

SO_GERICHTE VSBES.2021.101 vom 14. Mai 2021

SO Obergericht, 2021-05-14, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2021.101

FR: SO_GERICHTE VSBES.2021.101 du 14 mai 2021

IT: SO_GERICHTE VSBES.2021.101 del 14 maggio 2021

Erwägungen

E. 1

1.1 Mit Schreiben vom 7. März 2013 meldete die im Kanton [] wohnhafte B.____ ihren 1989 geborenen, im Kanton Solothurn wohnhaften Sohn A.____ (nachfolgend: Beschwerdeführer) bei der IV-Stelle des Kantons Solothurn (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) zum Leistungsbezug an (Akten der IV-Stelle [IV-Nr.] 4). Im Intake-Gespräch vom 5. April 2013 äusserte der Beschwerdeführer die Absicht, ein Tattoo-Studio zu eröffnen (IV-Nr. 7). Aus diesem Grund erklärte er in der Folge, er verzichte auf die zunächst eingeleiteten Eingliederungsmassnahmen (vgl. Abschlussbericht vom 28. November 2013, IV-Nr. 12).

1.2 Mit Verfügung vom 27. Februar 2014 verneinte die Beschwerdegegnerin einen Anspruch auf weitere berufliche Massnahmen und auf eine Invalidenrente (IV-Nr. 14). Weitere Abklärungen waren nicht durchgeführt worden.

E. 2

2.1 Am 12. Oktober 2015 wandte sich der Beschwerdeführer wieder an die IV-Stelle und erklärte sinngemäss, er sei nun an beruflichen Eingliederungsmassnahmen interessiert (IV-Nr. 15), was er in weiteren Briefen bestätigte (IV-Nr. 17, 19). Die IV-Stelle sprach ihm ab 9. Juli 2018 ein Belastbarkeitstraining zu (IV-Nr. 35), das in der Folge bis Ende April 2019 verlängert wurde (vgl. IV-Nr. 49, 59). Weiter holte sie medizinische Berichte ein (IV-Nr. 45, 55). Dr. med. C.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, vom Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) empfahl in einer Stellungnahme vom 23. Januar 2019 eine psychiatrische Begutachtung (IV-Nr. 63).

2.2 Der von der Beschwerdegegnerin beauftragte Gutachter Dr. med. D.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, Meggen, gelangte in seiner Expertise vom 26. April 2019 (IV-Nr. 71.1) zum Ergebnis, der Beschwerdeführer, bei dem ein adultes ADHS zu diagnostizieren sei, weise in einer angepassten Tätigkeit (mehrheitlich Backgroundtätigkeiten in einem kleinen Team, ohne Führungsaufgaben und Eigenverantwortung, wenig Interaktionssituationen mit anderen Mitarbeitern, verständnisvolles und wohlwollendes Arbeitsumfeld) eine Arbeitsfähigkeit von 70 % auf (vgl. IV-Nr. 71.1 S. 34, 38).

2.3 Die behandelnden Fachpersonen der Klinik E.____, Psychiatrisches Ambulatorium (Dr. med. F.____, Oberarzt; lic. phil. G.____, Psychologin), erhoben am 14. Mai 2019 Einwände. Sie führten aus, nach ihrer Einschätzung erfülle der Beschwerdeführer die Kriterien einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung vom Typ Borderline (ICD-10 F60.31), wobei diese im Spektrum von Traumafolgestörungen gesehen werde (IV-Nr. 77). Dr. med. C.____ vom RAD erachtete daraufhin in seiner Beurteilung vom 26. Juni 2019 eine zusätzliche neuropsychologische Begutachtung für notwendig (IV-Nr. 82). Diese wurde in

der Folge durch Prof. Dr. rer. nat. H.____, Fachpsychologe für Neuropsychologie, und lic. phil. I.____, MAS Neuropsychologie, Klinik J.____, [...], durchgeführt. Die Experten diagnostizierten eine mittelgradig beeinträchtigte auditive Merkfähigkeit sowie mittelgradig beeinträchtigte Sprachverarbeitung (ICD-10 F07.8), seit Kindheit bestehend (IV-Nr. 90 S. 18). Eine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bestehe, rein neuropsychologisch beurteilt, nicht. Die im psychiatrischen Gutachten von Dr. med. D.____ gestellte Diagnose eines adulten ADHS könne aus neuropsychologischer Sicht nicht bestätigt werden; insgesamt spreche das neuropsychologische Leistungsprofil des Beschwerdeführers nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit für die Diagnose eines ADHS (IV-Nr. 90 S. 19). Die behandelnden Fachpersonen der Klinik E.____, Psychiatrisches Ambulatorium, reichten am 19. Dezember 2019 wiederum eine Stellungnahme ein. Sie vertraten die Ansicht, der Beschwerdeführer leide an einer Traumafolgestörung in Form einer komplexen posttraumatischen Belastungsstörung sowie an dissoziativen Störungen (IV-Nr. 93). Dr. med. C.____ vom RAD empfahl daraufhin eine nochmalige psychiatrische Begutachtung durch eine bisher nicht involvierte Fachperson (Stellungnahme vom 15. Januar 2020, IV-Nr. 94).

2.4 Die IV-Stelle beauftragte med. prakt. K.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Sursee, mit der Erstellung eines Gutachtens (vgl. IV-Nr. 98). Dieses wurde am 4. Juni 2020 erstattet (IV-Nr. 102). Der Experte stellte folgende Diagnosen: Agoraphobie (ICD-10 F40.00); Zwangsstörung, vorliegend Zwangshandlungen (ICD-10 F42.1); mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1; DD rezidivierende depressive Episode, gegenwärtig mittelgradig, ICD-10 F33.1); schizoide Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.1); akzentuierte Persönlichkeitszüge mit paranoidem Schwerpunkt (ICD-10 Z73) sowie Verdacht auf intellektuelle Beeinträchtigung nach DSM 5, leichtgradig (IV-Nr. 102 S. 26). Die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers betrage 0 % in der angestammten Tätigkeit und 30 ■ 40 % in einer angepassten Tätigkeit. Diese Einschätzung der Arbeitsfähigkeit gelte seit Beginn der Ausbildungszeit.

E. 2.8

S. 11). In einem Bericht vom 21. April 2006 nennt der IV-Berufsberater bei einem IQ von 88 Störungen des Lernverhaltens (Schwäche in der auditiven Merkfähigkeit), Verhaltensauffälligkeiten sowie eine verminderte Belastbarkeit. Die Bemühungen um eine Ausbildung (Anlehre, Attestausbildung) hätten bisher zu keinem Erfolg geführt. Seit dem 1. April 2006 wohne der Beschwerdeführer mit Mutter und Geschwistern im [...] (IV-Nr. 2.7 S. 26). Dort standen einer beruflichen Ausbildung zusätzlich sprachliche Schwierigkeiten entgegen (vgl. IV-Nr. 2.7 S. 41 f. und 48 f.). Im Sommer 2007 trat der Beschwerdeführer eine Lehre als Maurer in [...] GR an (vgl. IV-Nr. 2.7 S. 53 f.), worauf die beruflichen Massnahmen abgeschlossen wurden (vgl. IV-Nr. 2.9 S. 7; 2.8 S. 13).

4.3 Am 7. März 2013 erfolgte die Anmeldung bei der Beschwerdegegnerin. Darin wurde mitgeteilt, der Beschwerdeführer habe die Maurerlehre nach vier Monaten abgebrochen und seither nur kurze Arbeitseinsätze von einigen Tagen absolviert (IV-Nr. 4). Im Intake-Gespräch vom 5. April 2013 (IV-Nr. 7) ergab sich, dass der Beschwerdeführer 2009/2010 das Militär absolviert hatte (Durchdiener). Später habe er zu jobben versucht, was aber nicht gegangen sei. Der Beschwerdeführer wohne bei der Grossmutter, welche ihn finanziell unterstütze. Er habe begonnen zu tätowieren, wobei er die Kunden zu Hause aufsuche. Als einzige berufliche Perspektive nannte er das Tätowieren. Der am Intake-Gespräch beteiligte Dr. med. M.____, Facharzt für Allgemeine Medizin FMH, vom

Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD), hielt fest, Kernthema scheine eine Art «innerer Stress» zu sein, welcher u.a. in Situationen von subjektiver «Unfreiheit» auftrete, also z.B. beim Erhalten von Anweisungen oder Kritik im Job. Dieser innere Stress werde mit somatischen Empfindungen, vor allem akut auftretenden Rücken- und Kopfschmerzen, beschrieben. Die gesamte Beschreibung wie auch die Gegenübertragung muteten wie eine posttraumatische Reaktion bei erhöhter innerer Anspannung («Hypervigilanz») und Schreckhaftigkeit an. Es könnte dabei durchaus Zusammenhänge mit der frühkindlich erlebten «Unfreiwilligkeit» geben (erwähnt wurden Hinweise auf sexuellen Missbrauch). Zu den genannten Problemen kämen Schlafstörungen mit psychosomatischen Symptomen wie ein Brennen an der linken Brustseite, Kopfschmerzen und anderen Wahrnehmungen hinzu, welche mit Angst gekoppelt schienen und einen zumindest präpsychotischen Charakter hätten. Dies wiederum deute auf ein eher dünnes Mäntelchen des Ich-Kerns und zusammen mit der Tendenz zur Somatisierung auch auf eine beträchtliche Selbstwertproblematik hin. Aktuell zeige die Anamnese durchaus eine waschechte depressive Komponente mit Störungen des Antriebs sowie Freudlosigkeit, Aussichtslosigkeit und sozialem Rückzug. Als weiteres Vorgehen wurde ein berufsberaterisches Gespräch in Aussicht genommen (IV-Nr. 7). Dieses Gespräch fand am 28. November 2013 statt. Laut dem gleichentags erstellten Abschlussbericht lehnte der Beschwerdeführer die Unterstützung der IV (Berufsberatung, erneute Lehre, langsamer Arbeitseinstieg) ab, da er sich nur eine Tätigkeit als Tätowierer vorstellen könne und sich darauf konzentrieren wolle (IV-Nr. 12). Daraufhin wurde ihm mit Vorbescheid vom 13. Januar 2014 die Verneinung eines Anspruchs auf berufliche Massnahmen und eine Invalidenrente in Aussicht gestellt (IV-Nr. 13). Am 27. Februar 2014 erging die entsprechende Verfügung (IV-Nr. 14), welche in Rechtskraft erwuchs und Gegenstand des Gesuchs um prozessuale Revision bildete.

4.4 Nach der Neuanmeldung vom 12. Oktober 2015 (IV-Nr. 15) fand am 28. Januar 2016 erneut ein Intake-Gespräch statt. Dr. med. M. ___ hielt nach diesem Gespräch fest, der Beschwerdeführer habe inzwischen in kleinem Rahmen, v.a. für Bekannte, Tattoos gestochen, kurze Gelegenheitsjobs innegehabt und von den Finanzen seiner Grossmutter gelebt. Aus Sicht des RAD-Arztes mache ■ neben der Klärung von Problemen wie Schulden und Krankenkasse ■ eine Psychotherapie Sinn, wobei unklar sei, ob Bereitschaft und Leidensdruck dazu vorhanden seien (IV-Nr. 23). Es wurde vereinbart, der Beschwerdeführer werde bis 11. Februar 2016 mitteilen, ob er mit der IV zusammenarbeiten wolle (vgl. Protokolleintrag vom 28. Januar 2016). Im weiteren Verlauf kamen keine beruflichen Massnahmen zustande. Der Beschwerdeführer begann mehrmals eine Psychotherapie, setzte diese aber nicht fort (vgl. Protokolleinträge vom 22. Juni 2016 bis 19. Juni 2018). Am 9. Juli 2018 begann der Beschwerdeführer ein von der IV-Stelle unterstütztes Belastbarkeitstraining (vgl. Mitteilung vom 20. Juli 2018, IV-Nr. 35). Tags darauf hielt die Eingliederungsfachfrau der IV fest, man habe «nach wie vor keine ärztliche Einschätzung und keine Diagnose» (vgl. Protokolleintrag vom 10. Juli 2018).

4.5 Nach einer Selbsteinweisung in die Notfallstation des Kantonsspitals [...] wegen psychischer Dekompensation am 29. Dezember 2016 (IV-Nr. 55 S. 17) wurde der Beschwerdeführer zur ambulanten Behandlung in den psychiatrischen Diensten des Spitals N. ___ angemeldet. Laut dem Bericht «Epikrise» war er bis Mai 2017 ca. zwei Monate in ambulanter Behandlung wegen einer depressiven Störung. Diagnostiziert wurden eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradig ohne somatisches Syndrom

(ICD-10 F32.11), sowie Probleme bei sexuellem Missbrauch in der Kindheit durch eine Person innerhalb der eigenen Familie (ICD-10 Z61.4). In der Beurteilung wird erklärt, beim Beschwerdeführer liege eine rezidivierende depressive Störung vor, welche sich aktuell in einer mittelgradigen Episode ohne somatisches Syndrom manifestiere. Auslösend sei vermutlich eine Kumulation psychosozialer Belastungsfaktoren. Die Behandlung sei administrativ abgeschlossen worden, weil sich der Beschwerdeführer nicht für weitere Termine gemeldet habe (IV-Nr. 55 S. 16; vgl. auch S. 14 f.).

4.6 Am 15. August 2018 erstatteten der Psychiater Dr. med. F.____ und die Psychotherapeutin O.____, Klinik E.____, der Beschwerdegegnerin einen Arztbericht (IV-Nr. 45; vgl. auch den Bericht vom 5. Juni 2018 über das Erstgespräch vom 20. April 2018, IV-Nr. 55 S. 6). Sie diagnostizierten eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome, ICD-10 F33.2 (der BDI-II-Wert vom 3. August 2018 entspreche mit 38 Punkten einer sehr schweren Depression; eine mittelgradige depressive Episode sei 2012 diagnostiziert worden), Probleme bei sexuellem Missbrauch in der Kindheit durch eine Person innerhalb der Familie, ICD-10 Z61.4 (sei 2012 diagnostiziert worden) sowie regelmässige stressbedingte Kopf-, Bauch- und Rückenschmerzen, bisher ohne somatische Ursachen (seit der Kindheit). Aktuell arbeite der Beschwerdeführer pro Woche zwei Tage à zwei Stunden (plus Hin- und Rückweg) auf einem Bauernhof. Mehr sei ihm nicht zumutbar (IV-Nr. 45). Der Bericht erwähnt weiter eine aktuelle Behandlung durch den Allgemeinmediziner Dr. med. P.____, der den Beschwerdeführer seit zwei Jahren zu 100 % arbeitsunfähig geschrieben habe, sowie frühere Kontrollen im Ambulatorium der psychiatrischen Dienste des Spitals N.____.

4.7 Auf Empfehlung von Dr. med. C.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, vom RAD, der eine Persönlichkeitsproblematik vermutete (IV-Nr. 63), holte die IV-Stelle das psychiatrische Gutachten von Dr. med. D.____ vom 26. April 2019 (IV-Nr. 71.1) ein. Vor der Erstattung des Gutachtens meldete sich der Experte bei der Beschwerdegegnerin und teilte u.a. mit, aufgrund der Auskünfte des Beschwerdeführers und seiner Mutter bestünden Anhaltspunkte für kinderpsychiatrische Störungen, welche ergänzender Abklärung bedürften (IV-Nr. 68). Das Gutachten vom 26. April 2019 beginnt mit einleitenden Ausführungen und anschliessend einer Zusammenfassung der wichtigsten Vorakten (S. 4-18). Es folgen Angaben des Beschwerdeführers und seiner Mutter (S.18 ■ 20). Anschliessend beschreibt der Gutachter die objektiven Befunde. Dies geschieht u.a. anhand der Ergebnisse des Adult Asperger Assessment, der Marburger Beurteilungsskala zum Asperger-Syndrom, des Wender-Reinherr-Interviews (zur Erfassung der Psychopathologie eines ADHS im Erwachsenenalter) sowie unter Verwendung des Mini-ICF-App. Auf dieser Basis gelangt Dr. med. D.____ zur Diagnose einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung, gemischtes Erscheinungsbild (DSM-5 F90.2), seit der Kindheit. In der Beurteilung führt er aus, bisher sei von den Diagnosen einer rezidivierenden depressiven Störung und akzentuierten Persönlichkeitszügen mit unsicheren, ängstlichen und depressiven Anteilen ausgegangen worden. Der Beschwerdeführer zeige auf der einen Seite seit der Kindheit überdauernde Probleme mit der allgemeinen Aufmerksamkeit, der sensorischen Integration, eine emotionale Störbarkeit und Einschränkungen in emotiven Fähigkeiten. Auf der anderen Seite werde vom früheren Erleben florid-psychotischer Symptome, Veränderungen in der Realitätswahrnehmung und katatonen Zustände berichtet. Während der gutachterlichen Untersuchungen sei kein akut florides psychotisches Zustandsbild festzustellen gewesen. Differenzialdiagnostisch sei

daher zur genannten emotionalen Störung des Kindesalters auch eine Schizophrenie mit Beginn im Kindes- und Jugendalter zu nennen. In einer Gesamtschau sei überwiegend wahrscheinlich ein komplexes Syndrom ausgewiesen, das sich u.a. durch Verhaltensschwierigkeiten seit der Kindheit gezeigt habe. Überwiegend wahrscheinlich sei retrospektiv ein ADHS-Syndrom wesentlich, wobei insbesondere die Aufmerksamkeitsstörungen und Überaktivität sowie weitere Charakteristika wie Temperament, affektive Labilität, Stressintoleranz und Desorganisation ins Gewicht fielen, so dass die Diagnose einer Erwachsenen-ADHS mit gemischtem Erscheinungsbild gestellt werden könne. Auch in ADHS-spezifischen Fragebögen, die als Ergänzung der klinischen Diagnosestellung eines weiterbestehenden ADHS-Syndroms eingesetzt werden könnten (Wender-Reinherr-Interview), würden wesentliche Symptome eines versicherungsmedizinisch relevanten ADHS-Störungsbildes abgebildet. Das kinderpsychiatrische Syndrom habe in seiner Funktion und Dynamik Einfluss auf die weitere Persönlichkeitsentwicklung des Beschwerdeführers gehabt. Zur Arbeitsfähigkeit führt der Experte aus, die beim Beschwerdeführer vorliegende Störung schränke die Leistungsfähigkeit in jeder Tätigkeit ein. Die Konzentrations- und Aufmerksamkeitschwierigkeiten und die verminderte Stresstoleranz mit Stimmungsschwankungen wirkten sich negativ z.B. auf das Arbeitstempo und die Arbeitsqualität aus. Der Beschwerdeführer erlebe Überforderungsgefühle, die ihn in Anspannung versetzten. Er habe aufgrund seiner störungsbedingten Einschränkungen wesentliche Probleme, sich auf Tätigkeiten zu konzentrieren, was sich dann in einem langsamen Arbeitsstil mit Überschreiten von Zielvorgaben äussere. In angepassten Tätigkeiten bestehe jedoch eine Teilarbeitsfähigkeit. Geeignet seien mehrheitlich Backgroundtätigkeiten in einem kleinen Team, ohne Führungsaufgaben und Eigenverantwortung, mit wenig Interaktionssituationen mit anderen Mitarbeitenden in einem verständnisvollen und wohlwollenden Umfeld. Hier bestehe eine Teilarbeitsfähigkeit von 70 %.

4.8 Das Gutachten wurde den behandelnden Fachpersonen der Klinik E.____ zur Stellungnahme zugestellt. Dr. med. F.____ und die ■ offenbar neu in die Behandlung involvierte ■ Psychologin lic. phil. Q.____ äusserten sich am 14. Mai 2019 (IV-Nr. 77). Sie führen aus, im Verlauf der Therapie sei ein sexueller Missbrauch im Kindesalter in den Fokus der Behandlung gerückt. Aus vertieften anamnestischen Gesprächen mit dem Beschwerdeführer und dessen Mutter gebe es Hinweise auf das Vorliegen physischer und psychischer Missbräuche gegenüber dem Beschwerdeführer. Einige der im Gutachten wiedergegebenen Aussagen werteten sie, die Behandler, im Rahmen einer Traumafolgestörung und nicht als florid-psychotisches Erleben. Zum jetzigen Zeitpunkt erfülle der Beschwerdeführer die Kriterien einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung vom Typ Borderline (ICD-10 F60.31). Diese habe im Zeitpunkt des Verlaufsberichts im August 2018 (vgl. E. II. 4.6 hiervor) noch nicht eindeutig diagnostiziert werden können, es habe aber schon damals Hinweise auf akzentuierte Persönlichkeitszüge gegeben. Die emotional instabile Persönlichkeitsstörung (Typ Borderline) werde im Spektrum von Traumafolgestörungen verstanden. Differenzialdiagnostisch werde das Vorliegen einer höhergradigen dissoziativen Störung abgeklärt. Die rezidivierende depressive Störung werde eher als Sekundärsymptomatik gesehen. Das Vorhandensein typischer Symptome eines ADHS wie beispielsweise Desorganisation, übermässiger Rededrang, nicht abwarten können, andere unterbrechen wollen, wie auch eine motorische Unruhe könnten die Behandler beim Beschwerdeführer aktuell nicht ausmachen.

Abschliessend lasse sich festhalten, dass der Beschwerdeführer komplexe Symptome aufweise, die wesentliche Einbussen in verschiedenen Lebensbereichen beinhalteten (persönlich, Familie, Soziales, Arbeit). Dr. med. F.____ und lic. phil. G.____ gingen von einer Bindungsstörung aus, die mit weiteren traumatischen Erlebnissen in der Kindheit zu einer dysfunktionalen Persönlichkeitsstruktur und zu einer Traumafolgestörung geführt habe. Weitere diagnostische Abklärungen seien geplant. Der Beschwerdeführer sei in seinem Alltag deutlich eingeschränkt und nicht in der Lage, einer Arbeit nachzugehen, wie es dem Gutachten zu entnehmen sei (IV-Nr. 77 S. 4).

4.9 Dr. med. C.____ vom RAD erklärte am 26. Juni 2019, das Gutachten von Dr. med. D.____ vermöge im Sinne einer Querschnittsaufnahme zum Untersuchungszeitpunkt zu überzeugen. In der Stellungnahme von Dr. med. F.____ und lic. phil. Q.____ würden jedoch neue Facetten eingebracht (Missbrauchserfahrungen, Zweifel an der ADHS-Diagnose). Er empfahl eine neuropsychologische Begutachtung zur Sicherung oder Verwerfung der Diagnose einer adulten ADHS (IV-Nr. 82).

4.10. Das neuropsychologische Gutachten von Prof. Dr. rer. nat. H.____ und lic. phil. I.____ vom 9. Dezember 2019 (IV-Nr. 90) führte, soweit hier relevant, zu folgenden Resultaten: Der Beschwerdeführer verfüge über ein unterdurchschnittliches allgemeines kognitives Leistungsniveau mit signifikanter Asymmetrie zwischen handlungsgebundenen und sprachlichen Funktionen (Gesamt-IQ 77, Sprachverständnis 76, Wahrnehmungsgebundenes logisches Denken 89, Arbeitsgedächtnis 74, Verarbeitungsgeschwindigkeit 81). Als Stärke mit voll durchschnittlich erbrachter Leistung habe sich das visuelle Puzzeln erwiesen. Unterdurchschnittliche Leistungen habe der Beschwerdeführer in einem Wortschatz-Test, in der Symbol-Suche, im Zahlen-Nachsprechen und im Allgemeinen Wissen gezeigt. Aufgrund des Leistungsprofils sollte zumindest eine Anlehre in Berufen, welche geringe Anforderungen an die auditive Sprachverarbeitung und Merkfähigkeit stellten, mit zusätzlicher schulischer Unterstützung möglich sein. Belastungsfaktoren seien aus psychiatrischer Sicht zu beurteilen. Die Diagnose eines adulten ADHS könne aus neuropsychologischer Sicht nicht bestätigt werden. Grundsätzlich basiere die Diagnose eines ADHS auf Verhaltensauffälligkeiten im Alltag. Für die Testdiagnostik seien bis anhin keine einheitlichen Richtwerte erstellt worden. Unter Einbezug der aktuellen Literatur würden jedoch signifikante Leistungsabweichungen in den attentionalen, exekutiven und Gedächtnisfunktionen erwartet. Der Beschwerdeführer habe dagegen insgesamt durchschnittliche Leistungen in Aufmerksamkeitsfunktionen gezeigt. Insbesondere habe die Prüfung der Vigilanz, welche nach ca. 2,2 Stunden intensiver Testung durchgeführt worden sei, ein voll durchschnittliches Ergebnis gezeigt. Einzig die Interferenzneigung sei leicht erhöht gewesen. Auch in den exekutiven Funktionen hätten sich weitgehend durchschnittliche oder zumindest nicht von der aktuellen allgemeinen kognitiven Leistungsfähigkeit signifikant abweichende Leistungen gefunden. Insgesamt spreche das neuropsychologische Leistungsprofil des Beschwerdeführers nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit für die Diagnose einer ADHS (IV-Nr. 90 S. 199).

4.11 Am 19. Dezember 2019 reichten Dr. med. F.____ und lic. phil. Q.____ von der Klinik E.____ eine weitere Stellungnahme ein. Sie stellten nun die Diagnose einer komplexen posttraumatischen Belastungsstörung (6B41 nach ICD-11). Weiter lägen aus dem Bereich der dissoziativen Störungen eine dissoziativ-neurologische Symptomstörung (mit andern sensorischen Beeinträchtigungen, mit visuellen Beeinträchtigungen), eine dissoziative Amnesie sowie eine Depersonalisations- und Derealisationsstörung vor. Zudem bestehe

weiterhin der Verdacht auf eine höhergradige dissoziative Störung. Die Diagnostik sei noch nicht abgeschlossen. Der Beschwerdeführer werde im Alltag häufig von Intrusionen überflutet, welche durch Trigger ausgelöst würden. Unmittelbar komme es bei ihm zu einem Gefühl des Unwohlseins (Erregungszustand). Er könne Impulse und Emotionen nur schlecht regulieren und leide an einer ausgeprägten Identitätsproblematik. Aufgrund der Komplexität und der Schwere der Symptomatik erachteten sie, die behandelnden Fachpersonen, den Beschwerdeführer weder als ausbildungsfähig noch als arbeitsfähig (IV-Nr. 93).

4.12 Dr. med. C. ___ vom RAD empfahl am, 15. Januar 2020 eine erneute psychiatrische Begutachtung (IV-Nr. 94).

4.13

4.13.1 Med. pract. K. ___ gibt in seinem psychiatrischen Gutachten vom 4. Juni 2020 (IV-Nr. 102) zunächst die medizinischen Vorakten wieder, unter anderem das frühere psychiatrische Gutachten von Dr. med. D. ___ vom 26. April 2019, das neuropsychologische Gutachten von Prof. Dr. rer. nat. H. ___ und lic. phil. I. ___, Klinik J. ___, vom 9. Dezember 2019 sowie Berichte und Stellungnahmen des behandelnden Psychiaters Dr. med. F. ___, Klinik E. ___ und IV-interne Akten (IV-Nr. 102 S. 5-15). Anschliessend folgen die Aussagen des Beschwerdeführers, wobei der Gutachter festhält, dieser habe keine spontanen Angaben gemacht, der Tagesablauf sei erfragt worden (IV-Nr. 102 S. 15). Die vertiefende Befragung bezog sich zunächst auf das jetzige Leiden und anschliessend auf die Anamnese, welche unter verschiedenen Aspekten ausführlich wiedergegeben wird (IV-Nr. 102 S. 15 -20), den Tagesablauf, die bisherigen Behandlungen inkl. Medikamente sowie Zukunftsvorstellungen (a.a.O., S. 21 f.). In der Folge beschreibt der Gutachter die Untersuchungsbefunde (a.a.O., S. 22 ff.). Der psychiatrische Befund / Psychostatus nach dem System der AMDP (Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie) wird ausführlich, unter Angabe der jeweiligen Werte nach AMDP, dargestellt, wobei die durch den Gutachter selbst erstellte Syndromauswertung nach AMDP pathologische Werte (> 54) im Sinne eines apathischen Syndroms (58) und eines depressiven Syndroms (60) ergab. Es folgt das «Abfragen der Kriterien für Persönlichkeitsstörungen nach ICD-10 F60.0, paranoide Persönlichkeitsstörung», welches den Experten zum Ergebnis führt, eine solche Persönlichkeitsstörung sei eher nicht gegeben, es bestünden aber paranoide Persönlichkeitszüge (a.a.O., S. 24). Gestützt auf eine analoge Auswertung in Bezug auf eine schizoide Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.1) gelangt med. pract. K. ___ zum Resultat, insgesamt seien die Kriterien für eine schizoide Persönlichkeitsstörung deutlich erfüllt (a.a.O., S. 24 f.). Er diagnostiziert die folgenden Störungen:

4.13.2 Leicht im Vordergrund stehen nach der Einschätzung des Experten die Diagnosen der Agoraphobie und der Zwangsstörung. Sie hätten einen deutlichen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Diese Diagnosen könnten im Rahmen einer Begutachtung nicht zusätzlich objektiviert werden; hier könnten nur die im Rahmen des Psychostatus gemachten Angaben zugrunde gelegt werden. Jedoch zeige sich auch aus der Anamnese heraus, dass die Zwänge und die Agoraphobie vorlägen. Somit ergebe sich ein schlüssiges Bild. Sowohl die Zwänge als auch die Agoraphobie könnten, im Rahmen eines psychotherapeutischen Störungsmodells, als pathologischer Kompensationsmechanismus der deutlich unterdurchschnittlichen intellektuellen Leistungsfähigkeit gesehen werden, aber auch als Folge des nicht kontrollierbar erlebten Lebens in der Kindheit und Jugend des Exploranden

(GA S. 26).

Soweit ersichtlich, gründen die Diagnosen einer Agoraphobie und einer Zwangsstörung, welche für den Gutachter leicht im Vordergrund stehen, in erster Linie auf den Aussagen des Beschwerdeführers bei der Erhebung des Psychostatus nach dem System AMDP. Diese ergab für Agoraphobie einen Wert 3, der wie folgt begründet wird (GA S. 23): «Er vermeide es, allein zum Einkaufen zu gehen. Er habe auch immer wieder Schwindel gehabt, habe das Gefühl gehabt, das Herz schlage extrem schnell, er schwitze immer wieder, anschliessend habe er sofort kalt, dazu Kopfweg über den Schläfen, Beklemmungsgefühl, und er schäme sich auch und habe auch Angst, die Kontrolle zu verlieren. Das habe er jeden Tag, sobald er raus muss unter die Leute. Oder nur beim Telefonieren. Hier gehe es heute, da sei er bei einem Profi, sonst würden die meisten Psychologen ihn einfach nicht verstehen.» Weiter resultierte ein Wert 2 für einen Putzzwang. Hierzu wird ausgeführt: «Er habe Putzzwang (2). Mache er etwas, Sorge er dafür, dass er es sofort richtig mache. Vergesse er z.B. im Mail einen Betreff einzugeben, stresse ihn das mehrere Tage. Das habe ihn immer Zeit gekostet. Nach und nach habe er schneller werden können, aber in der Anfangszeit sei er langsam gewesen. Z.B. beim Militär die Wäsche abziehen, da sei er anfangs der Langsamste gewesen, am Ende sei er der Schnellste gewesen. Doch, insgesamt sei er recht langsam im Vergleich mit anderen Leuten.»

Der Gutachter legt weiter dar, es zeige sich auch aus der Anamnese heraus, dass die Zwänge und die Agoraphobie vorlägen. Den Schilderungen des Beschwerdeführers zum Tagesablauf lässt sich in diesem Zusammenhang entnehmen, Einkäufe erledige er mit seinem Bruder. Allein könne er das nicht, er wisse nicht warum. Er habe das Gefühl, die ganze Zeit beobachtet zu werden. Er fühle sich anders als die anderen Leute. Auch mit seinem Bruder sei es Stress, aber es gehe. Allein sei es heavy, er denke, die Leute wüssten Bescheid über ihn, dass er etwas verberge. Den Haushalt erledige er selbst. Würde man ihn jetzt spontan besuchen, dort sehe es extrem sauber aus. Er brauche es sauber. Jedes Staubkorn müsse beseitigt werden; er brauche das. Deswegen seien die Familientreffen immer bei ihm, weil es bei ihm viel sauberer sei als bei den anderen (GA S. 20).

4.13.3 Der Gutachter med. pract. K. ___ geht weiter auf die «auffälligen Verhaltensmuster» des Beschwerdeführers ein. Er führt dazu aus, wenn man klinisch und auf Basis der Kriterien für Persönlichkeitsstörungen (ICD-10 F6) die Verhaltensweisen und Symptome des Beschwerdeführers durchgehe, seien die Kriterien für eine schizoide Persönlichkeitsstörung deutlich erfüllt. Die Muster liessen sich auf die Kindheit und Jugend zurückführen und dürften überwiegend wahrscheinlich einerseits durch die Schwierigkeiten im Elternhaus begründet und andererseits auch der Pathologie des Vaters geschuldet sein. Den gleichen Hintergrund hätten überwiegend wahrscheinlich die akzentuierten Persönlichkeitszüge mit paranoidem Schwerpunkt, wobei hier die Kriterien für eine Persönlichkeitsstörung nicht ausreichend erfüllt seien.

4.13.4 Was die Differenzen zu den Einschätzungen anderer Fachpersonen anbelangt, führt der Gutachter aus, mit den oben ausgeführten Angaben zur depressiven Störung, zu den auffälligen Verhaltensmustern und der kognitiven Beeinträchtigung des Exploranden stimme er mit den Behandlern weitestgehend überein, ausser dass er eine rezidivierende Depression als nicht belegt ansehen müsse. Warum jedoch die Behandler weder die Agoraphobie noch die Zwänge als Diagnosen in ihren Berichten angeführt hätten, obwohl der Explorand davon berichte, dass dieses längst therapeutisch angegangen worden sei, könne im Rahmen dieses Gutachtens nicht schlüssig erklärt werden. Dass der Vorgutachter

Dr. med. D.____ diese Diagnose nicht angeführt habe, dürfte überwiegend daran liegen, dass er im von ihm erhobenen Psychostatus nur sehr spärlich Selbstbeurteilungs-Items abgefragt habe. Weiter hält med. pract. K.____ fest, der Vorgutachter habe es unterlassen, den Psychostatus nach dem AMDP-System darzustellen. Überhaupt verlasse sich der Vorgutachter Dr. med. D.____ mehrheitlich auf seine Fremdbeurteilung und nicht auch (wie es zumindest vom AMDP-System vorgegeben sei) auf Eigenbeurteilungen des Exploranden. Weiter vermöge die Herleitung der Diagnose eines adulten ADHS nicht zu überzeugen. Bei der Beurteilung des Verlaufs führt der Experte med. pract. K.____ aus, es könne keine posttraumatische Belastungsstörung diagnostiziert werden und eine solche sei auch früher nicht diagnostiziert worden (GA S. 33). Unklar bleibt diesbezüglich, wie es sich mit der komplexen posttraumatischen Belastungsstörung verhält, welche Dr. med. F.____ und lic. phil. Q.____ in ihrer Stellungnahme vom 19. Dezember 2019 (IV-Nr. 93; E. II. 5.11 hiervor) diagnostiziert hatten. Der Gutachter nimmt auch verschiedentlich auf das neuropsychologische Gutachten vom 9. Dezember 2019 (E. II. 5.10 hiervor) und die dort ermittelten IQ-Werte Bezug. Dazu ist festzuhalten, dass sowohl der Gesamtwert als auch jedes einzelne Teilresultat über demjenigen Bereich liegt, der nach ICD-10 (F70) als leichte Intelligenzminderung und damit als krankheitswertig anzusehen ist.

4.13.5 Der Beschwerdeführer ist gemäss gutachterlicher Einschätzung in der bisherigen Tätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig, dies «von Beginn der Ausbildung an». Zum Belastungsprofil führt der Experte aus, eine möglicherweise geeignete Tätigkeit für den Beschwerdeführer könnte vorliegen, wenn keine mittleren bis hohen kognitiven Leistungsansprüche gefordert seien, kein Druck ausgeübt werde, wenig Kontakt zu anderen Personen verlangt werde, er keine zeitlichen Vorgaben erhalte und ein wohlwollendes Umfeld gegeben sei. Die Idee des Beschwerdeführers, kreativ im Bereich des Tattoo-Gewerbes zu werden, könnte insofern realistisch umsetzbar sein, wenn diese Kriterien erfüllt seien und er nicht selbständig arbeiten müsse. Für die Einschätzung dieser Leistungsfähigkeit sei zu berücksichtigen, dass der Beschwerdeführer sowohl aufgrund seiner kognitiven Leistungseinschränkungen (die allerdings, wie erwähnt, keinen Krankheitswert gemäss ICD-10 erreichen) als auch aufgrund seiner Zwanghaftigkeit und teils auch der Phobie in der Regel eher langsam und nicht einen vollen Arbeitstag durchgehend einer Arbeit werde nachgehen können. Auf dieser Basis seien zurzeit 30 bis maximal 40 % Arbeitsfähigkeit anzunehmen. Diese Einschätzung gelte ebenfalls seit Beginn der Ausbildung (GA S. 32).

E. 3

3.1 Formell rechtskräftige Verfügungen und Einspracheentscheide müssen in (prozessuale) Revision gezogen werden, wenn die versicherte Person oder der Versicherungsträger nach deren Erlass erhebliche neue Tatsachen entdeckt oder Beweismittel auffindet, deren Beibringung zuvor nicht möglich war (Art. 53 Abs. 1 ATSG). Nach Lehre und Rechtsprechung ist der Sozialversicherungsträger verpflichtet, auf eine formell rechtskräftige Verfügung zurückzukommen, wenn sich diese aufgrund neuentdeckter Tatsachen oder Beweismittel als unrichtig erweist (BGE 143 V 105 E. 2.1 S. 106 f.; 108 V 167 E. 2b S. 168). Der Begriff «neue Tatsachen oder Beweismittel» ist bei der prozessualen Revision eines Verwaltungsentscheides nach Art. 53 Abs. 1 ATSG ebenso auszulegen wie bei der Revision eines kantonalen Gerichtsentscheids gemäss Art. 61 lit. i ATSG oder bei der Revision eines Bundesgerichtsurteils gemäss Art. 123 Abs. 2 lit. a BGG. Neu sind Tatsachen, die sich bis zum Zeitpunkt, da im Hauptverfahren noch tatsächliche

Vorbringen prozessual zulässig waren, verwirklicht haben, jedoch trotz hinreichender Sorgfalt nicht bekannt waren. Die neuen Tatsachen müssen ferner erheblich sein, das heisst, sie müssen geeignet sein, die tatbestandliche Grundlage des zur Revision beantragten Entscheids zu verändern und bei zutreffender rechtlicher Würdigung zu einer anderen Entscheidung zu führen (BGE 143 V 105 E. 2.3 S. 107 f.). Die Hürde für eine prozessuale Revision ist demnach unter diesem Aspekt dieselbe wie jene für die Revision eines rechtskräftigen Gerichtsurteils.

3.2 Betrifft der Revisionsgrund eine materielle Anspruchsvoraussetzung, deren Beurteilung massgeblich auf Schätzung oder Beweiswürdigung beruht, auf Elementen also, die notwendigerweise Ermessenszüge aufweisen, so ist eine vorgebrachte neue Tatsache als solche in der Regel nicht erheblich. Ein (prozessrechtlicher) Revisionsgrund fällt überhaupt nur in Betracht, wenn bereits im ursprünglichen Verfahren der untersuchende Arzt und/oder die entscheidende Behörde das Ermessen wegen eines neu erhobenen Befundes zwingend anders hätten ausüben und infolgedessen zu einem anderen Ergebnis hätten gelangen müssen. An diesem prozessualrevisionsrechtlichen Erfordernis fehlt es, wenn sich das Neue im Wesentlichen in (differenzial-)diagnostischen Überlegungen erschöpft, also auf der Ebene der medizinischen Beurteilung anzusiedeln ist. Neue medizinische Expertisen, die im Verfahren, das zur früheren Verfügung geführt hat, keine gravierende und unvertretbare Fehldiagnose feststellen, erfüllen das Kriterium der Erheblichkeit nicht (BGE 144 V 245 E. 5.3 und 5.4 S. 249). Nötig ist, dass das Beweismittel nicht bloss der Würdigung des Sachverhalts, sondern dessen Feststellung dient. Dazu bedarf es neuer Elemente tatsächlicher Natur, welche die Entscheidungsgrundlagen als objektiv mangelhaft erscheinen lassen (Urteil des Bundesgerichts 8C_154/2021 vom 11. Mai 2021 E. 4.3.4).

3.3 Die bei einer prozessualen Frist zu beachtende Frist von 90 Tagen zur Geltendmachung des Revisionsgrundes (Art. 67 Abs. 1 des Bundesgesetzes über das Verwaltungsverfahren [VwVG, SR 172.021] in Verbindung mit Art. 55 ATSG) wurde unbestrittenermassen eingehalten.

3.4 Der Beschwerdeführer lässt geltend machen, beim Erlass der Verfügung vom 27. Februar 2014 sei der Untersuchungsgrundsatz verletzt worden und nur deshalb sei «eine unrichtige Würdigung eines nicht invalidisierenden Gesundheitsschadens» erfolgt, weil man irrig angenommen habe, beim Beschwerdeführer liege kein Leidensdruck vor, und weil für den Entscheid wesentliche Tatsachen nicht bekannt gewesen seien. Diese wesentlichen Tatsachen seien erst durch das Gutachten von med. pract. K.____ vom 4. Juni 2020 zutage gefördert worden. Erst dieses Gutachten habe klargemacht, dass die Kriterien für eine schizoide Persönlichkeitsstörung klar erfüllt seien sowie dass auch eine Agoraphobie und eine Zwangsstörung vorlägen. Erst dieses Gutachten habe auch die Erkenntnis geliefert, dass von Beginn der Ausbildung an eine volle Arbeitsunfähigkeit bestanden habe. Die durch das Gutachten von med. pract. K.____ gewonnenen Erkenntnisse einer schizoiden Persönlichkeitsstörung mit ihren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit bildeten einen (prozessualen) Revisionsgrund nach Art. 53 Abs. 1 ATSG.

4. Die Aktenlage, welche für die Frage nach einer prozessualen Revision der Verfügung vom 27. Februar 2014 relevant sein kann, präsentiert sich zusammengefasst wie folgt:

4.1 Dem Bericht einer Psychologin des Dienstes für Sonderschulung des Kantons [...] vom 25. März 2004 ist zu entnehmen, der 1989 geborene Beschwerdeführer sei im Jahr 1998 erstmals wegen schulischer Schwierigkeiten gemeldet worden. Bei knapp

altersentsprechender intellektueller Leistungsfähigkeit (IQ 88) führten eine deutliche Schwäche in der auditiven Merkfähigkeit sowie emotionale und psychosomatische Schwierigkeiten dazu, dass er nicht die seinem Potenzial entsprechenden Leistungen erbringe. Sonderschulung sei angezeigt (IV-Nr. 2.7 S. 2). Diese wurde zugesprochen (vgl. IV-Nr. 2.8). Der von der IV-Stelle angefragte, in der Anmeldung genannte (vgl. IV-Nr. 2.2 S. 9) Arzt Dr. med. L.____, Facharzt für Allgemeine Medizin, teilte mit, er habe den Beschwerdeführer zuletzt im Januar 2002 gesehen und empfehle, eine fachärztliche Beurteilung einzuholen (Schreiben vom 21. April 2004, IV-Nr. 2.6). Eine solche wurde, soweit aus den Akten ersichtlich, nicht veranlasst.

4.2 Der Beschwerdeführer besuchte in der Folge ein Internat in einer Bergschule in [...] (vgl. IV-Nr. 2.8). Am 12. September 2005 wurde ihm Berufsberatung durch die IV zugesprochen (vgl. IV-Nr.

E. 4

Alles unter Kosten- und Entschädigungsfolge zu Lasten der Gesuchsgegnerin. 5. Die Beschwerdegegnerin verzichtet mit Schreiben vom 30. August 2021 auf eine Beschwerdeantwort und stellt den Antrag, die Beschwerde sei abzuweisen (A.S. 23). 6. Mit Schreiben vom 10. September 2021 reicht der Vertreter des Versicherten seine Honorarnote sowie eine Honorarvereinbarung ein (A.S. 25 ff.). 7. Mit prozessleitender Verfügung vom 15. Februar 2022 werden die Parteien zu der vom Beschwerdeführer beantragten öffentlichen Verhandlung vom 3. Mai 2022 vorgeladen (A.S. 30 f.). 8. Am 3. Mai 2022 führt das Versicherungsgericht die erwähnte öffentliche Verhandlung durch. Für den Ablauf der Verhandlung und die Ausführungen im Plädoyer des Vertreters des Beschwerdeführers wird auf das Protokoll verwiesen (vgl. A.S. 33 ff.). Im Nachgang zur Verhandlung reicht der Vertreter des Beschwerdeführers eine ergänzende Kostennote ein (A.S. 37). 8. Auf die Ausführungen in den Rechtsschriften der Parteien wird, soweit erforderlich, im Folgenden eingegangen. Im Übrigen wird auf die Akten verwiesen. II. 1. 1.1 Die Sachurteilsvoraussetzungen (örtliche, sachliche und funktionelle Zuständigkeit des Versicherungsgerichts, Rechtzeitigkeit der Beschwerde) sind erfüllt. Auf die Beschwerde ist einzutreten. 1.2 Streitig und zu prüfen ist, ob dem Beschwerdeführer ab 1. Oktober 2015 (entsprechend dem angefochtenen Entscheid) oder schon ab 1. September 2013 (entsprechend dem beschwerdeweise gestellten Antrag) eine ganze Rente der Beschwerdegegnerin zusteht. 1.3 Am 1. Januar 2022 ist das revidierte Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) in Kraft getreten. Die hier angefochtene Verfügung erging vor dem 1. Januar 2022. Nach den allgemeinen Grundsätzen des intertemporalen Rechts und des zeitlich massgebenden Sachverhalts sind daher die Bestimmungen des IVG und diejenigen der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV, SR 831.201) in der bis 31. Dezember 2021 gültig gewesenen Fassung anwendbar (Urteil des Bundesgerichts 8C_787/2021 vom 23. März 2022 E. 2.1 mit Hinweisen). Sie werden nachfolgend auch in dieser Fassung zitiert. 2. 2.1 Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a) und während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 Prozent arbeitsunfähig gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 Prozent invalid sind (lit. c). Es besteht Anspruch auf eine Viertelsrente bei einem Invaliditätsgrad ab 40 %, auf eine halbe Rente bei einem Invaliditätsgrad ab 50 %, auf eine Dreiviertelsrente bei einem

Invaliditätsgrad ab 60 % und auf eine ganze Rente bei einem Invaliditätsgrad ab 70 % (Art. 28 Abs. 2 IVG). 2.2 Die rückwirkende Korrektur eines Entscheids über eine Dauerleistung kommt – vom hier nicht interessierenden Fall einer nicht gemeldeten erheblichen Veränderung abgesehen – infrage, wenn ein Rückkommenstitel in Form einer prozessualen Revision (Art. 53 Abs. 1 ATSG des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG, SR 830.1]) oder einer Wiedererwägung (Art. 53 Abs. 2 ATSG) vorliegt. 2.3 Erweist sich eine früher erlassene Verfügung als fehlerhaft, weil bei ihrem Erlass der Untersuchungsgrundsatz in grober Weise verletzt wurde, indem zwingend gebotene Abklärungen unterblieben sind, richtet sich eine allfällige nachträgliche Korrektur nach den Regeln über die Wiedererwägung (Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes als Rechtsanwendungsfehler; vgl. z.B. Urteil des Bundesgerichts 9C_427/2014 vom 1. Dezember 2014 E. 2.2). Ein Entscheid (Verfügung oder Einspracheentscheid), dessen ursprüngliche Fehlerhaftigkeit darauf beruht, dass mindestens einer Partei bestimmte Tatsachen oder Beweismittel unverschuldetermassen verborgen blieben, ist dagegen mittels prozessualer Revision zu korrigieren (Urteil des Bundesgerichts 9C_212/2021 vom 21. Oktober 2021 E. 4.5.3). 2.4 Anders als die materielle Revision aufgrund veränderter Verhältnisse im Sinne von Art. 17 ATSG, welche vorbehältlich einer Meldepflichtverletzung nur für die Zukunft wirkt, kommt bei einer Wiedererwägung und einer prozessualen Revision grundsätzlich auch eine rückwirkende Korrektur infrage. Die Rückwirkung einer Wiedererwägung ist in der Invalidenversicherung allerdings beschränkt. Die Korrektur zugunsten der versicherten Person erfolgt von dem Monat an, in dem der Mangel erkannt wurde (Art. 88 bis Abs. 1 lit. c IVV). Dagegen kann die prozessuale Revision gemäss Art. 53 Abs. 1 ATSG eine weitergehende Rückwirkung entfalten: Die ursprüngliche Verfügung besteht nicht mehr und der durch sie geregelte Zeitraum ist (im Rahmen zeitlicher Nachzahlungs- und Rückforderungsgrenzen) neu zu beurteilen. Der Invaliditätsgrad und der allfällige Anspruch auf eine Rente der Versicherten sind daher von Grund auf neu zu bestimmen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_132/2018 vom 27. Juni 2018 E. 6.3.2; vgl. auch BGE 110 V 291 E. 3c S. 294 f.). Falls tatsächlich ein (prozessualer) Revisionsgrund vorliegen sollte, wäre daher eine rückwirkende Neubeurteilung für den gesamten Zeitraum, der bei Erlass der Verfügung vom 27. Februar 2014 zu prüfen war, möglich. 3. 3.1 Formell rechtskräftige Verfügungen und Einspracheentscheide müssen in (prozessuale) Revision gezogen werden, wenn die versicherte Person oder der Versicherungsträger nach deren Erlass erhebliche neue Tatsachen entdeckt oder Beweismittel auffindet, deren Beibringung zuvor nicht möglich war (Art. 53 Abs. 1 ATSG). Nach Lehre und Rechtsprechung ist der Sozialversicherungsträger verpflichtet, auf eine formell rechtskräftige Verfügung zurückzukommen, wenn sich diese aufgrund neuentdeckter Tatsachen oder Beweismittel als unrichtig erweist (BGE 143 V 105 E. 2.1 S. 106 f.; 108 V 167 E. 2b S. 168). Der Begriff «neue Tatsachen oder Beweismittel» ist bei der prozessualen Revision eines Verwaltungsentscheides nach Art. 53 Abs. 1 ATSG ebenso auszulegen wie bei der Revision eines kantonalen Gerichtsentscheids gemäss Art. 61 lit. i ATSG oder bei der Revision eines Bundesgerichtsurteils gemäss Art. 123 Abs. 2 lit. a BGG. Neu sind Tatsachen, die sich bis zum Zeitpunkt, da im Hauptverfahren noch tatsächliche Vorbringen prozessual zulässig waren, verwirklicht haben, jedoch trotz hinreichender Sorgfalt nicht bekannt waren. Die neuen Tatsachen müssen ferner erheblich sein, das heisst, sie müssen geeignet sein, die tatbestandliche Grundlage des zur Revision beantragten Entscheids zu verändern und bei zutreffender rechtlicher Würdigung zu einer anderen Entscheidung zu führen (BGE 143 V

105 E. 2.3 S. 107 f.). Die Hürde für eine prozessuale Revision ist demnach unter diesem Aspekt dieselbe wie jene für die Revision eines rechtskräftigen Gerichtsurteils. 3.2 Betrifft der Revisionsgrund eine materielle Anspruchsvoraussetzung, deren Beurteilung massgeblich auf Schätzung oder Beweismittelwertung beruht, auf Elementen also, die notwendigerweise Ermessenszüge aufweisen, so ist eine vorgebrachte neue Tatsache als solche in der Regel nicht erheblich. Ein (prozessrechtlicher) Revisionsgrund fällt überhaupt nur in Betracht, wenn bereits im ursprünglichen Verfahren der untersuchende Arzt und/oder die entscheidende Behörde das Ermessen wegen eines neu erhobenen Befundes zwingend anders hätten ausüben und infolgedessen zu einem anderen Ergebnis hätten gelangen müssen. An diesem prozessualrevisionsrechtlichen Erfordernis fehlt es, wenn sich das Neue im Wesentlichen in (differenzial-)diagnostischen Überlegungen erschöpft, also auf der Ebene der medizinischen Beurteilung anzusiedeln ist. Neue medizinische Expertisen, die im Verfahren, das zur früheren Verfügung geführt hat, keine gravierende und unvertretbare Fehldiagnose feststellen, erfüllen das Kriterium der Erheblichkeit nicht (BGE 144 V 245 E. 5.3 und 5.4 S. 249). Nötig ist, dass das Beweismittel nicht bloss der Würdigung des Sachverhalts, sondern dessen Feststellung dient. Dazu bedarf es neuer Elemente tatsächlicher Natur, welche die Entscheidungsgrundlagen als objektiv mangelhaft erscheinen lassen (Urteil des Bundesgerichts 8C_154/2021 vom 11. Mai 2021 E. 4.3.4).

3.3 Die bei einer prozessualen Frist zu beachtende Frist von 90 Tagen zur Geltendmachung des Revisionsgrundes (Art. 67 Abs. 1 des Bundesgesetzes über das Verwaltungsverfahren [VwVG, SR 172.021] in Verbindung mit Art. 55 ATSG) wurde unbestrittenermassen eingehalten. 3.4 Der Beschwerdeführer lässt geltend machen, beim Erlass der Verfügung vom 27. Februar 2014 sei der Untersuchungsgrundsatz verletzt worden und nur deshalb sei «eine unrichtige Würdigung eines nicht invalidisierenden Gesundheitsschadens» erfolgt, weil man irrig angenommen habe, beim Beschwerdeführer liege kein Leidensdruck vor, und weil für den Entscheid wesentliche Tatsachen nicht bekannt gewesen seien. Diese wesentlichen Tatsachen seien erst durch das Gutachten von med. pract. K.____ vom 4. Juni 2020 zutage gefördert worden. Erst dieses Gutachten habe klargemacht, dass die Kriterien für eine schizoide Persönlichkeitsstörung klar erfüllt seien sowie dass auch eine Agoraphobie und eine Zwangsstörung vorlägen. Erst dieses Gutachten habe auch die Erkenntnis geliefert, dass von Beginn der Ausbildung an eine volle Arbeitsunfähigkeit bestanden habe. Die durch das Gutachten von med. pract. K.____ gewonnenen Erkenntnisse einer schizoiden Persönlichkeitsstörung mit ihren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit bildeten einen (prozessualen) Revisionsgrund nach Art. 53 Abs. 1 ATSG. 4. Die Aktenlage, welche für die Frage nach einer prozessualen Revision der Verfügung vom 27. Februar 2014 relevant sein kann, präsentiert sich zusammengefasst wie folgt: 4.1 Dem Bericht einer Psychologin des Dienstes für Sonderschulung des Kantons [...] vom 25. März 2004 ist zu entnehmen, der 1989 geborene Beschwerdeführer sei im Jahr 1998 erstmals wegen schulischer Schwierigkeiten gemeldet worden. Bei knapp altersentsprechender intellektueller Leistungsfähigkeit (IQ 88) führten eine deutliche Schwäche in der auditiven Merkfähigkeit sowie emotionale und psychosomatische Schwierigkeiten dazu, dass er nicht die seinem Potenzial entsprechenden Leistungen erbringe. Sonderschulung sei angezeigt (IV-Nr. 2.7 S. 2). Diese wurde zugesprochen (vgl. IV-Nr. 2.8). Der von der IV-Stelle angefragte, in der Anmeldung genannte (vgl. IV-Nr. 2.2 S. 9) Arzt Dr. med. L.____, Facharzt für Allgemeine Medizin, teilte mit, er habe den Beschwerdeführer zuletzt im Januar 2002 gesehen und empfehle, eine fachärztliche Beurteilung einzuholen (Schreiben vom 21. April 2004, IV-Nr. 2.6). Eine

solche wurde, soweit aus den Akten ersichtlich, nicht veranlasst. 4.2 Der Beschwerdeführer besuchte in der Folge ein Internat in einer Bergschule in [...] (vgl. IV-Nr. 2.8). Am 12. September 2005 wurde ihm Berufsberatung durch die IV zugesprochen (vgl. IV-Nr.

E. 4.10

Das neuropsychologische Gutachten von Prof. Dr. rer. nat. H.____ und lic. phil. I.____ vom 9. Dezember 2019 (IV-Nr. 90) führte, soweit hier relevant, zu folgenden Resultaten: Der Beschwerdeführer verfüge über ein unterdurchschnittliches allgemeines kognitives Leistungsniveau mit signifikanter Asymmetrie zwischen handlungsgebundenen und sprachlichen Funktionen (Gesamt-IQ 77, Sprachverständnis 76, Wahrnehmungsgebundenes logisches Denken 89, Arbeitsgedächtnis 74, Verarbeitungsgeschwindigkeit 81). Als Stärke mit voll durchschnittlich erbrachter Leistung habe sich das visuelle Puzzeln erwiesen. Unterdurchschnittliche Leistungen habe der Beschwerdeführer in einem Wortschatz-Test, in der Symbol-Suche, im Zahlen-Nachsprechen und im Allgemeinen Wissen gezeigt. Aufgrund des Leistungsprofils sollte zumindest eine Anlehre in Berufen, welche geringe Anforderungen an die auditive Sprachverarbeitung und Merkfähigkeit stellten, mit zusätzlicher schulischer Unterstützung möglich sein. Belastungsfaktoren seien aus psychiatrischer Sicht zu beurteilen. Die Diagnose eines adulten ADHS könne aus neuropsychologischer Sicht nicht bestätigt werden. Grundsätzlich basiere die Diagnose eines ADHS auf Verhaltensauffälligkeiten im Alltag. Für die Testdiagnostik seien bis anhin keine einheitlichen Richtwerte erstellt worden. Unter Einbezug der aktuellen Literatur würden jedoch signifikante Leistungsabweichungen in den attentionalen, exekutiven und Gedächtnisfunktionen erwartet. Der Beschwerdeführer habe dagegen insgesamt durchschnittliche Leistungen in Aufmerksamkeitsfunktionen gezeigt. Insbesondere habe die Prüfung der Vigilanz, welche nach ca. 2,2 Stunden intensiver Testung durchgeführt worden sei, ein voll durchschnittliches Ergebnis gezeigt. Einzig die Interferenzneigung sei leicht erhöht gewesen. Auch in den exekutiven Funktionen hätten sich weitgehend durchschnittliche oder zumindest nicht von der aktuellen allgemeinen kognitiven Leistungsfähigkeit signifikant abweichende Leistungen gefunden. Insgesamt spreche das neuropsychologische Leistungsprofil des Beschwerdeführers nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit für die Diagnose einer ADHS (IV-Nr. 90 S. 199). 4.11 Am 19. Dezember 2019 reichten Dr. med. F.____ und lic. phil. Q.____ von der Klinik E.____ eine weitere Stellungnahme ein. Sie stellten nun die Diagnose einer komplexen posttraumatischen Belastungsstörung (6B41 nach ICD-11). Weiter lägen aus dem Bereich der dissoziativen Störungen eine dissoziativ-neurologische Symptomstörung (mit andern sensorischen Beeinträchtigungen, mit visuellen Beeinträchtigungen), eine dissoziative Amnesie sowie eine Depersonalisations- und Derealisationsstörung vor. Zudem bestehe weiterhin der Verdacht auf eine höhergradige dissoziative Störung. Die Diagnostik sei noch nicht abgeschlossen. Der Beschwerdeführer werde im Alltag häufig von Intrusionen überflutet, welche durch Trigger ausgelöst würden. Unmittelbar komme es bei ihm zu einem Gefühl des Unwohlseins (Erregungszustand). Er könne Impulse und Emotionen nur schlecht regulieren und leide an einer ausgeprägten Identitätsproblematik. Aufgrund der Komplexität und der Schwere der Symptomatik erachteten sie, die behandelnden Fachpersonen, den Beschwerdeführer weder als ausbildungsfähig noch als arbeitsfähig (IV-Nr. 93). 4.12 Dr. med. C.____ vom RAD empfahl am, 15. Januar 2020 eine erneute psychiatrische Begutachtung (IV-Nr. 94).

E. 4.13

4.13.1 Med. pract. K.____ gibt in seinem psychiatrischen Gutachten vom 4. Juni 2020 (IV-Nr. 102) zunächst die medizinischen Vorakten wieder, unter anderem das frühere psychiatrische Gutachten von Dr. med. D.____ vom 26. April 2019, das neuropsychologische Gutachten von Prof. Dr. rer. nat. H.____ und lic. phil. I.____, Klinik J.____, vom 9. Dezember 2019 sowie Berichte und Stellungnahmen des behandelnden Psychiaters Dr. med. F.____, Klinik E.____ und IV-interne Akten (IV-Nr. 102 S. 5-15). Anschliessend folgen die Aussagen des Beschwerdeführers, wobei der Gutachter festhält, dieser habe keine spontanen Angaben gemacht, der Tagesablauf sei erfragt worden (IV-Nr. 102 S. 15). Die vertiefende Befragung bezog sich zunächst auf das jetzige Leiden und anschliessend auf die Anamnese, welche unter verschiedenen Aspekten ausführlich wiedergegeben wird (IV-Nr. 102 S. 15 -20), den Tagesablauf, die bisherigen Behandlungen inkl. Medikamente sowie Zukunftsvorstellungen (a.a.O., S. 21 f.). In der Folge beschreibt der Gutachter die Untersuchungsbefunde (a.a.O., S. 22 ff.). Der psychiatrische Befund / Psychostatus nach dem System der AMDP (Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie) wird ausführlich, unter Angabe der jeweiligen Werte nach AMDP, dargestellt, wobei die durch den Gutachter selbst erstellte Syndromauswertung nach AMDP pathologische Werte (> 54) im Sinne eines apathischen Syndroms (58) und eines depressiven Syndroms (60) ergab. Es folgt das «Abfragen der Kriterien für Persönlichkeitsstörungen nach ICD-10 F60.0, paranoide Persönlichkeitsstörung», welches den Experten zum Ergebnis führt, eine solche Persönlichkeitsstörung sei eher nicht gegeben, es bestünden aber paranoide Persönlichkeitszüge (a.a.O., S. 24). Gestützt auf eine analoge Auswertung in Bezug auf eine schizoide Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.1) gelangt med. pract. K.____ zum Resultat, insgesamt seien die Kriterien für eine schizoide Persönlichkeitsstörung deutlich erfüllt (a.a.O., S. 24 f.). Er diagnostiziert die folgenden Störungen: · Agoraphobie (ICD-10 F40.00) · Zwangsstörung, vorwiegend Zwangshandlungen (ICD-10 F42.1) · Mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1; DD rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradig, ICD-10 F33.1) · Schizoide Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.1) · Akzentuierte Persönlichkeitszüge, mit paranoidem Schwerpunkt (ICD-10 Z73) · Verdacht auf intellektuelle Beeinträchtigung nach DSM 5, leichtgradig.

4.13.2 Leicht im Vordergrund stehen nach der Einschätzung des Experten die Diagnosen der Agoraphobie und der Zwangsstörung. Sie hätten einen deutlichen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Diese Diagnosen könnten im Rahmen einer Begutachtung nicht zusätzlich objektiviert werden; hier könnten nur die im Rahmen des Psychostatus gemachten Angaben zugrunde gelegt werden. Jedoch zeige sich auch aus der Anamnese heraus, dass die Zwänge und die Agoraphobie vorlägen. Somit ergebe sich ein schlüssiges Bild. Sowohl die Zwänge als auch die Agoraphobie könnten, im Rahmen eines psychotherapeutischen Störungsmodells, als pathologischer Kompensationsmechanismus der deutlich unterdurchschnittlichen intellektuellen Leistungsfähigkeit gesehen werden, aber auch als Folge des nicht kontrollierbar erlebten Lebens in der Kindheit und Jugend des Exploranden (GA S. 26). Soweit ersichtlich, gründen die Diagnosen einer Agoraphobie und einer Zwangsstörung, welche für den Gutachter leicht im Vordergrund stehen, in erster Linie auf den Aussagen des Beschwerdeführers bei der Erhebung des Psychostatus nach dem System AMDP. Diese ergab für Agoraphobie einen Wert 3, der wie folgt begründet wird (GA S. 23): «Er vermeide es, allein zum Einkaufen zu gehen. Er habe auch immer wieder Schwindel gehabt, habe das Gefühl gehabt, das Herz schlage extrem schnell, er schwitze immer wieder,

anschliessend habe er sofort kalt, dazu Kopfweg über den Schläfen, Beklemmungsgefühl, und er schäme sich auch und habe auch Angst, die Kontrolle zu verlieren. Das habe er jeden Tag, sobald er raus muss unter die Leute. Oder nur beim Telefonieren. Hier gehe es heute, da sei er bei einem Profi, sonst würden die meisten Psychologen ihn einfach nicht verstehen.» Weiter resultierte ein Wert 2 für einen Putzzwang. Hierzu wird ausgeführt: «Er habe Putzzwang (2). Mache er etwas, Sorge er dafür, dass er es sofort richtig mache. Vergesse er z.B. im Mail einen Betreff einzugeben, stresse ihn das mehrere Tage. Das habe ihn immer Zeit gekostet. Nach und nach habe er schneller werden können, aber in der Anfangszeit sei er langsam gewesen. Z.B. beim Militär die Wäsche abziehen, da sei er anfangs der Langsamste gewesen, am Ende sei er der Schnellste gewesen. Doch, insgesamt sei er recht langsam im Vergleich mit anderen Leuten.» Der Gutachter legt weiter dar, es zeige sich auch aus der Anamnese heraus, dass die Zwänge und die Agoraphobie vorlägen. Den Schilderungen des Beschwerdeführers zum Tagesablauf lässt sich in diesem Zusammenhang entnehmen, Einkäufe erledige er mit seinem Bruder. Allein könne er das nicht, er wisse nicht warum. Er habe das Gefühl, die ganze Zeit beobachtet zu werden. Er fühle sich anders als die anderen Leute. Auch mit seinem Bruder sei es Stress, aber es gehe. Allein sei es heavy, er denke, die Leute wüssten Bescheid über ihn, dass er etwas verberge. Den Haushalt erledige er selbst. Würde man ihn jetzt spontan besuchen, dort sehe es extrem sauber aus. Er brauche es sauber. Jedes Staubkorn müsse beseitigt werden; er brauche das. Deswegen seien die Familientreffen immer bei ihm, weil es bei ihm viel sauberer sei als bei den anderen (GA S. 20). 4.13.3 Der Gutachter med. pract. K.____ geht weiter auf die «auffälligen Verhaltensmuster» des Beschwerdeführers ein. Er führt dazu aus, wenn man klinisch und auf Basis der Kriterien für Persönlichkeitsstörungen (ICD-10 F6) die Verhaltensweisen und Symptome des Beschwerdeführers durchgehe, seien die Kriterien für eine schizoide Persönlichkeitsstörung deutlich erfüllt. Die Muster liessen sich auf die Kindheit und Jugend zurückführen und dürften überwiegend wahrscheinlich einerseits durch die Schwierigkeiten im Elternhaus begründet und andererseits auch der Pathologie des Vaters geschuldet sein. Den gleichen Hintergrund hätten überwiegend wahrscheinlich die akzentuierten Persönlichkeitszüge mit paranoidem Schwerpunkt, wobei hier die Kriterien für eine Persönlichkeitsstörung nicht ausreichend erfüllt seien. 4.13.4 Was die Differenzen zu den Einschätzungen anderer Fachpersonen anbelangt, führt der Gutachter aus, mit den oben ausgeführten Angaben zur depressiven Störung, zu den auffälligen Verhaltensmustern und der kognitiven Beeinträchtigung des Exploranden stimme er mit den Behandlern weitestgehend überein, ausser dass er eine rezidivierende Depression als nicht belegt ansehen müsse. Warum jedoch die Behandler weder die Agoraphobie noch die Zwänge als Diagnosen in ihren Berichten angeführt hätten, obwohl der Explorand davon berichte, dass dieses längst therapeutisch angegangen worden sei, könne im Rahmen dieses Gutachtens nicht schlüssig erklärt werden. Dass der Vorgutachter Dr. med. D.____ diese Diagnose nicht angeführt habe, dürfte überwiegend daran liegen, dass er im von ihm erhobenen Psychostatus nur sehr spärlich Selbstbeurteilungs-Items abgefragt habe. Weiter hält med. pract. K.____ fest, der Vorgutachter habe es unterlassen, den Psychostatus nach dem AMDP-System darzustellen. Überhaupt verlasse sich der Vorgutachter Dr. med. D.____ mehrheitlich auf seine Fremdbeurteilung und nicht auch (wie es zumindest vom AMDP-System vorgegeben sei) auf Eigenbeurteilungen des Exploranden. Weiter vermöge die Herleitung der Diagnose eines adulten ADHS nicht zu überzeugen. Bei der Beurteilung des Verlaufs führt der Experte med. pract. K.____ aus, es könne keine posttraumatische Belastungsstörung diagnostiziert werden und eine solche sei auch früher nicht diagnostiziert

worden (GA S. 33). Unklar bleibt diesbezüglich, wie es sich mit der komplexen posttraumatischen Belastungsstörung verhält, welche Dr. med. F.____ und lic. phil. Q.____ in ihrer Stellungnahme vom 19. Dezember 2019 (IV-Nr. 93; E. II. 5.11 hiervor) diagnostiziert hatten. Der Gutachter nimmt auch verschiedentlich auf das neuropsychologische Gutachten vom 9. Dezember 2019 (E. II. 5.10 hiervor) und die dort ermittelten IQ-Werte Bezug. Dazu ist festzuhalten, dass sowohl der Gesamtwert als auch jedes einzelne Teilresultat über demjenigen Bereich liegt, der nach ICD-10 (F70) als leichte Intelligenzminderung und damit als krankheitswertig anzusehen ist. 4.13.5 Der Beschwerdeführer ist gemäss gutachterlicher Einschätzung in der bisherigen Tätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig, dies «von Beginn der Ausbildung an». Zum Belastungsprofil führt der Experte aus, eine möglicherweise geeignete Tätigkeit für den Beschwerdeführer könnte vorliegen, wenn keine mittleren bis hohen kognitiven Leistungsansprüche gefordert seien, kein Druck ausgeübt werde, wenig Kontakt zu anderen Personen verlangt werde, er keine zeitlichen Vorgaben erhalte und ein wohlwollendes Umfeld gegeben sei. Die Idee des Beschwerdeführers, kreativ im Bereich des Tattoo-Gewerbes zu werden, könnte insofern realistisch umsetzbar sein, wenn diese Kriterien erfüllt seien und er nicht selbständig arbeiten müsse. Für die Einschätzung dieser Leistungsfähigkeit sei zu berücksichtigen, dass der Beschwerdeführer sowohl aufgrund seiner kognitiven Leistungseinschränkungen (die allerdings, wie erwähnt, keinen Krankheitswert gemäss ICD-10 erreichen) als auch aufgrund seiner Zwanghaftigkeit und teils auch der Phobie in der Regel eher langsam und nicht einen vollen Arbeitstag durchgehend einer Arbeit werde nachgehen können. Auf dieser Basis seien zurzeit 30 bis maximal 40 % Arbeitsfähigkeit anzunehmen. Diese Einschätzung gelte ebenfalls seit Beginn der Ausbildung (GA S. 32).

E. 5

5.1 Der Versicherungsträger kann auf formell rechtskräftige Verfügungen oder Einspracheentscheide zurückkommen, wenn diese zweifellos unrichtig sind und wenn ihre Berichtigung von erheblicher Bedeutung ist (Art. 53 Abs. 2 ATSG). Zweifelloser Unrichtigkeit kann auch dann vorliegen, wenn der Versicherungsträger notwendige Abklärungen unterlassen und damit den Untersuchungsgrundsatz (Art. 43 Abs. 1 ATSG) in grober Weise verletzt hat. Qualifiziert unrichtig ist eine Verfügung unter diesem Aspekt insbesondere dann, wenn die notwendigen fachärztlichen Abklärungen überhaupt nicht oder nicht mit der erforderlichen Sorgfalt durchgeführt wurden (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_427/2014 vom 1. Dezember 2014 E. 2.2). Diese Situation liegt hier vor, denn angesichts der Aktenlage und der Feststellungen im Intake-Gespräch vom 5. April 2013 getroffen wurden, sowie insbesondere der im Anschluss an das Intake-Gespräch abgegebenen Einschätzung des RAD-Arztes Dr. med. M.____ (E. II. 4.3 hiervor; IV-Nr. 7), wären ergänzende medizinische Abklärungen auf jeden Fall geboten gewesen. Dr. med. M.____ wies auf zahlreiche Symptome hin, die mit einer psychischen Störung vereinbar wären. Weiter erwähnte er bereits damals die Möglichkeit einer posttraumatischen Reaktion sowie den Verdacht auf einen sexuellen Missbrauch in der Kindheit, eine Selbstwertproblematik und eine «waschechte depressive Komponente». Auch Wahrnehmungen, welche mit Angst gekoppelt schienen und einen zumindest präpsychotischen Charakter hätten, werden bereits in der damaligen Einschätzung des RAD-Arztes genannt. Eine pflichtgemässe Anspruchsprüfung hätte vor diesem Hintergrund zwingend eine psychiatrische Abklärung umfassen müssen. Deren Unterlassung kommt einer groben Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes gleich. Die Beschwerdegegnerin war daher befugt, im Rahmen einer Wiedererwägung auf die Verfügung vom 27. Februar 2014 zurückzukommen und den

Rentenanspruch des Beschwerdeführers neu zu prüfen. Im Rahmen dieser Neubeurteilung gelangte sie gestützt auf das Gutachten von med. pract. K.____ zum Ergebnis, der Beschwerdeführer sei bereits seit dem Beginn der Ausbildung wegen einer psychischen Störung nicht arbeitsfähig.

5.2 In zeitlicher Hinsicht ist, falls wie hier ein IV-spezifischer Gesichtspunkt zur Diskussion steht, eine Rentenerhöhung (und analog dazu eine Rentenzusprechung nach vorgängiger Verweigerung, vgl. BGE 125 V 433 E. 5.2 S. 436; 110 V 291 E. 3d S. 296 f.), welche sich auf eine Wiedererwägung nach Art. 53 Abs. 2 ATSG stützt, frühestens von dem Monat an möglich, in dem der Mangel entdeckt wurde (Art. 88bis Abs. 1 lit. c IVV; BGE 110 V 291). Wenn sich die zweifellose Unrichtigkeit aus einer Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes ergibt, steht allerdings regelmässig eine Korrektur mit Wirkung ex nunc et pro futuro in Vordergrund (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_456/2017 vom 23. Februar 2018 E. 3.1 und 9C_19/2008 vom 29. April 2008 E. 2.1, wobei beide Entscheide eine Korrektur zum Nachteil der versicherten Person betrafen). Angesichts der insoweit bestehenden Einigkeit der Parteien besteht jedoch kein Anlass für entsprechende Weiterungen. Den Zeitpunkt der Entdeckung des Mangels setzte die Beschwerdegegnerin in ebenfalls nicht zu beanstandender Weise auf die Neuanmeldung vom 12. Oktober 2015 fest. Gestützt auf das psychiatrische Administrativgutachten von Dr. med. K.____ vom 4. Juni 2020 gelangte sie in ebenfalls vertretbarer Weise zum Ergebnis, es liege zurzeit keine verwertbare Arbeitsfähigkeit vor, der Invaliditätsgrad betrage deshalb 100 % und es bestehe Anspruch auf eine ganze Rente ab 1. Oktober 2015.

6. Es stellt sich die Frage, ob vor diesem Hintergrund die Voraussetzungen für eine prozessuale Revision als erfüllt anzusehen sind.

6.1 Die Akten enthalten keine nachzeitlich entdeckten echtzeitlichen, den damals zu beurteilenden Zeitraum bis zur Verfügung vom 27. Februar 2014 betreffenden Stellungnahmen von Fachpersonen, welche damals nicht bekannt waren. Die für eine prozessuale Revision typische Konstellation, dass nachträglich ein Beweismittel entdeckt wird, welches damals bereits existierte, aber nicht bekannt oder nicht auffindbar war, liegt daher nicht vor.

6.2 Grundsätzlich ist es auch möglich, dass ein erst jetzt existierendes Beweismittel den für eine Revision vorausgesetzten klaren Nachweis einer früheren Tatsache (im Sinne einer Feststellung und nicht einer blossen Würdigung des Sachverhalts) zu erbringen vermag. So verhält es sich etwa, wenn mithilfe neuer Untersuchungsmethoden, welche früher noch nicht existierten, der Nachweis für eine Tatsache erbracht werden kann, die sich vor Jahre zugetragen hat. Im hier interessierenden Bereich medizinischer Fragen in der Sozialversicherung kommt es vor, dass sich die Ursache für eine bestimmte Symptomatik aufgrund neu entwickelter Verfahren nunmehr bildgebend darstellen lässt, so dass ein Ergebnis vorliegt, welches reproduzierbar und von der untersuchenden Person unabhängig ist. Trifft dies zu, liegt unter Umständen ein Revisionsgrund vor. Anschliessend ist zu prüfen, ob sich beweismässig erhärten lässt, dass die neu als erstellt anzusehende Tatsache bereits während des Zeitraums gegeben war, auf den sich die seinerzeitige Verfügung, deren (prozessuale) Revision zur Diskussion steht, bezog (vgl. das Urteil des Versicherungsgerichts VSGES.2020.1 vom 29. Januar 2021 wo dieser vergangenheitsbezogene Nachweis allerdings nicht gelang).

6.3

6.3.1 Bei einer psychischen Problematik, wie sie hier zu beurteilen ist, sind bildgebende Nachweise naturgemäss nicht verfügbar. Es erscheint als überaus schwierig, ein neues Beweismittel vorzulegen, welches nicht bloss eine abweichende Würdigung, sondern die verbindliche Feststellung des Sachverhalts ermöglicht, und dies nicht nur für den aktuellen, sondern auch für einen Jahre zurückliegenden Zeitpunkt oder Zeitraum. Vollkommen ausschliessen lässt sich dies jedoch nicht. Deshalb ist im Einzelfall zu prüfen, ob von einer Situation gesprochen werden kann, welche derart eindeutig ist, dass sie einer neu bildgebend festgestellten Tatsache gleichkommt.

6.3.2 Eine solche Konstellation liegt hier nicht vor. Von einem klaren Ergebnis, welches reproduzierbar ist und (hinreichende Fachkenntnisse vorausgesetzt) nicht von der untersuchenden Person abhängt, kann schon deshalb nicht gesprochen werden, weil die Ärzte und Fachpersonen, welche sich seit der Neuanmeldung im Oktober 2015 mit dem psychischen Gesundheitszustand des Beschwerdeführers befasst haben, keineswegs zu gleichlautenden Ergebnissen gelangt sind. Es ist zwar nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin in ihrem neuen Entscheid für die Beurteilung des aktuellen Rentenanspruchs auf das Gutachten von med. pract. K.____ abgestellt hat, auch wenn einzelne Fragen offenbleiben (vgl. E. II. 4.13.4 hiervor). Ebenso wenig lässt sich aber sagen, die anderslautende Einschätzung des Vorgutachters Dr. med. D.____ sei im Ergebnis klar fehlerhaft. Im neuropsychologischen Gutachten vom 9. Dezember 2019 wird zwar die von Dr. med. D.____ gestellte Diagnose einer ADHS verworfen, zugleich aber festgehalten, die Diagnose basiere grundsätzlich auf Verhaltensauffälligkeiten im Alltag und für die Testdiagnostik seien bis anhin keine einheitlichen Richtwerte erstellt worden (IV-Nr. 90 S. 19). Von einer klaren Widerlegung der Einschätzung des Erstgutachters kann unter diesen Umständen nicht gesprochen werden.

Die behandelnden Fachpersonen der Klinik E.____ diagnostizieren in ihrem Bericht vom 15. August 2018 eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome, sowie Probleme bei sexuellem Missbrauch in der Kindheit (IV-Nr. 45 S. 4), in ihrer Stellungnahme vom 14. Mai 2019 eine emotional instabile Persönlichkeitsstörung vom Typ Borderline (IV-Nr. 77 S. 4) und im Schreiben vom 19. Dezember 2019 eine komplexe posttraumatische Belastungsstörung sowie dissoziative Störungen (IV-Nr. 93 S. 2). Die Agoraphobie und die Zwangsstörungen, welche der Gutachter med. pract. K.____ als «leicht im Vordergrund» stehend bezeichnet und welchen er einen entscheidenden Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit beimisst (vgl. IV-Nr. 102 S. 27 und S. 33), wurden weder durch den Vorgutachter noch durch die aktuell oder früher behandelnden Fachpersonen diagnostiziert. Dasselbe gilt für die schizoide Persönlichkeitsstörung, wobei der Vorgutachter Dr. med. D.____ immerhin eine in diese Richtung weisende Differenzialdiagnose gestellt hatte.

Von einem klaren medizinischen Sachverhalt, der aus fachlich-psychiatrischer Sicht nur eine Interpretation zuliesse (und damit einer bildgebenden Untersuchung gleichgesetzt werden könnte), kann mit Blick auf die vorstehenden Erwägungen nicht gesprochen werden. Vielmehr enthält das Dossier unterschiedliche Einschätzungen. Die Differenzen betreffen nicht nur untergeordnete Aspekte diagnostischer Einordnung, sondern den Kern des medizinischen Sachverhalts. Sie beziehen sich überdies auch auf die Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit, welche durch Dr. med. D.____ auf 70 % geschätzt wird, während med. pract. K.____ von 30 ■ 40 % ausgeht, wogegen Dr. med. F.____ und lic. phil. G.____ keine Arbeitsfähigkeit attestieren.

6.3.3 Es kommt hinzu, dass die unterschiedlichen Einschätzungen ihren Grund auch in unterschiedlichen Vorgehensweisen zu haben scheinen. So fällt auf, dass sich med. pract. K. ___ bei seiner Beurteilung und der Herleitung der Diagnosen schwergewichtig auf die Aussagen stützt, welche der Beschwerdeführer ihm gegenüber auf entsprechendes «Erfragen» hin machte. Namentlich basieren die für die gutachterliche Einschätzung zentralen, leicht im Vordergrund stehenden Diagnosen einer Agoraphobie und einer Zwangsstörung (gemeint ist offenbar ein Putzzwang) nahezu ausschliesslich auf die Antworten des Beschwerdeführers im Rahmen der Befunderhebung nach dem AMDP-System und bei der Anamneseerhebung. Der Vorgutachter Dr. med. D. ___ hatte ein anderes Vorgehen gewählt, das zusätzlich eine Fremdanamneseerhebung bei der Mutter des Beschwerdeführers umfasste, aber in der Exploration stärker auf Beobachtung und Interpretation als auf direktes Erfragen von Symptomen setzte. Med. pract. K. ___ sieht in diesem unterschiedlichen Vorgehen denn auch einen Grund für die unterschiedlichen Einschätzungen. Die Ergebnisse sind demnach nicht unabhängig von der untersuchenden Person, zumal gerichtsnotorisch ist, dass beide Vorgehensweisen verbreitet sind, ohne dass die eine als fachlich unzureichend zu gelten hätte.

6.3.4 Kann bereits in Bezug auf die aktuelle Beurteilung nicht von einem eindeutigen Sachverhalt gesprochen werden, der anderslautende Einschätzungen als klar fehlerhaft erscheinen liesse, muss dies erst recht in Bezug auf die rückwirkende Beurteilung gelten. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer eine ganze Rente ab Oktober 2015 zugesprochen, er verlangt eine ganze Rente ab September 2013. Relevant ist also der Sachverhalt von September 2012 (Beginn des Wartejahres) bis September 2015, mehrere Jahre vor dem Gutachten von Dr. med. D. ___ vom 26. April 2019 und von med. pract. K. ___ vom 4. Juni 2020. Für diesen Zeitraum liegen keine echtzeitlichen fachärztlich-psychiatrischen Beurteilungen vor. Eine rückwirkende Beurteilung, deren Ergebnisse derart zwingend sind, dass jede abweichende Stellungnahme als klare Fehldiagnose zu werten wäre, liegt nur schon mit Blick auf die Widersprüche in den aktuellen Einschätzungen nicht vor.

6.4 Schliesslich ist noch auf Folgendes hinzuweisen: Die umgekehrte Konstellation, in der zunächst in Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes eine Rente zugesprochen wurde und diese in der Folge infrage gestellt wird, ohne dass sich der Sachverhalt erheblich verändert hätte, kommt in der gerichtlichen Praxis wesentlich häufiger vor. Eine allfällige Korrektur erfolgt diesfalls nicht unter dem Titel einer prozessualen Revision, sondern einer Wiedererwägung. In der hier gegebenen Situation, welche mit umgekehrten Vorzeichen dieselbe ist, kann es sich nicht anders verhalten.

6.5 Nach dem Gesagten liegt kein prozessualer Revisionsgrund vor. Damit besteht keine Grundlage für eine über den 1. Oktober 2015 hinausgehende, rückwirkende Rentenzusprechung. Die Beschwerde ist abzuweisen.

7.2 Aufgrund von Art. 69 Abs. 1bisIVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 ■ 1'000.00 festgelegt. Als unterliegende Partei hat der Beschwerdeführer die Verfahrenskosten von CHF 1'000.00 zu bezahlen, die mit dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe zu verrechnen sind.

Demnach wird beschlossen und erkannt:

3. Der Beschwerdeführer hat die Verfahrenskosten von CHF 1'000.00 zu bezahlen. Diese werden mit dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe verrechnet.

4. Je eine Kopie des Protokolls der Verhandlung vom 3. Mai 2022 geht zur Kenntnisnahme an die Parteien.

Rechtsmittel

Gegen diese Entscheidung kann innerhalb 30 Tageseit 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 Zwischenentscheidungen (dazu gehört auch die Rückweisung zu weiteren Abklärungen) sind die zusätzlichen Voraussetzungen nach Art. 92 oder 93 BGG zu beachten.

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Der Präsident

Die Gerichtsschreiberin

Flückiger

Wittwer

E. 7

7.1 Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 61 lit. g ATSG). 7.2 Aufgrund von Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 – 1'000.00 festgelegt. Als unterliegende Partei hat der Beschwerdeführer die Verfahrenskosten von CHF 1'000.00 zu bezahlen, die mit dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe zu verrechnen sind.

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