



Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 10. Januar 2019 (720 18 277 / 07)

Invalidenversicherung

Würdigung des medizinischen Sachverhalts: Abstellen auf das bidisziplinäre Gutachten; Rechtsprechung bezüglich Drogensucht; Abgrenzung primäre/sekundäre Suchterkrankung

Besetzung Vizepräsident Christof Enderle, Kantonsrichter Yves Thommen, Kantonsrichter Beat Hersberger, Gerichtsschreiberin Olivia Reber

Parteien A.____, Beschwerdeführer, vertreten durch Anna Arquint, Rechtsdienst Behindertenforum, Bachlettenstrasse 12, 4054 Basel

gegen

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

Betreff IV-Rente

A. Der 1961 geborene A.____ ist gelernter Maler und war viele Jahre in seinem angestammten Beruf tätig. Seit seinem 25. Lebensjahr leidet er an einer Opiatabhängigkeit. Ausserdem konsumiert er auch übermässig Alkohol. Ab 2006 hat der Versicherte nur noch unregelmässig gearbeitet und in den letzten Jahren von der Sozialhilfe gelebt. Seit 2005 leidet der Ver-

sicherte zudem an einer Polyarthrititis mit Schmerzen in allen Gelenken, was ihm die Tätigkeit in seinem angestammten Beruf verunmöglicht. Am 7. November 2011 meldete sich A._____ erstmals bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an. Die IV-Stelle des Kantons Basel-Landschaft (IV-Stelle) plante berufliche Eingliederungsmassnahmen im Sinne einer Arbeitsvermittlung. Der Versicherte kam jedoch seiner Mitwirkungspflicht nicht nach, indem er den vereinbarten Gesprächsterminen unentschuldig fernblieb und sich nicht um Bewerbungen kümmerte. Deswegen hielt die IV-Stelle mit Verfügung vom 6. Dezember 2012 fest, dass eine Arbeitsvermittlung zurzeit nicht möglich sei. Die Arbeitsvermittlung wurde daher abgeschlossen.

Mit Gesuch vom 10. März 2016 (Eingang) meldete sich A._____ unter Hinweis auf eine rheumatoide Polyarthrititis, ein Methadonprogramm sowie Hepatitis C erneut bei der IV an. Wiederum versuchte die IV-Stelle, eine Arbeitsvermittlung durchzuführen. Die Eingliederungsmassnahmen wurden schliesslich wiederum mangels Mitwirkung des Versicherten beendet. Im Rahmen der Rentenprüfung wurde eine bidisziplinäre Begutachtung (Psychiatrie und Rheumatologie) durchgeführt. Nach durchgeführten Abklärungen sowie nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren lehnte die IV-Stelle einen Rentenanspruch des Versicherten gestützt auf einen Invaliditätsgrad von 26% mit Verfügung vom 27. Juni 2018 ab.

B. Gegen die Verfügung vom 27. Juni 2018 erhob A._____, vertreten durch Anna Arquint, Rechtsdienst Behindertenforum, am 22. August 2018 Beschwerde beim Kantonsgericht Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht). Darin beantragte er, die Verfügung vom 27. Juni 2018 sei aufzuheben (1.). Unter Berücksichtigung der dem Gutachten widersprechenden fachärztlichen Bericht sowie eines leidensbedingten Abzugs sei ihm gerichtlich mindestens eine Viertelsrente der IV zuzusprechen (2.). Für den eine Viertelsrente eventuell übersteigenden Rentenanspruch seien die Ergebnisse der Eingliederungsbemühungen der IV-Stelle, Abteilung Eingliederung, abzuwarten, und es sei der Fall zur umfassenden Beurteilung der Rentenfrage an die IV-Stelle zurückzuweisen (3.). In verfahrensrechtlicher Hinsicht beantragte der Versicherte, es sei ihm infolge Bedürftigkeit die unentgeltliche Prozessführung zu gewähren. Eine Bestätigung über die Anhängigkeit bei der Sozialhilfe werde nachgereicht (4.); alles unter o/e-Kostenfolge (5.). Ausserdem sei das vorliegende Verfahren bis zum Vorliegen der Ergebnisse der notwendigen Eingliederungsbemühungen zu sistieren (6.). Zur Begründung wurde im Wesentlichen vorgebracht, dass auf die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit im bidisziplinären Gutachten nicht abgestellt werden könne und dass ein leidensbedingter Abzug von mindestens 20% berücksichtigt werden müsse.

C. Mit Verfügung vom 13. September 2018 wies das Kantonsgericht den Sistierungsantrag des Beschwerdeführers ab, wonach das vorliegende Verfahren bis zum Vorliegen der Ergebnisse der Eingliederungsmassnahmen zu sistieren sei.

D. In ihrer Vernehmlassung vom 24. September 2018 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

E. Mit Verfügung vom 4. Oktober 2018 bewilligte das Kantonsgericht dem Beschwerdeführer die unentgeltliche Prozessführung für das vorliegende Verfahren.

F. Am 11. Oktober 2018 reichte der Beschwerdeführer eine Replik, am 2. November 2018 die Beschwerdegegnerin eine Duplik ein. Beide Parteien hielten an ihren Anträgen fest.

Das Kantonsgericht zieht **in Erwägung** :

1.1 Gemäss Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) vom 19. Juni 1959 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 ist deshalb gemäss § 54 Abs. 1 lit. d des Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 örtlich und sachlich zuständig.

1.2 Aus nachfolgenden Gründen kann auf das Rechtsbegehren in Ziff. 3 der Beschwerdeschrift („Für den eine Viertelsrente eventuell übersteigenden Rentenanspruch seien die Ergebnisse der Eingliederungsbemühungen der IV-Stelle, Abteilung Eingliederung, abzuwarten, und es sei der Fall zur umfassenden Beurteilung der Rentenfrage an die IV-Stelle zurückzuweisen.“) nicht eingetreten werden: Mit Verfügung vom 13. September 2018 wurde der Sistierungsantrag des Beschwerdeführers – zu Recht – abgewiesen. Falls nach durchgeführten Eingliederungsmassnahmen ein wesentlich veränderter Sachverhalt vorliegen sollte, wäre ohnehin eine Revision durchzuführen. Von Gesetzes wegen besteht ein Anspruch auf eine Rentenrevision, wenn sich die Sachlage erheblich verändert. Unter diesen Umständen besteht im vorliegenden Verfahren kein Interesse daran, eine vor und nach der Eingliederung abgestufte Rente zu begehren. Abgesehen vom Rechtsbegehren in Ziff. 3 ist auf die frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde einzutreten.

2. Streitig ist der Rentenanspruch des Beschwerdeführers. Massgebend ist der Sachverhalt, wie er sich bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 27. Juni 2018 entwickelt hat. Dieser Zeitpunkt bildet rechtsprechungsgemäss die zeitliche Grenze der richterlichen Überprüfungsbefugnis (BGE 129 V 4 E. 1.2).

2.1 Anspruch auf eine Rente haben nach Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder ihre Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40% arbeitsunfähig gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40% invalid sind (lit. c).

2.2 Als Invalidität gilt nach Art. 8 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). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind nach dem im Rahmen 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).

2.3 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 (BGE 128 V 30 E. 1).

2.4 Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG wird die Rente nach dem Grad der Invalidität wie folgt abgestuft: Die versicherte Person hat Anspruch auf eine ganze Rente, wenn sie zu mindestens 70%, auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie zu mindestens 60%, auf eine halbe Rente, wenn sie zu mindestens 50% und auf eine Viertelsrente, wenn sie zu mindestens 40% invalid ist.

3.1 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 andern Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Satz 2). Diese Legaldefinition stimmt im Wesentlichen mit dem Begriff der Arbeitsunfähigkeit überein, wie ihn die Rechtspraxis vor dem Inkrafttreten des ATSG entwickelt hatte (vgl. etwa BGE 129 V 53 E. 1.1 in fine mit Hinweisen). Die bis zum 31. Dezember 2002 ergangene diesbezügliche Rechtsprechung des damaligen Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; heute: Bundesgericht, sozialrechtliche Abteilungen] bleibt folglich weitestgehend anwendbar (BGE 130 V 345 E. 3.1.1).

3.2 Bei der Bestimmung des Schweregrades einer gesundheitlichen Beeinträchtigung handelt es sich um eine Tatfrage, für deren Beantwortung die Verwaltung und die Gerichte ebenso wie für die Feststellung der medizinischen Verhältnisse generell auf Unterlagen angewiesen sind, die von Ärztinnen und Ärzten zur Verfügung zu stellen sind (BGE 122 V 158 f. E. 1b mit zahlreichen Hinweisen). Das Gericht hat diese 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 Be-

weismittel, 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 134 V 232 E. 5.1; 125 V 352 E. 3a, 122 V 160 E. 1c). Nichts desto trotz 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).

3.3 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).

4.1 Nach der Rechtsprechung führt Drogensucht (wie auch Alkoholismus und Medikamentenmissbrauch) als solche nicht zu einer Invalidität im Sinne des Gesetzes. Dagegen wird sie im Rahmen der Invalidenversicherung relevant, wenn sie eine Krankheit oder einen Unfall bewirkt hat, in deren Folge ein körperlicher oder geistiger, die Erwerbsfähigkeit beeinträchtigender Gesundheitsschaden eingetreten ist, oder wenn sie selber Folge eines körperlichen oder geistigen Gesundheitsschadens ist, dem Krankheitswert zukommt (BGE 124 V 268 E. 3c). Aus letzterem

Leitsatz folgt nicht, dass die Auswirkungen eines Substanzmissbrauchs, der seinerseits auf einen Gesundheitsschaden zurückgeht, per se invaliditätsbegründend sind. Die zitierte Praxis setzt vielmehr den Grundsatz um, dass funktionelle Einschränkungen nur anspruchsbegründend sein können, wenn sie sich als Folgen selbstständiger Gesundheitsschädigungen darstellen. Insofern verhält es sich ähnlich wie im Verhältnis zwischen psychosozialen oder soziokulturellen Umständen und fachärztlich festgestellten psychischen Störungen von Krankheitswert (vgl. BGE 127 V 299 E. 5a): Wo die Gutachter im Wesentlichen nur Befunde erheben, welche in der Drogensucht ihre hinreichende Erklärung finden, gleichsam in dieser aufgehen, ist kein invalidisierender psychischer Gesundheitsschaden gegeben. Dies trifft zu, wenn davon auszugehen ist, dass sich beispielsweise ein depressives Zustandsbild bei einer (angenommenen) positiven Veränderung der suchtbedingten psychosozialen Problematik wesentlich verbessern (und die damit verbundene Beeinträchtigung des Leistungsvermögens sich entsprechend verringern) würde (Urteile des Bundesgerichts vom 19. August 2013, 9C_856/2012, E. 2.2.1 und vom 11. März 2015, 8C_580/2014, E. 2.2.1).

4.2 Angesichts der finalen Natur der Invalidenversicherung (vgl. BGE 120 V 102 f E. 4c; ULRICH MEYER/MARCO REICHMUTH, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG], Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, 3. Aufl., Zürich 2014, Rz. 51 zu Art. 4) ist nicht entscheidend, ob die Drogensucht Folge eines körperlichen oder geistigen Gesundheitsschadens ist oder ob der Substanzmissbrauch ausserhalb eines Kausalzusammenhangs mit dem versicherten Gesundheitsschaden steht. In beiden Konstellationen sind reine Suchtfolgen invalidenversicherungsrechtlich irrelevant, soweit sie als solche allein leistungsmindernd wirken. Hingegen sind sie gleichermassen invalidenversicherungsrechtlich relevant, soweit sie in einem engen Zusammenhang mit einem eigenständigen Gesundheitsschaden stehen. Dies kann der Fall sein, wenn die Sucht – einem Symptom gleich – Teil eines Gesundheitsschadens bildet (BGE 99 V 30 E. 3b); dies unter der Voraussetzung, dass nicht allein die unmittelbaren Folgen des Konsums, sondern wesentlich auch der psychiatrische Befund selber zu Arbeitsunfähigkeit führt. Sodann können selbst reine Suchtfolgen invalidisierend sein, wenn daneben ein Gesundheitsschaden besteht, welcher die Abhängigkeit aufrecht erhält oder deren Folgen massgeblich verstärkt. Umgekehrt können die Auswirkungen des Konsums (unabhängig von ihrer Genese) wie andere psychosoziale Faktoren auch mittelbar zur Invalidität beitragen, wenn und soweit sie den Wirkungsgrad der Folgen eines Gesundheitsschadens beeinflussen (Urteile des Bundesgerichts vom 19. August 2013, 9C_856/2012, E. 2.2.2 mit Hinweisen und vom 11. März 2015, 8C_580/2014, E. 2.2.2).

5. Die Verwaltung als verfügende Instanz – und im Beschwerdefall das Gericht – dürfen eine Tatsache nur dann als bewiesen annehmen, wenn sie von ihrem Bestehen überzeugt sind (MAX KUMMER, Grundriss des Zivilprozessrechts, 4. Auflage, Bern 1984, S. 134 f.). 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 121 V 47 E. 2a; ZAK 1986 S. 189 f.).

E. 2c). Ein Anspruch auf Leistungen besteht demnach nur, wenn auch dessen Voraussetzungen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erfüllt sind (ZAK 1983 S. 259).

6.1 Im Rahmen der medizinischen Abklärungen gab die Beschwerdegegnerin eine bidisziplinäre Begutachtung des Versicherten in Auftrag:

Das rheumatologische Teilgutachten von Dr. med. B.____, FMH Allgemeine Innere Medizin und Rheumatologie, datiert vom 28. August 2017. Als rheumatologische Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit führte Dr. B.____ im Wesentlichen eine seropositive erosive rheumatoide Polyarthrit (ICD-10 M05) auf. Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit stellte Dr. B.____ ein intermittierendes lumbovertebrales Schmerzsyndrom (ICD-10 M54.5), bilaterale Senk- und Spreizfüsse (ICD-10 M21.6), einen Status nach Behandlung einer chronischen floriden Osteomyelitis des rechten Ellbogens sowie einen Status nach Abszessabdeckung am linken Ellbogen bei Status nach Rheumaknoten-Entfernung im August 2016 und einen Status nach Phlegmone des linken Ellbogens im September 2016 fest. Des Weiteren erwähnte Dr. B.____ wichtige internistische Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit: Eine arterielle Hypertonie (ICD-10 I10.90) sowie einen Status nach Hepatitis C. Dr. B.____ führte in seiner Beurteilung aus, dass der Versicherte anlässlich der aktuellen rheumatologischen Begutachtung Schmerzen im Bereich der Hände im Rahmen einer rheumatoiden Polyarthrit, die seit 2005 bestehe, beklage. Betroffen seien insbesondere die Handgelenke sowie die Metacarpophalangealgelenke beider Hände mit einer morgendlichen Steifigkeit, welche zwischen einer halben Stunde und zwei Stunden, je nach entzündlichem Zustand schwanken würde, sowie mit einer Kraftlosigkeit der Hände. Zur Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit hielt der Rheumatologe fest, dass sich als Maler, nämlich in einer körperlichen mittelschweren bis schweren Tätigkeit mit der Notwendigkeit repetitiv mit Kraftanwendung der Hände in monotoner bzw. ungünstiger körperlicher Haltung, auf Leitern und Treppen, Lasten über 10kg repetitiv zu heben, tragen oder zu stossen, aus rheumatologischer Sicht eine volle Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründen lasse. Dabei würden vorwiegend die postentzündlichen sekundären Veränderungen der Metacarpophalangealgelenke beider Daumen mit Bildung einer Neigung zur Subluxation beidseits sowie die beginnenden Einschränkungen der Beweglichkeit beider Radiocarpalgelenke interferieren. Diese sämtlichen Veränderungen würden die Funktion und Leistungsfähigkeit der Hände für Arbeiten einschränken, welche die Anwendung der Feinmotorik oder der Kraft der Hände über 10kg, das feste und treffsichere Heben eines Pinsels bzw. die Anwendung der Feinmotorik der Hände erfordern würden. Aus diesem Grund sei das Tragen von Lasten über 10kg nicht mehr möglich bzw. nicht mehr zumutbar. Das Besteigen von Leitern sei ebenfalls nicht mehr möglich. Für die restlichen Beschwerden der Lendenwirbelsäule mit funktioneller Einschränkung der Belastbarkeit des Rückens wegen der muskulären Dekonditionierung sowie für das leichte Streckdefizit beider Ellbogengelenke um 10° würden sich die entsprechenden Einschränkungen der Leistungsfähigkeiten mit der Limitierung, die bereits in diesem oben erwähnten negativen Belastungsprofil ermittelt worden seien, decken. Zur Arbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit hielt Dr. B.____ fest, dass das gleiche für jegliche körperliche schwere bis mittelschwere Tätigkeit mit der Notwendigkeit der Kraftanwendung der Hände über 10kg, der Anwendung der Feinmotorik der Hände sowie mit der Notwendigkeit auf Leitern zu arbeiten, Lasten über 10kg zu heben, tragen oder zu stossen, gelte. Dagegen lasse sich in ei-

ner körperlich leichten Tätigkeit, welche ohne Notwendigkeit der Kraftanwendung der Hände über 10kg, ohne die Anwendung der Feinmotorik der Hände, ohne das Tragen, Heben oder Stossen von Lasten über 10kg, im Stehen, Gehen und Sitzen alternierend, eine restliche Arbeitsfähigkeit von 80% bei 20%iger Verminderung der Leistungsfähigkeit ermitteln. Dabei werde die Notwendigkeit vermehrter Pausen und eine verminderte körperliche Leistungsfähigkeit beim aktuellen Ausmass der entzündlichen Erkrankung mit dieser Einschränkung der Arbeitsfähigkeit um 20% mitberücksichtigt.

Das psychiatrische Teilgutachten von Dr. med. C.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, datiert vom 15. Juni 2017. Dr. C.____ konnte keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit feststellen. Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit hielt er eine Opiatabhängigkeit, bei gegenwärtiger Teilnahme an einem ärztlich überwachten Ersatzdrogenprogramm (ICD-10 F11.22), sowie eine Alkoholabhängigkeit (ICD-10 F10.25) fest. Unter dem Abschnitt „Alltagsaktivitäten“ führte Dr. C.____ aus, dass der Versicherte um 22.00 Uhr ins Bett gehe und um 06.00 Uhr aufstehe. In der Regel könne er relativ gut schlafen. Das Aufstehen bereite ihm keine Probleme. Nach dem Frühstück erledige er die Morgentoilette. Tagsüber halte er sich oft im Haus E.____ auf, helfe dort bei Gartenarbeiten, bei Malerarbeiten oder bei der Renovation von Zimmern. Gerne gehe er auch an die G.____ und mache Spaziergänge. Er habe drei bis vier Kollegen, mit denen er sich regelmässig treffe. Sie würden sich gegenseitig besuchen, sich draussen aufhalten, ein Bier zusammen trinken. Den Haushalt führe er selbstständig. Er koche auch regelmässig. Abends sei er meistens zu Hause und sehe TV. Immer wieder werde er von seinen Kindern besucht. Dr. C.____ stellte fest, dass der altersentsprechend aussehende Versicherte einen gepflegten Eindruck mache. Die Zähne seien allerdings ungepflegt, kariös, gewesen. Er habe einen leichten Foetor aethylicus aufgewiesen. Der Explorand sei seit 1986 opiatabhängig, habe bis 2006 regelmässig Heroin konsumiert, stehe in einem Ersatzdrogenprogramm und konsumiere seit einem Jahr kein Heroin mehr. Er rauche regelmässig, rauche gelegentlich einen Joint und trinke täglich etwa zwei Liter Bier. Dr. C.____ führte aus, dass keinerlei Hinweise auf eine vorbestehende psychiatrische Störung bestünden, zu deren Behandlung er die Drogen eingesetzt hätte. Es handle sich um eine primäre Abhängigkeitserkrankung. Der Explorand zeige keinerlei Zeichen irreversibler geistiger oder psychischer Einschränkungen nach langjährigem Drogenkonsum. Bei der Untersuchung hätten keine kognitiven Einschränkungen festgestellt werden können. Der Versicherte lebe alleine, besorge seinen Haushalt selbstständig. Er übe Gelegenheitsarbeiten aus, pflege rege soziale Kontakte. Ausser der Alkohol- und Drogenabhängigkeit könne keine weitere psychiatrische Diagnose gestellt werden. Der Beschwerdeführer leide unter einer Polyarthritits mit Schmerzen in allen Gelenken. Dazu müsse aus somatischer Sicht Stellung genommen werden. Es lägen keine Hinweise auf eine wesentliche psychische Überlagerung der geklagten somatischen Beschwerden vor. Dr. C.____ nahm weiter Stellung zu früheren ärztlichen Einschätzungen und hielt insbesondere fest, dass der in grossen Abständen behandelnde Psychologe lic. phil. D.____ einen multiplen Substanzgebrauch diagnostiziert habe. Er habe aufgrund der somatischen Einschränkungen eine Arbeitsunfähigkeit von 50% bescheinigt. Ausserdem habe er eine deutliche suchtbedingte Wesensveränderung attestiert. Der Versicherte sei aber abgesehen von seinen ungepflegten Zähnen nicht verwahrlost gewesen. Er habe von regen sozialen Kontakten berichtet. Es bestehe keine verminderte psychische Belastbarkeit, der Beschwerdeführer habe nicht an einer

schweren psychiatrischen Störung gelitten, es seien auch keine besonders belastenden Lebensereignisse bekannt. Die vom behandelnden Psychologen attestierte Arbeitsunfähigkeit von 50% könne nicht bestätigt werden. In der bisherigen Tätigkeit bestehe aus psychiatrischer Sicht, Abstinenz vorausgesetzt, eine Arbeitsfähigkeit von 100%. Auch in jeder anderen beruflichen Tätigkeit bestehe aus psychiatrischer Sicht eine Arbeitsfähigkeit von 100%.

Bei der Konsensbesprechung hielten die beiden Gutachter fest, dass aus bidisziplinärer Sicht eine volle Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Maler seit August 2013 bestehe. In einer Verweistätigkeit bestehe eine 80%ige Arbeitsfähigkeit (bei 20%iger Leistungsminde- rung). Diese restliche Arbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit aus bidisziplinärer Sicht bestehe ab dem Zeitpunkt des rheumatologischen Gutachtens, da keine weitere genauere Spezifizierung in der Aktenlage vorliege.

6.2 Im Rahmen des Vorbescheidverfahrens berichtete der behandelnde Psychologe des Beschwerdeführers, D.____, am 3. Januar 2018 von seiner ambulanten Behandlung in der Psychiatrie X.____. Er habe bereits am 16. Dezember 2011 eine entsprechende fachliche Beurteilung zur Arbeitsfähigkeit des Versicherten abgegeben. Dort werde auf der Grundlage einer Suchterkrankung (F19.22) und einer damit einhergehenden suchtbedingten Wesensänderung die dauerhafte Reduktion der Arbeitsfähigkeit um 50% eingeschätzt. Die darin beschriebene Problematik habe sich in der Folgezeit in ihrer Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit überhaupt nicht verbessert, sondern im Gegenteil, sie sei chronifiziert und habe einen längerfristig angelegten stationären Aufenthalt notwendig gemacht. Dr. C.____ zeichne ein sehr harmonisches Bild des Versicherten, welches durch die relativ kurze Gesprächssituation erklärt werden könne, die tatsächliche Sachlage jedoch nicht beschreibe. Seit 1986, also seit über 30 Jahren, sei der Beschwerdeführer schwer drogenabhängig mit allen psychosozialen Konsequenzen. Die Wesensänderung des Versicherten habe aufgrund der langjährigen Chronifizierung schon seit der Erstberichterstattung Krankheitswert gehabt. Der Krankheitswert äussere sich vor allem im affektiven Bereich sowie in anderen psychischen Bereichen. Die Störung habe den Rang einer Persönlichkeitsstörung (F60.8), nicht jedoch den Rang einer reinen Anpassungsstörung (F43.2). Der Krankheitswert werde mittlerweile auch im Falle einer Abstinenz als dauerhaft weiterbestehend eingeschätzt. Dementsprechend sei auch die Einschränkung der Erwerbsfähigkeit dauerhaft herabgesetzt und mit einer Einschränkung von 50% milde beurteilt. Des Weiteren gebe es in der Krankenakte deutliche Hinweise darauf, dass die beiden Krankheitsbilder miteinander interagieren würden. Sowohl die schmerzlindernden Eigenschaften der Opiate als auch die Veränderungen durch die suchtbedingte Wesensänderung hätten sicher die Copingstrategien im Umgang mit der Erkrankung geprägt. Nicht umsonst sei der Versicherte zeitweise ganz aus der Behandlung seiner rheumatologischen Erkrankung ausgestiegen. Der Abbruch der Behandlung habe eindeutig Krankheitswert. Ausserdem führte Herr D.____ aus, es sei unwahrscheinlich, dass der Beschwerdeführer auf dem Arbeitsmarkt eine dem Gesundheitsschaden adäquate Arbeit finden könne. Ein Patient, der in seinen Alltagsangelegenheiten täglich persönliche Unterstützung benötige, habe wahrscheinlich auf dem ersten Arbeitsmarkt erhebliche Probleme einen Arbeitsplatz zu finden.

6.3 Am 22. März 2018 reichte Dr. C.____ eine Stellungnahme zum Schreiben des Behinder-
tenforums vom 9. Februar 2018 sowie zum Bericht von Herrn D.____ vom 3. Januar 2018 ein.
Dr. C.____ hielt fest, dass der Beschwerdeführer Ende 2016 von seiner Mutter aus dem Haus
gewiesen worden sei. Er habe dann keine Wohnung gefunden, dies hänge sicherlich vor allem
damit zusammen, dass er hohe Schulden habe, seit Jahren vom Sozialamt unterstützt werde.
Der Versicherte habe zum Zeitpunkt der Untersuchung seit drei Monaten in einer 1-
Zimmerwohnung gelebt. Er habe berichtet, dass er seinen Haushalt selbständig führe. Es sei
also nicht einer Wesensveränderung geschuldet, dass der Beschwerdeführer keine Wohnungen
gefunden habe, sondern seiner sozialen Situation mit hohen Schulden und Sozialhilfeabhängig-
keit. Der Versicherte habe während 20 Jahren trotz seiner ausgeprägten Drogenabhängigkeit
auf seinem Beruf als Maler gearbeitet. Es sei also während 20 Jahren nicht zu einer Wesens-
veränderung gekommen, obwohl der Versicherte in hohem Masse Drogen konsumiert habe.
Die Arbeit habe er wegen seiner Schmerzen aufgegeben. Es sei also nicht so, dass eine We-
sensveränderung dazu geführt habe, dass er die Arbeit aufgegeben habe. Des Weiteren hielt
Dr. C.____ fest, dass eine Persönlichkeitsstörung nicht als Folge eines langjährigen Drogen-
konsums entstehe. Der Versicherte zeige auch keinen ausgeprägten sozialen Rückzug, pflege
nach wie vor Kontakt zu den Kindern und Bekannten. Es seien keine Hinweise auf depressive
Verstimmungen feststellbar. Bei der psychiatrischen Untersuchung hätten sich keinerlei Zeichen
von Verwahrlosung gezeigt. Es sei völlig hypothetisch, dass allfällige Wesensveränderungen,
die allerdings nicht hätten objektiviert werden können, bei Suchtmittelfreiheit sich nicht zurück-
bilden würden. Regelmässiger Konsum von Heroin führe nicht zu irreversiblen geistigen oder
psychischen Schäden. Es treffe zwar zu, dass der Beschwerdeführer auf dem Arbeitsmarkt
wohl Schwierigkeiten habe, eine Arbeitsstelle zu finden. Diese Schwierigkeiten seien aber inva-
liditätsfremd, seien nicht einer psychiatrischen Erkrankung geschuldet. Der Explorand habe
während Jahren trotz des hohen Opiatkonsums gearbeitet. Die Arbeitsfähigkeit sei also auf-
grund der Abhängigkeit nicht beeinträchtigt. Wenn eine Entzugsbehandlung gescheitert sei,
könne daraus nicht geschlossen werden, dass prinzipiell ein Verzicht auf Opiate unzumutbar
wäre.

6.4 Am 27. August 2018 berichtete die Rheumatologie des Universitätsspitals Y.____, dass
beim Versicherten eine Entzündung der Hand- und Fingergelenke, welche zu einer einge-
schränkten Beweglichkeit sowie Unmöglichkeit des Faustschlusses führen und daher das siche-
re Greifen von Gegenständen sowohl schmerzhaft als auch unsicher machen würden, bestün-
de. Sie hätten daher eine Änderung in der Medikation vorgenommen, eine Verbesserung der
Situation könne aktuell noch nicht vorausgesagt werden. Daher könnten momentan schwere
Arbeiten, insbesondere mit Belastungen der Hände, nicht zugemutet werden. Auch bei leichte-
ren Tätigkeiten seien Pausen notwendig, aufgrund der entzündlichen Aktivität sei nach den
Pausen eine verstärkte Steifigkeit zunächst wieder zu überwinden, sodass es auch zur Ver-
langsamung in der Tätigkeit komme. Die Arbeitsunfähigkeit werde 20% sicher überschreiten, für
eine genauere Einschätzung müssten sie den Patienten erneut evaluieren.

7.1 Die IV-Stelle hat bei der Beurteilung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit
des Versicherten vollumfänglich auf das bidisziplinäre Gutachten der Dres. B.____ und C.____
abgestellt. Sie ging demzufolge davon aus, dass der Beschwerdeführer in seiner angestamm-

ten Tätigkeit als Maler zu 100% arbeitsunfähig sei. Hingegen bestehe in einer leidensangepassten Verweistätigkeit eine 80%ige Arbeitsfähigkeit. Wie oben ausgeführt (vgl. E. 3.2 hiervor), 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 der Expertise sprechen. Solche Indizien liegen hier nicht vor. Mit der IV-Stelle ist festzuhalten, dass das bidisziplinäre Gutachten der Dres. B.____ und C.____ weder formale noch inhaltliche Mängel aufweist und dass es – wie dies vom Bundesgericht verlangt wird (vgl. E. 3.2 hiervor) – für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge bzw. der Beurteilung der aktuellen medizinischen Situation einleuchtet, sich mit den vorhandenen abweichenden ärztlichen Einschätzungen auseinandersetzt und in den Schlussfolgerungen überzeugend ist.

7.2 Nachfolgend wird aufgezeigt, aus welchen Gründen auch die Vorbringen des Beschwerdeführers die Beweiskraft des bidisziplinären Gutachtens nicht zu entkräften vermögen.

Zunächst ist die für den vorliegenden Fall zentrale Frage zu klären, ob es sich bei der Erkrankung des Beschwerdeführers um eine primäre oder um eine sekundäre Suchterkrankung handelt. Sofern eine Suchterkrankung ohne weitere psychische Störungen bzw. psychiatrische Erkrankungen vorliegt, handelt es sich um ein reines (primäres) Suchtgeschehen und es besteht grundsätzlich kein Anspruch auf Leistungen der IV. Liegt hingegen eine Suchterkrankung vor und ist diese Folge einer anderen psychischen Störung bzw. psychiatrischen Erkrankung, handelt es sich um eine sekundäre Sucht. Wenn eine Suchterkrankung besteht und diese einen (geistigen oder körperlichen) Folgeschaden verursacht hat, handelt es sich um eine primäre Suchterkrankung mit invalidisierenden Folgeschäden. Bei den letzten beiden Formen einer Suchterkrankung wird nur der Gesundheitsschaden unter Ausblendung der Sucht beurteilt und bei der Festlegung des IV-Grades berücksichtigt (vgl. Dr. med. Arno Bindl, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, FOSUMOS Regio Sargans – Chur, Sucht und Invalidenversicherung).

7.3 Beim Beschwerdeführer liegt mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine primäre Suchterkrankung vor. Eine vor der Opiatabhängigkeit bestehende Erkrankung ist den medizinischen Akten nicht zu entnehmen. Ein sekundäres Suchtgeschehen kann deswegen ausgeschlossen werden. Umstritten ist zwischen den Parteien, ob sich aufgrund der Suchtproblematik ein invalidisierender Folgeschaden ergeben hat. Der behandelnde Psychologe D.____ geht davon aus, dass die Drogensucht beim Versicherten eine Wesensveränderung mit Krankheitswert sowie eine Verwahrlosung herbeigeführt habe. Die Arbeitsfähigkeit sei um 50% reduziert. Hingegen konnte der psychiatrische Gutachter Dr. C.____ neben der Opiat- und Alkoholabhängigkeit keine weitere Diagnose feststellen. Er habe abgesehen von den ungepflegten Zähnen auch keine Verwahrlosung erkennen können.

7.4 Aus den Akten geht hervor, dass der Beschwerdeführer seit 1986 opiatabhängig ist. Dass er zu einem früheren Zeitpunkt an einer anderen Erkrankung gelitten hätte, ist nicht bekannt. Im Jahr 2005 kam dann eine rheumatoide Polyarthrit hinzu. Es bestehen keine Hinweise dafür, dass diese eine Folge der Opiatabhängigkeit wäre. Der Versicherte hat zwar wohl aufgrund seiner chronischen Suchterkrankung die Behandlung der Arthritis zeitweise vernachlässigt bzw. unterbrochen, die beiden Krankheiten stehen aber ansonsten in keinem Zusammenhang. Zurzeit befindet sich der Beschwerdeführer in einem Methadon- bzw. Drogensatzprogramm, daneben konsumiert er seit 2016 keine Drogen mehr. Allerdings trinkt er täglich etwa zwei Liter Bier.

Eine Sucht hat natürlicherweise gewisse Auswirkungen. Diese sind aber grundsätzlich nicht IV-relevant. Es erscheint auch durchaus nachvollziehbar, dass es einem drogenabhängigen Menschen beispielweise an der Motivation sowie an den finanziellen Mitteln fehlt, um seine Zähne ordentlich zu pflegen. Bei ungepflegten Zähnen handelt es sich aber nicht um etwas Unabänderliches. Sofern sich der Versicherte sowohl in Bezug auf seine Sucht als auch in finanzieller Hinsicht erholt, könnte er seine Zähne wieder in Ordnung bringen lassen. Durch die Sucht bedingte Wesensmerkmale und Äusserlichkeiten würden sich bei Suchtmittelfreiheit mit überwiegender Wahrscheinlichkeit wieder zurückbilden.

Der behandelnde Psychologe D._____ macht zwar in seinem Bericht vom 3. Januar 2018 eine ausführliche Abhandlung der Krankengeschichte des Versicherten. Im Gegensatz zu Dr. C._____ hat Herr D._____ aber keine aktuellen objektivierten Befunde erhoben. Mit Dr. C._____ ist festzuhalten, dass langjähriger Drogenkonsum keine irreversiblen Schäden hervorruft. Dafür, dass der Beschwerdeführer über 30 Jahre lang heroinabhängig war, scheint er ausserdem in relativ guter körperlicher Verfassung zu sein. Dr. C._____ begründet denn auch nachvollziehbar, weshalb er der vom behandelnden Psychologen gestellten Diagnose einer Wesensveränderung mit Krankheitswert nicht zustimmen vermag. Der Versicherte habe während 20 Jahren trotz seiner ausgeprägten Drogenabhängigkeit als Maler gearbeitet. Es sei also während 20 Jahren nicht zu einer Wesensveränderung gekommen, obwohl der Versicherte in hohem Masse Drogen konsumiert habe. Die Arbeit habe er wegen seiner Schmerzen aufgegeben. Es sei also nicht so, dass eine Wesensveränderung dazu geführt habe, dass er die Arbeit aufgegeben habe.

7.5 Der Beschwerdeführer macht unter anderem geltend, dass er nicht einmal in der Lage sei, alltägliche Dinge selber zu erledigen. Er sei täglich auf Hilfe angewiesen. Aus der Aktenlage ergibt sich allerdings, dass der Versicherte seit April 2017 alleine in einer dem Haus E._____ angeschlossenen 1-Zimmerwohnung lebt, selbständig seinen Haushalt führt, spazieren geht und sich mit Kollegen und seinen Kindern trifft. Anlässlich der psychiatrischen Begutachtung hat der Versicherte sogar selber angegeben, dass die Wohnbegleitung des E._____ einmal im Monat vorbeikomme. Er erhalte immer wieder Komplimente, wie sauber er seine Wohnung halte (vgl. S. 8 des psychiatrischen Gutachtens). Es mag zwar sein, dass er im Jahr 2011 nicht einmal im Stande gewesen ist, das damalige IV-Verfahren durchzuziehen. Im aktuellen Verfahren ist er aber immerhin zu den beiden Begutachtungsterminen im Juni bzw. im August 2017 erschienen und kümmert sich um seine IV-rechtliche Angelegenheit.

Insgesamt vermögen die Schilderungen von Psychologe D.____ das Gutachten von Dr. C.____ nicht zu entkräften. Eine Wesensveränderung mit Krankheitswert ist nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen.

7.6 Weiter bringt der Beschwerdeführer vor, dass in rheumatologischer Hinsicht seit Mitte 2017 keinerlei Berichte der behandelnden Fachärzte mehr berücksichtigt worden seien. Für eine leistungsablehnende Entscheidung, welche erst Mitte 2018 getroffen werde, scheine dies unter rechtlichen Gesichtspunkten nicht korrekt. So habe in den Unterlagen, welche im Rahmen der Begutachtung zur Verfügung gestanden seien, insbesondere die aktuelle Einschätzung des Universitätsspitals Y.____, Abteilung Rheumatologie, gefehlt. Dem ist entgegenzuhalten, dass das rheumatologische Gutachten vom 28. August 2017 datiert und es somit nicht zu beanstanden ist, dass der letzte von Dr. B.____ gewürdigte Bericht aus dem Jahre 2017 stammt. Die zeitlich neuesten Berichte, welche der Gutachter im aktenmässigen Verlauf festhält, wurden sogar von ihm angefordert (vgl. S. 11 und 12 des rheumatologischen Gutachtens).

Zwischen Ende 2013 und Anfang 2017 war der Versicherte nicht in rheumatologischer Behandlung. Nach Dr. B.____ ist die rheumatologische Erkrankung des Beschwerdeführers nicht heilbar, sondern adäquat behandelbar. Dafür brauche es aber eine konstante Compliance. Sofern sich also der Versicherte im Rahmen der Therapie kooperativ verhält, sollte eine gewisse Verbesserung und Stabilisierung eintreten (vgl. S. 28 des rheumatologischen Gutachtens).

Anlässlich der Replik hat der Beschwerdeführer einen Bericht des Universitätsspitals Y.____, Rheumatologie, vom 27. August 2018 eingereicht. In diesem Bericht wird in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit lediglich angegeben, dass die Arbeitsunfähigkeit 20% sicher überschreiten werde, sie den Versicherten für eine genauere Einschätzung aber erneut evaluieren müssten. Wenn der Beschwerdeführer tatsächlich seit 2017 wieder in regelmässiger Behandlung ist, müsste wohl eine genauere Beurteilung der Arbeitsfähigkeit möglich sein. Diese noch vage Einschätzung vermag die Auffassung vom rheumatologischen Gutachter Dr. B.____ jedenfalls nicht in Zweifel zu ziehen. Schliesslich werden im Bericht des Universitätsspitals auch keine neuen medizinischen Befunde vorgebracht. Die darin beschriebenen Beschwerden waren Gutachter Dr. B.____ hinlänglich bekannt.

8.1 Zu prüfen bleiben die erwerblichen Auswirkungen der von den Gutachtern festgestellten gesundheitlichen Einschränkungen. Der Beschwerdeführer bemängelt den Einkommensvergleich insofern, als die Beschwerdegegnerin bei der Berechnung des Invalideneinkommens keinen leidensbedingten Abzug vorgenommen hat. Der Versicherte macht geltend, dass ein leidensbedingter Abzug in der Höhe von 20% bis 25% hätte berücksichtigt werden sollen.

8.2 Vom ermittelten statistischen Wert sind praxisgemäss verschiedene Abzüge zulässig. Im Entscheid 126 V 75 ff. hat das damalige Eidgenössische Versicherungsgericht (EVG) seine Rechtsprechung zu den Abzügen vom Tabellenlohn bereinigt und weiterentwickelt. Dabei hat es betont, dass die Frage, ob und in welchem Ausmass Tabellenlöhne herabzusetzen sind, von sämtlichen persönlichen und beruflichen Umständen des konkreten Einzelfalles abhängt (lei-

densbedingte Einschränkung, Lebensalter, Anzahl Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad), welche nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen sind. Dabei ist der Abzug vom statistischen Lohn unter Berücksichtigung aller jeweils in Betracht fallenden Merkmale letztlich aber auf insgesamt höchstens 25% zu begrenzen (BGE 126 V 80 E. 5b). Zu beachten ist ferner, dass allfällige bereits in der Beurteilung der medizinischen Arbeitsfähigkeit enthaltene gesundheitliche Einschränkungen nicht zusätzlich in die Bemessung des leidensbedingten Abzugs einfließen und so zu einer doppelten Anrechnung desselben Gesichtspunkts führen dürfen (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 20. April 2018, 9C_833/2017, E. 2.2 mit Hinweis).

8.3 Vorliegend hat die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung vom 27. Juni 2018 keinen Abzug vom Tabellenlohn gewährt, was nicht zu beanstanden ist. Den gesundheitlichen Einschränkungen wurde mit der veranschlagten Arbeitsunfähigkeit von 20% bereits vollumfänglich Rechnung getragen. Die Frage nach einem allfälligen leidensbedingten Abzug muss aber vorliegend ohnehin nicht abschliessend beantwortet werden. Mit der Beschwerdegegnerin ist nämlich festzuhalten, dass selbst bei einem äusserst grosszügigen Abzug in der Höhe von 15% ein Invaliditätsgrad von unter 40% resultiert.

8.4 Auch im Übrigen ist der von der Beschwerdegegnerin vorgenommene Einkommensvergleich in der angefochtenen Verfügung nicht zu bemängeln. Jedenfalls bleibt es dabei bei einem IV-Grad unter 40%. Die Vorinstanz hat den Rentenanspruch des Versicherten im Ergebnis somit zu Recht verneint, weshalb die hiergegen erhobene Beschwerde abzuweisen ist.

9.1 Laut 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 die Verfahrenskosten ihm aufzuerlegen sind. Da ihm mit Verfügung vom 4. Oktober 2018 die unentgeltliche Prozessführung bewilligt wurde, gehen die Verfahrenskosten vorläufig zu Lasten der Gerichtskasse.

9.2 Es werden keine Parteientschädigungen zugesprochen. Da § 22 Abs. 2 VPO den Kreis der Personen, die als unentgeltlicher Rechtsbeistand bestellt werden können, auf Anwälte und Anwältinnen beschränkt, kann die unentgeltliche Rechtspflege nicht in Bezug auf die Verbeiständung durch die Vertreterin des Beschwerdeführers gewährt werden.

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, soweit darauf eingetreten werden kann.
 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.

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