

SO_GERICHTE VSBES.2020.47 vom 18. August 2022

SO Obergericht, 2022-08-18, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2020.47_d20220818

FR: SO_GERICHTE VSBES.2020.47 du 18 août 2022

IT: SO_GERICHTE VSBES.2020.47 del 18 agosto 2022

Regeste

Invalidenrente

Erwägungen

E. 1

1.1 A.____ (nachfolgend Beigeladener), geb. 1968, [...], meldete sich erstmals am 13. April 2010 bei der IV-Stelle des Kantons Solothurn (nachfolgend Beschwerdegegnerin) zum Leistungsbezug an. Bei den Angaben zur gesundheitlichen Beeinträchtigung gab er an, die Nerven im linken Arm seien verengt (IV-Stelle Beleg [IV-]Nr. 2).

1.2 Am 5. Mai 2010 fand bei der Beschwerdegegnerin ein Früherfassungs-/Intake-Gespräch statt (IV-Nr. 10). Die damalige Arbeitgeberin des Beigeladenen erstellte am 7. Mai 2010 (IV-Nr. 11), Dr. med. B.____, Allg. Med. FMH, [...], am 17. Mai 2010 den jeweiligen durch die Beschwerdegegnerin angeforderten Bericht (IV-Nr. 12).

1.3 Mit Verfügung vom 15. April 2011 lehnte die Beschwerdegegnerin die Leistungsbegehren bezüglich beruflichen Massnahmen und Invalidenrente ab (IV-Nr. 31). Zur Begründung wurde erklärt, der Beigeladene habe im Oktober 2010 die angestammte Tätigkeit mit einem Pensum von 75 % wieder aufnehmen können. Ab Januar 2011 sei er wieder voll arbeitsfähig. Diese Verfügung erwuchs unangefochten in Rechtskraft.

E. 2

2.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 Bundesgesetz 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 Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, IVG; SR 831.20).

2.2 Seit der 2012 geltenden Rechtslage (6. IV-Revision) haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), und die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen 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. Der Rentenanspruch entsteht frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Artikel 29 Absatz 1 ATSG, jedoch frühestens im Monat, der auf die Vollendung des 18. Altersjahres folgt (Art. 29 Abs. 1 IVG).

3. Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird 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, Art. 16 ATSG). Für den Einkommensvergleich sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des Beginns des Rentenanspruchs (resp. der Erhöhung oder Herabsetzung der Rente im Falle einer Revision, Urteil des Bundesgerichts 9C_882/2010 vom 25. Januar 2011 E. 7.2.1) massgebend, wobei Validen- und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu erheben und allfällige rentenwirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Verfügungserlass zu berücksichtigen sind (BGE 129 V 222).

E. 3

Die Beschwerdegegnerin sei anzuweisen, den medizinischen Sachverhalt und insbesondere die Therapiefähigkeit des Versicherten durch ein Obergutachten beurteilen zu lassen, bevor sie einen neuen Entscheid treffe.

E. 4

4.1 Sowohl im Verwaltungsverfahren wie auch im kantonalen Sozialversicherungsprozess gilt der Untersuchungsgrundsatz (Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben Verwaltung 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 geltenden ■ Grundsatz der freien Beweiswürdigung auf. Führen die im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen den Versicherungsträger oder das Gericht bei umfassender, sorgfältiger, objektiver und inhaltsbezogener Beweiswürdigung (BGE 132 V 393 E. 4.1 S. 400) zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich (BGE 126 V 353 E. 5b S. 360, 125 V 193 E. 2 S. 195, je mit Hinweisen) zu betrachten, und es könnten weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, so liegt im Verzicht auf die Abnahme weiterer Beweise keine Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 134 I 140 E. 5.3 S. 148, 124 V 90 E. 4b S. 94). Bleiben jedoch erhebliche Zweifel an Vollständigkeit und/oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellung bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteile des Bundesgerichts 8C_909/2010 vom 1. März 2011 E. 4.1, 8C_1021/2009 vom 3. November 2010 E. 4.2, 8C_101/2010 vom 3. Mai 2010 E. 4.1 und 9C_167/2009 vom 28. Mai 2009 E. 3.1).

4.2 Versicherungsträger und Sozialversicherungsrichter haben die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen (Art.

61 lit. c ATSG; BGE 125 V 352 E. 3a). Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass der Sozialversicherungsrichter alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs 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. Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht 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 begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

4.3 Im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten externer Spezialärzte, welche diesen Anforderungen entsprechen, kommt grundsätzlich (voller) Beweiswert zu, solange nicht konkrete Indizien gegen deren Zuverlässigkeit sprechen (BGE 137 V 210 E. 1.3.4 S. 227, 135 V 465 E. 4.4 S. 470, 125 V 351 E. 3b/bb S. 353). Eine von anderen mit der versicherten Person befassten Ärzten abweichende Beurteilung vermag die Objektivität des Experten nicht in Frage zu stellen. Es gehört vielmehr zu den Pflichten eines Gutachters, sich kritisch mit dem Aktenmaterial auseinanderzusetzen und eine eigenständige Beurteilung abzugeben. Auf welche Einschätzung letztlich abgestellt werden kann, ist eine im Verwaltungs- und allenfalls Gerichtsverfahren zu klärende Frage der Beweiswürdigung (BGE 132 V 110 f. E. 7.2.2). In diesem Sinne vermag die Beurteilung der behandelnden Ärzte ein Administrativgutachten grundsätzlich nur dann in Frage zu stellen und zumindest Anlass zu weiteren Abklärungen zu geben, wenn wichtige Aspekte benannt werden, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (Urteil [des Bundesgerichts] 9C_425/2013 vom 16. September 2013 E. 4.1 mit Hinweisen).

Neben den durch den Rechtsanwender zu prüfenden allgemeinen beweisrechtlichen Vorgaben an ein Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232, BGE 125 V 351 E. 3a S. 352) ergibt sich aus BGE 141 V 281 Folgendes: Die ärztliche Arbeitsfähigkeitsschätzung, zumindest ohne einlässliche Befassung mit den spezifischen normativen Vorgaben und ohne entsprechende Begründung, kann zwar den rechtlich geforderten Beweis des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit (Art. 7 Abs. 2 ATSG) nicht erbringen, weil sie weitgehend vom Ermessen des medizinisch-psychiatrischen Sachverständigen abhängt. Die medizinische Einschätzung der Arbeitsfähigkeit ist aber eine wichtige Grundlage für die anschliessende juristische Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistung der versicherten Person noch zugemutet werden kann (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 195). Dabei gilt, dass die versicherte Person als grundsätzlich gesund anzusehen ist und sie ihrer Erwerbstätigkeit nachgehen kann (vgl. BGE 141 V 281 E. 3.7.2 S. 295 f.). Hinsichtlich der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit haben sich sowohl die medizinischen Sachverständigen als auch die Organe der Rechtsanwendung bei ihrer Einschätzung des Leistungsvermögens an den normativen Vorgaben zu orientieren; die Gutachter im Idealfall gemäss der entsprechend formulierten Fragestellung (BGE 141 V 281 E. 5.2 S. 306 f.). Die Rechtsanwender prüfen die medizinischen Angaben frei insbesondere daraufhin, ob die Ärzte sich an die massgebenden normativen Rahmenbedingungen gehalten haben und ob und in welchem

Umfang die ärztlichen Feststellungen anhand der rechtserheblichen Indikatoren auf Arbeitsunfähigkeit schliessen lassen (BGE 143 V 418 E. 6 S. 426 f.). Im Rahmen der Beweiswürdigung obliegt es den Rechtsanwendern zu überprüfen, ob in concreto ausschliesslich funktionelle Ausfälle bei der medizinischen Einschätzung berücksichtigt wurden und ob die Zumutbarkeitsbeurteilung auf einer objektivierten Grundlage erfolgte (BGE 141 V 281 E. 5.2.2; Art. 7 Abs. 2 ATSG). Es soll keine losgelöste juristische Parallelüberprüfung nach Massgabe des strukturierten Beweisverfahrens stattfinden (BGE 141 V 281 E. 5.2.3; vgl. auch Andreas Traub, BGE 141 V 281 ■ Auswirkungen des Urteils auf weitere Fragestellungen, in: Sozialversicherungsrechtstagung 2016, Ueli Kieser [Hrsg.], 2017, S. 142 Ziff. 3.3.3), sondern im Rahmen der Beweiswürdigung überprüft werden, ob die funktionellen Auswirkungen medizinisch anhand der Indikatoren schlüssig und widerspruchsfrei festgestellt wurden und somit den normativen Vorgaben Rechnung tragen (BGE 141 V 281 E. 6 S. 307 f.; Urteil 8C_260/2017 vom 1. Dezember 2017 E. 4.2.4). Entscheidend bleibt letztlich immer die Frage der funktionellen Auswirkungen einer Störung, welche im Rahmen des Sozialversicherungsrechts abschliessend nur aus juristischer Sicht beantwortet werden kann. Nach BGE 141 V 281 kann somit der Beweis für eine lang andauernde und erhebliche gesundheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit nur dann als geleistet betrachtet werden, wenn die Prüfung der massgeblichen Beweisthemen im Rahmen einer umfassenden Betrachtung ein stimmiges Gesamtbild einer Einschränkung in allen Lebensbereichen (Konsistenz) für die Bejahung einer Arbeitsunfähigkeit zeigt. Fehlt es daran, ist der Beweis nicht geleistet und nicht zu erbringen, was sich nach den Regeln über die (materielle) Beweislast zuungunsten der rentenansprechenden Person auswirkt (BGE 143 V 418 E. 6 S. 427) (BGE 144 V 50 E. 4.3 S. 53 f.).

4.4 Die regionalen ärztlichen Dienste (RAD) setzen gemäss Art. 59 Abs. 2bis IVG die für die Invalidenversicherung nach Artikel 6 ATSG massgebende funktionelle Leistungsfähigkeit der Versicherten fest, eine zumutbare Erwerbstätigkeit oder Tätigkeit im Aufgabenbereich auszuüben. Nach Art. 49 IVV beurteilen sie die medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs. Die geeigneten Prüfmethode können sie im Rahmen ihrer medizinischen Fachkompetenz und der allgemeinen fachlichen Weisungen des Bundesamtes frei wählen (Abs. 1). Die regionalen ärztlichen Dienste können bei Bedarf selber ärztliche Untersuchungen von Versicherten durchführen. Sie halten die Untersuchungsergebnisse schriftlich fest (Abs. 2). Sie stehen den IV-Stellen der Region beratend zur Seite (Abs. 3). Sofern die RAD-Untersuchungsberichte den Anforderungen an ein ärztliches Gutachten genügen, auch hinsichtlich der erforderlichen ärztlichen Qualifikationen, haben sie einen vergleichbaren Beweiswert wie ein anderes Gutachten (Urteile des Bundesgerichts 9C_1053/2010 vom 28. Januar 2011 E. 4.2 und 9C_204/2009 vom 6. Juli 2009 E. 3.3.2 mit zahlreichen Hinweisen).

E. 5

5.1 Ist eine Rente wegen eines fehlenden oder zu geringen Invaliditätsgrads bereits einmal verweigert worden, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die versicherte Person glaubhaft macht, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (Art. 87 Abs. 2 und 3 IVV); dies gilt in analoger Weise auch dann, wenn die versicherte Person nach vorausgegangener rechtskräftiger Ablehnung erneut eine Eingliederungsmassnahme beantragt (BGE 113 V 27; ZAK 1991 S. 262 E. 1a). Mit dieser Bestimmung soll verhindert werden, dass sich die Verwaltung nach vorausgegangener rechtskräftiger Rentenverweigerung immer wieder mit gleichlautenden

und nicht näher begründeten, d.h. keine Veränderung des Sachverhalts darlegenden Rentengesuchen befassen muss (BGE 130 V 64 E. 5.2.3 S. 68, 117 V 198 E. 4b S. 200).

5.2 Tritt die Verwaltung ■ wie im vorliegenden Fall ■ auf die Neuanmeldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrads auch tatsächlich eingetreten ist. Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zusätzlich noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine rentenbegründende Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 117 V 198 E. 3a, 109 V 115 E. 2b). Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neuanmeldungsverfahren durch Vergleich des Sachverhalts, wie er bei Erlass der letzten auf einer materiellen Prüfung des Anspruchs behandelnden Verfügung bestanden hat, mit dem diejenigen im Zeitpunkt der Neuanmeldung, wobei auch die weitere Entwicklung bis zum Erlass der Verfügung über die Neuanmeldung zu berücksichtigen ist (9C_683/2013 vom 2. April 2014 E. 3.1).

E. 6

6.1 Der Beigeladene hat in der Neuanmeldung vom 3. Juli 2017 bei den Angaben zur Art der gesundheitlichen Beeinträchtigung Folgendes angeführt: «rezidivierende depressive Episoden (mittelgradig) ICD-10 F33.3 (schwer); Persönlichkeitsakzentuierung mit dependenten und emotional-impulsiven Zügen ICD-10 Z73.10» (IV-Nr. 32, S. 6).

6.2 In der Beschwerde vom 26. Februar 2020 wird zusammenfassend vorgebracht, dass beim Versicherten der medizinische Sachverhalt ungenügend abgeklärt sei, und deshalb weitere Abklärungen erforderlich seien. Die aktuelle Beeinträchtigung des Versicherten stelle keinen Endzustand dar, weshalb er nicht als dauerhaft vollinvalid gelten könne. Die Argumente der IV-Stelle gegen den Einwand der Beschwerdeführerin bezögen sich nur auf die Folgenabschätzung einer klar diagnostizierten gesundheitlichen Einschränkung und seien deshalb unter den gegebenen Umständen nicht stichhaltig. Somit seien die Verfügungen der IV-Stelle aufzuheben, und die Angelegenheit sei zur weiteren Abklärung an diese zurückzuweisen (A.S. 24).

6.3 Die Beschwerdegegnerin verzichtet am 6. Mai 2020 ■ mit Verweis auf die Akten und die Begründung in der angefochtenen Verfügung ■ auf die Abgabe einer Beschwerdeantwort (A.S. 33).

6.4 Der Beigeladene lässt am 22. Juni 2020 verlauten, sich den Ausführungen der IV-Stelle vom 6. Mai 2020 anzuschliessen. Es werde beantragt, die Beschwerde abzuweisen (A.S. 41).

7. Hinsichtlich des relevanten medizinischen Sachverhalts im Zeitpunkt des letzten rechtskräftigen Entscheids der IV-Stelle vom 15. April 2011 (IV-Nr. 31) lässt sich den Akten Folgendes entnehmen:

7.1 Bei der «IV-Einschätzung im Hinblick auf Eingliederung und medizinische Situation» im Intake-Protokoll vom 5. Mai 2010 vermerkte die Vertreterin der Beschwerdegegnerin am 7. Mai 2010: «Massive Einschränkung der linken Hand feststellbar. Immer noch ziemlich angeschwollen und gerötet. Allgemeines Suchtverhalten

(Workaholik, Kokain, Rauchen, Alkohol). Ferner gab sie an, dem Versicherten die Möglichkeiten der IV erklärt zu haben. Er habe dann darauf hingewiesen, einfach als Küchenbauer weiter arbeiten zu wollen; dies könne er gut und habe er auch sein Leben lang gemacht (IV-Nr. 10).

7.2 Dr. med. B.____ diagnostizierte im Bericht vom 17. Mai 2010 ein sensomotorisches Sulcus ulnaris-Syndrom links, einen Status nach Freilegung des N. ulnaris im Sulcus am 12. Mai 2009 sowie einen Status nach CTS Operation, ebenfalls am 12. Mai 2009. Er attestierte dem Beigeladenen für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Küchenmonteur eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit vom 24. April bis 23. August 2009 und 75%ige Arbeitsunfähigkeit vom 24. August 2009 bis auf weiteres. Der Patient habe Mühe (Kraftverminderung und Schmerzen in der linken Hand) beim Einbauen, Heben und Befestigen von schweren Küchenteilen. Dank des eisernen Arbeitswillens des Patienten sei die bisherige Tätigkeit noch zumutbar. Das Arbeitstempo (Patient arbeite im Akkord) sei vermindert, und deshalb auch das Einkommen. Es bestehe eine deutlich verminderte Leistungsfähigkeit, die zurzeit mit noch zu 75 % zu bewerten sei; möglicherweise könnte diese etwas gesteigert werden. Weniger arm- und handbelastende Tätigkeiten, z.B. Büroarbeiten, wären natürlich möglich. Allerdings möchte der Patient seinen geliebten und auch mit Enthusiasmus ausgeübten Beruf aus verständlichen Gründen nicht wechseln. Bei einer anderen Tätigkeit bestehe keine verminderte Leistungsfähigkeit. Er, Dr. med. B.____, rate davon ab, den Patienten umschulen zu wollen. Eine Bürotätigkeit komme seines Erachtens bei diesem sehr aktiven und in seinem Beruf auch äusserst arbeitswilligen Patienten nicht in Frage (IV-Nr. 12, S. 5 ff.).

8. Den angefochtenen Verfügungen vom 29. Januar und 13. Februar 2020 liegt folgender, hauptsächlich medizinischer Sachverhalt zugrunde:

8.1 Vom 5. Juli bis 25. August 2016 befand sich der Beigeladene in stationärer Behandlung bei den H.____. Im Bericht vom 25. August 2016 diagnostizierten Dr. med. I.____ und lic. phil. J.____ nach ICD-10 eine rezidivierende depressive Störung, derzeit mittelgradige Episode, F33.2, mit/bei drei Suizidversuchen innert einem Monat (); DD: Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion auf den Tod der Mutter (Herbst 2015) und Tod des Familienhundes (Frühjahr 2016), F43.21, eine Persönlichkeitsakzentuierung (dependente, emotional-impulsive Züge), Z73.1 (). Angaben über die Arbeitsfähigkeit machten die Ärzte nicht (IV-Nr. 51).

8.2 Dem Bericht des F.____ vom 17. Januar 2018 über das vom 23. Oktober 2017 bis 12. Januar 2018 dauernde Belastbarkeitstraining lässt sich u.a. Folgendes entnehmen: Im Gespräch vom 11. Dezember 2017 sei klargeworden, dass der Versicherte seit längerer Zeit (zirka drei Monate) keine ärztliche Untersuchung mehr gehabt habe und die Beschwerden im Rücken, die Müdigkeit und die Konzentrationseinschränkung nur noch auf seine eigene, sehr «pessimistische» Eigendiagnose beschränkt gewesen seien. In der Folge habe er den Auftrag erhalten, sich umgehend mit seinem Arzt in Verbindung zu setzen (IV-Nr. 48, S. 2).

8.3 In dem durch die Beschwerdeführerin veranlassten Gutachten vom 28. Mai 2017 zur Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Beigeladenen stellte Dr. med. D.____ u.a. die Diagnosen einer rezidivierenden depressiven Episode, gegenwärtig mittelgradige Episode nach ICD-10 F33.3, sowie einer Persönlichkeitsakzentuierung mit dependenten und emotional-impulsiven Zügen nach ICD-10 Z73.1. Die bei der Exploration geschilderten Beschwerden und die dabei festgestellten Befunde liessen folgende Symptomatik erkennen:

gedrückt-gereizte-traurige Grundstimmung, erhöhte Ermüdbarkeit, Konzentrationsstörungen, vermindertes Selbstvertrauen mit Wertlosigkeitsgefühlen, leichtgradige Affektlabilität, Libidoverlust, verminderter Appetit und eingeengtes Denken; daraus sei abzuleiten, dass der Explorand bei der bisherigen Tätigkeit am bisherigen Arbeitsort bezüglich Anpassung an Regeln und Routinen nicht beeinträchtigt sei, die Planung und Strukturierung von Aufgaben leichtgradig bis mittelgradig beeinträchtigt sei, () die Flexibilität und Umstellungsfähigkeit nicht beeinträchtigt sei, die Anwendung fachlicher Kompetenzen leicht- bis mittelgradig beeinträchtigt sei, seine Konzentrationsstörung und Gedächtnisstörungen die Leistung beeinträchtigten, seine Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit leicht- bis mittelgradig beeinträchtigt sei, sein vermindertes Selbstwertgefühl zu verzerrten Schlussfolgerungen führe, seine Durchhaltefähigkeit schwergradig beeinträchtigt sei, seine verminderte Energie das Leistungsvermögen schwergradig reduziere, seine Selbstbehauptungsfähigkeit mittelgradig beeinträchtigt sei, () die Kontaktfähigkeit nicht beeinträchtigt sei, seine Gruppenfähigkeit mittelgradig beeinträchtigt sei, () seine familiäre bzw. intimen Beziehungen nicht beeinträchtigt seien, seine spontanen Aktivitäten nicht beeinträchtigt seien, seine Fähigkeit zur Selbstpflege nicht beeinträchtigt sei, seine autonome Verkehrsfähigkeit nicht beeinträchtigt sei. Daraus gehe hervor, dass dem Exploranden in seiner bisherigen Tätigkeit als auch in einer anderen, leidensangepassten Tätigkeit eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit zu attestieren sei. Der Explorand besuche regelmässig alle zwei Wochen den Psychiater Dr. med. C.____ und nehme je nach Bedarf das Antidepressivum Remeron® und Prazine® als Einschlafhilfe ein. Die Prognose sei unsicher. Im Kommentar führte Dr. med. D.____ schliesslich an, dass bei jahrelangem Drogenkonsum und Alkoholmissbrauch und extremer Arbeitsbelastung, die eine Selbstwertkompensation vermuten lasse, eine Persönlichkeitsstörung nicht auszuschliessen sei. Die heftige Reaktion mit insgesamt drei Suizidversuchen nach den beiden Verlusterlebnissen, Tod der Mutter und des Hundes, liessen zusätzlich an eine Persönlichkeitsstörung denken. Seine intensive, suchtartige Ausmasse aufweisende Arbeitseinstellung sei in eine Erschöpfung eingemündet. Vor diesem Hintergrund habe er angesichts der beiden Verluste eine schwerste suizidale Krise durchlebt. Sowohl die vorbestehende Erschöpfung, die sich bekanntlich durch die Dysfunktionalität der endokrinen-cerebralen Schaltkreise der HPA-Achse (Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenachse) bzw. Stressachse bemerkbar mache, wie auch die Persönlichkeitsakzentuierung bzw. möglicherweise die vorbestehende Persönlichkeitsstörung, beeinflussten den Verlauf der Depression; sie heile beim Exploranden verzögert ab. Eine Prognose zum weiteren Verlauf sei im Moment schwierig zu geben. Beim Vorhandensein einer gedrückt-gereizt-traurigen Grundstimmung und erhöhter Ermüdbarkeit (2 Hauptsymptome), vermindertem Selbstvertrauen, Gefühl von Wertlosigkeit, Konzentrationsstörungen, vermindertem Appetit (4 Zusatzsymptome) könne nach ICD-10 eine mittelgradige Depression diagnostiziert werden. Therapeutisch sei eine erneute Behandlung mit einem Antidepressivum sicher indiziert. Hier stünden u.a. die beiden Produkte Wellbutrin®, das den Antrieb und die Energie steigere, oder Brintellix®, ein neu zugelassenes Antidepressivum, das die kognitiven Funktionen positiv beeinflusse, zur Auswahl. Eine erneute tagesklinische Behandlung sollte ebenfalls überprüft werden. Eine halbstationäre Behandlung und die Behandlung mit einem Antidepressivum verbesserten die Prognose mit überwiegender Wahrscheinlichkeit (IV-Nr. 36.3).

8.4 Im Abschlussbericht vom 18. Januar 2018 hielt die Abklärungsfachfrau der Beschwerdegegnerin fest, dass sie den Versicherten gegenwärtig in keiner Tätigkeit im

ersten Arbeitsmarkt als arbeitsfähig erachte. Während des Belastbarkeitstrainings im F.____ sei es dem Versicherten lediglich gelungen, ein Pensum von dreimal zwei Stunden wöchentlich zu erreichen; dieses habe er auch nicht steigern können. Der Versicherte habe über diverse körperliche Beschwerden und starke Schmerzen an der rechten Körperhälfte geklagt, sei aber deswegen nicht in Behandlung gewesen, wie sich anlässlich des Standortgesprächs vom 11. Dezember 2017 im F.____ zusammen mit dem Case Manager der Krankentaggeldversicherung herausgestellt habe. Zudem sei er von der psychischen Verfassung her in einem schlechten Zustand und in regelmässiger ambulanter psychiatrischer Behandlung. Er habe auch anlässlich des Standortgesprächs von häufigen Gedanken an Suizid gesprochen und über eine tiefe Erschöpfung geklagt. Mit den dreimal zwei Stunden im geschützten Rahmen eines Belastbarkeitstrainings fühle er sich an den Grenzen seiner Belastbarkeit. Er habe aufgrund seiner eingeschränkten körperlichen Belastbarkeit den Sinn in der Weiterführung einer solchen Massnahme nicht erkennen können. Eine Weiterführung von Eingliederungsmassnahmen sei unter diesen Umständen nicht zielführend. Es müsse zuerst die medizinische Situation geklärt werden (IV-Nr. 49).

8.5 Dr. med. C.____ diagnostizierte im Bericht vom 27. Januar 2018 an die Beschwerdegegnerin beim Beigeladenen ■ mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ■ eine protrahierte Depression nach Suizidversuch vom 2. Juli 2016 sowie eine akzentuierte Persönlichkeit mit dependenten und emotional-impulsiven Zügen seit der Jugend. Es liege eine andauernde Arbeitsunfähigkeit von 100 % seit 2. Juli 2016 vor. Der Gesundheitszustand der versicherten Person sei stationär. Der Versicherte könne die bisherige Arbeit wegen sehr starker Beeinträchtigung seiner psychophysischen Leistungsfähigkeit nicht mehr ausführen. Von der ursprünglichen Medikation sei nur noch Mirtazapin übriggeblieben, das dem Versicherten beim Einschlafen helfe. Zur Prognose hielt Dr. med. C.____ fest, dass sich der Versicherte mittels eines Trüffelsuchhundes ab März 2018 halbwegs wieder auf den beruflichen Weg bringen wolle. Im 1. Arbeitsmarkt sei der Versicherte wegen gebrochener Psyche nicht mehr einsetzbar (IV-Nr. 52).

8.6 Im Bericht vom 26. Februar 2018 führten Dr. med. T.____, Leitende Ärztin Kardiologie, und Dr. med. U.____, Oberarzt Kardiologie, beide L.____, als Diagnosen eine beginnende hypertensive Kardiopathie (), eine chronisch depressive Störung mit Status nach mehrmaligem Suizidversuch (), einen Status nach Alkoholabhängigkeitssyndrom sowie jahrelangem täglichem Kokainkonsum bis 2000 an. Zusammenfassend finde sich für die durch den Beigeladenen beschriebene Leistungsintoleranz und schnelle Ermüdbarkeit keine kardiale Ursache. Am ehesten seien die Symptomatik und damit die eingeschränkte körperliche Leistungsfähigkeit im Rahmen einer körperlichen Dekonditionierung als auch des persistierenden, ausgeprägten Nikotinabusus zu sehen. Der Blutdruck sei aktuell gut eingestellt. Unter Belastung habe sich aktuell keine Belastungshypertonie gezeigt, so dass diesbezüglich keine Anpassung der Medikation notwendig sei. Nebst einem Nikotinstopp sei sicherlich eine regelmässige körperliche Aktivität zu empfehlen, allenfalls unter physiotherapeutischer Anleitung. Der Versicherte stehe dieser Empfehlung zurzeit jedoch eher skeptisch gegenüber. Er werde sich jetzt einen Hund zulegen und selbstständig versuchen, einer vermehrten körperlichen Aktivität nachzugehen (IV-Nr. 59, S. 12 ff.).

8.7 Dr. med. M.____ diagnostizierte im Bericht 22. März 2018 beim Beigeladenen eine Verschlechterung des Allgemeinzustands seit Juli 2016 (), einen persistenten Nikotinabusus, kumulativ 70 PY (), eine chronische depressive Störung mit Status nach mehrmaligem Suizidversuch (), eine Refluxösophagitis () sowie eine beginnende hypertensive

Kardiopathie (). Der Patient sei bisher nie pneumologisch abgeklärt worden. Bei bestehendem Emphysem mit dem Nikotinkonsum bestehe sicherlich eine COPD; dessen Quantifizierung erschiene bei bestehender Anamnese indiziert. Zudem sollte bei angeblich deutlicher Tagesschläfrigkeit (beim Lesen, vor dem Fernseher, gehe regelmässig tagsüber schlafen) und Schnarch-Anamnese eine OSAS-Abklärung erfolgen. Am Schluss seines Berichts hielt Dr. med. M.____ fest, angesichts der Gesamtgeschichte könnte es sich natürlich auch um ein psychiatrisch führendes Krankheitsbild handeln. Die oben genannten Abklärungen sollten jedoch zuerst noch erfolgen; vermöchten diese die Beschwerden nicht erklären, wäre anschliessend wahrscheinlich eine erneute psychiatrische Beurteilung der sinnvollste nächste Schritt (IV-Nr. 57, S. 5 ff.).

8.8 Im Bericht vom 4. April 2018 stellte Dr. med. K.____ beim Beigeladenen die Diagnosen einer chronisch obstruktiven Lungenkrankheit im GOLD-Stadium 1 ■ 2 (), einer Nikotinabhängigkeit 70py (), einer Rhonchopathie (), einer Depression (), eines Alkoholabhängigkeitssyndroms anamnestisch, eines jahrelangen täglichen Kokainkonsums bis 2000, einer hypertensiven Herzkrankheit (), einer Refluxösophagitis und Pangastritis (). Polygraphisch sei erwartungsgemäss eine erniedrigte Sättigungsbasislinie nachts gefunden worden. Eine klinisch relevante Schlafapnoe bestehe nicht. Der Patient leide auch nicht unter einer Tagesschläfrigkeit, sondern habe einen allgemeinen Energieverlust mit Anstrengungsintoleranz und rascher Erschöpfbarkeit beschrieben; dies dürfte im Rahmen seiner Depression erklärt sein. Eine Schlafapnoe oder periodische Beinbewegungen bestünden nicht. Auch ergäben sich weder anamnestisch noch in der Polygraphie Hinweise für eine klinisch relevante Insomnie. Der Versicherte sei seit seinem Suizidversuch im Sommer 2016 als Küchenmonteur aus psychiatrischen Gründen arbeitsunfähig (IV-Nr. 57, S. 2 ff.).

8.9 Im Rahmen einer ambulanten Abschlusskonsultation vom 23. Mai 2018 diagnostizierte Dr. med. N.____ am 25. Mai 2018 beim Beigeladenen eine Verschlechterung des Allgemeinzustands seit Juli 2016 (), eine chronisch depressive Störung mit Status nach mehrmaligen Suizidversuchen (), eine beginnende hypertensive Kardiopathie (), eine chronisch obstruktive Lungenkrankheit GOLD Stadium I-II (), eine Rhonchopathie (), eine Refluxösophagitis und Pangastritis (), eine Sigmadivertikulose (), ein Alkoholabhängigkeitssyndrom () und einen Status nach jahrelangem täglichem Kokainkonsum bis 2000. Dr. med. N.____ hielt ferner fest, sowohl in der internistischen Untersuchung, inklusive Laboranalyse, als auch der kardiologischen, pneumologischen und gastroenterologischen Abklärung als auch in der heutigen internistisch-rheumatologischen Untersuchung habe keine klare somatische Erklärung für das Beschwerdebild und die geschilderte Einschränkung des Patienten gefunden werden können; insbesondere bestünden keine Hinweise auf eine koronare und valvuläre Kardiopathie oder eine schwere obstruktive Lungenkrankheit oder Schlafapnoe. Sicher wirkten sich der massive Nikotinkonsum als auch die allgemeine Dekonditionierung des Patienten negativ auf seine Leistungsfähigkeit aus, was er allerdings nicht akzeptieren könne. Bezüglich Wirbelsäule bestehe aufgrund der erhobenen Befunde keine Einschränkung des Patienten und keine Indikation für eine weiterführende MRI-Untersuchung. Aus somatischer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit erhalten. Sicher sei die Arbeitsfähigkeit des Patienten auch aus psychiatrischer Sicht zu beurteilen (IV-Nr. 62, S. 2 ff.).

8.10 Im Arzteugnis vom 4. Juni 2018 attestierte Dr. med. C.____ dem Beigeladenen eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit vom 2. Juli 2016 bis 3. Juni 2018 sowie eine 80%ige

Arbeitsunfähigkeit ab 4. Juni 2018. Es bestehe eine Erschöpfungsdepression mit belastungsabhängigen Schmerzen auf der rechten Rumpfseite. Möglich seien nur leichte Arbeiten von kurzer Dauer in der Region [...] (AK-Nr. 62).

8.11 Die RAD-Ärztin Dr. med. O. ___ empfahl am 13. August 2018, es sei ein psychiatrisches Gutachten einzuholen. Im Weiteren führte sie aus, es handle sich um einen 50-jährigen Versicherten, Schweizerbürger, ledig, ein erwachsener Sohn. Der Versicherte sei gelernter Zimmermann und habe seit 2000 als Akkord-Küchenmonteur beim selben Arbeitgeber gearbeitet. Ab 2013 sei er als sogenannter Unterakkordant bei der angestammten Firma als Selbstständigerwerbender beschäftigt gewesen. Mindestens seit 2017 sei wegen einer konstant bestehenden psychiatrischen Symptomatik von einer Arbeitsunfähigkeit von 100 % auszugehen. Die Erstanmeldung sei im April 2010 wegen eines Zustands nach zweimaliger Operation bei Nervenläsionen am linken Arm / an der linken Hand im 2009 erfolgt. Es habe ein verzögerter Heilungsverlauf bestanden. Die IV sei vorübergehend wegen der beruflichen Eingliederung involviert gewesen. Schliesslich habe aber der Versicherte seine angestammte Tätigkeit im Januar 2011 wieder mit einem 100%-Pensum aufnehmen können. Die beruflichen Massnahmen seien im Februar 2011 abgeschlossen worden; eine diesbezügliche Verfügung sei im April 2011 ergangen. Schon damals sei eine mitschwingende psychiatrische Symptomatik aktenkundig gewesen. Eine erneute Anmeldung im Juli 2017 sei ■ wegen einer aktuell überwiegend psychiatrischen Symptomatik ■ bei einer seit Juli 2016 bestehenden 100%igen Arbeitsunfähigkeit erfolgt. Es sei jetzt mehr im Fokus gestanden, dass der Versicherte bis 2006 mit einer ausgeprägten Suchtproblematik mit verschiedenen Drogen und Alkohol zu tun gehabt habe. Nach einem selbstinitiierten Entzug sei er bis heute clean. Es hätten sich jedoch die psychischen Probleme gemehrt. Letzten Endes sei es mit dem Tod der Mutter und des geliebten Hundes im 2015/2016 zu einem psychischen Zusammenbruch gekommen mit der Folge eines dreimaligen Suizidversuchs, zuletzt im Juli 2016. Trotz intensiver stationärer und ambulanter psychiatrischer Therapieversuche sei der Versicherte bis dato nicht ausreichend zu stabilisieren gewesen. Die IV sei vorübergehend wegen der beruflichen Eingliederung wiederum involviert gewesen. Eine nachhaltige Arbeitsfähigkeit habe nicht wieder erreicht werden können (vgl. Abschlussbericht berufliche Eingliederung Januar 2018). Der Versicherte sei weiter in ambulanter psychiatrischer Betreuung gewesen. Der psychiatrische Behandler habe im Januar 2018 festgehalten, dass der Versicherte im 1. Arbeitsmarkt wegen gebrochener Psyche (stark beeinträchtigte Vitalität, Wille und Ausdauer) nicht mehr einsetzbar sei. Zu dieser arbeitsfähigkeitsdominanten psychiatrischen Symptomatik seien noch somatische Befunde neueren Datums aktenkundig, die aber alle wenig bis keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit des Versicherten hätten und somit in der Gesamtbeurteilung der Arbeitsfähigkeit nicht massgeblich seien. Dr. med. O. ___ führte folgende die Arbeitsfähigkeit beeinflussende Diagnosen an:

Es liege ■ wie erwähnt ■ eine lange 100%ige Arbeitsunfähigkeit aus psychiatrischen Gründen vor. In dem durch die Krankentaggeldversicherung veranlassten und im Mai 2017 erstellten Gutachten sei der psychiatrische Sachverhalt transparent dargestellt worden; dieser sei versicherungsmedizinisch nachvollziehbar. Der niedergelassene Psychiater berichte nun von einem therapierefraktären psychiatrischen Zustandsbild; dies bedürfe aber abschliessend einer ausführlicheren Befundung und Begründung, auch im Sinne einer (gutachterlichen) Zweitmeinung (IV-Nr. 64, S. 2 ff.).

8.12 In dem durch die Beschwerdegegnerin veranlassten Gutachten (IV-Nr. 69) führte Dr. med. P.____ am 14. März 2019 ■ gestützt auf die durch die Beschwerdegegnerin zugestellten und die selbst beigebrachten Unterlagen sowie auf die eigenen persönlichen Befragungen und die laborchemische Untersuchung ■ als Diagnosen einen schädlichen Gebrauch von Alkohol und Cannabis (F10.1, F12.1) an; diese Diagnose habe keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Ferner sei, nachdem das Vollbild der jeweiligen spezifischen Persönlichkeitsstörung nicht vorliege, die Diagnose einer kombinierten Persönlichkeitsstörung mit narzisstischen und dissozialen Zügen (F61) zu formulieren. Diese Diagnose beeinflusse die Arbeitsfähigkeit des Versicherten (IV-Nr. 69, S. 15). Bezüglich der Arbeitsfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Küchenbauer im Akkord gab der Gutachter an, dass beim Versicherten weder die Arbeitsfähigkeit noch die Leistungsfähigkeit eingeschränkt sei. Abgesehen von der Dauer des stationären Aufenthalts in der Klinik der H.____ sei die Arbeitsfähigkeit des Versicherten aus psychiatrischer Sicht in der Vergangenheit überwiegend wahrscheinlich nie relevant tangiert gewesen. Was die Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit anbelange, führte der Gutachter aus, die angestammte Tätigkeit des Versicherten sei für ihn als ideal zu betrachten; zwar arbeite er da im direkten Kundenkontakt. Die Anforderungen an seine Gruppenfähigkeit seien jedoch vernachlässigbar. Für diese Tätigkeit bestehe eine ganztägige Arbeitsfähigkeit ohne Leistungseinschränkung. Die Frage, ob sich im Vergleich zur medizinischen Aktenlage, die der Erstbeurteilung zugrunde gelegen habe, eine Veränderung des Gesundheitszustands ergeben habe, bejahte Dr. med. P.____. Aktuell liege beim Versicherten bis auf eine kombinierte Persönlichkeitsstörung keine Psychopathologie mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit vor, sodass von einer zwischenzeitlichen Verbesserung des psychischen Zustandsbilds und der Arbeitsfähigkeit auszugehen sei. In der Zwischenzeit sei das affektive Syndrom verschwunden, sodass die Diagnose einer depressiven Störung nicht mehr gestellt werden könne. Überwiegend wahrscheinlich erscheine, dass die Verbesserung im Zustandsbild spätestens ab dem Zeitpunkt bestanden habe, wo sich der Versicherte zu 20 % habe gesundschreiben lassen (vgl. E. II. 8.10 hiervor). Er habe eine Verbesserung im eigenen Zustandsbild erkannt, sich jedoch in dysfunktionalem Ausmasse mit der Krankenrolle identifiziert, wobei diesbezüglich das Vorliegen eines instrumentellen Verhaltens zumindest zu einem Teil nicht ausgeschlossen werden könne. Im Weiteren bejahte der Gutachter die Frage, ob sich durch die genannten Veränderungen die Arbeitsunfähigkeit in der angestammten und in einer angepassten Tätigkeit verändert habe. Überwiegend wahrscheinlich erscheine, dass ab dem hiervor genannten Zeitpunkt in der angestammten und in einer angepassten Tätigkeit aus psychiatrischer Sicht keine Einschränkungen mehr bestanden hätten, wobei die angestammte und die angepasste Tätigkeit aufgrund der Besonderheiten der Fallzusammensetzung identisch seien (IV-Nr. 69, S. 22 ff.).

8.13 Der Stellungnahme der RAD-Ärztin Dr. med. O.____ vom 3. April 2019 lässt sich im Wesentlichen Folgendes entnehmen (IV-Nr. 72, S. 2 f.): Sie habe das Gutachten gründlich gelesen und medizinisch gewürdigt. Das Gutachten sei zwar gründlich erarbeitet, aber nicht überwiegend und ausreichend schlüssig. Aus diesem Gutachten ergebe sich als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit des Versicherten eine kombinierte Persönlichkeitsstörung mit narzisstischen und dissozialen Zügen (F61). Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit werde ein schädlicher Gebrauch von Alkohol und Cannabis (F10.1, F12.1) bis dato diagnostiziert. Bezüglich der Schlussfolgerungen zur Arbeitsfähigkeit in der angestammten sowie in einer angepassten Tätigkeit () sei Folgendes

einzuwenden: Der Versicherte habe eine Persönlichkeitsstörung, die therapeutisch nur sehr schwer zu beeinflussen bzw. als verbleibend einzustufen sei. Vor allem sei es dem Versicherten dauerhaft nicht möglich, in einem «Arbeitsalltag Interaktionen mit Mitarbeitern und Vorgesetzten dauerhaft exponiert zu sein» (GA Seite 16). Selbst die als angestammt geltende Tätigkeit als Küchenbauer im Akkord, bei der der Versicherte relativ kontaktarm habe arbeiten können, sei ihm aus psychiatrischen Gründen bereits seit Juli 2016 nicht mehr möglich. Auch im Rahmen von beruflichen Massnahmen durch die IV sei ■ psychiatrisch bedingt ■ kein nachhaltiger Pensumsaufbau möglich gewesen (s. Bericht BM). Auch der behandelnde Psychiater und der psychiatrische Gutachter Dr. med. D. ___ (recte: D. ___) hätten dem Versicherten aufgrund der permanenten, schwerwiegenden psychiatrischen Problematik eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % für jegliche Tätigkeit attestiert. Dr. med. P. ___ habe dem Versicherten eine Arbeitsfähigkeit allein und spezifisch für die ehemals innegehabte Tätigkeit als Küchenmonteur attestiert und diese auch als ideal angepasste Tätigkeit bezeichnet. Fakt sei aber, dass der Versicherte selbst in dieser als hochleidensspezifisch angesehenen, angepassten Tätigkeit gesundheitlich bedingt seit Mitte 2016 nicht mehr arbeiten können und dies fortgesetzt nicht mehr könne. Insofern seien die Aussagen im Gutachten zur Arbeitsfähigkeit zwar medizinisch hochtheoretisch nachvollziehbar, entbehrten aber jeder praktischen Realität. Ohne den nachgewiesenen Alkohol- und Drogenkonsum wäre ebenfalls von der verfestigten, schwertherapierbaren Persönlichkeitsstörung auszugehen. Insofern sei es nachvollziehbar, dass der Gutachter den Alkohol- und Cannabiskonsum als Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit des Versicherten angeführt habe. Die im Dossier auch beschriebenen somatischen Befunde wären allesamt für eine leichte bis mittelschwere Arbeitstätigkeit in einem 100%-Pensum nicht relevant. Aufgrund der bestehenden Arbeitsunfähigkeit von 100 % aus psychiatrischen Gründen müsse aber auf die Somatik nicht extra eingegangen zu werden. Schliesslich sei Fakt, dass nach der Eingliederungsfachperson die Umsetzbarkeit der im Gutachten aufgezeigten, verbliebenen beruflichen Leistungsmöglichkeiten nicht mehr gegeben sei. Die Frage, ob das Gutachten aus medizinischer Sicht schlüssig und nachvollziehbar sei, bejahte die RAD-Ärztin vorerst mit Verweis auf die vorstehenden Ausführungen, verneinte sie dann mit der Begründung, das Gutachten sei nicht überwiegend und ausreichend schlüssig. Seit Abschluss der beruflichen Massnahmen im Januar 2018 betrage die Arbeitsunfähigkeit 100 % für jegliche Tätigkeit (IV-Nr. 72, S. 2 f.).

8.14 Zur Arbeitssituation hielt die Fachfrau Leistungen der Beschwerdegegnerin im Bericht vom 5. April 2019 fest, der Versicherte habe seine selbständige Erwerbstätigkeit als Küchenmonteur im Akkord zum Zeitpunkt der Wiederanmeldung vom 7. (recte: 3.) Juli 2017 bereits aufgegeben gehabt, weil er sich aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr in der Lage gesehen habe, diese Tätigkeit auszuüben. Das im Gutachten beschriebene Leistungsprofil werde aus Sicht der Beruflichen Eingliederung im ersten Arbeitsmarkt als nicht mehr nachhaltig umsetzbar erachtet. Eine Anstellung sei aufgrund der Persönlichkeitsstruktur des Versicherten, wie auch im Gutachten beschrieben werde, nicht vorstellbar. Der Versicherte sei nicht in der Lage, professionelle Interaktionen den üblichen Normen entsprechend handzuhaben (IV-Nr. 73, S. 2).

8.15 Am 12. Juni 2019 nahm Dr. med. C. ___ zum Gutachten von Dr. med. P. ___ Stellung. Seinen Ausführungen lässt sich im Wesentlichen entnehmen, es könne keine Persönlichkeitsstörung diagnostiziert werden. Die Kränkbarkeit beim Versicherten liege im Umfeld der üblichen Variationsmöglichkeiten von Persönlichkeitsvarianten. Ebenso könne

kein Alkoholismus diagnostiziert werden, weil harte Indizien fehlten. Beim Beantworten der abschliessend entscheidenden Fragen habe der Gutachter die unerhörte Fiktion aufgestellt, der Versicherte sei gesund und voll arbeitsfähig; dies, nachdem er die Berichte aller andern beteiligten Ärzte für die Beantwortung der im Gutachten gestellten Fragen als quasi irrelevant auseinanderdividiert und darin keinen Wahrheitsgehalt gefunden habe. Im Weiteren gab Dr. med. C.____ an, der Versicherte habe ihm von Anfang an einen depressiven Eindruck vermittelt. Durch diverse Probleme mit seinem Hund habe es geschienen, die psychische Verfassung des Versicherten sei noch deutlich schlechter geworden. Zusammenfassend hielt Dr. med. C.____ fest, der Versicherte leide seit seinem Suizidversuch an einer erheblichen gesundheitlichen Beeinträchtigung mit verminderter psychischer und physischer Leistungsfähigkeit, schätzungsweise handle es sich um eine Verminderung der Arbeitsfähigkeit gegenüber vor dem Suizidversuch von 80 %. Der Gutachter habe diesen Befund übersehen und dem Versicherten eine volle Arbeitsfähigkeit ausgestellt nach dem Motto: «Wer das Grosse in Kleinteile zerlegt und sich in theoretischen Möglichkeiten auslässt, verliert sich in nichtigen Details und sieht das Ganze nicht mehr so, wie es sich tatsächlich präsentiert» (IV-Nr. 76).

8.16 Dr. med. Q.____, beratender Arzt der Beschwerdeführerin, äusserte sich am 11. September 2019 zur medizinischen Aktenlage zusammenfassend wie folgt (IV-Nr. 82, S. 2 ff.): Die zugrundeliegende Hauptproblematik des Versicherten liege in seiner kombinierten Persönlichkeitsstörung. Es fänden sich mehrere anamnestische Hinweise, die diese Diagnose erhärteten. Es handle sich dabei um eine kombinierte Persönlichkeitsstörung mit vornehmlich emotional instabilen, aber auch narzisstischen Zügen. Die vom Gutachter Dr. med. P.____ angeführten dissozialen Anteile liessen sich nicht bestätigen; hierfür fehlten ein kaltes Unbeteiligtsein und eine Rücksichtslosigkeit gegenüber den Gefühlen anderer (Kriterium 1). Der Versicherte habe eine enge Beziehung zu seiner Mutter gehabt und wenige Monate nach ihrem Tod psychisch dekomponiert. Auch grobe und andauernde Verantwortungslosigkeit und Missachtung sozialer Normen, Regeln und Verpflichtungen (Kriterium 2) könnten anamnestisch nicht verifiziert werden. Das Unvermögen zur Beibehaltung längerfristiger Beziehungen, ohne Schwierigkeiten Beziehungen einzugehen (Kriterium 3), treffe beim Versicherten zu, sei aber auch Merkmal von emotional instabilen Patienten. Auch die sehr geringe Frustrationstoleranz und die niedrige Schwelle für aggressives, auch gewalttätiges Verhalten (Kriterium 4) sei beim Versicherten nicht festzustellen. Die weiteren Kriterien (5 und 6), wie Unfähigkeit zum Erleben von Schuldbewusstsein etc., ausgeprägte Neigung, andere zu beschuldigen, seien beim Versicherten nicht vorliegend. Die Aussage von Dr. med. P.____, dass es beim Versicherten zu keinem Zeitpunkt zu depressiven Episoden gekommen sei, lasse sich nicht erhärten. Depressive Reaktionen seien oftmals Folge bei emotional instabilen, persönlichkeitsgestörten Menschen von Situationen, in denen ihr labiles Gleichgewicht durch äussere Belastungen einstürze. Ausserdem seien depressive Episoden aktenkundig; eine solche habe insbesondere beim Suizidversuch im Sommer 2016 vorgelegen. Der abhängige Gebrauch von Alkohol und Cannabis sei als komorbid zur Persönlichkeitsstörung zu sehen und entspreche einem untauglichen Versuch des Versicherten, seine erhöhte Anspannung zu beeinflussen. Ihm sei es tatsächlich über viele Jahre möglich gewesen, trotz seiner kombinierten Persönlichkeitsstörung der angestammten Tätigkeit als Küchenbauer nachzugehen. Er habe sich jedoch von seinem psychischen Einbruch mit der Ausbildung von Suizidalität und einem ernstzunehmenden Suizidversuch bisher nicht vollständig erholen können. Als problematisch zeige sich die Tatsache, dass der

behandelnde Psychiater das Vorliegen einer kombinierten Persönlichkeitsstörung offenbar ausschliesse und der Versicherte diesbezüglich nicht optimal behandelt werde. Es sei schon so, dass Persönlichkeitsstörungen schwieriger als andere psychische Störungen zu behandeln seien. Es stünden aber durchaus mehrere etablierte psychotherapeutische Verfahren zur Verfügung, unter denen Verbesserungen sehr wohl möglich seien; hierbei zu nennen seien die dialektisch-behaviorale Therapie nach Linnehan, die Übertragung fokussierte Psychotherapie nach Kernberg oder die strukturbezogene Psychotherapie nach Rudolf. Im Sinne einer Schadenminderungspflicht müsse dem Versicherten auferlegt werden, dass er sich in eine leitliniengerechte Behandlung seiner vorliegenden kombinierten Persönlichkeitsstörung begeben. Es müsse darauf hingewiesen werden, dass kein Endzustand vorliege und Verbesserungen sehr wohl möglich seien. Mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit sei aus psychiatrischer Sicht eine kombinierte Persönlichkeit mit emotional instabilen und narzisstischen Zügen (ICD-10 F61.0) zu diagnostizieren. Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit blieben eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert (ICD-10 F 33.4), eine Cannabisabhängigkeit (ICD-10 F12.24) und der Verdacht auf eine Alkoholabhängigkeit (ICD-10 F10.24). Das von Dr. med. P.____ im März 2019 erstellte Gutachten sei umfassend, beruhe auf allseitigen Untersuchungen, die geklagten Beschwerden seien berücksichtigt worden, und das Gutachten sei in Kenntnis der Vorakten abgegeben worden. Es leuchte in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation zum Teil ein. Die Schlussfolgerungen seien nicht vollständig nachvollziehbar. Als Kritikpunkte zu nennen seien, dass das Vorliegen einer rezidivierenden depressiven Störung trotz eindrücklicher Akten negiert und trotz der kombinierten Persönlichkeitsstörung nicht auf eine Einbusse der Arbeitsfähigkeit geschlossen worden sei. Eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit für sämtliche Tätigkeiten sei nicht ausgewiesen. Der Gutachter Dr. med. P.____ habe eindeutig festgehalten, dass zum Untersuchungszeitpunkt keine depressiven Symptome vorgelegen hätten. Es müsse deshalb davon ausgegangen werden, dass es mittlerweile zu einer Vollremission der depressiven Symptomatik gekommen sei. Die Teilarbeitsunfähigkeit liege nunmehr lediglich in der Persönlichkeitsstörung begründet. Gemäss Dr. med. P.____ lägen die Einschränkungen hinsichtlich des Aktivitätsniveaus des Versicherten lediglich in einer stark eingeschränkten Gruppenfähigkeit. Seines Erachtens, so Dr. med. Q.____, dürfte zusätzlich die Flexibilität- und Umstellungsfähigkeit als auch die Fähigkeit zur Planung und Strukturierung von Aufgaben sowie die Durchhaltefähigkeit mindestens mittelgradig eingeschränkt sein. Tatsächlich bestehe beim Versicherten eine Fixierung auf seine Defizite respektive seine Krankheitsrolle, einhergehend mit einer erheblichen Dekonditionierung. Insgesamt müsse deshalb von einer zirka 50%igen Arbeitsfähigkeit für die angestammte Tätigkeit als Küchenbauer ausgegangen werden; diese sei angesichts der Persönlichkeitspathologie ■ wie auch vom Gutachter Dr. med. P.____ hervorgehoben ■ ideal für den Versicherten, weil sich dieser nicht intensiv auf ein Team einlassen müsse und die Arbeit weitestgehend autonom ausüben könne. Diese Teilarbeitsfähigkeit sei dem Versicherten ab dato der psychiatrischen Begutachtung (14. März 2019) möglich. Falls es dem Versicherten gelinge, sich auf eine adäquate, intensive therapeutische Auseinandersetzung mit seiner Grunderkrankungen einzulassen, könne von einer vorsichtig günstigen Prognose im Hinblick auf die Erlangung einer vollständigen Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit ausgegangen werden (IV-Nr. 82, S. 5 ff.).

8.17 Am 3. Oktober 2019 meldete sich Dr. med. C.____ erneut bei der Beschwerdegegnerin. In seiner auch durch den Beigeladenen unterzeichneten

Stellungnahme führte Dr. med. C.____ im Wesentlichen aus, es liege keine kombinierte Persönlichkeitsstörung vor, weshalb keine leitliniengerechte Behandlung erfolgen könne. Die Mitwirkungsbereitschaft des Versicherten sei auch weiterhin vorhanden. Sie, der Beigeladene und Dr. med. C.____, hofften, dass dem Versicherten auch mit seiner chronischen Beeinträchtigung eine gewisse Stabilität erhalten bleibe, um sein Leben in Würde weiterführen zu können. Die Ressourcen für eine Rehabilitation mit Wiedererlangen einer auch nur teilweisen Arbeitsfähigkeit als Küchenmonteur seien schlicht nicht gegeben. Seit seinem Suizidversuch leide der Versicherte nach wie vor an einer erheblichen gesundheitlichen Beeinträchtigung mit einer schätzungsweise um 80 % verminderten Arbeitsfähigkeit gegenüber vor dem Suizidversuch. Sie, der Beigeladene und Dr. med. C.____, plädierten somit für das Festhalten an der Entscheidung einer vollen IV-Rente, um dann in angemessenen Abständen, ihres Erachtens frühestens nach Ablauf von vier Jahren, eine erste Revision durchzuführen (IV-Nr. 85).

8.18 Die RAD-Ärztin Dr. med. R.____ hielt in ihrer Stellungnahme vom 15. Januar 2020 fest, der Versicherte habe eine Persönlichkeitsstörung, die therapeutisch nur sehr schwer zu beeinflussen bzw. als verbleibend einzustufen sei. Vor allem sei es dem Versicherten dauerhaft nicht möglich, in einem «Arbeitsalltag Interaktionen mit Mitarbeitern und Vorgesetzten dauerhaft exponiert zu sein» (GA Seite 16). Selbst die als angestammt geltende Tätigkeit als Küchenbauer im Akkord, bei der der Versicherte relativ kontaktarm habe arbeiten können, sei ihm aus psychiatrischen Gründen bereits seit Juli 2016 nicht mehr möglich. Auch im Rahmen von beruflichen Massnahmen durch die IV sei ■ psychiatrisch bedingt ■ kein nachhaltiger Pensums-aufbau möglich gewesen (s. Bericht BM). Auch der behandelnde Psychiater und der psychiatrische Gutachter Dr. med. D.____ (recte: D.____) hätten dem Versicherten aufgrund der permanenten, schwerwiegenden psychiatrischen Problematik eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % für jegliche Tätigkeit attestiert. Im neuen psychiatrischen Gutachten von März 2019 habe Dr. med. P.____ eine Arbeitsfähigkeit allein und spezifisch für die ehemals innegehabte Tätigkeit als Küchenmonteur gesehen und diese Tätigkeit auch als ideal angepasste Tätigkeit bezeichnet. Fakt sei aber, dass der Versicherte selbst in dieser als hochleidensspezifisch angesehenen, angepassten Tätigkeit gesundheitlich bedingt seit Mitte 2016 nicht mehr habe arbeiten können und dies fortgesetzt nicht mehr könne. Insofern seien die Aussagen im Gutachten zur Arbeitsfähigkeit zwar medizinisch hochtheoretisch nachvollziehbar, entbehrten aber jeder praktischen Realität. Schliesslich sei Fakt, dass laut der Eingliederungsfachperson die Umsetzbarkeit der im Gutachten aufgezeigten, verbliebenen beruflichen Leistungsmöglichkeiten nicht mehr gegeben sei (IV-Nr. 88, S. 2).

E. 9

9.1 Die Beschwerdegegnerin hat bei ihrer Beurteilung in erster Linie auf die beiden Stellungnahmen des RAD vom 3. April 2019 und 15. Januar 2020 abgestellt; von weiteren beweismässigen Vorkehren könne abgesehen werden. Sie hat es als zulässig erachtet, im Rahmen der Folgeabschätzung der diagnostizierten Leiden hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit nicht der Beurteilung des psychiatrischen Gutachters, sondern jener des RAD zu folgen (IV-Nr. 96, S. 5). Vor diesem Hintergrund ist in einem ersten Schritt zu prüfen, ob das Gutachten von Dr. med. P.____ vom 14. März 2019 grundsätzlich als beweismässig gelten kann.

9.2 Dr. med. P.____ hat eine eingehende Befragung des Beigeladenen durchgeführt (IV-Nr. 69, S. 6 ff.) und den psychiatrischen Befund erhoben (IV-Nr. 69, S. 12 ff.), um dann

zu den Diagnosen und zur medizinischen Beurteilung zu gelangen (IV-Nr. 69, S. 14 ff.). Schliesslich hat er zu verschiedenen Fragen der Beschwerdegegnerin Stellung genommen (IV-Nr. 69, S. 22 ff.). Die Ausführungen von Dr. med. P.____ basieren auf den vollständigen Vorakten und der persönlichen Untersuchung und Befragung des Beigeladenen. Er hat zu den Angaben des Beigeladenen wie auch zu den abweichenden Beurteilungen der im Verfahren involvierten Ärzte Stellung genommen und sich damit eingehend auseinandergesetzt. Dr. med. P.____ begründet einleuchtend das Vorliegen eines schädlichen Gebrauchs von Alkohol und Cannabis (ICD-10 F10.1, F12.1) aufgrund des erhobenen Psychostatus, welcher aber keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hat. Dagegen wird das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung mit dissozialen Zügen nicht nachvollziehbar dargelegt. Der Gutachter kommt zum Ergebnis, dass das Vollbild der jeweiligen spezifischen Persönlichkeitsstörung nicht vorliege und stellt die Diagnose einer kombinierten Persönlichkeitsstörung mit narzisstischen und dissozialen Zügen (IV-Nr. 69, S. 15). Seiner Auffassung nach seien narzisstische und dissoziale Züge wie Selbstzentriertheit, überhöhtes, jedoch brüchiges Selbstbild, vermehrte Kränkbarkeit, ferner konsequente Missachtung von Vorgaben und Normen, Neigung, für das eigene Fehlverhalten plausible Rationalisierungen anzubieten, geringe Frustrationstoleranz und verminderte Fähigkeit, aus negativer Erfahrung, insbesondere Bestrafung, zu lernen, deutlich identifizierbar (IV-Nr. 69, S. 15). Entgegen der Auffassung des Gutachters lassen sich insbesondere die dissozialen Aspekte der Persönlichkeitsstörung aus den Schilderungen des Beigeladenen nicht nachvollziehbar herleiten. Dr. med. P.____ geht in seinem Gutachten nur ungenügend auf die einzelnen Kriterien der dissozialen Züge ein. Wie der beratende Arzt der Beschwerdeführerin, Dr. med. Q.____, in seiner Stellungnahme vom 11. September 2019 (IV-Nr. 82, S. 2 ff.) zurecht rügt, lassen sich den Schilderungen des Beigeladenen die für die dissozialen Anteile erforderlichen Kriterien nicht in dieser Deutlichkeit und Gesamtheit entnehmen, wie dies der psychiatrische Gutachter vorstehend festhält. Gemäss Dr. med. Q.____ fehlten hierfür ein kaltes Unbeteiligtsein und eine Rücksichtslosigkeit gegenüber den Gefühlen anderer (Kriterium 1). Der Versicherte habe eine enge Beziehung zu seiner Mutter gehabt und sei psychisch wenige Monate nach ihrem Tod dekompenziert. Diese Einschätzung des beratenden Arztes ist zutreffend und lässt sich ohne Weiteres aus den Schilderungen des Beigeladenen anlässlich der Begutachtung entnehmen. Dr. med. Q.____ führt weiter aus, auch eine grobe und andauernde Verantwortungslosigkeit und Missachtung sozialer Normen, Regeln und Verpflichtungen (Kriterium 2) habe anamnestisch nicht verifiziert werden können. Das Unvermögen zur Beibehaltung längerfristiger Beziehungen, ohne Schwierigkeiten Beziehungen einzugehen (Kriterium 3), treffe hingegen beim Versicherten zu, sei aber auch Merkmal von emotional instabilen Patienten. Auch die sehr geringe Frustrationstoleranz und niedrige Schwelle für aggressives, auch gewalttätiges Verhalten (Kriterium 4) sei beim Versicherten nicht festzustellen. Die weiteren Kriterien (5 und 6), Unfähigkeit zum Erleben von Schuldbewusstsein etc., ausgeprägte Neigung, andere zu beschuldigen, lägen beim Versicherten ebenfalls nicht vor. Insgesamt erweist sich die von Dr. med. P.____ gestellte Diagnose einer Persönlichkeitsstörung mit dissozialen Zügen als nicht hinreichend begründet.

Weiter vermögen auch die Einschätzungen von Dr. med. P.____ zur Arbeitsfähigkeit nicht zu überzeugen. So führt der Administrativgutachter aus, dass die festgestellte kombinierte Persönlichkeitsstörung die Arbeitsfähigkeit des Versicherten beeinflusse. Nicht nachvollziehbar ist dann aber seine Schlussfolgerung, wonach beim Beigeladenen eine

vollständige Arbeitsfähigkeit vorliegen soll. Es ist darauf hinzuweisen, dass sämtliche Mediziner, welche den Beigeladenen vor dem Begutachtungszeitpunkt in psychiatrischer Hinsicht untersucht resp. eine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit vorgenommen haben, eine Einschränkung in der Leistungsfähigkeit festgestellt haben. Dass nun aber keinerlei Beschwerden mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit vorliegen sollen, erscheint gestützt auf das psychiatrische Gutachten von Dr. med. P.____ nicht ohne Weiteres plausibel.

9.3 Im Übrigen ist zu bemerken, dass sämtliche Mediziner, welche den Beigeladenen untersucht resp. eine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit vorgenommen haben, unterschiedliche Einschränkungen in der Leistungsfähigkeit festgestellt haben (vgl. E. II. 8.3, 8.5, 8.13, 8.16 und 8.18 hiervor). In diesem Zusammenhang führt die Beschwerdeführerin zutreffend aus, dass sich im Vergleich zeige, dass die Beurteilungen der Mediziner insbesondere bezüglich Vorliegen einer kombinierten Persönlichkeitsstörung sowie Therapieresistenz dieser Störung voneinander abweichen und deshalb auch in der Folgenabschätzung weit auseinanderliegen (A.S. 22). Das Versicherungsgericht kam deshalb nicht umhin, weitere Abklärungen in Form eines psychiatrischen Gerichtsgutachtens zu veranlassen.

10. Aufgrund der genannten Unklarheiten wurde von Seiten des Versicherungsgerichts bei Dr. med. S.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, ein gerichtliches Obergutachten veranlasst.

10.1 Das Gutachten vom 4. November 2021 (A.S. 60 ff.) wird den allgemeinen rechtsprechungsgemässen Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Stellungnahme gerecht (vgl. E. II. 4.2 hiervor). Es stammt von einem unabhängigen Facharzt, welcher den Beigeladenen eingehend untersucht (vgl. A.S. 63 ■ 69) und die Vorakten studiert hat (vgl. A.S. 60 ■ 63). Die Aussagen des Experten sind in allen Punkten schlüssig und nachvollziehbar (vgl. A.S. 69 ff. mit der ausführlichen fachärztlichen Beurteilung). Im Gutachten wurden folgende Diagnosen gestellt:

Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

10.2 Der Gutachter würdigt die Aktenlage und die Aussagen des Beigeladenen eingehend und begründet ausführlich und nachvollziehbar ■ jeweils im Abgleich der erhobenen Befunde mit den jeweiligen Kriterien nach ICD-10 ■ die von ihm gestellten Diagnosen.

10.2.1 Dr. med. S.____ beschäftigt sich zunächst ausführlich mit der Frage der Persönlichkeitsproblematik: So hätten sich Auffälligkeiten in der Anamnese gezeigt. Sehr auffallend sei, dass der Explorand nur eine einzige dreijährige Beziehung eingegangen sei und danach derart enttäuscht gewesen sei, dass er keine weiteren Beziehungen mehr habe pflegen wollen. Inwieweit es sich dabei tatsächlich um ein willentliches Verhalten gehandelt habe, sei unklar. Immerhin habe der Explorand eine massive Drogenabhängigkeit von antriebssteigernden Drogen wie Kokain und amphetaminhaltigen Drogen entwickelt. Auffallend sei auch die Tendenz, sich übermässig bei der Arbeit zu engagieren. Inwieweit dies tatsächlich den Begebenheiten entsprochen habe, wie sie von ihm heute geschildert worden seien, sei etwas unklar, eine gewisse Idealisierung oder Überschätzung ehemaliger Leistungen sei nicht ausgeschlossen. Es falle auf, wie der Explorand seine Leistungen wiederholt versuche in Superlativen darzustellen, auch heute noch, obwohl er sich als derart

schwach empfinde. In der gesamten Untersuchung wiederhole er dies, auch wenn er nicht danach befragt werde. Dies deute auf eine narzisstisch überhöhte Wahrnehmung hin. Da er diese Leistung heute nicht mehr erbringen könne, empfinde er sich als Nichts und falle in die gegenteilige Richtung, er kämpfe mit massiven Selbstzweifeln und Insuffizienzgefühlen, was wiederum typisch sei für seinen gekränkten Narzissmus. Sehr auffallend sei, dass der Explorand keine tragenden Freundschaften, Beziehungen oder Bekanntschaften geführt habe, er habe sich vollumfänglich auf die Arbeit konzentriert, habe sich nicht einmal in der Lage gefühlt, sich Ferien zu leisten. Er habe jahrelang in überhöhtem Tempo, mit übermässigem Energieaufwand einer Arbeit nachgehen können, was unterstützt worden sei durch den Konsum von antriebssteigernden Drogen. Es sei ihm schliesslich 2010 gelungen, einen Entzug durchzuführen. Es persistiere allerdings bis heute noch ein stark überhöhter Alkoholkonsum. Eine weitere Auffälligkeit ergebe sich insofern, als dass der Explorand sich nie von seinem Elternhaus, respektive von seiner Mutter gelöst habe, diese dann auch bei ihrer jahrelangen Krankheit begleitet habe, bis sie 2015 verstorben sei. Er bekomme heute noch nicht die Bilder der sterbenden Mutter aus dem Kopf, die ihn offensichtlich weiterhin beschäftigten. Der im Juli 2016 durchgeführte Suizidversuch zeuge auch von der massiven emotionalen Anspannung, in der er gesteckt habe, wobei der Tod des Hundes wohl der Tropfen gewesen sei, der das Fass zum Überlaufen gebracht habe. Es fänden sich daher insgesamt spezifische Beeinträchtigungen in der Beziehungsgestaltung, in seinem Verhalten, auch in der Affektivität und Impulskontrolle. Seine Wahrnehmung sei stark auf sich selbst fixiert, sein Denken ebenfalls. Er sehe sich als Mittelpunkt und sei unfähig, daraus auszubrechen. Das Verhaltensmuster bestehe schon seit dem früheren Erwachsenenalter. Kompensieren habe er dies gekonnt, indem er sich übermässig bei der Arbeit eingesetzt habe. Er habe sich dabei nicht an spezifische Normen halten können, im beziehungs-mässigen Bereich habe keine Gefahr mehr bestanden, seit er die Beziehung zur damaligen Freundin beendet habe, es habe einzig noch ein tragender Kontakt zu seiner Ursprungsfamilie bestanden. Er wirke durch dieses Verhalten insgesamt unpassend, wobei es ihm lange gelungen sei, dennoch einer beruflichen Tätigkeit nachzugehen, wobei es sich um eine eher spezifische Tätigkeit gehandelt habe, wo er sich nicht anderen habe anpassen müssen. Erst jetzt, wo er sich als nicht mehr leistungsfähig einstufe und das Ganze ins Negative verkehre, mache sich ein massiver Leidensdruck bemerkbar. Es bestünden deutliche Beeinträchtigungen im sozialen Bereich, mittlerweile auch Einschränkungen im beruflichen Bereich, wie auch die beruflichen Massnahmen aufgezeigt hätten. Es fänden sich demnach weitgehend Kriterien, wie sie für eine Persönlichkeitsstörung zuträfen.

Andererseits, so Dr. med. S.____, müsse bedacht werden, dass der Explorand unter Drogeneinfluss gestanden sei, auch heute noch übermässig Alkohol konsumiere, wie aufgrund der Laborabklärungen anzunehmen sei. Dies führe zu einer direkten Veränderung der Persönlichkeitsstruktur, insbesondere die antriebssteigernden Drogen, wie Kokain oder amphetaminhaltige Drogen, die stark psychoaktiv seien. Drogenabhängige Personen wiesen ein Verhalten auf, welches durchaus mit einer Persönlichkeitsstörung gleichgestellt werden könne. Ohne Drogenkonsum könnten Betroffene im Verhalten und der Persönlichkeitsstruktur unauffällig wirken. Es sei deshalb nicht sicher möglich, Personen bei aktivem Drogenkonsum hinsichtlich der Persönlichkeitsstruktur genügend verlässlich einzustufen und zu beurteilen. Auch der Alkoholüberkonsum führe zur gleichen diagnostischen Unsicherheit, da eine psychoaktive Wirkung bestehe. Weiterhin müsse bedacht werden, dass unter dauerhaftem Alkoholkonsum auch die Stimmung im Sinne

eines depressiven Zustandes verändert werden könne. Eine affektive Störung führe zudem ebenfalls zu einer Verschleierung der Persönlichkeitsstruktur, wodurch eine Persönlichkeitsdiagnostik im depressiven Zustand ebenfalls nicht verlässlich durchgeführt werden könne. Aus diesen Gründen handle es sich daher bei der angenommenen Persönlichkeitsstörung allenfalls um eine Vermutungsdiagnose. Es könne daher einzig die bereits im Vorfeld angenommene Persönlichkeitsakzentuierung in Betracht gezogen werden, da sich gewisse auffällige Verhaltenszüge zeigten, wobei vorwiegend die narzisstischen Züge imponierten, indem der Explorand seine Leistungen wiederholt in den Vordergrund stelle, sich aktuell allerdings eher negativ sehe, ohne genügende Fähigkeiten, eine Leistung zu vollbringen. Inwieweit emotional labile Züge oder impulsive Züge zeitlebens eine Rolle gespielt hätten, sei unklar. Einzig aufgrund der Suizidreaktionen eine impulsive Persönlichkeitstendenz anzunehmen, reiche nicht aus, denn es müsste schon vorgängig die Tendenz bestanden haben, in verschiedenen Situationen impulsiv zu reagieren. Auch nach den Suizidversuchen seien keine derartigen Züge auszumachen. Der Untersucher sei daher der Meinung, dass impulsive Züge nicht zum Persönlichkeitsprofil passten. Die Suizidversuche müssten eher im Rahmen der damaligen belastenden Umstände interpretiert werden, indem der Explorand im Rahmen der Bilanzierung entsprechende Konsequenzen daraus gezogen habe. Es hätten sich aber Hinweise auf dependente Strukturen gezeigt. Es müsse bedacht werden, dass der Explorand nie von seiner Mutter losgekommen sei und diese bis zu ihrem Tod gepflegt habe. Weiterhin falle auf, dass er auch grosse Schwierigkeiten habe, ohne seine Schwester sein Leben zu führen und eine dauernde Angst davor bestehe, dass ihr ein Unglück geschehen könnte. Es bestehe eine deutliche Abhängigkeit von ihr.

Hinweise auf eine andere Persönlichkeitsproblematik hätten nicht gefunden werden können, insbesondere könne die von Dr. med. P.____ angenommene dissoziale Tendenz nicht bestätigt werden. Der Explorand sei eher der Meinung, dass er sich anpassen müsste, es bestünden keine Hinweise auf eine erhöhte querulatorische Neigung. Er wirke allenfalls eigenwillig. Im Weiteren könne aufgrund einer allfälligen Persönlichkeitsproblematik nicht ohne Weiteres ein Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit abgeleitet werden. Es müsse bedacht werden, dass sich eine Persönlichkeitsstörung seit mindestens dem frühen Erwachsenenalter bemerkbar mache, also auch zum Zeitpunkt, als der Explorand noch vollwertig arbeitsfähig gewesen sei. Es könnte dadurch allenfalls angenommen werden, dass nicht alle Tätigkeiten geeignet seien aufgrund der Persönlichkeitsstruktur. Da eine Persönlichkeitsstörung nicht sicher bestätigt werden könne, doch auch nicht ausgeschlossen werden könne, werde sie in die differentialdiagnostische Überlegung mit einbezogen.

10.2.2 Zur depressiven Störung führt der gerichtlich bestellte Gutachter aus, es hätten sich Symptome gezeigt, wie sie bei einer depressiven Störung vorkämen, allerdings nicht in gravierendem Ausmass. Der Beigeladene sei in der Lage, seinen Alltag zu gestalten, könne sich um den Hund kümmern, auch um den Haushalt, er schaue auch fern. Er benötige diesbezüglich keine Hilfe. Er gebe eine subjektiv verminderte Konzentrationsfähigkeit an, was in der Untersuchung nicht auffalle, es bestünden ein vermindertes Selbstwertgefühl, ein Gefühl von Wertlosigkeit, eine negativistische Haltung, Suizidgedanken, er gebe Schlafstörungen und schlechte Träume an und verminderten Appetit. Es seien daher akzessorische Symptome vorhanden, wie sie bei depressiven Störungen auftreten könnten. Es werde daher die Diagnose einer leichten bis höchstens mittelgradigen depressiven Störung bestätigt, die Kriterien für eine schwergradige depressive Störung seien nicht

erfüllt, da er im Alltag nicht stark beeinträchtigt sei. Aus diesen Gründen lasse sich heute die Annahme von Dr. med. P.____, dass keine depressive Störung vorliege, nicht ohne Weiteres bestätigen. Es sei aber denkbar, dass sich der Explorand bei der damaligen Abklärung in einem besseren affektiven Zustand befunden habe. Es seien aber von Dr. med. P.____ die vorgängigen Angaben zu wenig berücksichtigt und dadurch eine depressive Störung verneint worden. Nach dem bisherigen Verlauf müsse aber von einem labilen psychischen Zustand ausgegangen werden, wodurch auch affektive Schwankungen anzunehmen seien. Inwieweit in der Vergangenheit bereits depressive Phasen existiert hätten, die remittierten, könne heute nicht rekonstruiert werden, es stünden keine entsprechenden Angaben zur Verfügung, weswegen die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung aus formalen Gründen nicht angenommen werden könne. Es bestehe allerdings ein prolongierter Verlauf über einen längeren Zeitraum, wobei Schwankungen im Verlauf durchaus üblich seien bei derartig langer Dauer über Jahre. Schwergradige depressive Episoden seien bisher nicht beschrieben worden, doch wechsele der affektive Zustand und hänge auch stark von den äusseren Belastungen ab. Es bestünden demnach reaktive Komponenten, wobei die Persönlichkeitsstruktur diesbezüglich ebenfalls eine Rolle spiele. Diese Ausführungen sind plausibel und überzeugend. Sie lassen sich mit den Vorakten vereinbaren. Ihnen kann auch unter Berücksichtigung der anderslautenden Einschätzung des Administrativgutachters Dr. med. P.____, der eine depressive Störung verneint hatte (vgl. E. II. 8.12 hiervor), Beweiskraft beigemessen werden.

10.3 Des Weiteren begründet der Gutachter seine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Beigeladenen eingehend und nachvollziehbar (A.S. 77): Der Explorand müsse als vermindert belastbar eingestuft werden, er sei schneller erschöpft, er sei nicht mehr durchsetzungsfähig, er habe Mühe, komplexe Tätigkeiten zu planen und zu organisieren und die Übersicht zu gewinnen, so dass insgesamt von einer vollen Arbeitsunfähigkeit als selbstständiger Unterakkordant in der Küchenmontage ausgegangen werden müsse seit Juli 2016.

Der Explorand sei nicht in der Lage, selbstständige Tätigkeiten durchzuführen. Die Arbeit müsse klar vorgegeben sein, einfach strukturiert, er könne nicht unter Zeitdruck arbeiten, er könne keine Verantwortung übernehmen. Er sollte sich jeweils nicht neuen Bedingungen am Arbeitsplatz anpassen müssen, auch nicht verschiedenen sozialen Kontakten anpassen müssen, ein konstantes Arbeitsteam und eine Ansprechperson müssten vorhanden sein. Eine derartige Tätigkeit sei ihm möglich. Es bestehe allerdings ein erhöhter Pausenbedarf aufgrund der Ermüdbarkeit. Er müsste die Möglichkeit haben, sich zu erholen. Es könne ihm daher eine derartige Tätigkeit nur noch halbtags zugemutet werden, weswegen von einer 50%igen Einschränkung auszugehen sei, wobei bei einer derartigen Tätigkeit keine zusätzliche Leistungseinschränkung anzunehmen sei.

Zum Verlauf der Arbeitsfähigkeit (A.S. 77 f.) führt der Gutachter sodann aus, es sei anzunehmen, dass der Zustand wechselhaft sei, was dem natürlichen Verlauf auch einer chronifizierten depressiven Störung entspreche, wobei auch äussere Faktoren eine grosse Rolle gespielt hätten. Das aktuell verlaufende Versicherungsverfahren wirke sich insgesamt ungünstig auf den Zustand aus. Es sei deshalb anzunehmen, dass anlässlich der Begutachtung bei Dr. med. P.____ ein affektiv besserer Zustand vorhanden gewesen sei. Es sei allerdings nicht möglich, genaue Zeitabschnitte anzugeben, dazu seien die Angaben in den Unterlagen zu ungenau, weswegen einzig eine Annahme gemacht werden könne. Es sei anzunehmen, dass bis zum Zeitpunkt der Begutachtung bei Dr. med. P.____ im Oktober

2018 eine volle Arbeitsunfähigkeit für jede Tätigkeit bestanden habe und seit dieser Begutachtung eine Teilarbeitsfähigkeit für angepasste Tätigkeiten, wie unter Punkt 6 dargelegt worden sei.

10.4 Gemäss dem Urteil des Bundesgerichts 8C_841/2016 vom 30. November 2017 sind sämtliche psychische 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 im psychiatrischen Gutachten 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 (Urteil E. 2.1); 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 Prüfungsraaster 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)

Bei der Anspruchsprüfung nach BGE 141 V 281 ist zunächst auf die Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde einzugehen. Diesbezüglich kann auf die gutachterlichen Ausführungen (E. II. 10.2 hiervor) verwiesen werden. Zudem führt der Gutachter aus, es müsse aufgrund der affektiven Störung eine gewisse Beeinträchtigung angenommen werden, indem der Explorand antriebsgehemmt sei, es bestehe auch eine Beeinträchtigung der Freudfähigkeit. Es könne ein erhöhter Pausenbedarf begründet werden, was sich darin äussere, dass sich der Explorand tagsüber ausruhe und schlafe. Andererseits sei er in der Lage, sich um seinen Hund und den Haushalt zu kümmern, er könne auch einigen Interessen nachgehen, indem er z.B. die Zeitung lese oder sich interessante Fernsehsendungen ansehe. Es bestünden demnach gewisse nachvollziehbare

Beeinträchtigungen, allerdings nicht eine komplette Blockierung und der Explorand sei nur punktuell auf Hilfe angewiesen, wie z.B. heute, indem er sich in einem sehr angespannten Zustand befunden habe und habe begleitet werden müssen. Im Alltag helfe ihm teilweise die Schwester in Spannungszuständen (A.S. 75). Aus den Ausführungen geht somit hervor, dass der Beigeladene vor allem aufgrund der affektiven Störung leicht- bis mittelgradig eingeschränkt ist.

Hinsichtlich des Indikators Behandlungs- und Eingliederungserfolg resp. -resistenz führt der Gutachter aus, der Explorand verfolge konsequent ambulante Therapiemaßnahmen, medikamentöse Massnahmen seien ebenfalls eingesetzt worden und hätten wegen Nebenwirkungen abgesetzt werden müssen. Es bestehe ein Leidensdruck. Es seien bisher keine stationären Massnahmen zur Behandlung des psychischen Zustandes durchgeführt worden, einzig nach dem Suizidversuch habe eine stationäre Behandlung stattgefunden, was nach dem prolongierten Verlauf allerdings nicht ausreichend sei. Es wäre zumindest noch einmal eine stationäre Massnahme in Betracht zu ziehen, allenfalls sollte ebenfalls eine teilstationäre Behandlung in einer Tagesklinik diskutiert werden. Es müssten zudem auch die medikamentösen Massnahmen mit pharmakologisch erfahrenen Experten noch einmal evaluiert werden (A.S. 75). Aufgrund des weiterhin persistierenden Alkoholkonsums mit ungünstigem Einfluss auf den psychischen Zustand sei zu fordern, den Alkoholkonsum dringend konsequent zu stoppen. Dem Exploranden wäre dies zuzumuten. Weiterhin müsste ein Verzicht auf jegliche persönlichkeitsverändernden Drogen gefordert werden. Erst dann sei es möglich, die Persönlichkeit therapeutisch mit Hilfe von konsequenten psychotherapeutischen Massnahmen anzugehen. Inwieweit der Explorand die notwendige Bereitschaft aufbringe, um sich auf einen derartigen Prozess einzulassen, sei schwierig zu beurteilen, denn es benötige eine hohe Motivation, die zurzeit nicht gegeben sei. Die depressive Störung könnte mit Hilfe geeigneter pharmakologischer Massnahmen gebessert werden, wobei aufgrund der bisherigen Erfahrungen mit massiven Nebenwirkungen ein pharmakologischer Experte beigezogen werden müsste. Es könne erwartet werden, dass durch den Verzicht auf Alkohol die Stimmung günstig beeinflusst werden könnte, im besten Fall sei auch eine Remission der depressiven Störung nicht ausgeschlossen. Es wäre sinnvoll, wenn ein Beginn einer derartigen Therapie im stationären Rahmen erfolge und danach ambulant weitergeführt werde, allenfalls vorübergehend in einer Tagesklinik. Es könnte erwartet werden, dass sich der Zustand zunehmend stabilisiere und sich auch die Arbeitsfähigkeit verbessern lassen könnte (A.S. 78). Gestützt auf diese Ausführungen kann somit weder von einer Behandlungsresistenz noch von einer definitiven Eingliederungsresistenz ausgegangen werden.

Mit Blick auf den Indikator der Komorbidität ist zu prüfen, ob und bejahendenfalls inwieweit sich eine solche ressourcenhemmend auf die versicherte Person auswirkt. Erforderlich ist eine Gesamtbetrachtung der Wechselwirkungen und sonstigen Bezüge der psychiatrischen Diagnosen zu sämtlichen begleitenden krankheitswertigen Störungen. Das strukturierte Beweisverfahren, wie es in BGE 141 V 281 definiert wurde, steht einer Aufteilung von Einbussen auf einzelne Leiden entgegen, da es auf einer ergebnisoffenen Gesamtbetrachtung in Berücksichtigung der Wechselwirkungen basiert. Störungen fallen unabhängig von ihrer Diagnose bereits dann als rechtlich bedeutsame Komorbidität in Betracht, wenn ihnen im konkreten Fall ressourcenhemmende Wirkung beizumessen ist (BGE 143 V 418 E. 8.1 am Ende S. 430). Wie aus den gutachterlichen Ausführungen (s. E. II. 10.2.2 hiervor) ersichtlich, bestanden in der Vergangenheit mit der im Verlauf

schwankenden depressiven Störung sowie dem Alkohol- und Drogenkonsum durchaus relevante Komorbiditäten, welche in Wechselwirkung mit der Persönlichkeitsproblematik standen. Dagegen wurden im Gutachten im Zeitpunkt der Begutachtung keine relevanten Komorbiditäten mehr genannt, denen eine erhebliche ressourcenhemmende Wirkung beizumessen wäre.

Zur Kategorie «funktioneller Schweregrad» mit den Komplexen «Persönlichkeit» und «Sozialer Kontext» ist dem Gutachten zu entnehmen, ungünstig mache sich sicher die labile Persönlichkeitskonstellation bemerkbar, indem der Explorand sehr gekränkt reagiere und sich daher auch zurückziehe, was sich ungünstig auf die depressive Störung auswirke. In diesem Sinne müsse die Persönlichkeitsstruktur ebenfalls als beeinträchtigend eingestuft werden, auch wenn keine sichere Persönlichkeitsstörung diagnostiziert werden könne, doch bestehe zumindest eine labile Persönlichkeitskonstellation. Ungünstig wirke sich die gesamte psychosoziale Situation aus. Es bestehe nun ein Rechtsstreit darüber, welche Leistungen der Explorand erhalten sollte. Schon im Vorfeld hätten diagnostische Unklarheiten und auch widersprüchliche Einschätzungen der Leistungsfähigkeit bestanden. Es sei von einer vollständigen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bis zu voller Leistungsfähigkeit ausgegangen worden. Die IV habe sich für eine vollständige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit entschieden, während die Pensionskasse eine zumindest teilweise Arbeitsfähigkeit sehe. Dies führe auch zu einer starken Verunsicherung. Es bestehe eine dauerhafte Spannung durch diesen ungeklärten Zustand, der dem Exploranden nachvollziehbar zusetze und auch Ängste schüre, wie er selbst darlege. Diese dauerhafte Spannung führe ebenfalls zu einer Beeinträchtigung des affektiven Zustandes, da keine Entspannung möglich sei. Dies führe wiederum dazu, dass therapeutische Massnahmen nur schwierig durchzuführen seien und die Erfolgsaussichten gering seien. Weiterhin bestehe nun ein prolongierter Verlauf, wodurch die Chronifizierung zunehme (A.S. 75).

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.). Wie diesbezüglich im Gutachten ausgeführt wurde, fänden sich gewisse Hinweise auf Inkonsistenzen, indem der Explorand heute weniger depressiv wirke als aufgrund seiner subjektiven Angaben angenommen werden könnte. Auch der Tagesablauf zeige auf, dass er in der Lage sei, zumindest einigen Aktivitäten nachzugehen und sich für gewisse Belange einzusetzen, er könne sich auch um seinen Hund kümmern, auch wenn er sich teilweise überfordert fühle durch das lebhaftes Wesen des Hundes. Der subjektive Schweregrad lasse sich demnach nicht ohne Weiteres nachvollziehen. Es bestehe eine ausgesprochene narzisstische Verletzlichkeit durch die oben dargelegte Persönlichkeitsstruktur, was erkläre, weswegen die subjektive Beeinträchtigung höher sei als von aussen angenommen werden könnte. Der Explorand sei in der Lage, Termine wahrzunehmen, habe aber Mühe bei ausserordentlichen Terminen, wie z.B. einer Abklärung wie heute, wobei dies nachvollziehbar eine erhöhte Anspannung verursache. Bei alltäglichen Terminen bestehe keine Beeinträchtigung. Er sei in der Lage, Aufgaben zu strukturieren. Er habe teilweise Mühe, sich verschiedenen Begebenheiten anzupassen, die Flexibilität und Umstellfähigkeit sei beeinträchtigt, vor allem unbekannte

Situationen verunsicherten ihn und führten zu Ängsten. Er habe teilweise Mühe, die fachlichen Kompetenzen anzuwenden, wie auch bei der Arbeitsabklärung festgestellt worden sei, er habe grosse Schwierigkeiten, einen Entscheid zu fällen oder sich ein Urteil zu bilden, es bestehe eine Verunsicherung, auch eine gewisse Abhängigkeit von aussen. Die Durchhaltefähigkeit könne als mittelgradig eingeschränkt eingestuft werden, indem er tagsüber Pausen einlegen müsse, er sei schneller erschöpft. Er könne sich selbst behaupten. Im Kontaktverhalten wirke er nicht wesentlich beeinträchtigt, wobei er zeitlebens nie viele Kontakte gepflegt habe, insbesondere keine tragenden Freundschaften. Es hätten tragende Beziehungen innerhalb der Familie bestanden. Die Gruppenfähigkeit dürfte eher eingeschränkt sein, indem der Explorand schnell überfordert sei. Er pflege familiäre Beziehungen, intime Beziehungen schon seit Jahren nicht mehr. Er sei in der Lage, sich teilweise zu aktivieren, die Selbstpflege sei nicht beeinträchtigt, die Verkehrs- und Wegefähigkeit sei grundsätzlich vorhanden. Es bestünden demnach einige leichte bis mittelschwere Beeinträchtigungen, wodurch sich eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit begründen lasse, insbesondere bei komplexen Tätigkeiten oder Tätigkeiten, wo er Verantwortung übernehmen müsste (A.S. 76). Somit ist zusammenfassend von einer im Wesentlichen gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen auszugehen.

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 [vgl. E. 4.1.2 hiervor]) im Regelfall auf den tatsächlichen Leidensdruck hin (BGE 141 V 281 E. 4.4.2 S. 304). Diesbezüglich kann auf das vorgehend in der Kategorie «Behandlungs- und Eingliederungserfolg resp. -resistenz» Gesagte verwiesen werden, weshalb diesbezüglich von einem mittelgradigen Leidensdruck auszugehen ist.

10.5 Gestützt auf die obigen Erwägungen ergibt sich, dass das psychiatrische Gutachten von Dr. med. S.____ 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 Beeinträchtigungen damit als erstellt, womit die psychiatrische Beurteilung einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit und einer 50%igen Arbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit auch im Lichte dessen nachvollziehbar ist, so dass darauf abgestellt werden kann.

Sodann ist auch die von Dr. med. S.____ in seinem Gutachten vorgenommene Beurteilung des Verlaufs der Arbeitsfähigkeit gestützt auf die Vorakten schlüssig (s. E. II. 10.3 hiervor). Er kommt zum Ergebnis, dass bis zum Zeitpunkt der Begutachtung bei med. Dr. P.____ im Oktober 2018 eine volle Arbeitsunfähigkeit für jede Tätigkeit bestanden habe und seit dieser Begutachtung eine Teilarbeitsfähigkeit für angepasste Tätigkeiten, wie vom Gerichtsgutachter beschrieben, bestehe. Nach dem bisherigen Verlauf, so Dr. med. S.____, müsse von einem labilen psychischen Zustand ausgegangen werden, wodurch auch affektive Schwankungen anzunehmen seien. Schwergradige depressive Episoden seien bisher nicht beschrieben worden, doch wechsele der affektive Zustand und hänge auch stark von den äusseren Belastungen ab. Es bestünden demnach reaktive Komponenten, wobei die Persönlichkeitsstruktur diesbezüglich ebenfalls eine Rolle spiele (A.S. 74). Unter

Berücksichtigung dieser Umstände erscheint es nachvollziehbar, wenn Dr. med. S.____ von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit bis zur Begutachtung bei Dr. med. P.____ ausgeht, bei welcher eine Besserung des affektiven Zustands festzustellen war. Bestätigt wird seine Annahme durch die Einschätzungen der Leistungsfähigkeit sämtlicher Mediziner, welche den Beigeladenen bis zum Zeitpunkt der Begutachtung bei Dr. med. P.____ in psychiatrischer Hinsicht untersucht resp. die Akten beurteilt haben. So sind sowohl der behandelnde Psychiater Dr. med. C.____ (vgl. E. II. 8.5 und 8.10 hiervor; IV-Nr. 52 und AK-Nr. 62) als auch der psychiatrische Gutachter Dr. med. D.____ (E. II. 8.3 hiervor; IV-Nr. 36.3) und RAD-Ärztin Dr. med. O.____ (E. II. 8.11 hiervor; IV-Nr. 64, S. 2 ff.) von einer höhergradigen Arbeitsunfähigkeit ausgegangen. Dr. med. S.____ begründet die Steigerung der Arbeitsfähigkeit auf 50 % mit dem Umstand, dass sich der Beigeladene anlässlich der Begutachtung bei Dr. med. P.____ in einem affektiv besseren Zustand befunden habe, was mit Blick auf die Ausführungen und Schlussfolgerungen von Dr. med. P.____ im Administrativgutachten als plausibel erscheint. Demnach ist von folgendem Verlauf auszugehen: Ab Juli 2016 bis Oktober 2018 bestand eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit und ab 5. Oktober 2018 (Zeitpunkt der Begutachtung bei Dr. med. P.____) bis auf weiteres eine 50%ige Arbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit.

10.6 Der Beweiswert des Gutachtens von Dr. med. S.____ wird sodann auch nicht durch die von der Beschwerdegegnerin und dem Beigeladenen mit Stellungnahmen vom 28. Februar 2022 (A.S. 93 ff.) sowie vom 17. März 2022 (A.S. 100 f.) vorgebrachten Rügen geschmälert. Bezüglich der retrospektiven Einschätzung der Arbeitsfähigkeit von Seiten des Gerichtsgutachters rügt die Beschwerdegegnerin, dass diese rein spekulativer Natur sei. Wenn überhaupt, könnte die im Gerichtsgutachten vorgenommene Einschätzung der Arbeitsfähigkeit frühestens ab Erstellungszeitpunkt des Gerichtsgutachtens vom 4. November 2021 Gültigkeit haben. Es mag zwar zutreffen, dass die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit von Dr. med. S.____ auf dessen Annahmen beruht. So hält der Gerichtsgutachter selbst fest, dass es nicht möglich sei, genau Zeitabschnitte anzugeben, da die Angaben in den Unterlagen zu ungenau seien. Entgegen den Ausführungen der Beschwerdegegnerin sind die Einschätzungen des Verlaufs der Arbeitsfähigkeit von Dr. med. S.____ sehr wohl begründet und nachvollziehbar. Es kann dazu auf das vorgehend Gesagte verwiesen werden (E. II. 10.5 hiervor). Des Weiteren bringt die Beschwerdegegnerin vor, es bestünden zwingende Gründe, vom Gerichtsgutachten abzuweichen, da darin nicht überzeugend dargelegt werde, dass es vorliegend nicht möglich gewesen sein soll, die rechtserhebliche Frage zu beantworten, ob die Kriterien einer Persönlichkeitsstörung erfüllt seien oder nicht. Dem ist entgegenzuhalten, dass Dr. med. S.____ in seinem Gutachten sehr wohl nachvollziehbar und überzeugend darlegt, weshalb eine Persönlichkeitsstörung weder sicher bestätigt noch gänzlich ausgeschlossen werden kann. So beschäftigt sich Dr. med. S.____ ausführlich mit der Persönlichkeitsproblematik des Beigeladenen (A.S. 71 ff.). Er nennt sämtliche Aspekte, die für eine Persönlichkeitsstörung sprechen und kommt zum Ergebnis, dass sich durchaus Kriterien fänden, wie sie für eine Persönlichkeitsstörung zuträfen (A.S. 78). Andererseits nennt er gewichtige Faktoren, welche eine verlässliche Persönlichkeitsdiagnostik erschweren: So habe der Beigeladene unter Drogeneinfluss gestanden und konsumiere auch heute noch übermässig Alkohol. Dies führe zu einer direkten Veränderung der Persönlichkeitsstruktur. Es sei deshalb nicht sicher möglich, Personen bei aktivem Drogenkonsum hinsichtlich der Persönlichkeitsstruktur genügend verlässlich einzustufen und zu beurteilen. Dasselbe gelte für den Alkoholkonsum. Weiter müsse bedacht werden, dass unter dauerhaftem

Alkoholkonsum auch die Stimmung im Sinne eines depressiven Zustandes verändert werden könne. Eine affektive Störung führe zudem ebenfalls zu einer Verschleierung der Persönlichkeitsstruktur, wodurch eine Persönlichkeitsdiagnostik im depressiven Zustand ebenfalls nicht verlässlich durchgeführt werden könne. Zudem stünden keine Erfahrungen zur Verfügung, wie sich die Persönlichkeit ohne Drogen- und Alkoholkonsum darstellen würde. Psychiatrische Berichte stünden erst ab 2016 zur Verfügung, wobei diese teilweise nicht verwertbar seien. Im Lichte dessen ist es nicht zu beanstanden, wenn Dr. med. S.____ die Persönlichkeitsstörung lediglich als Verdachtsdiagnose stellt und diese in die differenzialdiagnostische Überlegung miteinbezieht. Inwiefern die im Gegensatz zum Administrativgutachter diagnostizierte depressive Störung dafür sprechen sollte, dass sich der Gesundheitszustand des Beigeladenen seit der Administrativbegutachtung verschlechtert haben sollte, so wie es die Beschwerdegegnerin vorbringt, wird weder näher begründet noch erscheint dies nachvollziehbar. Wie Dr. med. S.____ überzeugend darlegt, wurde beim Beigeladenen bereits seit längerer Zeit eine depressive Störung diagnostiziert und die gegenteilige Annahme von Dr. med. P.____, wonach keine depressive Störung vorliege, lässt sich nur schwer mit den Feststellungen der behandelnden Ärzte vereinbaren (siehe dazu E. II. 10.2.2 hiervor). Ausserdem geht der Gerichtsgutachter selbst von einer seit dem Zeitpunkt der Untersuchung bei Dr. med. P.____ höheren Leistungsfähigkeit und somit von einem gegenüber der Vergangenheit gebesserten Gesundheitszustand des Beigeladenen aus. Bezüglich der gemäss Beschwerdegegnerin im Gerichtsgutachten nicht berücksichtigten, im Urin nachgewiesenen Benzodiazepine ist festzuhalten, dass in den Akten keine hinreichenden Anhaltspunkte für eine fortbestehende Suchtproblematik ersichtlich sind und von Seiten des Beigeladenen auch keine Suchtproblematik geltend gemacht wurde. So gibt der Beigeladene anlässlich der Begutachtung bei Dr. med. S.____ zum Tagesablauf an, dass er abends zum Einschlafen das Medikament Temesta einnehme (A.S. 65), welches Benzodiazepine enthält.

Der Beigeladene macht geltend, die Beurteilung im Gerichtsgutachten sei nicht schlüssig und nachvollziehbar und setze sich nicht hinreichend mit den anderslautenden medizinischen Beurteilungen, insbesondere nicht mit den zahlreichen Berichten des behandelnden Psychiaters auseinander. Der Beweiswert einer Expertise setzt voraus, dass die Vorakten Berücksichtigung finden. Der Gutachter hat sich im Rahmen seiner eigenen Beurteilung mit den wesentlichen Vorakten zu befassen, soweit die betreffenden Stellungnahmen ■ abhängig von ihrem Entstehungskontext ■ hinreichend substantiiert und nicht unter einem anderen Aspekt offenkundig vernachlässigbar sind. Dass und inwiefern der Sachverständige die Vorakten bei der Untersuchung in seine Überlegungen einbezieht, muss im Text des Gutachtens zum Ausdruck kommen. Die Ausführungen müssen umso ausführlicher ausfallen, je grösser allfällige Divergenzen sind und je unmittelbarer sie für die zu klärenden Belange bedeutsam sind (BGE 137 V 210 E. 6.2.4 S. 270). Entgegen der Behauptung des Beigeladenen setzt sich Dr. med. S.____ ausführlich mit den anderslautenden medizinischen Berichten, auch mit jenen des behandelnden Psychiaters Dr. med. C.____, auseinander und bezieht sie seine Beurteilung ein (siehe A.S. 70 ff.). In Bezug auf die Berichte von Dr. med. C.____ und die darin gestellte Diagnose einer akzentuierten Persönlichkeit mit dependenten und emotional impulsiven Zügen hält Dr. med. S.____ zutreffend fest, der Bericht von Dr. med. C.____ vom Januar 2018 sei sehr knapp gehalten und daher nicht aussagekräftig. Im Verlauf des Gutachtens befasst sich der Gerichtsgutachter aber eingehend mit den von Dr. med. C.____ diagnostizierten dependenten und emotional instabilen Zügen (A.S. 73). Was die anderslautende Beurteilung der Arbeits-

und Leistungsfähigkeit des Beigeladenen durch Dr. med. C.____ anbelangt, wonach der Beigeladene zu 80 % resp. 100 % arbeitsunfähig sei (vgl. E. II. 8.10 und 8.15 hiervor), ist darauf hinzuweisen, dass auch Dr. med. S.____ von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit bis zum Zeitpunkt der Begutachtung bei Dr. med. P.____ ausgeht. Seine Einschätzung, wonach ab dem Zeitpunkt dieser Begutachtung eine 50%ige Arbeitsfähigkeit vorliegt, ist entgegen der Auffassung des Beigeladenen wie oben dargelegt nachvollziehbar (siehe E. II. 10.5 hiervor). Es ist darauf hinzuweisen, dass die psychiatrische Exploration von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei erfolgen kann und die Rechtsprechung der begutachtenden Person deshalb praktisch einen gewissen Spielraum gewährt, innerhalb dessen verschiedene medizinische Interpretationen möglich, zulässig und zu respektieren sind, sofern dabei lege artis vorgegangen worden ist. Behandelnde und begutachtende Psychiater können, mit der gleichen Person als Patientin oder Explorandin in verschiedenen Zeitpunkten und Situationen konfrontiert, zu ganz unterschiedlichen Beurteilungen der psychischen Beeinträchtigungen und ■ invalidenversicherungsrechtlich entscheidend ■ deren Schweregrades mitsamt den sich daraus ergebenden Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit gelangen. Diese in der Natur der Sache begründete, weitgehend fehlende Validierbarkeit («Reliabilität») psychiatrischer Diagnosen, namentlich im depressiven Formenkreis sowie bei den neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen gemäss ICD-10, kann nicht automatisch zu Beweisweiterungen bei sich widersprechenden psychiatrischen Berichten und Expertisen führen (Urteil des Bundesgerichts 9C_661/2009 vom 29. September 2009 E. 3.2). Des Weiteren sind die Therapievorschläge des Gerichtsgutachters entgegen der Behauptung des Beigeladenen mit der attestierten 50%igen Arbeitsfähigkeit durchaus vereinbar, zumal die Durchführung solcher Massnahmen keine unabdingbare Voraussetzung für die Umsetzung der Arbeitsfähigkeit von 50 % in einer angepassten Tätigkeit darstellt und der Gerichtsgutachter lediglich davon ausgeht, dass sich die bestehende Arbeitsfähigkeit dadurch noch verbessern könnte. Sodann ist kein Widerspruch darin zu erkennen, wenn Dr. med. S.____ davon ausgeht, dass berufliche Massnahmen zum aktuellen Zeitpunkt nicht nutzbringend durchführbar seien, gleichzeitig aber eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert. So sieht sich der Beigeladene zum Zeitpunkt der Begutachtung nicht in der Lage, einer beruflichen Tätigkeit nachzugehen (A.S. 68).

Ferner ist darauf hinzuweisen, dass vorliegend keine objektiv feststellbaren Gesichtspunkte vorgebracht werden, die im Rahmen der psychiatrischen Begutachtung unerkannt geblieben und geeignet wären, zu einer abweichenden Beurteilung zu führen. Sodann gilt es zu berücksichtigen, dass das Gericht in Bezug auf Atteste von behandelnden Ärzten der Erfahrungstatsache Rechnung tragen darf und soll, wonach diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zugunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 353 E. 3b cc, 122 V 160 E. 1c); dies gilt nicht nur für den allgemein praktizierenden Hausarzt, sondern ebenso für die behandelnden Spezialärzte (Urteil des Bundesgerichts 9C_794/2012 vom 4. März 2013 E. 2.1 mit Hinweisen). Folglich vermag auch der im Beschwerdeverfahren eingereichte Bericht von Dr. med. C.____ vom 26. Januar 2022 die Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der Ergebnisse des psychiatrischen Gerichtsgutachtens nicht in Frage zu stellen, zumal sich aus den Ausführungen im Bericht keine neuen Erkenntnisse ergeben, welche Zweifel am Beweiswert des Gerichtsgutachtens erwecken.

10.7 Zusammenfassend kann demnach auf das voll beweiswertige Gutachten von Dr. med. T.____ abgestellt werden. So ist der Beigeladene in seiner angestammten Tätigkeit als

Küchenmonteur im Akkord ab Juli 2016 voll arbeitsunfähig. In einer adaptierten Tätigkeit hingegen ist dem Beigeladenen ab Oktober 2018 (Zeitpunkt der Begutachtung bei Dr. med. P.____) eine 50%ige Arbeitstätigkeit zumutbar.

11. Zu beurteilen ist im Weiteren die Frage, ob der Beigeladene die attestierte Restarbeitsfähigkeit wirtschaftlich verwerten kann.

11.1 Der ausgeglichene Arbeitsmarkt, welcher der Ermittlung des Invalideneinkommens zugrunde zu legen ist, ist gekennzeichnet durch ein gewisses Gleichgewicht zwischen Angebot und Nachfrage nach Arbeitskräften und weist einen Fächer verschiedenster Tätigkeiten auf. Das gilt sowohl bezüglich der dafür verlangten beruflichen und intellektuellen Voraussetzungen als auch hinsichtlich des körperlichen Einsatzes. Dabei ist nicht von realitätsfremden Einsatzmöglichkeiten auszugehen. Es können nur Vorkehrungen verlangt werden, die unter Berücksichtigung der gesamten objektiven und subjektiven Gegebenheiten des Einzelfalles zumutbar sind. An die Konkretisierung von Arbeitsgelegenheiten und Verdienstaussichten sind jedoch keine übermässigen Anforderungen zu stellen. Für die Invaliditätsbemessung ist nicht massgeblich, ob eine invalide Person unter den konkreten Arbeitsmarktverhältnissen vermittelt werden kann, sondern einzig, ob sie die ihr verbliebene Arbeitskraft noch wirtschaftlich nutzen könnte, wenn ein Gleichgewicht von Angebot und Nachfrage nach Arbeitskräften bestünde (ausgeglichener Arbeitsmarkt, Art. 16 ATSG). Der ausgeglichene Arbeitsmarkt umfasst verschiedenste Tätigkeiten, was die beruflichen und intellektuellen Voraussetzungen wie auch den körperlichen Einsatz anbelangt. Er umfasst auch sogenannte Nischenarbeitsplätze, also Stellen- und Arbeitsangebote, bei welchen Behinderte mit einem sozialen Entgegenkommen von Seiten des Arbeitgebers rechnen können. Je restriktiver indessen das medizinische Anforderungsprofil umschrieben ist, desto eingehender ist in der Regel die Verwertbarkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt abzuklären und nachzuweisen. Von einer Arbeitsgelegenheit kann dann nicht mehr gesprochen werden, wenn die zumutbare Tätigkeit nurmehr in so eingeschränkter Form möglich ist, dass sie der ausgeglichene Arbeitsmarkt praktisch nicht kennt oder sie nur unter nicht realistischem Entgegenkommen eines durchschnittlichen Arbeitgebers möglich wäre und das Finden einer entsprechenden Stelle daher von vornherein als ausgeschlossen erscheint. Fehlt es an einer wirtschaftlich verwertbaren Resterwerbsfähigkeit, liegt eine vollständige Erwerbsunfähigkeit vor, die einen Anspruch auf eine ganze Invalidenrente begründet (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C_304/2018 vom 5. November 2018 E. 5.1.1, 8C_94/2018 vom 2. August 2018 E. 6.2, 8C_29/2018 vom 6. Juli 2018 E. 5.2.2, 9C_98/2014 vom 22. April 2014 E. 3.1, 8C_669/2013 vom 17. Januar 2014 E. 4.3.2 und 9C_124/2010 vom 21. September 2010 E. 2.2, je mit Hinweisen).

Art und Mass dessen, was einer versicherten Person an Erwerbstätigkeit noch zugemutet werden kann, richtet sich nach ihren besonderen persönlichen Verhältnissen einerseits und nach den allgemein herrschenden Auffassungen andererseits. Für die Beurteilung der Zumutbarkeit ist letztlich insofern eine objektive Betrachtungsweise massgebend, als es nicht auf eine bloss subjektiv ablehnende Bewertung der infrage stehenden Erwerbstätigkeit durch die versicherte Person ankommt (Urteil des Bundesgerichts 9C_98/2014 vom 22. April 2014 E. 3.2 mit Hinweisen).

11.2 Massgeblicher Zeitpunkt für die verbleibende berufliche Aktivitätsdauer ist der Zeitpunkt des Feststehens der medizinischen Zumutbarkeit der Teilerwerbstätigkeit. Vorliegend kann dieser Zeitpunkt frühestens auf den 5. Oktober 2018, mit dem Erstellen

des psychiatrischen Gutachtens von Dr. med. P.____, festgelegt werden. Damals war der Beigeladene 50jährig. Es ist vorliegend im Weiteren davon auszugehen, dass der Beigeladene aufgrund seines bisherigen beruflichen Werdeganges, seiner Ausbildung zum Zimmermann und den beruflichen Erfahrungen als Küchenmonteur seine Restarbeitsfähigkeit bei einfachen Hilfsarbeitertätigkeiten grundsätzlich zu verwerten vermag. Dies bestätigt auch der Gerichtsgutachter, indem er davon ausgeht, dass dem Beigeladenen eine angepasste Verweistätigkeit zu 50 % zumutbar sei (vgl. E. II. 10.3 hiavor). Daher besteht im vorliegenden Fall grundsätzlich die Möglichkeit der Ausübung von Hilfsarbeiten. Es ist auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt zudem davon auszugehen, dass es eine Stelle mit den dem Beigeladenen noch zumutbaren Tätigkeiten mit entsprechenden Einschränkungen (gemäss Dr. med. S.____ ist der Beigeladene nicht in der Lage, selbstständige Arbeiten durchzuführen; die Arbeit müsste klar vorgegeben sein, einfach strukturiert, er könne nicht unter Zeitdruck arbeiten, er könne keine Verantwortung übernehmen; der Beigeladene sollte sich jeweils nicht neuen Bedingungen am Arbeitsplatz anpassen müssen, auch nicht verschiedenen sozialen Kontakten anpassen müssen, ein konstantes Arbeitsteam und eine Ansprechperson müssten vorhanden sein; er müsste die Möglichkeit haben, sich zu erholen) gibt. Somit kann zusammenfassend festgehalten werden, dass der ausgeglichene Arbeitsmarkt für den Beigeladenen zumutbare Tätigkeiten offenhält. Die verbleibende Restarbeitsfähigkeit ist deshalb nicht als unverwertbar zu qualifizieren.

12. Nachfolgend ist der Einkommensvergleich vorzunehmen (vgl. E. II. 3 hiavor).

12.1 Für den Einkommensvergleich sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des Rentenbeginns, hier also am 1. Januar 2018, respektive der relevanten Veränderung im Oktober 2018, massgebend (BGE 128 V 174, 129 V 222).

12.2 Das Valideneinkommen von CHF 78'000.00 stützt sich auf die Angaben im Arbeitgeberfragebogen vom 10. Juli 2019 (IV-Nr. 78). Es lässt sich nicht beanstanden und ist auch unbestritten geblieben.

12.3 Für das Invalideneinkommen massgebend ist dasjenige Entgelt, welches die versicherte Person aufgrund ihres konkreten Gesundheitsschadens zumutbarerweise noch zu erzielen in der Lage wäre (Art. 16 ATSG).

12.3.1 Wie bereits oben ausgeführt (vgl. E. II. 10.7 hiavor), ist davon auszugehen, dass es dem Beigeladenen ab Oktober 2018 möglich ist, eine leidensadaptierte Tätigkeit zu 50 % auszuüben. Da der Beigeladene bisher keiner Erwerbstätigkeit nachgegangen ist, muss das Invalideneinkommen aufgrund der Tabellenlöhne gemäss der vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) festgesetzt werden. Gemäss LSE 2016, TA1_tirage_skill_level ist von einem monatlichen Bruttolohn für Männer von CHF 5'340.00 auszugehen (LSE 2016 TA1_tirage_skill_level, Total, Männer, Kompetenzniveau 1 «einfache Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art»). Dieser Betrag ist auf die üblichen Wochenstunden von 41,7 im Jahr hochzurechnen ($\text{CHF } 5'340.00 \times 12 \text{ [: } 40 \times 41,7] = \text{CHF } 66'803.40$) und an den Nominallohnindex für das Jahr 2018 anzupassen ($\text{: } 104,4 \text{ [2016]} \times 105,4 \text{ [2018]}$). Damit ergibt sich bei einer Arbeitsfähigkeit von 50 % ein Tabellenlohn von CHF 33'721.65 (50 % von CHF 67'443.30).

12.3.2 Wird das Invalideneinkommen ■ wie hier der Fall ■ auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert

(Tabellenlohn) allenfalls zu kürzen. Damit soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass persönliche und berufliche Merkmale, wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können (BGE 124 V 321 E. 3b / aa S. 323; Urteil des Bundesgerichts 8C_185/2013 vom 4. Juli 2013 E. 3) und je nach Ausprägung die versicherte Person deswegen die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten kann (BGE 126 V 75 E. 5b / aa in fine, S. 80). Der Abzug ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen. Er darf 25 % nicht übersteigen (BGE 126 V 75 E. 5b / bb ■ cc S. 80; Urteil des Bundesgerichts 9C_368/2009 vom 17. Juli 2009 E. 2.1). Nach der Rechtsprechung ist insbesondere dann ein Abzug zu gewähren, wenn eine versicherte Person selbst im Rahmen körperlich leichter Hilfsarbeitertätigkeit in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist (BGE 126 V 75 E. 5a / bb S. 78).

Für einen Abzug aufgrund der Merkmale wie Alter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie, die sich im konkreten Fall nicht lohnmindernd auswirken, besteht kein Raum. Dem Beigeladenen wurde vorliegend eine 50%ige Arbeitsfähigkeit attestiert. Unter dem Titel Beschäftigungsgrad im Besonderen wird bei Männern, welche gesundheitlich bedingt lediglich noch teilzeitlich erwerbstätig sein können, unter Umständen ein Abzug anerkannt, soweit statistisch gesehen Teilzeitarbeit vergleichsweise weniger gut entlohnt wird als eine Vollzeittätigkeit (LSE Tabelle T18 und Urteil des Bundesgerichts 9C_10/2019 vom 29. April 2019 E. 5.2). Gemäss den statistischen Werten für das Jahr 2012 verdienen Männer ohne Kaderfunktion mit einem Teilzeitpensum von 50 ■ 74 % (CHF 6'080.00) gerundet lediglich 0.1 % weniger als Vollzeiterwerbstätige (CHF 6'088.00). Somit wäre ein Arbeitspensum von 50 % kein Grund für einen Abzug und es kann offenbleiben, ob der Gerichtsgutachter eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % in diesem Sinn oder als Leistungsminderung innerhalb eines vollen Pensums verstanden haben will. Es gilt jedoch zu beachten, dass wegen der psychischen Einschränkungen des Beigeladenen, welcher unter anderem keine selbstständigen Tätigkeiten durchführen kann, nicht unter Zeitdruck arbeiten sowie keine Verantwortung übernehmen kann, das Spektrum an möglichen Arbeitsstellen reduziert wird und er verglichen mit einem gesunden Mitbewerber nur bei Inkaufnahme einer Lohneinbusse reale Chancen auf eine Anstellung hat. Diese Umstände rechtfertigen einen leidensbedingten Abzug vom Tabellenlohn. Nach dem Gesagten erscheint aufgrund der gegebenen Umstände ein leidensbedingter Abzug von 10 % als angemessen.

12.3.3 Damit beträgt das Invalideneinkommen ab dem 5. Oktober 2018 CHF 30'349.60.

12.4 Damit ergeben sich folgende Invaliditätsgrade: Per 1. Januar 2018 100 %; per 5. Oktober 2018 61 % (Valideneinkommen CHF 78'000.00 / Invalideneinkommen CHF 30'349.60 [CHF 33'721.65 abzüglich 10 %]). Somit hat der Beigeladene unter Berücksichtigung des Wartejahres (Art. 28 Abs. 1 IVG), sowie der Dreimonatsregel gemäss Art. 88a Abs. 1 IVV folgende Rentenansprüche: Vom Januar 2018 bis Januar 2019 Anspruch auf eine ganze Rente und ab 1. Februar 2019 Anspruch auf eine Dreiviertelsrente. Demnach ist die Beschwerde teilweise gutzuheissen.

13. Nach dem Gesagten sind die vorliegend angefochtenen Verfügungen der Beschwerdegegnerin vom 29. Januar und

E. 13

Februar 2020, worin dem Beigeladenen eine ganze Invalidenrente zugesprochen wurde, aufzuheben. Dem Beigeladenen ist ab 1. Januar 2018 eine ganze Invalidenrente und ab 1. Februar 2019 eine Dreiviertelsrente zuzusprechen.

E. 14

Die Vertretung des Beigeladenen macht in ihrer Kostennote vom 26. August 2020 (A.S. 48) bis und mit 26. August 2020 einen Aufwand von 5.1 Stunden und mit Kostennote vom 16. März 2022 (A.S. 98) für den Zeitraum vom 26. August 2020 bis 16. März 2022 einen Aufwand von 14.4 Stunden geltend, somit total 19.5 Stunden bei einem Stundenansatz von CHF 230.00. Aufgrund der besonderen Verhältnisse lässt sich ein erhöhter Aufwand nachvollziehen, nicht aber in diesem Ausmass. So wird in der Kostennote vom 26. August 2020 für die Beschwerde/Korrespondenz ein Zeitaufwand von 2.4 Stunden geltend gemacht. Mit Eingabe vom 27. Mai 2020 (A.S. 37) wurden zwar noch ein Arztbericht eingereicht. Der grösste Teil des übrigen Aufwands ist für Fristerstreckungsgesuche entstanden, die praxisgemäss als Kanzleiaufwand gelten, der im Stundenansatz inbegriffen ist und nicht separat entschädigt wird. Die Stellungnahme zur Beschwerde vom 22. Juni 2020 (A.S. 41 f.), worin sich die Vertretung den Ausführungen der Beschwerdegegnerin anschliesst, umfasst ebenfalls nur einige wenige Zeilen. Auch der anschliessend entstandene Aufwand bis 16. März 2022 von insgesamt 14.4 Stunden erscheint nicht nachvollziehbar. Mit der Stellungnahme vom 28. Februar 2022 (A.S. 93 ff.) wurden Ausführungen zum Gerichtsgutachten gemacht sowie weitere Unterlagen eingereicht, unter anderem auch die Stellungnahme des behandelnden Psychiaters Dr. med. C. ___ vom 26. Januar 2022. Wie sich die geltend gemachten 8.4 Stunden für die «Korrespondenz» konkret zusammensetzen, lässt sich aber nicht nachvollziehen. Dazu ist nochmals festzuhalten, dass reine Kanzleiarbeit (z.B. die Weiterleitung von Dokumenten an die Klientschaft, das Einfordern von Akten, die Kenntnisnahme von Verfügungen, das Stellen von Fristerstreckungsgesuchen etc.) im Stundenansatz eines Anwalts bereits inbegriffen und somit nicht separat zu vergüten sind. Daher wird der geltend gemachte Aufwand von total 19.5 Stunden pauschal auf 15 Stunden gekürzt. Mit dem geltend gemachten Stundenansatz von CHF 230.00 ergibt sich somit eine volle Entschädigung von CHF 3'508.10 einschliesslich Auslagen (CHF 23.40 + 34.70).

14.3 Wie dargelegt, hat die Beschwerdegegnerin den Sachverhalt unzureichend abgeklärt, weshalb das Gericht die Abklärungslücke durch ein Gerichtsgutachten schliessen musste. Die Beschwerdegegnerin hat daher die Kosten des Gutachtens von Dr. med. S. ___ vom 4. November 2021 von CHF 4'800.00 zu tragen.

Demnach wird erkannt:

4. Die Verfahrenskosten von CHF 600.00 werden zu CHF 450.00 der Beschwerdeführerin und zu CHF 150.00 der Beschwerdegegnerin auferlegt. Die Differenz zum geleisteten Kostenvor-

schuss von CHF 600.00 in der Höhe von CHF 150.00 wird der Beschwerdeführerin zurückerstattet.

5. Die IV-Stelle des Kantons Solothurn hat die Kosten des Gerichtsgutachtens von CHF 4'800.00 zu bezahlen.

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 Vizepräsident Der Gerichtsschreiber

Flückiger Lazar

Der vorliegende Entscheid wurde vom Bundesgericht mit Urteil 9C_452/2022 vom 10. Januar 2023 bestätigt.

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