

BL_GERICHTE 720 19 37/127 vom 15. April 2013

BL Gerichte, 2013-04-15, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bl_gerichte_720_19_37_127

FR: BL_GERICHTE 720 19 37/127 du 15 avril 2013

IT: BL_GERICHTE 720 19 37/127 del 15 aprile 2013

Regeste

IV-Rente

Erwägungen

E. 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 eingereichte Beschwerde vom 1. Februar 2019 ist demnach einzutreten.

E. 2

Streitig und zu prüfen ist der Rentenanspruch des Beschwerdeführers. Massgebend ist der Sachverhalt, wie er sich bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 21. Dezember 2018 entwickelt hat. Dieser Zeitpunkt bildet rechtsprechungsgemäss die zeitliche Grenze der richterlichen Überprüfungsbefugnis (BGE 129 V 4 E. 1.2 mit Hinweis). 3.1 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 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). 3.2 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. In BGE 143 V 409 und 143 V 418 hat das Bundesgericht entschieden, dass grundsätzlich sämtliche

psychischen Erkrankungen einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen sind. Dieses für somatoforme Leiden entwickelte Vorgehen definiert systematisierte Indikatoren, die - unter Berücksichtigung von leistungshindernden äusseren Belastungsfaktoren einerseits und von Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits - erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 2., E. 3.4 bis 3.6 und 4.1). Entscheidend ist dabei, unabhängig von der diagnostischen Einordnung des Leidens, ob es gelingt, auf objektivierter Beurteilungsgrundlage den Beweis einer rechtlich relevanten Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit zu erbringen, wobei die versicherte Person die materielle Beweislast zu tragen hat (BGE 143 V 409 E. 4.5.2 mit Hinweis auf BGE 141 V 281 E. 3.7.2).

3.3 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.

3.4 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; bereits für den Zeitraum vor 1. Januar 2003: BGE 128 V 30 E. 1, 104 V 136 E. 2a und b).

3.5 Auf ein Revisionsgesuch oder eine Neuanschuldung nach rechtskräftiger Verneinung eines Rentenanspruchs hat die Verwaltung nur einzutreten, wenn die versicherte Person glaubhaft macht, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (Art. 87 Abs. 3 der Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV] vom 17. Januar 1961). Erheblich ist eine Sachverhaltsänderung, wenn angenommen werden kann, der Anspruch auf eine Invalidenrente (oder deren Erhöhung) sei begründet, falls sich die geltend gemachten Umstände als richtig erweisen sollten (SVR 2014 IV Nr. 33 E. 2). Tritt die Verwaltung auf ein Revisionsgesuch oder eine Neuanschuldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist (SVR 2011 IV Nr. 2 E. 3.2; BGE 117 V 198 E. 4b). Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine rentenbegründende Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (SVR 2008 IV Nr. 35 E. 2.1; BGE 117 V 198 E. 3a).

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

4.2 Bei der Feststellung des Gesundheitszustandes und insbesondere auch bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der versicherten Person ist die Verwaltung - und im Beschwerdefall das Gericht - auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den

Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der Person noch zugemutet werden können (BGE 132 V 99 E. 4 f. mit weiteren Hinweisen).

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

4.4 Dennoch erachtet es die 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). 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 damaligen Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; heute: Bundesgericht, sozialrechtliche Abteilungen] 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).

E. 5

Das Administrativverfahren und der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1 ATSG und Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben die Verwaltung und das Sozialversicherungsgericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht (Urteil des Bundesgerichts vom 6. Februar 2008, 8C_163/2007, E. 3.2). Was zu beweisen ist, ergibt sich aus der Sach- und Rechtslage.

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

6.2 In der Verfügung vom 15. April 2013, mit welcher ein Rentenanspruch des Beschwerdeführers abgewiesen wurde, stützte sich die IV-Stelle bei der Beurteilung des Gesundheitszustands und der Arbeitsfähigkeit des Versicherten auf das Gutachten von Dr. C. ____ vom 4. Dezember 2012. Demnach bestünde eine Störung durch Cannabinoide (ICD-10 F12.2), eine Dysthymie (ICD-10 F34.1), akzentuierte Persönlichkeitszüge (ICD-10 Z73.1) und ein stereotyper Konsum von PC-Spielen (ICD-10 Z72.6). Beim Versicherten würden sich eine abgeflachte, bedrückte Stimmungslage, ein passives Gesprächsverhalten und eine Erwartungshaltung zeigen. Die Ausführungen hinsichtlich der eigenen Situation seien blass, eher unverbindlich und unbestimmt. Trotz der Stimmungsschwankungen mit depressiver Auslenkung komme der Versicherte mit den wesentlichen Anforderungen seines Alltags zurecht. Er verbringe den Tag mit Computerspielen, schaue Filme und treffe sich regelmässig mit seinem Freundeskreis. Aktuell würden sich keine Anhaltspunkte für eine deutlich depressive Störung zeigen. Die psychiatrische Behandlung sei eingestellt worden. Offenbar empfinde der Versicherte eine gewisse innere Leere, was die Neigung zu THC erklären dürfte, da er damit eine Intensivierung seines Gefühlslebens erzielen könne. Die eigenen Ressourcen seien etwas unklar. Der Versicherte zeige eine hohe Passivität und lasse die Dinge auf sich zukommen, statt sie aktiv zu gestalten. Seine Persönlichkeit sei offenbar seit der Kindheit eher introvertiert-asthenisch ausgelegt. Akzentuierte Persönlichkeitszüge mit teils passiven und teils vermeidenden Zügen seien vorhanden. Eine Persönlichkeitsstörung liege indes nicht vor. Der Versicherte zeige zwar seit Kindheit eine eher zur Passivität und Vermeidung neigende Persönlichkeit. Diese Merkmale seien aber nicht so stark ausgeprägt, dass sie eine berufliche Ausbildung und/oder eine spätere Tätigkeit während gut 10 Jahren verhindert hätten. Zudem sei keine spezifische Therapie eingeleitet worden. Beim Versicherten würde durch den langjährigen Cannabiskonsum ein amotivationales Syndrom vorliegen, welches aber von einer eigentlichen depressiven Störung zu unterscheiden sei. Dieses umfasse eine Lethargie in der Bewältigung von Alltagsaufgaben und sozialen Verpflichtungen, eine Einengung der kulturellen Interessen und sozialen Kontakte, geringere Sorgfaltsleistungen und eine Verflachung der Affekte. Die bisherige Tätigkeit im erlernten Beruf oder in einer alternativen Tätigkeit sei aber uneingeschränkt zumutbar. Ein Cannabisentzug würde die Leistungsfähigkeit des Versicherten erhöhen. Nach Angaben des Versicherten habe er selbstständig einen Entzug durchgeführt. Die Urinprobe mit Drogenscreening vom 29. November 2012 weise indes einen positiven Befund auf Cannabis auf. Zuzugabe der Arbeitspause sei ein "langsamer" Einstieg mit zunächst 50% während zwei bis drei Monaten zu empfehlen.

6.3 Nachdem sich der Versicherte am 13. Juli 2017 erneut zum Leistungsbezug angemeldet hatte, hielt der behandelnde Arzt Dr. med. G. ____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, am 26.

September 2017 fest, dass er den Versicherten von November 2010 bis August 2012 begleitet habe. Die Therapie sei am 23. August 2016 wieder aufgenommen worden. Seither würden sich Symptome aus dem schizophrenen Formenkreis zeigen. Der Versicherte berichte von fremden Stimmen, welche ihn zu aggressiven Handlungen drängen würden. Die Behandlung mit Seroquel habe eine gewisse Besserung gebracht; die Fortführung der Therapie sei erforderlich. 6.4 Am 17. Januar 2018 diagnostizierte Dr. G. ____ mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Erkrankung aus den schizophrenen Formenkreis (ICD-10 F20). Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bestünde ein Status nach einem aktiven TBC und THC Konsum. Der Versicherte sei der Auffassung, seine Gedanken laut hören zu können. Es bestünde ein sozialer Rückzug und Angst, sich aggressiv zu verhalten. Das Verlassen der Wohnung bereite ihm Mühe. Es bestünde seit Jahren eine vollständige Arbeitsunfähigkeit. Die Prognose sei schlecht. 6.5 In der Folge beauftragte die IV-Stelle Dr. F. ____ mit einem Gutachten. Am 18. April 2018 hielt er fest, dass sich beim Versicherten insofern paranoide Tendenzen gezeigt hätten, als er während der Untersuchung zunehmend misstrauisch und aggressiv geworden sei. Das Aggressionsniveau habe gegen Ende der Untersuchung zu einem Zittern im Körper geführt. Die paranoiden Tendenzen seien in der Besprechung der Inkonsistenzen bezüglich der Arbeitsfähigkeit ausgelöst worden. Der Versicherte habe immer wieder leer, affektiv labil, gelegentlich ruhig, dann wieder verzweifelt, wütend und ratlos gewirkt. Es würde sich Scham in Bezug auf die bestehenden Insuffizienzgefühle zeigen. Im Mittelpunkt stünde die Angst vor Ablehnung. Es sei ein schizoider Rückzug mit ängstlich vermeidenden Tendenzen feststellbar. Die anamnestischen und die Untersuchungsbefunde seien vereinbar mit einer kombinierten Persönlichkeitsstörung mit paranoiden, schizoiden und emotional instabilen und ängstlich vermeidenden Anteilen (ICD-10 F61.0). Differentialdiagnostisch sei eine paranoide Schizophrenie zu erwähnen. Eine Wahnbildung resp. akustische oder andere Halluzinationen seien jedoch nicht festzustellen. Bei den angegebenen Stimmen handle es sich eher um intrapsychische Konflikte zwischen libidinösen und destruktiven Trieben. Ein bizarrer Wahn, ein Gedankenabreissen, Einschreibungen in den Gedankenfluss, Neologismen oder katatone Symptome bestünden nicht. Eine Schizophrenie könne nicht diagnostiziert werden, differentialdiagnostisch müsse sie aber im Auge behalten werden. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bestünden anamnestisch ein deprimierter, hoffnungsloser Affekt, Verzweiflung, Lustlosigkeit, Ängstlichkeit, Insuffizienzgefühle, Freudlosigkeit, negative pessimistische Zukunftsgedanken, Müdigkeit, Kraftlosigkeit, ein sozialer Rückzug sowie Ein- und Durchschlafstörungen. Die Befunde seien vereinbar mit der Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig leichtgradige depressive Episode (ICD-10 F33.0), mit vorgängigen mittel- und schwergradigen depressiven Episoden. Zudem sei ein Cannabinoide-Abhängigkeitssyndrom (ICD-10 F12.20; anamnestisch abstinent seit 2011) festzustellen. Laboruntersuchungen seien nicht durchgeführt worden. Die Untersuchungsergebnisse seien - abgesehen von der Selbstbeurteilung der Arbeitsfähigkeit - valide und nachvollziehbar. Der Versicherte habe ein teilweise intaktes soziales Umfeld, Kontakt zu seiner Familie und zu zwei Kollegen, die er regelmässig treffe. Zudem habe er verschiedene Interessen, insbesondere an Computerspielen, TV-Sendungen und Science-Fiction Romanen. Die Alltagsarbeiten könne er gut bewältigen und die Therapieadhärenz sei gut. Die Motivation sei, insbesondere auf dem Boden der Angst, an einem neuen Arbeitsplatz erneut zu scheitern, eingeschränkt. Gemäss Mini-ICF-APP Rating seien die Fähigkeiten zur Anpassung an Regeln, zur Selbstpflege und zur Teilnahme am Verkehr intakt. Die Fähigkeiten zur Planung und

Strukturierung von Aufgaben, zur Flexibilität, zur Umstellung, zur Anwendung fachlicher Kompetenzen, Entscheidungen und Urteile zu fällen, durchzuhalten, sich selbst zu behaupten, Kontakte zu Dritten zu pflegen, zur Gruppenfähigkeit und die Fähigkeit zu Spontanaktivitäten schwankend, mit Einschränkungen zwischen leicht- bis schwergradig. Die zuletzt ausgeübte Tätigkeit sei dem Versicherten 7 Stunden pro Tag (80% bei einer Leistungsfähigkeit von 100%) möglich. In einer optimal angepassten Tätigkeit (wohlwollende, konfliktarme und entspannte Arbeitsatmosphäre ohne permanenten Zeit- und Termindruck und mit geringem Publikumsverkehr) betrage die Arbeitsfähigkeit bei einer maximalen Präsenz von 6-7 Stunden pro Tag 70%-80%. Der Arbeitsplatz bei der E.____ GmbH sei optimal, aber offenbar nicht ausbaufähig.

7.1 Die IV-Stelle stützte sich in der Verfügung vom 21. Dezember 2018 bei der Beurteilung des Gesundheitszustands und der Arbeitsfähigkeit des Versicherten vollumfänglich auf die Ergebnisse im Gutachten von Dr. F.____ vom 18. April 2018. Sie ging davon aus, dass der Beschwerdeführer in einer angepassten Tätigkeit im Umfang von 80% arbeitsfähig sei. Wie in Erwägung 4.3 hiervoor ausgeführt, prüft das Gericht frei, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist demnach entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, in Kenntnis der Vorakten abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge einleuchtet und seine Schlussfolgerungen begründet sind. Vorliegend sind keine Gründe ersichtlich, die Anlass geben könnten, die Ergebnisse im Gutachten von Dr. F.____ vom 18. April 2018 in Frage zu stellen oder gar davon abzuweichen. Es ist vielmehr festzuhalten, dass das Gutachten die rechtsprechungsgemässen Voraussetzungen an eine medizinische Beurteilungsgrundlage in jeder Hinsicht erfüllt. So weist es weder formale noch inhaltliche Mängel auf, es ist - wie dies vom Bundesgericht verlangt wird (vgl. E. 4.3 hiervoor) - umfassend und beruht auf einer persönlichen Untersuchung. Aufgrund der Tatsache, dass der Versicherte im Rahmen der Begutachtung durch Dr. C.____ - entgegen der anamnestisch erhobenen Drogenabstinenz - positiv auf Cannabis getestet wurde und Dr. F.____ keine Laboruntersuchung durchführen liess, ist zwar nicht abschliessend geklärt, ob der Versicherte sein Suchtverhalten definitiv geändert hat. Dies vermag die Aussagekraft des Gutachtens aber nicht zu mindern, da die Beurteilung der Leistungsfähigkeit unter der Annahme einer vollständig remittierten Suchtproblematik verstanden werden kann. Demnach ist davon auszugehen, dass sich die Arbeitsfähigkeit des Versicherten seit der letzten Begutachtung durch Dr. C.____ im Jahr 2012 massgeblich verändert hat und nunmehr in der vom Gutachter festgelegten Höhe von 70%-80% bewegt. Die entsprechenden, in Erwägung 6.5 wiedergegebenen Darlegungen im Gutachten vom 18. April 2018 vermögen zu überzeugen, sodass darauf verwiesen werden kann.

7.2 Die Vorbringen des Beschwerdeführers sind nicht geeignet, dieses Beweisergebnis in Frage zu stellen. Er macht zunächst geltend, dass die bei ihm festgestellten Krankheitsbilder (Persönlichkeitsstörung, depressive Störung) nicht voneinander getrennt betrachtet werden könnten. Zudem sei nicht nachvollziehbar, weshalb eine schubweise depressive Störung, welche auch schwergradige Episoden erreiche, ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit sein soll. Dem ist vorab entgegenzuhalten, dass keine medizinischen Unterlagen vorliegen, die Zweifel an der Beurteilung des psychiatrischen Experten wecken würden. Auch der behandelnde Arzt Dr. G.____ bringt in seinen Berichten vom 13. Juli 2017 und 17. Januar 2018 keine Gesichtspunkte vor, die im Rahmen der psychiatrischen Begutachtung nicht beachtet worden wären. Vielmehr differenziert Dr. F.____ unter Berücksichtigung der Berichte des behandelnden Arztes zwischen den

subjektiv empfundenen Beschwerden, den Angaben des Beschwerdeführers und den objektiv feststellbaren Befunden. Er kam aufgrund der bisher durchgeführten Abklärungen und vorliegenden Berichte sowie seiner Erkenntnisse aus der klinischen Untersuchung zum überzeugenden Schluss, dass die depressive Störung derzeit keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hat. An der Schlüssigkeit des Gutachtens ändert auch nichts, dass Dr. F.____ die Aktivität im Bereich Computerspiele und TV-Konsum in einem gewissen Mass als Ressourcen sieht. Dem Beschwerdeführer ist zwar insofern beizupflichten, als ein Suchtverhalten in Bezug auf Computerspiele wohl eher nicht zu den Ressourcen zu zählen ist. Aufgrund der nicht besonders stark ausgeprägten Persönlichkeitsstörung und der Tatsache, dass der Beschwerdeführer gemäss den Angaben im Gutachten die Alltagsarbeiten recht gut bewältigen kann, sind indes zweifellos Ressourcen vorhanden. Es bestehen deshalb keine hinreichenden Gründe, um von der gutachterlichen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit abzuweichen. Schliesslich ist auch die Rüge, wonach die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit widersprüchlich sei, nicht stichhaltig. Selbst wenn angesichts der angegebenen Spannbreite (70% - 80%) die massgebende Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Erwerbstätigkeit rechtsprechungsgemäss auf den Mittelwert von 75% festzulegen ist (vgl. die in BGE 137 V 71 nicht publizierte E. 4.2 von Urteil des Bundesgerichts vom 12. April 2011, 9C_280/2010, mit Hinweisen), reicht dies zur Begründung eines Rentenanspruchs nicht aus, wie nachfolgend darzulegen ist. Insgesamt lässt das Gutachten von Dr. F.____ eine zuverlässige Beurteilung der verbleibenden Arbeitsfähigkeit des Versicherten zu, weshalb in antizipierter Beweiswürdigung (BGE 126 V 130 E. 2a mit zahlreichen Hinweisen) auf die beantragte zusätzliche Abklärung verzichtet werden kann.

8.1 Zu prüfen bleiben die erwerblichen Auswirkungen der gesundheitlichen Beeinträchtigung. Wie oben ausgeführt (vgl. E. 3.4 hiervor), ist der Invaliditätsgrad bei erwerbstätigen Versicherten aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dabei ist in zeitlicher Hinsicht grundsätzlich auf die Gegebenheiten im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns abzustellen (vgl. BGE 129 V 222, 128 V 174), welcher - gemäss Art. 29 Abs. 1 und 2 IVG - auf den 1. Februar 2018 (Neuanmeldung bei der IV-Stelle am 13. Juli 2017) zu liegen kommt. Für den nachfolgend durchzuführenden Einkommensvergleich sind demnach die in diesem Zeitpunkt gegebenen Einkommensverhältnisse massgebend.

8.2.1 Bei der Bemessung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit im Zeitpunkt des Rentenbeginns tatsächlich verdienen würde, wenn sie nicht invalid geworden wäre (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 16. Dezember 2012, 8C_600/2012, E. 4.1.1). Die Einkommensermittlung hat so konkret wie möglich zu erfolgen, weshalb in der Regel von der Tätigkeit, welche die versicherte Person vor Eintritt des Gesundheitsschadens ausgeübt hat, auszugehen ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 26. November 2002, I 491/01, E. 2.3.1).

8.2.2 Die IV-Stelle stützte sich bei der Bemessung des Valideneinkommens auf die Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE 2014) und ging davon aus, dass Beschwerdeführer ohne Gesundheitsschaden in einer Tätigkeit als Kurierfahrer (TA 1_triage_skill_level, Sektor 53) ein Jahreseinkommen von Fr. 67'160.-- erzielen könnte. Demgegenüber stellt sich der Beschwerdeführer auf den Standpunkt, dass er bereits nach Abschluss seiner Lehre zum Carrosseriespengler krankheitsbedingt nicht in der Lage gewesen sei, auf seinem anspruchsvollen Beruf zu arbeiten, weshalb der Wechsel auf Hilfsarbeiten krankheitsbedingt erfolgt sei. Aus diesem Grund sei bei der Bemessung des Valideneinkommens das theoretische Einkommen eines Carrosseriespenglers gemäss LSE

einzusetzen. Wie es sich damit verhält, braucht vorliegend nicht abschliessend geklärt zu werden. Selbst wenn den Ausführungen des Beschwerdeführers gefolgt und das Valideneinkommen mit Fr. 67'184.15 (LSE 2014, Privater Sektor, Tabelle TA1_triage_skill_level, Sektor 45-47 [Handel; Instandhaltung und Reparatur von Motorfahrzeugen], Männer, Kompetenzniveau 2, durchschnittliche Wochenarbeitszeit von 41,9 Stunden [BSV Tabelle 03.02.03.01.04.01], Nominallohnentwicklung bis ins Jahr 2018 von 2% [T1.1.10]) beziffert würde, resultiert daraus keine rentenbegründende Invalidität.

8.3.1 Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist nach der Rechtsprechung primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Übt sie nach Eintritt der Invalidität eine Erwerbstätigkeit aus, bei der - kumulativ - besonders stabile Arbeitsverhältnisse gegeben sind und anzunehmen ist, dass sie die ihr verbleibende Arbeitsfähigkeit in zumutbarer Weise voll ausschöpft, und erscheint zudem das Einkommen aus der Arbeitsleistung als angemessen und nicht als Soziallohn, gilt grundsätzlich der tatsächlich erzielte Verdienst als Invalidenlohn. Ist kein solches tatsächlich erzielttes Erwerbseinkommen gegeben, namentlich weil die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, so können nach der Rechtsprechung die Tabellenlöhne herangezogen werden (BGE 143 V 295 E. 2.2).

8.3.2 Da der Beschwerdeführer seine Tätigkeit als Kurier bei der E.____ GmbH - obwohl diese Tätigkeit den Einschränkungen des Beschwerdeführers optimal Rechnung tragen würde - aus wirtschaftlichen Gründen nicht voll ausschöpfen kann, bemisst sich das Invalideneinkommen nach dem Gesagten aufgrund der LSE-Tabellen. Laut Tabelle TA1 der LSE 2014 belief sich das Total aller Männerlöhne im Kompetenzniveau 1 (einfache Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art) im Jahre 2014 auf Fr. 5'312.-- (LSE 2014, Privater Sektor, Tabelle TA1_triage_skill_level, Männer, Kompetenzniveau 1, Zeile "Total"). Dieser Tabellenlohn beruht auf einer einheitlichen Arbeitszeit von 40 Wochenstunden und ist deshalb auf die durchschnittliche Wochenarbeitszeit des Jahres 2018 von 41,7 Stunden (BSV Tabelle 03.02.03.01.04.0) umzurechnen. Unter Berücksichtigung eines zumutbaren Pensums von 75% in angepassten Verweistätigkeiten und einer Nominallohnentwicklung von 1,8% (Total) resultiert ein jährliches Invalideneinkommen von Fr. 50'736.95 (Fr. 5'312.-- x 12 x 41,7/40 x 101,8% x 75%).

8.3.3 Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage solcher statistischer Durchschnittswerte ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert allenfalls zu kürzen. Mit dem sogenannten Leidensabzug wurde ursprünglich berücksichtigt, dass versicherte Personen, welche in ihrer letzten Tätigkeit körperliche Schwerarbeit verrichteten und nach Eintritt des Gesundheitsschadens auch für leichtere Arbeiten nurmehr beschränkt einsatzfähig sind, in der Regel das entsprechende durchschnittliche Lohnniveau gesunder Hilfsarbeiter nicht erreichen. Der ursprünglich nur bei Schwerarbeitern zugelassene Abzug entwickelte sich in der Folge zu einem allgemeinen behinderungsbedingten Abzug, wobei die Rechtsprechung dem Umstand Rechnung trug, dass auch weitere persönliche und berufliche Merkmale der versicherten Person wie Alter, Dauer der Betriebszugehörigkeit, Nationalität oder Aufenthaltskategorie sowie Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Höhe des Lohns haben können. Ein Abzug soll aber nicht automatisch, sondern nur dann erfolgen, wenn im Einzelfall Anhaltspunkte dafür bestehen, dass die versicherte Person wegen eines oder mehrerer dieser Merkmale ihre gesundheitlich bedingte (Rest-) Arbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem Einkommen verwerten kann. Bei der Bestimmung der Höhe des Abzuges ist der Einfluss aller in Betracht fallenden

Merkmale auf das Invalideneinkommen unter Würdigung der Umstände im Einzelfall gesamthaft zu schätzen und insgesamt auf höchstens 25% des Tabellenlohns zu begrenzen (BGE 134 V 322 E. 5.2; vgl. zum Ganzen auch BGE 126 V 75 E. 5b/bb und cc). 8.3.4 Wie sich aus der massgebenden Zumutbarkeitsbeurteilung im massgebenden Gutachten von Dr. F.____ vom 18. April 2018 ergibt, wurden die gesundheitlichen Beschwerden und die damit verbundene beeinträchtigte Leistungsfähigkeit des Versicherten bereits durch die Annahme eines reduzierten Arbeitspensums im Umfang von 75% hinreichend berücksichtigt. Eine zusätzliche Veranschlagung dieser Einschränkungen unter dem Titel des leidensbedingten Abzugs im Sinne von BGE 126 V 75 würde zu einer unzulässigen doppelten Anrechnung desselben Faktors führen. Zu beachten ist aber, dass Teilzeitarbeit bei Männern statistisch gesehen vergleichsweise weniger gut entlohnt wird als eine Vollzeittätigkeit (vgl. dazu SVR 2011 IV Nr. 37 S. 109, 9C_721/2010 E. 4.2 in fine und E. 4.2.2 mit Hinweisen). Schliesslich rechtfertigen die Kriterien Alter, Dienstjahre und Nationalität/Aufenthaltskategorie vorliegend keinen Abzug. 8.4 Selbst wenn in Würdigung sämtlicher Kriterien ein Abzug vom Tabellenlohn von maximal 10% (Teilzeitarbeit) zustanden und von einem massgebenden Invalideneinkommen Fr. 45'663.25 (Fr. 50'736.95 x 90%) ausgegangen würde, liesse sich nichts zu Gunsten des Beschwerdeführers ableiten: Aus der Gegenüberstellung mit dem Valideneinkommen von Fr. 67'184.15 resultiert ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad von rund 32% ([Fr. 67'184.15 - Fr. 45'663.25]: Fr. 67'184.15 x 100); vgl. zur Rundungspraxis: BGE 130 V 121 ff.). Die angefochtene Verfügung vom 21. Dezember 2018, mit welcher ein Rentenanspruch des Beschwerdeführers abgewiesen wurde, ist im Ergebnis nicht zu beanstanden, weshalb die Beschwerde abzuweisen ist. Anzumerken bleibt, dass das Wiedererwägungsgesuch des Beschwerdeführers an die Beschwerdegegnerin vom 4. Februar 2019 betreffend die Verfügung vom 15. April 2103 nicht Gegenstand des vorliegenden Verfahrens ist, sodass es mit der Verneinung eines Rentenanspruchs sein Bewenden hat. 9.1 Gemäss Art. 69 Abs. 1 bis Satz 1 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 Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- 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. 800.-- fest. Nach § 20 Abs. 3 VPO werden die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei in angemessenem Ausmass auferlegt. Vorliegend ist der Beschwerdeführer unterliegende Partei, weshalb die Verfahrenskosten ihm zu auferlegen sind. Da ihm mit Verfügung vom 6. Februar 2019 die unentgeltliche Prozessführung bewilligt wurde, gehen die Verfahrenskosten vorläufig zu Lasten der Gerichtskasse. 9.2 Bei diesem Ausgang des Verfahrens wird keine Parteientschädigung ausgerichtet. Da dem Beschwerdeführer ebenfalls mit Verfügung vom 6. Februar 2019 die unentgeltliche Verbeiständung mit seinem Rechtsvertreter bewilligt wurde, ist dieser für seine Bemühungen aus der Gerichtskasse zu entschädigen. Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers hat in seiner Honorarnote vom 8. Mai 2019 für das vorliegende Verfahren einen Zeitaufwand von 10 Stunden und 25 Minuten sowie Auslagen von Fr. 89.40 geltend gemacht. Dieser Aufwand ist in Anbetracht der sich stellenden Sachverhalts- und Rechtsfragen nicht zu beanstanden. Gemäss § 3 Abs. 2 der Tarifordnung für die Anwältinnen und Anwälte vom 17. November 2003 beträgt das Honorar bei unentgeltlicher Verbeiständung Fr. 200.-- pro Stunde. Dem Rechtsvertreter des Beschwerdeführers ist

demnach eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 2'340.05 (10 Stunden und 25 Minuten x Fr. 200.-- + Auslagen von Fr. 89.40 inkl. 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 erkannt: 1. Die Beschwerde wird abgewiesen. 2. Die Verfahrenskosten in der Höhe von Fr. 800.-- werden dem Be-schwerdeführer auferlegt. Zuzugewilligung der unentgeltlichen Prozessführung werden die Verfahrenskosten vorläufig auf die Gerichtskasse genommen. 3. Eine Parteientschädigung wird nicht ausgerichtet. Zuzugewilligung der unentgeltlichen Verbeiständung wird dem Rechtsvertreter des Beschwerdeführers ein Honorar in der Höhe von Fr. 2'340.05 (inkl. Auslagen und 7,7% Mehrwertsteuer) aus der Ge-richtskasse bezahlt.

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.