



Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 30. September 2021 (720 21 106 / 270)

Invalidenversicherung

Keine konkreten Zweifel an einer psychiatrischen Teilbegutachtung. Dass der genaue Umfang der noch verbleibenden Arbeits- und Leistungsfähigkeit durch den Gutachter etwas höher beurteilt wird, ist einer umfassenden Exploration letztlich inhärent.

Besetzung Präsidentin Doris Vollenweider, Kantonsrichter Jgnaz Jermann, Kantonsrichter Christof Enderle, Gerichtsschreiber Stephan Paukner

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

gegen

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

Betreff IV-Rente

A. Der 1966 geborene A.____ meldete sich am 9. September 2016 bei der IV-Stelle Basel-Landschaft (IV-Stelle) zum Leistungsbezug an. Nach Abklärung seiner gesundheitlichen und erwerblichen Verhältnisse sprach ihm die IV-Stelle mit Verfügung vom 26. Februar 2021 eine ganze IV-Rente für die Zeit vom 1. März 2017 bis 31. Juli 2019 zu. Einen Rentenanspruch darüber hinaus lehnte sie namentlich gestützt auf ein interdisziplinäres Gutachten von Dr. med. B.____, FMH

Innere Medizin und FMH Rheumatologie, und von Dr. med. C.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, vom 20. Mai 2019 unter Verweis auf einen IV-Grad von 30% ab.

B. Hiergegen erhob der Versicherte, vertreten durch Advokatin Dr. Caroline Franz Waldner, am 23. März 2021 Beschwerde beim Kantonsgericht des Kantons Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht) und beantragte ab 1. August 2019 die Zusprache einer Dreiviertelrente, eventualiter einer halben IV-Rente. Der Beschwerde beigelegt war ein Bericht des behandelnden Psychiaters und des behandelnden Psychologen vom 22. März 2021. Zur Begründung liess der Beschwerdeführer im Wesentlichen geltend machen, dass das psychiatrische Gutachten von Dr. C.____, welches von einer Restarbeitsfähigkeit von 70% ausgehe, nicht schlüssig sei. Es sei vielmehr auf die Einschätzung seines behandelnden Psychiaters und seines behandelnden Psychologen abzustellen, welche von einer Restarbeitsfähigkeit von lediglich noch 50% ausgehen würden.

C. Mit verfahrensleitender Verfügung vom 25. März 2021 wurde dem Beschwerdeführer für das vorliegende Verfahren die unentgeltliche Prozessführung sowie die unentgeltliche Verbeiständung mit seiner Rechtsvertreterin bewilligt.

D. Die IV-Stelle schloss in ihrer Vernehmlassung vom 8. Juni 2021 unter Hinweis auf eine Beurteilung ihres regional-ärztlichen Dienstes (RAD) vom 7. April 2021 auf Abweisung der Beschwerde.

Auf die weiteren Vorbringen der Parteien ist soweit notwendig in den nachfolgenden Erwägungen einzugehen.

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

1. Gemäss Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes über Invalidenversicherung (IVG) vom 19. Juni 1959 in der nach dem 1. Juli 2006 gültigen Fassung kann gegen Verfügungen der kantonalen IV-Stellen bei dem vom Kanton bezeichneten Versicherungsgericht am Ort der IV-Stelle innerhalb von 30 Tagen Beschwerde erhoben werden. Das Kantonsgericht des Kantons Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht, ist deshalb gemäss § 54 Abs. 1 lit. d des Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 örtlich und sachlich zuständig. Auf die form- und fristgerecht eingereichte Beschwerde vom 23. März 2021 ist demnach einzutreten.

2. Zu prüfen ist der Rentenanspruch des Beschwerdeführers. Massgebend ist dabei der Sachverhalt, wie er sich bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 26. Februar 2021 entwickelt hat. Dieser Zeitpunkt bildet rechtsprechungsgemäss die zeitliche Grenze der richterlichen Überprüfungsbefugnis (BGE 129 V 4 E. 1.2 mit Hinweis).

2.1 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. Invalidität im Sinne dieser Bestimmung ist die durch einen körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheitsschaden als Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall verursachte, voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 4 IVG in Verbindung mit Art. 8 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG] vom 6. Oktober 2000).

2.2 Als Invalidität gilt nach Art. 8 ATSG die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Sie kann im IV-Bereich Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Unter Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden allgemeinen Arbeitsmarkt zu verstehen (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind nach 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).

2.3 Für die Bemessung der Invalidität von erwerbstätigen Versicherten ist Art. 16 ATSG anwendbar (Art. 28a Abs. 1 IVG). Danach wird für die Bestimmung des Invaliditätsgrades das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden. Aus der Einkommensdifferenz lässt sich der Invaliditätsgrad bestimmen (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 128 V 30 E. 1).

3. Prozessthema bildet in erster Linie die Frage, in welchem Ausmass der Versicherte aufgrund seiner gesundheitlichen Beeinträchtigungen noch arbeitsfähig ist.

3.1 Nach Art. 6 ATSG ist die Arbeitsunfähigkeit die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten (Satz 1). Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Satz 2).

3.2 Die Annahme insbesondere 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 E. 5.3 und E. 6). Zu betonen ist, dass im Kontext der rentenmässig abzugeltenden psychischen Leiden belastenden psychosozialen Faktoren sowie soziokulturellen Umständen allerdings kein Krank-

heitswert zukommt. Ein invalidisierender Gesundheitsschaden im Sinne von Art. 8 ATSG in Verbindung mit Art. 4 Abs. 1 IVG setzt deshalb in jedem Fall ein medizinisches Substrat voraus, das die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit wesentlich beeinträchtigt. Ist eine psychische Störung von Krankheitswert schlüssig erstellt, kommt der weiteren Frage zentrale Bedeutung zu, ob und inwiefern, allenfalls bei geeigneter therapeutischer Behandlung, von der versicherten Person trotz des Leidens willensmässig erwartet werden kann, zu arbeiten und einem Erwerb nachzugehen (BGE 127 V 294 E. 5a mit Hinweisen). Zur Annahme einer durch eine psychische Gesundheitsbeeinträchtigung verursachten Erwerbsunfähigkeit genügt es also nicht, dass die versicherte Person nicht hinreichend erwerbstätig ist; entscheidend ist vielmehr, ob anzunehmen ist, die Verwertung der Arbeitsfähigkeit sei ihr sozial-praktisch nicht mehr zumutbar oder – als alternative Voraussetzung – sogar für die Gesellschaft untragbar (BGE 127 V 294 E. 4c in fine). Zu den psychischen Gesundheitsschäden gehören neben den eigentlichen Geisteskrankheiten auch seelische Abwegigkeiten mit Krankheitswert. Nicht als Auswirkungen einer krankhaften seelischen Verfassung und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten indessen jene Beeinträchtigungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, Arbeit in ausreichendem Masse zu verrichten, zu vermeiden vermöchte, wobei das Mass des Forderbaren weitgehend objektiv bestimmt werden muss (BGE 131 V 50 E. 1.2, 130 V 353 E. 2.2.1; je mit Hinweisen). Ebenfalls kein versicherter Gesundheitsschaden liegt dann vor, wenn die Leistungseinschränkung auf einer Aggravation oder einer ähnlichen Konstellation beruht. Bloss verdeutlichendes Verhalten weist indes noch nicht per se auf eine Aggravation hin (BGE 141 V 281 E. 2.2.1). Eine Aggravation liegt gemäss Bundesgericht namentlich dann vor, wenn eine erhebliche Diskrepanz zwischen den geschilderten Einschränkungen und dem gezeigten Verhalten besteht; intensive Schmerzen angegeben werden, deren Charakterisierung jedoch vage bleibt; keine Therapie bzw. keine medizinische Behandlung in Anspruch genommen wurde; demonstrativ vorgetragene Klagen unglaubwürdig wirken oder wenn schwere Einschränkungen im Alltag behauptet werden, das psychosoziale Umfeld jedoch weitgehend intakt geblieben ist (Urteil des Bundesgerichts 9C_659/2017 vom 20. September 2018, E. 4.1).

3.3 Zur Feststellung der medizinischen Verhältnisse hat das Gericht die ihm von Ärztinnen und Ärzten zur Verfügung zu stellenden Unterlagen nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (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 davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf das Gericht 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 ärztlichen Berichtes ist 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. Ausschlaggebend für

den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 352 E. 3a, 122 V 160 E. 1c mit Hinweisen).

3.4 Dennoch erachtet es die bundesgerichtliche Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (vgl. die ausführliche Zusammenstellung dieser Richtlinien in BGE 125 V 351 E. 3b mit zahlreichen Hinweisen; auch BGE 135 V 465 E. 4.4 und 4.5). So ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärztinnen und -ärzte, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 351 E. 3b/bb mit weiteren Hinweisen). Nur wenn ein Versicherungsfall ohne die Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden soll, sind an die Beweiswürdigung strengere Anforderungen zu stellen (BGE 135 V 470 E. 4.4 am Ende, mit Hinweis; Urteil des Bundesgerichts vom 26. März 2015, 8C_879/2014, E. 5.3).

3.5 Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nichts Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blosse Möglichkeit eines bestimmten Sachverhaltes genügt den Beweisanforderungen nicht. Das Gericht hat vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die es von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigt (BGE 138 V 218 E. 6 mit diversen Hinweisen). Der Untersuchungsmaxime entsprechend hat das Gericht von Amtes wegen die notwendigen Beweise zu erheben. Eine Beweislast besteht nur in dem Sinne, dass im Falle der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Diese Beweisregel greift allerdings erst, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes aufgrund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die hohe Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 117 V 263 E. 3b). Das schweizerische Sozialversicherungsrecht kennt demnach keinen Grundsatz, wonach die Versicherungsorgane im Zweifel zu Gunsten der Versicherten zu entscheiden haben. Ein Anspruch auf Leistungen besteht nur, wenn die Voraussetzungen dafür mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erfüllt sind (ZAK 1983 S. 259).

4.1 Die IV-Stelle hat bei der Beurteilung des medizinischen Sachverhalts auf das von ihr in Auftrag gegebene bidisziplinäre Verwaltungsgutachten der Dres. B.____ und C.____ vom 20. Mai 2019 abgestellt. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit erheben die beiden Gutachter in ihrer bidisziplinären Gesamtbeurteilung ein chronisches zervikovertebrales bis zervikospodylogenes Schmerzsyndrom mit sekundärem zervikozepalem Schmerzsyndrom, ein femoropatellares Schmerzsyndrom beidseits sowie eine chronische Dyspepsie und anamnestisch eine bisher nicht weiter abgeklärte Diarrhoe. Mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizieren sie eine subdepressive Störung im Rahmen einer möglichen rezidivierenden depressiven Störung, differentialdiagnostisch eine dysthyme Störung, sowie ängstlich-vermeidende, asthenische, zwanghafte Persönlichkeitszüge. Die Stimmung des Exploranden scheine nicht dauerhaft stark gedrückt zu

sein, auch wenn sie nicht unbedingt gehoben sei, wie der Explorand selbst angebe. Andererseits gebe er selber an, dass er auch nicht ausgesprochen deprimiert sei. In der Untersuchung wirke er eher indifferent. Es bestehe kein ausgesprochener Interessenverlust. So versuche der Explorand, sich immer wieder über verschiedene Belange zu informieren. Ebenfalls bestehe keine ausgesprochene Freudlosigkeit, auch wenn er etwas abgedämpft wirke. Der Antrieb scheine etwas reduziert zu sein. Dennoch sei der Explorand in der Lage, einigen Aktivitäten, wie beispielsweise dem Motorradfahren, nachzugehen und treffe sich auch mit Bekannten. Subjektiv gebe er kognitive Schwierigkeiten an. Er wirke im Selbstwertgefühl eher etwas eingeschränkt, indes bestehe kein Gefühl von Wertlosigkeit. Er könne keine Zukunftsperspektiven entwickeln, sei allerdings nicht negativistisch. Das Appetitverhalten sei teilweise wechselhaft, jedoch nicht dauerhaft gestört. Die Kriterien für eine depressive Störung seien somit nicht vollumfänglich erfüllt. Es zeigten sich aber Hinweise, dass teilweise eher subdepressive Zustände vorliegen könnten, weshalb eine dysthyme Störung in Betracht gezogen, die Diagnose einer mittelschweren depressiven Störung jedoch nicht bestätigt werden könne. Die Angaben in den übrigen medizinischen Unterlagen seien nicht nachvollziehbar, um das Ausmass einer mittelschweren depressiven Störung zu begründen. Es sei denkbar, dass der Explorand ursprünglich möglicherweise schwerer depressiv gewesen sei und sich die affektive Störung durch die Therapie mittlerweile gebessert habe. Es scheine nachvollziehbar, dass er selbstunsichere und passive Züge aufweise. Allerdings sei es nicht so, dass dadurch dauerhafte Schwierigkeiten im zwischenmenschlichen Bereich auftreten würden, sein Verhalten inadäquat wäre oder eine deutliche Unausgeglichenheit in den Einstellungen und im Verhalten in mehreren Funktionsbereichen bestünden. Die Kriterien für eine Persönlichkeitsstörung seien deshalb nicht erfüllt. Der Explorand wirke insgesamt eher zurückhaltend, passiv und asthenisch. In diesem Sinne könnten kombinierte akzentuierte Persönlichkeitszüge bestätigt werden. Weiter zeigten sich Hinweise auf zwanghafte Verhaltensweisen mit einer Tendenz zu übermässiger Sauberkeit oder Angst, sich irgendwie zu beschmutzen, wobei im Alltag diesbezüglich keine Beeinträchtigung feststellbar sei. Es sei denkbar, dass die subdepressive Störung im Rahmen der Persönlichkeitsproblematik interpretiert werden müsse. Hinweise auf eine anderweitige Störung hätten nicht gefunden werden können. Die in den Unterlagen erwähnte Körperschmerzproblematik scheine den Exploranden nicht wesentlich zu beeinträchtigen. Je nach Tätigkeit müsse er Pausen einlegen oder andere Tätigkeiten durchführen. Er führe keine spezifischen Behandlungsmassnahmen durch. Subjektiv leide er teilweise verstärkt unter Kopfschmerzen, wodurch er kaum in der Lage sei, etwas zu tun. Bezüglich dieser Problematik würden mit Ausnahme einer teilweisen Schmerzmitteleinnahme allerdings ebenfalls keine Therapien durchgeführt.

Aus rheumatologischer Sicht stünden chronische Nackenschmerzen mit einer Kopfschmerzproblematik sowie beidseitige Schulterschmerzen im Vordergrund. Diese bestünden seit dem 18. / 19. Lebensjahr, seien seither jedoch nicht weiter abgeklärt oder behandelt worden. Als radiologisch morphologisches Korrelat finde sich eine unisegmentale Osteochondrose mit begleitenden Unkovertebralarthrosen im Segment C5/6 sowie in der klinischen Untersuchung eine mässig eingeschränkte Halswirbelsäulenfunktion insbesondere linksbetont ohne jedoch allfällige Hinweise auf eine zervikoradikuläre Reizsymptomatik oder neurologische Ausfallerscheinungen. Nachweisen lasse sich allerdings eine teils deutliche muskuläre Dysbalance der aufsteigenden Nackenmus-

kulatur mit begleitenden Ansatzdysplasien hochzervikal, welche einen Teil der geltend gemachten chronischen Kopfschmerzen erklären würden. Im Weiteren sei ein femoropatellares Schmerzsyndrom sowie internistisch eine chronische Dyspepsie festzustellen. Diese Diagnosen könnten die geltend gemachte Behinderung aber nicht hinreichend plausibel erklären und würden eine relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit weder in einer leichten bis mittelschweren Verrichtungs- noch in der angestammten Tätigkeit rechtfertigen. Hierfür spreche auch die Tatsache, dass der Explorand in den letzten Jahren weder in einer spezifischen Behandlung gestanden sei noch gezielte diagnostische oder fachärztliche Untersuchungen erfolgt seien. Bei im Vordergrund stehender psychiatrischer Grunderkrankung sei er von Seiten des Bewegungsapparates in der Vergangenheit ausserdem nie als arbeitsunfähig bezeichnet worden.

Der Explorand sei durchaus in der Lage, Termine wahrzunehmen und Aufträge zu übernehmen. Er könne Aufgaben strukturieren und planen, sich auch verschiedenen Begebenheiten anpassen und sich umstellen und könne seine fachlichen Kompetenzen anwenden. Teilweise habe er etwas Mühe, Entscheidungen zu fällen oder sich ein Urteil zu bilden. Er sei eher unsicher und gehemmt. Seine Durchhaltefähigkeit scheine subjektiv beeinträchtigt zu sein, da er angebe, nicht belastbar zu sein und unter Konzentrationsschwierigkeiten zu leiden. Er habe teilweise auch Mühe, sich genügend und adäquat selbst zu behaupten, was aber durch seine Unsicherheit erklärt werden könne. Er pflege einige wenige Kontakte zu Dritten, eine Beeinträchtigung der Gruppenfähigkeit bestehe aber nicht. Er pflege keine dauerhaften und tragenden Beziehungen, da ihm diese zu nahegehen würden. Er gehe einigen Aktivitäten nach, die Selbstpflege und die Verkehrsfähigkeit sei nicht beeinträchtigt. Insgesamt bestünden zwar einige Beeinträchtigungen, die den Exploranden im Alltag allerdings nicht wesentlich einschränken würden. Repetitive Überkopfarbeiten oder HWS-Funktionen mit vermehrter Reklination sowie das Heben von schweren Lasten sollten vermieden werden. Für leichte bis mittelschwer körperlich belastende Tätigkeiten sowie auch in der angestammten Tätigkeit bestehe keine Leistungseinschränkung. Der Explorand weise eher passive, vermeidende und ängstliche Züge auf, die mit grosser Wahrscheinlichkeit schon zeitlebens bestünden, allerdings im Ausmass nie eine Persönlichkeitsstörung angenommen hätten. Ein passives Verhalten auch hinsichtlich der Durchführung von Therapiemassnahmen könne aus rheumatologischer Sicht bestätigt werden. Der Explorand stehe in verschiedenen Situationen schnell unter Anspannung. Vor allem im zwischenmenschlichen Bereich mache sich rasch eine Unsicherheit bemerkbar, wodurch er sich dann tendenziell zurückziehe. Er reagiere dann allenfalls auch mit somatoformen Begleitreaktionen wie Kopfschmerzen und einer Verstärkung von Körperbeschwerden, was wiederum einen Rückzug zur Folge habe. Die Kombination der akzentuierten Persönlichkeitszüge mit der subdepressiven Störung sei ungünstig und potenziere sich gegenseitig. Allgemein sei der Explorand damit als vermindert belastbar einzustufen und habe Mühe, sich genügend durchzusetzen und zu behaupten. Die psychosoziale Situation sei nicht ganz einfach, sei allerdings nicht entscheidend bezüglich des aktuellen Zustands. Allgemein verhalte sich der Explorand eher passiv und zurückhaltend, was mit der Persönlichkeitsstruktur und zusätzlich auch mit der affektiven Problematik zusammenhänge. Der Leidensdruck sei schwierig einzuschätzen, zurzeit sei er aber weniger stark als in der Vergangenheit wie vom Exploranden angegeben. Allerdings bestehe auch keine gehobene Stimmung und es könne keine klare Zukunftsperspektive eruiert werden. Die geklagten Symptome und Beschwerden seien nachvollziehbar, wobei die subjektive Einschränkung nicht ohne Weiteres nachvollzogen werden könne.

und im Rahmen der Persönlichkeit interpretiert werden müsse. In den Unterlagen werde von einer mittelschweren depressiven Störung ausgegangen, die allerdings aufgrund des aktuell vorzufindenden Befundes und der Angaben nicht bestätigt werden könne. Es sei deshalb eine Besserung anzunehmen. Es bestehe aktuell eine subdepressive Störung oder allenfalls leichte depressive Störung mit ungünstiger Interaktion durch die Persönlichkeitsstruktur. Der Explorand sei nicht in der Lage, Verantwortung zu übernehmen. Auch könne er nicht unter Zeitdruck arbeiten. Ungünstig seien wechselnde soziale Kontakte, welche ihn verunsichern würden und einen Rückzug zur Folge hätten. Es sei anzunehmen, dass er einen erhöhten Pausenbedarf aufweise und Erholungsphasen benötige. Eine klar strukturierte Tätigkeit sollte allerdings möglich sein, wobei aufgrund der Leistungseinschränkung eine 30%-ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit anzunehmen sei. Ab März 2016 sei eine volle Arbeitsunfähigkeit attestiert worden, ab aktuellem Explorationsdatum bestehe eine 30%-ige Einschränkung. Aus rheumatologischer Sicht sei die angestammte Tätigkeit oder eine angepasste Verweistätigkeit vollumfänglich zu 100% ohne Leistungseinschränkung möglich und zumutbar. Aus somatischer Sicht könne keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ausgewiesen werden. Die Arbeitsunfähigkeit sei durch die psychiatrische Grundproblematik bedingt.

4.2 Der Angelegenheit liegen weitere relevante Berichte insbesondere der behandelnden Fachspezialisten und des RAD zu Grunde.

4.2.1 Gemäss dem ärztlichen Verlaufsbericht von Dr. D.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, vom 30. Juni 2017 (IV-Dok 30) seien mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit seit mindestens Ende August 2016 eine mittelgradige depressive Episode sowie starke Hinweise auf eine akzentuierte ängstlich-vermeidende Persönlichkeit zu diagnostizieren. Die somatischen Beschwerden bestünden schon seit Jahrzehnten und hätten sich in den letzten Monaten unter dem subjektiv erlebten Druck akzentuiert. Bei der Arbeit im Umfang von rund 20% hätten sich seit einigen Monaten Probleme in den Bereichen Arbeitstempo, Selbstbewusstsein, Perfektionismus, Konzentration und Ausdauer bemerkbar gemacht. Einhergehend hätten die körperlichen Beschwerden insbesondere in Form von Nacken- und Kopfschmerzen und zeitweiligen Schlafstörungen sowie Müdigkeit zugenommen. Auch seien Zwangssymptome in Form von Ekel und Hygienezwängen aufgetreten. Affektiv würden agoraphobische Ängste, eine erhöhte Anspannung und eine Reizbarkeit auftreten. Die Folge davon sei eine soziale Rückzugstendenz. Der Antrieb sei reduziert. Oft bestünde tagsüber eine Müdigkeit. Kognitiv imponierten Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörungen, Schwierigkeiten, sich zu entscheiden sowie Gedächtnisprobleme sowie Ein- wie auch Durchschlafstörungen. Der Versicherte leide ausserdem unter Essstörungen und klage oft über somatische Beschwerden im Nacken, welche mit Schwindel, Kopfschmerzen und Gefühlsstörungen einhergingen. Episodisch würden Bauchschmerzen mit Reflux auftreten. Der Gesundheitszustand sei stationär.

4.2.2 Dem Arztbericht von Dr. D.____ vom 18. Dezember 2018 (IV-Dok 67) zufolge sei der Versicherte seit März 2018 nur zu einem kleinen Teil arbeitsfähig. Aus seinen Angaben gehe hervor, dass seine aktuelle depressive Lebenskrise infolge der Trennung von seiner damaligen Partnerin im Jahr 2010 begonnen habe. Seit März 2016 befinde er sich in psychotherapeutischer Behandlung wegen seiner depressiven Störung, Schmerzen und Phobien im öffentlichen Raum.

Der Versicherte lebe bereits längere Zeit isoliert und fühle sich im Kontakt mit anderen Menschen unwohl. Bei den vereinzelten Arbeitseinsätzen für aus dem früheren Arbeitsleben bekannte Klienten hätten sich Hinweise auf zwanghafte Verhaltensweisen im Bereich der Hygiene in Form einer aufwändigen Reinigung des Arbeitsplatzes jeweils vor Arbeitsbeginn ergeben. Seit Frühling 2018 habe der Versicherte seine persönlichen Arbeitsversuche weitergeführt, habe aber regelmässig Druck und Belastung durch soziale Kontakte, Zwangssymptome und eine geringe Fehlertoleranz erlebt. Die depressiven Symptome, die Schmerzen und die zu Grunde liegenden dysfunktionalen Denkmuster seien erhalten geblieben. Weiterhin leide er unter den depressiven Symptomen. Die zwanghaften Symptome sowie die Schmerzsymptomatik schienen sich letzthin zu akzentuieren. Der Versicherte könne keine Freude empfinden. Formal leide er an Gedankenkreisen. Weiter würden affektiv Ängste, eine erhöhte Anspannung und eine Reizbarkeit mit sozialer Rückzugstendenz auftreten. Der Antrieb sei reduziert. Zu diagnostizieren sei eine chronifizierte mittelgradige depressive Episode seit August 2016. Anamnestisch sei aber davon auszugehen, dass die Erkrankung seit mindestens acht Jahren bestehe. Weiter bestünden Hinweise auf eine akzentuierte Persönlichkeit in Form von ängstlich-vermeidenden, zwanghaften und asthenischen Zügen. Aktuell sei an ein nur kleines Arbeitspensum im Umfang von 20% zu denken, so wie der Versicherte es aktuell in etwa bewältige, dabei aber bereits Probleme aufweise. Die labile psychische Verfassung erlaube wenig Unregelmässigkeiten, Fehler oder Unerwartetes, ohne dass der Versicherte sehr angespannt sei und die Symptomatik sich entsprechend verstärke.

4.2.3 Aus der Stellungnahme von Dr. D.____ sowie des behandelnden Psychologen vom 4. November 2019 (IV-Dok 92) geht hervor, dass die mittlerweile dreijährige Erfahrung mit dem Patienten der Sichtweise im psychiatrischen Teil-Gutachten von Dr. C.____ widerspreche. Vor dem Hintergrund, dass der Versicherte in geringfügigem Masse eine Erwerbstätigkeit ausübe, sei eine vollständige Arbeitsunfähigkeit, wie sie in früheren Arztberichten attestiert worden sei, aktuell nicht mehr gegeben. Es treffe zwar zu, dass sich die Symptomatik im Zeitraum von 2016 bis 2019 verbessert habe und eine leichte Stabilisierung eingetreten sei. So seien die Schlafstörungen und die Appetitstörungen geringer und auch die phobischen Ängste seien bedeutend weniger ausgeprägt. Nach wie vor leide der Versicherte aber an psychischen Schwankungen in einem schwereren Ausmass, als es aus dem psychiatrischen Teilgutachten von Dr. C.____ hervorgehe. Es scheine, als habe Dr. C.____ viele Äusserungen des Versicherten relativiert und in ihrer Bedeutung minimiert und lediglich subjektive Erscheinungen bewertet. Im Rahmen der langjährigen Behandlung zeigten sich im Längsverlauf deutliche depressive Symptome. Diese Symptomatik sei zwar nicht dauerhaft aber doch überwiegend vorhanden. Ebenfalls seien kognitive Beeinträchtigungen vorhanden. Bezüglich der Zwangsstörungen habe sich erst in letzter Zeit der Eindruck verstärkt, dass der Versicherte nebst einem Reinlichkeitszwang auch unter Prokrastination und einem Kontrollverhalten leide. Als weiterer Faktor scheine über die Jahre die im Gutachten von Dr. C.____ in Abrede gestellte Anhedonie ein Faktor zu sein, die es dem Versicherten nicht ermögliche, in sich eine positive Resonanz zu spüren, auch wenn er zeitweise Dinge unternehme, die an und für sich positiv seien. Dies könnte ein Grund sein, weshalb er sich mit Ausnahme der medikamentösen Behandlung seit Langem nicht für eine weitere Untersuchung und Behandlung der diversen somatischen Beschwerden animieren lasse. Es sei von einer deutlichen Wechsel-

wirkung zwischen der depressiven Störung und den akzentuierten Persönlichkeitszügen auszugehen. Den Alltag könne er aktuell nur bewältigen, weil er ihn ohne Druck und ohne zeitliche Limitierung angehen könne. Aus therapeutischer Sicht würden die gutachterlich genannten Einschränkungen zutreffen. Jedoch führe der Schweregrad zu einer Arbeitsunfähigkeit von mindestens 50%. Die Abweichung zur früheren Beurteilung einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit hänge mit der Verbesserung des psychischen Zustandsbilds zusammen.

4.2.4 Der im Rahmen des Einwandverfahrens eingereichten Stellungnahme des behandelnden Psychologen vom 26. November 2020 (IV-Dok 105) ist zu entnehmen, dass der Therapieverlauf die Annahmen von November 2019 bestätigt habe. Zu diagnostizieren sei eine chronifizierte mittelgradige depressive Episode. Es sei davon auszugehen, dass die Erkrankung seit mindestens zwölf Jahren bestehe. Weiter bestehe eine kombinierte akzentuierte Persönlichkeit mit ängstlich-vermeidenden, zwanghaften und asthenischen Zügen sowie weiterhin eine relevante Alexithymie mit starker Somatisierungstendenz. Die Leistungsfähigkeit des Versicherten sei aufgrund der depressiven Störung in Verbindung mit den Persönlichkeitsakzentuierungen durch eine eingeschränkte Belastbarkeit reduziert, die auf eine Arbeitsfähigkeit von zirka 50% schliessen lasse. Der Versicherte habe die Therapiesitzungen regelmässig besucht. Allerdings seien öfters Sitzungen wegen Kopfschmerzen, Koliken oder wegen schlechter Befindlichkeit ausgefallen. An der psychischen Verfassung sowie an den Lebensbedingungen in grösstenteils sozialer Isolation habe sich grundlegend nichts verändert. Abgesehen von nur wenigen Kontakten zu einigen früheren Kunden, zwei alten Bekannten und seiner Mutter lebe der Versicherte alleine und sei in sozialen Situationen unsicher und überfordert. Eine Behandlung in einer Tagesklinik sei thematisiert, indessen vom Versicherten abgelehnt worden, weil er sich dadurch eingeengt fühle und Angst vor Kontrollverlusten habe. Die Einschätzung von Dr. C._____ sei tendenziell zutreffend, der Gutachter bilde den Ausprägungsgrad der gesundheitlichen Einschränkungen aber nur ungenügend ab.

4.2.5 Gemäss Stellungnahme des RAD vom 11. Dezember 2020 (IV-Dok 107) ergebe ein genauer Vergleich der einerseits von Dr. C._____ und andererseits durch die Behandler beschriebenen Beschwerden und Befunde nur geringe Unterschiede. Im Wesentlichen werde von den Behandlern in deren Stellungnahme vom November 2020 ein ähnlicher Gesundheitszustand beschrieben, wie ihn auch Dr. C._____ erhoben habe. Dies lasse es nicht zu, die Arbeitsfähigkeit grundlegend anders einzuschätzen. Der behandelnde Psychologe stütze sich bei seiner Einschätzung im Wesentlichen auf subjektive Klagen des Versicherten und nicht auf objektive psychopathologische Befunde ab. Dass der Versicherte die Behandlung in einer Tagesklinik abgelehnt habe, weise auf einen Compliance-Mangel hin. Schliesslich stelle die aktuelle Medikation die geringstmögliche Einstiegsdosis eines der am wenigsten wirksamen Antidepressiva dar. Würde der Versicherte an einer mittelgradigen depressiven Episode leiden, würde der erfahrene Psychiater mit einem wirksameren Antidepressivum und mit einer höheren Dosis behandeln. Die seit Jahren unveränderte depressive Symptomatik bestätige, dass es sich um eine abweichende Einschätzung der Arbeitsfähigkeit bei unverändertem Gesundheitszustand handle.

4.2.6 Der als Beschwerdebeilage eingereichten Stellungnahme des behandelnden Psychologen vom 22. März 2021 kann schliesslich im Wesentlichen entnommen werden, dass das vom

RAD erwähnte Unvermögen vor allem durch das Vermeidungsverhalten des Versicherten und dessen Resignation erklärt werden könne und damit krankheitsbedingter Natur sei.

5.1 Zwischen den Parteien zu Recht unbestritten geblieben ist, dass der Versicherte in somatischer Hinsicht vollständig arbeitsfähig ist. Unstrittig geblieben ist ebenso, dass er in der Zeit zwischen März 2016 und der gutachterlichen Exploration durch Dr. C.____ am 4. April 2019 in psychiatrischer Hinsicht vollständig arbeitsunfähig war. Mit Blick auf die medizinische Aktenlage weiter vorauszuschicken ist, dass zwischen dem psychiatrischen Gutachter Dr. C.____ und den Behandlern keine Differenzen in diagnostischer Hinsicht bestehen. Der behandelnde Psychologe hat in seiner Stellungnahme vom 26. November 2020 vielmehr dargelegt, dass die diagnostische Einschätzung von Dr. C.____ zutreffe, der Ausprägungsgrad der gesundheitlichen Einschränkungen durch den Gutachter aber nur ungenügend abgebildet worden sei. Die reduzierte Belastbarkeit des Versicherten lasse auf eine Arbeitsfähigkeit von zirka 50% schliessen (oben, Erwägung 4.2.4). Nachdem Dr. C.____ von einer psychiatrisch bedingten Restarbeitsfähigkeit von 70% ausgeht (oben, Erwägung 4.1), erschöpft sich der Meinungsstreit somit letztlich in der Frage, ob der Versicherte seit seiner Exploration anfangs April 2019 aus psychischen Gründen zu 50% oder zu 30% in seiner Arbeitsfähigkeit eingeschränkt ist.

5.2 Das von der IV-Stelle eingeholte psychiatrische Teil-Gutachten von Dr. C.____ erfüllt zweifelsohne die rechtsprechungsgemäss erforderlichen Kriterien an ein beweiskräftiges verwaltungsexternes Verwaltungsgutachten. Wie bereits ausgeführt (oben, Erwägung 3.3), ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärztinnen und -ärzte, die 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 ihrer Expertise sprechen. Solche Indizien liegen hier letztlich keine vor. Das Gutachten von Dr. C.____ beruht auf allseitigen Untersuchungen, berücksichtigt detailliert die geklagten Beschwerden des Versicherten, wie sie auch aus den Schilderungen der Behandler hervorgehen, und ist in Kenntnis der relevanten Vorakten abgegeben worden. Es äussert sich ebenfalls zu den dem Versicherten noch verbleibenden Ressourcen und kommt auf der Basis dieser Ressourcenprüfung zum Schluss, dass die Kombination seiner akzentuierten Persönlichkeitszüge mit der subdepressiven Störung zwar ungünstig sei, die subjektiv empfundene Einschränkung des Exploranden jedoch nicht ohne Weiteres nachvollzogen werden könne, sondern im Rahmen seiner Persönlichkeit interpretiert werden müsse. Diese Schlussfolgerung ist schlüssig. Dr. C.____ anerkennt in Übereinstimmung mit den behandelnden Fachpersonen, dass der Versicherte nicht in der Lage ist, Verantwortung zu übernehmen und nicht unter Zeitdruck arbeiten kann. Er attestiert ihm deshalb in quantitativer Hinsicht einen erhöhten Pausenbedarf und beschränkt eine potentielle Verweistätigkeit in qualitativer Hinsicht auf eine klar strukturierte Arbeit ohne Zeitdruck. Dem Einwand des Beschwerdeführers, die Schilderungen seines behandelnden Psychiaters und jene seines behandelnden Psychologen seien geradezu gegenteilig, kann damit keinesfalls gefolgt werden. Wie Dr. D.____ notiert auch Dr. C.____ in seinem Gutachten, dass sich die Kombination der akzentuierten Persönlichkeitszüge des Versicherten mit dessen subdepressiven Störung ungünstig potenziere (a.a.O., S. 12). Dr. C.____ anerkennt demnach

übereinstimmend mit den behandelnden Fachpersonen, dass der Versicherte als vermindert belastbar einzustufen und nicht in der Lage ist, Verantwortung zu übernehmen oder unter Zeitdruck zu arbeiten. Mit der Anerkennung von Erholungsphasen in Form eines mithin erhöhten Pausenbedarfs im Umfang von 30% kann aber entgegen der vom Beschwerdeführer vertretenen Auffassung nicht gesagt werden, die gutachterliche Einschätzung widerspreche der Einschätzung der behandelnden Fachpersonen derart deutlich, dass darin auf einen konkreten Zweifel an der gutachterlichen Einschätzung zu schliessen wäre. Insbesondere in Bezug auf die deckungsgleich erhobenen Zwangshandlungen des Beschwerdeführers fällt auf, dass auch der behandelnde Psychiater nie eine Diagnose im Sinne einer Persönlichkeitsstörung gestellt, sondern lediglich auf eine akzentuierte Persönlichkeit hingewiesen hat. Auch Dr. C._____ hat diese Aspekte als Z-Diagnose mitberücksichtigt. Eine solche Diagnose aber stellt keine schwere Störung dar, sondern ist als mindergradiges Problem bei der Lebensbewältigung zu qualifizieren. Als solche ist die Persönlichkeitsakzentuierung des Versicherten grundsätzlich nicht geeignet, schwerwiegende Einschränkungen in der Arbeitsfähigkeit hervorzurufen. Damit bleibt es letztlich bei der Differenz, dass der behandelnde Psychiater im Längsverlauf von einer mittelgradigen Depression ausgeht, während der Gutachter lediglich auf eine leichte, allenfalls gar nur dysthyme Störung schliesst. Sowohl eine leichtgradige depressive Störung wie erst recht eine Dysthymie können für sich alleine jedoch ebenfalls keine schwere Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit begründen. Beide Diagnosen werden grundsätzlich nicht als eigenständige, anhaltende psychiatrische Gesundheitsschädigungen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit und Leistungsfähigkeit angesehen. Auch wenn unter dem Aspekt einer etwaigen Wechselwirkung auf der Basis einer eingehenden Ressourcenprüfung ein Einfluss auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit nicht per se ausgeschlossen werden kann, widerspiegelt sich in dieser Ausgangslage letztlich die geltende Rechtslage, wonach den Sachverständigen mit BGE 141 V 281 ein normativ konfiguriertes Beweisverfahren aufgegeben ist. Dieses Beweisverfahren hat der psychiatrische Gutachter aber lege artis durchgeführt (BGE 140 V 193 E. 3.2; bei psychischen Leiden im Besonderen BGE 141 V 281 E. 5.2.1 in Verbindung mit BGE 143 V 418). Jedenfalls kann aus den kritisierten Aussagen im Verwaltungsgutachten von Dr. C._____ nicht abgeleitet werden, der Experte sei der Überzeugung gewesen, eine Dysthymie könne generell keine Arbeitsunfähigkeit begründen, selbst wenn noch andere gravierende Befunde vorliegen würden. Das Gegenteil ist der Fall. Anders aber in Fällen, in welchen eine dysthyme Störung die Arbeitsfähigkeit im Einzelfall erheblich beeinträchtigen kann, wenn sie zusammen mit einer ernsthaften Persönlichkeitsstörung auftritt (vgl. die Hinweise im Urteil 9C_146/2015 vom 19. Januar 2016 E. 3.2), liegt hier in Form einer Persönlichkeitsakzentuierung gerade keine solche offensichtlich erschwerende Komponente vor. Diese Auffassung wird durch die im Gutachten von Dr. C._____ detailliert erhobene Anamnese gestützt. So hat der Versicherte selbst angegeben, dass er nicht ausgesprochen deprimiert sei. Auch der in der vertiefenden Befragung eruierte Tagesablauf spricht gegen eine mittelgradige Depression. Daran vermag nichts zu ändern, dass sich der Versicherte eher passiv und zurückhaltend verhält und nur wenige soziale Kontakte unterhält, sind diese Aspekte doch bereits in der offenbar schon zeitlebens bestehenden Persönlichkeitsakzentuierung in Form passiv-vermeidender und ängstlicher Züge enthalten (psychiatrisches Teilgutachten Dr. C._____, S. 5 ad Diskussion relevanter Persönlichkeitsaspekte; ebenso aber auch Arztbericht von Dr. D._____ vom 18. Dezember 2018, oben Erwägung 4.2.2). Eine verharmlosende Darstellung im Gutachten von Dr. C._____ kann bei dieser Sachlage nicht erkannt werden.

5.3 Das psychiatrische Gutachten von Dr. C._____ erläutert letztlich deshalb schlüssig, dass durch die Kombination der akzentuierten Persönlichkeitszüge und einer subdepressiven Störung lediglich eine Einschränkung von 30% hervorgerufen wird. Von erheblicher Relevanz erweist sich dabei der Umstand, dass der behandelnde Psychiater Endes des Jahres 2016 ursprünglich noch von einer anhaltenden, vollständigen Arbeitsunfähigkeit ausgegangen war (IV-Dok 23), mittlerweile aber eine Stabilisierung und Verbesserung des psychischen Zustandsbilds attestiert hat (oben, Erwägung 4.2.3), die sich neuerdings in einer nur noch hälftigen Restarbeitsfähigkeit niederschlägt. Zumal Dr. D._____ bei der Quantifizierung letztlich insofern vage bleibt, als seine neueste Einschätzung einer Restarbeitsfähigkeit von zirka 50% eine leicht höhere Leistungs- und Arbeitsfähigkeit jedenfalls auch nicht gänzlich ausschliesst (oben, Erwägung 4.2.4), lässt sich keine Divergenz, sondern letztlich vielmehr eine Kongruenz zwischen Behandler und Gutachter erkennen. Dass der genaue Umfang der noch verbleibenden Arbeits- und Leistungsfähigkeit von Dr. C._____ etwas höher beurteilt wird, ist einer umfassenden Exploration bei dieser Sachlage letztlich inhärent. Dabei erweisen sich eher die Aussagen des behandelnden Arztes als teilweise widersprüchlich. Einerseits ist schwierig nachzuvollziehen, dass Dr. D._____ in seiner Stellungnahme vom 26. November 2020 davon spricht, dass seit mindestens 12 Jahren eine chronifizierte mittelgradige depressive Episode bestehe, gleichzeitig aber im Vergleich zur Situation per Ende 2016 von einer erheblichen Verbesserung der Restarbeitsfähigkeit ausgeht. Andererseits ist auch dessen Bericht vom 4. November 2019 nicht gänzlich klar. So kritisiert Dr. D._____ die Einschätzung von Dr. C._____ offenbar unter anderem darin, dass der Gutachter die Schlafstörungen des Versicherten zu Unrecht nicht als dauerhaft beschrieben habe. Gleichzeitig aber begründet der Behandler in diesem Bericht die mittlerweile verbesserte Symptomatik nebst einer bedeutenden Abnahme phobischer Ängste just mit den mittlerweile auch weniger stark ausgeprägten Schlafstörungen. Diese Widersprüche in den Stellungnahmen der Behandler überzeugen letztlich nicht.

5.4 Die Tatsache, dass der Versicherte im Rahmen seiner die affektive Grundstimmung potenzierenden Persönlichkeitsakzentuierung insbesondere in sozialer Hinsicht an seine Grenzen stossen mag, spricht alleine noch nicht für eine schwere Ausprägung mit massgebendem Einfluss auf seine Leistungs- und Arbeitsfähigkeit. Die Einschätzung von Dr. C._____ erweist sich letztlich deshalb als schlüssig, weil auch die behandelnden Fachpersonen insbesondere eine Verbesserung der verbleibenden Restarbeitsfähigkeit attestiert haben, von welcher auch der Gutachter ausgeht. Diese übereinstimmend erhobene Verbesserung spricht dafür, dass die affektive Störung im Zeitpunkt der gutachterlichen Exploration nur noch leichter Natur war. Ein Widerspruch in der Nachvollziehbarkeit der gutachterlichen Überlegungen von Dr. C._____, wie ihn der Beschwerdeführer vorbringen lässt, kann darin jedenfalls nicht erkannt werden. Soweit der Beschwerdeführer letztlich rügt, der Gutachtensauftrag seitens der IV-Stelle sei nicht wertungsfrei formuliert worden, kann ihm ebenfalls nicht gefolgt werden. Er bringt vor, im Gutachterauftrag sei der Vermerk enthalten, dass der Versicherte seine Psychotherapietermine regelmässig absage, was für einen geringen Leidensdruck spreche. Dies trifft zwar zu (IV-Dok 72, ad Grund für die Empfehlung für eine Begutachtung), entspricht letztlich aber der tatsächlichen Aussage des behandelnden Psychiaters. Mit Blick auf die im Zentrum der Begutachtung stehende Auseinandersetzung mit der Beurteilung von Dr. D._____ kann darin deshalb keine Beeinflussung des Gutachters erkannt werden. Auch Dr. C._____ hält fest, dass Therapiestunden aufgrund der Beschwerden

teilweise verschoben oder gänzlich ausfallen würden. Die von ihm etwas höher eingeschätzte Leistungsfähigkeit begründet er jedoch nicht mit diesem Umstand. Insofern sind auch keine Anhaltspunkte erkennbar, welche an der Objektivität seiner Einschätzung zweifeln lassen. Damit muss es mit einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit im Umfang von 30% sein Bewenden haben.

6. Zu prüfen bleiben die erwerblichen Auswirkungen und in dieser Hinsicht einzig ein leidensbedingter Abzug beim Invalideneinkommen. Entgegen der in der Beschwerdebegründung vertretenen Auffassung lässt sich im vorliegenden Fall ein leidensbedingter Abzug im Umfang von 20% oder mehr nicht begründen. Dem psychiatrischen Gutachten von Dr. C.____ zufolge besteht eine vollschichtige Zumutbarkeit, deren Pensum durch einen erhöhten Pausenbedarf reduziert wird. Eine teilzeitbedingte Einbusse lässt sich deshalb nicht begründen. Sodann nehmen sowohl die Bedeutung des Alters als auch diejenige der Dienstjahre – mithin der Berufserfahrung – ab, je niedriger das Anforderungsprofil ist, weshalb diese Faktoren bei einfachen und repetitiven, dem Kompetenzniveau 1 (vormals Anforderungsprofil 4) der LSE entsprechenden Tätigkeiten grundsätzlich keinen Anlass zu einem Abzug vom Tabellenlohn geben (BGE 126 V 79 E. 5a/cc). Einem allfälligen leidensbedingten Abzug wären mithin sehr enge Grenzen gesetzt. Selbst bei einem Abzug von 10% würde indessen kein Renten begründender IV-Grad resultieren. Die Vorinstanz hat den Rentenanspruch des Versicherten im Ergebnis somit zu Recht verneint, weshalb die hiergegen erhobene Beschwerde abzuweisen ist.

7.1 Gemäss Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von 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 ihm die Verfahrenskosten aufzuerlegen sind. Ihm ist allerdings mit Verfügung vom 25. März 2021 die unentgeltliche Prozessführung bewilligt worden. Aus diesem Grund werden die Verfahrenskosten vorläufig auf die Gerichtskasse genommen.

7.2 Die ausserordentlichen Kosten sind dem Prozessausgang entsprechend wettzuschlagen. Da dem Beschwerdeführer mit Verfügung vom 15. September 2020 auch die unentgeltliche Verbeiständung mit seiner Rechtsvertreterin bewilligt worden ist, ist diese für ihre Bemühungen aus der Gerichtskasse zu entschädigen. Gemäss § 3 Abs. 2 der Tarifordnung für die Anwältinnen und Anwälte (TO) vom 17. November 2003 beträgt das Honorar bei unentgeltlicher Verbeiständung Fr. 200.— pro Stunde für eine Advokatin oder einen Advokaten. Die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers hat in ihrer Honorarnote vom 21. Juni 2021 für das vorliegende Verfahren einen Zeitaufwand von 11 Stunden und 20 Minuten geltend gemacht, was sich in Anbetracht der sich stellenden Sachverhalts- und Rechtsfragen als angemessen erweist. Spesen wurden keine ausgewiesen. Der Rechtsvertreterin ist demnach ein Honorar in der Höhe von Fr. 2'266.65 (11 Stunden und 20 Minuten à Fr. 200.—, ohne Mehrwertsteuer) aus der Gerichtskasse auszurichten.

7.3 Der Beschwerdeführer wird jedoch 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 ausgerichtet.

Zufolge Bewilligung der unentgeltlichen Verbeiständung wird der Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers ein Honorar in der Höhe von Fr. 2'266.65 (ohne Mehrwertsteuer) aus der Gerichtskasse ausgerichtet.