



**Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht**

**vom 7. September 2023 (720 23 19 / 200)**

---

**Invalidenversicherung**

**Invalidenrente, Ablauf des Wartejahrs: Beweiskraft des im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachtens**

\_\_\_\_\_ Besetzung      Präsidentin Doris Vollenweider, Kantonsrichter Christof Enderle, Kantonsrichter Jgnaz Jermann, Gerichtsschreiberin Tina Gerber

\_\_\_\_\_ Parteien      **A.**\_\_\_\_\_, Beschwerdeführer

gegen

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

\_\_\_\_\_ Betreff      IV-Rente

A.      Der 1966 geborene A.\_\_\_\_\_ meldete sich am 6. Februar 2020 unter Hinweis auf psychische Probleme, namentlich eine posttraumatische Belastungsstörung, bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an. Die zuständige IV-Stelle Basel-Landschaft (IV-Stelle) klärte in der Folge die erwerblichen und gesundheitlichen Verhältnisse ab, wobei sie bei Dr. med. B.\_\_\_\_\_, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, ein psychiatrisches Gutachten einholte. Gestützt auf die Ergebnisse ihrer Abklärungen ermittelte sie für die Zeit ab dem 17. September 2019 eine Arbeitsunfähigkeit von 30%. Mit Verfügung vom 13. Dezember 2022 wies die

IV-Stelle das Leistungsbegehren des Versicherten ab. Da die Arbeitsunfähigkeit weniger als die gesetzlich geforderten 40% betrage, könne das Wartejahr nicht erfüllt werden.

B. Gegen diese Verfügung erhob A.\_\_\_\_\_ am 26. Januar 2023 Beschwerde beim Kantonsgericht, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht). Er beantragte, es sei ihm in Aufhebung der Verfügung vom 13. Dezember 2022 eine ganze Rente zuzusprechen, eventualiter sei die Angelegenheit zur Durchführung einer weiteren Begutachtung und zum Erlass eines neuen Entscheids an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. In verfahrensrechtlicher Hinsicht wurde um die Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung ersucht. Zur Begründung führte er im Wesentlichen aus, dass die Ergebnisse des psychiatrischen Gutachtens nicht schlüssig seien. So sei nicht nachvollziehbar, dass der Gutachter zwar die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung bejahe, gleichzeitig aber festhalte, dass der Alltag gut gemeistert werde und er keinen Leidensdruck habe. Dr. B.\_\_\_\_\_ habe ferner seine körperlichen Symptome ungenügend berücksichtigt. Es sei auf die Einschätzungen seiner behandelnden Ärzte abzustellen.

C. Mit Verfügung vom 31. Januar 2023 wurde dem Beschwerdeführer für das vorliegende Verfahren die unentgeltliche Prozessführung bewilligt.

D. In ihrer Vernehmlassung vom 17. März 2023 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde. Sie habe zu Recht auf das eingeholte Gutachten und die übereinstimmende Einschätzung ihres Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) abgestellt. Die unterschiedliche Einschätzung der Arbeitsfähigkeit durch die behandelnden Ärzte sei darauf zurückzuführen, dass diese die versicherungsmedizinisch relevanten Faktoren nicht berücksichtigten. Aufgrund der Akten könne überdies nicht von einem relevanten somatischen Geschehen ausgegangen werden. Ein strukturiertes Beweisverfahren unter Anwendung der Standardindikatoren habe ergeben, dass der Beschwerdeführer nicht relevant in seiner Arbeitsfähigkeit eingeschränkt sei.

E. Mit Verfügung vom 4. April 2023 wurde der vorliegende Fall dem Gericht zur Beurteilung überwiesen.

Das Kantonsgericht zieht **in Erwägung** :

1.1 Gemäss Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) vom 19. Juni 1959 können Verfügungen der kantonalen IV-Stellen direkt vor dem Versicherungsgericht am Ort der IV-Stelle angefochten werden. Anfechtungsobjekt des vorliegenden Verfahrens bildet eine Verfügung der IV-Stelle Basel-Landschaft, sodass die örtliche Zuständigkeit des Kantonsgerichts Basel-Landschaft zu bejahen ist. Laut § 54 Abs. 1 lit. b des Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 beurteilt das Kantonsgericht als Versicherungsgericht als einzige gerichtliche Instanz des Kantons Beschwerden gegen Verfügungen der kantonalen IV-Stelle. Es ist somit auch sachlich zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig. Auf die unter Berücksichtigung von Art. 38 Abs. 4 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000 frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde vom 26. Januar 2023 ist demnach einzutreten.

1.2 Am 1. Januar 2022 trat die vom Gesetzgeber am 19. Juni 2020 beschlossene Änderung des IVG ("Weiterentwicklung der IV", WEIV) in Kraft. Auf alle Rentenansprüche, die ab dem 1. Januar 2022 entstehen, finden grundsätzlich die Bestimmungen des IVG und diejenigen der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) vom 17. Januar 1961 in der ab dem 1. Januar 2022 geltenden Fassung Anwendung. Wird der Anspruch auf eine IV-Rente bzw. die Abweisung des Leistungsgesuchs – wie hier – nach dem 1. Januar 2022 verfügt, gilt unter anderem folgendes: Liegt der – mutmassliche – Eintritt der Invalidität und Beginn des Rentenanspruchs vor dem 1. Januar 2022, so bleiben die bis 31. Dezember 2021 gültigen Bestimmungen anwendbar (Kreisschreiben über Invalidität und Rente in der Invalidenversicherung [KSIR], gültig ab 1. Januar 2022, Rz. 9101). Vorliegend steht ein Rentenanspruch ab August 2020 (Ablauf des Wartejahrs) in Frage. Demnach bleiben die Bestimmungen des IVG und diejenigen der IVV sowie des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000 in der bis zum 31. Dezember 2021 gültig gewesenen Fassung anwendbar. Sie werden im Folgenden jeweils in dieser Version wiedergegeben, zitiert und angewendet.

2. Strittig und zu beurteilen ist der Rentenanspruch des Beschwerdeführers. Massgebend ist der Sachverhalt, wie er sich bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 13. Dezember 2022 entwickelt hat. Dieser Zeitpunkt bildet rechtsprechungsgemäss die zeitliche Grenze der richterlichen Überprüfungsbefugnis (BGE 129 V 1 E. 1.2 mit Hinweis).

3.1 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 wiederherstellen, 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).

3.2 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).

3.3 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.

3.4 Die Annahme einer allenfalls invalidisierenden psychischen Gesundheitsbeeinträchtigung setzt eine fachärztlich (psychiatrisch) gestellte Diagnose nach einem wissenschaftlich anerkannten Klassifikationssystem voraus (BGE 131 V 49 E. 1.2, 130 V 396 E. 5.3 und E. 6). Zu betonen ist, dass im Kontext der rentenmässig abzugelenden psychischen Leiden belastenden psychosozialen Faktoren sowie soziokulturellen Umständen kein Krankheitswert zukommt. Ein

invalidisierender Gesundheitsschaden im Sinne von Art. 8 ATSG in Verbindung mit Art. 4 Abs. 1 IVG setzt in jedem Fall ein medizinisches Substrat voraus, das die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit wesentlich beeinträchtigt. In BGE 143 V 409 und 143 V 418 hat das Bundesgericht entschieden, dass grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen sind. Dieses für somatoforme Leiden entwickelte Vorgehen definiert systematisierte Indikatoren, die – unter Berücksichtigung von leistungshindernden äusseren Belastungsfaktoren einerseits und von Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 2, E. 3.4 bis 3.6 und 4.1). Entscheidend ist dabei, unabhängig von der diagnostischen Einordnung des Leidens, ob es gelingt, auf objektivierter Beurteilungsgrundlage den Beweis einer rechtlich relevanten Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit zu erbringen, wobei die versicherte Person die materielle Beweislast zu tragen hat (BGE 143 V 409 E. 4.5.2 mit Hinweis auf BGE 141 V 281 E. 3.7.2).

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

4.2 Bei der Feststellung des Gesundheitszustandes und insbesondere auch bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der versicherten Person ist die Verwaltung – und im Beschwerdefall das Gericht – auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der Person noch zugemutet werden können (BGE 132 V 93 E. 4 mit weiteren Hinweisen).

4.3 Das Gericht hat die medizinischen Unterlagen nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (vgl. Art. 61 lit. c ATSG) – wie alle anderen Beweismittel – frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist demnach entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c).

4.4 Die Rechtsprechung erachtet es mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (vgl. die ausführlichen Zusammenstellungen dieser Richtlinien in BGE 125 V 351 E. 3b und in AHI-Praxis 2001 S. 114 E. 3b, jeweils mit weiteren Hinweisen). So ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärztinnen und -ärzte, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 351 E. 3b/bb mit weiteren Hinweisen). In Bezug auf Berichte von behandelnden Ärzten darf und soll das Gericht der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 125 V 353 E. 3b/cc). Die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes einerseits und von Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits (vgl. BGE 124 I 175 E. 4; Urteil des EVG vom 13. Juni 2001, I 506/00, E. 2b) lässt nicht zu, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die behandelnden Ärzte wichtige – und nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 25. Mai 2007, I 514/06, E. 2.2.1, mit Hinweisen).

4.5. Das Administrativverfahren und der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1 ATSG und Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben die Verwaltung und das Sozialversicherungsgericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht (Urteil des Bundesgerichts vom 9. April 2018, 9C\_273/2017, E. 3.1). Was zu beweisen ist, ergibt sich aus der Sach- und Rechtslage.

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

5.1 Die behandelnde Hausärztin Dr. med. C.\_\_\_\_, FMH Allgemeine Innere Medizin und Infektiologie, führte in ihrem Arztbericht zuhanden der IV-Stelle vom 17. März 2020 aus, dass sie den Patienten hauptsächlich bezüglich seiner seit langem stabilen somatischen Probleme betreue. Neu aufgetreten seien Schulterschmerzen. Der Patient leide an einer arteriellen Hypertonie, einem Diabetes mellitus Typ 2, der mässig gut eingestellt sei, sowie an einer Tendinitis der linken Bizepssehne. Die Problematik an der Bizepssehne habe momentan Auswirkung auf die

Arbeitsfähigkeit, wobei keine Krankschreibung erfolgt sei. Ebenfalls Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit hätten die psychiatrischen Diagnosen. Diese seien ihr indessen nicht bekannt und sie sei über die psychiatrische Situation nicht informiert.

5.2 Mit Bericht vom 20. Juli 2020 diagnostizierte Dr. med. D.\_\_\_\_, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, der Psychiatrie X.\_\_\_\_ mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine posttraumatische Belastungsstörung (PTBS, ICD-10 F 43.1), eine Alkoholabhängigkeit (ICD-10 F 10.2) sowie einen Verdacht auf eine narzisstische Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F 60.8). Der Patient sei in Sri Lanka geboren und streng katholisch erzogen worden. Die Kindheit habe er als schön und behütet erlebt. Im Jahr 1985 sei der Vater vom Militär vor dem Haus erschossen worden, der Patient habe den Schuss von Weitem gehört und habe den Vater tot aufgefunden. Fünf Jahre später sei das Familienanwesen und der Wohnort vom Militär zerstört worden. Er habe anschliessend Geologie studiert. Während des Studiums sei er eines nachts in Augenbinde und Handschellen vom Militär abgeführt worden mit anschliessender Verhaftung und Folter im Gefängnis während rund zweieinhalb Monaten. Im Jahr 1994 habe er in der Schweiz Asyl erhalten. Die Mutter sei im Jahr 2001 verstorben, er habe sie vor ihrem Tod nicht mehr besuchen und auch an der Beerdigung nicht teilnehmen können. 2010 habe er einen Rückkehrversuch unternommen, sei jedoch erneut für einige Tage ins Gefängnis gekommen. Der Patient befinde sich seit dem 17. September 2018 in ihrer ambulanten Behandlung. Während des Berichtens zeige er ein deutliches Hyperarousal und somatische Dissoziationen mit Körpersensationen. Er erlebe Flashbacks, es bestünden nach wie vor Alpträume bis zu dreimal wöchentlich. Es entwickelte sich überdies eine Alkoholabhängigkeit mit Entzugssymptomen und immer wieder im Vordergrund stehendem starken Craving, oftmals im Zusammenhang mit den Flashbacks und dem Hyperarousal. Im Verlauf der Therapie sei es dem Patienten gelungen, den Konsum eher zu kontrollieren, aktuell trinke er an zwei Tagen pro Woche je ein bis zwei Bier. Gemäss Mini-ICF-App sei der Patient bei der Anpassung von Regeln und Normen leicht eingeschränkt; bei der Planung und Strukturierung von Aufgaben sowie in der Flexibilität und Umstellungsfähigkeit sei er jeweils mässig bis erheblich eingeschränkt. Mässig eingeschränkt sei er überdies bei der Kompetenz- und Wissensanwendung, wobei hier auch sprachliche Defizite oder kulturelle Unterschiede eine Rolle spielen könnten. Keine Einschränkung bestehe bei der Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit, bei der Selbstpflege und Selbstversorgung sowie bei der Mobilität. Bei den Proaktiv- und Spontanaktivitäten sei er mittelgradig eingeschränkt, ebenso bei der Selbstbehauptung und der Konversation und Kontaktfähigkeit zu Dritten. Der Widerstand sei eher hoch, die Durchhaltefähigkeit eher erheblich eingeschränkt, es bestehe eine geringe Frustrationstoleranz. Die Gruppenfähigkeit sei aufgrund des sozialen Rückzugs und der sprachlichen Hemmung eher schwierig. Die Fähigkeit zu dyadischen Beziehungen bestehe bloss in Bezug auf einzelne Freunde, im beruflichen Kontakt sei diese nicht beurteilbar. Empfohlen werde eine traumaspezifische Therapie alle zwei Wochen sowie die Teilnahme an einer Traumagruppe, das Erlernen verschiedener Methoden zur Förderung der Achtsamkeit und Stressreduktion, Laborkontrollen zur weiteren Abstinenzmotivation. Hilfreich könne eine erneute Therapie in tamilischer Sprache sein sowie eine stationäre Therapie. Diese therapeutischen Möglichkeiten sowie eine medikamentöse Behandlung seien bisher vom Patienten abgelehnt worden, bei erhöhtem Vermeidungsverhalten. In Bezug auf die Arbeitsfähigkeit wurde Folgendes festgehalten: Die bisherige Tätigkeit als Staplerfahrer sei nicht mehr zumutbar ausserhalb eines geschützten Arbeitsplatzes mit Anerkennung seiner Fähigkeiten und

Rücksicht auf seine persönlichen Einschränkungen, mit wenig Druck und der Möglichkeit, Pausen zu machen. Eine dem Leiden angepasste Tätigkeit sei zunächst vier Stunden täglich zumutbar mit der Möglichkeit zur Steigerung. Eine höhere Arbeitsfähigkeit sei jedoch kontraproduktiv, wenn damit die Begleittherapie verunmöglicht werde. Die Prognose zur Eingliederung sei eher ungünstig, auch aufgrund der narzisstischen, leicht kränkbaren Persönlichkeitsbereiche.

5.3 Der Psychotherapeut E. \_\_\_\_ berichtete mit Schreiben vom 27. Januar 2021 über die Behandlung des Patienten vom 4. November 2014 bis Dezember 2015. Er diagnostizierte eine PTBS (ICD-10 F 43.1), differenzialdiagnostisch aufgrund des Zeitkriteriums eine andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung (ICD-10 F 62.0), Probleme verbunden mit Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung sowie akzentuierte Persönlichkeitszüge mit schneller narzisstischer Kränkung und Rückweisungsgefühl (ICD-10 Z 73.1). Eine medikamentöse Behandlung habe nicht stattgefunden.

5.4 Im Auftrag der IV-Stelle erstattete Dr. med. B. \_\_\_\_, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, am 6. Januar 2022 ein psychiatrisches Gutachten. Darin diagnostizierte er mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F 43.1). Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bestehe eine Alkoholabhängigkeit (ICD-10 F 10.2). Die Diagnose einer narzisstischen Persönlichkeitsstörung habe weder klinisch noch in der entsprechenden Testung bestätigt werden können.

Der Explorand beklage seit seiner Inhaftierung immer wiederkehrende quälende Erinnerungen. Meistens gehe es dabei um die Inhaftierung und Folterung; er sei gefesselt und spüre dabei die Fesseln, es gehe um die Schläge oder dass er mit dem Kopf nach unten aufgehängt worden sei. Es komme aber auch zu Erinnerungen daran, wie er den Vater tot aufgefunden habe. Bei besonders lebhaften Erinnerungen werde ihm alles zu viel. Er fühle sich übermannt und mit allem überfordert. Auf die Arbeit bezogen habe der Explorand erläutert, dass er dann alles habe fallen lassen und eine Pause machen müssen. Solche Zustände würden aktuell zwei- bis dreimal pro Woche stattfinden und dauerten zwei bis drei Stunden an. Er leide ausserdem an unspezifischen Alpträumen und Schlafstörungen. Er vermeide so gut wie möglich Dinge, welche die Erinnerungen hervorrufen könnten, so beispielsweise Filme, in denen geschossen werde, Nachrichten über kriegerische Handlungen, Armeefahrzeuge. Er fühle sich seit den Ereignissen verändert, sei reizbar geworden. Die Medikation helfe ihm. Er fühle sich eigentlich in der Lage, an einem ruhigen Arbeitsplatz in einem Pensum von 50% zu arbeiten.

Der Explorand befinde sich aktuell in einer niedrigfrequenten psychotherapeutischen Behandlung. Auch in der Vergangenheit seien letztlich lediglich drei, relativ kurze Behandlungsphasen zu verzeichnen, welche teilweise auf Druck des Sozialamtes erfolgt seien. Eine teilstationäre oder stationäre Behandlung habe nie stattgefunden. Der Explorand habe keine Fluktuation der Symptomatik oder eine Änderung durch die Behandlung angegeben. Eine medikamentöse Behandlung sei weitgehend abgelehnt worden und auch in der aktuellen Situation sei kein Wunsch nach einer Intensivierung der Therapie ersichtlich. In der Gesamtschau sei ein solcher Verlauf schwer mit einem durch erhebliche Symptome oder Einschränkungen bedingten Leidensdruck zu vereinbaren. Der Explorand habe nach seiner Ankunft in der Schweiz regulär gearbeitet und sich einer

psychiatrischen Behandlung unterzogen. Damit sei davon auszugehen, dass er trotz allfälliger Krankheitssymptome jahrelang eine gute Funktionsfähigkeit gezeigt habe. Die aktuell geltend gemachte Arbeitsunfähigkeit könnte deshalb bloss dann als nachvollziehbar angesehen werden, wenn zwischenzeitlich eine Verschlechterung eingetreten sei. Eine solche lasse sich jedoch unter Berücksichtigung des Verlaufs und allfällige negative Life Events nicht objektivieren. Sodann müssten sich die erheblichen krankheitsbedingten Einschränkungen in anderen Situationen und Lebensbereichen abbilden. Der Befund sei jedoch bis auf subjektive Angaben, die von aussen nicht zu beurteilen seien, recht bland. Erscheinung und Verhalten in der Untersuchung hätten nicht erheblich krankhaft gewirkt. Den Beschreibungen des Tagesablaufs lasse sich entnehmen, dass der Explorand den Alltagspflichten einigermaßen nachkommen könne und eine gewisse Aktivität zeige. Wirkliche Hobbies hätten bereits vor der Erkrankung nicht bestanden. Auffallend sei überdies, dass nicht die Erkrankung als Grund für die fehlende Partnerschaft angegeben werde. Das Vorhandensein einer erheblichen Problematik lasse sich nicht objektivieren. Der von den behandelnden Ärzten durchgeführte Mini-ICF-App beurteile entgegen den Leitlinien das Verhalten des Exploranden (Performance) und nicht die objektivierbaren krankhaften Einschränkungen (Capacity) und beziehe sich ferner nicht auf die Anforderungen an eine angepasste Tätigkeit, so dass daraus keine Schlüsse über die Arbeitsfähigkeit gezogen werden können. Bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit seien die krankheitsfremden Faktoren auszuklammern. Dazu sei zunächst zu konstatieren, dass der Explorand seit Jahren nicht mehr regulär gearbeitet und eine Dekonditionierung stattgefunden habe. Es bestehe keine anerkannte Berufsausbildung. Wichtig erscheine zudem der beobachtbare soziale Abstieg von der Kindheit und Jugend bis nach der Flucht in die Schweiz. Es sei davon auszugehen, dass sich dies negativ auf die Motivation auswirke, was auch im letzten Behandlungsbericht bestätigt werde. Zu nennen sei angesichts der bereits längeren Aufenthaltsdauer im Land und angesichts der schulischen Fähigkeiten des Exploranden auch der mangelnde Spracherwerb. In der Gesamtschau entstehe der Eindruck, dass diese krankheitsfremden Faktoren, insbesondere die mangelhafte Integration in der Schweiz und die mangelnden guten Perspektiven sich sehr auf die Motivation des Exploranden auswirken und die berufliche Laufbahn mit zunehmend kürzeren Anstellungen und längeren Phasen der Arbeitslosigkeit massgeblich beeinflussen würden. Gleichzeitig sei davon auszugehen, dass die vorliegende Traumafolgesymptomatik – soweit sie nicht durch den Einsatz der Psychopharmaka in Reserve genügend reduziert werden könne – gewisse Beschwerden und Einschränkungen, wenn auch nicht in erheblichem Ausmass, zur Folge habe. So sei von einer Anspannung auszugehen, welche den Exploranden beeinträchtigen könne, namentlich bei der Durchhaltefähigkeit und der Anpassungsfähigkeit an die Anforderungen Dritter. Ferner komme es zu einer affektiven Alteration, welche sich negativ auf die Interaktion auswirke. Ebenso sei von Einschränkungen in der Flexibilität auszugehen, was sich jedoch je nach Tätigkeit bloss geringfügig auswirken dürfte.

Insgesamt sei eine Tätigkeit mit geringen Anforderungen an die Interaktion, die möglichst klar geregelt sei, mit überschaubaren Aufgaben und ohne hohe Anforderungen an die Flexibilität ideal. In einer solchen Tätigkeit liesse sich eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 30% begründen. Es sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass diese Einschränkung bereits seit 2018 vorliege.

5.5 Mit Bericht vom 1. April 2022 nahm der behandelnde Arzt Dr. med. F.\_\_\_\_, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, zum Gutachten von Dr. B.\_\_\_\_ vom 6. Januar 2022 Stellung. Als Diagnosen wurden eine schwere posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F 43.1) und eine Alkoholabhängigkeit festgehalten. Der Gutachter habe die Schwere der Erkrankung und damit das Ausmass des Leidens des Patienten nicht erkannt. Nach Therapiebeginn am 25. Mai 2021 habe er sofort eine medikamentöse Behandlung mit Quetiapin 25 mg begonnen, welche für den Patienten sehr positiv gewesen sei. Er könne damit besser schlafen, habe etwas weniger Alpträume mit Panikattacken bei Erinnerungen an die Folterungen und Tötung seiner Angehörigen. Es sei indessen bekannt, dass diese Erinnerungen nicht wegtherapiert werden könnten. Dem Patienten gelinge es heute besser, mit der Belastung umzugehen. Er meide jedoch auch alle Situationen, die ihn belasten könnten. Schwer belastend seien Situationen, denen er nicht ausweichen könne und bei denen er unter Druck gerate. Solche lösten ihn ihm dasselbe Gefühl des Ausgeliefertseins und der Ohnmacht aus, wie er sie während seines Gefängnisaufenthaltes erlebt habe. Dann würden gewisse Stimmen, Töne, Bilder oder Berührungen genügen, um alle Erinnerungen wieder zu aktivieren. Er gerate dann in eine Art Starre, in der er sich nicht mehr spüre und wie gelähmt sei. Manchmal helfe es, wenn er sich an eine Wand stelle, manchmal müsse er einfach weglaufen. Eine stationäre oder teilstationäre Therapie löse beim Patienten ebenfalls Panikgefühle aus, da diese Massnahmen für ihn Druck und Ausgeliefertsein bedeuten würden. Er könne sich deshalb nicht auf eine Intensivierung der Therapie einlassen. Zum Verlauf sei festzustellen, dass der Zustand des Patienten heute viel destabilisierter sei als nach der Einreise in die Schweiz. Dies sei letztlich auf den Tod der Mutter im Jahr 2001 mit anschliessendem Einsetzen der Alkoholsucht und insbesondere auf die erneute Inhaftierung im Jahr 2010 in Sri Lanka zurückzuführen. Die starke Zunahme der Symptomatik sei deshalb entgegen der Auffassung des Gutachters nachvollziehbar. Ferner könne er die Einschätzung des Gutachters, wonach das Gedächtnis des Patienten intakt sei, aus seiner Praxis nicht bestätigen. So bringe er immer wieder Dinge durcheinander und mache insbesondere zu seinen Arbeitseinsätzen widersprüchliche Angaben. Aus dem Gutachten gehe nicht hervor, in welchem Detaillierungsgrad der Gutachter nach den traumatisierenden Ereignissen gefragt bzw. in welchem Detaillierungsgrad der Patient seine Antworten formuliert habe. Daraus wie auch aus der Tatsache, dass der Patient Behandlungen gegenüber distanziert sei, dürften jedoch keine Schlüsse über einen mangelnden Leidensdruck gezogen werden. Vielmehr sei es Ausdruck des massiven Vermeidungsverhaltens des Patienten. Aufgrund der Verschlechterung der Symptomatik sei mittlerweile von einem chronifizierten Geschehen mit einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit im ersten Arbeitsmarkt auszugehen.

5.6 Im Rahmen des Vorbescheidverfahrens wurden Dr. B.\_\_\_\_ von Seiten der IV-Stelle Rückfragen gestellt. In deren Beantwortung vom 21. Juli 2022 führte der Gutachter aus, dass ihm bewusst sei, dass angesichts der schrecklichen Erfahrungen des Exploranden eine andere Beurteilung erwartet worden sei. Dementsprechend werde nach Sichtung der neuen Unterlagen die gesamte Beurteilung des Gutachtens sehr gerne kritisch hinterfragt. Zunächst sei festzuhalten, dass die Symptome des Exploranden, seine schrecklichen Erfahrungen, die erneute Inhaftierung und der Tod der Mutter sowie das Vorliegen einer posttraumatischen Belastungsstörung in keinstre Weise bestritten würden. Diese Themen (traumatisierende Erfahrungen, Symptomatik, Diagnose) stellten zwar wichtige Aspekte im Gutachten dar, doch es müssten auch andere berück-

sichtigt werden. Es sei zu betonen, dass bei Traumafolgestörungen das «Ausmass» der Traumatisierung und die Symptomatik nicht unbedingt mit der Funktionsfähigkeit korrelieren würden. Der Explorand selbst habe anlässlich der Begutachtung eine 50%ige Arbeitsfähigkeit geltend gemacht. Eine der Unklarheiten in diesem Fall sei, dass früher eine gute Leistungsfähigkeit bestanden habe und nun eine wesentliche Einschränkung in der Leistungsfähigkeit geltend gemacht werde. Eine Verschlechterung des Zustandes sei durchaus möglich, müsse jedoch von gutachterlicher Seite her nachgewiesen werden. Der Explorand selbst habe keine Verschlechterung geltend gemacht, weder nach dem Tod der Mutter im Jahr 2001 noch nach der erneuten Inhaftierung im Jahr 2010. Er habe lediglich eine Zunahme des Alkoholkonsums nach dem Tod der Mutter angegeben, nicht jedoch eine Verschlechterung der Traumafolgesymptomatik. Eine Verschlechterung der Symptomatik sei in diesen Phasen auch nicht dokumentiert worden, weil keine Behandlung stattgefunden habe. Die Behandlungsphasen korrelierten nicht mit diesen Ereignissen. Die in den Akten dokumentierte Aussteuerung korreliere ebenfalls nicht mit den Ereignissen, sondern fand im Jahr 2005 statt. Denkbar sei somit eher eine langsame, schleichende Verschlechterung, die der Explorand so aber ebenfalls nicht angegeben habe bzw. nicht wahrgenommen habe. Damit stünden lediglich gewisse Beschwerden im Raum, die wiederkehrend auftreten würden und zu einem Unterbruch der Arbeit geführt hätten. Es handle sich hierbei um Beschwerden, die schwer zu objektivieren seien. Deren Vorliegen sei nicht strittig. Strittig sei indessen deren Ausmass bzw. das Ausmass der dadurch bedingten Einschränkung in der Funktionsfähigkeit. Dabei sei zu berücksichtigen, dass bereits eine sehr geringe Dosis des Quetiapins zu einer wesentlichen Verbesserung geführt habe. Eine höhere Dosis werde nicht eingenommen, was eher gegen das Vorliegen schwerer Beschwerden spreche. Es werde nicht bestritten, dass sich möglicherweise Gründe dafür finden liessen, dass der Explorand keine intensivere Behandlung in Anspruch nehme. Er selbst habe solche Gründe indes nicht geltend gemacht. Bei der Besprechung der verschiedenen Lebensbereiche (Alltagspflichten, Aktivität, Hobbies, soziales Umfeld) hätten sich keine wesentlichen Einschränkungen feststellen lassen. Solche seien vom Exploranden auch nicht geltend gemacht worden. Ferner hätten die Befunde und das Verhalten während der Exploration nicht auf erhebliche Einschränkungen hingewiesen. Die im Einwandschreiben aufgeführte Kritik an der Ausführlichkeit der Befragung sei unangebracht und zurückzuweisen. Die detaillierte Exploration traumatisierender Erfahrungen im gutachterlichen Setting könne zu einer Destabilisierung führen und sei für die Betroffenen üblicherweise sehr belastend, weshalb im Einzelfall diese negativen Konsequenzen mit dem Wissenszuwachs abzuwägen seien. Im vorliegenden Fall seien genügend Informationen vorhanden gewesen, um die Diagnosekriterien der PTBS zu bejahen. Das Erheben weiterer Details zu den traumatisierenden Erfahrungen, insbesondere gegen einen gewissen Widerstand des Exploranden, habe in solchen Fällen in der Regel keine Konsequenz für die gutachterliche Fragestellung, sei jedoch für die Betroffenen unter Umständen sehr belastend und in einem gutachterlichen Setting somit schlichtweg übergriffig, unethisch und unnötig. Zu den anderslautenden Einschätzungen der behandelnden Fachärzte sei festzuhalten, dass von deren Seite wesentliche Aspekte unberücksichtigt geblieben seien. Insbesondere sei in Bezug auf das Mini-ICF-App vom 20. Juli 2020 darauf hinzuweisen, dass eine Objektivierung der angegebenen Beschwerden fehle. So werde nicht erklärt, weshalb eine schwere Störung der Anpassungsfähigkeit vorliege; hier und bei der Flexibilität und Proaktivität werde bloss das tatsächliche Verhalten (Performance), nicht jedoch die Fähigkeit (Capacity) berücksichtigt. In der Strukturierungsfähigkeit würden krankheitsfremde Aspekte mitberücksichtigt,

ebenso bei der Kompetenzanwendung oder der Gruppenfähigkeit., Bei der Beurteilung der Kontaktfähigkeit zu Dritten würden ausschliesslich krankheitsfremde Faktoren aufgeführt. Darin widerspiegeln sich ein Stückweit die Problematik des vorliegenden Falls: Es würden dysfunktionale Verhaltensweisen wie mangelnde Kooperation, mangelnde Motivation und krankheitsfremde Faktoren aufgeführt, bei der Gesamtbeurteilung jedoch ausgeblendet. Da der Bericht vom 20. Juli 2020 weder eine Auseinandersetzung mit der Frage beinhaltet, welche Einschränkungen oder dysfunktionale Verhaltensweisen überhaupt krankheitsbedingt seien, noch, ob andere wichtige Hinweise für die Beurteilung vorliegen würden (Umgang mit der Therapie, Einschränkungen im Alltag, psychosoziale Situation, etc.) sei die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit darin nicht nachvollziehbar.

6. Die Beschwerdegegnerin stütze sich in der angefochtenen Verfügung vom 13. Dezember 2022 bei der Beurteilung des medizinischen Sachverhalts vollumfänglich auf die Ergebnisse des Gutachtens von Dr. B.\_\_\_\_\_ vom 6. Januar 2022 inklusive ergänzender Stellungnahme vom 21. Juli 2022. Sie ging demzufolge davon aus, dass dem Versicherten ab 17. September 2018 die angestammte wie auch jede andere Tätigkeit im Umfang von 70% zumutbar sei.

6.1 Diese vorinstanzliche Beweiswürdigung ist nicht zu beanstanden. Wie unter Erwägung 4.4 hiervor ausgeführt, ist dem im Rahmen des Verwaltungsverfahrens nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten externer Spezialärztinnen und -ärzte, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen. Solche Indizien liegen nicht vor. Das Gutachten von Dr. B.\_\_\_\_\_ vom 6. Januar 2022 (samt ergänzender Stellungnahme vom 21. Juli 2022) weist weder formale noch inhaltliche Mängel auf, es ist – wie dies vom Bundesgericht verlangt wird (vgl. E. 4.3 hiervor) – für die streitigen Belange umfassend, beruht auf allseitigen Untersuchungen, berücksichtigt die geklagten Beschwerden, ist in Kenntnis der Vorakten abgegeben worden, leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge bzw. der Beurteilung der medizinischen Situation ein, setzt sich ausführlich mit den bei den Akten liegenden (abweichenden) fachärztlichen Einschätzungen auseinander und ist in den Schlussfolgerungen überzeugend. Insbesondere legt der Gutachter nach dreistündiger Exploration nachvollziehbar dar, dass die diagnostizierte posttraumatische Belastungsstörung unter Berücksichtigung der krankheitsfremden Faktoren zu keiner erheblichen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit führt.

6.2 Was der Beschwerdeführer vorbringt, ist nicht geeignet, die Beweistauglichkeit des Gutachtens von Dr. B.\_\_\_\_\_ in Frage zu stellen, zumal seine Vorbringen bereits im Rahmen des Vorbescheidverfahrens von Dr. B.\_\_\_\_\_ in seiner ergänzenden Stellungnahme berücksichtigt wurden. Wie in Erwägung 3.4 hiervor ausgeführt, sind bei psychischen Gesundheitsbeeinträchtigungen die funktionellen Einschränkungen unabhängig von der gestellten Diagnose objektiviert zu erfassen. Für den vorliegenden Fall bedeutet dies, dass die unbestrittene Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers nicht ohne Weiteres zu einer Arbeitsunfähigkeit führen muss. Die vom Beschwerdeführer geschilderten Ereignisse

und Symptome führen – wie auch Dr. B. \_\_\_\_\_ feststellt – zu Einschränkungen in seiner Leistungsfähigkeit. Indessen vermögen weder der Beschwerdeführer noch seine behandelnden Ärzte darzutun, weshalb aus der auch vom Gutachter umfassend erfragten und berücksichtigten Symptomatik eine höhergradige Arbeitsunfähigkeit resultieren sollte. In diesem Zusammenhang ist zu berücksichtigen, dass sowohl die behandelnden Ärzte (Dr. D. \_\_\_\_\_ mit Bericht vom 20. Juli 2020) als auch der Beschwerdeführer selbst eine relativ hohe Restarbeitsfähigkeit von ca. 50% konstatieren. Soweit sich der Beschwerdeführer in Bezug auf die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit auf das von Dr. D. \_\_\_\_\_ erfasste Mini-ICF-App bezieht, ist ihm entgegen zu halten, dass Dr. B. \_\_\_\_\_ in seinem Ergänzungsschreiben ausführlich und nachvollziehbar erörtert hat, weshalb darauf nicht abgestellt werden kann. Dies gilt umso mehr, als solche Bescheinigungen nach der Rechtsprechung aufgrund der auftragsrechtlichen Vertrauensstellung zum Patienten mit Vorbehalt zu würdigen sind (vgl. E. 4.4 hiervor). Dem Beschwerdeführer kann zugestimmt werden, dass seine Alltagsaktivitäten eher reduziert sind. Indessen geht aus den Akten und insbesondere dem Gutachten vom 6. Januar 2022 nicht hervor, dass er in diesen oder in anderen möglichen Aktivitäten krankheitsbedingt eingeschränkt ist. Die vom Beschwerdeführer als unberücksichtigt angeführte Schulterproblematik wird in den Akten lediglich von der behandelnden Hausärztin in ihrem Bericht vom 17. März 2020 im Rahmen einer Bizepssehnenentzündung thematisiert, wobei festgehalten wird, dass diese nicht zu einer Krankschreibung geführt hat. Es ist folglich davon auszugehen, dass die von der Ärztin festgestellte Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bloss qualitativer Natur ist. Die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit wird auch als vorübergehend bezeichnet. Insbesondere jedoch finden sich in den Akten keinerlei Hinweise dafür, dass die Schulterbeschwerden eine psychogene Komponente oder eine Wechselwirkung mit der psychiatrischen Symptomatik aufweisen. Anzumerken ist überdies, dass die Schulter- oder auch andere körperliche Schmerzen vom Beschwerdeführer im Rahmen der Begutachtung durch Dr. B. \_\_\_\_\_ augenscheinlich nicht erwähnt wurden. Letztlich stehen der objektivierten und schlüssig begründeten Einschätzung des Gutachters lediglich die subjektive Selbstwahrnehmung des Beschwerdeführers entgegen. Die gutachterliche Beurteilung vermag zu überzeugen, weshalb die Vorinstanz bei der Würdigung des medizinischen Sachverhalts zu Recht vollumfänglich darauf abgestellt hat.

6.3 Zusammenfassend ist festzustellen, dass die vorinstanzliche Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Versicherten nicht zu beanstanden ist. Lässt die vorhandene Aktenlage nach dem Gesagten eine zuverlässige Beurteilung des massgebenden medizinischen Sachverhalts zu, so besteht kein Anlass, dem in der Beschwerde vom 26. Januar 2023 gestellten (Eventual-) Antrag zu entsprechen, wonach zur Herstellung der Spruchreife im vorliegenden Fall ein Gerichtsgutachten anzuordnen sei. Der Anspruch auf rechtliches Gehör umfasst zwar das Recht, Beweisanträge zu stellen, und – als Korrelat – die Pflicht der Behörde zur Beweisabnahme. Beweise sind im Rahmen dieses verfassungsmässigen Anspruchs indessen nur über jene Tatsachen abzunehmen, die für die Entscheidung der Streitsache erheblich sind. Gelangt das Gericht bei pflichtgemässer Beweiswürdigung zur Überzeugung, dass die vorhandenen Unterlagen ein zuverlässiges Bild des relevanten Sachverhalts ergeben und dieser demnach hinreichend abgeklärt ist, kann auf ein beantragtes Beweismittel verzichtet werden. Die damit verbundene antizipierte Beweiswürdigung ist nach konstanter bundesgerichtlicher Rechtsprechung zulässig (BGE 144 II 427 E. 3.1.3, 141 I 60 E. 3.3).

7. Wie oben (vgl. E. 3.1 hiervor) ausgeführt, setzt der Rentenanspruch unter anderem voraus, dass die versicherte Person während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig war und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid ist. Das rentenbegründende Wartejahr gemäss Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG gilt als eröffnet, wenn eine Einbusse an funktionellem Leistungsvermögen im bisherigen Beruf von mindestens 20 % vorliegt (Urteil des Bundesgerichts vom 24. Februar 2014, 9C\_818/2013, E. 1 mit weiteren Hinweisen). Nach der massgebenden gutachterlichen Einschätzung von Dr. B.\_\_\_\_ vom 6. Januar 2022 und 21. Juli 2022 ist davon auszugehen, dass dem Beschwerdeführer seit September 2018 eine Tätigkeit, idealerweise mit geringen Anforderungen an die Interaktion, mit klar geregelten, überschaubaren Aufgaben und ohne hohe Anforderungen an die Flexibilität, im Umfang von 70% möglich und zumutbar ist. Damit erfüllte er zu keinem Zeitpunkt sämtliche Voraussetzungen einer rentenbegründenden Invalidität. Unter diesen Umständen durfte die Beschwerdegegnerin einen Leistungsanspruch des Beschwerdeführers unter Hinweis auf das unerfüllte Wartejahr ablehnen. Die vom Versicherten hiergegen erhobene Beschwerde erweist sich als unbegründet, weshalb sie abgewiesen werden muss.

8.1 Es bleibt über die Kosten zu befinden. Gemäss Art. 69 Abs. 1<sup>bis</sup> IVG sind 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. 1000.-- festgelegt. Bei Fällen wie dem vorliegenden, in denen ein durchschnittlicher Verfahrensaufwand entstanden ist, setzt das Gericht die Verfahrenskosten in Berücksichtigung des bundesrechtlichen Kostenrahmens einheitlich auf Fr. 800.-- fest. Nach § 20 Abs. 3 VPO werden die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei in angemessenem Ausmass auferlegt. Vorliegend ist der Beschwerdeführer unterliegende Partei, weshalb die Verfahrenskosten ihm zu auferlegen sind. Dem Beschwerdeführer ist nun allerdings mit Verfügung vom 31. Januar 2023 die unentgeltliche Prozessführung bewilligt worden. Aus diesem Grund werden die Verfahrenskosten vorläufig auf die Gerichtskasse genommen.

8.2 Der Beschwerdeführer wird ausdrücklich auf § 53a Abs. 1 des Gesetzes über die Organisation der Gerichte (GOG) vom 22. Februar 2001 aufmerksam gemacht, wonach eine Partei, der die unentgeltliche Rechtspflege gewährt wurde, zur Nachzahlung verpflichtet ist, sobald sie dazu in der Lage ist.

Demgemäss wird **e r k a n n t** :

- ://:
1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
  2. Die Verfahrenskosten in der Höhe von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt.

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

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