



Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 28. Januar 2016 (720 15 158 / 28)

Invalidenversicherung

Würdigung medizinischer Unterlagen, Abweisung der Beschwerde und Bestätigung der halben IV-Rente

Besetzung Vizepräsident Christof Enderle, Kantonsrichter Yves Thommen, Kantonsrichterin Elisabeth Berger Götz, Gerichtsschreiberin Barbara Vögli

Parteien **A.**____, Beschwerdeführer, vertreten durch Dr. Caroline Franz Waldner, Advokatin, Behindertenforum, Bachlettenstrasse 12, 4054 Basel

gegen

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

Betreff IV-Rente

A. A.____, geboren 1971, absolvierte von 1989 bis 1992 eine Lehre als Herrenkonfektionsverkäufer und war danach zwei Jahre in diesem Beruf tätig. Von 1994 bis 1999 arbeitete er als angelernter Maler und studierte von 1998 bis 2001 an der Kunst- und Medienschule B.____ bildende Kunst. Mit Gesuch vom 24. November 2000 meldete er sich aufgrund einer Spondylitis ankylosans (Morbus Bechterew) bei der Schweizerischen Invalidenversicherung (IV) zum Leis-

tungsbezug an. In der Folge wurden ihm von der IV-Stelle des Kantons B.____ (IV-Stelle B.____) Eingliederungsmassnahmen zugesprochen und von 2003 bis 2004 wurde er zum Videoproducer umgeschult. Nach einer Phase der Arbeitslosigkeit arbeitete er von Oktober 2005 bis Oktober 2006 an der Staatlichen Akademie der bildenden Künste in C.____. Von 2010 bis März 2013 war er selbständig erwerbend und stellte Kunstdrucke her.

Im Zusammenhang mit seiner rheumatischen Entzündungserkrankung traten beim Versicherten seit dem Jahr 2000 rezidivierende Depressionen auf. Am 3. Oktober 2013 meldete er sich bei der IV-Stelle des Kantons Basel-Landschaft (IV-Stelle) zum Leistungsbezug an. In der Folge wurden Eingliederungsmassnahmen durchgeführt, die jedoch scheiterten. Die IV-Stelle beauftragte daraufhin Dr. med. D.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, und Dr. med. E.____, Facharzt FMH Rheumatologie und FMH Innere Medizin, mit der psychiatrisch-rheumatologischen Begutachtung des Versicherten. Gestützt auf die gutachterlichen Schlussfolgerungen und nach Durchführung des Vorbescheidverfahrens sprach die IV-Stelle A.____ mit Verfügung vom 25. März 2015 mit Wirkung ab dem 1. Juni 2014 eine halbe IV-Rente zu, basierend auf einem IV-Grad von 57 %.

B. Dagegen erhob A.____, vertreten durch Advokatin Dr. Caroline Franz Waldner, Behindertenforum, mit Eingabe vom 5. Mai 2015 Beschwerde beim Kantonsgericht Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht, und beantragte, es sei die Verfügung vom 25. März 2015 aufzuheben und es sei ihm mit Wirkung ab dem 1. Juni 2014 eine ganze Rente zuzusprechen, unter o/e-Kostenfolge. In verfahrensrechtlicher Hinsicht liess er die Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung und Verbeiständung mit Advokatin Dr. Franz Waldner beantragen.

C. Mit Eingabe vom 5. Mai 2015 liess der Beschwerdeführer in Ergänzung der Beschwerde beantragen, es seien den behandelnden Psychiater die Kosten für die Erstellung der ärztlichen Berichte vom 24. Februar 2015 und vom 29. April 2015 zu vergüten.

D. Mit Verfügung des instruierenden Präsidenten wurde dem Beschwerdeführer für das vorliegende Verfahren die unentgeltliche Prozessführung und die unentgeltliche Verbeiständung mit Advokatin Dr. Franz Waldner als Rechtsvertreterin bewilligt.

E. Mit Eingabe vom 17. Juni 2015 informierte die Rechtsvertreterin das Gericht über die neueste gesundheitliche Entwicklung des Beschwerdeführers unter Hinweis auf weitere ärztliche Berichte. Mit Eingabe vom 1. Juli 2015 schliesslich wurde der Austrittsbericht des Spitals F.____ vom 18. Juni 2015 zu den Akten gereicht.

F. Mit Vernehmlassung vom 20. Juli 2015 beantragte die Beschwerdegegnerin unter Hinweis auf die eingeholten Stellungnahmen von Dr. D.____ vom 23. Juni 2015, von Dr. E.____ vom 15. Juni 2015 und von RAD-Arzt Dr. med. G.____, Facharzt für Orthopädie und Facharzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin, vom 9. Juli 2015, die Abweisung der Beschwerde.

G. Im Rahmen eines zweiten Schriftenwechsels hielten der Beschwerdeführer mit Replik vom 17. September 2015 und die Beschwerdegegnerin mit Duplik vom 13. Oktober 2015 (unter

Hinweis auf den Bericht von Dr. G._____ vom 12. Oktober 2015) an ihren Anträgen und Begründungen fest.

H. Mit Einreichung ihrer Honorarnote zog die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers den Antrag zurück, wonach den behandelnden Ärzten ein Honorar zuzusprechen sei.

Auf die Vorbringen der Parteien und die zu würdigenden medizinischen Akten wird – soweit für die Entscheidungsfindung erforderlich – in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen.

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 vom 5. Mai 2015 ist demnach einzutreten.

2.1 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).

2.2 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). Diese Legaldefinition stimmt im Wesentlichen mit dem Begriff der Arbeitsunfähigkeit überein, wie ihn die Rechtspraxis vor dem Inkrafttreten des ATSG entwickelt hatte (BGE 129 V 53 E. 1.1). Die bis zum 31. Dezember 2002 ergangene diesbezügliche Rechtsprechung des damaligen Eidgenössischen Versicherungsgerichts (EVG; heute: Bundesgericht, sozialrechtliche Abteilungen) bleibt folglich weitestgehend anwendbar (BGE 130 V 345 E. 3.1.1).

2.3 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 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).

2.4 Die Annahme einer allenfalls invalidisierenden psychischen Gesundheitsbeeinträchtigung setzt eine fachärztlich (psychiatrisch) gestellte Diagnose nach einem wissenschaftlich anerkannten Klassifikationssystem voraus (BGE 131 V 50 E. 1.2, 130 V 398 ff. E. 5.3 und E. 6). Zu betonen ist, 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 299 E. 5a). 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 Verwertung der Arbeitsfähigkeit sei ihr sozialpraktisch nicht mehr zumutbar oder – als alternative Voraussetzung – sogar für die Gesellschaft untragbar (BGE 102 V 165; vgl. auch BGE 127 V 298 E. 4c).

3.1 Nach 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.

3.2 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 (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 128 V 30 E. 1).

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 einer versicherten Person ist die rechtsanwendende Behörde – die Verwaltung und im Streitfall das Gericht – auf Unterlagen angewiesen, die vorab von Ärztinnen und Ärzten zur Verfügung zu stellen sind. Deren Aufgabe ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 115 V 134 E. 2, 114 V 314 E. 3c, 105 V 158 E. 1). Darüber hinaus bilden die ärztlichen Stellungnahmen eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Zumutbarkeit, also der Frage, welche anderen Erwerbstätigkeiten als die zuletzt ausgeübte Berufsarbeit von der versicherten Person auf dem allgemeinen, ausgeglichenen und nach ihren persönlichen Verhältnissen in Frage kommenden Arbeitsmarkt zumutbarerweise noch verrichtet werden können (ULRICH MEYER-BLASER, Zur Prozentgenauigkeit in der Invaliditätsschätzung, in: Schaffhauser/Schlauri [Hrsg.], Rechtsfragen der Invalidität in der Sozialversicherung, St. Gallen 1999, S. 20 f. mit 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 ausführlichen Zusammenstellungen dieser Richtlinien in BGE 125 V 352 E. 3b 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 353 E. 3b/bb).

4.5 Schliesslich ist in verfahrensrechtlicher Hinsicht darauf hinzuweisen, dass der Sozialversicherungsprozess vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht ist. Danach hat das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen (BGE 125 V 193 E. 2).

5.1 Zur Beurteilung der Rentenfrage liegen folgende wesentliche medizinische Unterlagen vor:

5.2 Dr. med. H.____, Facharzt FMH für Innere Medizin und Rheumatologie, diagnostiziert mit Bericht vom 29. Oktober 2013 einen Morbus Bechterew und rezidivierende depressive Episoden, gegenwärtig schwere Episode. In Bezug auf die Arbeitsfähigkeit hält er fest, dass aufgrund der Gesamtsituation die Arbeitsfähigkeit bei ca. 50 % liege. Es bestünden körperliche Einschränkungen in Form einer verminderten Belastbarkeit des Achsenskeletts und Schmerzen im Rahmen der Entzündungsreaktion. Gegebenenfalls sei eine weitere Einschränkung durch die psychiatrische Diagnose bedingt. Bei Kontrolle der Entzündungsaktivität könne formalmedizinisch für eine leichte Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 80-100 % angenommen werden.

5.3 Mit Bericht vom 26. November 2013 halten Dr. med. I.____, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, und pract. med. J.____, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, Klinik K.____, als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome, seit zehn Jahren, sowie eine Spondylitis ankylosans seit ca. 1995 fest. Der Patient befinde sich in regelmässiger Behandlung, mindestens einmal wöchentlich. Er werde auch psychopharmakologisch behandelt. Die Arbeitsunfähigkeit betrage sei dem 19. Juni 2013 100 %. Trotz Prognose einer Zustandsstabilisierung auf aktuellem Niveau werde auf eine leichte Zustandsverbesserung der Depression hingearbeitet, sodass die Arbeitsunfähigkeit aufgrund der psychiatrischen Diagnose letztendlich zwischen 60-70 % zu liegen kommen könne. Aufgrund der rezidivierenden Depression bestünden Einschränkungen im Bereich der Zeitdauer sowie der Intensität der Arbeitsleistung. Die verminderte Leistungsfähigkeit sei auf die Depression zurückzuführen und dem damit einhergehenden Leistungsknick, welcher unter anderem durch Antriebslosigkeit, Verlangsamung der Arbeitsabläufe und tendenzieller Meidung von komplexeren Aufgaben sowie von sozialen Kontakten gekennzeichnet sei.

5.4 In der Folge beauftragte die Beschwerdegegnerin Dr. D.____ und Dr. E.____ mit der psychiatrisch-rheumatologischen Begutachtung des Beschwerdeführers. Dr. D.____ gelangt in seinem psychiatrischen Teilgutachten vom 25. August 2014 zur Auffassung, dass eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, zu diagnostizieren sei, die sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirke. Der Antrieb sei vermindert, der Explorand sei depressiv und psychisch vermindert belastbar. Er klage auch über leichte Konzentrationsstörungen, die allerdings nicht hätten objektiviert werden können. Er zeige einen sozialen Rückzug, eine erhöhte Ermüdbarkeit und fühle sich zunehmend auch im sozialen Kontext unsicher. In der bisherigen Tätigkeit als Verkäufer, Maler, Videoproducer und Kunstdrucker sowie in jeder anderen beruflichen Tätigkeit bestehe seit Juni 2013 eine Arbeitsunfähigkeit von 50 %.

Dr. E.____ diagnostiziert im rheumatologischen Teilgutachten vom 20. Oktober 2014 mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit eine Spondylitis ankylosans (Erstdiagnose 1998) mit axialem Befall: ISG-Arthritis beidseits, klinisch Verdacht auf Befall der Wirbelsäule, Enbrel seit Juli 2007 laufend, 3-Phasen-Skelettszintigraphie vom 18. September 2014 ohne Uptakes, laborserologisch hingegen Entzündungsaktivität (CRP 22 mg/l). Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit seien ein Ganzkörperschmerzsyndrom, multifaktoriell bedingt (einerseits entzündlich-rheumatologische Erkrankung, andererseits Teilkomponente durch psychosoziale Belastung, psychiatrische Erkrankung) sowie radiomorphologisch medio linkslaterale Diskusherniationen C3/4 und C4/5, medio rechtslaterale Herniation C5/6, breitbasig mediane Protrusion bis Herniation L5/S1. Dr. E.____ kommt zum Schluss, dass für mittelschwere bis schwere Arbeiten keine Arbeitsfähigkeit bestehe. Für körperlich leichte Tätigkeiten ohne Heben, Stossen oder Ziehen über 7.5 kg, keinen dauernden Arbeiten in Zwangsstellungen wie nur sitzend, nur stehend, vornübergebeugt oder repetitiv bückend, mit der HWS dauernd inkliniert oder rekliniert und mit den Armen nicht dauernd über Schulterhöhe, bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 80 % bezogen auf ein Ganztagespensum. Die Einschränkung auf ein nur 80 %-iges Pensum definiere sich durch die entzündlich-rheumatologische Grunderkrankung, auch wenn diese zum Teil bildgebend nicht nachweisbar sei. Dennoch sei diese in früheren Jahren nachweisbar gewesen. Auch das nur partielle Ansprechen auf Enbrel und das leicht erhöhte CRP untermauere die klinische Krankheitsaktivität. Diese Einschätzung gelte ab Untersuchungsdatum.

Anlässlich der telefonischen Konsensbesprechung vom 22. August 2014 gelangen die beiden Gutachter zum Schluss, dass in einer idealen rheumatologisch-definierten Verweistätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 50 % ab Juni 2013 gelte.

5.5 Dem Abschluss- und Verlaufsbericht der Klinik K.____ vom 24. September 2014 betreffend den Tagesklinikaufenthalt des Versicherten vom 23. Juni 2014 bis 10. September 2014 ist zu entnehmen, dass der Grund für die Anmeldung eine rezidivierende depressive Störung gewesen sei. Ziel sei es gewesen, eine Tagesstruktur zu etablieren und die depressive Symptomatik zu behandeln. Diagnostiziert wird eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome. Zudem wurde der Verdacht einer kombinierten Persönlichkeitsstörung erhoben. Der Versicherte habe den Aufenthalt abgebrochen. Bei Austritt sei die depressive Störung nicht wesentlich gebessert gewesen.

5.6 Dr. I.____ und med. pract. J.____ diagnostizieren in ihrer Stellungnahme zum Gutachten von Dr. D.____ vom 24. Februar 2015 eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome, seit mindestens zehn Jahren in chronifizierter Form, in den letzten zwei Jahren zunehmend in schwergradiger Ausprägung auftretend sowie eine Spondylitis ankylosans seit 1995. Dr. D.____ sehe die Einordnung der Diagnose zu einer mittelgradigen oder schweren Depression eher auf funktioneller Seite (es sei noch kein Klinik-eintritt erfolgt, es erfolgten regelmässige Spaziergänge mit dem Hund, der Patient pflege seine Wohnung). Dies stehe im Widerspruch zu den Diagnosekriterien nach ICD-10 mit drei erfüllten Haupt- und sechs erfüllten Zusatzsymptomen, die die Schwere der Depression des Patienten belegen würden. Es müsse seit Juni 2013 von einer Arbeitsunfähigkeit von 100 % ausgegangen werden. Bei gutem Verlauf und Stabilisierung in den nächsten Jahren sei es vielleicht möglich,

dass sich eine niedrigprozentige Arbeitsfähigkeit zwischen 10 % bis maximal 30 % ergebe. Dr. med. L.____, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, und med. pract. J.____ äussern sich mit Bericht vom 29. April 2015 zudem zur eingeschränkten Funktionalität im Alltag und zur eingeschränkten Nachtruhe sowie zur Medikation des Patienten.

5.7 Dr. med. N.____, FMH Rheumatologie und FMH Physikalische Medizin und Rehabilitation, hält mit Stellungnahme vom 15. Mai 2015 fest, dass die rheumatische Erkrankung aufgrund der sehr nachvollziehbaren und differenzierten Beschwerdeschilderung aktiv und nicht unter Kontrolle sei. Dr. E.____ gehe gestützt auf die Skelettszintigraphie von einem weitgehend inaktiven Geschehen aus. Die derzeitigen Beschwerden des Patienten würden jedoch auf ein aktives Entzündungsgeschehen hinweisen. Zudem sei die Szintigraphie als Untersuchungsmethode bei dieser Art der Erkrankung wegen der geringen Sensitivität ungenügend. Aufgrund der grossen Entzündungsschmerzen, die vor allem in Ruhe und nachts auftreten würden und damit eine effektive Tag- und Nachtruhe weitgehend verunmöglichten, sei derzeit von einer Arbeitsfähigkeit von höchstens 30 % auszugehen.

5.8 Dr. E.____ nimmt mit Schreiben vom 15. Juni 2015 Stellung zur vorliegenden Beschwerde vom 5. Mai 2015, namentlich zum Einwand des Beschwerdeführers, es sei nicht nachvollziehbar, dass er das CRP von 22 mg/l auf die Entzündungsaktivität der Erkrankung zurückgeführt habe und trotzdem von einem gut kontrollierten Krankheitsbild ausgehe. Dabei verweist Dr. E.____ grundsätzlich auf S. 21 seines Gutachtens und die Skelettszintigraphie, welche völlig normal ausgefallen sei.

5.9 Weiter liegt ein Austrittsbericht des Spitals M.____, Klinik für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten, betreffend den Aufenthalt des Beschwerdeführers vom 25. Mai bis 31. Mai 2015 vor (Bericht vom 18. Juni 2015). Dort wird unter Hinweis auf die bekannten Diagnosen zudem eine Peripher vestibuläre Funktionsstörung rechts diagnostiziert. Der Patient habe erstmals unter kontinuierlichem Drehschwindel mit Übelkeit und Erbrechen gelitten. Das MRI des Neurokraniums vom 28. Mai 2015 habe keinen Nachweis einer Raumforderung, keine Ischämie, keine pathologische Anreicherung im Kleinhirnbrückenwinkel beidseits gezeigt. Es habe eine Arbeitsunfähigkeit aus HNO-Sicht vom 25. Mai bis 8. Juni 2015 bestanden.

5.10 Dr. D.____ nahm ebenfalls zur Beschwerde Stellung. Mit Bericht vom 23. Juni 2015 hält er fest, dass es bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nicht entscheidend sei, ob eine mittelgradige oder schwere depressive Episode diagnostiziert werde. Der Verlauf der depressiven Störung sei naturgemäss schwankend, sodass es bei chronisch depressiven Patienten im Verlauf zu leichten, mittelgradigen oder schweren depressiven Episoden kommen könne.

5.11 Mit Stellungnahme vom 3. August 2015 halten Dr. I.____ und pract. med. J.____ erneut fest, dass der Patient sei dem 19. Juni 2013 aufgrund der psychischen Beeinträchtigung zu 100 % arbeitsunfähig sei. Der Patient weise neben der chronisch rezidivierenden Depression eine Persönlichkeitsakzentuierung narzisstischer Ausprägung auf. Die Diagnoseschwelle einer Persönlichkeitsstörung sei nicht erreicht. Die behandelnden Psychiater nehmen weiter Stellung

zum Funktionsniveau im Alltag, zum sozialen Rückzug des Patienten und erklären, weshalb es bis heute nicht zu einer stationären psychiatrischen Hospitalisation gekommen sei.

5.12 Mit Bericht vom 18. August 2015 hält Dr. N.____ fest, dass ein aktiver Morbus Bechterew trotz maximaler Behandlung mit einem TNF-Alpha Blocker und einem nichtsteroidalen Antirheumatikum vorliege. Einerseits sei eine kleine, aber doch deutliche aktive Läsion in einer MRI Untersuchung festgestellt worden, trotz der aktuellen Behandlung und trotzdem, dass der Patient vor nicht allzu langer Zeit eine Behandlung mit hochdosiertem Kortison im Rahmen eines Schwindels gehabt habe. Sie müsse der Argumentation von Dr. E.____, dass die Skelettszintigraphie in der Lage sei, die Inaktivität der Erkrankung zu belegen, widersprechen. Heute sei die MRI Untersuchung die Standarduntersuchung für die Dokumentation der Aktivität des Morbus Bechterew. Mit Schreiben vom 17. Juli 2015 hält Dr. N.____ fest, dass das MRI den Verdacht auf eine noch vorhandene Aktivität des Morbus Bechterew bestätigt habe.

6.1 Die Beschwerdegegnerin stützte sich in der angefochtenen Verfügung vom 25. März 2015 bei der Beurteilung des Gesundheitszustands und der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers vollumfänglich auf das psychiatrisch-rheumatologische Gutachten von Dr. D.____ und Dr. E.____. Sie ging demzufolge davon aus, dass dem Beschwerdeführer ab Juni 2013 eine den körperlichen Leiden adaptierte Tätigkeit im Umfang von 50 % zumutbar sei. Der Beschwerdeführer ist der Auffassung, dass diesen beiden Teil-Gutachten kein rechtsgenügender Beweiswert zukomme, da sie den medizinischen Einschätzungen der behandelnden Psychiater Dr. I.____ und pract. med. J.____ sowie der behandelnden Rheumatologin Dr. N.____ widersprechen würden.

6.2 Bevor die Einwände des Beschwerdeführers im Einzelnen zu prüfen sind, ist darauf hinzuweisen, dass der Sachverhalt massgebend ist, wie er sich bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 25. März 2015 entwickelt hat. Dieser Zeitpunkt bildet rechtsprechungsgemäss die zeitliche Grenze der richterlichen Überprüfungsbefugnis (BGE 129 V 4 E. 1.2). Damit sind spätere ärztliche Berichte grundsätzlich unbeachtlich, es sei denn, sie würden Rückschlüsse auf eine frühere Zeitspanne zulassen. Tatsachen, die den Sachverhalt seit Erlass der Verfügung verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand eines neuen Verwaltungsentscheids sein (BGE 130 V 140 E. 2.1). Die Schwindel- und Kreislaufprobleme, die sich erstmals im Juni 2015 bemerkbar gemacht haben, sind eindeutig nach Verfügungserlass aufgetreten, weshalb sie bei der Prüfung der Rentenfrage nicht zu berücksichtigen sind.

6.3.1 Die Würdigung der vorerwähnten medizinischen Berichte zeigt, dass die involvierten psychiatrischen Fachärzte grundsätzlich zur gleichen Diagnose gelangt sind. Da sie aber den Schweregrad der Depression unterschiedlich beurteilen, schätzen sie die Auswirkungen derselben auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers anders ein. Während Dr. D.____ von einer mittelgradigen depressiven Episode ausgeht, diagnostizieren Dr. I.____ und pract. med. J.____ eine schwergradige depressive Episode. In seiner Stellungnahme vom 23. Juni 2015 schliesst Dr. D.____ das Vorliegen einer schweren depressiven Episode erneut unter Hinweis auf die vom Beschwerdeführer geschilderten Aktivitäten aus. Der Beschwerdeführer könne den Haushalt noch selbst besorgen, mache Einkäufe, pflege beschränkt soziale Kontakte, habe die psy-

chirurgische Tagesklinik besucht, kümmere sich um seinen Hund und koche regelmässig. Demgegenüber legen Dr. I.____ und pract. med. J.____ dar, dass beim Beschwerdeführer drei Hauptsymptome sowie sechs Zusatzsymptome gemäss ICD-10 erfüllt seien, was einer schwergradigen depressiven Störung entspreche. Ihrer Einschätzung nach sei vorliegend die gedrückte Grundstimmung mit tiefer Traurigkeit, Gefühlen der Verzweiflung und innerer Leere, ohne erkennbaren Anlass (1. Hauptsymptom) gegeben. Zudem bestehe ein umfassender Interessenverlust (Anhedonie), welcher praktisch alle Lebensbereiche umfasse und sich insbesondere beim ausgeprägten sozialen Rückzug zeige. Wichtige Interessengebiete, wie das Verfolgen von kreativen Hobbies, seien kaum mehr verfolgt worden (2. Hauptsymptom). Als 3. Hauptsymptom müsse von einer ausgeprägten Verminderung des Antriebs und von Energielosigkeit gesprochen werden. Das Gefühl einer starken inneren Müdigkeit und Energielosigkeit erschwere jegliche Aktivität. Selbst bei der Pflege der Wohnung falle es dem Patienten teilweise tage- bis wochenlang schwer, entsprechende Ziele wie Fensterputzen oder Staubsaugen umzusetzen. Als weiteres Beispiel sei das Kochen zu erwähnen. Der Patient habe dies früher mit grosser Freude gemacht, heute könne er dem nur noch punktuell nachgehen. Häufig berichte er von Nahrung im Kühlschrank, welche er trotz grosser finanzieller Not ungebraucht wegwerfe, da er nicht die Energie habe zu kochen.

6.3.2 Betrachtet man die drei Hauptsymptome gemäss dem gegenwärtig verwendeten Klassifikationssystem ICD-10 (gedrückte depressive Stimmung; Interessenverlust und Freudlosigkeit; Antriebsmangel und erhöhte Ermüdbarkeit), so ist davon auszugehen, dass Dr. D.____ – wie auch Dr. I.____ und pract. med. J.____ – das Vorliegen einer gedrückten depressiven Stimmung als gegeben erachtet. Hingegen bezweifelt Dr. D.____ gestützt auf die Angaben des Beschwerdeführers, dass ein umfassender Interessenverlust (2. Hauptsymptom) und damit eine schwere depressive Episode vorliegen.

6.3.3 Gegen eine vollumfängliche Interessenlosigkeit spricht, dass sich der Beschwerdeführer gegen einen stationären Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik entschieden hatte, um für seinen Hund da zu sein. Wenn der Hund tatsächlich überlebenswichtig im Sinne einer Therapie ist, dann zeugt dies von noch vorhandenem Interesse und Verantwortungsgefühl beim Beschwerdeführer. Betreffend den Besuch der Tagesklinik finden sich unterschiedliche Angaben in den Akten. Gegenüber Dr. D.____ gibt er an, dass er froh um die Tagesstruktur in der Tagesklinik sei. Im Austrittsbericht der Klinik K.____ vom 24. September 2014 wird hingegen festgehalten, dass der Patient das Gefühl gehabt habe, nicht von der Behandlung zu profitieren und keine Verbesserung des Zustands wahrzunehmen, weshalb der Aufenthalt am 10. September 2014 abgebrochen worden sei. In der Replik vom 17. September 2015 wird auf S. 2 ausgeführt, dass der Beschwerdeführer den Aufenthalt in der Tagesklinik nicht einfach so aufgegeben habe, sondern dass er mit den täglichen Anforderungen vor dem Hintergrund rheumatischer Schmerzen und Schlafstörungen überfordert gewesen sei. Die Haushaltsführung wird ebenfalls unterschiedlich geschildert. Ob der Beschwerdeführer wochenlang die Wohnung nicht staubsaugt, wie er angibt, kann nicht überprüft werden. Fest steht jedoch, dass er sich gegenüber Dr. D.____ nicht als verwaorlost geschildert hat. Weiter gibt er gegenüber Dr. D.____ an, Musik zu hören; auch dieses Verhalten deutet auf ein gewisses Mass an Interesse hin.

Betrachtet man die vorgenannten Alltagsaktivitäten des Beschwerdeführers, erscheint die Beurteilung von Dr. D.____, dass kein vollständiger Interessenverlust in allen Lebensbereichen und damit keine schwere Episode vorliegt, nachvollziehbar. Damit ist auch die Einschätzung von Dr. D.____, dass der Beschwerdeführer aufgrund des verminderten Antriebs, der psychisch verminderten Belastbarkeit, der erhöhten Ermüdbarkeit sowie der zunehmenden Unsicherheit im sozialen Kontext zu 50 % in seiner Arbeitsfähigkeit eingeschränkt ist, als schlüssig. Die Beschwerdegegnerin hat daher für die Beurteilung des psychiatrischen Gesundheitszustands des Beschwerdeführers und der Restarbeitsfähigkeit zu Recht auf die Beurteilung von Dr. D.____ abgestellt.

6.4.1 In rheumatologischer Hinsicht wird vom Beschwerdeführer unter Hinweis auf die Beurteilung von Dr. N.____ bestritten, dass der Morbus Bechterew durch die eingesetzte Basistherapie gut unter Kontrolle sei. Dr. N.____ beruft sich bei ihrer Beurteilung auf die Beschwerdeschilderung des Beschwerdeführers, auf das Vorliegen von erhöhten CRP-Werten und auf die Ergebnisse des MRI der ganzen Wirbelsäule und beider ISG vom 24. Juni 2015. Sie schätzt die Arbeitsfähigkeit auf höchstens 30 % ein. Dr. E.____ kommt ebenfalls zum Schluss, dass ein entzündlich-rheumatologisches Krankheitsbild bestehe. Trotz durchgeführter Basistherapie sei eine leichte Entzündungsaktivität vorhanden, welche sich im Labor nachweisen lasse. Eine schwere Entzündungsaktivität liege hingegen nicht vor, ansonsten das Szintigramm oder das MRI Veränderungen gezeigt hätten. Zudem könnten nicht alle Schmerzen, die der Beschwerdeführer bei der Untersuchung angegeben habe, dem entzündlichen Krankheitsbild angelastet werden. Aufgrund der Präsentation und auch nach Rücksprache mit Dr. D.____ seien diese auch durch ein psychiatrisches Krankheitsbild zu erklären. Es bestehe daher überlagernd ein Ganzkörperschmerzsyndrom, das multifaktoriell bedingt sei (Gutachten Dr. E.____, S. 20 und 21).

6.4.2 Die Würdigung der rheumatologischen Berichte zeigt einerseits, dass keine radikuläre Reizsituation besteht (vgl. Gutachten Dr. E.____, S. 20). Weiter stellte Dr. E.____ fest, dass sich keine eindeutigen Synovitiden finden lassen würden. Gemäss Beurteilung von Dr. E.____ habe das MRI vom 14. Juni 2013 keine Hinweise für ein entzündliches Krankheitsbild ergeben. Es hätten sich altersentsprechende degenerative Veränderungen im Bereich der Hals- und der Lendenwirbelsäule gezeigt. An den ISG sei der Verdacht auf eher ältere Veränderungen im Sinne einer bilateralen alten ISG-Arthritis erhoben worden (Gutachten Dr. E.____, S. 20). Um die Schmerzsituation genauer definieren zu können und um feststellen zu können, wo entzündliche Veränderungen vorhanden sind, gab Dr. E.____ in der Folge eine 3-Phasen-Skelettszintigraphie in Auftrag. Diese dokumentierte keinerlei Destruktion im Sinne einer aktiven Zerstörung des Skeletts.

6.4.3 Bildgebend und klinisch lassen sich somit nur leichte Befunde feststellen. Dr. E.____ bestreitet nicht, dass ein entzündliches Geschehen vorliegt. Er berücksichtigt dieses und hält fest, dass schwere und mittelschwere Arbeiten nicht mehr zumutbar seien und nur noch eine Arbeitsfähigkeit für leichte Arbeiten im Umfang von 80 % bestehe. Dr. N.____ ihrerseits legt nicht dar, weshalb sie eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 70 % als erforderlich erachtet. Eine Würdigung der Akten zeigt zudem, dass bildgebend im Wesentlichen die gleichen Be-

funde vorliegen wie anlässlich der Abklärungen im Jahr 2007. Damals gingen die medizinischen Fachpersonen davon aus, dass eine leichte bis mittelschwere Tätigkeit ganztags zumutbar sei. Aufgrund der nicht stabilen Entzündungssituation erachteten sie aber ein reduziertes Leistungsrendement von 20 % als angemessen (Gutachten vom 16. November 2007 des Begutachtungszentrums O.____ AG, S. 7). In Anbetracht dieser Umstände, namentlich des Ganzkörper-schmerzsyndroms, das von Dr. N.____ nicht berücksichtigt wurde, ist letztlich nicht ausschlaggebend, welche der bildgebenden Methoden geeigneter ist, ein leicht entzündliches Geschehen darzustellen. Entscheidend ist, dass es sich um eine leichte Entzündungsaktivität handelt. Damit rechtfertigen sich keine grundsätzlichen Zweifel an der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit aus rheumatologischer Sicht durch Dr. E.____.

6.5 Die Gutachten von Dr. D.____ und Dr. E.____ weisen somit weder formale noch inhaltliche Mängel auf. Sie erscheinen insgesamt als sehr ausführlich, berücksichtigen sämtliche medizinische Unterlagen, beinhalten eine umfassende Anamnese, beruhen auf gründlichen Untersuchungen, nehmen Stellung zu anderen ärztlichen Einschätzungen und zeigen nachvollziehbar auf, weshalb beim Beschwerdeführer eine Einschränkung von 50 % in der Arbeitsfähigkeit besteht. Insgesamt sind die Gutachten vollständig und auch in den Ergebnissen schlüssig und nachvollziehbar. Sie genügen daher sowohl formal als auch inhaltlich den bundesgerichtlichen Vorgaben an ein beweistaugliches Gutachten (vgl. dazu Erwägung 4.4 hiervor). Entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers ist daher die Beweiskraft der Beurteilungen von Dr. D.____ und Dr. E.____ nicht in Zweifel zu ziehen, weshalb bei der Beurteilung des vorliegend massgebenden medizinischen Sachverhalts darauf abgestellt werden kann. Es besteht somit kein Anlass zu weiteren medizinischen Abklärungen.

7. Die Beschwerdegegnerin nahm in der Verfügung vom 25. März 2015 einen Einkommensvergleich vor und ermittelte einen IV-Grad von 57 %. Die von der Beschwerdegegnerin anhand lohnstatistischer Angaben berechneten Vergleichseinkommen wurden vom Beschwerdeführer nicht beanstandet. Nachdem sich aus den Akten keine Hinweise ergeben, dass im Rahmen der Rechtsanwendung von Amtes wegen durch das Gericht eine andere Einschätzung vorzunehmen wäre, erübrigt sich eine detaillierte Auseinandersetzung mit den durch die Beschwerdegegnerin ermittelten Vergleichseinkommen sowie der Berechnung des IV-Grads. Es kann diesbezüglich vollumfänglich auf die entsprechenden Ausführungen der Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung verwiesen werden. Demnach hat die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer in der angefochtenen Verfügung zur Recht eine halbe Rente zugesprochen. Die hiergegen erhobene Beschwerde erweist sich als unbegründet, weshalb sie abgewiesen werden muss.

8.1 Es bleibt über die Kosten des Verfahrens zu befinden. Gemäss Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von 200-1000 Franken festgelegt. Bei Fällen wie dem vorliegenden, in denen ein durchschnittlicher Verfahrensaufwand entstanden ist, setzt das Gericht die Verfahrenskosten in Berücksichtigung des bundesrechtlichen Kostenrahmens einheitlich auf Fr. 600.-- fest. Nach § 20 Abs. 3 VPO werden die Verfah-

renskosten in der Regel der unterliegenden Partei in angemessenem Ausmass auferlegt. Vorliegend ist der Beschwerdeführer unterliegende Partei, weshalb die Verfahrenskosten ihm zu auferlegen sind. Der Beschwerdeführerin ist nun allerdings mit Verfügung vom 6. Mai 2015 die unentgeltliche Prozessführung bewilligt worden. Aus diesem Grund werden die Verfahrenskosten vorläufig auf die Gerichtskasse genommen.

8.2 Die ausserordentlichen Kosten sind dem Prozessausgang entsprechend wettzuschlagen. Da dem Beschwerdeführer die unentgeltliche Verbeiständung mit seiner Rechtsvertreterin Dr. Franz Waldner bewilligt worden ist, ist diese für ihre Bemühungen aus der Gerichtskasse zu entschädigen. Gemäss § 3 Abs. 2 der Tarifordnung für die Anwältinnen und Anwälte vom 17. November 2003 (in der seit 1. Januar 2014 geltenden Fassung) beträgt das Honorar bei unentgeltlicher Verbeiständung Fr. 200.-- pro Stunde. Die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers hat in ihrer Honorarnote vom 23. November 2015 für das vorliegende Verfahren einen Zeitaufwand von 19 Stunden und 5 Minuten geltend gemacht. Zu beachten ist, dass vorprozessualer Aufwand (Position vom 9. März 2015: 45 Minuten) praxisgemäss nicht berücksichtigt werden kann. Folglich bleibt ein Aufwand von 18 Stunden und 20 Minuten zu entschädigen, was sich umfangmässig in Anbetracht der sich stellenden Sachverhalts- und Rechtsfragen als angemessen erweist. Der Rechtsvertreterin ist somit ein Honorar in der Höhe von Fr. 3'960.-- aus der Gerichtskasse auszurichten.

8.3 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. Die ausserordentlichen Kosten sind dem Prozessausgang entsprechend wettzuschlagen.

Demgemäss wird **erkannt** :

- ://:
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 der Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers ein Honorar in der Höhe von Fr. 3'960.-- (inkl. 8 % Mehrwertsteuer) aus der Gerichtskasse ausgerichtet.

<http://www.bl.ch/kantonsgericht>