

BL_GERICHTE 720 20 433 vom 6. Oktober 2020

BL Gerichte, 2020-10-06, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bl_gerichte_720_20_433

FR: BL_GERICHTE 720 20 433 du 6 octobre 2020

IT: BL_GERICHTE 720 20 433 del 6 ottobre 2020

Regeste

IV-Rente B.

Erwägungen

E. 1

Gemäss Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) vom 19. Juni 1959 können Verfügungen der kantonalen IV-Stellen direkt vor dem Versicherungsgericht am Ort der IV-Stelle angefochten werden. Anfechtungsobjekt des vorliegenden Verfahrens bildet eine Verfügung der IV-Stelle Basel-Landschaft, sodass die örtliche Zuständigkeit des Kantonsgerichts Basel-Landschaft zu bejahen ist. Laut § 54 Abs. 1 lit. b des Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 beurteilt das Kantonsgericht als Versicherungsgericht als einzige gerichtliche Instanz des Kantons Beschwerden gegen Verfügungen der kantonalen IV-Stelle. Es ist somit auch sachlich zur Behandlung der vorliegenden Beschwerden zuständig. Auf die - im Übrigen frist- und formgerecht erhobenen - Beschwerden vom 6. und 26. November 2020 ist demnach einzutreten.

E. 2

Streitig und im Folgenden zu prüfen ist, ob die IV-Stelle dem Beigeladenen zu Recht ab 1. Dezember 2015 eine ganze Rente und ab 1. Juni 2019 eine halbe Rente zugesprochen hat.

E. 2.1

Anspruch auf eine Rente haben Versicherte, wenn sie während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40% arbeitsunfähig (Art. 6 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG] vom 6. Oktober 2000) gewesen und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40% invalid (Art. 8 ATSG) waren (Art. 28 Abs. 1 lit. b und c IVG). Die durchschnittliche Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit während eines Jahres und die nach Ablauf der Wartezeit bestehende Erwerbsunfähigkeit müssen kumulativ und in der für die einzelnen Rentenabstufungen erforderlichen Mindesthöhe gegeben sein, damit eine Rente im entsprechenden Umfang zugesprochen werden kann (vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 21. Oktober 2013, 8C_174/2013, E. 3.2 und vom 5. Mai 2011, 9C_996/2010, E. 7.1, je mit Hinweisen).

E. 2.2

Nach Art. 6 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000 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). 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). 3.1 Nach 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. 3.2 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 29 E. 1). 3.3 Vorliegend hat die IV-Stelle den Invaliditätsgrad des Versicherten nach der allgemeinen Methode des Einkommensvergleichs bemessen, was - zu Recht - nicht bestritten wird.

E. 4

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

E. 4.1

Bei der Feststellung des Gesundheitszustandes und insbesondere auch bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einer versicherten Person ist die rechtsanwendende Behörde - die Verwaltung und im Streitfall das Gericht - auf Unterlagen angewiesen, die vorab von Ärztinnen und Ärzten zur Verfügung zu stellen sind. Deren Aufgabe ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 115 V 133 E. 2, 114 V 310 E. 3c, 105 V 156 E. 1 in fine). Darüber hinaus bilden die ärztlichen Stellungnahmen eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Zumutbarkeit, also der Frage, welche anderen Erwerbstätigkeiten als die zuletzt ausgeübte Berufsarbeit von der versicherten Person auf dem allgemeinen, ausgeglichenen und nach ihren persönlichen Verhältnissen in Frage kommenden Arbeitsmarkt zumutbarer-weise noch verrichtet werden können (Ulrich Meyer-Blaser, Zur Prozentgenauigkeit in der Invaliditätsschätzung, in: Schaffhauser/Schlauri [Hrsg.], Rechtsfragen der Invalidität in der Sozialversicherung, St.

Gallen 1999, S. 20 f. mit Hinweisen).

E. 4.2

Geht es um psychische Erkrankungen wie eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, ein damit vergleichbares psychosomatisches Leiden (vgl. BGE 140 V 8 E. 2.2.1.3) oder depressive Störungen leicht- bis mittelgradiger Natur (BGE 143 V 409 und 143 V 418), sind für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit systematisierte Indikatoren beachtlich, die - unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits - erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 2., E. 3.4-3.6 und 4.1). Gemäss altem Verfahrensstandard (z.B. BGE 130 V 352) eingeholte Gutachten verlieren nicht per se ihren Beweiswert. Vielmehr ist im Rahmen einer gesamthaften Prüfung des Einzelfalls mit seinen spezifischen Gegebenheiten und den erhobenen Rügen entscheidend, ob ein abschliessendes Abstellen auf die vorhandenen Beweisgrundlagen vor Bundesrecht standhält (BGE 141 V 281 E. 8).

5.1 Bei der Feststellung des Gesundheitszustandes und 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 versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 132 V 93 E. 4 mit weiteren Hinweisen).

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

5.3 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; vgl. dazu auch BGE 135 V 465 E. 4.4 und 4.5).

5.3.1 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). 5.3.2 Zur Frage der beweisrechtlichen Verwertbarkeit der Berichte und Gutachten versicherungsinterner Fachpersonen wird der Grundsatz betont, wonach ein Anstellungsverhältnis dieser Person zum Versicherungsträger alleine nicht schon auf mangelnde Objektivität und Befangenheit schliessen lässt (BGE 125 V 351 E. 3b/ee). Diesen Berichten kommt allerdings nicht derselbe Beweiswert wie einem im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten externer Fachpersonen oder gar wie einem Gerichtsgutachten zu, sie sind aber soweit zu berücksichtigen, als auch nicht geringe Zweifel an der Richtigkeit ihrer Schlussfolgerungen bestehen (BGE 135 V 465 E. 4.7).

5.3.3 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 351 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 170 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).

E. 6

Der Gesundheitszustand des Beigeladenen präsentiert sich gestützt auf die medizinische Aktenlage wie folgt:

E. 6.1

Gemäss den vorliegenden medizinischen Berichten des C.____-Spitals und des D.____-Spitals aus den Jahren 2015 - 2017 leidet der Versicherte seit 2010 unter wiederkehrenden Fieberschüben, Erschöpfung, Hautveränderungen, vermehrter Aphtenbildung, einer vergrösserten Milz sowie Blutbildveränderungen.

E. 6.2

Die PMEDA Polydisziplinäre Medizinische Abklärungen (PMEDA) erstattet am 29. Dezember 2017 ein polydisziplinäres Gutachten in den Disziplinen Innere Medizin, Dermatologie, Rheumatologie und Psychiatrie zu Händen der IV-Stelle. Es werden dabei folgende Diagnosen gestellt: • autoinflammatorisches Syndrom, nicht molekular spezifizierbar • Follikulitis/akneiforme Dermatitis • Kopfkzern • Multiple Naevi • Rezidivierende Aphten der Mundschleimhaut • Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätssyndrom, weitgehend remittiert (ICD-10: F90.0) • Weitgehend remittierte mögliche Anpassungsstörung, längere depressive Reaktion (ICD-10: F43.21. Ein vorgängig erwogener Morbus Behcet beruhe weitgehend auf der Anamnese, der klinischen Symptomatik, dem Krankheitsverlauf und dem Ergebnis des Pathergie-Tests. Die Arbeitsfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit sowie in einer Vergleichstätigkeit sei derzeit nicht ausreichend beurteilbar; dies bedürfe einer stationären Verhaltensbeobachtung mit begleitender Diagnostik. Im Anschluss sei eine ausreichend fundierte Beurteilbarkeit der Arbeitsfähigkeit zu erwarten. Die aktenkundigen

Einschätzungen würden noch keine definitive Diagnose und keine definitive Beurteilung der Arbeitsfähigkeit zeigen.

E. 6.3

Aus der RAD-Aktennotiz vom 17. April 2018 geht hervor, dass gestützt auf die Untersuchungsbefunde und der nachgewiesenen regelmässig subfebril erhöhten Körpertemperatur davon ausgegangen werden müsse, dass eine allfällige Restarbeitsfähigkeit nicht verwertet werden könne. Weitere diagnostische Abklärungen würden sich deshalb erübrigen.

E. 6.4

Dr. med. E.____, FMH Rheumatologie, äussert sich mit Berichten vom 7. Mai 2018, 29. November 2018, 19. Dezember 2018 und vom 31. Mai 2019 zur medizinischen Situation. In seinem Arztbericht Berufliche Integration/Rente vom 31. Mai 2019 hält Dr. E.____ folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit fest: • Morbus Behcet - HLA-B51 positiv • Orale Aphthose, sterile Follikulitis, Pyoderma gangraenosum, Splenomegalie, Lymphadenopathie, generalisierende Arthralgien, rezidivierendes Fieber • Pathergie-Test negativ • Reduktion der Fieberschübe unter Humira • Stabiler Befund Splenomegalie gem. • Fatigue-Syndrom bei Diagnose 1, differentialdiagnostisch Apnoe-Symptomatik • Ausschluss hereditäres Fiebersyndrom • St. n. chronischer Prostatitis mit Ureaplasma urealyticum Dr. E.____ führt aus, gemäss den zugestellten Berichten vom 25. März 2019 habe in der Zwischenzeit ein 50%-Pensum erreicht werden können.

E. 6.5

Das Begutachtungszentrum BL (BEGAZ) diagnostiziert in seinem polydisziplinären Gutachten mit den Disziplinen Innere Medizin, Neuropsychologie, Rheumatologie, Psychiatrie und Dermatologie vom 28. Januar 2020 zu Handen der Invalidenversicherung in seiner interdisziplinären Gesamtbeurteilung mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein Morbus Behcet mit begleitender vermehrter Erschöpfbarkeit, sowie eine leichte bis mittelschwere neuropsychologische Störung mit insbesondere attentionalen und exekutiven Funktionsschwächen sowie ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine muskuläre Dysbalance am Schultergürtel bds., initiale Osteochondrosen und Unkovertebralarthrosen HWK 4/5 und 5/6 gemäss MRT der HWS vom 4.6.2019, muskuläre Dysbalance mit verkürzter Wadenmuskulatur bds. Die Arbeitsunfähigkeit sei wie folgt zu bestätigen: 100% vom 10. Oktober 2016 bis 31. Dezember 2017, 80% vom 1. Januar 2018 bis 28. Februar 2019 und 50% seit dem 1. März 2019. Nach eingehender Konsensbesprechung würden die Gutachter zum Schluss gelangen, dass die in den Unterlagen aufgeführten Einschätzungen der Arbeitsfähigkeit zu bestätigen seien und somit die oben aufgelisteten Einschätzungen Gültigkeit hätten. Die aufgelisteten und attestierten Arbeitsunfähigkeiten weisen eine Arbeitsunfähigkeit von 100% vom 25. Februar 2015 bis 28. Februar 2019 und danach eine Arbeitsunfähigkeit von 50% aus.

E. 6.6

Mit RAD-Bericht vom 6. Februar 2020 verweist Dr. med. F.____, Facharzt für Allgemeinmedizin, im Wesentlichen auf das Gutachten des BEGAZ vom 28. Januar 2020 und hält eine Arbeitsunfähigkeit sowohl für die angestammte wie auch für eine angepasste Tätigkeit von 100% ab Dezember 2014 bis 28. Februar 2019 sowie von 50% ab 1. März 2019 fest. Mit RAD-Bericht vom 26. Juni 2020 korrigiert Dr. F.____ die Arbeitsunfähigkeit mit Verweis auf das BEGAZ-Gutachten und hält eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit ab 10.

Oktober 2016 bis 31. Dezember 2017, eine 80%ige Arbeitsunfähigkeit vom 1. Januar 2018 bis 28. Februar 2019 und ab 1. März 2019 eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit fest.

E. 7

Die IV-Stelle stützte sich zur Beurteilung der Angelegenheit auf die Ergebnisse des polydisziplinären Gutachtens des BEGAZ vom 28. Januar 2020 und den RAD-Bericht vom 6. Februar 2020 und ging demzufolge von einer Arbeitsunfähigkeit von 100% von Dezember 2014 bis 28. Februar 2019 und von 50% ab 1. März 2019 aus. 7.1.1 Die Beschwerdeführerin wendet vorweg ein, der invalidisierende Gesundheitsschaden könne nicht belegt werden. Basierend auf der Aktenlage könne weder ein Gesundheitsschaden noch eine damit verbundene Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit ermittelt werden. Auf das Gutachten vom 28. Januar 2020 könne nicht abgestellt werden. Dieser Auffassung kann nicht gefolgt werden. Das BEGAZ-Gutachten bestätigt vielmehr die in zahlreichen Arztberichten genannten gesundheitlichen Einschränkungen, Symptome und Diagnosen. Dabei haben die Gutachter nicht einfach wie von der Beschwerdeführerin behauptet die Einschätzungen von Dr. E.____ übernommen, sondern den Versicherten umfassend untersucht und sich mit den anderen ärztlichen Einschätzungen eingehend und differenziert auseinandergesetzt. 7.1.2 Die Beschwerdeführerin bringt insbesondere vor, die Diagnose Morbus Behcet sei gestellt worden, obwohl die Diagnose gemäss anwendbarem Kriterienkatalog nicht bestätigt werden können. Sie sei einzig aufgrund der Symptome und nach Ausschluss der Differentialdiagnosen erstellt worden. Auch falle der für den Morbus Behcet typische Pathergie-Test wiederholt negativ aus. Dazu ist festzustellen, dass das Stellen einer Diagnose des Typs Morbus Behcet genau auf diesem - von der Beschwerdeführerin kritisierten - Prinzip beruht und daher nicht zu beanstanden ist. Bei den angeblich nicht erfüllten Kriterien eines Morbus Behcet nach der internationalen Klassifikation handelt es sich nicht um Diagnose-, sondern um Klassifikationskriterien, die beispielsweise bei der Auswahl von Patienten zum Ausschluss in wissenschaftlichen Studien verwendet werden. Wie zudem Dr. E.____ in seinem Bericht vom 3. Dezember 2020 zurecht darauf hingewiesen hat, sind nicht die Benennung der Diagnosen, sondern die funktionellen Auswirkungen von gesundheitlichen Einschränkungen von entscheidender Bedeutung hinsichtlich der Auswirkung auf eine Invalidität. Diese Auswirkungen werden sowohl in den Berichten der behandelnden Ärzte als auch im Gutachten sehr sorgfältig und plausibel hergeleitet. So sind beispielweise die wiederholt zu findenden Aussagen nachvollziehbar, dass bei objektiv vorliegenden Befunden wie Splenomegalie, Lymphadenopathie, wiederholtem rezidivierendem Fieber, einer oralen Aphtose, genitaler Aphthosis, Synovitis wie auch das Ansprechen auf rheumatologische Therapien wie TNF-Alpha-Blockade und Colchicin das typische rheumatologisch-immunologische Bild einer systemisch entzündlichen Grunderkrankung vorliegt. Betreffend dem von der Beschwerdeführerin vorgebrachten negativen Pathergie-Test hält Dr. E.____ fest, dass ein positives Testergebnis nicht für das Krankheitsbild kennzeichnend sei, da der Pathergie-Test bei Behcet-Erkrankten nur in ca. 50% der Fälle einen positiven Wert zeige. Hingegen bestehe beim Versicherten mit einem positiven HLA-B51 eine passende genetische Disposition. 7.1.3 Die Beschwerdeführerin reicht keine medizinischen Berichte ein, die ihre Zweifel auch nur ansatzweise belegen könnten. Sie behauptet lediglich und ohne dies zu belegen, es sei davon auszugehen, dass beim Versicherten eine subjektive Krankheitsüberzeugung vorliege. Auch die in der Beschwerde angeführten Einwände gegen die Symptome der Müdigkeit, Erschöpfung und die Diagnose der Fatigue gehen fehl. Wiederholt haben die

behandelnden oder untersuchenden Mediziner die vermehrte Erschöpfbarkeit festgestellt. Dr. E.____ hat auch auf die im zeitlichen Verlauf zunehmende Bedeutung der Fatigue hingewiesen. Das Vorliegen von Erschöpfung oder einer Fatigue ist bei dieser Symptomatik gemäss Dr. E.____ auch in der Literatur gut dokumentiert. Zu guter Letzt gehen die funktionellen Einschränkungen und damit auch die Auswirkungen der Diagnosen auf die Arbeitsfähigkeit entgegen dem Einwand der Beschwerdeführerin sehr wohl aus den ärztlichen Darlegungen hervor. Der rheumatologische Gutachter des BEGAZ, Dr. med. G.____, hat ausgeführt, dass aus rheumatologischer Sicht die Beurteilung von Dr. E.____ bestätigt werden könne, wonach aufgrund der in der Diagnoseliste aufgeführten Befunde und Symptome die Diagnose eines Morbus Behcet gestellt werden könne. Es sei gemäss Anamnese unterdessen einmalig auch zu einer Aphte im Genitalbereich gekommen, was diese Diagnose zusätzlich unterstütze. Auch Dr. G.____ weist darauf hin, dass die Kriterien für die Diagnose eines Morbus Behcet nicht ganz erfüllt seien, es sich dabei aber um Klassifikationskriterien und nicht um Diagnosekriterien handle. Die Diagnose eines Krankheitsbildes könne also dennoch gestellt werden. Dazu müsse noch darauf hingewiesen werden, dass andere Gründe für rezidivierende Fieberschübe, wie zum Beispiel ein hereditäres Fiebersyndrom durch genetische Analysen ausgeschlossen worden seien. Derartige entzündlich-rheumatologische Krankheitsbilder könnten begleitet sein von Allgemeinsymptomen wie Müdigkeit oder Benommenheit, wobei diese nicht immer direkt mit einer Krankheitsaktivität korrelieren würden. Es sei aber darauf hinzuweisen, dass weiterhin eine Krankheitsaktivität bestehe. Es würden wiederholt Aphten im Mundbereich auftreten. Auch die erwähnten Hautveränderungen seien weiterhin am Rücken vorhanden. Zudem komme es immer noch wiederholt zu Fieberschüben, die allerdings nicht mehr ganz so hoch ausfallen würden. Entsprechend dieser typischen Situation seien also Allgemeinsymptome weiterhin nachvollziehbar. Immerhin sei es zu einem Teilansprechen der Beschwerden durch die Basistherapie gekommen, was sich auch günstig auf die Arbeitsfähigkeit ausgewirkt habe. Die Beschwerdeführerin bringt keine Argumente und schon gar keine medizinischen Berichte vor, welche Zweifel an diesen Ausführungen und der Diagnose eines Morbus Behcet hervorrufen würden.

7.1.4 Die Beschwerdeführerin versucht, aus den teildisziplinären Beurteilungen eine höhere Gesamtarbeitsfähigkeit abzuleiten, insbesondere bemängelt sie, im neuropsychologischen Teilgutachten sei keine prozentuale Angabe der Arbeitsunfähigkeit gemacht worden. Aus den angegebenen Einschränkungen berechnet die Beschwerdeführerin sodann eine Arbeitsfähigkeit von 80%. Für die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit sind jedoch alle medizinischen Einschränkungen gesamthaft zu berücksichtigen. In der interdisziplinären Gesamtwürdigung wird in Bezug auf die funktionellen Auswirkungen der Befunde/Diagnosen festgehalten, beim Versicherten lasse sich eine leichte bis mittelschwere neuropsychologische Störung ausweisen. Diese betreffe insbesondere die Aufmerksamkeitsaktivierung und die Daueraufmerksamkeit/Konzentrationsfähigkeit, aber auch einzelne Exekutivfunktionen. Vor allem in arbeitszeitlicher Hinsicht, in nicht unerheblichem Mass aber auch in leistungsseitiger Hinsicht, sei der Versicherte in seiner beruflichen sowie lebensalltäglichen Leistung erheblich eingeschränkt. In guter Korrelation mit der Aktenlage habe der Versicherte wiederholt darauf hingewiesen, dass er auch bezüglich seiner Arbeitsfähigkeit in erster Linie durch eine allgemeine verminderte Belastbarkeit und Müdigkeit eingeschränkt sei, die sich an Arbeitstagen bereits im Laufe des Tages bemerkbar mache.

E. 7.2

Wie bereits ausgeführt, 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 (vgl. E. 5.3.1 hievov). Insgesamt erweist sich das vorliegende im Verwaltungsverfahren eingeholte Gutachten als überzeugend, nachvollziehbar und schlüssig. Die Gutachter haben den Beigeladenen persönlich untersucht und sie haben sich mit den Vorakten vertieft auseinandergesetzt. Ausserdem liegen keine anderslautenden ärztlichen Berichte vor, welche begründete Zweifel an der Zuverlässigkeit der Expertise wecken würden. Es ist folglich grundsätzlich auf das BEGAZ-Gutachten abzustellen. Lediglich in Bezug auf den Beginn der Arbeitsunfähigkeit ist gestützt auf die Aktenlage davon auszugehen, dass der Beigeladene bereits ab Dezember 2014 in seiner Arbeitsfähigkeit zumindest teilweise und ab 25. Februar 2015 zu 100% eingeschränkt war. 8.1 Die Beschwerdeführerin bringt ausserdem vor, es sei nicht nachvollziehbar, dass das Wartejahr per Dezember 2014 eröffnet worden sei. Wie oben (vgl. E. 2.1 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 (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 24. Februar 2014, 9C_818/2013, E. 1 mit weiteren Hinweisen). Aus den Akten ergibt sich, dass der Versicherte bereits seit dem Jahr 2010 unter wiederkehrenden Fieberschüben, Abgeschlagenheit, Hautveränderungen, vermehrter Aphtenbildung sowie einer Splenomegalie und Blutveränderungen leidet. Diese Befunde wurden mehrfach ärztlich belegt. Ersichtlich ist auch, dass der Versicherte jedenfalls ab Dezember 2014 mindestens zu 20% und gemäss BEGAZ-Gutachten (vgl. die Auflistung der attestierten Arbeitsunfähigkeiten) ab 25. Februar 2015 zu 100% arbeitsunfähig war. Dass die 100%ige Arbeitsunfähigkeit im BEGAZ-Gutachten auf den 10. Oktober 2016 terminiert wurde, hängt möglicherweise damit zusammen, dass der Versicherte sich vom 1. Oktober 2015 bis 30. September 2016 in einem Arbeitstraining im C.____-Spital befand. Dies ändert jedoch nichts daran, dass gemäss echtzeitlichen Einschätzungen der Versicherte ab Februar 2015 zu 100% arbeitsunfähig war. Damit ist nicht zu beanstanden, dass die IV-Stelle davon ausgegangen ist, dass das Wartejahr im Dezember 2015 abgelaufen war, weshalb der Versicherte ab diesem Zeitpunkt (sechs Monate nach der Anmeldung im Juni 2015) Anspruch auf eine ganze Rente hat. 8.2.1 Weiter führt die Beschwerdeführerin aus, es sei unverständlich, dass die Verminderung der Arbeitsunfähigkeit auf 50% erst per 1. März 2019 festgestellt worden sei. Die Einstellung auf die richtige Medikation sei Mitte 2018 erfolgt, was zu einer Verbesserung des Gesundheitszustandes des Versicherten geführt habe. Seither habe sich an seinem Gesundheitszustand nichts verändert. Dr. E.____ habe am 6. Februar 2019 festgehalten, dass die Arbeitsfähigkeit wegen der langen Entwöhnung vorübergehend nicht erhöht worden sei. Dass dies jedoch nicht nötig gewesen sei, habe sich nicht einmal einen Monat später gezeigt, als der Versicherte schon im Umfang von 50% zu arbeiten begonnen habe. Es sei deshalb nachgewiesen, dass der Versicherte bereits vor dem 28. Februar 2019 nicht mehr zu 80% arbeitsunfähig gewesen sei. Unbestritten ist, dass mit Umstellung der Medikation Mitte Juni 2018 allmählich eine Besserung des

Gesundheitszustandes eingetreten ist. Es ist diesbezüglich nicht zu beanstanden, dass die Auswirkung der Medikationsumstellung und damit auf die Arbeitsfähigkeit nachträglich auf den Beginn der Tätigkeit des Versicherten im Rahmen eines Arbeitsversuchs am 11. März 2019 terminiert und ab diesem Zeitpunkt von einer 50%igen Arbeitsfähigkeit ausgegangen wurde. Die IV-Stelle hat gestützt auf einen Einkommensvergleich anhand der LSE-Tabellenlöhne ab diesem Zeitpunkt einen Invaliditätsgrad von 53% errechnet, wobei ein Abzug von 5% für eine "Teilzeittätigkeit Männer" vorgenommen wurde. Folglich wurde dem Versicherten per 1. Juni 2019 lediglich noch eine halbe Rente zugesprochen. Zu Recht werden gegen diese vorgenommene Berechnung und Festlegung der Invalidenrente keine Einwände erhoben. 8.2.2 Nachdem der Versicherte per 1. Dezember 2019 wieder eine 50%-Tätigkeit als Facharbeiter Gesundheit aufgenommen hat, errechnete die IV-Stelle gestützt auf das vom Versicherten angegebene tatsächlich erzielte Invalideneinkommen von Fr. 33'960.-- und das unverändert gestützt auf die LSE errechnete Valideneinkommen einen Invaliditätsgrad von 51%, womit weiterhin ein Anspruch auf eine halbe Rente bejaht wurde. Mit Schreiben vom 3. Juni 2021 an die Beschwerdegegnerin hat der Versicherte ausgeführt, dass er ihr fälschlicherweise mitgeteilt habe, dass er keinen 13. Monatslohn erhalte, was nun offenbar doch der Fall sei. Sein jährliches Einkommen ab 1. Dezember 2019 betrage also Fr. 36'790.-- anstatt Fr. 33'960.--. Mit Schreiben vom 29. Juni 2021 hält die IV-Stelle nun fest, sie habe den Anspruch ab 1. Dezember 2019 neu berechnet. Mit einem Invalideneinkommen von Fr. 36'790.-- resultiere neu eine IV-Rente bei einem Invaliditätsgrad von 47%. Die Beschwerdegegnerin führte mit Schreiben vom 20. Juli 2021 aus, für den Einkommensvergleich sei auf das mutmassliche Valideneinkommen bei Rentenbeginn (1. Dezember 2015) abzustützen. Da die Anstellung des Beigeladenen beim A.____-Spital befristet gewesen sei, habe die Beschwerdegegnerin auf ein Valideneinkommen gemäss LSE-Tabelle abgestellt und dieses entsprechend indexiert. Folglich habe für das Jahr 2019 ein Valideneinkommen von Fr. 69'053.-- resultiert. Diesem stehe gemäss den zusätzlichen Angaben des Beigeladenen ein Invalideneinkommen in der Höhe von Fr. 36'790.-- gegenüber. Aus diesem Einkommensvergleich resultiere ein Invaliditätsgrad von 47%. Der Beigeladene nahm mit Schreiben vom 19. August 2021 nochmals Stellung und führte aus, der Schluss der Beschwerdeparteien, wonach nun ab 1. Dezember 2019 nur noch eine Viertelsrente geschuldet sei, vermöge nicht zu überzeugen. Da der Beigeladene mit seiner Tätigkeit als Spitex-Angestellter im gleichen Berufsbereich wie als gesunder Mann tätig sei, nämlich als Fachmann Gesundheit EFZ, sei davon auszugehen, dass er als gesunder und vollzeitlich Erwerbstätiger das Doppelte des effektiven 50%-Lohnes verdienen würde. Wäre der Invalidenversicherung im Moment der Rentenfestlegung der korrekt erwirtschaftete Lohn von Fr. 36'790.-- für ein 50% Pensum bekannt gewesen, hätte sie zweifellos ein Valideneinkommen angenommen, das im Minimum dem doppelten Betrag desselben entsprochen hätte. Demgemäss sei das Valideneinkommen des Beigeladenen auf mindestens Fr. 73'582.-- zu beziffern, so dass gemäss Einkommensvergleich weiterhin ein Anspruch auf eine halbe Rente resultiere. 8.2.3 Strittig ist vorliegend, ob die Beschwerdegegnerin für die Berechnung des Valideneinkommens ab Dezember 2019 zurecht auf die LSE abgestellt hat. Für den Einkommensvergleich sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des Beginns des Rentenanspruchs massgebend, wobei Validen- und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu erheben und allfällige rentenwirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Verfügungserlass bzw. Einspracheentscheid zu berücksichtigen sind (BGE 143 V 295 E. 4.1.3, 129 V 222 E. 4.1, 128 V 174 E. 4.a). Die Ermittlung des im Gesundheitsfall von der

versicherten Person erzielbaren Einkommens hat gemäss Bundesgericht so konkret wie möglich zu erfolgen (Urteile des Bundesgerichts vom 30. August 2018, 9C_229/2018, E. 2.1, vom 28. Januar 2014, 9C_796/2013, E. 2.1). In der Regel ist das Valideneinkommen gestützt auf den vor Eintritt der Invalidität tatsächlich allenfalls während einer längeren Zeitspanne erzielten Durchschnittsverdienst zu bestimmen. Dies gilt auch, wenn sich auf diese Weise das ohne gesundheitliche Beeinträchtigung realisierbare Einkommen nicht hinreichend genau beziffern lässt und ausnahmsweise auf statistische Angaben, etwa in den LSE abgestellt werden muss. Dabei ist aufgrund der arbeitsplatz- und personenbezogenen Merkmale wie Wirtschaftszweig und Anforderungsniveau des Arbeitsplatzes derjenige Durchschnittslohn zu bestimmen, der möglichst dem überwiegend wahrscheinlichen Verlauf der Einkommensentwicklung ohne Gesundheitsschaden entspricht (BGE 139 V 28 E. 3.3.2). Da sich der Versicherte im Zeitpunkt des Rentenbeginns nicht in einem gefestigten Arbeitsverhältnis befand, hat die IV-Stelle zur - rückwirkenden - Festlegung des Valideneinkommens zu Recht auf die LSE und dabei auf die Angaben im Sektor Gesundheit, Kompetenzniveau der Tätigkeit 2, Spalte Männer, abgestellt und ein Valideneinkommen von Fr. 69'330.-- berücksichtigt. Da der Versicherte zu diesem Zeitpunkt zu 100% arbeitsunfähig war, musste das Invalideneinkommen nicht bestimmt werden. Erst im Zeitpunkt des Erreichens einer 50%igen Arbeitsfähigkeit per 1. März 2019 hat die IV-Stelle das Invalideneinkommen anhand der LSE bestimmt und dabei ebenfalls auf die Angaben im Sektor Gesundheit, Kompetenzniveau der Tätigkeit 2, Spalte Männer, abgestellt. Zusätzlich berücksichtigte die IV-Stelle einen Abzug von 5% für eine "Teilzeittätigkeit Männer", womit sich ein Invalideneinkommen von Fr. 32'000.-- ergab. Das Valideneinkommen wurde weiterhin gestützt auf die Angaben in der Tabelle TA1, Sektor Gesundheit, Kompetenzniveau der Tätigkeit 2, Spalte Männer, der LSE 2016 festgelegt. Nach Anpassung an die durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit und die Lohnentwicklung für das Jahr 2019 resultierte ein Valideneinkommen in der Höhe von Fr. 69'054.-- und der Einkommensvergleich ergab einen Invaliditätsgrad von 53%. Diese Berechnungsweise ist nicht zu beanstanden. Für die Zeit ab 1. Dezember 2019 hat die Beschwerdegegnerin das vom Versicherten konkret angegebene Invalideneinkommen in der Höhe von Fr. 33'960.-- berücksichtigt und weiterhin das bereits bestimmte Valideneinkommen von Fr. 69'054.-- herangezogen. Der Einkommensvergleich ergab einen Invaliditätsgrad von 51%. Da sich im Verlauf des Beschwerdeverfahrens herausgestellt hat, dass das Invalideneinkommen korrekterweise Fr. 36'790.-- beträgt, erweist sich die von der IV-Stelle vorgenommene Berechnung des Invaliditätsgrades ab 1. Dezember 2019 als falsch. Zunächst ist unter Verweis auf die bundesgerichtliche Rechtsprechung diesbezüglich festzuhalten, dass die Verwaltung vor ihrem Entscheid gehalten ist, zu prüfen, ob allenfalls in der dem Rentenbeginn folgenden Zeit eine Veränderung der hypothetischen Bezugsgrössen eingetreten ist. Ist dies der Fall, hat sie vor dem Entscheid einen weiteren Einkommensvergleich vorzunehmen. Mit der Wiederaufnahme der Tätigkeit im angestammten Tätigkeitsbereich hat sich die Situation verändert, weshalb per 1. Dezember 2019 ein weiterer Einkommensvergleich vorzunehmen ist, wobei die Ermittlung des im Gesundheitsfall von der versicherten Person erzielbaren Einkommens gemäss Bundesgericht so konkret wie möglich zu erfolgen hat. Mit Entscheid vom 19. August 2008, 9C_189/2008, ist das Bundesgericht für die Festsetzung des hypothetischen Valideneinkommens von dem Lohn ausgegangen, den die Betroffene im damaligen Fall bei hälftiger Arbeitsfähigkeit mit entsprechendem Teilzeitpensum erzielen konnte und folgte, dass dies dafür spreche, dass sie ohne Gesundheitsschaden mit voller Leistungsfähigkeit ein

Einkommen in doppelter Höhe erreichen könne. Auch im vorliegenden Fall ist davon auszugehen, dass der Versicherte als Gesunder in einer 100%-Anstellung mindestens den doppelten Lohn, also Fr. 73'780.--, verdienen würde. Damit resultiert ein Invaliditätsgrad von 50%, weshalb der Beigeladene auch über den 1. Dezember 2019 hinaus Anspruch auf eine halbe Invalidenrente hat. Im Übrigen zeigt sich, dass der Beigeladene auch bei Anwendung des Prozentvergleichs Anspruch auf eine ganze Rente ab 1. Dezember 2015 und auf eine halbe Rente sowohl ab 1. Juni 2019 als auch über den 1. Dezember 2019 hinaus hat. Das Bundesgericht hat mehrmals festgehalten, dass sich der Prozentvergleich namentlich anbiete, wenn Validen- und Invalideneinkommen ausgehend vom gleichen Tabellenlohn zu berechnen seien. Diesfalls erübrige sich deren genaue Ermittlung: Der Invaliditätsgrad entspreche dem Grad der Arbeitsunfähigkeit, dies unter Berücksichtigung des Abzugs vom Tabellenlohn (Urteile des Bundesgerichts vom 6. April 2016, 8C_628/2015, E. 5.3.5, vom 4. Februar 2015, 9C_888/2014, E. 2). Im vorliegenden Fall ist - jedenfalls im vorliegend relevanten Zeitraum bis zum Verfügungserlass - sowohl als Validen- wie auch als Invalideneinkommen immer die erlernte Tätigkeit als Fachkraft Gesundheit massgebend, weshalb sich der Prozentvergleich aufdrängt. Unter Berücksichtigung der medizinisch festgelegten Arbeitsunfähigkeit von 100% ab 25. Februar 2015 bzw. von 50% ab 1. März 2019 ergibt sich ein Invaliditätsgrad von 100% ab Februar 2015 bzw. von 50% ab März 2019 und damit eine ganze Rente ab 1. Dezember 2015 bzw. eine halbe Rente ab 1. Juni 2019. Die Frage, ob auch bei der Berechnung des Invaliditätsgrades gestützt auf den Prozentvergleich ab 1. März 2019 ein Abzug für "Teilzeittätigkeit Männer" von 5% vorzunehmen ist, kann vorliegend offen gelassen werden, da so oder anders ab Juni 2019 ein Anspruch auf eine halbe Rente resultiert. 8.3 Gestützt auf die obigen Erwägungen ergibt sich, dass der Versicherte ab 1. Dezember 2015 Anspruch auf eine ganze Rente und ab 1. Juni 2019 auf eine halbe Rente hat. Damit sind die angefochtenen Verfügungen nicht zu beanstanden, weshalb die vorliegenden Beschwerden abzuweisen sind. Nicht Gegenstand des vorliegenden Verfahrens bildet die Frage, wie sich die Einkommensentwicklung nach dem Verfügungserlass, insbesondere ab 1. Juli 2021 auf die Rentenhöhe auswirkt. 9.1 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 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 die Beschwerdeführerin unterliegende Partei, weshalb die Verfahrenskosten ihr aufzuerlegen und mit dem bereits geleisteten Kostenvorschuss zu verrechnen sind. 9.2 Nach dem Wortlaut von Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Rechtsprechungsgemäss steht darüber hinaus aber auch der anwaltlich vertretenen beigeladenen Person, die mit ihrem Antrag durchdringt, eine Parteienschädigung zu (Christian Zünd , Kommentar zum Gesetz über das Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich, Zürich 1999, S. 239, mit Hinweisen auf BGE 109 V 62 E. 4 und auf verschiedene unveröffentlichte Urteile des damaligen EVG). Diese Parteienschädigung ist grundsätzlich vom unterliegenden Versicherungsträger zu übernehmen (Ueli Kieser , ATSG-Kommentar, 2. Auflage, Zürich/Basel/Genf 2009, Art. 61 Rz 115). Nach dem Gesagten hat der

obsiegende Beigeladene B.____, wie von ihm beantragt, Anspruch auf eine Parteientschädigung zu Lasten der unterliegenden Beschwerdeführerin. Die Rechtsvertreterin des Beigeladenen hat in ihren Kostennoten vom 17. März und 6. September 2021 für das vorliegende Verfahren einen Zeitaufwand von insgesamt 10 Stunden und 55 Minuten ausgewiesen, was sich in Anbetracht der sich stellenden Sachverhalts- und Rechtsfragen als angemessen erweist. Die Bemühungen sind zu dem von der Rechtsvertreterin geltend gemachten Stundenansatz von Fr. 200.-- zu entschädigen. Auslagen sind keine geltend gemacht worden. Dem Beigeladenen ist deshalb eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 2'183.35 (10,91 Stunden à Fr. 200.--) zu Lasten der Beschwerdeführerin zuzusprechen. Demgemäss wird erkannt: ://: 1. Die Beschwerden werden abgewiesen. 2. Die Verfahrenskosten in der Höhe von Fr. 800.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt und mit dem bereits geleisteten Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 800.-- verrechnet. 3. Die Beschwerdeführerin hat dem Beigeladenen B.____ eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 2'183.35 zu bezahlen.

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