



**Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht**

**vom 8. Oktober 2015 (720 15 116)**

---

**Invalidenversicherung**

**Rentenrevision; Aufhebung der Invalidenrente des Beschwerdeführers, weil sich sein Gesundheitszustand seit der ursprünglichen Rentenzusprache rentenrelevant verbessert hat. Entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers kann auf das bidisziplinäre Gutachten abgestellt werden; Ablehnung des Anspruches auf Wiedereingliederungsmassnahmen mangels Bereitschaft, daran teilzunehmen.**

**Besetzung** Präsident Andreas Brunner, Kantonsrichter Jgnaz Jermann, Kantonsrichter Daniel Noll, Gerichtsschreiberin i.V. Olivia Reber

**Parteien** A.\_\_\_\_, Beschwerdeführer, vertreten durch Dieter Gysin, Advokat, Zeughausplatz 34, Postfach 375, 4410 Liestal

gegen

**IV-Stelle Basel-Landschaft**, Hauptstrasse 109, 4102 Binningen, Beschwerdegegnerin

**Betreff** IV-Rente

A. Der 1959 geborene A.\_\_\_\_ war zuletzt seit dem 1. Juni 2001 bei der B.\_\_\_\_ in Z.\_\_\_\_ als Lagerist tätig. Aufgrund einer Diskushernienproblematik, Rückenschmerzen sowie einer

psychischen Krankheit war er seit 23. Juli 2001 arbeitsunfähig geschrieben und wurde noch in der Probezeit entlassen. Seither ging er keiner beruflichen Tätigkeit mehr nach. Unter Hinweis auf die obgenannten Beschwerden meldete sich A.\_\_\_\_ am 18. Februar 2002 bei der IV-Stelle Basel-Landschaft (IV-Stelle) zum Leistungsbezug an. Mit Verfügung vom 26. Mai 2003 sprach ihm die IV-Stelle mit Wirkung ab 1. Juli 2002 eine ganze Invalidenrente bei einem Invaliditätsgrad von 82% zu.

Im Rahmen einer von Amtes wegen eingeleiteten Revision teilte die IV-Stelle dem Versicherten am 10. August 2005 mit, dass die ganze Rente unverändert ausgerichtet werde. Eine weitere Revision von Amtes wegen wurde mit Mitteilung vom 4. Oktober 2010 ebenfalls ohne Leistungsänderung abgeschlossen. Im September 2012 leitete die IV-Stelle die dritte revisionsweise Überprüfung des Rentenanspruches des Versicherten ein, woraufhin eine bidisziplinäre rheumatologische und psychiatrische Begutachtung bei Dr. med. C.\_\_\_\_, FMH Rheumatologie, und Dr. med. D.\_\_\_\_, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, durchgeführt wurde. Aufgrund der neuen medizinischen Abklärungen wurde der Rentenanspruch von A.\_\_\_\_ – nach Durchführung des Vorbescheidverfahrens – mit Verfügung vom 17. Februar 2015 bei einem Invaliditätsgrad von 34% auf das Ende des der Zustellung folgenden Monats aufgehoben.

B. Hiergegen erhob A.\_\_\_\_, vertreten durch Advokat Dieter Gysin, am 20. März 2015 Beschwerde beim Kantonsgericht, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht). Darin beantragte er, es sei die angefochtene Verfügung vom 17. Februar 2015 aufzuheben und ihm weiterhin eine ganze IV-Rente auszurichten. Eventualiter seien ihm die gesetzlichen Leistungen auszurichten. Subeventualiter sei die Sache an die Vorinstanz zur Neubeurteilung zurückzuweisen; alles unter o/e-Kostenfolge, wobei ihm die unentgeltliche Rechtspflege zu bewilligen sei. Zur Begründung wurde im Wesentlichen vorgebracht, dass das bidisziplinäre Gutachten, auf welches sich die IV-Stelle zur Hauptsache stütze, in formeller und materieller Hinsicht fehlerhaft und insbesondere das psychiatrische Teilgutachten nicht nachvollziehbar sei.

C. Mit Verfügung des instruierenden Präsidenten vom 24. April 2015 wurde dem Beschwerdeführer die unentgeltliche Prozessführung und Verbeiständung mit Advokat Dieter Gysin bewilligt.

D. In ihrer Vernehmlassung vom 6. Mai 2015 beantragte die IV-Stelle die Abweisung der Beschwerde.

E. Am 27. Mai 2015 reichte der Beschwerdeführer eine Replik, die Beschwerdegegnerin am 9. Juni 2015 eine Duplik ein. Beide Parteien hielten an ihren eingangs gestellten Anträgen fest.

F. Nachdem das Bundesgericht mit Urteil vom 3. Juni 2015, 9C\_492/2014, BGE 141 V 281, seine Rechtsprechung zu den Voraussetzungen, unter denen anhaltende somatoforme Schmerzstörungen und vergleichbare psychosomatische Leiden eine rentenbegründende Invalidität zu bewirken vermögen, grundlegend überdacht und teilweise geändert hatte, erhielten beide Parteien Gelegenheit, zum Leitentscheid des Bundesgerichts Stellung zu nehmen. Die

Beschwerdegegnerin reichte am 7. August 2015, der Beschwerdeführer am 7. September 2015 eine diesbezügliche Stellungnahme ein. Beide Parteien hielten im Wesentlichen an ihren eingangs gestellten Rechtsbegehren fest.

Das Kantonsgericht zieht **in Erwägung** :

1. Gemäss Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) vom 19. Juni 1959 können Verfügungen der kantonalen IV-Stellen direkt vor dem Versicherungsgericht am Ort der IV-Stelle angefochten werden. Anfechtungsobjekt des vorliegenden Verfahrens bildet eine Verfügung der IV-Stelle Basel-Landschaft, sodass die örtliche Zuständigkeit des Kantonsgerichts Basel-Landschaft zu bejahen ist. Laut § 54 Abs. 1 lit. b des Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 beurteilt das Kantonsgericht als Versicherungsgericht als einzige gerichtliche Instanz des Kantons Beschwerden gegen Verfügungen der kantonalen IV-Stelle. Es ist somit auch sachlich zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig. Auf die – im Übrigen frist- und formgerecht erhobene – Beschwerde des Versicherten vom 20. März 2015 ist demnach einzutreten.

2.1 Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht die Einstellung der Invalidenrente des Beschwerdeführers verfügt hat.

2.2 Als Invalidität gilt nach Art. 8 ATSG die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Sie kann im IV-Bereich Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Unter Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden allgemeinen Arbeitsmarkt zu verstehen (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind nach dem im Rahmen der 5. IV-Revision am 1. Januar 2008 in Kraft gesetzten Art. 7 Abs. 2 ATSG ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen (Satz 1). Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Satz 2).

2.3 Für die Bemessung der Invalidität von erwerbstätigen Versicherten ist Art. 16 ATSG anwendbar (Art. 28a Abs. 1 IVG). Danach wird für die Bestimmung des Invaliditätsgrades das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden. Aus der Einkommensdifferenz lässt sich der Invaliditätsgrad bestimmen (BGE 128 V 30 E. 1).

2.4 Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG wird die Rente nach dem Grad der Invalidität wie folgt abgestuft: Die versicherte Person hat Anspruch auf eine ganze Rente, wenn sie zu mindestens 70%, auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie zu mindestens 60%, auf eine halbe Rente, wenn sie zu mindestens 50% und auf eine Viertelsrente, wenn sie zu mindestens 40% invalid ist.

3.1 Nach Art. 17 Abs. 1 ATSG sind laufende IV-Renten für die Zukunft zu erhöhen, herabzusetzen oder aufzuheben, wenn sich der Invaliditätsgrad in einer für den Anspruch erheblichen Weise ändert. Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Zu denken ist dabei in erster Linie an eine wesentliche Änderung des Gesundheitszustandes der versicherten Person. Darüber hinaus ist die Rente aber auch revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben (BGE 130 V 349 E. 3.5 mit Hinweisen). Ebenso kann auch eine Änderung der Bemessungsmethode - bei gleich gebliebenem Gesundheitszustand und bei unveränderten erwerblichen Auswirkungen - eine erhebliche Änderung des Invaliditätsgrads mit sich bringen (UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 2. Auflage, Zürich/Basel/Genf 2009, Art. 17 Rz. 20 mit Hinweisen).

3.2 Zeitliche Vergleichsbasis für die Prüfung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades bildet die letzte (der versicherten Person eröffnete) rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustandes) beruht (BGE 133 V 114 E. 5.4; vgl. auch BGE 130 V 75 ff. E. 3.2.3). Vorliegend hat die IV-Stelle dem Beschwerdeführer mit Verfügung vom 26. Mai 2003 rückwirkend ab 1. Juli 2002 eine ganze Rente zugesprochen. Nachdem sie im September 2012 eine Überprüfung des Rentenanspruchs des Versicherten eingeleitet und die erforderlichen Abklärungen vorgenommen hatte, hob die IV-Stelle die laufende ganze Rente des Versicherten mit Verfügung vom 17. Februar 2015 auf das Ende des der Zustellung der Verfügung folgenden Monats auf. Somit beurteilt sich die Frage, ob eine Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen eingetreten ist, die eine revisionsweise Aufhebung der bis anhin ausgerichteten Rente rechtfertigt, durch Vergleich des Sachverhalts, wie er im Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenverfügung vom 26. Mai 2003 bestanden hat, mit demjenigen im Zeitpunkt der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 17. Februar 2015.

4.1 Ausgangspunkt der Ermittlung des Invaliditätsgrades bildet die Frage, in welchem Ausmass die versicherte Person aufgrund ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigungen arbeitsunfähig ist.

4.2 Bei der Feststellung des Gesundheitszustandes und insbesondere auch bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der versicherten Person ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher

Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der Person noch zugemutet werden können (BGE 132 V 99 E. 4 mit weiteren Hinweisen).

4.3 Das Gericht hat die medizinischen Unterlagen nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (vgl. Art. 61 lit. c ATSG) – wie alle anderen Beweismittel – frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist demnach entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten begründet sind (BGE 134 V 232 E. 5.1, 125 V 352 E. 3a, 122 V 160 E. 1c).

4.4 Dennoch erachtet es die bundesgerichtliche Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (vgl. die ausführliche Zusammenstellung dieser Richtlinien in BGE 125 V 352 E. 3b mit zahlreichen Hinweisen; vgl. dazu auch BGE 135 V 469 f. E. 4.4 und 4.5). So darf und soll das Gericht in Bezug auf Berichte von behandelnden Ärzten der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen. Im Weiteren ist laut diesen Richtlinien den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärztinnen und -ärzte, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 353 E. 3b/bb mit weiteren Hinweisen).

4.5 Im Urteil vom 29. August 2011 (9C\_418/2010) hat das Bundesgericht ergänzend zusätzliche Besonderheiten festgehalten, die es in Revisionsfällen (im Sinne des Art. 17 ATSG) bei der Erhebung und Würdigung des medizinischen Sachverhaltes zu beachten gilt:

4.5.1 Da die Feststellung einer revisionsbegründenden Veränderung durch eine Gegenüberstellung eines vergangenen und des aktuellen Zustandes erfolgt (vgl. E. 5.1 f. hiavor), bildet Gegenstand des Beweises das Vorhandensein einer entscheidungserheblichen Differenz in den – den medizinischen Gutachten zu entnehmenden – Tatsachen. Die Feststellung des aktuellen gesundheitlichen Befunds und dessen funktionelle Auswirkungen ist zwar Ausgangspunkt der Beurteilung; sie erfolgt aber nicht unabhängig, sondern wird nur entscheidungserheblich, soweit

sie tatsächlich einen Unterschied auf der Seinsebene zum früheren Zustand wiedergibt. Der Beweiswert eines zwecks Rentenrevision erstellten Gutachtens hängt folglich wesentlich davon ab, ob es sich ausreichend auf das Beweisthema – erhebliche Änderung(en) des Sachverhalts – bezieht. Einer für sich allein betrachtet vollständigen, nachvollziehbaren und schlüssigen medizinischen Beurteilung, die im Hinblick auf eine erstmalige Beurteilung der Rentenberechtigung beweisend wäre (vgl. dazu BGE 134 V 232 E. 5.1, 125 V 352 E. 3a), mangelt es daher in der Regel am rechtlich erforderlichen Beweiswert, wenn sich die (von einer früheren abweichende) ärztliche Einschätzung nicht hinreichend darüber ausspricht, inwiefern eine effektive Veränderung des Gesundheitszustandes stattgefunden hat. Vorbehalten bleiben Sachlagen, in denen es evident ist, dass die gesundheitlichen Verhältnisse sich verändert haben (Urteil des Bundesgerichts vom 29. August 2011, 9C\_418/2010, E. 4.2).

4.5.2 Wegen des vergleichenden Charakters des revisionsrechtlichen Beweisthemas und des Erfordernisses, erhebliche faktische Veränderungen von bloss abweichenden Bewertungen abzugrenzen, muss deutlich werden, dass die Fakten, mit denen die Veränderung begründet wird, neu sind oder dass sich vorbestandene Tatsachen in ihrer Beschaffenheit oder ihrem Ausmass substantiell verändert haben. Eine verlässliche Abgrenzung der tatsächlich eingetretenen von der nur angenommenen Veränderung ist als erforderliche Beweisgrundlage nicht erreicht, wenn bloss nominelle Differenzen diagnostischer Art bestehen. Die Feststellung über eine seit der früheren Beurteilung eingetretenen tatsächlichen Änderung ist hingegen genügend untermauert, wenn die ärztlichen Sachverständigen aufzeigen, welche konkreten Gesichtspunkte in der Krankheitsentwicklung und im Verlauf der Arbeitsunfähigkeit zu ihrer neuen diagnostischen Beurteilung und Einschätzung des Schweregrades der Störungen geführt haben. Ein Sachverständiger kann jedoch die betreffende Entwicklung regelmässig nicht aus eigener Wahrnehmung beschreiben (ausser er sei schon als Vorgutachter tätig gewesen). Daher ist es erforderlich, dass er sich, soweit verfügbar, mit den Fakten fundiert auseinandersetzt, wie sie sich aus den für den früheren Entscheid massgebenden medizinischen Vorakten ergeben. Dem Gutachten, welches die medizinischen Vorakten unzureichend berücksichtigt, fehlt daher die erforderliche Überzeugungs- und Beweiskraft selbst dann, wenn die Schlussfolgerungen, welche auf der Grundlage der vom Sachverständigen selber erhobenen Befundtatsachen gezogen worden sind, an sich einleuchten und vom Rechtsanwender prüfend nachvollzogen werden können. Diesem Beweiswertkriterium kommt hinsichtlich der Entscheidungsgrundlagen in Revisionsfällen – mit Blick auf deren vergleichende Natur – eine besondere Bedeutung zu. Diese spezifischen Anforderungen müssen sich denn auch im Rahmen der Fragestellung zuhanden des Gutachters niederschlagen (Urteil des Bundesgerichts vom 29. August 2011, 9C\_418/2010, E. 4.3 mit weiteren Hinweisen).

4.5.3 Je mehr medizinisches Ermessen bei der Stellung einer Diagnose und der ärztlichen Einschätzung der Funktionseinschränkungen im Spiel ist, desto wichtiger ist es, den gutachtlichen Befund einer Veränderung möglichst solide auf klinische Feststellungen, gutachterliche Verhaltensbeobachtungen und anamnestische Daten zu stützen und diese Elemente in Beziehung zu den medizinischen Vorakten und den dort gesetzten Anknüpfungstatsachen zu bringen. Nur so kann dem Gutachten hinreichend zuverlässig entnommen werden, dass die in den Schlussfolgerungen beschriebene Differenz nicht wesentlich einer unterschiedlichen Wertung

zuzuschreiben ist. Auf der anderen Seite darf die Notwendigkeit, eine bloss andere Beurteilung nicht als Anlass einer materiellen Revision gelten zu lassen, nicht dazu führen, dass die Anforderungen an den Nachweis einer Veränderung so hoch angesetzt werden, dass die ursprüngliche Festlegung praktisch perpetuiert wird. Dies gilt insbesondere für psychiatrische Beurteilungen, bei denen praktisch immer ein Spielraum besteht, innerhalb dessen verschiedene medizinische Interpretationen möglich, zulässig und zu respektieren sind, sofern der Experte lege artis vorgegangen ist. Hier können die Beurteilungen nicht immer lückenlos mit Tatsachenschilderungen unterlegt werden. Bei einer stark ermessensgeprägten Einschätzung, die weniger auf Messung und anderweitig normierter Feststellung als auf interpretationsbedürftigen Befundtatsachen beruht, kann etwa eine Auseinandersetzung mit der Genese des Gesundheitsschadens, den das Krankheitsgeschehen unterhaltenden Faktoren, für den Nachweis einer tatsächlichen Veränderung besondere Bedeutung erlangen (Urteil des Bundesgerichts vom 29. August 2011, 9C\_418/2010, E. 4.4 mit weiteren Hinweisen; vgl. auch Urteil des Bundesgerichts vom 3. Mai 2013, 9C\_698/2012, E. 2.2).

5.1 Die ursprüngliche Rentenzusprache stützte sich primär auf den Arztbericht der E.\_\_\_\_ vom 9. Dezember 2002. Darin wurde mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode (ICD-10 F33.2), eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F 45.4) sowie eine Lumboischialgie bei Diskushernie F5/S1 festgestellt. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bestünde der Verdacht auf eine posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F 43.1). Es liege eine Arbeitsunfähigkeit von 100% ab dem 23. Juli 2001 für die Tätigkeit als Lagerist vor.

5.2 Des Weiteren lag der Verfügung vom 26. Mai 2003 der Bericht der F.\_\_\_\_ vom 11. April 2002 zugrunde. Darin wurde mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine anhaltende somatogene und somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4), eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1) als Reaktion auf die anhaltende Arbeitsunfähigkeit und die Schmerzsymptomatik, ein akutes LWS-Syndrom mit Lumboischialgie links bei Diskushernie L5/S1 rechts mit radiologischer Affektion der Wurzeln L5 und S1 rechts sowie eine Meralgia paraesthetica links diagnostiziert. Der Beschwerdeführer sei zu 100% arbeitsunfähig.

5.3 Im Austrittsbericht des G.\_\_\_\_ vom 10. September 2001 stellten die Ärzte die Diagnosen eines akuten LWS-Syndroms mit Lumboischialgie links bei CT und MRI: Diskushernie L5/S1 rechts mit radiologischer Affektion der Wurzeln L5 und S1 rechts und Verdacht auf Symptomausweitung (PACT 23/200) sowie eine Meralgia paraesthetica links fest.

6.1 Im Rahmen der im September 2012 eingeleiteten Rentenrevision berichtete der Hausarzt des Beschwerdeführers, Dr. med. H.\_\_\_\_, FMH Allgemeine Innere Medizin, am 28. Oktober 2012, der Beschwerdeführer sei immer noch zu 100% arbeitsunfähig und an dessen Gesundheitszustand habe sich nichts geändert. Als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit stellte er eine chronische Depression seit 2002 sowie rezidivierende Lumboischialgien bei Diskushernie L5/S1 seit 2001 fest. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizierte Dr. H.\_\_\_\_ multiple psychosomatische Beschwerden seit circa 2000.

6.2 Der den Beschwerdeführer behandelnde lic. phil. I.\_\_\_\_, Psychologe und Psychotherapeut SPV/VPB, hielt in seinem Bericht vom 26. November 2012 als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine schwere depressive Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F34.1), seit circa 2001/2002 fest. Der Beschwerdeführer sei deswegen 100% arbeitsunfähig.

6.3 Die IV-Stelle beauftragte Dr. C.\_\_\_\_ und Dr. D.\_\_\_\_, eine bidisziplinäre Begutachtung des Versicherten durchzuführen. Dr. C.\_\_\_\_ diagnostizierte in seinem rheumatologischen Teilgutachten vom 13. Mai 2013 mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein akutes Lumbovertebralsyndrom mit pseudoradikulärer Schmerzausstrahlung links bei Diskushernie LWK5/S1 rechts. Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit stellte er ausgeprägte klinische und anamnestische Hinweise auf eine Schmerzfehlverabreitung/Symptomausweitung seit August 2001, nicht einem rheumatologischen Krankheitsbild entsprechende, altersentsprechende radiologische LWS-Veränderungen, Meralgia paraesthetica links sowie beginnender Hallux valgus beidseits fest. Unter dem Abschnitt Arbeitsfähigkeit im angestammten Beruf hielt Dr. C.\_\_\_\_ fest, dass bezüglich einer Tätigkeit mit körperlicher Schwerarbeit und/oder einer Tätigkeit mit spezifisch rückenbelastenden Arbeiten weiterhin eine relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestünde. In einer leichten bis mittelschweren und rückenadaptierten Tätigkeit sei der Versicherte aus rein rheumatologischer Sicht ab Oktober 2001 wieder uneingeschränkt arbeitsfähig. Im psychiatrischen Teilgutachten vom 13. Mai 2013 stellte Dr. D.\_\_\_\_ mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung mit chronischem Verlauf, gegenwärtig leicht- bis mittelgradige Episode, fest. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bestehe anamnestisch ein Status nach anhaltender somatoformer Schmerzstörung (ICD-10 F45.4). Unter dem Abschnitt psychiatrischer Befund hielt Dr. D.\_\_\_\_ fest, der Gedankengang sei in formaler Hinsicht weder gehemmt, verlangsamt noch an Ideen verarmt, jedoch stark auf die geklagten Beschwerden eingeeengt, in inhaltlicher Hinsicht sei er unauffällig. Die Beschwerdeschilderung sei sehr oft vage und verallgemeinernd sowie auch diffus und wenig fassbar, es lasse sich zeitweise auch eine Dramatisierungs- und Aggravationstendenz erkennen. Am Ende des Gesprächs habe der Beschwerdeführer einen vitalen Eindruck hinterlassen. In seiner Beurteilung befand Dr. D.\_\_\_\_, in der aktuellen Untersuchung hinterlasse der Beschwerdeführer nicht den Eindruck, unter andauernden schweren und quälenden Schmerzen zu leiden. Weiter lasse sich im Vergleich mit den Befunden der E.\_\_\_\_ im Jahr 2002 eine deutliche Verbesserung erkennen. Der Beschwerdeführer hingegen gebe an, sämtliche bisherigen Therapien seien ohne Erfolg geblieben. Des Weiteren führte Dr. D.\_\_\_\_ aus, die durchgeführte Blutkonzentrationsbestimmung des Fluoxetins ergebe einen Wert deutlich unterhalb des unteren Normbereichs. Daraus könne geschlossen werden, dass der Beschwerdeführer das ihm verordnete Fluoxetin, trotz gegenteiliger Behauptung, nicht regelmässig einnehme. Dies spreche gegen das Vorliegen eines ausgeprägten Leidensdruckes. Dr. D.\_\_\_\_ hielt unter dem Abschnitt Diskussion und versicherungsmedizinische Würdigung fest, aufgrund der bewusstseinsnahen Aggravations- und Dramatisierungstendenz liessen sich bezüglich der Ressourcen und des Funktionsniveaus des Beschwerdeführers keine verlässlichen Aussagen machen. Des Weiteren liessen sich auf Strukturebene keine psychopathologisch relevanten Beeinträchtigungen feststellen. Unter Mitberücksichtigung dieser Faktoren und aufgrund der Beschwerden von Seiten der rezidivierenden depressiven Störung mit chronischem Verlauf und gegenwärtig leicht- bis mittelgradiger Episode, insbesondere der subjektiv geklagten Müdigkeit und Kraftlosigkeit, der traurigen

Stimmung sowie des Gefühls allgemeiner Sinnlosigkeit lasse sich aus psychiatrischer Sicht eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der zuletzt ausgeübten wie auch in einer alternativen Tätigkeit von 30% begründen. Eine zusätzliche Verminderung der Leistungsfähigkeit bestehe nicht. Unter dem Abschnitt Stellungnahme zu früheren ärztlichen Berichten wies Dr. D.\_\_\_\_ darauf hin, dass der Beschwerdeführer im Bericht der F.\_\_\_\_ zu 100% arbeitsunfähig beurteilt werde, was aufgrund einer lediglich mittelgradigen depressiven Episode, selbst bei gleichzeitigem Vorliegen einer somatoformen Schmerzstörung, nicht nachvollziehbar sei. Aus interdisziplinärer Sicht sei der Versicherte im Umfang von 30% in der Arbeitsfähigkeit eingeschränkt.

6.4 Dr. H.\_\_\_\_ nahm am 3. September 2013 Stellung zum psychiatrischen Teilgutachten von Dr. D.\_\_\_\_ und hielt fest, er beurteile den Schweregrad der Depression des Beschwerdeführers als mittelschwer bis schwer. Er habe für Aggravationstendenzen, wie sie von Dr. D.\_\_\_\_ beschrieben würden, keine Hinweise. Bezüglich der Medikamenteneinnahme habe er das Gefühl, dass der Beschwerdeführer seine Medikamente regelmässig einnehme, zumindest hole er sie regelmässig bei ihm in der Praxis ab.

6.5 Am 27. August 2013 hielten Dr. med. J.\_\_\_\_, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, und lic. phil. I.\_\_\_\_, Psychotherapeut SPV/VPB, fest, dass diagnostisch von einer langanhaltenden massiven depressiven Störung auszugehen sei. Diese langanhaltende depressive Symptomatik sei durch die Vorfälle von 2001/2002 (Rückenverletzung, Spitalaufenthalt, Arbeitsplatzverlust und anschliessende finanzielle Notlage) zwar ausgelöst worden, aber die seitherige maligne psychische und psychosomatische Entwicklung sei in ihrer spezifischen Ausformung (Schweregrad und Konstanz in den letzten zehn Jahren) eine Folge von Reaktualisierung und Verstärkung der als Jugendlicher erlittenen Traumatisierung in der Türkei, die er in den Zwischenjahren erfolgreich überwunden (geglaubt) hätte. Während ihrer Behandlung seit 2003 hätten immer wieder Phasen von wiederkehrenden Angstzuständen sowie Anzeichen für eine frühere Traumatisierung beobachtet werden können. Eine Ausformulierung und behutsame Aufarbeitung seiner traumatischen Jugenderlebnisse habe erst in den letzten Jahren angegangen werden können. Aufgrund dieser durchgehend schweren psychischen Störung sei der Patient in den letzten zehn Jahren ausserstande gewesen, seinen normalen Lebensalltag ohne Unterstützung von Frau und Kindern zu meistern, geschweige denn sich eine Arbeitsstelle zu suchen und einer geregelten Arbeit nachzugehen.

6.6 Am 31. Dezember 2013 nahm Dr. D.\_\_\_\_ Stellung zu den Ausführungen von Dr. J.\_\_\_\_ und lic. phil. I.\_\_\_\_ und hielt fest, mit deren Beurteilung werde unmissverständlich auf das Vorliegen einer verzögert aufgetretenen posttraumatischen Belastungsstörung hingewiesen. Diese Diagnose werde jedoch weder im aktuellen Bericht vom 27. August 2013 noch in demjenigen von lic. phil. I.\_\_\_\_ vom 26. November 2012 gestellt. Die Kriterien für die Diagnosestellung einer late onset posttraumatischen Belastungsstörung seien in keiner Art und Weise als erfüllt zu betrachten. Weiter wies Dr. D.\_\_\_\_ darauf hin, dass die Therapeuten in ihrem Bericht eine depressive Persönlichkeitsstörung, lic. phil. I.\_\_\_\_ in seinem Bericht vom 26. November 2012 gar eine schwere depressive Persönlichkeitsstörung diagnostiziert hätten. Letztere werde allerdings mit einer falschen ICD-10-Codierung (nämlich F34.1) codiert. Hierbei handle es sich um eine Dysthymia, eine chronische depressive Stimmung, die nach Schweregrad und Dauer der ein-

zelenen Episoden nicht die Kriterien für eine leichte oder mittelgradige rezidivierende depressive Störung erfülle. Des Weiteren führte Dr. D.\_\_\_\_ auf, aus welchen Gründen auch eine Persönlichkeitsstörung nicht vorliege. Zudem könne die im Bericht der Therapeuten beschriebene meist gleichbleibend affektarme, unmodulierte Stimmlage sowie die ausgeprägte Antriebslosigkeit aufgrund der gutachterlichen Befunde nicht bestätigt werden. Die Einschätzung des Schweregrades der Depression werde in seinem Gutachten hinreichend und ausführlich dargelegt und begründet. Eine Verbesserung der depressiven Symptomatik auch im Vergleich mit dem Befund der F.\_\_\_\_ vom Jahr 2002 lasse sich im Gutachten feststellen. Die Kooperationsbereitschaft während der gutachterlichen Untersuchung sei mangelhaft gewesen und in all den Jahren der Therapie sei es offenbar nicht möglich gewesen, eine regelmässige Sitzungsfrequenz zu etablieren. Anlässlich der Begutachtung habe der Beschwerdeführer jedoch betont, dass die Gespräche regelmässig einmal monatlich stattfinden würden. Dies müsse aufgrund des vorliegenden Berichts der behandelnden Therapeuten als bewusste Falschaussage gewertet werden. Ebenfalls eine bewusste Falschaussage sei die Behauptung des Beschwerdeführers, er nehme das ihm verordnete Fluoxetin regelmässig ein. Dr. D.\_\_\_\_ hielt in seiner Stellungnahme zusammenfassend fest, er sehe keinen Anlass, seine Diagnosen oder seine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit zu ändern.

6.7 Dr. J.\_\_\_\_ und lic. phil. I.\_\_\_\_ nahmen am 29. Januar 2014 erneut Stellung und hielten fest, die Stellungnahme von Dr. D.\_\_\_\_ vom 31. Dezember 2013 sei fachlich gut nachvollziehbar, in sich schlüssig und in der Argumentation logisch und stringent dargelegt, was aber noch nicht bedeute, dass sie inhaltlich richtig sei. Es sei einfach, aufgrund einer einzigen Beobachtungssituation und unter Zuhilfenahme eines klaren Kategorisierungsrasters und einer Reihe von vorgegebenen Aktenaufzeichnungen ein stringentes und einfach strukturiertes und strukturierendes Bild eines Menschen zu geben. Ihre Aufgabe hingegen, denselben Menschen in seiner Komplexität und Widersprüchlichkeit über zehn Jahre hinweg plastisch aufzuzeigen und möglichst verstehbar zu machen, sei demgegenüber doch entsprechend komplexer und damit angreifbarer. Dr. J.\_\_\_\_ und lic. phil. I.\_\_\_\_ hielten an ihren im Bericht vom 27. August 2013 erläuterten Kernaussagen fest.

6.8 Dr. D.\_\_\_\_ nahm am 4. Juli 2014 Stellung zum Schreiben der Therapeuten vom 29. Januar 2014 und hielt fest, diese hätten im Bericht vom 26. November 2012 zu einem Klassifizierungsschema und einer Kategorisierung gegriffen, indem sie von einer depressiven Persönlichkeitsstörung ausgingen und diese sogar mit einer ICD-10-Codierung – welche allerdings falsch sei – benannten. Dies obwohl sie in ihrer Stellungnahme vom 29. Januar 2014 betonten, nicht wie der Gutachter mit einem Klassifizierungsschema an den Patienten heranzugehen, sondern ihn in seiner Individualität zu verstehen versuchten. Dr. D.\_\_\_\_ wies weiter darauf hin, dass es für einen Therapeuten nicht immer ganz einfach sein dürfte, in einem solch langen Prozess stets einen genügen therapeutischen Abstand zu wahren. Für den Gutachter hingegen könne es wegen seiner Neutralität einfacher sein, sich ein Bild über den Gesundheitszustand eines Menschen zu machen. Dr. D.\_\_\_\_ hielt mit seiner Stellungnahme abermals an seinen Diagnosen und an seiner Einschätzung der Arbeitsfähigkeit fest.

7. Die IV-Stelle stützte sich in der angefochtenen Verfügung vom 17. Februar 2015 bei der Beurteilung des medizinischen Sachverhaltes vollumfänglich auf das bidisziplinäre Gutachten vom 13. Mai 2013. Sie ging demzufolge davon aus, dass im Vergleich zur Rentenzusprache im Jahr 2003 eine wesentliche rentenrelevante Verbesserung des Gesundheitszustandes des Versicherten eingetreten sei. Der Beschwerdeführer sei in einer leichten bis mittelschweren Tätigkeit spätestens ab dem 13. Mai 2013 zu 70% arbeitsfähig. Wie oben ausgeführt (vgl. E. 5.4. hiervor), ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärztinnen und -ärzte, die aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertisen sprechen. Solche Indizien liegen hier keine vor. Das bidisziplinäre Gutachten der Dres. C.\_\_\_\_ und D.\_\_\_\_ vom 13. Mai 2013 weist weder formale noch inhaltliche Mängel auf, es ist - wie dies vom Bundesgericht verlangt wird (vgl. E. 5.3. hiervor) - für die streitigen Belange umfassend, es beruht auf allseitigen Untersuchungen, es berücksichtigt die geklagten Beschwerden, es ist in Kenntnis der Vorakten abgegeben worden, es leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge bzw. der Beurteilung der medizinischen Situation ein und es setzt sich mit den vorhandenen abweichenden ärztlichen Einschätzungen auseinander. Zudem wird einlässlich auf die Beschwerden eingegangen und es wird insgesamt ein hinreichendes Bild über den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers vermittelt. Weiter legt Dr. D.\_\_\_\_ unter hinreichender Berücksichtigung der in Revisionsfällen zu beachtenden Besonderheiten (vgl. E. 4.5 hiervor) dar, dass seit der Rentenzusprache im Jahr 2003 eine Verbesserung des Gesundheitszustandes stattgefunden hat. Vor diesem Hintergrund ist auch die fachärztliche Einschätzung der Arbeitsfähigkeit nachvollziehbar begründet und es ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer aktuell eine Leistungsfähigkeit von 70% aufweist. Insgesamt ist die Beurteilung im Gutachten der Dres. C.\_\_\_\_ und D.\_\_\_\_ vom 13. Mai 2013 sowohl in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge als auch bezüglich der daraus gezogenen Schlussfolgerungen überzeugend und deshalb bei der Beurteilung der medizinischen Sachlage massgebend. Es ist daher nicht zu beanstanden, dass sich die IV-Stelle in Bezug auf die Beurteilung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers und dessen Arbeitsfähigkeit auf das Gutachten der Dres. C.\_\_\_\_ und D.\_\_\_\_ stützte.

8.1 Was der Beschwerdeführer in seiner Beschwerde vom 20. März 2015 vorbringt, ist nicht geeignet, die beweisrechtliche Verwertbarkeit des Gutachtens der Dres. C.\_\_\_\_ und D.\_\_\_\_ vom 13. Mai 2013 in Frage zu stellen. Insbesondere sind im Gutachten – entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers – keine Hinweise vorzufinden, welche Zweifel an der sachgemässen Erstellung wecken.

8.2.1 Soweit er geltend macht, die Schlussfolgerung von Dr. D.\_\_\_\_, wonach die Ausführungen des Beschwerdeführers bezüglich der Schwere seiner Beschwerden unglaubwürdig seien, weil er falsche Angaben zur Medikamenteneinnahme (Fluoxetin) gemacht habe, sei unangebracht und unzulässig, kann ihm nicht gefolgt werden. Die Menge des Antidepressivums, welche im Blut nachgewiesen werden konnte, deutet darauf hin, dass der Beschwerdeführer das Medikament kaum oder gar nicht eingenommen hat. In der Beschwerdeschrift wird diesbezüg-

lich ausgeführt, es sei tatsächlich vorgekommen, dass das Fluoxetin hier und da wegen unerwünschter Nebenwirkungen für kurze Zeit abgesetzt worden sei, die Einnahme aber sonst regelmässig erfolgt sei. Diese Begründung vermag indes nicht zu überzeugen, denn der Beschwerdeführer hat anlässlich der Begutachtung selber betont, dass er seine Medikamente regelmässig einnehme. Aus den Akten geht zudem nichts hervor, was die Begründung des Beschwerdeführers stützen könnte.

8.2.2 Der Beschwerdeführer wendet weiter ein, die Ausführungen von Dr. D.\_\_\_\_ bezüglich des Handys und des Rauchens seien krass unsachlich. Dem kann entgegengehalten werden, dass der Gutachter in nachvollziehbarer Weise den sachlichen Zusammenhang zwischen seinen diesbezüglichen Feststellungen und Schlussfolgerungen erklärt. Hinsichtlich des Rauchens hat der Gutachter auch explizit berücksichtigt, dass es sich dabei um eine Sucht handelt. Dieser Einwand erweist sich demnach als unbegründet.

8.2.3 Der Beschwerdeführer bestreitet weiter die vom psychiatrischen Gutachter festgestellte Dramatisierungs- und Aggravationstendenz. Diesbezüglich ist festzuhalten, dass Dr. D.\_\_\_\_ Beispiele macht, welche seine Feststellung begründen. Er führt insbesondere aus, der Beschwerdeführer stehe während der Untersuchung immer wieder auf und erkläre, dass dies wegen seiner Schmerzen der Fall sei, Mimik und Gestik deuteten dabei jedoch kein Schmerzerleben an. Am Ende der Untersuchung stehe er mit einem Schmerzgebaren auf, könne dann die Praxis aber ohne äusserlich sichtbare Behinderung wieder verlassen, so wie er sie betreten habe. Zudem erwähnt der Gutachter, dass die Art und Weise, wie der Lebenslauf zusammengefasst sei, für die auch während der aktuellen Untersuchung festzustellende Dramatisierungs- und bewusstseinsnahe Aggravationstendenz des Beschwerdeführers spreche. Dr. D.\_\_\_\_ führt dies am Beispiel des Unfalls des jüngsten Sohnes schlüssig aus. Der Beschwerdeführer gibt an, aufgrund dieses Unfalles bereits seit 1996 depressiv gewesen zu sein. Dass dies der Wahrheit entspricht, ist zu bezweifeln, zumal der Beschwerdeführer bis 2001 gearbeitet hat und bis dahin auch psychiatrisch unauffällig gewesen ist. Der Beschwerdeführer scheint sowohl das Unfallereignis als auch seine diesbezüglichen gesundheitlichen Folgen zu dramatisieren.

8.3 Auch die Ausführungen des Hausarztes, Dr. H.\_\_\_\_, sowie diejenigen der behandelnden Therapeuten, Dr. J.\_\_\_\_ und lic. phil. I.\_\_\_\_, vermögen keine Zweifel am Gutachten zu begründen. In diesem Zusammenhang ist zunächst auf die Erfahrungstatsache hinzuweisen, dass behandelnde Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (vgl. oben E. 5.4). Wohl kann die einen längeren Zeitraum abdeckende und umfassende Betreuung durch behandelnde Ärzte oft wertvolle Erkenntnisse zeitigen, doch übersieht der Beschwerdeführer bei seiner Kritik, dass es die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits (BGE 124 I 170 E. 4 S. 175) nicht zulässt, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil diese wichtige - und nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende - Gesichtspunkte benennen, die bei der Begutachtung uner-

kannt oder ungewürdigt geblieben sind (Urteile des Bundesgerichts vom 16. September 2013, 9C\_425/2013, E. 4.1 und vom 14. Februar 2011, 8C\_642/2102, E. 5.2). Solche Aspekte legt der Beschwerdeführer nicht substantiiert dar.

8.4 Umstritten ist im vorliegenden Fall letztendlich nur der Schweregrad der Depression. Der Hausarzt sowie der behandelnde Psychotherapeut des Beschwerdeführers diagnostizierten eine mittelschwere bis schwere depressive Episode, während der Gutachter von einer leichten bis mittelschweren depressiven Episode ausging. An dieser Stelle ist festzustellen, dass Dr. D.\_\_\_\_\_ in seinem psychiatrischen Teilgutachten sowie in seinen ausführlichen Stellungnahmen nachvollziehbar und schlüssig ausführt, weshalb er auf den betreffenden Schweregrad der Depression kommt. Er führt unter anderem aus, insgesamt hinterlasse der Beschwerdeführer während der aktuellen Untersuchung keinen schwer depressiven Eindruck. Der Beschwerdeführer habe während der Untersuchung des Öfteren wiederholt, dass er unter einer absoluten Freudlosigkeit leide und dass er dem Leben keine Bedeutung mehr zumesse. Andererseits berichte er, dass er gerne mit seinen Kindern, an denen er Freude habe, und der Ehefrau gemeinsam in einer Art Grossfamilie das Essen einnehme. Des Weiteren führe er aus, dass er an nichts mehr Interesse habe, weder an Aktualitäten noch an Politik, er schaue jedoch regelmässig die Nachrichten im Fernseher. Darüber hinaus gebe er an, mit niemanden Kontakt zu haben (ausser mit seinen Familienangehörigen), und dass er immer zu Hause sei, trotzdem besitze er ein Natel bei gleichzeitigem Festnetzanschluss. Die behandelnden Ärzte hingegen begründen ihre Diagnosestellung im Schreiben vom 27. August 2013 ungenügend. Im Vergleich zum Bericht vom 26. November 2012 verwenden sie zwar keine (falsche) ICD-Codierung mehr, jedoch ergibt die Umschreibung des diagnostisch Festgehaltenen keinen Sinn. Denn einerseits wird unter Ziffer 1 festgehalten, der Beschwerdeführer leide an einer depressiven Störung, Schweregrad: über weite Strecken schwer, in besseren Phasen mittelgradig. Andererseits wird unter Ad 1. Diagnosestellung näher erläutert, wie es zur entsprechenden Diagnose kam. An dieser Stelle verwenden die Behandler den Begriff der depressiven Persönlichkeitsstörung („Aufgrund der Beobachtungslage seit 2003 gehen wir vom Vorhandensein einer eigentlichen depressiven Persönlichkeitsstörung aus.“). Unter einer depressiven Persönlichkeitsstörung versteht man jedoch eine chronische, wenigstens mehrere Jahre lang andauernde depressive Verstimmung, die gerade weder schwer noch (bezüglich der einzelnen Episoden ihres Auftretens) lang genug ist, um die Kriterien einer rezidivierenden depressiven Störung in leichter, mittelgradiger oder schwerer Ausprägung mit oder ohne psychotische Symptome zu erfüllen. Der Begriff "depressive Persönlichkeitsstörung" ist vollständig deckungsgleich mit dem Begriff "Dysthymia" (vgl. die Definitionen unter <http://www.icd-code.de/suche/icd/code/F34.-.html?sp=Sf34> sowie unter <http://www.psychologielexikon.com/1529-depressive-persoenlichkeitsstoerung-kriterien-nach-icd-10-entsprechend-f34-1>, beide Internetseiten besucht am 23. November 2015). Diese Diagnose entspräche damit wiederum der im Bericht vom 26. November 2012 verwendeten ICD-Codierung F34.1 (vgl. E. 6.6 hiervor). Insgesamt erscheinen die Ausführungen und Schlussfolgerungen von Dr. J.\_\_\_\_\_ und lic. phil. I.\_\_\_\_\_ nicht nachvollziehbar. Jedenfalls existiert die Diagnose einer schweren depressiven Persönlichkeitsstörung im ICD-10 Klassifikationssystem nicht. Aus diesen Gründen sind die Berichte der Behandler nicht geeignet, das bidisziplinäre Gutachten in Zweifel zu ziehen.

9. Nach dem Gesagten steht fest, dass das bidisziplinäre Gutachten der Dres. C.\_\_\_\_ und D.\_\_\_\_ vom 13. Mai 2013 eine zuverlässige Beurteilung des medizinischen Sachverhalts im Zeitpunkt des Verfügungserlasses erlaubt. Es ist demnach davon auszugehen, dass dem Beschwerdeführer aufgrund der gestellten Diagnosen die Ausübung einer leichten bis mittelschweren Tätigkeit zu 70% zumutbar ist. Es besteht daher in antizipierter Beweiswürdigung kein Grund, weitere (fach-)ärztliche Abklärungen vorzunehmen (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 11. März 2008, 9C\_561/2007, E. 5.2.1; BGE 124 V 94 E. 4b, 122 V 162 E. 1d, 119 V 344 E. 3c in fine mit Hinweisen). Des Weiteren kann auf den in der angefochtenen Verfügung korrekt durchgeführten Einkommensvergleich der Beschwerdegegnerin abgestellt werden. Entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers steht es der IV-Stelle zu, den leidensbedingten Abzug im Vergleich zum Vorbescheid von 12% auf 5% zu reduzieren. Abgesehen davon bestünde auch bei einem Abzug von 12% kein Rentenanspruch, denn der im Vorbescheid errechnete Invaliditätsgrad betrug 38%. Insgesamt ist das darauf beruhende Ergebnis, inofgedessen die Beschwerdegegnerin die bisherige ganze Invalidenrente des Beschwerdeführers eingestellt hat, nicht zu beanstanden. Die gegen die Verfügung vom 17. Februar 2015 erhobene Beschwerde erweist sich unter diesen Umständen als unbegründet, weshalb sie abzuweisen ist.

10.1 Zu prüfen bleibt der Anspruch des Beschwerdeführers auf Wiedereingliederungsmassnahmen.

10.2 Im Gebiet der Invalidenversicherung gilt ganz allgemein der Grundsatz, dass die invalide Person, bevor sie Leistungen verlangt, alles ihr Zumutbare selber vorzukehren hat, um die Folgen ihrer Invalidität bestmöglich zu mildern. Von den Versicherten können jedoch nur Vorkehren verlangt werden, die unter Berücksichtigung der gesamten objektiven und subjektiven Gegebenheiten des Einzelfalles zumutbar sind (BGE 113 V 28 E. 4a mit Hinweisen auf Lehre und Rechtsprechung). Die Wiedereingliederung von Versicherten im fortgeschrittenen Alter oder nach invaliditätsbedingt langjährigem Fernbleiben von der Arbeitswelt ist oftmals schwierig. Laut ständiger Rechtsprechung ist zwar im Regelfall eine medizinisch attestierte Verbesserung der Arbeitsfähigkeit grundsätzlich auf dem Weg der Selbsteingliederung zu verwerten. Nach langjährigem Rentenbezug und/oder auf Grund des fortgeschrittenen Alters des Versicherten können jedoch ausnahmsweise Erfordernisse des Arbeitsmarktes der 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 (Urteil des Bundesgerichts vom 17. November 2011, 9C\_376/2011, E. 6.1 mit Hinweis auf Urteil vom 10. September 2010, 9C\_163/2009, E. 4.1 und 4.2.2). Die Verwaltung muss sich vor der Herabsetzung oder Aufhebung einer Invalidenrente vergewissern, ob sich ein medizinisch-theoretisch wiedergewonnenes Leistungsvermögen ohne Weiteres in einem entsprechend tieferen Invaliditätsgrad niederschlägt oder ob dafür – ausnahmsweise – im Einzelfall eine erwerbsbezogene Abklärung (der Eignung, Belastungsfähigkeit usw.) und/oder die Durchführung von Eingliederungsmassnahmen im Rechtssinne vorausgesetzt ist (Urteil des Bundesgerichts vom 17. November 2011, 9C\_376/2011, E. 6.1 mit Hinweis auf Urteil vom 10. September 2010, 9C\_768/2009, E. 4.1.2).

10.3 Im Urteil vom 26. April 2011 (9C\_228/2010, publiziert in: Sozialversicherungsrecht – Rechtsprechung [SVR] 2011 IV Nr. 73) hat das Bundesgericht sodann festgehalten, dass aus Gründen der Rechtssicherheit diejenigen Fälle, in welchen der Ausnahmetatbestand der Notwendigkeit (vorgängiger) befähigender beruflicher Massnahmen trotz wiedergewonnener Arbeitsfähigkeit als erfüllt zu betrachten ist, vom Regelfall der Fälle einer sofortigen erwerblichen Verwertbarkeit abzugrenzen sind. Es hat deshalb die vorstehend geschilderte Rechtsprechung (vgl. E. 8.2 hiervor) dahingehend präzisiert, dass sie grundsätzlich auf Sachverhalte zu beschränken ist, in denen die revisions- oder wiedererwägungsweise Herabsetzung oder Aufhebung der Invalidenrente eine versicherte Person betrifft, die das 55. Altersjahr zurückgelegt oder die Rente seit mehr als 15 Jahren bezogen hat (SVR 2011 IV Nr. 73 E. 3.3).

10.4 Die beiden Abgrenzungskriterien Alter 55 und Rentenbezug 15 Jahre lehnen sich an die von den Eidgenössischen Räten am 18. März 2011 beschlossenen und am 1. Januar 2012 in Kraft getretenen Schlussbestimmungen zur 6. IVG-Revision an. Anders als im vorliegenden Kontext geht es dort um die generelle Überprüfung von Renten, die bei pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebildern ohne nachweisbare organische Grundlage gesprochen worden waren. Dies soll innerhalb von drei Jahren nach Inkrafttreten der Änderung geschehen. Dabei sollen Renten auch gekürzt oder aufgehoben werden, wenn sich der Invaliditätsgrad der versicherten Person nicht erheblich geändert hat. Hierfür regelt die erwähnte Schlussbestimmung in Abs. 4, dass die erwähnte Überprüfung auf Personen (mit dem obgenannten Beschwerdebild) keine Anwendung findet, die im Zeitpunkt des Inkrafttretens der 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. Nach der Botschaft werden mit einer solchen Besitzstandgarantie die Gesichtspunkte der Rechtssicherheit und des Vertrauensschutzes berücksichtigt, weil eine Wiedereingliederung in diesen Fällen faktisch ausgeschlossen sein dürfte (Bundesblatt [BBl] 2010, S. 1912; SVR 2011 IV Nr. 73 E. 3.4).

10.5 Die Übernahme der beiden Abgrenzungskriterien bedeutet nun allerdings nicht, dass die darunter fallenden Rentner/innen in dem revisions- (Art. 17 Abs. 1 ATSG) bzw. gegebenenfalls wiedererwägungsrechtlichen (Art. 53 Abs. 2 ATSG) Kontext einen Besitzstandsanspruch geltend machen könnten; es wird ihnen lediglich zugestanden, dass – von Ausnahmen abgesehen – aufgrund des fortgeschrittenen Alters oder einer langen Rentendauer die Selbsteingliederung nicht mehr zumutbar ist (SVR 2011 IV Nr. 73 E. 3.5).

10.6 Der 1959 geborene Beschwerdeführer war zum Zeitpunkt, als die Beschwerdegegnerin die angefochtene Verfügung erliess, 55 Jahre alt und bezog seit knapp 13 Jahren eine ganze IV-Rente. Deswegen hätte er grundsätzlich Anspruch auf Wiedereingliederungsmassnahmen. Streitig und zu prüfen ist zunächst, ob der Eingliederungswille des Beschwerdeführers in Frage zu stellen ist. Wenn dem so wäre, so wäre die Durchführung von Eingliederungsmassnahmen nicht erfolgsversprechend und diese wären von vornherein nicht angezeigt gewesen. Dem Gesprächsprotokoll „Erstgespräch Rentenrevision 55+/15+“ vom 28. August 2014 ist zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer in Bezug auf die angebotenen Eingliederungsmassnahmen keine Stellung genommen habe, sondern lediglich dagesessen sei, zwischendurch mit der

Tochter in Türkisch geredet und von ihr habe übersetzen lassen, dass er sterben wolle. Weiter wurde festgehalten, dass das Gespräch habe abgebrochen werden müssen, weil der Beschwerdeführer emotional völlig erregt gewesen sei und sich bei der Beschwerdegegnerin im Raum eingeeengt gefühlt habe. Die Tochter habe ihn dann aus dem Haus begleitet. Als Fazit schloss der Mitarbeiter der Beschwerdegegnerin, es bestehe subjektiv kein Eingliederungspotenzial. Deshalb schloss die Beschwerdegegnerin – nach durchgeführtem Mahn- und Bedenkzeitverfahren – die Eingliederungsmassnahmen mit Bericht vom 2. Oktober 2014 ab.

Dr. D.\_\_\_\_\_ hielt in seinem Teilgutachten diesbezüglich fest, aufgrund der bewusstseinsnahen Aggravations- und Dramatisierungstendenzen des Beschwerdeführers dürften berufliche Massnahmen insgesamt als kaum sinnvoll erscheinen. Die Prognose sei aufgrund der subjektiven Krankheits- und Behinderungsüberzeugung als ungewiss zu beurteilen. Dr. C.\_\_\_\_\_ führte im rheumatologischen Teilgutachten aus, dass aus rein rheumatologischer Sicht berufliche Massnahmen prinzipiell zumutbar, jedoch aufgrund der Selbstbeurteilung des Beschwerdeführers nicht angezeigt wären.

10.7 Aufgrund der Aktenlage lässt der Beschwerdeführer keine Bereitschaft erkennen, an Massnahmen zur Wiedereingliederung teilzunehmen. Daran ändert auch das vom Beschwerdeführer im Mahn- und Bedenkzeitverfahren eingereichte Schreiben vom 12. September 2014 nichts, in welchem er ausführt, er sei seiner Mitwirkungspflicht nachgekommen, indem er am Informationsgespräch teilgenommen habe. Dass er anlässlich der Besprechung seinen gegenwärtigen schlechten Gemütszustand kundgetan habe, ändere nichts daran, genauso wenig wie die Tatsache, dass er Ängste in engen Räumlichkeiten wie dem Besprechungsraum entwickle und dies entsprechend dem Sachbearbeiter über seine Tochter habe mitteilen lassen. Nach dem Gesagten ist die angefochtene Verfügung vom 17. Februar 2015 auch in Bezug auf die Eingliederungsmassnahmen nicht zu beanstanden. Die Beschwerde ist demnach abzuweisen.

11.1 Gemäss Art. 69 Abs. 1<sup>bis</sup> IVG sind Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Verfahrenskosten werden gestützt auf § 20 Abs. 3 des kantonalen Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 in der Regel in angemessenem Ausmass der unterliegenden Partei auferlegt. Entsprechend dem Ausgang dieses Verfahrens hat der Beschwerdeführer die Verfahrenskosten zu tragen. Da ihm mit Verfügung vom 24. April 2015 die unentgeltliche Prozessführung bewilligt wurde, gehen die Verfahrenskosten in der Höhe von Fr. 600.-- zu Lasten der Gerichtskasse.

11.2 Die ausserordentlichen Kosten sind dem Prozessausgang entsprechend wettzuschlagen. Da dem Beschwerdeführer ebenfalls mit Verfügung vom 24. April 2015 die unentgeltliche Verbeiständung mit seinem Rechtsvertreter bewilligt wurde, ist dieser für seine Bemühungen aus der Gerichtskasse zu entschädigen. Der Rechtsvertreter des Versicherten macht in seiner Honorarnote vom 2. Oktober 2015 für das vorliegende Beschwerdeverfahren einen Zeitaufwand von 22 Stunden und 20 Minuten à Fr. 250.-- geltend. Zunächst ist – wie der Rechtsvertreter in seinem Schreiben vom 2. Oktober 2015 richtig ausführt – festzuhalten, dass das Honorar bei unentgeltlicher Verbeiständung gemäss § 3 Abs. 2 der Tarifordnung für die Anwältinnen und

Anwälte vom 17. November 2003 Fr. 200.-- pro Stunde beträgt. Der geltend gemachte Zeitaufwand erscheint umfangmässig in Anbetracht der sich stellenden Sachverhalts- und Rechtsfragen als zu hoch. Der Rechtsvertreter hat in casu einerseits eine überdurchschnittlich lange Beschwerde ausgefertigt sowie freiwillig eine Replik eingereicht und damit einen zweiten Schriftenwechsel in Gang gesetzt. Andererseits stellte er dem Kantonsgericht unaufgefordert Eingaben zu (z.B. die abschliessende Stellungnahme in der Honorarnote vom 2. Oktober 2015). Selbstverständlich steht es dem Rechtsvertreter zu, sowohl eine Replik als auch eine abschliessende Stellungnahme einzureichen. Jedoch ist im vorliegenden Beschwerdeverfahren kein Grund für diese weiteren Stellungnahmen ersichtlich. Insbesondere im Rahmen der unentgeltlichen Prozessführung hat die Rechtsvertretung auch den wirtschaftlichen Aspekt zu beachten und keine für den betreffenden Fall übermässigen Bemühungen zu betreiben. Aus diesem Grund erscheint eine Streichung von pauschal vier Stunden des geltend gemachten Zeitaufwandes als angemessen. Damit ist dem Rechtsvertreter des Beschwerdeführers für seine Bemühungen ein Honorar in der Höhe von Fr. 4'062.90 (18,333 Stunden [20,333 minus 4 Stunden] à Fr. 200.-- und Auslagen von Fr. 95.30 [Fr. 46.50 plus Fr. 48.80] zuzüglich 8% MwSt.) aus der Gerichtskasse auszurichten.

11.3 Der Beschwerdeführer wird ausdrücklich auf § 53a Abs. 1 des Gesetzes über die Organisation der Gerichte (GOG) vom 22. Februar 2001 aufmerksam gemacht, wonach eine Partei, der die unentgeltliche Rechtspflege gewährt wurde, zur Nachzahlung verpflichtet ist, sobald sie dazu in der Lage ist.

Demgemäss wird **e r k a n n t** :

- ://:
1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
  2. Die Verfahrenskosten in der Höhe von Fr. 600.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt.  
  
Zufolge Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung werden die Verfahrenskosten vorläufig auf die Gerichtskasse genommen.
  3. Die ausserordentlichen Kosten werden wettgeschlagen.  
  
Zufolge Bewilligung der unentgeltlichen Verbeiständung wird dem Rechtsvertreter des Beschwerdeführers ein Honorar in der Höhe von Fr. 4'062.90 (inkl. Auslagen und 8% Mehrwertsteuer) aus der Gerichtskasse ausgerichtet.