

SO_GERICHTE VSBES.2019.143 vom 28. März 2019

SO Obergericht, 2019-03-28, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2019.143

FR: SO_GERICHTE VSBES.2019.143 du 28 mars 2019

IT: SO_GERICHTE VSBES.2019.143 del 28 marzo 2019

Erwägungen

E. 1

1.1 Der 1976 geborene A.____ (nachfolgend: Beschwerdeführer) reiste am 10. August 2001 aus Marokko in die Schweiz ein. Am 2. Juni 2015 meldete er sich bei der IV-Stelle des Kantons Solothurn (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) zum Leistungsbezug an (IV-Stelle Beleg Nr. [IV-Nr.] 2). Ausserdem reichte der Beschwerdeführer einen Bericht seines behandelnden Psychiaters, Dr. med. B.____, vom 11. März 2015 (IV-Nr. 7) ein. Die Beschwerdegegnerin tätigte in der Folge verschiedene medizinische und erwerbliche Abklärungen und führte am 20. August 2015 mit dem Beschwerdeführer im Beisein des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) ein Intake-Gespräch durch (vgl. Protokoll in IV-Nr. 16).

1.2 Nach Durchführung mehrerer Laboruntersuchungen (IV-Nrn. 23, 30 f.) sowie eines Mahn- und Bedenkzeitverfahrens (IV-Nr. 25) stellte die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer mit Vorbescheid vom 13. September 2016 (IV-Nr. 33) die Abweisung seiner Leistungsbegehren in Aussicht, da er die von seinem Psychiater verordneten Medikamente nicht einnehme. Aufgrund der dagegen erhobenen Einwände (IV-Nrn. 34, 37) holte die Beschwerdegegnerin bei Dr. med. B.____ einen Verlaufsbericht (IV-Nr. 38) ein und forderte den Beschwerdeführer mit Schreiben vom 9. Januar 2017 (IV-Nr. 43) nochmals dazu auf, die verordneten Psychopharmaka (vgl. IV-Nr. 41, 46) regelmässig einzunehmen bei gleichzeitiger absoluter Alkohol- und Drogenkarenz. Nach erneuten Laboruntersuchungen (IV-Nr. 48 ■ 51) und Einholung eines weiteren Verlaufsberichts des behandelnden Psychiaters (IV-Nr. 53) sowie Rücksprache mit dem RAD (IV-Nr. 55) liess die Beschwerdegegnerin den Beschwerdeführer psychiatrisch-neuropsychologisch begutachten (vgl. IV-Nr. 56). Das Gutachten von Dr. med. C.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, und Dr. phil. D.____, Fachpsychologin SVNP für Neuropsychologie, ging am 26. Februar 2018 bei der Beschwerdegegnerin ein (IV-Nrn. 64.1 ff.). Nach Vorlage an den RAD (vgl. Stellungnahme von Dr. med. E.____ vom 4. Mai 2018, IV-Nr. 68) und Rückfragen an die Gutachter (vgl. Stellungnahme von Dr. med. C.____ vom 13. Juni 2018, IV-Nr. 69) stellte die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer mit Vorbescheid vom 3. Juli 2018 (IV-Nr. 70) eine Abweisung seiner Leistungsbegehren in Aussicht, da der Beschwerdeführer mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit bereits mit einer psychischen Beeinträchtigung in die Schweiz eingereist sei. Somit seien die versicherungsmässigen Voraussetzungen weder für Eingliederungsmassnahmen noch für eine Invalidenrente erfüllt.

1.3 Aufgrund der dagegen am 10. September 2018 erhobenen Einwände (vgl. IV-Nr. 72) holte die Beschwerdegegnerin erneut einen Bericht des RAD ein (vgl. Stellungnahme von Dr. med. E.____ vom 26. November 2018, IV-Nr. 77). Mit Verfügung vom 28. März 2019 (IV-Nr. 78; Aktenseiten [A.S.] 1 ff.) hielt die Beschwerdegegnerin schliesslich an ihrem

Vorbescheid fest.

E. 2

2.1 Dagegen lässt der Beschwerdeführer am 17. Mai 2019 beim Versicherungsgericht des Kantons Solothurn (nachfolgend: Versicherungsgericht) fristgerecht (Art. 38 Abs. 4 lit. a ATSG) Beschwerde erheben und folgende Rechtsbegehren stellen (A.S. 4 ff.):

1. Die Verfügung vom 28. März 2019 sei aufzuheben und Herrn A.____ mit Wirkung ab 1. Februar 2013 eine ganze Rente der Invalidenversicherung zuzusprechen.

2. Unter Kosten- und Entschädigungsfolge

3. Eventuell: Herrn A.____ sei im vorliegenden Verfahren die unentgeltliche Rechtspflege zu gewähren, unter Beiordnung des unterzeichnenden Rechtsanwaltes als unentgeltlicher Rechtsbeistand.

2.2 Die Beschwerdegegnerin verzichtet am 12. Juni 2019 auf eine Beschwerdeantwort und beantragt die Abweisung der Beschwerde (A.S. 13).

3. Mit Verfügung vom 1. Juli 2019 (A.S. 26 f.) bewilligt das Versicherungsgericht dem Beschwerdeführer ab Prozessbeginn die unentgeltliche Rechtspflege und bestellt Fürsprecher Herbert Bracher als unentgeltlichen Rechtsbeistand.

4. Am 2. Juli 2019 reicht der Vertreter des Beschwerdeführers seine Kostennote zu den Akten (A.S. 28).

E. 3

Eventuell: Herrn A.____ sei im vorliegenden Verfahren die unentgeltliche Rechtspflege zu gewähren, unter Beiordnung des unterzeichnenden Rechtsanwaltes als unentgeltlicher Rechtsbeistand. 2.2 Die Beschwerdegegnerin verzichtet am 12. Juni 2019 auf eine Beschwerdeantwort und beantragt die Abweisung der Beschwerde (A.S. 13). 3. Mit Verfügung vom 1. Juli 2019 (A.S. 26 f.) bewilligt das Versicherungsgericht dem Beschwerdeführer ab Prozessbeginn die unentgeltliche Rechtspflege und bestellt Fürsprecher Herbert Bracher als unentgeltlichen Rechtsbeistand. 4. Am 2. Juli 2019 reicht der Vertreter des Beschwerdeführers seine Kostennote zu den Akten (A.S. 28).

E. 5

5.1 Mit Verfügung vom 5. November 2019 (A.S. 30 f.) stellt das Versicherungsgericht den Parteien in Aussicht, bei Dr. med. F.____, [...], ein psychiatrisches Gerichtsgutachten einzuholen. Der Beschwerdeführer lässt am 6. November 2019 mitteilen, mit dem vorgeschlagenen Gutachter einverstanden zu sein und keine Zusatzfragen zu beantragen (A.S. 33). Die Beschwerdegegnerin beantragt mit Eingabe vom 19. November 2019 (A.S. 34), dem Gutachter Zusatzfragen zu stellen.

5.2 Mit Verfügung vom 25. November 2019 (A.S. 37 ff.) beauftragt das Versicherungsgericht Dr. med. F.____ ■ unter Berücksichtigung der von der Beschwerdegegnerin beantragten Zusatzfragen (vgl. A.S. 34 und 38) ■ mit der psychiatrischen Begutachtung des Beschwerdeführers (mit Beizug eines Dolmetschers in arabischer Sprache [vgl. A.S. 33]). Das psychiatrische Gutachten wird am 20. Januar 2020 erstattet (A.S. 41 ■ 79).

5.3 Der Beschwerdeführer lässt am 17. Februar 2020 mitteilen, dass vollumfänglich auf das Gutachten von Dr. med. F.____ abgestellt werden könne (A.S. 83 f.). Gleichzeitig reicht

der Vertreter des Beschwerdeführers eine ergänzende Kostennote zu den Akten (A.S. 85). Die Beschwerdegegnerin verzichtet auf eine Stellungnahme zum Gutachten vom 20. Januar 2020 (vgl. A.S. 86).

6. Auf die weiteren Ausführungen in den Rechtsschriften der Parteien wird, soweit erforderlich, in den folgenden Erwägungen eingegangen. Im Übrigen wird auf die Akten verwiesen.

II.

1. Die Sachurteilsvoraussetzungen (Einhaltung von Frist und Form, örtliche und sachliche Zuständigkeit des angerufenen Gerichts) sind erfüllt. Auf die Beschwerde ist einzutreten.

2.

2.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG, SR 830.1]). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein. Die Invalidität gilt als eingetreten, sobald sie die für die Begründung des Anspruchs auf die jeweilige Leistung erforderliche Art und Schwere erreicht hat (Art. 4 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [IVG, SR 831.20]).

2.2 Gemäss Art. 8 Abs. 1 IVG haben Invalide oder von einer Invalidität (Art. 8 ATSG) bedrohte Versicherte Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen, soweit diese notwendig und geeignet sind, die Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, wiederherzustellen, zu erhalten oder zu verbessern (lit. a) und die Voraussetzungen für den Anspruch auf die einzelnen Massnahmen erfüllt sind (lit. b). Die Eingliederungsmassnahmen bestehen u.a. in Massnahmen beruflicher Art (Berufsberatung, erstmalige berufliche Ausbildung, Umschulung, Arbeitsvermittlung, Kapitalhilfe; Art. 8 Abs. 3 lit. b IVG).

2.3 Gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), und die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. b und c). Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente.

3.

3.1 Das Administrativverfahren vor der IV-Stelle wie auch der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1, Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben IV-Stelle und Sozialversicherungsgericht den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht. Der Untersuchungsgrundsatz weist enge Bezüge zum ■ auf Verwaltungs- und Gerichtsstufe ebenfalls in gleicher Weise geltenden ■ Prinzip der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c in fine ATSG) auf (einschliesslich die

antizipierte Beweiswürdigung): Führt die pflichtgemässe, umfassende und sachbezogene Beweiswürdigung den Versicherungsträger oder das Gericht zur Überzeugung, der Sachverhalt sei hinreichend abgeklärt, darf von weiteren Untersuchungen (Beweissmassnahmen) abgesehen werden. Ergibt die Beweiswürdigung jedoch, dass erhebliche Zweifel an Vollständigkeit und/oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellungen bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteil des Bundesgerichts 8C_308/2007 vom 9. April 2008 E. 2.2.1 mit vielen Hinweisen).

3.2 Der im Sozialversicherungsrecht massgebende Beweisgrad ist derjenige der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 117 V 194 E. 3b S. 194 f.). Das Bundesrecht schreibt nicht vor, wie die einzelnen Beweismittel zu würdigen sind. Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsbeschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352). Der Sozialversicherungsrichter hat alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf er bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum er auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten ■ d.h. der Anamnese ■ abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und in seinen Schlussfolgerungen begründet ist (BGE 122 V 157 E. 1c S. 160).

Hinsichtlich des Beweiswerts von Stellungnahmen, welche den vorstehend genannten Anforderungen gerecht werden, ist wie folgt zu differenzieren: Bezüglich Gerichtsgutachten hat die Rechtsprechung ausgeführt, das Gericht weiche «nicht ohne zwingende Gründe» von den Einschätzungen des medizinischen Experten ab. Hinsichtlich von Versicherungsträgern im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholter, den Anforderungen der Rechtsprechung entsprechender Gutachten externer Spezialärzte wurde festgehalten, das Gericht dürfe diesen Gutachten vollen Beweiswert zuerkennen, solange «nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit» der Expertise sprechen. Auf das Ergebnis versicherungsinterner ärztlicher Abklärungen ■ zu denen die RAD-Berichte gehören ■ kann nicht abgestellt werden, wenn auch nur geringe Zweifel an ihrer Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit bestehen (Urteil des Bundesgerichts 8C_336/2015 vom 25. August 2015 E. 4.3 mit Hinweisen).

4.

4.1 Die Beschwerdegegnerin hat den Anspruch auf berufliche Eingliederungsmassnahmen und auf eine Invalidenrente im Wesentlichen mit der Begründung verneint, dass der beim Beschwerdeführer festgestellte psychische Gesundheitsschaden (in Form einer schweren Persönlichkeitsstörung mit schizoiden Zügen) bereits seit der Jugend und somit auch bei Einreise in die Schweiz vorgelegen habe. Die versicherungsmässigen Voraussetzungen für einen Leistungsanspruch seien somit nicht erfüllt (A.S. 1 f.).

4.2 Der Beschwerdeführer macht demgegenüber zusammenfassend geltend, er habe sich erst 2012 in psychiatrische Behandlung begeben, was darauf hinweise, dass ■ selbst wenn er (im August 2001) bereits erkrankt in die Schweiz eingereist wäre ■ zumindest über längere Zeit noch eine gesellschaftliche Funktionstüchtigkeit bzw. eine erhebliche Arbeitsfähigkeit bestanden haben müsse. Es sei zudem nicht relevant, ob der Beschwerdeführer bereits erkrankt in die Schweiz eingereist sei, sondern ab welchem Zeitpunkt diese Erkrankungen zu einer dauernden Arbeitsunfähigkeit von durchschnittlich mindestens 40 % während eines Jahres geführt habe. Diesbezüglich sei die Beschwerdegegnerin beweisbelastet, nachdem die schwere psychische Erkrankung an sich erstellt sei. Gestützt auf die vorhandenen medizinischen Akten könne die Beschwerdegegnerin diesen Beweis jedoch nicht erbringen, weshalb dem Beschwerdeführer eine Invalidenrente zuzusprechen sei (A.S. 8).

5. Vorliegend ist zu prüfen, ob die Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 28. März 2019 (IV-Nr. 78; A.S. 1 ff.) einen Anspruch des Beschwerdeführers auf berufliche Massnahmen und eine Rente der Invalidenversicherung zu Recht verneint hat. Dabei ist unter den Parteien insbesondere strittig (vgl. E. II. 4 hievov), ob der Beschwerdeführer die versicherungsmässigen Voraussetzungen erfüllt.

5.1 In Bezug auf Leistungen der schweizerischen Invalidenversicherung sieht Art. 6 Abs. 2 IVG für (über 20jährige) ausländische Staatsangehörige vor, dass diese grundsätzlich nur anspruchsberechtigt sind, solange sie ihren Wohnsitz und gewöhnlichen Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz haben und sofern sie bei Eintritt der Invalidität während mindestens eines vollen Jahres Beiträge geleistet oder sich ununterbrochen während zehn Jahren in der Schweiz aufgehalten haben.

5.2 Der Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen entsteht nach Art. 9 Abs. 1bis IVG frühestens mit der Unterstellung unter die obligatorische oder die freiwillige Versicherung (vgl. Art. 1b IVG i.V.m. Art. 1a und 2 des Bundesgesetzes über die Alters- und Hinterlassenenversicherung [AHVG, SR 831.10]) und endet spätestens mit dem Ende der Versicherung.

5.3 Anspruch auf eine ordentliche Invalidenrente haben gemäss Art. 36 Abs. 1 IVG nur jene Versicherten, die bei Eintritt der Invalidität während mindestens drei Jahren Beiträge geleistet haben.

6. Mit Blick auf die vorstehend dargelegten Rechtssätze (vgl. E. II. 5.1 ff. hievov) ist zur Beurteilung der vorliegend strittigen versicherungsmässigen Voraussetzungen demnach der Zeitpunkt des Eintritts der Invalidität entscheidend. Nicht massgebend ist hingegen der Eintritt des ihr zugrundeliegende Gesundheitsschadens, sondern es kommt ■ wie der Beschwerdeführer zu Recht vorbringt (vgl. E. II. 4.2 hievov) ■ darauf an, wann dessen Auswirkungen auf das funktionelle Leistungsvermögen ein invalidisierendes Ausmass erreicht haben. Zum Zeitpunkt der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 28. März 2019 präsentierte sich der medizinische Sachverhalt im Wesentlichen wie folgt:

6.1

6.1.1 Gemäss Bericht von Dr. med. B.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 26. November 2015 (IV-Nr. 19) leide der Beschwerdeführer seit Februar 2012 an einer gemischten schizoaffektiven Störung (ICD-10 F25.2) sowie an psychischen und Verhaltensstörungen durch Alkohol mit ständigem Substanzgebrauch

(ICD-10 F10.25) und sei seit diesem Zeitpunkt zu 100 % arbeitsunfähig in seiner angestammten Tätigkeit als Produktionsmitarbeiter. Der Beschwerdeführer stehe seit dem 23. Februar 2012 bei ihm wegen einer psychotischen Störung in Behandlung. Er leide unter einer kognitiven und Verhaltensstörung, klage über Hör- und Sehhalluzinationen und meine, Opfer von schwarzer Magie zu sein. Der Beschwerdeführer leide unter Wahnvorstellungen mit paranoidem Inhalt; es komme zu einer Alternierung von schweren depressiven Zuständen und Hypomanie. Aufgrund der schwachen Intelligenz des Beschwerdeführers sei die Therapie psychoedukativ angelegt; zudem erfolge eine medikamentöse Behandlung. In einem geschützten Rahmen könnte mit zwei bis drei Stunden pro Tag mit einer Tätigkeit begonnen werden mit progressiver Steigerung der Arbeit bis maximal fünf Stunden täglich. Der behandelnde Psychiater schlug zudem vor, den Beschwerdeführer in einem IV-Atelier abzuklären.

6.1.2 In seinen weiteren Verlaufsberichten führte der behandelnde Psychiater die Diagnose der psychischen und Verhaltensstörungen durch Alkohol mit ständigem Substanzgebrauch (ICD-10 F10.25) nicht mehr auf, hielt ansonsten aber im Wesentlichen an seinen bisherigen Einschätzungen fest. Mit Bericht vom 17. November 2016 (IV-Nr. 38) führte Dr. med. B. ___ zudem aus, die medikamentöse Behandlung mit einem Neuroleptikum habe zu einem Rückgang der Halluzinationen geführt; die kognitiven Veränderungen und Verzerrungen seien jedoch geblieben. Die Prognose sei schlecht. Mit Bericht vom 11. Oktober 2017 (IV-Nr. 53) wird weiterhin eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert. Der Beschwerdeführer leide noch immer unter Wahnvorstellungen mit paranoidem Inhalt.

6.2 Gemäss Stellungnahme von Dr. med. E. ___, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, RAD, vom 6. November 2017 (IV-Nr. 55) sowie entsprechenden Laborberichten (IV-Nrn. 23, 30 ff.) lagen die Spiegel der verordneten Medikamente trotz auferlegter Mitwirkungspflicht mehrmals unterhalb ihres Wirkungsbereichs und der Beschwerdeführer wurde einmalig positiv auf Benzodiazepine getestet (vgl. IV-Nr. 32). Nachdem die Beschwerdegegnerin daraufhin die Abweisung der Leistungsbegehren in Aussicht stellte (vgl. Vorbescheid vom 13. September 2016, IV-Nr. 33; siehe auch E. I. 1.2 hievore) und auf die Einwände des Beschwerdeführers nochmals zur Einnahme der verschriebenen Medikamente sowie zu völliger Suchtmittelabstinenz aufforderte (vgl. IV-Nr. 43) sowie nach Umstellung der Medikation durch Dr. med. B. ___ (ohne Benzodiazepine; vgl. IV-Nrn. 46), zeigten die Laborkontrollen im weiteren Verlauf eine anhaltende Suchtmittelabstinenz und Medikamentenspiegel im Wirkungsbereich (vgl. Laborberichte in IV-Nrn. 47 ■ 51). Der medizinische Sachverhalt erscheine ■ so RAD-Arzt Dr. med. E. ___ ■ jedoch nicht hinreichend plausibel und nachvollziehbar geklärt, weshalb eine psychiatrisch-neuropsychologische Begutachtung empfohlen werde.

6.3

6.3.1 Im Rahmen der von der Beschwerdegegnerin alsdann angeordneten bidisziplinären Begutachtung (vgl. IV-Nr. 56) fand am 25. Januar 2018 zunächst eine neuropsychologische Untersuchung bei Dr. phil. D. ___, Fachpsychologin für Neuropsychologie SVNP, statt. In ihrem Bericht vom 15. Februar 2018 (IV-Nr. 64.2) hielt die Fachpsychologin zusammenfassend fest, beim Beschwerdeführer bestehe eine nicht-authentische neuropsychologische Funktionsstörung mit durchwegs deutlich bis massiv vermindertem Leistungsprofil, mit fluktuierenden Bewusstseinsstörungen sowie wahrscheinlichem Aggravationsverhalten. In der neuropsychologischen Beurteilung führte sie dazu aus, dass sich beim Beschwerdeführer ein durchwegs deutlich bis massiv vermindertes kognitives

Leistungsprofil zeige. In einem sprachfreien und kultur-fairen Intelligenztest (CFT20-R) erreiche der Versicherte einen Grundintelligenzquotienten von 54, was deutlich im Bereich der geistigen Behinderung liege. Wäre sein IQ tatsächlich so tief, wäre es ihm mit grosser Wahrscheinlichkeit weder möglich gewesen, selbständig zum Untersuchungstermin mit dem ÖV anzureisen, noch eine Einsprache gegen einen negativen Vorbescheid der IV-Stelle zu realisieren, welchen er wohl dann nicht einmal verstanden hätte.

Testergebnisse und tatsächliches Verhalten stellten sich also deutlich diskrepant dar. Zudem ergäben sich deutliche Hinweise auf ein leistungsminderndes Verhalten mit sehr auffälligen Befunden in drei durchgeführten simulationssensiblen Testverfahren aus der Testbatterie der Forensischen Neuropsychologie sowie verschiedene testinterne Inkonsistenzen.

Aufgrund der nicht als valide einzustufenden Testergebnisse mit deutlichen Hinweisen auf Aggravationsverhalten könne die Arbeitsfähigkeit resp. deren Einschränkung aus neuropsychologischer Sicht nicht quantifiziert werden. Eine allfällige Einschränkung der beruflichen Leistungsfähigkeit müsse von ärztlicher bzw. psychiatrischer Seite her separat beurteilt werden. Angesichts des klinischen Eindrucks des Beschwerdeführers sei eine Berufstätigkeit auch in geschütztem Rahmen zurzeit nicht möglich (IV-Nr. 64.2 S. 10 f.).

6.3.2 Dem psychiatrischen Gutachten von Dr. med. C.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 21. Februar 2018 (IV-Nr. 64.1) lässt sich die Diagnose einer schweren schizoiden Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.1) entnehmen (IV-Nr. 64.1 S. 12).

Der Beschwerdeführer sei psychisch krank und leide sehr, das sehe man eindeutig, redundant, und werde durch die subjektiven Angaben sowie die Anamnese untermauert. Man sehe ihm die Angst an, sein Gesichtsausdruck sei freudlos, furchterfüllt, verzweifelt, hilflos, fliehend. Die Beziehungsfähigkeit des Beschwerdeführers sei blockiert. Sein Tagesablauf sei pathologisch, er stehe im Verlaufe des späteren Nachmittags auf, gehe weit nach Mitternacht ins Bett und könne nur dank (niedrig dosiertem) Quetiapin schlafen. Er sei sehr ungepflegt und verwahrlost. Er gebe neben Ängsten und Stress an, unter Stimmen zu leiden, die seiner Meinung nach wahrscheinlich Geister seien. Während der zweiten Untersuchung sei der Beschwerdeführer zeitweise wie nicht anwesend gewesen, sondern von anderem angezogen. Der Beschwerdeführer sei in Casablanca (Marokko) mit fünf Geschwistern aufgewachsen und habe nach der Schule einige Jahre bei seinem Vater (Schreiner mit eigenem Geschäft) gearbeitet. Er sei 18jährig nach Barcelona ausgewandert und zwei Jahre später nach Frankfurt gezogen. In Deutschland habe er ca. fünf Jahre als Asylsuchender gelebt und sei als solcher dann in die Schweiz gekommen. Er habe sofort geheiratet und mit seiner Ehefrau ca. acht Jahre zusammengelebt, bis sie sich dann von ihm habe scheiden lassen. Dann sei er krank geworden (IV-Nr. 64.1 S. 8).

Er sei mit 18 Jahren nach Europa gegangen, weil es ihm in seiner Kultur nicht wohl gewesen sei, er habe also die Mündigkeit zu diesem Schritt abgewartet und dann gehandelt. Er beschreibe die familiäre Kultur und dass er diese nicht gern habe. Er sei mehrmals davongelaufen, auch in der Schweiz bei den verschiedenen Arbeitsstellen. Er habe dann eine Heimat bei einer deutlich älteren Frau gefunden, das sei eine gute Zeit gewesen; sie habe dann aber mit einem anderen Mann eine Beziehung aufgenommen und die Scheidung (gegen seinen Willen) erreicht. Dann sei er zusammengebrochen, was ■ so die Einschätzung von Dr. med. C.____ ■ nachvollziehbar sei nach so langer Suche und Finden einer guten Lebenssituation. Folglich sei die Beziehungsfähigkeit das Leitsymptom, was zu schizoider Persönlichkeitsstörung passe. Heute sei der Beschwerdeführer tieftraurig, wie

eine Art traumatisiert (also in einer erheblichen Anpassungsstörung), und nicht mehr imstande, aus diesem Sumpf herauszukommen; er regrediere und er entwickle in seiner Isolation ein psychopathologisches Verhalten, das halluzinatorisch anmüte, aber nicht eindeutig so sei, und zu dem in der neuropsychologischen Untersuchung bemerkenswerten Verhalten passe (IV-Nr. 64.1 S. 9).

Die laufende Behandlung sei ungeeignet und man habe am Anfang sogar mit den falschen Medikamenten agiert ■ wahrscheinlich, weil es dem behandelnden Psychiater nicht gelungen sei, eine korrekte Diagnose zu stellen und eine leitliniengerechte Behandlung abzuleiten und durchzuführen. Die Phase mit dem Alkoholkonsum sei ein untauglicher «Selbstheilungsversuch» gewesen und vom behandelnden Psychiater fälschlicherweise als Abhängigkeitssyndrom eingestuft worden. Nach Intervention der Invalidenversicherung habe es rasch beendet werden können. Das halluzinatorisch Anmutende sei heute zu wenig kohärent und zu wenig hinreichend, um die Diagnose einer schizoaffektiven Störung zu begründen. Eine solche Störung könnte man frühestens dann diagnostizieren, wenn nach einer leitliniengerechten Behandlung der Anpassungsstörung mit depressiver Reaktion auf der Basis der Persönlichkeitsstörung eigentliche Halluzinationen oder gar paranoide Inhalte persistieren würden und gefestigt wären. Überfällig sei also eine intensive leitliniengerechte psychiatrische Behandlung, die auch einen normalen Tagesablauf zur Folge haben müsse. Der Beschwerdeführer selber wünsche eine solche ■ stationäre ■ Behandlung (IV-Nr. 64.1 S. 10).

Alle Funktionseinschränkungen seien auf die Gesundheitsschädigung zurückzuführen. Das wie Simulation oder Aggravation Anmutende sei Ausdruck der Verzweiflung und Hilflosigkeit und ein Versuch des Beschwerdeführers, auf diese Art und Weise zu zeigen, wie er leide, selber nicht weiterkomme (wie seinerzeit der Konsum von abhängig machenden Substanzen). Das Leitsymptom sei, dass es der Beschwerdeführer in seiner Kultur nicht ausgehalten habe und bei der erst besten Gelegenheit ins Ausland ausgewandert sei. Dort habe er festgestellt, dass es nicht besser gewesen sei. Seine beste Zeit sei die Ehe mit der Schweizerin gewesen, die ihm Heimat, Geborgenheit und Sicherheit gegeben habe. Sie habe sich gegen seinen Willen von ihm scheiden lassen, seit dann sei er manifest krank, regrediert, verwaorlost (IV-Nr. 64.1 S. 11). Die Kooperation des Beschwerdeführers sei gut; es sei jedoch eine ganz andere Behandlung überfällig. Was die gescheiterten (Selbst-)Eingliederungsbemühungen anbelange, habe sich der Beschwerdeführer Mühe gegeben, sei aber an seiner schizoiden Beziehungsstörung gescheitert, wofür er nichts könne (IV-Nr. 64.1 S. 13). Es bestünden keine Diskrepanzen. Im jetzigen Zustand sei der Beschwerdeführer sicher nicht arbeitsfähig. Wie das Aktivitätenniveau gewesen sei, als er noch in Marokko gelebt habe, habe nicht herausgefunden werden können. Seit er mit 18 Jahren ausgezogen sei, sei sein Aktivitätenniveau nie gut, nie ausreichend gewesen. Die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers betrage sowohl in der bisherigen als auch in einer angepassten Tätigkeit 0 % (IV-Nr. 64.1 S. 14).

6.4 Dr. med. E.____, RAD, konstatierte in seiner Stellungnahme vom 4. Mai 2018 (IV-Nr. 68), dass die Beurteilung der schwierigen und unklaren Sachlage für die Gutachter mit erheblichen Schwierigkeiten verbunden gewesen sei. Dem psychiatrischen Gutachtensteil könne zunächst in der überzeugenden Darstellung gefolgt werden, dass der Gesundheitszustand des Versicherten aktuell als desolat anzusehen sei und eine Arbeitsfähigkeit sowie berufliche Massnahmen auszuschliessen seien. Allerdings weise das

psychiatrische Teilgutachten auch diverse Mängel auf, die es nach Ansicht des RAD nicht erlaubten, umfassend auf die Einschätzungen des psychiatrischen Gutachters, Dr. med. C.____, abzustellen. So seien zum einen keine Laborkontrollen durchgeführt worden. Zum andern vermöge eine schizoide Persönlichkeitsstörung als alleinige Diagnose die Symptomatik des Beschwerdeführers nicht überzeugend zu begründen. Die Diagnose sei auch weder für sich noch gegenüber einer bspw. ebenfalls möglichen schizotypen oder einer anderen psychosenahen Störung differenzialdiagnostisch hinreichend belegt und diskutiert worden. Schliesslich erscheine die vermutlich bewusstseinsnah stattfindende Selbstdarstellung in der neuropsychologischen Abklärung nicht zweifelsfrei und überzeugend als rein krankheitsbedingt gegenüber einer Aggravation und Simulation begründet und abgegrenzt (IV-Nr. 68 S. 3).

Ein anderer Aspekt der Ergebnisse der bidisziplinären Begutachtung sei aus Sicht des RAD, dass der Beschwerdeführer demnach mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit bereits mit seiner psychischen Störung in die Schweiz gekommen sei. Nach den anamnestischen Ausführungen sei ein Erkrankungsbeginn bzw. das Auffallen der symptomatischen Störung bereits im Jugendalter in Marokko zu vermuten. Diese Einschätzung «passe» auch zur Diagnose einer Persönlichkeitsstörung (die bereits in der Adoleszenz sich zu entwickeln beginne) und auch mit der vom Versicherten in der Schweiz gezeigten geringen, allenfalls zeitweiligen und (eher) Teilarbeitsfähigkeit gemäss IK-Auszug (IV-Nr. 68 S. 4).

6.5 Mit Schreiben vom 13. Juni 2018 (IV-Nr. 69) nahm Dr. med. C.____ zum Bericht von RAD-Facharzt Dr. med. E.____ dahingehend Stellung, dass es keine Indikation für Laborkontrollen gegeben habe. Zudem sei es für ihn dermassen eindeutig gewesen, dass nicht eine psychosenahe Störung zur Diskussion gestanden habe, weshalb er dies nicht weiter differentialdiagnostisch ausdiskutiert habe. Zur Aggravation und Simulation habe er sich im Gutachten geäussert. Dr. phil. D.____ habe sein Gutachten erst nach ihrer Ausformulierung gesehen und ihm geschrieben, dass sie sein Gutachten «ganz ausgezeichnet» finde ■ damit sage sie indirekt aus, dass ihre Vermutung so genügend entkräftet sei.

6.6 Mit der im Vorbescheidverfahren abgegebenen Stellungnahme vom 26. November 2018 (IV-Nr. 77) hielt Dr. med. E.____ den Einwänden des Beschwerdeführers entgegen, dass eine schwere Persönlichkeitsstörung mit schizoiden Zügen als gutachterlich einzig gestellte Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gemäss ICD-Definition einen Beginn in der Jugend voraussetze. Der IK-Auszug belege, dass beim Beschwerdeführer nach seiner Einreise in die Schweiz durchaus und zumindest zeitweilig eine rentenausschliessende Arbeitsfähigkeit angenommen werden könne. Dass eine relevante Arbeitsfähigkeit ausgewiesen sei, finde sich bei Persönlichkeitsstörungen häufig, da neben persönlichkeitsimmanenten Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit immer auch begleitende psychosoziale Gegebenheiten Einfluss nähmen. Diese Tatsachen widersprächen allerdings keineswegs der Feststellung des RAD, wonach mit überwiegender Wahrscheinlichkeit die ausgewiesene Persönlichkeitsstörung des Beschwerdeführers, wegen der er schon kurz nach seiner Einreise auffällig geworden sei und die sich aktuell erheblich negativ auswirke, bereits bei Einreise in die Schweiz vorgelegen habe.

7. Gestützt auf das Gutachten von Dr. med. C.____ sowie die Stellungnahmen von RAD-Facharzt Dr. med. E.____ verneinte die Beschwerdegegnerin sodann einen Leistungsanspruch des Beschwerdeführers, da dieser bereits mit einer gesundheitlichen

Beeinträchtigung in die Schweiz eingereist sei (vgl. E. II. 4.1 hievor). Wie dargelegt, ist für die Beurteilung der Frage nach dem Erfüllen der versicherungsmässigen Voraussetzungen jedoch nicht der Eintritt des Gesundheitsschadens, sondern jener der (leistungsspezifischen) Invalidität massgebend (vgl. E. II. 6 hievor). Wann die psychische Gesundheitsbeeinträchtigung des Beschwerdeführers eine Arbeitsunfähigkeit von invalidisierendem Ausmass erreicht hat bzw. wie es sich mit dem Verlauf der Arbeitsunfähigkeit genau verhält, lässt sich den Ausführungen von Dr. med. C.____ nicht entnehmen. Allein aus der kurz gehaltenen und nicht näher begründeten Aussage des Gutachters, wonach das Aktivitätensniveau des Beschwerdeführers seit seinem Auszug mit 18 Jahren «nie gut, nie ausreichend» gewesen sei (IV-Nr. 64.1 S. 14; vgl. auch E. II. 6.3.2 hievor), kann nicht ohne weiteres geschlossen werden, der Beschwerdeführer sei bereits mit einer (invalidisierenden) Arbeitsunfähigkeit in die Schweiz eingereist. Dies gilt umso mehr, als Dr. med. C.____ an anderer Stelle festhielt, der Beschwerdeführer sei (erst) seit der gegen seinen Willen erfolgten Scheidung, also Jahre nach der Einreise in die Schweiz, «manifest krank» geworden (IV-Nr. 64.1 S. 11). Auch sonst vermag das bidisziplinäre Gutachten von Dr. med. C.____ und Dr. phil. D.____ nicht vollständig zu überzeugen. So bleiben ■ auch nach Rückfrage des RAD und erneuter (kurzer) Stellungnahme durch Dr. med. C.____ (vgl. E. II. 6.4 f. hievor) ■ gewisse Unklarheiten und Diskrepanzen zwischen der geäusserten Symptomatik und der gestellten Diagnose, die als solche und in Abgrenzung zu den Vorbefunden (gemischte schizoaffektive Störung) zudem nicht ausreichend begründet erscheint. Auch die Einordnung des in der neuropsychologischen Untersuchung beobachteten auffälligen (Aggravations-)Verhaltens wird nicht restlos geklärt. Schliesslich ist vor diesem Hintergrund auch nicht nachvollziehbar, dass RAD-Facharzt Dr. med. E.____, der sich zunächst zu Recht kritisch zu den gutachterlichen Ausführungen geäussert hatte (vgl. E. II. 6.4), sodann gleichwohl auf die Einschätzung von Dr. med. C.____ abstellte, wenn er das seitens RAD postulierte (hier jedoch nicht massgebende) Vorliegen einer psychischen Störung bei Einreise in die Schweiz damit begründete, dass der gutachterlich erhobenen Persönlichkeitsstörung ein Beginn im Jugendalter immanent sei (vgl. E. II. 6.4 und 6.6 hievor).

Zusammenfassend waren der medizinische Sachverhalt und das funktionelle Leistungsvermögen des Beschwerdeführers sowie der Verlauf der Arbeitsunfähigkeit zur Bestimmung des Invaliditätseintritts durch die bei Erlass der Verfügung vom 28. März 2019 vorliegenden medizinischen Stellungnahmen nicht hinreichend geklärt. Um die festgestellten Abklärungslücken zu füllen, hat das Versicherungsgericht bei Dr. med. F.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, ein psychiatrisches Gutachten eingeholt (vgl. E. I. 5.1 f. hievor).

8. Wie dargelegt, weicht das Gericht von einem Gerichtsgutachten, das die allgemeinen Anforderungen erfüllt, nur dann ab, wenn zwingende Gründe für ein Abweichen vorliegen (E. II. 3.2 hievor).

8.1 Das psychiatrische Gutachten von Dr. med. F.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 20. Januar 2020 (A.S. 41 ■ 79) wird den allgemeinen rechtsprechungsgemässen Anforderungen gerecht (vgl. E. II. 3.1 hievor). Es stammt von einem unabhängigen Facharzt, welcher den Beschwerdeführer unter Beizug eines Arabisch sprechenden Dolmetschers (vgl. A.S. 42) eingehend untersucht (vgl. A.S. 51 ■ 68) und die Vorakten studiert hat (vgl. Aktenauszug auf A.S. 47 ■ 51). Die Aussagen des Experten sind in allen Punkten schlüssig und nachvollziehbar (vgl. A.S. 69 ff. mit der ausführlichen

fachärztlichen Beurteilung). Dr. med. F. ___ stellt in seinem Gutachten die Diagnose einer schizoaffektiven Störung mit depressiver Komponente (ICD-10 F25.1).

8.2 Der Gutachter würdigt die Aktenlage und die Aussagen des Beschwerdeführers eingehend und begründet ausführlich und nachvollziehbar ■ im Abgleich der erhobenen Befunde mit den Kriterien nach ICD-10 ■ die von ihm gestellte Diagnose.

8.2.1 Zum psychopathologischen Befund (A.S. 62 ff.) hält Dr. med. F. ___ fest, das äussere Erscheinungsbild wirke insgesamt leicht vernachlässigt bzw. nur wenig gepflegt. Im Kontaktverhalten sei der Explorand zeitweilig distanziert, zumeist aber zugewandt und ein tragfähiger Kontakt sei durchgehend aufrecht zu erhalten. Der Beschwerdeführer könne Blickkontakt aufnehmen. Vorübergehend schweife sein Blick aber wiederholt ab, mehrfach entstehe der Eindruck, als ob der Versicherte akustische Halluzinationen (Stimmen) wahrnehme und «in sich hineinhörte». Der Beschwerdeführer sei bemüht, die gestellten Fragen zu beantworten. Die Antwortlatenzen seien teils unauffällig, teils recht zögerlich, viskos. Die Beschwerdeschilderung sei einfach, wenig differenziert, zumeist defizitorientiert. Insgesamt herrsche eine zumeist freundlich distanzierte, höfliche Gesprächsatmosphäre, wobei jedoch wiederholt auch latent eine hintergründig gereizte Atmosphäre entstehe. Zu Aufmerksamkeit und Konzentration hält der Experte fest, dass der Beschwerdeführer anfänglich mit mässiger Aufmerksamkeit das Explorationsgespräch verfolge. Im Verlauf zeige sich der Versicherte zunehmend weniger aufmerksam, aber dennoch wach, attent. Das Konzentrationsvermögen lasse zunehmend nach. Die Umstellfähigkeit für wechselnde Gesprächsinhalte und unterschiedliche Gesprächstempi erscheine viskos. Die Auffassungsgabe für komplexe Sachverhalte sei nur wenig differenziert und sehr schlicht. Einfach Sachverhalte könne der Versicherte aber gut verstehen und auffassen. Ausdauer und Durchhaltevermögen seien reduziert. Der Beschwerdeführer sei wach, bewusstseinsklar und in allen Qualitäten, also zu Zeit, Ort, Person und Situation vollständig orientiert. Er spreche mit zumeist kräftiger, gut modulierter und verständlich artikulierter Stimme.

Formalgedanklich sei der Beschwerdeführer geordnet und kohärent, gelegentlich viskos im gedanklichen Ablauf. Denkzerfahrenheit, Ideenflucht, Gedankenabriss lägen nicht vor. Im inhaltlichen Denken deute sich eine vermehrte Beschäftigung mit Selbstwertzweifeln an, ferner schildere der Versicherte gelegentlich sensitiv paranoische Anklänge (man rede schlecht über ihn, wolle ihm schaden, er fühle sich beobachtet). Ein eigentliches Wahnsystem lasse sich aber nicht ausmachen. Aussergewöhnliche Schuldgefühle oder eine gar schuldwahnhafte Symptomatik lägen nicht vor. Wiederholt schildere der Beschwerdeführer akustische Fehlwahrnehmungen im Sinne akustischer Halluzinationen mit zumeist kommentierenden, selten dialogisierenden, aber in der Regel nicht imperativen Stimmen. Es handle sich um männliche Stimmen ihm nicht bekannter Personen. Ferner schildere der Versicherte gelegentliche Eindrücke taktiler Fehlwahrnehmungen, er habe angstbesetzte nächtliche Gefühle von Berührungen sowie den Eindruck, jemand Unbekanntes trachte ihm nach dem Leben, berühre ihn nicht nur an den Beinen, sondern versuche auch, ihn zu würgen oder sein Gesicht in das Kissen zu drücken, um ihn zu ersticken. Kurz- und Langzeitgedächtnis wirkten im klinisch-psychopathologischen Befund ausreichend erhalten und es bestünden keine Anhaltspunkte für eine primär hirnorganische Beeinträchtigung kognitiv-mnestischer Funktionen.

Die Ich-Grenzen seien geschlossen, Störungen des Ich-Bewusstseins bestünden nicht. Dissoziationen liessen sich aktuell nicht feststellen. Anamnestisch schildere der

Beschwerdeführer zwar gelegentlich dissoziativ anklingende nächtliche Symptome, von denen er sich aber inhaltlich sodann distanzieren könne. Das Intelligenzniveau wirke unter Berücksichtigung von schulischem und beruflichem Werdegang sowie klinischem Gesamteindruck nur knapp durchschnittlich bis unterdurchschnittlich. Anhaltspunkte für eine krankheitswertige Intelligenzminderung ergäben sich aus dem psychiatrischen Befund jedoch nicht. Die Willenskräfte seien wenig strukturiert. Immer wieder zeige der Beschwerdeführer Ambivalenz. Es falle ihm schwer, Entscheidungen zu fällen. Oft würden Entscheidungen aus momentanen Bedürfnissen und Vorstellungen heraus getroffen, ohne nachhaltig in der Lage zu sein, die Entscheidungen argumentativ zu vertreten und einmal aufgebaute intentionale Spannungsbögen sodann auch durchzuhalten. Das Durchhaltevermögen sei reduziert. Insgesamt wirke die Antriebslage gemindert. Die Psychomotorik des Versicherten sei während der gesamten Exploration recht wechselhaft gewesen. Zeitweilig, vor allem bei psychobiografisch belastenden anamnestischen Erhebungen habe sich der Beschwerdeführer angespannt, gelegentlich sogar agitiert gezeigt, gegen Ende der Exploration hingegen erschöpft, dann psychomotorisch matt und schwunglos gewirkt. Gestik und Mimik hätten Stimmung und Affekt in angemessener Form unterstrichen.

Zur Affektivität führt Dr. med. F. ___ aus, dass der Beschwerdeführer durchaus über das gesamte emotional affektive Ausdrucksspektrum verfüge. Über weite Strecken habe er sich in der Explorationssituation aber dysphorisch gezeigt, gelegentlich mit gereizter Note. Daneben habe sich über weite Strecken eine ernste, zum Teil auch depressiv herabgedrückte Grundstimmung gezeigt. Die Fähigkeit, Freude zu empfinden, sei deutlich reduziert. Es bestehe eine Interessesminderung, aber kein vollständiger Interesseverlust. Soziale Rückzugstendenzen seien erkennbar. Der Versicherte habe über zeitweiligen Lebensüberdruß sowie zwei Jahre zurückliegende Suizidversuche berichtet. Aktuell sei er von Suizidalität aber zuverlässig distanziert. Affektlabilität, Affektinkontinenz oder Parathymie bestünden nicht. Ängste in Zusammenhang mit den wahrgenommenen akustischen Halluzinationen habe der Beschwerdeführer plastisch geschildert. Zwänge von Alltagsrelevanz liessen sich nicht ausmachen und es ergäben sich keine Anhaltspunkte für eine phobische Störung mit versicherungspsychiatrischer Relevanz oder eine Panikstörung.

Auf der Ebene der Persönlichkeit ■ so der Experte weiter ■ wirke der Beschwerdeführer umgänglich. Er zeige eine leicht reduzierte Frustrationstoleranz bei aber ausreichender emotionaler Stabilität und ausreichender Impulskontrolle. Es ergäben sich keine ausreichenden Anhaltspunkte für schwere Veränderungen der Persönlichkeitsstruktur, die mit persönlichen und sozialen Beeinträchtigungen einhergingen. Weit in die Kindheit oder Adoleszenz zurückreichende Wurzeln einer Persönlichkeitsstörung liessen sich nicht feststellen. Ein ausgewiesener weitgehender Rückzug von affektiven, sozialen und anderen Kontakten mit übermässiger Vorliege für Fantasie, einzelgängerisches Verhalten und in sich gekehrte Zurückhaltung lasse sich nicht ausmachen. Zwar zeige der Versicherte soziale Rückzugstendenzen und beschreibe sich als einsam, eine übermässige Vorliebe für Fantasien und eine nicht psychotisch bedingte in sich gekehrte Zurückhaltung sei hingegen nicht feststellbar. Auch ein vollständiger Rückzug aus affektiven Kontakten und dyadischen Beziehungen lasse sich nicht formulieren. Es ergäben sich keine Anhaltspunkte für eine vermehrte narzisstische Kränkbarkeit oder eine Missachtung sozialer Verpflichtungen. Eine deutliche Tendenz, Impulse ohne Berücksichtigung von Konsequenzen auszuagieren, liege nicht vor und die Persönlichkeitsstruktur des Beschwerdeführers sei auch nicht durch

Dramatisierung, theatralisch übertriebenen Ausdruck von Gefühlen oder durch Suggestibilität, Egozentrik, Genusssucht oder Mangel an Rücksichtnahme gekennzeichnet. Anankastisch zwanghafte Persönlichkeitszüge liessen sich ebenso wenig feststellen wie eine ängstliche Persönlichkeitsstruktur mit Überempfindlichkeit gegenüber Zurückweisung und Kritik mit daraus resultierend eingeschränkter Beziehungsfähigkeit. Insgesamt seien die medizinischen Kriterien für eine Persönlichkeitsstörung von Krankheitswert bzw. einer kombinierten Persönlichkeitsstörung oder einer andauernden Persönlichkeitsänderung entsprechend den Merkmalen des ICD-10 nicht hinlänglich erfüllt.

Die Urteils- und Kritikfähigkeit des Beschwerdeführers sei ausreichend vorhanden, wobei jedoch der Realitätsbezug unter einer psychotisch bedingten (paranoid-halluzinatorisch veränderten) Realitätswahrnehmung leide. Der Beschwerdeführer zeige wenig Veränderungsmotivation. Er erlebe sich dysphorisch, unzufrieden, leistungsunfähig, mit seinem Schicksal hadern, und bleibe gefangen in seiner Überzeugung, nicht mehr arbeiten zu können. Betreffend Grundbedürfnisse bestehe eine Dyssomnie und es werde aktuell Inappetenz mit Gewichtsverlust bei zuvor massiver Gewichtszunahme unter Olanzapin angegeben.

8.2.2 Gestützt auf diese Befundlage leuchtet sodann die fachärztliche Herleitung der gestellten Diagnose von Dr. med. F.____ (A.S. 68 f.) ein, wonach der Beschwerdeführer episodisch auftretend, in der Intensität episodisch wechselnd ausgeprägt, sowohl affektive als auch schizophrene Symptome aufweise. Es bestünden charakteristische Störungen von Denken und Wahrnehmung einhergehend mit veränderter Affektivität, aktuell und anamnestisch zumeist mit depressiv gefärbter Auslenkung. Der Beschwerdeführer sei bewusstseinsklar, seine intellektuellen Fähigkeiten seien knapp durchschnittlich bis unterdurchschnittlich, aber nicht im Rahmen einer psychotischen Störung verändert. Es komme psychopathologisch zu Phänomenen wie Gedankenlautwerden, Wahnwahrnehmungen, Gefühl des Gemachten sowie kommentierendem und dialogisierendem Stimmenhören. Es bestünden formalgedanklich Einschränkungen. Die emotional affektive Schwingungsfähigkeit erscheine beeinträchtigt. Eine eindeutige paranoide Schizophrenie, welche durch beständige häufig paranoide Wahnvorstellungen, begleitet von akustischen Halluzinationen und Wahrnehmungsstörungen gekennzeichnet sei, liege aber nicht vor. Die Veränderung der Stimmungslage, des Affektes, des Antriebes und der Psychomotorik fielen jedoch ins Gewicht, sodass die Diagnose einer schizoaffectiven Störung gestellt werden könne. Die Diagnose einer schizoaffectiven Störung sei bereits durch Dr. med. B.____ mehrfach bestätigt (A.S. 69). Nach Angabe des behandelnden Psychiaters liege allerdings eine gemischte schizoaffectiv Störung vor, welche also auch maniforme Episoden bedingen würde. Dies lasse sich nach den in der aktuellen Begutachtung erhobenen Befunden nicht vollumfänglich bestätigen, da überwiegend eine affektiv depressive Symptomatik vorherrsche und auch der Vorgeschichte folgend überwiegend bestanden habe (A.S. 73).

8.2.3 Auch die weiteren differentialdiagnostischen Überlegungen des Experten, insbesondere die Abgrenzung zu der von Dr. med. C.____ attestierten Persönlichkeitsstörung vom schizoiden Typus, erscheinen plausibel. So legt Dr. med. F.____ nachvollziehbar dar, dass die diagnostischen Kriterien einer Persönlichkeitsstörung von Krankheitswert, namentlich einer schizoiden Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.1), zu verneinen seien. Die vom Beschwerdeführer geschilderten Rückzugstendenzen und die geringen sozialen Kontakte seien der psychotischen (schizoaffectiven) Störung geschuldet und auch der

schwierigen psychosozialen Situation, in der sich der Versicherte befinde. Sie seien nicht Ausdruck einer Persönlichkeitsstörung. Die schizoaffektive Psychose des Versicherten gehe mit deutlichen Einschränkungen in den psychischen Grundfunktionen des Erlebens, Handelns, Gestaltens und Wollens einher. Möglicherweise sei Dr. med. C. ___ nicht zur Diagnose einer psychotischen Störung gelangt, weil der Beschwerdeführer seinerzeit mit einem Neuroleptikum antipsychotisch behandelt worden sei und die Symptome einer schizoaffektiven Störung deswegen seinerzeit nicht sehr ausgeprägt gewesen seien (A.S. 69). Vor diesem Hintergrund könne auch die seitens RAD vertretene Auffassung, der Beschwerdeführer sei bereits mit einer schweren Persönlichkeitsstörung in die Schweiz eingereist, nicht aufrechterhalten werden, weil eine Persönlichkeitsstörung zwar definitionsgemäss bereits in der Adoleszenz entstehe, die Diagnose nach heutigen Informationen jedoch nicht bestätigt werden könne (A.S. 74).

So sei der Versicherte unter einfachen, landestypischen und kulturspezifischen Rahmenbedingungen aufgewachsen, ohne dass es Hinweise für frühkindliche Entwicklungsverzögerungen, spezifisch emotionale Störungen des Kindes- und Jugendalters oder Störungen des Sozialverhaltens gebe. Der Beschwerdeführer habe die obligatorische Schule besucht und sei seinen Angaben zufolge durchaus integriert gewesen. 18jährig habe er mit dem Wunsch nach Eigenständigkeit sowie sozialer Sicherheit bei fehlenden Perspektiven seine Heimat verlassen, um zunächst in Spanien eine Tätigkeit in der Gastronomie anzunehmen. In der Folge habe der Versicherte versucht, in Deutschland Asyl zu erhalten. Soweit aus seinen Angaben ersichtlich, sei der Asylantrag gescheitert und der Beschwerdeführer habe sich daraufhin die Schweiz begeben, wo er seine Ehefrau kennengelernt habe, mit der er knapp neun Jahr kinderlos verheiratet gewesen sei. Gegen Ende der Beziehung habe der Versicherte feststellen müssen, dass seine Ehefrau ihn hintergehe und mit einem anderen Mann betrüge. Er schildere, dass er kurz vor der Scheidung auch noch bemerkt habe, dass seine Ehefrau ein Kind von ihrem damaligen Liebhaber erwartet habe, den sie kurze Zeit nach der Scheidung geheiratet habe. Der Beschwerdeführer habe diesen Sachverhalt als schwer kränkend erlebt, zumal es ihm bereits zuvor kaum gelungen sei, sozial und beruflich in der Schweiz Fuss zu fassen. Immer wieder seien Temporäranstellungen gescheitert, ohne dass es zu einer Festanstellung gekommen sei. Die eingehende Exploration ergebe gemäss Dr. med. F. ___ dazu keine Hinweise auf eine möglicherweise persönlichkeitsbedingte Häufung von Arbeitsplatzkonflikten, Beziehungsabbrüchen oder anderen Schwierigkeiten am Arbeitsplatz, welche auf eine Persönlichkeitsstörung hindeuten könnten (A.S. 70).

Zeitlich koinzidierend mit der Trennung von der Ex-Ehefrau und dem Scheidungsverfahren sei es zu einer Dekompensation gekommen. Das Bild entspreche einer schizoaffektiven Störung. Retrospektiv betrachtet müsse dieser Life Event, die auch vom Beschwerdeführer bis heute noch als einschneidendes Erlebnis geschilderte Trennung, als Auslöser der Dekompensation angesehen werden. Ob seinerzeit auch der (anlässlich der aktuellen wie auch der vergangenen psychiatrischen Exploration eingeräumte) gelegentliche damalige Cannabiskonsum die Dekompensation der psychotischen Störung gefördert habe, bleibe dahingestellt, auch wenn aus psychiatrischer Sicht bekannt sei, dass Cannabiskonsum bei entsprechender Prädisposition das Auftreten psychotischer Episoden fördern könne. Aktuell bestehe gleichwohl seit Jahren kein Hinweis mehr auf das Vorliegen eines relevanten Suchtgeschehens (A.S. 70 f., 74).

8.2.4 Wie vorstehend dargelegt, verneint Dr. med. F.____ mangels entsprechender Hinweise nachvollziehbarerweise ein Suchtleiden von versicherungspsychiatrischem Krankheitswert; auch irreversible Suchtfolgeschäden und/oder schwere soziale Beeinträchtigungen infolge eines Suchtgeschehens bestünden nicht (A.S. 69). Was die Phase von vermehrtem Alkoholkonsum in der Vergangenheit anbelange, könne rückblickend die Interpretation von Dr. med. C.____ bestätigt werden, wonach es sich dabei um einen untauglichen Selbstbehandlungsversuch gehandelt habe. Aktuell ergäben sich keine Anhaltspunkte für einen fortgesetzten übermässigen oder unkontrollierten Alkoholkonsum (A.S. 74).

8.3 Zu den Auswirkungen der gestellten Diagnose auf der Ebene der Fähigkeiten, Ressourcen und Belastungen (A.S. 72 f.) hält Dr. med. F.____ fest, der Beschwerdeführer weise deutliche Einschränkungen in den komplexen Ich-Funktionen und den vorhandenen Ressourcen auf. Gemäss Mini-ICF-App bestehe eine mittelgradige bis schwere Einschränkung der Fähigkeit zur Anpassung an Regeln und Routinen, der Fähigkeit zur Tagesstrukturierung, der Durchhaltefähigkeit sowie der Fähigkeit zu dyadischen Beziehungen. Mittelgradig beeinträchtigt seien die Selbstbehauptungsfähigkeit, die Kontaktfähigkeit zu Dritten und die Interaktionskompetenz sowie der Bereich von Proaktivität, Antrieb und Aktivitätsniveau. Leichte bis mittelgradige Beeinträchtigungen seien auszumachen in der Kompetenz- und Wissensanwendung sowie in der Fähigkeit zur Selbstpflege und Selbstversorgung. Einzig in der Wegefähigkeit lasse sich keine Beeinträchtigung feststellen. Vor diesem Hintergrund leuchtet ein, dass der Gutachter die Ressourcen des Beschwerdeführers als deutlich eingeschränkt erachtet. Es liege eine psychotisch bedingte erhebliche Beeinträchtigung vor, welche den Versicherten für die Belastungen des allgemeinen Arbeitsmarktes nicht ausreichend belastbar erscheinen lasse.

8.4

8.4.1 Was sodann die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit betrifft (A.S. 75 f.), gelangt Dr. med. F.____ zum Schluss, dass es dem Beschwerdeführer aufgrund der festgestellten Defizite und der verbliebenen, nur geringen Ressourcen nicht zumutbar sei, der letzten Tätigkeit als Temporärmitarbeiter (verschiedene Einsätze als Staplerfahrer, Produktions-, Betriebs-, Lager- und Postmitarbeiter sowie Hilfsarbeiter auf dem Bau) nachzugehen. Er sei aus psychiatrischer Sicht zu 100 % arbeitsunfähig (null Stunden, aufgehobene Leistungsfähigkeit).

Auf die Frage nach möglichen Verweistätigkeiten (A.S. 76) führt der Experte aus, dass der Beschwerdeführer aus psychiatrischer Sicht lediglich in der Lage sei, unter schützenden und strukturgebenden Bedingungen in einem wohlwollenden, möglichst im Umgang mit psychiatrischen Erkrankungen erfahrenen Umfeld, Tätigkeiten einfacher geistiger Art mit geringer Verantwortung nachzugehen. Derartige Tätigkeiten unter den Bedingungen des geschützten Arbeitsmarktes könne der Versicherte zwei bis drei Stunden täglich ausüben, die Leistungsfähigkeit sei entsprechend den schützenden Rahmenbedingungen dabei zunächst sicher um 50 % reduziert. Zusammenfassend lasse sich im Hinblick auf eine Tätigkeit unter schützenden und strukturgebenden Rahmenbedingungen mithin eine Arbeitsfähigkeit in der Grössenordnung von etwa 25 % (zwei bis drei Stunden täglich mit Leistungsminderung) beschreiben. Eine Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt sei gegenwärtig nicht denkbar. Prognostisch sei davon auszugehen, dass bei günstigem Verlauf eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit in schützendem Rahmen möglich sei. Ein Übertritt in den ersten Arbeitsmarkt dürfte frühestens nach Ablauf von 18 Monaten bei günstigem Verlauf möglich sein.

8.4.2 Zum Verlauf hält Dr. med. F.____ fest, der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers habe zwar einen wechselnden Verlauf gehabt, aber im Lichte der psychotischen Grunderkrankung habe seit 2012 (Aufnahme der psychiatrischen Fachbehandlung bei Dr. med. B.____) durchgehend Arbeitsunfähigkeit zu 100 % sowohl in der angestammten als auch in einer angepassten Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt bestanden. Zu keinem Zeitpunkt sei eine Arbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt vorhanden gewesen (A.S. 77). Dies gelte auch für den Verfügungszeitpunkt am 28. März 2019 und den Begutachtungszeitpunkt (vgl. A.S. 78).

Zum Zeitpunkt der Einreise in die Schweiz ■ so der Gutachter auf die Frage der Beschwerdegegnerin (A.S. 78) ■ habe, soweit aus heutiger Sicht nach Aktenlage, anamnestischen Angaben und Befunderhebungen erkennbar, noch kein invalidisierender Gesundheitsschaden auf psychiatrischem Fachgebiet bestanden. Die psychotische Dekompensation des Beschwerdeführers sei erst vor etwa zehn Jahren in engem zeitlichem Zusammenhang mit einem Life Event (Partnertrennung / Scheidung mit schwer kränkend wahrgenommenen Konflikten) eingetreten. Zum Zeitpunkt der Einreise in die Schweiz habe für einfache geistige Tätigkeiten mit geringen Verantwortungsgraden, welche dem ungelernten / angelernten Ausbildungs- und Kenntnisstand des Beschwerdeführers entsprochen hätten, Arbeitsfähigkeit (Erwerbsfähigkeit) zu 100 % bestanden. Eine die Arbeitsfähigkeit tangierende Persönlichkeitsstörung habe bei Einreise in die Schweiz hingegen nicht bestanden.

8.4.3 Zu Therapiemassnahmen nimmt der Experte dahingehend Stellung, dass sich der Beschwerdeführer seit 2012 in regelmässiger psychiatrisch-psychotherapeutischer Fachbehandlung befinde, wobei die Einschätzung des behandelnden Psychiaters, wonach der Versicherte aufgrund seiner kognitiven Fähigkeiten im Wesentlichen nur supportiv psychotherapeutisch behandelt werden könne, nachvollziehbar erscheine. Allerdings sei der derzeit vom Beschwerdeführer angegebene Verzicht auf Neuroleptika (Olanzapin) bei Fortsetzung der Behandlung mit Rivotril für das Bild der vorliegenden schizoaffektiven Psychose inadäquat. Ein Antipsychotikum (Neuroleptikum) sollte unbedingt verordnet werden. Es sei zu diskutieren, ob ein Wechsel von Olanzapin auf ein anderes Neuroleptikum sinnvoll sei, da der Beschwerdeführer unter Olanzapin eine unangenehme Gewichtszunahme verspüre. Da er aber klar schildere, dass sich die produktiv-psychotische Symptomatik mit halluzinatorischen Fehlwahrnehmungen nach Absetzen des Olanzapins verstärkt habe, sei der Verzicht auf ein Neuroleptikum nicht vertretbar (A.S. 71). Die gegenwärtige Behandlung mit Rivotril und zwei- bis vierwöchigen Konsultationsterminen erscheine nach dem Gesagten nicht als ausreichend (A.S. 77). Festzuhalten sei zudem, dass der Beschwerdeführer in der Vergangenheit nie teilstationär oder stationär psychiatrisch behandelt worden sei. Eine Grundstabilisierung, ferner eine Befähigung zu einer besseren Tagesstruktur sowie eine Verbesserung der sozialen Integration sollten über eine teil- oder vollstationäre psychiatrische Behandlung erreicht werden können (A.S. 72) und könnten den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers verbessern (vgl. A.S. 77). Einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit habe diese vorgeschlagene Therapie wahrscheinlich; jedoch dürfte dieser frühestens nach einem bis anderthalb Jahren eintreten, um eine Arbeitsfähigkeit für Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zu erzielen. Eine Neuevaluation der Arbeitsfähigkeit sei unter intensivierter Fachbehandlung daher frühestens nach 12 ■ 18 Monaten sinnvoll (A.S. 77).

Was berufliche Massnahmen anbelange, sei das Eingliederungspotential des Beschwerdeführers nicht ausgeschöpft. Aktuell bestehe allerdings lediglich Potenzial für eine Tätigkeit unter schützenden und strukturgebenden Rahmenbedingungen in einem zeitlich eingeschränkten Umfang (A.S. 72). Unter diesen Voraussetzungen sei der Beschwerdeführer zweifelsohne in der Lage, einem Beschäftigungsprogramm mit dem Ziel einer Belastbarkeitssteigerung nachzugehen. Ein Übertritt in eine Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt dürfte allerdings frühestens nach 12 ■ 18 Monaten möglich sein. Eine vorzeitige Überlastung wäre schädlich und könnte eine psychische Dekompensation herbeiführen (A.S. 77). Die Prognose sei zweifelhaft, aber nicht grundsätzlich schlecht (A.S. 78).

8.5 Nach bundesgerichtlicher Rechtsprechung sind sämtliche psychischen Erkrankungen einem strukturierten Beweisverfahren gemäss BGE 141 V 281 zu unterziehen, welches durch den psychiatrischen Gutachter bzw. die psychiatrische Gutachterin dementsprechend zu prüfen ist. Der Beweiswert der gutachterlichen Ausführungen von Dr. med. F. ___ setzt also im Weiteren voraus, dass die im entsprechenden Entscheid aufgestellten Kriterien abgehandelt werden. Gemäss diesem Urteil soll der Gutachter stärker darauf achten, die Diagnosen so zu begründen, dass die Rechtsanwender nachvollziehen können, ob die klassifikatorischen Vorgaben nach ICD-10 tatsächlich eingehalten sind (E. 2.1 des erwähnten Urteils); das Augenmerk ist namentlich auch auf Ausschlussgründe wie Aggravation zu richten (E. 2.2). Bei den psychosomatischen Beschwerdebildern ■ wie beispielsweise bei der somatoformen Schmerzstörung ■ besteht zudem keine Vermutung mehr, dass solche mit einer Willensanstrengung überwunden werden können, wovon nur abgewichen werden darf, wenn die sog. Förster-Kriterien erfüllt sind. Neu wird ein strukturierter, normativer Prüfungsraster angewandt (E. 3.6). Anhand eines Kataloges von Indikatoren erfolgt eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des ■ unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits ■ tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens (E. 4.1.3):

1) Kategorie «funktioneller Schweregrad» (E. 4.3)

a) Komplex «Gesundheitsschädigung» (E. 4.3.1)

- Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde (E. 4.3.1.1)

- Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz (E. 4.3.1.2)

- Komorbiditäten (E. 4.3.1.3)

b) Komplex «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen; E. 4.3.2)

c) Komplex «Sozialer Kontext» (E. 4.3.3)

2) Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens; E. 4.4)

- gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1)

- behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2)

8.5.1 Bei der Anspruchsprüfung nach BGE 141 V 281 ist zunächst auf die Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde einzugehen. Hierzu kann auf das in E. II. 8.2.2 und 8.3 vorgehend Gesagte und Ziff. 6 und 7.4 des Gutachtens (A.S. 68 f., 72 f.) verwiesen werden.

Daraus geht hervor, dass die Symptomatik betreffend der diagnostizierten schizoaffektiven Störung bzw. die psychotisch bedingte Beeinträchtigung als erheblich eingestuft wird.

Hinweise auf Aggravation oder Simulation konnte Dr. med. F.____ anlässlich seiner aktuellen und eingehenden Untersuchung nicht beobachten (A.S. 72). Bezüglich des von Dr. phil. D.____ dokumentierten auf Aggravation oder Simulation hinweisenden Verhaltens des Beschwerdeführers während der früheren neuropsychologischen Untersuchung (vgl. E. II. 6.3.1 hievor) erachtet Dr. med. F.____ die Einschätzung von Dr. med. C.____, wonach dieses Verhalten als Ausdruck von Verzweiflung und Hilflosigkeit zu verstehen sei, aus aktueller Sicht als durchaus tragfähig. Diese stünden jedoch nicht in Zusammenhang mit der Persönlichkeitsstruktur des Beschwerdeführers, sondern dürften vielmehr vor dem Hintergrund der psychotischen Störung, der unterdurchschnittlichen Intelligenz sowie der gravierenden psychosozialen Rahmenbedingungen entstanden sein (A.S. 74). Keine plausible Erklärung sei demgegenüber die vom Versicherten vertretene Einschätzung, wonach die 2018 in der neuropsychologischen Untersuchung gezeigten Inkonsistenzen auf die damalige Medikation zurückzuführen seien (A.S. 72; siehe auch E. II. 8.5.4 hienach zur Beurteilung von Konsistenz und Plausibilität).

Hinsichtlich des Indikators Behandlungs- und Eingliederungserfolg resp. -resistenz kann auf das unter vorstehender E. II. 8.4.3 Gesagte sowie Ziff. 7.2 und 8.8 des Gutachtens (A.S. 71 f., 77) verwiesen werden. Daraus geht hervor, dass der Beschwerdeführer seit 2012 in regelmässiger psychiatrisch-psychotherapeutischer sowie in medikamentöser Behandlung steht, welche für den Gutachter grösstenteils nachvollziehbar erscheint. Gleichzeitig zeigt der Experte auf, dass Verbesserungen im Gesamttherapiekonzept vorgenommen werden sollten (Intensivierung der Psychotherapie, zusätzliche Verschreibung eines Neuroleptikums, Erwägen einer teil- oder vollstationären psychiatrischen Behandlung). Eine Arbeitsfähigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt könnte gemäss gutachterlicher Einschätzung mit der vorgeschlagenen intensivierten Therapie bei günstigem Verlauf jedoch frühestens nach 12 ■ 18 Monaten erzielt werden. Dasselbe gilt nach Angaben von Dr. med. F.____ für das von ihm im Umfang von zwei bis drei Stunden täglich (mit Leistungsminderung) als möglich und zumutbar erachtete Beschäftigungsprogramm (unter schützenden und strukturgebenden Rahmenbedingungen) zur Steigerung der Belastbarkeit. Zusammenfassend liegen beim Beschwerdeführer damit weder eine Behandlungs- noch eine Eingliederungsresistenz vor.

Zum Indikator der Komorbidität hat sich der Gutachter nicht geäussert. Dies leuchtet ein, sind doch keine anderweitigen krankheitswertigen Störungen erhoben worden, welche eine Wechselwirkung mit der Hauptdiagnose entfalten könnten.

8.5.2 Zu der Kategorie «funktioneller Schweregrad» ist sodann der Komplex «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsentwicklung und -struktur, grundlegende psychische Funktionen) zu zählen. Dazu lässt sich dem Gutachten entnehmen, dass deutliche Einschränkungen in den psychischen Grundfunktionen des Erlebens, Handelns, Gestaltens und Wollens sowie erhebliche Einschränkungen in den komplexen Ich-Funktionen bestünden (A.S. 72, 75). Dies manifestiere sich auch in den mittels Mini-ICF-App erhobenen Funktionsbeeinträchtigungen, welche in vier Bereichen mittelgradig bis schwer, in drei Bereichen mittelgradig und in zwei Bereichen leicht bis mittelgradig ausfallen; nur in einem Bereich sind keine Beeinträchtigungen zu verzeichnen (siehe dazu im Einzelnen: E. II. 8.3 hievor sowie Ziff. 7.4 und 8.4 des Gutachtens [A.S. 72 f., 75]). Für die ausführliche differentialdiagnostische Abgrenzung zur der im Vorgutachten

diagnostizierten Persönlichkeitsstörung kann auf das unter vorstehender E. II. 8.2.1 und 8.2.3 Gesagte verwiesen werden (vgl. auch Ziff. 6 f. des Gutachtens [A.S. 68 ff.]).

8.5.3 Innerhalb der Kategorie «funktioneller Schweregrad» bestimmt ferner auch der Komplex «Sozialer Kontext» mit darüber, wie sich die (kausal allein massgeblichen) Auswirkungen der Gesundheitsbeeinträchtigung konkret manifestieren. Dazu ist zweierlei festzuhalten: Soweit soziale Belastungen direkt negative funktionelle Folgen zeitigen, bleiben sie nach wie vor ausgeklammert (vgl. BGE 127 V 294 E. 5a S. 299 f.). Andererseits hält der Lebenskontext einer versicherten Person auch (mobilisierbare) Ressourcen bereit, so die Unterstützung, die ihr im sozialen Netzwerk zuteil wird. Immer ist sicherzustellen, dass gesundheitlich bedingte Erwerbsunfähigkeit zum einen (Art. 4 Abs. 1 IVG) und nicht versicherte Erwerbslosigkeit oder andere belastende Lebenslagen zum andern nicht ineinander aufgehen; alles andere widerspräche der klaren gesetzgeberischen Regelungsabsicht (BGE 141 V 281 E. 4.3.3 S. 303). Der Gutachter führt zum sozialen Kontext aus, die soziale Situation des Beschwerdeführers sei problematisch. Es bestehe eine offenbar nicht besonders stabile Beziehung zu einer in Marokko lebenden Frau, mit welcher der Versicherte zwei gemeinsame Söhne habe. Das Verhältnis zur Kindesmutter umschreibe der Beschwerdeführer als zeitweilig angespannt, es bestehe nur sporadischer Kontakt, zumal er nur einmal jährlich nach Marokko reisen könne und sich dort sodann bei seiner Mutter aufhalte. Des Weiteren schildere der Beschwerdeführer eine sehr schwierige psychosoziale und sozioökonomische Situation mit Abhängigkeit vom Sozialamt sowie laufenden Betreibungen. Darüber hinaus bestünden kaum tragfähige Sozialkontakte. Insgesamt seien die Kontextfaktoren daher als negativ einzuschätzen (A.S. 71).

8.5.4 Der Indikator einer gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen der Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens) zielt auf die Frage ab, ob die diskutierte Einschränkung in Beruf und Erwerb (bzw. bei Nichterwerbstätigen im Aufgabenbereich) einerseits und in den sonstigen Lebensbereichen (beispielsweise Freizeitgestaltung) andererseits gleichermassen ausgeprägt ist (BGE 141 V 281 E. 4.4.1 S. 303 f.). Diesbezüglich wird im Gutachten ausgeführt, der Beschwerdeführer schildere eine gleichmässige Einschränkung seines Aktivitätsniveaus in vergleichbaren Lebensbereichen. Zwar sei festzuhalten, dass er offenbar in der Lage gewesen sei, eine dreiwöchige Marokko-Reise zu unternehmen. Dennoch weise der Versicherte nur ein geringes Aktivitätenniveau auf und es lägen Einschränkungen im Antriebsverhalten vor. Darüber hinaus beeinträchtige eine Affektregulationsstörung auch soziale Kontakte. Insgesamt liessen sich die vom Beschwerdeführer geklagten Funktionseinbussen weitgehend nachvollziehen und es seien aus gutachterlicher Sicht keine Inkonsistenzen zu verzeichnen (A.S. 72 f.; siehe auch E. II. 8.5.1 hievore betreffend Ausschluss von Aggravation und Simulation).

8.5.5 Der in die gleiche Kategorie («Konsistenz») fallende Aspekt des behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesenen Leidensdrucks betrifft die Frage nach der Inanspruchnahme von therapeutischen Optionen. Das Ausmass, in welchem Behandlungen wahrgenommen oder eben vernachlässigt werden, weist (ergänzend zum Gesichtspunkt Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz) im Regelfall auf den tatsächlichen Leidensdruck hin (BGE 141 V 281 E. 4.4.2 S. 304). Mit Blick auf das unter vorstehender E. II. 8.5.1 zum Indikator «Behandlungs- und Eingliederungserfolg resp. -resistenz» Gesagte ist zumindest ein gewisser Leidensdruck ausgewiesen, zumal sich der Beschwerdeführer seit Jahren (d.h. seit Februar 2012; vgl. E. II. 6.1.1 hievore) einer

fachärztlichen Behandlung unterzieht. Auch mit einem Neuroleptikum wurde der Beschwerdeführer, wie von Dr. med. F.____ empfohlen, ursprünglich behandelt. Nach der (plausibel erscheinenden) Absetzung des betreffenden Medikamentes (Olanzapin) infolge erheblicher Gewichtszunahme (vgl. E. II. 8.2.1 hievor) wäre es aber gemäss Gutachter angezeigt gewesen, auf ein anderes Neuroleptikum zu wechseln (vgl. E. II. 8.4.3 hievor). Auch die weiteren gutachterlichen Empfehlungen betreffend Gesamttherapiekonzept zeigen, dass bislang nicht alle Therapieoptionen ausgeschöpft worden sind. Dass der Beschwerdeführer diesbezüglich die Expertise seines langjährigen behandelnden Facharztes nicht ausreichend hinterfragt hat, kann ihm mit Blick auf seine Gesamtsituation und insbesondere auch seine unterdurchschnittlichen intellektuellen Ressourcen nicht zum Vorwurf gemacht werden bzw. es kann nicht allein daraus geschlossen werden, dass kein oder nur ein geringer Leidensdruck vorhanden wäre (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_636/2018 vom 20. Dezember 2018 E. 6.2.2.1, wonach es auch bzw. in erster Linie Sache des behandelnden Arztes ist, die optimale Behandlungsform zu wählen und bei Nicht-Ansprechen des Patienten nach Alternativen zu suchen).

8.6 Gestützt auf die obigen Erwägungen ergibt sich, dass das psychiatrische Gerichtsgutachten genügend Aufschluss über die massgeblichen Indikatoren, die gemäss der bundesgerichtlichen Rechtsprechung zu berücksichtigen sind, gibt. Insgesamt erweisen sich die darin postulierten funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten psychischen Beeinträchtigung damit als erstellt. So sind beim Beschwerdeführer vor allem ressourcenhemmende Faktoren vorhanden, womit die psychiatrische Beurteilung der Arbeitsfähigkeit auch im Lichte dessen nachvollziehbar ist, sodass vollumfänglich darauf abgestellt werden kann. Nach dem Gesagten lässt das vorliegende Gutachten von Dr. med. F.____ eine zuverlässige Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers aus psychiatrischer Sicht zu. Der Gutachter äussert sich zudem auch hinreichend und in nachvollziehbarer Weise zum Verlauf der Arbeitsunfähigkeit und namentlich zur vorliegend interessierenden Frage, ob diese bei Einreise des Beschwerdeführers in die Schweiz bereits ein invalidisierendes Ausmass erreicht hatte. Die Parteien bringen denn auch zu Recht keine Einwände gegen das Gerichtsgutachten vor bzw. der Beschwerdeführer will ausdrücklich auf das Gutachten abstellen (vgl. E. I. 5.3 hievor).

E. 9

9.1 Zusammenfassend ist gestützt auf das psychiatrische Gerichtsgutachten mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer seit Februar 2012 (Beginn der Behandlung bei Dr. med. B.____; vgl. E. II. 6.1.1 hievor) in jeglicher zumutbarer Tätigkeit vollständig arbeitsunfähig ist (vgl. E. II. 8.4.1 hievor). Zuvor und auch bei Einreise in die Schweiz im Jahr 2001 bestand gemäss Gerichtsgutachten hingegen keine Arbeitsunfähigkeit (vgl. E. II. 8.4.2 hievor). Der Beschwerdeführer ist demnach mehr als zehn Jahre vor Eintritt der Invalidität in die Schweiz eingereist. Aus dem IK-Auszug (IV-Nr. 76) geht hervor, dass der Beschwerdeführer seit November 2001 mit wenigen Ausnahmen (von Februar 2004 bis Juni 2004 sowie im Dezember 2010) durchgehend Beiträge geleistet hat, sei es auf Erwerbs- oder Ersatzeinkommen (Arbeitslosenentschädigung) oder als Nichterwerbstätiger, sodass die versicherungsmässigen Voraussetzungen sowohl für den Bezug von Leistungen der schweizerischen Invalidenversicherung im Allgemeinen (vgl. E. II. 5.1 hievor) als auch für (ordentliche) Rentenleistungen im Besonderen (vgl. E. II. 5.3) erfüllt sind (vgl. auch Rz. 3004.3 i.V.m. Rz. 3004 der Wegleitung über die Renten in der Eidgenössischen Alters-,

Hinterlassenen- und Invalidenversicherung [RWL]).

9.2 Da in der vorgenannten Konstellation der Grad der Arbeitsunfähigkeit (100 % in jeglicher Tätigkeit) demjenigen der Erwerbsunfähigkeit bzw. Invalidität entspricht, kann auf einen Einkommensvergleich verzichtet werden. Mit Blick auf das Wartejahr (Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG; vgl. auch E. II. 2.2 hievor) sowie die Vorgabe von Art. 29 Abs. 1 IVG, wonach ein Rentenanspruch frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruches (hier mit Anmeldung vom 2. Juni 2015 [IV-Nr. 2]) entsteht, hat der Beschwerdeführer somit ab 1. Dezember 2015 ■ und nicht wie beantragt ab Februar 2013 (vgl. A.S. 5, 83) ■ Anspruch auf eine ganze IV-Rente. Berufliche Eingliederungsmassnahmen werden nicht geltend gemacht (vgl. E. I. 2.1 hievor; A.S. 5, 83) und wären infolge fehlender subjektiver Eingliederungsfähigkeit auch nicht geschuldet (vgl. Ziff. 3.2 des Gutachtens zum arbeitsbezogenen Beschwerdebild [A.S. 58 f.], wonach sich der Beschwerdeführer für jegliche Tätigkeiten nicht mehr als arbeitsfähig erachtet; so auch bereits die Äusserungen des Beschwerdeführers anlässlich des Intake-Gesprächs [siehe IV-Nr. 16]).

10. Nach dem Gesagten ist Ziff. 2 der Verfügung vom 28. März 2019 in teilweiser Gutheissung der Beschwerde aufzuheben und die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, dem Beschwerdeführer ab 1. Dezember 2015 eine ganze Invalidenrente auszurichten. Im Übrigen ist die Beschwerde abzuweisen.

E. 11

11.1 Der obsiegende Beschwerdeführer hat gegenüber der Beschwerdegegnerin Anspruch auf eine Parteientschädigung für das Beschwerdeverfahren. Diese bemisst sich ohne Rücksicht auf den Streitwert nach dem zu beurteilenden Sachverhalt sowie der Schwierigkeit des Prozesses und ist in einer Pauschalsumme festzusetzen (Art. 61 lit. g ATSG). Bei teilweisem Obsiegen ist die Entschädigung insoweit zu reduzieren, als das Rechtsbegehren, welches über die Gutheissung hinausgeht, den Prozessaufwand erhöht hat (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_995/2012 vom 17. Januar 2013 E. 3). Dies trifft hier indes nicht zu: Der Aufwand des Vertreters wäre nicht geringer ausgefallen, wenn er statt ab Februar 2013 erst ab Dezember 2015 eine ganze Rente beantragt hätte. Es ist daher eine volle Parteientschädigung zu gewähren. Da hinsichtlich der Beschwerdegegnerin von Solvenz auszugehen ist, erübrigt sich das Festsetzen des amtlichen Honorars im Rahmen der unentgeltlichen Rechtspflege.

11.2 Nach § 161 i.V.m. § 160 Abs. 2 des Gebührentarifs (GT; BGS 615.11) beträgt der Stundenansatz für die Bestimmung der Kosten der berufsmässigen Vertretung CHF 230.00 bis CHF 330.00 zuzüglich Mehrwertsteuer, soweit sie durch Anwälte wahrgenommen wird. Die vom Vertreter des Beschwerdeführers eingereichten Kostennoten vom 2. Juli 2019 (für den Zeitraum vom 11. April 2019 bis 2. Juli 2019; A.S. 28) sowie vom 17. Februar 2020 (für den Zeitraum vom 6. November 2019 bis 17. Februar 2020; A.S. 85) weisen insgesamt einen Zeitaufwand von 7.8 Stunden (= 5.7 Std. + 2.1 Std.) sowie Auslagen von total CHF 122.45 (= CHF 115.60 + CHF 6.85) aus. Dies erscheint mit Blick auf die Bedeutung der Streitsache und die Schwierigkeit des Prozesses als angemessen. Mit dem geltend gemachten Ansatz von CHF 250.00 sowie den Auslagen (CHF 122.45) und der Mehrwertsteuer von 7.7 % resultiert eine Parteientschädigung von CHF 2'232.05, die durch die Beschwerdegegnerin zu bezahlen ist.

12. Aufgrund von Art. 69 Abs. 1bisIVG 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 CHF 200.00 ■ 1'000.00 festgelegt. Für die Verteilung der Gerichtskosten bei bloss teilweisem Obsiegen gilt das zur Parteientschädigung Gesagte nicht. Die Kosten werden nach dem Anteil des Obsiegens bzw. Unterliegens verteilt (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_449/2016 vom 2. November 2016 E. 3.2 mit Hinweis auf die Urteile 9C_94/2010 E. 4.3 und 9C_672/2008 E. 5.2.1 [zusammengefasst in: SZS 2009 S. 133]). Die Verfahrenskosten von CHF 600.00 sind daher zu CHF 200.00 dem Beschwerdeführer und zu CHF 400.00 der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. Der Anteil des Beschwerdeführers ist infolge Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege durch den Kanton Solothurn zu übernehmen (Art. 122 Abs. 1 lit. b ZPO). Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren, wenn der Beschwerdeführer zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

13. Die Kosten eines Gerichtsgutachtens sind grundsätzlich vom Sozialversicherungsträger zu übernehmen (vgl. Art. 45 Abs. 1 ATSG; BGE 143 V 269 E. 6.2.1 S. 279 f.), sofern zwischen seiner unzureichenden Sachverhaltsabklärung und der Notwendigkeit eines Gerichtsgutachtens ein Zusammenhang besteht (BGE 139 V 496 E. 4.4 S. 502). Dies ist namentlich dann der Fall, wenn ein manifester Widerspruch zwischen den verschiedenen, aktenmässig belegten ärztlichen Auffassungen besteht, ohne dass die Verwaltung diesen durch objektiv begründete Argumente entkräftet hat, oder wenn die Verwaltung zur Klärung der medizinischen Situation notwendige Aspekte unbeantwortet gelassen oder auf eine Expertise abgestellt habe, welche die Anforderungen an eine medizinische Beurteilungsgrundlage nicht erfüllt (BGE 140 V 70 E. 6.1 und 6.2 S. 75, BGE 139 V 496 E. 4.4 S. 502).

Die Arztberichte, welche der Beschwerdegegnerin im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vorlagen, ergaben kein einheitliches Bild des Gesundheitszustandes und erlaubten, wie vorstehend dargelegt (vgl. E. II. 7 hievore), weder eine abschliessende Beurteilung des medizinischen Sachverhaltes noch des Verlaufs der Arbeitsunfähigkeit und des damit zusammenhängenden Invaliditätseintritts. In dieser Situation hätte die Beschwerdegegnerin, wie es das Gericht getan hat, ein zusätzliches Gutachten einholen müssen, um den entscheiderelevanten Sachverhalt zu klären, bevor sie über den Leistungsanspruch befindet. Sie hat daher die Kosten des Gerichtsgutachtens von CHF 5'000.00 (vgl. BGE 139 V 496 E. 4.4 S. 502 und 143 V 269 E. 2 S. 271 f. und E. 8 S. 285), einschliesslich Dolmetscherkosten von CHF 200.00, zu tragen. Die Beschwerdegegnerin hat gegen die Höhe dieser Kosten keine Einwände erhoben, nachdem sie die fragliche Rechnung zugestellt erhielt (vgl. A.S. 80 und 86).

Demnach wird erkannt:

1. In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird Ziff. 2 der Verfügung vom 28. März 2019 aufgehoben und die Beschwerdegegnerin verpflichtet, dem Beschwerdeführer ab 1. Dezember 2015 eine ganze Invalidenrente auszurichten. Im Übrigen wird die Beschwerde abgewiesen.

2. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von CHF 2'232.05 (inkl. Auslagen und MwSt) zu bezahlen.

3. Die Verfahrenskosten von CHF 600.00 werden im Umfang von CHF 400.00 der Beschwerdegegnerin und im Umfang von CHF 200.00 dem Beschwerdeführer auferlegt. Der auf den Beschwerdeführer entfallende Betrag von CHF 200.00 ist infolge Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege durch den Staat Solothurn zu übernehmen. Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren, wenn A. ___ zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

4. Die Kosten des Gerichtsgutachtens vom 20. Januar 2020 von CHF 5'000.00 werden der Beschwerdegegnerin auferlegt und sind der Zentralen Gerichtskasse des Kantons Solothurn zurückzuerstatten.

Rechtsmittel

Gegen diesen Entscheid kann innerhalb 30 Tagenseit der Mitteilung beim Bundesgericht Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten eingereicht werden (Adresse: Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern). Die Frist beginnt am Tag nach dem Empfang des Urteils zu laufen und wird durch rechtzeitige Aufgabe bei der Post gewahrt. Die Frist ist nicht erstreckbar (vgl. Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgerichtsgesetzes, BGG). Bei Vor- und Zwischenentscheiden (dazu gehört auch die Rückweisung zu weiteren Abklärungen) sind die zusätzlichen Voraussetzungen nach Art. 92 oder 93 BGG zu beachten.

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Der Präsident

Die Gerichtsschreiberin

Flückiger

Wittwer

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