



Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 11. April 2019 (720 18 323 / 100)

Invalidenversicherung

Rentenrevision; keine wesentliche Veränderung des Gesundheitszustandes; Würdigung der zugrundeliegenden medizinischen Unterlagen

Besetzung Präsidentin Eva Meuli, Kantonsrichter Beat Hersberger, Kantonsrichter Daniel Noll, Gerichtsschreiberin Tina Gerber

Parteien **A.**____, Beschwerdeführer, vertreten durch Elisabeth Maier, Advokatin, Hauptstrasse 104, 4102 Binningen

gegen

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

Betreff IV-Rente

A.1 Der 1976 geborene A.____ arbeitete zuletzt vom 1. Februar 2000 bis 30. November 2009 als Lagerist bei der B.____ AG in C.____. Am 28. April 2010 meldete er sich bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Bezug von Leistungen an. Mit Verfügung vom 9. Mai 2012 sprach die zuständige IV-Stelle Basel-Landschaft (IV-Stelle) dem Versicherten gestützt auf einen Invaliditätsgrad von 46% eine Viertelsrente mit Wirkung ab 1. November 2010 zu. Diese

Verfügung erwuchs – nach Beschwerdeerhebung – mit Urteil des Kantonsgerichts vom 20. September 2012 in Rechtskraft. In der Folge wurden diverse berufliche Massnahmen zugesprochen, die jedoch ohne Erfolg blieben. Mit Mitteilung vom 14. April 2014 wurde ferner nach Durchführung eines Revisionsverfahrens festgestellt, dass sich der Gesundheitszustand nicht verändert habe und weiterhin Anspruch auf eine Viertelsrente bestehe.

A.2 Mit Eingabe vom 3. März 2016 machte der Beschwerdeführer, nunmehr vertreten durch Advokatin Elisabeth Maier, eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes geltend und beantragte sinngemäss die Durchführung eines Revisionsverfahrens. Nachdem die IV-Stelle die erwerblichen und gesundheitlichen Verhältnisse abgeklärt und ein Vorbescheidsverfahren durchgeführt hatte, lehnte sie mit Verfügung vom 4. September 2018 eine Erhöhung der Rente ab.

B. Hiergegen erhob A.____, weiterhin vertreten durch Advokatin Maier, am 1. Oktober 2018 Beschwerde beim Kantonsgericht, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht). Er beantragte, es seien ihm in Aufhebung des angefochtenen Entscheides die gesetzlichen Leistungen zuzusprechen, eventualiter sei der Sachverhalt im Rahmen eines Gerichtsgutachtens abzuklären; unter o/e-Kostenfolge. In verfahrensrechtlicher Hinsicht wurde die Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung und der unentgeltlichen Verbeiständung mit Advokatin Maier als Rechtsvertreterin beantragt. Zur Begründung liess er im Wesentlichen ausführen, dass die Beschwerdegegnerin ihre Untersuchungspflicht verletzt habe, da dem im Revisionsverfahren bei Dr. med. D.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, eingeholten psychiatrischen (Verlaufs-)Gutachten vom 8. Dezember 2016 keine Beweiskraft zukomme. So sei zwischen dem Gutachter und dem Beschwerdeführer kein Vertrauensverhältnis entstanden. Auch sei der Gutachter zu Unrecht und ohne Einholung fremdanamnestischer Angaben von einer bewusstseinsnahen Aggravation ausgegangen. Die behandelnden Ärzte würden indessen ein anderes Zustandsbild beschreiben und stellten die Validität der Beschwerden nicht in Frage.

C. In ihrer Vernehmlassung vom 17. Dezember 2018 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

D. Mit Verfügung vom 27. Dezember 2018 wurde dem Beschwerdeführer die unentgeltliche Rechtspflege mit Advokatin Maier als unentgeltliche Rechtsvertreterin bewilligt.

E. Am 24. Januar 2019 reichte der Beschwerdeführer seine Replik ein, wobei er an seinen Rechtsbegehren und Ausführungen in der Beschwerde vollumfänglich festhielt. Die Beschwerdegegnerin verzichtete auf die Einreichung einer Duplik.

Das Kantonsgericht zieht **i n E r w ä g u n g** :

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 Versicherungs-

gerichtet 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 1. Oktober 2018 ist demnach einzutreten.

2.1 Als Invalidität gilt nach Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000 die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Sie kann im Bereich der Invalidenversicherung 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 der Erwerbsunfähigkeit sind nach dem mit 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).

2.2 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 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 Verwertung 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 298 E. 4c in fine).

2.3 Nach Art. 28 Abs. 2 IVG hat die versicherte Person 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.

2.4 Für die Bemessung der Invalidität von erwerbstätigen Versicherten ist Art. 16 ATSG anwendbar (Art. 28a Abs. 1 IVG). Danach ist der Invaliditätsgrad aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (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, 104 V 136 E. 2a und b).

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 unter anderem revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen (oder die Auswirkungen in Bezug auf die Betätigung im üblichen Aufgabenbereich) des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben (BGE 130 V 349 E. 3.5 mit Hinweisen; vgl. auch: BGE 117 V 199 E. 3b mit weiteren Hinweisen; RUDOLF RÜEDI, Die Verfügungsanpassung als verfahrensrechtliche Grundfigur namentlich von Invalidenrentenrevisionen, in: Schaffhauser/Schlauri [Hrsg.], Die Revision von Dauerleistungen in der Sozialversicherung, St. Gallen 1999, S. 16 f.).

3.2 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).

3.3 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 beruht (BGE 133 V 114 E. 5.4; vgl. auch BGE 130 V 7 ff. E. 3.2.3). Vorliegend sprach die IV-Stelle dem Beschwerdeführer mit Verfügung vom 9. Mai 2012 rückwirkend ab 1. November 2010 eine Viertelsrente zu. Im folgenden Revisionsverfahren in den Jahren 2013/2014 wurde der Anspruch auf eine ganze Rente jeweils formlos bestätigt. 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

(auf einer vollständigen materiellen Anspruchsprüfung beruhenden) Rentenverfügung vom 9. Mai 2012 bestanden hat, mit demjenigen im Zeitpunkt der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 4. September 2018.

4. Im Folgenden ist demnach zu prüfen, ob und inwiefern sich der Gesundheitszustand und – damit einhergehend – der Grad der Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers seit der Rentenzusprache am 9. Mai 2012 in anspruchserheblicher Weise verändert hat.

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 99 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 232 E. 5.1; 125 V 352 E. 3a, 122 V 160 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 352 ff. E. 3b und in AHI-Praxis 2001 S. 114 E. 3b, jeweils mit weiteren 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 mit weiteren Hinweisen). Stützt sich der angefochtene Entscheid hingegen ausschliesslich

auf versicherungsinterne medizinische Unterlagen, sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. In solchen Fällen sind bereits bei geringen Zweifeln an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen ergänzende Abklärungen vorzunehmen (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 27. Juli 2009, 8C_113/2009, E. 3.2 mit weiteren Hinweisen).

4.4 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 (BGE 125 V 353 E. 3b/cc). Die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes einerseits und von Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits (vgl. BGE 124 I 175 E. 4; Urteil des EVG vom 13. Juni 2001, I 506/00, E. 2b) lässt 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. 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 (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 25. Mai 2007, I 514/06, E. 2.2.1, mit Hinweisen).

4.5 Bei der Erhebung und Würdigung des medizinischen Sachverhaltes 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 – den medizinischen Gutachten zu entnehmenden – 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 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 (Urteile des Bundesgerichts vom 29. August 2011, 9C_418/2010, E. 4.2, und vom 26. März 2015, 9C_710/2014, E. 2).

5. Zur Beurteilung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers liegen zahlreiche medizinische Unterlagen vor, die vom Gericht allesamt gewürdigt wurden. Im Folgenden sollen indessen lediglich diejenigen Gutachten und Berichte wiedergegeben werden, welche sich für den vorliegenden Entscheid als zentral erweisen.

5.1 Die IV-Stelle stützte den ursprünglichen Rentenentscheid auf das Gutachten von Dr. med. E.____, FMH Physikalische Medizin und Rehabilitation sowie Rheumatologie, vom 8. Juli 2011 und das Gutachten von Dr. D.____ vom 18. Juli 2011 ab.

Der rheumatologische Fachgutachter hatte keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit feststellen können.

Dr. D.____ diagnostizierte mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eine mittelgradige depressive Episode. Anamnestisch würden sich die Symptome wie Einschlaf- und Durchschlafstörungen, Müdigkeit, verminderte Energie, bedrückte und häufig aggressive Stimmung, Vergesslichkeit, verminderte Konzentrationsfähigkeit, Freud- und Lustlosigkeit, schlechter Appetit sowie ein manchmal auftretendes Gefühl allgemeiner Sinnlosigkeit und Suizidgedanken eruieren lassen. Diese Symptome würden die Kriterien einer depressiven Episode erfüllen. An der heutigen Untersuchung hinterlasse der Versicherte einen bedrückten, jedoch nicht aggressiven Eindruck. Zu keinem Zeitpunkt der Exploration habe er gelächelt; die affektive Modulationsfähigkeit und die Vitalität seien eingeschränkt. Zudem lasse sich eine psychomotorische Verlangsamung feststellen. Der Gedankengang sei in formaler Hinsicht langsam und zeitweise gehemmt und es beständen kognitive Beeinträchtigungen. Die Blutentnahme habe ergeben, dass der Versicherte zumindest ein Medikament nicht regelmässig einnehme. Eine schnelle Aufdosierung der Psychopharmaka vor dem Untersuchungstermin sei nicht auszuschliessen. Ein solches Vorgehen wäre mit der Diagnose einer mittel- bis schwergradigen Depression aufgrund des dabei zu erwartenden Leidensdruckes nicht vereinbar. Während der Untersuchung habe er keine Zunahme der Müdigkeit feststellen können. Am Ende der Untersuchung sei der Versicherte sogar vitaler als zu Beginn gewesen. Als es um die Anzahl der in der Originalverpackung vorhandenen Tabletten gegangen sei, sei er zeitweise plötzlich hellwach und völlig präsent gewesen. In solchen Augenblicken sei er auch zum ersten Mal in aufrechter Körperhaltung und ohne gesenkten Kopf im Stuhl gesessen. Er habe den Blickkontakt auch problemlos halten können und seine Stimmung sei nicht mehr bedrückt gewesen. Diese abrupte Stimmungsveränderung, die Vigilanz und die Körperhaltung entsprächen nicht einem schweren Grad einer Depression. Der Versicherte leide deshalb höchstens an einer mittelgradigen depressiven Episode. Dazu komme, dass es trotz der Therapien zu keiner wesentlichen Veränderung der Beschwerden gekommen sei. Ein solcher unverändert mittelgradiger bis schwerer Verlauf einer Depression sei schwer nachvollziehbar. Desgleichen seien die Verweigerung, Angaben über seine Gedanken und Gefühle zu machen, und die fehlende Einwilligung, fremdanamnestische Angaben einzuholen, nicht mit einer schwergradigen Depression vereinbar, da eine Verweigerungshaltung Energien benötige, die bei einer schweren Depression kaum mobilisiert werden könnten. Darüber hinaus seien die Angaben des Versicherten oft inkonsistent und zum Teil widersprüchlich (z.B. Kündigungsgrund, Beziehung zu den Kindern). Unter Berücksichtigung dieser Faktoren sei differentialdiagnostisch an eine bewusstseinsnahe ausgeprägte Aggravationstendenz zu denken. Dazu passend wäre die Tatsache, dass sich bis auf die Kündigung des Arbeitsplatzes keine weiteren aktuellen, den Versicherten belastende Umstände nachweisen lassen würden, welche in einem ursächlichen Zusammenhang zur Depression stehen könnten. Allerdings sei der Versicherte in ungünstigen familiären Verhältnissen aufgewachsen. Es wäre daher auch möglich, dass diese frühere Belastung durch die Kündigung reaktiviert worden sei. Diesfalls wäre jedoch ein höherer als der vom Versicherten bisher geäußerte Leidensdruck zu erwarten. Die Kopfschmerzen seien am ehesten als chronische Spannungskopfschmerzen zu betrachten. Eine solche Diagnose müsste aber aus neurologischer Sicht

gestellt und gewürdigt werden. Differentialdiagnostisch könnte allenfalls eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung in Betracht gezogen werden. Aufgrund der fehlenden Schmerzausweitung schliesse er aber eine solche aus. Der Versicherte weise zudem akzentuierte histrionische Persönlichkeitszüge auf, welche die Arbeitsfähigkeit nicht beeinflussten. Aufgrund der höchstens mittelgradigen depressiven Episode sei der Versicherte seit März 2009 bis auf weiteres in seiner Arbeitsfähigkeit um 40% eingeschränkt. Dr. D._____ wies jedoch darauf hin, dass aufgrund der bewusstseinsnahen, ausgeprägten Aggravationstendenz Zweifel an dieser Beurteilung beständen.

Die Gutachten wurden im rechtskräftigen Entscheid des Kantonsgerichts vom 20. September 2012 als beweiskräftig beurteilt.

5.2 Die damals behandelnde Psychiaterin Dr. med. F._____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte in ihrem ausführlichen Bericht an die IV-Stelle vom 11. September 2013 eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F 32.1) sowie eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F 45.4), beide bestehend ca. März 2009; ferner akzentuierte Persönlichkeitszüge, am ehesten histrionisch, eventuell zudem narzisstisch. Sie habe ab dem 5. Mai 2011 die Behandlung des Patienten übernommen. Seither sei es zu keinen wesentlichen Veränderungen in der subjektiven und objektiven Befindlichkeit gekommen. Die von der IV-Stelle gewünschte Erhöhung der Sitzungsfrequenz habe keine Veränderung des Zustandes gebracht, vielmehr habe zum Patienten kein therapeutischer Zugang gefunden werden können. Er spreche leise, zum Teil stockend oder gepresst und nehme nur zeitweise Blickkontakt auf. Im Gespräch sei er dennoch bewusstseinsklar, präsent und wach. Entgegen seinen Angaben würden sich keine Hinweise auf Konzentrationsstörungen ergeben. Der Patient habe sich anhaltend bedrückt, antriebsgemindert und auf die Schmerzen eingeschränkt präsentiert, welche seinen Angaben zufolge durch jegliche Aktivitäten verstärkt würden. Die Mimik sei lebhaft im Sinne eines oft schmerzverzerrten Gesichtes und erhöhtem Leidensdruck. Es beständen Ein- und Durchschlafstörungen. Hinweise auf eine Suizidalität beständen nicht. Die Prognose sei angesichts des chronifizierten Zustandsbildes und der hohen subjektiven Krankheitsüberzeugung als ungünstig zu betrachten. Der Patient sei für eine psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung nicht zugänglich und letztlich auch nicht motiviert. Durch die Symptomatik sei er in jeglichen Tätigkeiten derart eingeschränkt, dass die Wiederaufnahme der bisherigen Tätigkeit sowie jeder anderen Arbeit nicht zumutbar sei.

5.3 Mit Schreiben vom 27. September 2013 berichtete Dr. med. G._____, FMH Neurologie, über die neurologische Behandlung vom 11. September 2009 bis 12. August 2013 ein. Abschliessend wurde darin festgehalten, dass Klagen über chronische Kopfschmerzen abgeklärt worden seien, ohne dass eine organische Ursache habe eruiert werden können. Das Bild habe sich während der Behandlungsdauer trotz diversen antidepressiven Medikationen kaum verändert. Der Patient klage weiterhin über leichtere bis mässige diffuse drückende Kopfschmerzen ohne jegliche Fluktuation, tags und nachts identisch vorhanden, kombiniert mit gelegentlichen stechenden Kopfschmerzen (ice-pick-headache). Zu diagnostizieren seien Spannungskopfschmerzen mit ice-pick-headache im Rahmen einer depressiven Symptomatik, ohne Hinweise auf medication overuse-headache, bei unauffälligem Neurostatus und normalem CT, CT-Angiogramm und MRI

des Neurokraniums. Ausserdem sei ein depressives Syndrom schweren Ausmasses festzustellen.

5.4 Im Rahmen des vorliegend umstrittenen Revisionsverfahrens holte die Beschwerdegegnerin zunächst beim behandelnden Psychiater Dr. med. H.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, einen Bericht ein. Am 8. April 2016 führte dieser darin aus, dass der Patient psychotherapeutisch nicht behandelbar sei. Er komme ca. sechswöchentlich in die Therapie und schleiche dabei ins Zimmer. Gespräche oder Fragen würden bei ihm Kopfschmerzen auslösen; der Patient sei praktisch nicht ansprechbar. Er sei seit Herbst 2009 bis „für immer“ zu 100% arbeitsunfähig. Die Prognose sei chronisch schlecht.

5.5 Die Beschwerdegegnerin gab in der Folge bei Dr. D.____ ein psychiatrisches Verlaufsgutachten in Auftrag. Im Gutachten vom 8. Dezember 2016 diagnostizierte dieser mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung mit chronischem Verlauf und gegenwärtig mittelgradiger Episode (ICD-10 F 33.11). Anamnestisch seien die Symptome der andauernden Müdigkeit, Energielosigkeit, Interessenlosigkeit sowie Freud- und Lustlosigkeit, der verminderten Konzentrationsfähigkeit und Vergesslichkeit sowie ein sporadisch auftretendes Gefühl allgemeiner Sinnlosigkeit festzuhalten. Diese Symptome erfüllten die zur Diagnosestellung einer depressiven Episode notwendigen Kriterien. In ursächlicher Hinsicht sei auf die andauernden Kopfschmerzen zu verweisen. Der Explorand habe zu Beginn der Untersuchung einen bedrückten, müden und wie verladenen Eindruck hinterlassen, gegen Ende der Untersuchung habe sich die Stimmung aufgehellt und der Explorand habe deutlich vitaler und präsenter gewirkt. Hingegen seien die affektive Modulationsfähigkeit und die Vitalität als eingeschränkt zu beurteilen. Die subjektiv beklagte verminderte Konzentrationsfähigkeit habe sich klinisch nicht feststellen lassen. Unter Berücksichtigung dieser Faktoren und aufgrund der längeren Dauer sei die oben genannte Diagnose zu stellen. Gegen einen schweren Grad der Depression sprächen einerseits die fehlenden Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörungen sowie, dass sich die Präsenz und Vitalität des Exploranden im Laufe der Untersuchung gebessert habe. Anamnestisch seien keine gereizt-aggressive oder bedrückt traurige Stimmungen oder ausgeprägte Ängste nachgewiesen. Ebenfalls spreche die psychosoziale Funktionsfähigkeit in den Beziehungen zur Ehefrau, den Kindern, dem Halbbruder, der Stiefmutter sowie einem Cousin gegen eine schwergradige Depression. Sozial sei der Explorand jedoch als lediglich mässig integriert zu betrachten.

Im Vergleich mit den Befunden des Gutachtens vom 18. Juli 2011 sei es zu keiner wesentlichen Veränderung gekommen. Der Explorand hinterlasse in der aktuellen Untersuchung einen wechselhaften Eindruck; er wirke einerseits müde und insbesondere zu Beginn wie verladen und vermeide stets den Blickkontakt, andererseits sei er jedoch hellwach und präsent, wenn er eine Frage nicht auf Anhieb verstanden habe, und könne dabei auch problemlos den Blickkontakt herstellen. Eine Veränderung lasse sich insoweit feststellen, als der Explorand anlässlich der aktuellen Untersuchung nicht mehr eine bedrückt-traurige oder gereizt-aggressive Stimmung beklagt. Diesbezüglich sei es im Vergleich zum Jahr 2011 zu einer Verbesserung gekommen. Es sei erwähnt, dass die Angaben des Exploranden nicht immer konsistent, zum Teil widersprüchlich und schwer nachvollziehbar seien. Eine durchgeführte Blutkonzentrationsbestimmung der ver-

ordneten Psychopharmaka habe Werte innerhalb des Normbereichs ergeben. Auffallend sei jedoch, dass er sich den Behandlern zufolge nicht wirklich auf irgendeine Therapie eingelassen habe. Unter Berücksichtigung der genannten Inkonsistenzen und Widersprüche könne eine bewusstseinsnahe ausgeprägte Aggravationstendenz nicht mit Sicherheit ausgeschlossen werden. Aufgrund des bisherigen therapieresistenten Verlaufs im ambulanten Bereich, aber auch zur Beobachtung unter stationären Verhältnissen, könne eine psychiatrische Hospitalisation empfohlen werden.

Ferner seien – wie im Gutachten vom 18. Juli 2011 – akzentuierte (histrionische) Persönlichkeitszüge festzustellen, die jedoch ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit blieben.

Anlässlich der aktuellen Untersuchung habe sich auch ein Schmerzsyndrom mit andauernden Kopfschmerzen nachweisen lassen. Den somatischen Akten sei zu entnehmen, dass diagnostisch von Spannungskopfschmerzen auszugehen sei. Aus psychiatrischer Sicht sei festzuhalten, dass sich keine aktuellen Belastungen vorfinden, die schwerwiegend genug seien, um einen ursächlichen Zusammenhang mit den Schmerzen zu begründen. In einer VAS-Skala von null bis zehn gebe der Explorand eine meist vorhandene Schmerzintensität von über zehn an. Diesbezüglich entstehe ein Eindruck des Dramatisierens und Aggravierens, zumal die Kopfschmerzen lediglich mit einer Schmerztablette täglich behandelt, seit dem Jahr 2009 in unveränderter Intensität angegeben würden und ohne äussere Belastung aufgetreten seien. Weiter würden weder Mimik noch Gestik anlässlich der aktuellen Untersuchung auf ein Schmerzgeschehen hinweisen. Da es ausserdem bis zum aktuellen Zeitpunkt nicht zu einer Schmerzausweitung gekommen sei, könne die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung nicht gestellt werden.

Schwerwiegende andere somatische oder psychische Komorbiditäten hätten sich nicht nachweisen lassen. Festzustellen seien in allen vergleichbaren Lebensbereichen gleichmässige Einschränkungen des Aktivitätenniveaus. Behandlungsanamnestisch lasse sich ein Leidensdruck nachweisen. Die Prognose sei offen. Aufgrund der Beschwerden und Funktionseinschränkungen von Seiten der rezidivierenden depressiven Störung mit chronischem Verlauf und gegenwärtig mittelgradiger Episode sei von einer verminderten psychophysischen Belastbarkeit und einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit sowohl in der zuletzt ausgeübten wie auch in einer alternativen Tätigkeit von höchstens 40% auszugehen, ohne zusätzliche Verminderung der Leistungsfähigkeit. Wie bereits schon im Jahr 2011 festgehalten, sei diese Einschätzung aufgrund der differentialdiagnostisch in Betracht zu ziehenden bewusstseinsnahen erheblichen Aggravationstendenz anzuzweifeln.

5.6 Mit Schreiben vom 15. Februar 2017 nahm der behandelnde Psychiater Dr. H._____ zum Gutachten vom 8. Dezember 2016 Stellung. Er führte aus, dass er den Patienten seit November 2013 behandle und nie den Eindruck gehabt habe, dass ihm dieser etwas vorspielen würde. Er leide sehr unter seinem Zustandsbild und eine jahrelange Vorspiegelung sei kaum möglich. Laut dem neuen amerikanischen DSM-5 könnte die Diagnose einer somatischen Belastungsstörung gestellt werden. Dr. H._____ reichte zu dieser Diagnose zwei Fachartikel ein.

5.7 Auf Rückfrage der IV-Stelle hin äusserte sich Dr. D._____ zur Kritik von Dr. H._____. In seiner Stellungnahme vom 16. September 2017 erklärte er, dass beim Versicherten keine somatische Belastungsstörung nach DSM-5 vorliege, da es am Diagnosekriterium der weitreichenden Einschränkungen bis zur Invalidisierung in allen wichtigen Alltagsbereichen durch die Schmerzen fehle. Der Versicherte habe über eine weitgehend intakte psychosoziale Funktionsfähigkeit berichtet. Ausserdem bestehe eine erhebliche Diskrepanz zwischen der angegebenen Schmerzintensität und der Menge eingenommener Analgetika. Der behandelnde Psychiater scheine unbelesen auf die subjektiven Angaben des Patienten abzustellen, ohne diese zu validieren oder kritisch zu hinterfragen. Er halte deshalb an den gutachterlichen Ausführungen vollumfänglich fest.

5.8 Am 6. April 2018 nahm Dr. D._____ zu verschiedenen Einwänden des Beschwerdeführers Stellung. So führte er aus, dass aufgrund des Verlaufs und der Akten nicht von einem medication overuse-headache ausgegangen werden könne. Es sei deshalb schwer nachvollziehbar, dass der Versicherte trotz der angegebenen Intensität der Schmerzen lediglich ein Analgetikum täglich nehme. Entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers sei die psychosoziale Funktionsfähigkeit auch aufgrund seiner eigenen Angaben zu bejahen. Fremdanamnestic Angaben seien für diese Einschätzung nicht zwingend notwendig gewesen, da sie nach langjähriger Erfahrung – insbesondere von nahestehenden Personen – als nicht sehr ergiebig erwiesen hätten. Der behandelnde Arzt habe selbst keine Befunde erhoben oder eine Beschwerdevalidierung vorgenommen, weshalb die aufgeworfene Frage einer Aggravation nicht gesichert verneint werden könne. Trotz Vorliegen verschiedener Inkonsistenzen und Widersprüchlichkeiten sei im Gutachten vorsichtshalber eine weitere psychiatrische Hospitalisation empfohlen worden. Insgesamt sehe er sich nicht veranlasst, aufgrund der Einwände der Rechtsvertreterin eine Änderung am Gutachten vom 8. Dezember 2016 vorzunehmen.

6.1 Die Beschwerdegegnerin stützte sich in der angefochtenen Verfügung vom 4. September 2018 bei der Beurteilung des medizinischen Sachverhalts vollumfänglich auf das Verlaufsgutachten von Dr. D._____ vom 8. Dezember 2016. Sie ging demzufolge davon aus, dass dem Versicherten eine angepasste Tätigkeit im Umfang von 60% zumutbar sei. Wie unter Erwägung 4.3 hiavor ausgeführt, ist dem 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. Solche Indizien liegen nicht vor. Das Gutachten von Dr. D._____ ist – wie dies vom Bundesgericht verlangt wird (vgl. E. 4.2 hiavor) – für die streitigen Belange umfassend, beruht auf allseitigen Untersuchungen, berücksichtigt die geklagten Beschwerden, ist in Kenntnis der Vorakten abgegeben worden, leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge bzw. der Beurteilung der medizinischen Situation ein, setzt sich ausführlich mit den bei den Akten liegenden (abweichenden) fachärztlichen Einschätzungen auseinander und ist in den Schlussfolgerungen überzeugend. Insbesondere legt der Gutachter auch nachvollziehbar dar, inwiefern sich die erhobenen Befunde und Diagnosen von denjenigen unterscheiden bzw. nicht unterscheiden, die im Rahmen der ursprünglichen Rentenzusprache im Jahr 2011 vorlagen. So führt Dr. D._____ nachvollziehbar aus,

dass weiterhin eine mittelgradige depressive Episode vorliegt und verneint eine Verschlechterung zu einer schwergradigen Depression überzeugend. Eine Verbesserung hält er insoweit fest, als der Explorand nicht mehr konkret über eine bedrückt-traurige oder aggressiv-gereizte Stimmung klagt. Diesbezüglich sei es zu einer (unwesentlichen) Verbesserung gekommen. Auch das Vorliegen einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung wird von Dr. D.____ – wie bereits im Gutachten vom 18. Juli 2011 – nachvollziehbar verneint. Insgesamt weist Dr. D.____ überzeugend aus, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit der ursprünglichen Rentenzusprache nicht wesentlich verändert hat. Das Gutachten entspricht damit auch den bundesgerichtlichen Vorgaben zur Beurteilung des medizinischen Sachverhalts in Revisionsfällen (vgl. E. 4.5 hiervor). Es lässt damit eine zuverlässige Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Versicherten zu, weshalb die Beschwerdegegnerin bei der Beurteilung der medizinischen Sachlage darauf grundsätzlich abstellen durfte.

6.2 Daran vermögen auch die Vorbringen des Beschwerdeführers nichts zu ändern. Er macht zunächst in formeller Hinsicht geltend, dass es dem Gutachter nicht gelungen sei, ein angemessenes Vertrauensverhältnis aufzubauen, weshalb eine ordentliche Exploration nicht möglich gewesen sei. Tatsächlich ist festzuhalten, dass die Kooperation durch den Exploranden von Dr. D.____ als mässig gut bis mangelhaft bezeichnet wurde und ein affektiver Rapport sich kaum habe herstellen lassen. Diese Einschätzung widerspiegelt sich in den Ausführungen der behandelnden Ärzte, die verschiedentlich festhielten, dass der Patient nicht zugänglich sei, nicht mitwirke und nicht behandelbar sei. Hätte die passive Haltung des Beschwerdeführers jedoch eine ordentliche Begutachtung gänzlich verunmöglicht, so wäre dies von Dr. D.____ festgehalten worden. Da es ihm jedoch augenscheinlich gelungen ist, den Beschwerdeführer zu verschiedenen Angaben über seine Beschwerden, seine Beziehungen, seinen Tagesablauf und teilweise über eine Anamnese zu bewegen, kann nicht von einem derart mangelhaften Verhältnis ausgegangen werden. Der Beschwerdeführer moniert weiter, dass sich der Gutachter nicht mit der Möglichkeit einer psychosomatischen Belastungsstörung nach DSM-5 auseinandergesetzt habe. Indessen hat Dr. D.____ in der Beantwortung der Rückfrage vom 16. September 2017 dazu explizit Stellung genommen und überzeugend begründet, weshalb diese Diagnose seiner Ansicht nach nicht gestellt werden könne. Soweit der Beschwerdeführer Ausführungen zur von Dr. D.____ diskutierten Aggravation macht, ist ihm entgegenzuhalten, dass diese – wie bereits beim ersten, beweiskräftigen Gutachten vom 18. Juli 2011 – lediglich im Sinne einer Differentialdiagnose gestellt worden ist, welche letztlich keine Auswirkungen auf die zur Bemessung des Invaliditätsgrades relevante Einschätzung der Arbeitsfähigkeit hatte. Insofern erweisen sich die Ausführungen des Beschwerdeführers für die vorliegend strittigen Fragen als nicht zentral, zumal die Verneinung einer gesicherten, bewusstseinsnahen Aggravation nicht bedeutet, dass unkritisch auf die Angaben des Exploranden abzustellen wäre. Vielmehr dürfen und müssen die Angaben des Beschwerdeführers im Rahmen der Exploration auch aufgrund einer Verdeutlichungs- oder Dramatisierungstendenz kritisch gewürdigt werden. Entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers nennt das Gutachten vom 8. Dezember 2016 auch diverse Einschränkungen und Ressourcen, die im Rahmen einer Indikatorenprüfung berücksichtigt wurden (vgl. dazu auch die RAD-Stellungnahme vom 26. Januar 2017). Auch die divergente Einschätzung der Arbeitsfähigkeit durch den behandelnden Psychiater Dr. H.____ vermag keine Zweifel an der Einschätzung von Dr. D.____ zu

wecken. Dessen Annahme einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit in allen Tätigkeiten ohne Enddatierung („für immer“) wird ohne Angabe von Symptombefunden oder ICD-Diagnosen gemacht und überzeugt nicht. Letztlich ist jedoch insbesondere festzuhalten, dass auch die behandelnden Ärzte nicht von einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes an sich ausgehen, sondern vielmehr einen gleichbleibenden Verlauf dokumentieren. Weshalb daraus eine höhere als die bereits bei der ursprünglichen Rentenzusprache angenommene Arbeitsunfähigkeit resultieren soll, wird nicht begründet.

6.3 Zusammenfassend ist nach dem Ausgeführten festzuhalten, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers gemäss der beweistauglichen Einschätzung von Dr. D.____ seit der ursprünglichen Rentenzusprache nicht wesentlich verändert hat. Lassen die vorhandenen medizinischen Unterlagen nach dem Gesagten eine zuverlässige Beurteilung des aktuellen Gesundheitszustandes des Versicherten und den Einschränkungen im Erwerbsbereich zu, so kann auf die von ihm beantragte Anordnung eines Gerichtsgutachtens bzw. Rückweisung an die Vorinstanz zur Vornahme weiterer medizinischer Abklärungen verzichtet werden (sog. antizipierte Beweiswürdigung; vgl. dazu BGE 131 I 153 E. 3, 126 V 130 E. 2a, 124 V 94 E. 4b, 122 V 162 E. 1d, 119 V 344 E. 3c in fine mit Hinweisen). Demzufolge ist davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer in jeder Tätigkeit im Umfang von 60% arbeitsfähig ist, ohne zusätzliche Verminderung der Leistungsfähigkeit.

7. Zu prüfen sind damit die erwerblichen Auswirkungen der gesundheitlichen Beeinträchtigungen. Wie oben ausgeführt (vgl. E. 2.4 hiavor), ist der Invaliditätsgrad bei erwerbstätigen Versicherten aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Die Beschwerdegegnerin hat in ihrer Verfügung vom 4. September 2018 zur Ermittlung des Invaliditätsgrades den erforderlichen Einkommensvergleich vorgenommen. Dabei hat sie anhand der Gegenüberstellung von Validen- und zumutbarem Invalideneinkommen (beide anhand der Tabellenlöhne der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung [LSE] des Bundesamtes für Statistik ermittelt) und unter Berücksichtigung eines leidensbedingten Abzuges von 5% einen Invaliditätsgrad von 43% ermittelt. Aus den Akten oder Angaben der Parteien ergeben sich keinerlei Hinweise dafür, dass diese Berechnung nicht korrekt erfolgt ist.

8. Zusammenfassend folgt aus dem Ausgeführten, dass die Beschwerdegegnerin zu Recht von einem im Wesentlichen unveränderten Invaliditätsgrad ausgegangen ist und die Erhöhung der zugesprochenen Invalidenrente verneint hat. Die Beschwerde ist daher abzuweisen.

9. Es bleibt über die Kosten zu befinden.

9.1 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. Vorliegend ist der Beschwerdeführer unterliegende Partei, weshalb die Verfahrenskosten, die praxisgemäss auf Fr. 800.-- festgesetzt werden, ihm zu auferlegen sind. Dem Beschwerdeführer ist jedoch mit Verfügung vom 27. Dezember 2018 die unentgeltliche

Prozessführung bewilligt worden. Aus diesem Grund gehen die Verfahrenskosten zu Lasten der Gerichtskasse.

9.2 Gemäss dem Ausgang des Verfahrens wird keine Parteientschädigung zugesprochen (§ 21 Abs. 1 VPO). Zuzufolge Bewilligung der unentgeltlichen Verbeiständung wird der Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers ein Honorar in der Höhe von Fr. 2'706.40 (inklusive Auslagen von Fr. 178.90 und 7,7% Mehrwertsteuer) entsprechend dem in der Honorarnote vom 4. April 2019 ausgewiesenen Aufwand (11 Stunden und 40 Minuten à Fr. 200.--) aus der Gerichtskasse ausgerichtet.

9.3 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. 800.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt

Zuzufolge Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung werden die Verfahrenskosten vorläufig auf die Gerichtskasse genommen.
 3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.

Zuzufolge Bewilligung der unentgeltlichen Verbeiständung wird der Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers ein Honorar in der Höhe von Fr. 2'706.40 (inklusive Auslagen und 7,7% Mehrwertsteuer) aus der Gerichtskasse ausgerichtet.

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