



Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 18. Januar 2018 (720 17 261 / 23)

Invalidenversicherung

Revision / Rückweisung zur weiteren Abklärung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit / Berücksichtigung der Praxisänderung bezüglich des Anspruchs auf eine Invalidenrente bei psychischen Leiden

Besetzung Präsidentin Eva Meuli, Kantonsrichter Yves Thommen, Kantonsrichterin Elisabeth Berger Götz, Gerichtsschreiberin i.V. Anna Studinger

Parteien A.____, Beschwerdeführer, vertreten durch Michelle Wahl, Advokatin, Fischmarkt 12, 4410 Liestal

gegen

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

Betreff IV-Rente

A. Der 1963 geborene A.____ meldete sich am 7. Juli 2004 bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an. Nach Abklärung der gesundheitlichen und erwerblichen Verhältnisse sprach ihm die IV-Stelle aufgrund eines Invaliditätsgrades von 100 % mit Verfügung vom 12. Mai 2005 eine ganze Invalidenrente mit Wirkung ab 1. November 2004 zu. Dieser Anspruch wurde in den Jahren 2006 und 2010 revisionsweise geprüft und bestätigt.

B. Im Oktober 2014 leitete die IV-Stelle für Versicherte im Ausland (IVSTA) von Amtes wegen eine weitere Revision ein. Deren Zuständigkeit ergab sich aus der zwischenzeitlichen Rückkehr des Versicherten nach B.____. Aufgrund der erfolgten medizinischen Abklärung hob sodann die IV-Stelle Basel-Landschaft – da sich der Versicherte zwischenzeitlich wieder in der Schweiz niederliess – nach durchgeführtem Vorbescheidsverfahren die ganze IV-Rente mit Verfügung vom 27. Juni 2017 auf. Dies mit der Begründung, dass im Laufe der Zeit und durch die am 22. April 2016 durchgeführte Begutachtung durch Prof. Dr. med. C.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, habe festgestellt werden können, dass die Diagnose einer schweren paranoiden Schizophrenie mit kontinuierlichem Verlauf nie bestanden habe und die Arbeitsfähigkeit erhalten geblieben sei.

C. Am 31. August 2017 erhob A.____, vertreten durch Advokatin Michelle Wahl, Beschwerde beim Kantonsgericht Basel-Landschaft, Abteilung für Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht) und beantragte, die Verfügung der IV-Stelle vom 27. Juni 2017 sei aufzuheben. Es sei ihm weiterhin eine ganze Invalidenrente auszurichten. Alles unter o/e-Kostenfolge, wobei ihm die unentgeltliche Prozessführung und Verbeiständung zu bewilligen sei. Zur Begründung führte er aus, dass sich sein Gesundheitszustand nicht verändert habe. Er befinde sich in steti-ger medikamentöser Behandlung. Stresstoleranz, Belastbarkeit und Durchhaltevermögen seien herabgesetzt. Weiter bestünden Konzentrationsstörungen, Ängste und eine gedrückte Stimmungslage. Infolge dieser Einschränkungen und einer Dekonditionierung wegen der seit Jahren bestehenden Arbeitsunfähigkeit sei er gemäss Beurteilung der behandelnden Ärzte auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nicht arbeitsfähig. Es sei ihm unmöglich, das von der IV-Stelle erzielte Invalideneinkommen zu erlangen. Das Gutachten von Prof. C.____ vom 13. September 2016 erweise sich als nicht schlüssig, unvollständig und genüge den bundesgerichtlichen Anforderungen nicht.

D. Mit Vernehmlassung vom 6. November 2017 schloss die IV-Stelle auf Abweisung der Beschwerde. Der Gesundheitszustand von A.____ habe sich verbessert, weshalb ihm die Ausübung der angestammten Tätigkeit zu 100 % zumutbar sei.

E. Dem Beschwerdeführer wurde für das vorliegende Verfahren mit Verfügung vom 4. September 2017 die unentgeltliche Prozessführung und die unentgeltliche Verbeiständung mit Advokatin Michelle Wahl als Rechtvertreterin bewilligt.

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 beur-

teilt 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 31. August 2017 ist demnach einzutreten.

2. Streitig und zu prüfen ist, ob die IV-Stelle die bisherige ganze Rente des Versicherten zu Recht aufgehoben hat.

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

3.2 Nach Art. 6 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000 ist die Arbeitsunfähigkeit die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten (Satz 1). Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Satz 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).

3.3 Die Annahme einer allenfalls invalidisierenden psychischen Gesundheitsbeeinträchtigung setzt eine fachärztlich (psychiatrisch) gestellte Diagnose nach einem wissenschaftlich anerkannten Klassifikationssystem voraus (BGE 131 V 49 E. 1.2, 130 V 396 E. 5.3 und E. 6). Dabei ist zu betonen, dass im Kontext der rentenmässig abzugeltenden psychischen Leiden belastenden psychosozialen Faktoren sowie soziokulturellen Umständen kein Krankheitswert zukommt. Ein invalidisierender Gesundheitsschaden im Sinne von Art. 8 ATSG in Verbindung mit Art. 4 Abs. 1 IVG setzt in jedem Fall ein medizinisches Substrat voraus, das die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit wesentlich beeinträchtigt. Ist eine psychische Störung von Krankheitswert schlüssig erstellt, kommt der weiteren Frage zentrale Bedeutung zu, ob und inwiefern, allenfalls bei geeigneter therapeutischer Behandlung, von der versicherten Person trotz des Leidens willensmässig erwartet werden kann, zu arbeiten und einem Erwerb nachzugehen (BGE 127 V 294 E. 5a mit Hinweisen). Zur Annahme einer durch eine psychische Gesundheitsbeeinträchtigung verursachten Erwerbsunfähigkeit genügt es also nicht, dass die versicherte Person nicht hinreichend erwerbstätig ist; entscheidend ist vielmehr, ob anzunehmen ist, die Verwer-

tung der Arbeitsfähigkeit sei ihr sozial-praktisch nicht mehr zumutbar oder – als alternative Voraussetzung – sogar für die Gesellschaft untragbar (BGE 102 V 165; vgl. auch BGE 127 V 294 E. 4c in fine).

3.4 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.

4.1 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 93 E. 4 f. mit weiteren Hinweisen).

4.2 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 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c).

4.3 Dennoch erachtet es die 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 ausführlichen Zusammenstellungen dieser Richtlinien in BGE 125 V 351 E. 3b und in AHI-Praxis 2001 S. 114 E. 3b, jeweils mit zahlreichen Hinweisen). So ist 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 351 E. 3b/bb mit weiteren Hinweisen). In Bezug auf Berichte von behandelnden Ärzten

darf und soll das Gericht der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen. Im Rahmen einer freien und umfassenden Beweiswürdigung dürfen allerdings auch die potentiellen Stärken der Berichte behandelnder Ärzte nicht vergessen werden. Der Umstand allein, dass eine Einschätzung vom behandelnden Mediziner stammt, darf nicht dazu führen, sie als von vornherein unbeachtlich einzustufen; die einen längeren Zeitraum abdeckende und umfassende Betreuung durch behandelnde Ärzte bringt oft wertvolle Erkenntnisse hervor. Auf der anderen Seite lässt 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; Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgericht [EVG, heute: Bundesgericht, sozialrechtliche Abteilungen] vom 13. Juni 2001, I 506/00, E. 2b) nicht zu, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen (Urteil des Bundesgerichts vom 25. Mai 2007, I 514/06, E. 2.2.1, mit Hinweisen). Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die behandelnden Ärzte wichtige – und nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (Urteil des Bundesgerichts vom 25. Mai 2007, I 514/06, E. 2.2.1, mit Hinweisen).

5.1 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 343 E. 3.5 mit Hinweisen).

5.2 Die abweichende medizinische oder rechtliche Einschätzung von im Wesentlichen unveränderten tatsächlichen Verhältnissen führt nicht zu einer materiellen Revision. Bloss auf einer anderen Wertung beruhende, revisionsrechtlich unerhebliche Differenzen sind daher von revisionsbegründenden tatsächlichen Veränderungen abzugrenzen. Eine ärztliche Schlussfolgerung, die von der früheren abweicht, obwohl sich der beurteilte Gesundheitszustand effektiv nicht verändert hat, ist meist auf eine unterschiedliche Ausübung des medizinischen Ermessens (vgl. dazu BGE 137 V 253 E. 3.4.2.3) zurückzuführen (Urteil des Bundesgerichts vom 29. August 2011, 9C_418/2010, E. 4.1 mit weiteren Hinweisen).

5.3 Bei der Erhebung und Würdigung des medizinischen Sachverhalts in Revisionsfällen im Sinne des Art. 17 ATSG ist überdies Folgendes zu beachten: Da die Feststellung einer revisionsbegründenden Veränderung durch eine Gegenüberstellung eines vergangenen und des aktuellen Zustandes erfolgt, bildet Gegenstand des Beweises das Vorhandensein einer entscheidungserheblichen Differenz in den im medizinischen Gutachten ausgeführten Tatsachen. Der Beweiswert eines zwecks Rentenrevision erstellten Gutachtens hängt folglich wesentlich

davon ab, ob es sich ausreichend auf das Beweisthema – erhebliche Änderung(en) des Sachverhalts – bezieht. Einer für sich allein betrachtet vollständigen, nachvollziehbaren und schlüssigen medizinischen Beurteilung, die im Hinblick auf eine erstmalige Beurteilung der Rentenberechtigung beweisend wäre (vgl. dazu BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a), mangelt es daher in der Regel am rechtlich erforderlichen Beweiswert, wenn sich die (von einer früheren abweichende) ärztliche Einschätzung nicht hinreichend darüber ausspricht, inwiefern eine effektive Veränderung des Gesundheitszustandes stattgefunden hat. Vorbehalten bleiben Sachlagen, in denen es evident ist, dass die gesundheitlichen Verhältnisse sich verändert haben (Urteile des Bundesgerichts vom 29. August 2011, 9C_418/2010, E. 4.2, und vom 26. März 2015, 9C_710/2014, E. 2).

5.4 Nach der Rechtsprechung bildet zeitliche Vergleichsbasis für die Beurteilung einer Änderung des Invaliditätsgrades im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG die letzte anspruchändernde (BGE 133 V 108 E. 4.1) oder auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Invaliditätsbemessung beruhende rechtskräftige Verfügung (BGE 133 V 108, 130 V 71 E. 3.2.3). Vorliegend sprach die IV-Stelle der Versicherten mit Verfügung vom 12. Mai 2005 gestützt auf einen Invaliditätsgrad von 100 % rückwirkend ab 1. November 2004 eine ganze Invalidenrente zu. Am 27. Juni 2017 erging die vorliegend angefochtene Verfügung, mit welcher die IV-Stelle die laufende Rente aufgrund der gesundheitlichen und erwerblichen Abklärungsergebnisse aufhob. Demgemäss beurteilt sich die Frage, ob eine erhebliche Änderung des Sachverhalts eingetreten ist, die eine revisionsweise Aufhebung der bis anhin ausgerichteten Invalidenrente rechtfertigt, durch Vergleich des Sachverhalts, wie er im Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenverfügung am 12. Mai 2005 bestand, mit demjenigen im Zeitpunkt der strittigen Aufhebungsverfügung vom 27. Juni 2017.

5.5 Zu prüfen ist somit, ob sich der Gesundheitszustand und damit der Grad der Arbeitsfähigkeit des Versicherten tatsächlich, wie von der IV-Stelle geltend gemacht, seit der Rentenzusprache im Jahr 2005 in einer anspruchserheblichen Weise verbesserte .

6.1 Zum Zeitpunkt der erstmaligen Rentenzusprache lagen folgende wesentliche medizinischen Unterlagen vor:

Im Schreiben vom 24. Februar 2004 berichtete der Hausarzt Dr. med. D.____, FMH Allgemeine Innere Medizin, über den Patienten. Im November 2003 habe dieser erstmals seine Praxis aufgesucht, nachdem er bei der Arbeit auf einer Treppe ausgerutscht sei und sich den Hinterkopf aufgeschlagen habe. Dabei habe es sich um eine banale Kontusion gehandelt. Anlässlich der Nachkontrolle sei er beschwerdefrei gewesen, habe aber über anfallsweise auftretende Angstzustände sowie eine allgemeine Lustlosigkeit geklagt. Zudem habe der Patient ein rezidivierendes Ameisenlaufen okzipital und in beiden Armen verspürt. Dr. D.____ stellte beim Patienten eine unklare Wesensveränderung, rezidivierende Angstgefühle sowie Panikattacken fest. Bei Verdacht auf rezidivierende Panikattacken sei eine Therapie mit Zoloft eingeleitet worden, welche wegen Unverträglichkeit wieder habe sistiert werden müssen. Nach einer ausgedehnten klinischen Untersuchung habe er den Patienten an die E.____ zur konsiliarischen Beurteilung überwiesen. Diverse Therapieversuche hätten keinen Effekt gezeigt bzw. hätten wegen gastro-

intestinaler Unverträglichkeit erneut abgebrochen werden müssen. Seit 2. Dezember 2003 sei sein Patient vollständig arbeitsunfähig.

Dr. med. F.____, FMH Angiologie und Allgemeine Innere Medizin, und Dr. med. G.____, Assistenzärztin, Spital H.____, berichteten am 29. März 2004 über den stationären Aufenthalt des Beschwerdeführers vom 2. März bis 23. März 2004. Während des Aufenthaltes sei der Beschwerdeführer unter anderem psychiatrisch untersucht worden. Diagnostiziert wurde eine unklare Wesensveränderung mit rezidivierenden Panikattacken; differentialdiagnostisch eine depressive Entwicklung, eine Psychose sowie eine Neuroborreliose. Am ehesten sei von einem ängstlichen depressiven Syndrom im Rahmen einer mittelgradigen depressiven Episode oder differentialdiagnostisch von einer Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis aus.

Im Bericht vom 23. Juli 2004 stellte Dr. med. I.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, der E.____, folgende seit November 2003 bestehenden Diagnosen: Verdacht auf psychotische Störung nicht organischer Ursache, am ehesten aus dem schizophrenen Formenkreis ICD-10 F28.0 sowie eine schwere depressive Episode mit fraglichen psychotischen Symptomen ICD-10 F32.2. Gesundheitlich sei es dem Patienten stets gut gegangen. Während elf Jahren habe er in B.____ Schulen besucht und danach acht Jahre als Gerichtsschreiber gearbeitet. 1992 sei er in die Schweiz gekommen und habe geheiratet. 1995 kam seine Tochter und 1997 sein Sohn zur Welt. In der Schweiz habe der Patient zunächst während acht Monaten auf Baustellen, danach zwei weitere Jahre als Staplerfahrer und anschliessend während acht Monaten im Möbelverkauf gearbeitet, bis er während drei Jahren in einem Unternehmen als Chauffeur angestellt gewesen sei. Seit 2000 arbeite er als Bodenleger. Der Patient konsumiere seit drei Jahren ca. einmal wöchentlich Cannabis. Er gebe an, seit Frühjahr 2003 unter einer inneren Unruhe, gelegentlichem Kribbeln im ganzen Körper, einer unbestimmten Ängstlichkeit sowie an einer Antriebslosigkeit und inneren Leere zu leiden. Weiter habe er immer wieder komische Taubheitsgefühle, aber auch Parästhesien im Occipitalbereich. Zwei bis dreimal wöchentlich höre er punktuell Stimmen und Geräusche, insbesondere Kindergeschrei. Der Patient habe Angst an einer Krankheit zu leiden. Bei der Arbeit sei er in den letzten Monaten sehr schnell nervös geworden; er habe jeweils den Eindruck, dass er viele Gedanken auf einmal im Kopf habe, ohne diese kontrollieren zu können. Die letzten Monate habe er immer wieder Tage gehabt, an denen er nichts mehr gegessen und getrunken habe. Dies weil er das Gefühl habe, dass möglicherweise etwas im Trinkwasser/Essen sei, das ihm nicht gut tue. Der Schlaf sei etwas fluktuierend, seit der Einnahme von Antipsychotika aber gut. Im Zeitraum März-April 2004 sei beim Patienten eine umfassende somatische Abklärung durch Dr. D.____ vorgenommen worden. Dr. I.____ stellte aufgrund der Anamnese und der psychopathologischen Befunde die Diagnose eines psychotischen Geschehens. Differentialdiagnostisch müsse an eine depressiv-ängstliche Erkrankung gedacht werden. Der Patient beschreibe das Gefühl der Leere recht eindrücklich und es scheine in seinem psychosozialen Umfeld keine auslösenden Belastungsfaktoren für diese Störung zu geben. Für sein Empfinden der inneren Leere findet der Patient keine Worte. Dies siehe man immer wieder bei Menschen in psychotischen Frühphasen, weniger dagegen bei depressiven Patienten. Der Patient zeige isolierte psychotische Phänomene wie Stimmenhören, zusätzlich sei sein Denken grenzwertig wahnhaft. Die durch ihn über mehrere Untersuchungen erfolgten Erhebungen scheinen die Diagnose einer psychotischen Störung bestätigt zu haben.

Die Prognose sei derzeit schwierig zu beurteilen. In den hiesigen Gesprächen weise er den Patienten immer wieder darauf hin, dass eine Reintegration in die Arbeitswelt einen wichtigen Beitrag zur Verbesserung des psychischen Zustandes beitragen würde.

Gemäss Gutachten von Dr. med. J.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, vom 4. Dezember 2004 bestehe beim Patienten mit hoher Wahrscheinlichkeit eine schizophrene Erkrankung, aufgrund der Symptomatik am ehesten eine schwere paranoide Schizophrenie mit kontinuierlichem Verlauf ICD-10 F20.0. Hervorzuheben sei, dass der Patient verschiedene psychotische Symptome zeige, obwohl er angemessen behandelt werde. Die depressive Symptomatik sei als Teil der schizophrenen Erkrankung zu verstehen. Es sei davon auszugehen, dass der Patient die Medikamente regelmässig einnehme. Die verschiedenen Symptome seien eindeutig, seien sie doch in ihrer Kombination schwierig vorzutäuschen. Das Leiden des Patienten wirke glaubhaft. Die Prognose sei sehr ernst, da ein langsam schleichender Verlauf vorläge, was prognostisch ungünstig sei. Trotz gut dosierter medikamentöser Behandlung seien verschiedene Symptome aktiv. Der Patient leide dementsprechend an einer hartnäckigen, teilweise therapieresistenten schizophrenen Erkrankung. Im Langzeitverlauf seien solche Erkrankungen in der Regel mit schweren psychosozialen Problemen verbunden (Isolation, Arbeitsunfähigkeit). Ein Endzustand sei sicher noch nicht erreicht. Seine Leistungsfähigkeit sei durch die Halluzinationen, die Antriebsstörung und die massiven Ängste stark beeinträchtigt. In der gegenwärtigen Verfassung könne ihm eine Erwerbstätigkeit nicht zugemutet werden. Zu erwägen wäre der Einsatz an einem geschützten Arbeitsplatz zuerst über einen längeren Zeitraum zu höchstens 50 % und mit wahrscheinlich 50 %iger reduzierter Leistung. Es sei jedoch möglich, dass der Patient der Belastung in einem geschützten Rahmen nicht standhalte. Gestützt auf die Beurteilung von Dr. J.____ sprach die IV-Stelle dem Beschwerdeführer ab dem 1. November 2004 eine ganze Invalidenrente zu.

6.2 Vom 25. April - 27. Mai 2005 hielt sich der Beschwerdeführer in der Klinik K.____ auf. Aus dem Bericht von Dr. med. L.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, und M.____, Assistenzarzt, vom 10. Juni 2005 ergibt sich als Austrittsdiagnose eine paranoid gefärbte schizophrene Psychose ICD-10 F20.0. Eine zunehmende Verwahrlosung und soziale Desintegration mit latenter neuer Suizidalität sei Grund für die Aufnahme gewesen. Der Patient zeige eine paranoide Symptomatik, beklage Stimmenhören, optische Halluzinationen und zeige einen deutlich herabgestimmten Affekt. Er wirke unruhig, reizbar, hilflos und dränge darauf, zur Familie zurückzukehren. Zu Beginn des Aufenthaltes sei er misstrauisch gewesen, habe Mahlzeiten verweigert und sich ins Zimmer zurückgezogen. Zudem habe er Vergiftungs- und Verfolgungs-ideen geäussert. Durch Temesta habe sich der Patient entspannen können. Bei regelmässiger Einnahme von Risperdal hätten sich die psychotischen Symptome deutlich gebessert. Der Patient sei auf seinen Wunsch entlassen worden. Am selben Tag habe ein Vorgespräch für die Aufnahme in die Tagesklinik N.____ stattgefunden.

6.3 Im Rahmen des ersten Revisionsverfahrens im Jahr 2006 berichtete der behandelnde Arzt Dr. med. O.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, am 2. November 2006 über seinen Patienten. Dieser leide an einer chronisch paranoiden Schizophrenie ICD-10 F20.0. Seit dem 2. Dezember 2003 sei er medizinisch begründet zu 100 % arbeitsunfähig. Auf Wunsch des Pa-

tienten fänden die Sitzungen alle vier bis sechs Wochen statt. Es scheine ihm wichtig zu sein, eine bestimmte Autonomievorstellung aufrechterhalten zu können. Er wirke fragil, wenig belastbar und innerlich unruhig. Ängste bejahe er, wobei er der Frage nach Sinnestäuschungen ausgewichen sei. Die psychosozialen Probleme (Kontaktscheue, Rückzug, Überforderung im Umgang mit Menschengruppen, Irritierbarkeit durch äussere Reize) wiesen auf eine chronifizierte Form der Erkrankung hin. Unter Risperdal 4 mg scheine er die Situation einigermaßen zu ertragen und umgekehrt für seine Umgebung erträglich zu sein. Die Schlafstörungen seien mit Surmotil etwas besser geworden, jedoch nicht im Sinne eines erholenden Schlafes. Eine Wiederaufnahme der Erwerbstätigkeit sei aus ärztlicher Sicht schlicht undenkbar. Gestützt auf diesen Bericht teilte die IV-Stelle dem Versicherten am 28. November 2006 mit, dass er weiterhin Anspruch auf die bisherige Rente bei einem Invaliditätsgrad von 100 % habe.

6.4 Im Jahr 2010 fand eine erneute Rentenrevision statt. Dr. O.____ hielt mit Bericht vom 26. Oktober 2010 an der Diagnose einer paranoiden Schizophrenie ICD-10 F20.0 fest. Das Bewusstsein, die Orientierung und das Gedächtnis des Patienten seien unauffällig. Die Aufmerksamkeit sowie die Auffassung seien eingeschränkt. Das Denken sei formal verlangsamt und auf spezifische Inhalte fokussiert. Inhaltlich sei das Denken zurzeit jedoch weitgehend unauffällig, aber unter emotionaler Belastung bezüglich Kohärenz fragil. Affektiv wirke er niedergeschlagen, depressiv, kraftlos und perspektivlos. Sinnesstörungen seien gegenwärtig nicht nachweisbar. Aktuell nehme sein Patient Risperdal 4 mg. Medizinisch begründet liege eine 100 % Arbeitsunfähigkeit vor. Gestützt darauf wurde dem Versicherten am 8. November 2010 von der IV-Stelle mitgeteilt, dass er weiterhin Anspruch auf eine unveränderte Invalidenrente habe.

6.5 Weiter befindet sich in den Akten der Bericht von Dr. med. P.____, behandelnde Psychiaterin aus B.____ vom 2. November 2015. Daraus geht hervor, dass sie den Beschwerdeführer wegen psychischer Probleme behandle, die die Charakteristika einer psychotischen Störung erfüllten. Aktuell habe ein Rückfall die Wiederaufnahme der Behandlung notwendig gemacht. Überdies bestätigte sie die medikamentöse Behandlung mit Risperdal 4 mg.

6.6 Im Rahmen des vorliegenden Revisionsverfahrens holte die IVSTA ein Gutachten bei Prof. C.____ ein. Diese führte mit Gutachten vom 13. September 2016 aus, dass sie den Versicherten am 22. April 2016 untersucht habe. Ein arabisch sprechender Dolmetscher vom Hilfswerk der evangelischen Kirche Schweiz (HEKS), der auch als Psychiatriepflegeperson arbeite, habe übersetzt. Seit Juni 2015 wohne der Versicherte zusammen mit seiner Ehefrau ausschliesslich in B.____. Seine Ehefrau gehe zurzeit keiner Arbeit nach, weil er auf ihre Unterstützung angewiesen sei. Ausser mit seinen zwei Kindern, mit welchen er regelmässig telefoniere oder skype, habe er keine sozialen Kontakte. Der Versicherte stehe morgens zwischen 6.00 und 7.00 Uhr auf, wasche sich das Gesicht und trinke einen Kaffee. Danach rauche er, sitze auf dem Sofa und gehe – wenn seine Frau ihn dazu auffordere – einkaufen. Beide würden sehr unregelmässig essen. Nachmittags würden beide häufig fernsehen. Sport und andere Hobbies praktiziere er nicht. Aktuell nehme er Risperdal 4 mg abends ein und besuche seine Psychiaterin aus Kostengründen nur einmal in drei Monaten. In seiner ersten Ehe habe es durch den Schichtdienst, die Arbeit beiderseits und die Kindererziehung viel Stress gegeben. Damals habe er plötzliche Kribbelparästhesien in den Beinen verspürt, die ihm in den Kopf gestiegen seien.

Er habe "brutale Angst", Magen-Darmbeschwerden und Herzklopfen bekommen. Die Angst und das Kribbeln seien immer häufiger aufgetreten. In seiner grossen Angst habe er das Gefühl gehabt, dass jemand hinter ihm her sei. Weiter habe er Geräusche gehört, vermutlich Stimmen. Mit den Medikamenten seien die Stimmen und Geräusche langsam weniger geworden. Angstattacken träten nach wie vor auf. Im 2010 habe er sich scheiden lassen. Seine neue Ehefrau sei zuerst knapp drei Jahre zu ihm in die Schweiz gekommen. Sie beide hätten sich noch ein Kind gewünscht. Leider habe es nicht geklappt. Im Januar 2015 seien sie nach B.____ umgesiedelt. Dort gehe es ihm jedoch nicht besser. Der Versicherte zeige kein Interesse an allgemeinen Ereignissen und sein Abstraktionsvermögen sei schlecht. Sein Gesichtsausdruck sei ernst; er heitere kaum auf und gebe an, sich nicht mehr zu freuen. Er beklage häufige Derealisationen, Ängstlichkeit mit Panikattacken (mehr als einmal wöchentlich) und Zwänge. Die akustischen Halluzinationen seien unter Psychopharmaka weitgehend remittiert. Im Rahmen der Begutachtung seien beim Versicherten psychologische Tests durchgeführt worden. Bei den Skalen "Angst" und "Depression" habe der Versicherte auffällige Werte erzielt. Gemäss Selbstauskunftsbogen läge ein chronisch schlechtes Schlafverhalten vor. Weiter sei die psychische Widerstandsfähigkeit gering. Die Werte der Eigenschaften Extraversion, Offenheit für neue Erfahrungen sowie Gewissenhaftigkeit würden deutlich von der Norm abweichen. Beim Versicherten wurde vor 16 Jahren eine paranoid-halluzinatorische Schizophrenie diagnostiziert. Die halluzinatorischen Erlebnisse können im Kontext der Angststörung interpretiert werden oder auch als Auslöser der Angsterkrankung. Die vom Versicherten beschriebenen isolierten psychotischen Symptome seien auch retrospektiv eher nicht typisch für eine Schizophrenie. Weiter seien es eher Geräusche als Stimmen gewesen, die jeweils im Kontext mit Angstzuständen und nur intermittierend aufgetreten seien. Dr. I.____ habe als Argument für die Schizophrenie angegeben, dass die Belastungsfaktoren im psychosozialen Umfeld fehlten. Genau das stimme jedoch nicht, vielmehr habe der Versicherte dazumal mit seiner ersten Ehefrau erhebliche Konflikte gehabt. Auch der bisherige Verlauf würde die Annahme einer "schweren paranoiden Psychose" nicht belegen. Die Kriterien einer schizophrenen Psychose seien nicht erfüllt. Retrospektiv seien sie wahrscheinlich nie erfüllt gewesen. Als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit läge eine gemischte Angststörung ICD-10 F41.3 vor. Hierzu würden seine Befürchtungen, Sorgen und Vorahnungen und seine Angaben von Unruhe, Zittern, Verspannungen und Nervosität passen. Zudem habe er immer noch einmal wöchentlich Panikattacken mit Kribbelparästhesien. In seinem angestammten Beruf könnte er initial mit einem Pensum von 40 % wieder arbeiten, potentiell mit weiterer Steigerung. Bei adäquater Behandlung seiner Angsterkrankung sei er mittelfristig wieder voll einsatzfähig.

Die behandelnden Ärzte des Zentrums Q.____ berichteten am 7. August 2017 über ihren Patienten. Er sei zum Zeitpunkt der Untersuchung unter medikamentöser Behandlung mit einem Neuroleptikum (Risperidon) gestanden. Gemäss eigenen Angaben nehme er dieses Medikament seit Jahren regelmässig ein. Eine Remission (oder Teilremission) der Grunderkrankung mit Hilfe des Medikamentes sei wahrscheinlich und der Grund dafür, dass die Symptome der Grunderkrankung nicht mehr ersichtlich seien. Die aktuell fehlenden schizophrenie-spezifischen Symptome würden nicht ausreichen, die ursprünglich gestellte Diagnose in Frage zu stellen und zu ändern. Unter Berücksichtigung der anamnestischen Angaben sei weiterhin von einer Schizophrenie auszugehen. Aktuell seien beim Patienten Stresstoleranz, Belastbarkeit und Durch-

haltevermögen herabgesetzt. Zudem bestünden Konzentrationsschwierigkeiten. Der Patient berichte von Ängsten und einer gedrückten Stimmungslage. Infolge dieser Einschränkungen und einer Dekonditionierung wegen seit Jahren bestehender Arbeitsunfähigkeit sei eine Tätigkeit im freien Markt nicht zumutbar. Es könne die Aufnahme einer Tätigkeit im geschützten Rahmen in einem Teilzeitpensum versucht werden.

7.1 Die IV-Stelle stützt ihre rentenaufhebende Verfügung vom 27. Juni 2017 auf das Gutachten von Prof. C.____. Sie ging demnach davon aus, dass der Beschwerdeführer an einer Angststörung, aber nicht an einer Schizophrenie leide. Eine schwere paranoide Schizophrenie mit kontinuierlichem Verlauf habe nie bestanden und die Arbeitsfähigkeit sei stets erhalten geblieben. Zudem würde sich aus dem Gutachten von Prof. C.____ ein umfassendes Bild des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers ergeben und es sei substantiiert dargelegt, inwiefern eine Verbesserung eingetreten sei. Der Auffassung der IV-Stelle kann nicht zugestimmt werden. Der Beweiswert eines zwecks Rentenrevision erstellten Gutachtens hängt wesentlich davon ab, ob es sich ausreichend auf das Beweisthema – erhebliche Änderung(en) des Sachverhalts – bezieht (vgl. E. 5.3). Demnach hat die medizinische Expertin bzw. der medizinische Experte im Rahmen eines Revisionsverfahrens vor allem aufzuzeigen, ob und inwieweit seit der ursprünglichen Rentenzusprache bzw. der letzten materiellen Rentenüberprüfungen Veränderungen des medizinischen Sachverhaltes eingetreten sind. Das Gutachten von Prof. C.____ legt den Schwerpunkt auf die Diagnose, indem sie erklärt, weshalb der Beschwerdeführer heute an einer ausgeprägten Angststörung und nicht an einer schizophrenen Erkrankung leide. Sie widmet sich aber nicht der hier relevanten Frage, ob und inwieweit sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit 2004 konkret verändert hat und wie sich der aktuelle Gesundheitszustand präsentiert. Es ist deshalb nicht nachvollziehbar, weshalb der Versicherte heute aufgrund seines Leidens nicht mehr in der Arbeitsfähigkeit eingeschränkt sein soll. Zwar ergibt sich aus dem Bericht des Zentrums Q.____ vom 7. August 2017, dass unter der Medikamenteneinnahme eine Teilremission der psychotischen Symptome und damit eine gewisse Verbesserung des psychischen Gesundheitszustandes stattgefunden hat. Es ist jedoch nicht klar, inwieweit sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers tatsächlich verbessert hat und gegebenenfalls in welchem Umfang eine Arbeitsfähigkeit gegeben ist. Weiter ist das Gutachten von Prof. C.____ dahingehend zu beanstanden, dass sie sich nicht mit dem Bericht von Dr. P.____ auseinandersetzt. Die behandelnde Ärztin aus B.____ berichtete rund fünf Monate vor dem Begutachtungszeitpunkt von einem Rückfall des psychischen Leidens mit paranoidem Charakter. Prof. C.____ setzt sich nicht eingehend mit der Frage nach dem aktuellen Gesundheitszustand und der Arbeitsfähigkeit auseinander. Die Ausführungen zur Arbeitsfähigkeit unter Ziff. 9.1 / S. 14 des Gutachtens sind zu vage und können eine vollständige Einstellung der Rente nicht begründen.

7.2 Aus dem Gesagten folgt, dass die Abklärungsergebnisse aus dem Verwaltungsverfahren nicht ausreichend beweiskräftig sind. Die IV-Stelle wird den medizinischen Sachverhalt aus psychiatrischer Sicht abzuklären und den Gesundheitszustand sowie die Arbeitsfähigkeit des Versicherten neu zu beurteilen haben. Gestützt auf die Ergebnisse ihrer zusätzlichen Abklärungen wird die IV-Stelle anschliessend über den Rentenanspruch des Versicherten neu zu befinden haben. Die IV-Stelle hat bei ihren erneuten Abklärungen die vom Bundesgericht kürzlich

vorgenommene Praxisänderung bezüglich der Beurteilung des Anspruchs auf eine Invalidenrente bei psychischen Leiden zu berücksichtigen. Entscheidend ist nicht die Diagnose allein, sondern die funktionelle Auswirkung der konkreten Gesundheitsbeeinträchtigung (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 30. November 2017, 8C_130/2017, E. 6). Es ist im Einzelfall zu prüfen, ob der versicherten Person eine Arbeitsleistung zugemutet werden kann. Die Therapierbarkeit ist nicht mehr für sich alleine ausschlaggebend, sondern lediglich noch als Indiz zu werten. Es muss jeweils eine allseitige Abklärung der funktionellen Einschränkungen vorgenommen werden (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 30. November 2017, 8C_841/2016, E. 4.5.2).

7.3 Gestützt auf die obigen Ausführungen ist die Beschwerde gutzuheissen und die Verfügung vom 27. Juni 2017 aufzuheben. Die IV-Stelle wird angewiesen, erneute Abklärungen vorzunehmen und anschliessend erneut zu verfügen.

8.1 Gemäss Art. 69 Abs. 1^{bis} 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 VPO in der Regel in angemessenem Ausmass der unterliegenden Partei auferlegt. In casu hätte deshalb die IV-Stelle als unterliegende Partei grundsätzlich die Verfahrenskosten zu tragen. In diesem Zusammenhang ist allerdings zu beachten, dass laut § 20 Abs. 3 Satz 3 VPO den Vorinstanzen – vorbehältlich des hier nicht interessierenden § 20 Abs. 4 VPO – keine Verfahrenskosten auferlegt werden. Dies hat zur Folge, dass für den vorliegenden Prozess keine Verfahrenskosten erhoben werden.

8.2 Laut Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Da der Beschwerdeführer obsiegende Partei ist, ist ihm eine Parteientschädigung zu Lasten der IV-Stelle zuzusprechen. Die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers hat in ihrer Honorarnote vom 14. November 2017 für das vorliegende Verfahren einen Zeitaufwand von 8 Stunden geltend gemacht, was sich in Anbetracht der sich stellenden Sachverhalts- und Rechtsfragen als angemessen erweist. Die Bemühungen sind zu dem in Sozialversicherungsprozessen praxisgemäss für durchschnittliche Fälle zur Anwendung gelangenden Stundenansatz von Fr. 250.-- zu entschädigen. Nicht zu beanstanden sind sodann die in der Honorarnote ausgewiesenen Auslagen von Fr. 149.80. Dem Beschwerdeführer ist deshalb eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 2'321.80 (8 Stunden à Fr. 250.-- + Auslagen von Fr. 149.80 zuzüglich 8 % Mehrwertsteuer) zu Lasten der IV-Stelle zuzusprechen.

9.1 Gemäss Art. 90 des Bundesgesetzes über das Bundesgericht (BGG) vom 17. Juni 2005 ist die Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten an das Bundesgericht zulässig gegen Entscheide, die das Verfahren abschliessen. Selbständig eröffnete Zwischenentscheide sind – mit Ausnahme der Zwischenentscheide über die Zuständigkeit und über Ausstandsbegehren (vgl. Art. 92 BGG) – nur mit Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten anfechtbar, wenn sie einen nicht wieder gutzumachenden Nachteil bewirken können (Art. 93 Abs. 1 lit. a BGG) oder wenn die Gutheissung der Beschwerde sofort einen Endentscheid herbeiführen und damit einen bedeutenden Aufwand an Zeit oder Kosten für ein weitläufiges Beweisverfahren ersparen würde (Art. 93 Abs. 1 lit. b BGG). Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung handelt es sich bei einem Rückweisungsentscheid an den Versicherungsträger

zur Aktenergänzung und anschliessenden Neuverfügung nicht um einen Endentscheid, sondern um einen Zwischenentscheid im Sinne von Art. 93 Abs. 1 BGG. Dies gilt auch für einen Rückweisungsentscheid, mit dem eine materielle Teilfrage (z.B. eine von mehreren materiell-rechtlichen Anspruchsvoraussetzungen) beantwortet wird (BGE 133 V 477 E. 4.2).

9.2 Beim vorliegenden Rückweisungsentscheid handelt es sich somit um einen Zwischenentscheid im Sinne des BGG. Demnach ist gegen ihn eine Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten an das Bundesgericht nur unter den in Art. 93 Abs. 1 BGG genannten Voraussetzungen zulässig. Ob diese erfüllt sind, entscheidet das Bundesgericht. Die nachstehende Rechtsmittelbelehrung erfolgt unter diesem ausdrücklichen Vorbehalt.

9.3 Zu ergänzen bleibt, dass nach bundesgerichtlicher Praxis die in einem Rückweisungsentscheid getroffene (Kosten- und) Entschädigungsregelung – wie die Rückweisung im Hauptpunkt selbst – einen Zwischenentscheid (Art. 93 Abs. 1 BGG) darstellt, der in der Regel keinen nicht wieder gutzumachenden Nachteil im Sinne von Art. 93 Abs. 1 lit. a BGG bewirkt und damit nicht selbstständig beim Bundesgericht angefochten werden kann. Ihre Anfechtung ist erst mit Beschwerde gegen den Endentscheid möglich. Entscheidet die Instanz, an welche die Sache zurückgewiesen wurde, in der Hauptsache voll zu Gunsten der beschwerdeführenden Person, so kann die Kosten- oder Entschädigungsregelung im Rückweisungsentscheid direkt innerhalb der Frist des Art. 100 BGG ab Rechtskraft des Endentscheids mit ordentlicher Beschwerde beim Bundesgericht angefochten werden (BGE 133 V 645 E. 2.2, bestätigt im Urteil des Bundesgerichts vom 30. Oktober 2008, 9C_567/2008, E. 2-4; vgl. auch Urteil des Bundesgerichts vom 19. Februar 2008, 9C_748/2007).

Demgemäss wird **erkannt** :

- ://:
1. Die Beschwerde wird im dem Sinne gutgeheissen, als die angefochtene Verfügung der IV-Stelle Basel-Landschaft vom 27. Juni 2017 aufgehoben und die Angelegenheit zur weiteren Abklärung im Sinne der Erwägungen und zum Erlass einer neuen Verfügung an die IV-Stelle Basel-Landschaft zurückgewiesen wird.
 2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.
 3. Die IV-Stelle Basel-Landschaft hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 2'321.80 (inkl. Auslagen und 8 % Mehrwertsteuer) zu bezahlen.