



Entscheid des Kantonsgesichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 13. Juni 2019 (720 19 109 / 147)

Invalidenversicherung

Rentenrevision: Beweiskraft des extern eingeholten Verlaufsgutachtens

Besetzung Präsidentin Doris Vollenweider, Kantonsrichter Jgnaz Jermann, Kantonsrichterin Elisabeth Berger Götz, Gerichtsschreiberin Tina Gerber

Parteien **A.**____, Beschwerdeführer, vertreten durch Stefan Galligani, Rechtsanwalt, Ruederstrasse 8, Postfach 423, 5040 Schöffland

gegen

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

Betreff IV-Rente

A. Der 1968 geborene A.____ arbeitete vom 1. Dezember 1986 bis im Februar 2010 als Einrichter Drehmaschinen bei der Firma B.____ AG in C.____. Am 25. September 2009 meldete sich der Versicherte unter Hinweis auf Rückenbeschwerden bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Bezug von Leistungen an. Nachdem die zuständige IV-Stelle Basel-Landschaft (IV-Stelle) die erwerblichen und gesundheitlichen Verhältnisse abgeklärt hatte und berufli-

che Massnahmen erfolglos geblieben waren, ermittelte sie einen Invaliditätsgrad von 53%. Gestützt auf dieses Ergebnis sprach die IV-Stelle A._____ mit Verfügung vom 19. Juni 2014 rückwirkend ab 1. März 2010 eine halbe Invalidenrente inklusive Kinderrenten zu.

Im März 2017 leitete die IV-Stelle ein Revisionsverfahren ein. Zur Abklärung des Gesundheitszustandes holte sie bei Dr. med. D._____, FMH Allgemeine Innere Medizin sowie Rheumatologie, und Dr. med. E._____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, ein bidisziplinäres Gutachten ein. Gestützt auf dieses Gutachten und nach Durchführung eines Vorbescheidverfahrens hob die IV-Stelle die bisher ausgerichtete halbe Invalidenrente – basierend auf einem neu ermittelten Invaliditätsgrad von 38% – mit Verfügung vom 27. Februar 2019 auf.

B. Gegen diese Verfügung erhob A._____, vertreten durch Rechtsanwalt Stefan Galligani, am 27. März 2019 Beschwerde beim Kantonsgericht, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht). Er beantragte, es sei ihm in Aufhebung der angefochtenen Verfügung weiterhin mindestens eine halbe Invalidenrente auszurichten, eventualiter sei die Angelegenheit zur ergänzenden neurologischen Abklärung an die Vorinstanz zurückzuweisen; unter o/e-Kostenfolge. In verfahrensrechtlicher Hinsicht wurde um die Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege mit Rechtsanwalt Galligani als Rechtsbeistand ersucht. Zur Begründung liess A._____ im Wesentlichen vorbringen, dass sowohl subjektiv wie auch objektiv eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes bestehe. Seit der erstmaligen Exploration leide er zusätzlich an Einschränkungen in den Fingern, Nacken- und Kopfschmerzen, Schmerzen im Mittelfussbereich sowie an Schmerzen in der Leistengegend. Es sei nicht nachvollziehbar, weshalb beim polypathologischen Zustand der Wirbelsäule noch keine neurologische Untersuchung stattgefunden habe. Auch aus psychiatrischer Sicht sei von einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes auszugehen. Ferner sei von der Beschwerdegegnerin zu Unrecht kein leidensbedingter Abzug vorgenommen worden.

C. Mit Verfügung vom 2. April 2019 wurde dem Beschwerdeführer für das vorliegende Verfahren die unentgeltliche Prozessführung und die unentgeltliche Verbeiständung mit Rechtsanwalt Galligani als Rechtsvertreter bewilligt.

D. Die Beschwerdegegnerin schloss in ihrer Vernehmlassung vom 16. April 2019 auf Abweisung der Beschwerde.

E. Am 24. April 2019 verfügte das Kantonsgericht die Überweisung der vorliegenden Angelegenheit zur Beurteilung. Gleichzeitig wies es den Antrag des Beschwerdeführers, es sei die aufschiebende Wirkung der Beschwerde wiederherzustellen, ab.

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 27. März 2019 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 19. Juni 2014 mit Wirkung ab 1. August 2014 eine halbe Invalidenrente zuzüglich Kinderrenten zu. Das vorliegende Verfahren beruht auf der ersten, im März 2017 eingeleiteten Revision dieser Rente. Somit beurteilt sich die Frage, ob eine Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen eingetreten ist, die eine revisionsweise Aufhebung der bis anhin ausgerichteten ganzen Rente rechtfertigt, durch Vergleich des Sachverhalts, wie er im Zeitpunkt der

ursprünglichen (auf einer vollständigen materiellen Anspruchsprüfung beruhenden) Rentenverfügung vom 19. Juni 2014 bestanden hat, mit demjenigen im Zeitpunkt der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 27. Februar 2019.

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 19. Juni 2014 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 ihre Verfügung vom 19. Juni 2014, mit der sie dem Beschwerdeführer rückwirkend ab 1. März 2010 basierend auf einer Arbeitsunfähigkeit von 30% und einem lei-

densbedingten Abzug von 15% eine halbe Invalidenrente zusprach, auf die bidisziplinäre rheumatologische und psychiatrische Begutachtung der Dres. D.____ und E.____ vom 27. November 2013.

In rheumatologischer Hinsicht wurde von Dr. D.____ mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein chronisches lumboradikuläres Schmerz- sowie ein residuelles sensibles Ausfallsyndrom L 5 links (ICD-10 M 51.1) mit einer paramedianen, breitbasigen linksseitigen Diskusprotrusion mit hypertrophen Spondylarthrosen L 4/5 und persistierender recessaler Neurokompression L 5 links, einer kleinen medianen linksbetonten und nicht kompromittierenden Diskusprotrusion mit mässiggradigen Spondylarthrosen L 5/S 1; einer Wirbelsäulenfehlform und –fehlhaltung, einer muskulären Dysbalance und Insuffizienz der rumpfstabilisierenden Muskulatur sowie einer Chronifizierungsproblematik mit Verdacht auf Schmerzfehlverarbeitung diagnostiziert. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit sei ein chronisches vorwiegend tendomyotisches zerviko-thorakovertebrales Schmerzsyndrom (ICD-10 M 54.5) bei Wirbelsäulenfehlfunktion und –fehlhaltung sowie muskulärer Insuffizienz der rumpfstabilisierenden Muskulatur festzustellen. Für die angestammte Tätigkeit in einer Metallproduktionsfirma mit unter anderem Einrichten und Bedienen von Drehmaschinen, überwiegend stehend an Ort ausgeführt, bestehe seit 25. Dezember 2007 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Für eine leidensadaptierte geeignete Verweistätigkeit mit Heben und Ziehen von Lasten bis 15 kg, durchgeführt in Wechselbelastung, abwechslungsweise sitzend, stehend wie auch gehend, bestehe aus rein rheumatologischer Sicht spätestens ab Zeitpunkt des aktuellen Gutachtens eine mindestens 70%ige Arbeitsfähigkeit, wobei bei gelingender beruflicher Reintegration nach einer gewissen Anpassungszeit eine weitere Steigerung der Arbeitsfähigkeit in 10%-Schritten über ca. sechs Monate bis zum Erreichen einer 100%igen Arbeitsfähigkeit möglich sein sollte.

Dr. E.____ stellte aus psychiatrischer Sicht keine Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. Ohne Auswirkungen sei eine leichte depressive Störung (ICD-10 F 32.0), differentialdiagnostisch eine subdepressive Störung (ICD-10 F 34.1) festzustellen. Demnach sei dem Exploranden rein psychiatrisch eine volle Arbeitsfähigkeit in jeder Tätigkeit zuzumuten.

5.2 Im Rahmen der im März 2017 eingeleiteten Rentenrevision holte die Beschwerdegegnerin folgende medizinischen Unterlagen ein:

5.2.1 Dr. med. F.____, FMH Allgemeine Innere Medizin, diagnostizierte in ihrem Bericht vom 22. April 2017 zuhanden der IV-Stelle unter Hinweis auf verschiedene fachärztliche Berichte mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit ein lumboradikuläres Syndrom links, eine depressive Entwicklung seit 2009, beidseitige coxogene Schmerzen, intermittierende Polyarthralgien sowie eine Reizdarmsymptomatik. Der Patient befinde sich in einem guten Allgemein- und normalen Ernährungszustand. Er beklage Schmerzen links lumbal mit Ausstrahlung ins linke Bein sowie Schmerzen an beiden Knien linksbetont ohne Schwellung oder Entzündungszeichen. Der bisherige Verlauf sei chronisch, es sei zu keiner Besserung der Rückenschmerzen gekommen. Die Prognose sei eher nicht gut.

Unter anderem legte Dr. F.____ ihrem Schreiben den Bericht von PD Dr. med. G.____, FMH Neurologie, vom 7. Dezember 2016 bei. Darin hielt dieser nach der ambulanten Vorstellung des Patienten fest, dass die geklagten Schmerzen im Bereich des lateralen Unterschenkels auf der linken Seite das Korrelat zu einer transienten L 5-Kompression bei rezessaler Enge L 4/5 sein könnten. Elektromyographisch liessen sich jedoch allenfalls minim ausgeprägte frischere Schädigungszeichen im Myotom L 5 auf der linken Seite nachweisen. Insgesamt scheine die radikuläre Problematik nicht im Vordergrund zu stehen.

5.2.2 Am 27. April 2017 berichtete Dr. med. H.____, FMH Allgemeine Innere Medizin, Rheumatologie sowie Physikalische Medizin und Rehabilitation, über eine Untersuchung des Versicherten. Der Patient leide unter verschiedenen Beschwerden im Bereich des Bewegungsapparates, zusammengefasst am ehesten einem chronifizierten Schmerzsyndrom entsprechend. Aktuell fänden sich keine sicheren Hinweise mehr für eine radikuläre Schädigung. Aufgrund der Morgensteifigkeit der Hände seien konventionelle Aufnahmen und serologische Abklärungen durchgeführt worden, die keine Anhaltspunkte für eine rheumatoide Arthritis brachten. Bei stagnierendem Verlauf unter regelmässiger ambulanter Therapie erachtete Dr. H.____ eine Intensivierung der konservativen Therapiemassnahmen als sinnvoll.

5.2.3 Mit Bericht vom 17. August 2017 diagnostizierte die behandelnde Psychiaterin Dr. med. I.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F 32.11). Der Patient sei resigniert, bedrückt, traurig und ängstlich. Der Antrieb sei vermindert, der Patient wirke insgesamt blockiert. Die Konzentration sei leicht herabgesetzt. Es bestünden Gefühle der Wert- und Nutzlosigkeit sowie des Versagens. Der Patient habe sich sozial zurückgezogen, verbringe die meiste Zeit zuhause und pflege kaum Kontakte. Er habe Ein- und Durchschlafstörungen und beklage unter anderem Freud- und Interessenlosigkeit, Motivationslosigkeit, Nervosität, Vergesslichkeit und Gedankenkreisen. Aus rein psychiatrischer Sicht und unter Berücksichtigung der sich über Jahre hinweg verschlechternden psychischen Beschwerdesymptomatik bei aktuell mittelgradiger depressiver Symptomatik wäre dem Patienten eine Tätigkeit bis zu 50% zumutbar.

5.2.4 In seinem Bericht zur elektroneurografischen Untersuchung vom 20. Februar 2018 stellte Dr. med. J.____, FMH Neurologie, fest, dass ein auffälliger Befund bei SSEP Peroneus beidseits sowie Zeichen einer chronifizierten Läsion der Wurzel L 5 links bestünden.

5.2.5 Die Beschwerdegegnerin holte in der Folge ein bidisziplinäres Verlaufsgutachten bei den Dres. D.____ und E.____ ein.

Dr. D.____ hielt in seinem rheumatologischen Teilgutachten vom 19. April 2018 folgende Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit fest: ein chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom mit möglicher lumboradikulärer Reizkomponente L 5 links (ICD-10 M 54.5/M 51.1) mit Chondrosen L 4/L 5 und L 5/S 1 mit breitbasiger zirkulärer Diskusprotrusion mit konsekutiver Recessusstenosierung L 4/L 5 beidseits und möglicher Neuroirritation L 5 beidseits und linksbetont, einer kleinen medianen Diskushernie ohne Neuroirritation L 5/S 1, bilateralen Spondylarthrosen mit beginnender Foraminalstenosierung (L 5/S 1) beidseits gemäss MRI vom 8. April 2016; einer

chronischen Läsion der Nervenwurzel L 5 gemäss Elektroneurographie vom 20. Februar 2018; bei einer Wirbelsäulenfehlform und –fehlhaltung sowie einer muskulären Insuffizienz vom Beckengürteltyp und einer Chronifizierungsproblematik mit Verdacht auf Schmerzfehlverarbeitung. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit seien weiter abklärungsbedürftige Leistenschmerzen rechts mit klinischem Verdacht auf Impingement der rechten Hüfte, unspezifische Polyarthralgien an den Ellbogen, dem linken Kniegelenk sowie des rechten Schultergelenks, wahrscheinlich beginnend degenerativ sowie ein chronisches, aktuell überwiegend asymptomatisches tendomyotisches zerviko-thorakovertebrales Schmerzsyndrom bei Wirbelsäulenfehlform und –fehlhaltung sowie muskulärer Insuffizienz und Dysbalance vom Schulter-/Nackengürteltyp.

Der Explorand präsentiere sich in der aktuellen Untersuchung mit praktisch identischer Schmerzangabe wie bereits bei der rheumatologischen Begutachtung im Jahr 2013 mit anhaltenden chronischen und insgesamt therapieresistenten Kreuzschmerzen sowie begleitenden Schmerzen im Bereich des lateralen linken Unterschenkels mit Schmerzausstrahlung in die Grosszehe. Hinsichtlich der Intensität sowohl der Kreuz- wie auch der Beinschmerzen seien jedoch im Vergleich zu den letzten Jahren immer weniger Angaben von Sensibilitätsstörungen gemacht worden, sondern lediglich Dysästhesien im Bereich des Schmerzverlaufs im linken Bein. Klinisch hätten sich weitgehend dieselben Befunde wie im Rahmen der letzten Begutachtung gezeigt. Zusammenfassend müsse auch unter Berücksichtigung der neuroradiologischen Bildgebung weiterhin von einer möglichen lumboradikulären Reizsymptomatik der Nervenwurzel L 5 links ausgegangen werden in ähnlicher Art und Weise wie dies bereits im Jahre 2013 beschrieben worden sei. Im Vergleich zur letzten rheumatologischen Beurteilung sei das Vorliegen von vermehrten Leistenschmerzen, initial beidseits, aktuell praktisch ausschliesslich rechtsbetont, festzustellen. Die klinische Untersuchung sei vereinbar mit einem nachweisbaren Hüftimpingement bei insgesamt noch gut erhaltener Hüftfunktion. Jedoch bestünden auch diffuse Überlastungen der pelvitrochantären Muskulatur, was zusätzlich einen Teil der geltend gemachten Leisten- und Hüftschmerzen erklären könne. Diesbezüglich wären allenfalls weitere Abklärungen indiziert. Hinsichtlich einer angepassten Tätigkeit bestehe jedoch durch die vorliegende mutmassliche Hüftpathologie keine zusätzliche Leistungseinschränkung bzw. Reduktion der Arbeitsfähigkeit. Ein weiterer Beschwerdekomples betreffe die Polyarthralgien, welche sich zunehmend im Bereich des linken Kniegelenks sowie des rechten Ellbogens und letztlich auch im rechten Schultergelenk manifestieren würden. Diesbezüglich könne jedoch keine relevante Funktionseinschränkung abgeleitet werden.

Zusammenfassend könnten im Vergleich zur letztmaligen rheumatologischen Begutachtung im Jahr 2013 keine neu hinzukommenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit aufgeführt werden. Die unübliche Therapieresistenz sowohl auf medikamentös-analgetische Massnahmen inklusive wirbelsäulennahe Infiltrationen sowie auf die durchgeführten Physiotherapien spreche weiterhin für die Annahme einer Schmerzchronifizierung mit begleitender Schmerzfehlverarbeitung. Bezüglich funktioneller Belastbarkeit könne im Vergleich zum Jahre 2013 bei insgesamt unveränderter Diagnosestellung und auch Befunderhebung weder eine Zunahme noch eine Abnahme der Leistungsfähigkeit ausgewiesen werden. Damit seien dem Beschwerdeführer schwere wie auch mittelschwere körperlich belastende Tätigkeiten inklusive der angestammten

Tätigkeit als Dreher unverändert sowie langfristig unzumutbar. Hinsichtlich einer leidensadaptierten, das Achsenskelett leicht belastenden Tätigkeit, durchgeführt in Wechselbelastung, abwechselungsweise sitzend, stehend wie auch gehend, letzteres ohne Durchführen von längeren Distanzen, seien dem Exploranden weiterhin in einem Vollzeitpensum möglich. Dies sei bereits in der letzten rheumatologischen Beurteilung so ausgewiesen worden, jedoch mit Berücksichtigung einer notwendigen gewissen Anpassungszeit von circa sechs Monaten mit Steigerung der Arbeitsfähigkeit in 10%-Schritten bei Ausgangswert einer 70%igen Arbeitsfähigkeit. Diese Beurteilung sei indessen an die Option einer gelingenden beruflichen Reintegration geknüpft gewesen, welche jedoch nicht stattgefunden habe. Insgesamt sei von einer im Verlauf und aktuell gleichen und unveränderten Belastbarkeit auszugehen, weshalb dem Exploranden eine leidensangepasste Tätigkeit ohne zusätzliche Leistungseinschränkung weiterhin vollumfänglich möglich sei.

In psychiatrischer Hinsicht diagnostizierte Dr. E.____ am 23. April 2018 mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine leichte bis mittelschwere depressive Störung (ICD-10 F 32.0). Im Vergleich zur letzten Begutachtung im Jahre 2013 habe sich beim Exploranden nichts verändert; er sei zwischenzeitlich keiner Arbeit nachgegangen und habe sich intermittierend ambulant-psychiatrisch behandeln lassen. Es bestehe eine gedrückte Stimmung, Interessenrückgang, teilweise Freudlosigkeit, eine eher allgemeine Passivität sowie eine resignierte Haltung. Das Selbstwertgefühl sei reduziert. Suizidgedanken hätten keine eruiert werden können. Es müsse festgehalten werden, dass der Explorand durchaus in der Lage sei, seinen Tag selbstständig zu strukturieren und auf keine wesentliche Hilfe angewiesen sei. Er sei wohl auch in der Lage, fachliche Kompetenzen anzuwenden, sich Urteile zu bilden und Entscheide zu fällen. Indessen dürfte die Durchhaltefähigkeit als leicht bis mittelgradig eingeschränkt beurteilt werden. Er pflege Kontakte zu Dritten und sei in der Gruppenfähigkeit nicht wesentlich eingeschränkt, auch wenn er teilweise Mühe habe, sich durchzusetzen und sich tendenziell eher zurückziehe. Familiäre und intime Beziehungen würden gepflegt. Es bestünden damit leichtere Einschränkungen im Alltag, jedoch nicht in gravierendem Ausmass. Es sei anzunehmen, dass im Vergleich zur Beurteilung von Dr. I.____ eine gewisse Verbesserung eingetreten sei. Die affektive Störung sei – wie dies auch Dr. I.____ annehme – im Rahmen der belastenden Situation zu interpretieren.

Dem Exploranden sei eine klar strukturierte Tätigkeit ohne Übernahme von Verantwortung und ohne Zeitdruck möglich. Komplexe Tätigkeiten könnten ihm nicht zugemutet werden. Aufgrund des affektiven Zustandes sei allenfalls eine geringfügige Leistungseinschränkung durch Verlangsamung und vermehrtem Pausenbedarf von etwa 20% zu begründen. Diese Einschränkungen würden sich seit Aufnahme der psychiatrischen Behandlung im März 2017 und in allen Tätigkeiten auswirken.

Zusammenfassend halten die Gutachter in ihrer Konsensbesprechung fest, dass hinsichtlich der angestammten Tätigkeiten sowie Tätigkeiten mit einem ähnlichen Belastungsprofil weiterhin eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestehe. Eine leidensadaptierte Tätigkeit sei dem Exploranden in einem Restarbeitspensum von 80% möglich, unter der Bedingung, dass sowohl die körperlichen als auch psychiatrischen qualitativen Einschränkungen berücksichtigt würden.

5.3 Im Rahmen des Einwandverfahrens reichte der Versicherte weitere gastroenterologische und urologische Arztberichte ein.

6.1 Die Beschwerdegegnerin stützte sich in der angefochtenen Verfügung vom 27. Februar 2019 bei der Beurteilung des medizinischen Sachverhaltes vollumfänglich auf das Gutachten der Dres. D.____ und E.____ vom 19. bzw. 23. April 2018. Sie ging demzufolge davon aus, dass beim Versicherten für eine körperlich angepasste leichte wechselbelastende Tätigkeit eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 80% bestehe.

6.2 Der Beschwerdeführer macht vorab geltend, dass die Beschwerdegegnerin zu Unrecht bloss ein rheumatologisch-psychiatrisches Gutachten eingeholt hat. Insbesondere in neurologischer Hinsicht bestehe zusätzlich Abklärungsbedarf. Eine auf die rheumatologische Sichtweise beschränkte Untersuchung der Nervenläsionen bzw. Neuroirritationen und der Diskushernie greife zu kurz. Die Fachbereiche Rheumatologie und Neurologie weisen gewisse Überschneidungen auf, weshalb ein Rheumatologe durchaus in der Lage sein kann, einen neurologischen Sachverhalt zu würdigen. Dies gilt vorliegend umso mehr, als der Beschwerdeführer bereits von Dr. G.____ im Jahr 2016 als auch von Dr. J.____ im Jahr 2018 neurologisch untersucht wurde und diese Berichte dem rheumatologischen Gutachter vorgelegen sind. Sodann hat Dr. D.____ auch einen Neurostatus erhoben. Der Beschwerdeführer behauptet letztlich auch nicht, Dr. D.____ habe den Sachverhalt nicht korrekt festgestellt. Eine zusätzliche Begutachtung im Fachgebiet Neurologie ist nach dem Ausgeführten nicht notwendig.

6.3 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. Das bidisziplinäre Gutachten vom 19. bzw. 23. April 2018 weist keine formellen Mängel auf und 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 (Anamnese) abgegeben worden und leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation grundsätzlich ein. Insbesondere äussern sich die Gutachter auch ausführlich zur gesundheitlichen Entwicklung des Beschwerdeführers seit der ursprünglichen Rentenzusprache und stellen einen nachvollziehbaren Vergleich an. Durch das Gutachten ist eine Veränderung des Gesundheitszustandes ausgewiesen: Im Vergleich zur gesundheitlichen Situation bei der Rentenzusprache am 19. Juni 2014 hat sich die Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers insgesamt von 70% auf 80% verbessert. Damit ist ein Revisionsgrund gegeben (vgl. BGE 133 V 547 E. 6). Der rheumatologische Gesundheitszustand hat sich seit der letztmaligen gutachterlichen Beurteilung im Jahr 2013 zwar nicht wesentlich verändert. Indessen ist im vorliegenden Revisionsverfahren nun die – bereits im rheumatologischen Gutachten vom 27. November 2013 ausgewiesene – 100%ige Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Verweistätigkeit zu berücksichtigen. Im Gutachten des Jahres 2013 hat Dr. D.____ dem Beschwerdeführer noch

eine sechsmonatige Anpassungszeit ab Gutachten bis zum Erreichen dieser Arbeitsfähigkeit eingeräumt. Dieser Anpassungszeit wurde mit der Annahme der Beschwerdegegnerin in der Verfügung vom 19. Juni 2014, der Beschwerdeführer sei zu aus rheumatologischen Gründen zu 30% in seiner Leistungsfähigkeit eingeschränkt, Genüge getan. Dass Dr. D._____ und damit einhergehend die Beschwerdegegnerin nunmehr von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit ausgehen, ist demnach nicht zu beanstanden, zumal der rheumatologische Gutachter dies in seiner Beurteilung schlüssig darlegt. In psychiatrischer Hinsicht hat sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers demgegenüber leicht verschlechtert, woraus die attestierte 20%ige Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit resultiert. Insgesamt erfüllt das bidisziplinäre Gutachten der Dres. D._____ und E._____ somit die bundesgerichtlichen Vorgaben an ein beweistaugliches (Revisions-)Gutachten, weshalb die Beschwerdegegnerin darauf abstellen durfte.

6.4 Daran vermögen auch die übrigen Vorbringen des Beschwerdeführers nichts zu ändern. Sofern er vorbringt, dass seit der ursprünglichen Rentenzusprache neue Beschwerden an den Händen, der Leiste, dem linken Fuss und dem Nacken hinzugekommen sind, ist ihm entgegen zu halten, dass der rheumatologische Gutachter diese Beschwerden berücksichtigte, daraus aber nachvollziehbar keine zusätzliche Leistungseinschränkung im körperlich leichten Verweisprofil ableitete. Auch die im Rahmen des Einwandverfahrens vorgebrachten und mit Berichten dokumentierten urologischen (Erektions- und Miktionsstörungen) und gastroenterologischen (Ant-rumsgastritis) Problematiken wirken sich nicht auf die Leistungs- und Arbeitsfähigkeit aus, zumal sie auch medizinisch behandelbar sind.

6.5 Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass die Beschwerdegegnerin zur Beurteilung des medizinischen Sachverhalts zu Recht auf das bidisziplinäre Gutachten vom 19. bzw. 23. April 2018 abgestellt hat. Demzufolge ist davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer in einer leidensadaptierten, das Achsenskelett leicht belastenden Tätigkeit, durchgeführt in Wechselbelastung, abwechselungsweise sitzend, stehend wie auch kürzere Distanzen gehend, die klar strukturiert ist und ohne Zeitdruck oder Übernahme von Verantwortung möglich ist, zu 80% arbeitsfähig ist.

7.1 Wie oben ausgeführt (vgl. E. 2.3 hiavor), ist gemäss Art. 16 ATSG der Invaliditätsgrad bei erwerbstätigen Versicherten aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Die Beschwerdegegnerin hat den erforderlichen Einkommensvergleich in der angefochtenen Verfügung vom 27. Februar 2019 vorgenommen. Dabei hat sie das Valideneinkommen anhand der Tabelle TA1 der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung des Bundesamtes für Statistik (LSE) 2014, Sektor Maschinenbau, Kompetenzniveau 2, Spalte Männer ermittelt, was vom Beschwerdeführer – zu Recht – nicht beanstandet wird. Auch der dem Invalideneinkommen zugrunde gelegte Wert gemäss LSE 2014, Privater Sektor Total, Kompetenzniveau 4, Spalte Männer, wird vom Beschwerdeführer richtigerweise nicht in Frage gestellt. Indessen ist der Beschwerdegegnerin bei der Gegenüberstellung der Einkommen augenscheinlich ein Berechnungsfehler unterlaufen: Setzt man die korrekt ermittelten Vergleichseinkommen (Valideneinkommen: Fr. 77'393.--, Invalideneinkommen: Fr. 53'322.--) einander gegenüber, ergibt sich daraus ein Invaliditätsgrad von 31% und nicht, wie von der Beschwerdegegnerin ermittelt, einen von 38%.

7.2 Der Beschwerdeführer beanstandet, dass ihm beim Invalideneinkommen kein leidensbedingter Abzug gewährt wurde.

Praxisgemäss kann von dem anhand der Tabellenlöhne der LSE ermittelten Invalideneinkommen unter bestimmten Voraussetzungen ein leidensbedingter Abzug vorgenommen werden. Damit soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass persönliche und berufliche Merkmale wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können und je nach Ausprägung die versicherte Person deswegen die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten kann (BGE 126 V 78 f. E. 5a). Der Abzug soll aber nicht automatisch erfolgen und darf 25% nicht übersteigen (BGE 134 V 327 f. E. 5.2, 126 V 79 f. E. 5b/aa-cc). Der gesamthaft vorzunehmende Abzug stellt eine Schätzung dar. Bei deren Überprüfung kann es nicht darum gehen, dass die kontrollierende richterliche Behörde ihr Ermessen an die Stelle der Vorinstanz setzt. Hingegen ist zu beurteilen, ob der zu überprüfende Entscheid, den die Behörde nach dem ihr zustehenden Ermessen im Einklang mit den allgemeinen Rechtsprinzipien in einem konkreten Fall getroffen hat, nicht zweckmässigerweise anders hätte ausfallen sollen. Soll in die Ermessensbetätigung der Vorinstanz eingegriffen werden, muss sich die richterliche Behörde demnach auf Gegebenheiten stützen können, die eine abweichende Ermessensausübung als näherliegend erscheinen lassen (BGE 126 V 81 E. 6 mit Hinweis; Urteil des Bundesgerichts vom 25. Juli 2005, U 420/04, E. 2.3).

Dass die Beschwerdegegnerin keinen leidensbedingten Abzug vorgenommen hat, ist nicht vollends nachvollziehbar, zumal sie dem Beschwerdeführer bei der ursprünglichen Rentenzusprache am 14. Juni 2014 einen solchen von 15% gewährt hatte. Vorliegend sind im Verweisprofil Einschränkungen vorhanden, welche zusätzlich zur um 20% reduzierten Leistungsfähigkeit zu berücksichtigen wären, namentlich die Vorgabe, ohne Zeitdruck und in bloss einfach strukturierten Aufgaben arbeiten zu können. Die Frage, ob ein leidensbedingter Abzug zweckmässigerweise hätte vorgenommen werden müssen, kann jedoch letztlich offengelassen werden, da der maximal angemessene Abzug von 10% sich nicht leistungsrelevant auswirken würde.

8. Nach dem Ausgeführten ist festzustellen, dass die Beschwerdegegnerin die Invalidenrente des Beschwerdeführers mit Verfügung vom 27. Februar 2019 zu Recht aufgehoben hat. Die Beschwerde ist demzufolge 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 indes mit Verfügung vom 2. April 2019 die unentgeltliche Prozessführung bewilligt worden. Die Verfahrenskosten werden deshalb vorläufig auf die Gerichtskasse genommen.

9.2 Art. 61 lit. g Satz 1 ATSG hält fest, dass die obsiegende beschwerdeführende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten hat. Dem Beschwerdeführer ist deshalb keine Parteientschädigung zulasten der Beschwerdegegnerin zuzusprechen. Da dem Beschwerdeführer mit Verfügung vom 2. April 2019 auch die unentgeltliche Verbeiständung mit seinem Rechtsvertreter bewilligt worden ist, ist dieser für seine Bemühungen aus der Gerichtskasse zu entschädigen. Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers hat in seiner Honorarnote vom 15. Mai 2019 für das vorliegende Verfahren einen Zeitaufwand von 16 Stunden und 35 Minuten sowie Auslagen in der Höhe von Fr. 187.-- ausgewiesen. Dieser Aufwand erscheint im Hinblick auf die sich stellenden Sachverhalts- und Rechtsfragen als zu hoch, zumal der Rechtsvertreter den Beschwerdeführer bereits im Vorbescheidverfahren vertreten hatte und der dort eingereichte Einwand viele Übereinstimmungen mit der vorliegenden Beschwerde aufweist. Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung sind Synergieeffekte bei der Beurteilung der Honorarnote insofern zu berücksichtigen, als diese bei der Vertretung durch denselben Anwalt im Verwaltungsverfahren zur Kürzung der Honorarnote führen (Urteil des Bundesgerichts vom 13. Dezember 2013, 9C_637/2013, E. 5.3, und vom 14. Januar 2010, 8C_723/2009, E. 4.3). Dies gilt ebenso bei der Übernahme von Teilen der Beschwerde aus dem Verwaltungsverfahren oder früheren Einsprachen (vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 7. Juli 2015, 9C_787/2014, E. 6.3; Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG] vom 6. April 2006, I 819/05, E. 5.2). Unter Berücksichtigung dieser Rechtsprechung erscheint es als angemessen, den notwendigen zeitlichen Aufwand im Beschwerdeverfahren auf 10 Stunden und 35 Minuten zu kürzen. Dem Vertreter des Beschwerdeführers ist dementsprechend ein Honorar in der Höhe von Fr. 2'480.35 (10.58 Stunden à Fr. 200.-- + Auslagen in der Höhe von Fr. 187.-- zuzüglich 7,7% Mehrwertsteuer) aus der Gerichtskasse auszurichten.

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.

Zufolge Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung werden die Verfahrenskosten vorläufig auf die Gerichtskasse genommen.

3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.

Zufolge Bewilligung der unentgeltlichen Verbeiständung wird dem Rechtsvertreter des Beschwerdeführers ein reduziertes Honorar in der Höhe von Fr. 2'480.35 (inklusive Auslagen und 7,7% Mehrwertsteuer) aus der Gerichtskasse ausgerichtet.

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