenliste ist in mehrfacher Hinsicht zu beanstanden: Angesichts der sich stellenden Rechtsfragen erweist sich einerseits der fakturierte Aufwand von 20.5 Stunden als zu hoch, andererseits werden Pauschalspesen aufgeführt, die gesetzlich nicht vorgesehen sind. Es rechtfertigt sich daher, die Pauschalentschädigung ermessensweise auf insgesamt CHF 5'000.- (inkl. Spesen) festzusetzen. Hinzu kommt die Mehrwertsteuer (8 Prozent) von CHF 400.-. Die Parteientschädigung von insgesamt CHF 5'400.- geht zu Lasten der unterliegenden Vorinstanz.

8.

Das Gesuch vom 19. September 2017 um Gewährung der vollständigen unentgeltlichen Rechtspflege (608 2017 221) erweist sich damit als gegenstandslos und kann vom Geschäftsverzeichnis abgeschrieben werden.

## Der Hof erkennt:

- I. Die Beschwerde wird gutgeheissen (608 2017 220) und die Verfügung der Invalidenversicherungsstelle des Kantons Freiburg vom 17. August 2017 aufgehoben.  
Die Angelegenheit wird an die Invalidenversicherungsstelle des Kantons Freiburg zurückgewiesen, damit sie berufliche Wiedereingliederungsmassnahmen prüft und gegebenenfalls durchführt und im Anschluss daran über den Rentenanspruch von A. \_\_\_\_\_ neu verfügt.
- II. Die Verfahrenskosten von CHF 800.- gehen zu Lasten der Invalidenversicherungsstelle des Kantons Freiburg.
- III. A. \_\_\_\_\_ wird zu Lasten der Invalidenversicherungsstelle des Kantons Freiburg eine Parteientschädigung für Honorar und Auslagen des Rechtsvertreters von CHF 5'000.-, zuzüglich der Mehrwertsteuer von CHF 400.- (8 Prozent von CHF 5'000.-), ausmachend insgesamt CHF 5'400.-, zugesprochen.
- IV. Das Gesuch um vollständige unentgeltliche Rechtspflege wird als gegenstandslos vom Geschäftsverzeichnis abgeschrieben (608 2017 221).
- V. Zustellung.

Gegen diesen Entscheid kann innerhalb einer Frist von 30 Tagen ab Erhalt beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten eingereicht werden. Diese Frist kann weder verlängert noch unterbrochen werden. Die Beschwerdeschrift muss in drei Exemplaren abgefasst und unterschrieben werden. Dabei müssen die Gründe angegeben werden, weshalb die Änderung dieses Urteils verlangt wird. Damit das Bundesgericht die Beschwerde behandeln kann, sind die verfügbaren Beweismittel und der angefochtene Entscheid mit dem dazugehörigen Briefumschlag beizulegen. Das Verfahren vor dem Bundesgericht ist grundsätzlich kostenpflichtig.

Freiburg, 28. September 2018/asp

Der Präsident:

Die Gerichtsschreiberin: