

SO_GERICHTE VSBES.2021.207 vom 28. Juli 2023

SO Obergericht, 2023-07-28, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2021.207_d20230728

FR: SO_GERICHTE VSBES.2021.207 du 28 juillet 2023

IT: SO_GERICHTE VSBES.2021.207 del 28 luglio 2023

Regeste

Invalidenrente und berufliche Massnahmen

Erwägungen

E. 2

a) Es seien dem Beschwerdeführer ab wann rechtens die gesetzlichen Leistungen (berufliche Massnahmen, Invalidenrente) nach Massgabe einer Erwerbsunfähigkeit von mindestens 40 % zzgl. einem Verzugszins zu 5 % ab wann rechtens auszurichten. b) Eventualiter: Es sei ein medizinisches Gerichtsgutachten unter Einbezug mindestens der psychiatrischen Fachdisziplin einzuholen. c) Subeventualiter: es seien ergänzende medizinische und/oder beruflich-erwerbsbezogenen Abklärungen durchzuführen.

E. 3

Dem Beschwerdeführer sei die volle unentgeltliche Rechtspflege und Rechtsverteidigung unter gleichzeitiger Einsetzung des unterzeichneten Rechtsanwalts als unentgeltlicher Rechtsbeistand zu gewähren.

E. 3.1

S. 73, mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 8C_819/2013 vom 4. Februar 2014 E. 2).
5.1 Im Zeitpunkt der mit Urteil des Versicherungsgerichts VSBES.2017.241 vom 14. Januar 2019 bezüglich der Rentenfrage bestätigten und in diesem Punkt in Rechtskraft erwachsenen ursprünglichen Verfügung vom 9. August 2017 erfolgte die Verneinung des Rentenanspruchs durch die Beschwerdegegnerin im Wesentlichen gestützt auf das Gutachten des F.____ vom 16. April 2015 (IV-Nr. 102.1), welchem im vorgenannten Urteil des Versicherungsgericht voller Beweiswert zuerkannt wurde (s. Urteil des Versicherungsgerichts VSBES.2017.241 vom 14. Januar 2019 E. 6). Im F.____-Gutachten wurden folgende Diagnosen gestellt: Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: - Chronisches lumbovertebrales Syndrom - Status nach interkorporeller Spondylodese LWK5/SWK1 mit PLIF-Cage und - Status nach dorsaler Spondylodese LWK4 bis SWK1 mit Fixateur externe wegen lumbosakraler Spondylolisthesis 1. Grades (7. März 2002) - Einwandfreier Sitz des Osteosynthesematerials ohne Lockerung - Geringe lumbale rechtskonvexe Achsenabweichung von 10° mit Scheitelpunkt bei LWK2/3 - Morbus Baastrup und überlastungsbedingte Spondylarthrose LWK3/4, beginnende Spondylose L3 und L4 Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit - Diabetes mellitus Typ II - Adipositas (BMI 33) - Klinisch Tendoperiostose am Trochanter major der linken Hüfte - Störungen durch Cannabinoide, gegenwärtig regelmässiger Substanzgebrauch - Störungen durch Tabak, regelmässiger Substanzgebrauch - Status nach Störungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen (Alkohol, Kokain, Amphetamin und Ecstasy) - Status nach rezidivierender depressiver Störung, aktuell

remittiert - Status nach Suizidversuchen - Anamnestisch Status nach Mittelhandverletzung/Fraktur und leichte Fehlstellung Digitus V rechts Zur Beurteilung führten die Gutachter aus, was die zuletzt ausgeübte Arbeit als Koch anbetreffe, gehe man davon aus, dass es sich hier um eine vorwiegend, beziehungsweise praktisch ausschliesslich stehende Tätigkeit handle, die mit regelmässiger Rückenbelastung gerade durch das Stehen, verbunden sei, so dass man zur Beurteilung komme, dass der angestammte Beruf als Koch nicht mehr zumutbar sei. Medizinisch könne ausgesagt werden, dass dem Versicherten aufgrund seines Rückenbefundes körperlich schwere Tätigkeiten nicht mehr zumutbar seien, hingegen seien leichte bis mittelschwere Arbeiten, die der Versicherte in Wechselstellung ausüben könne aus somatischer orthopädischer Sicht zu 90 % zumutbar. Die Einschränkung resultiere auf Grund der nachvollziehbaren Schmerzproblematik, weshalb dem Versicherten ein erhöhter Pausenbedarf zugebilligt werde. Wegen der internistischen Befunde bestehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Aufgrund der psychiatrischen, aktuell erheblichen Befunde könne ebenfalls keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit abgeleitet werden. Allerdings gehe man auf Grund der Anamnese und der durchgemachten depressiven Episoden von einer verminderten psychischen Belastbarkeit aus, die man ebenfalls im Sinne eines erhöhten Pausenbedarfs mit

E. 4

Es sei eine öffentliche Verhandlung nach Art. 6 Ziff. 1 EMRK durchzuführen.

E. 5

Alles unter Kosten- und Entschädigungsfolge zu Lasten der Beschwerdegegnerin. 5. Mit Eingabe vom 12. Januar 2022 (A.S. 32) verzichtet die Beschwerdegegnerin auf Einreichung einer begründeten Beschwerdeantwort und schliesst auf Abweisung der Beschwerde. 6. Mit Verfügung vom 13. Januar 2022 (A.S. 33 f.) wird dem Beschwerdeführer ab Prozessbeginn die unentgeltliche Rechtspflege erteilt und Rechtsanwalt Claude Wyssmann, [...], als unentgeltlicher Rechtsbeistand bestellt. 7. Mit Verfügung vom 11. Oktober 2022 (A.S. 47 ff.) wird bei Prof. Dr. med. I.____, Facharzt für Psychiatrie & Psychotherapie, [...], ein Gerichtsgutachten veranlasst. Das Gutachten ergeht am 24. März 2023 (A.S. 54 ff.). 8. Mit Stellungnahme vom 4. Mai 2023 (A.S. 132) lässt sich der Beschwerdeführer abschliessend vernehmen und stellt die Anträge, es sei auf das Gerichtsgutachten von Prof. Dr. med. I.____ vom 24. März 2023 abzustellen und es seien die Kosten desselben der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. 9. Auf die weiteren Ausführungen in den Rechtsschriften der Parteien wird, soweit erforderlich, in den folgenden Erwägungen eingegangen. Im Übrigen wird auf die Akten verwiesen. II. 1. 1.1 Die Sachurteilsvoraussetzungen (Einhaltung von Frist und Form, örtliche und sachliche Zuständigkeit des angerufenen Gerichts) sind erfüllt. Auf die Beschwerde ist einzutreten. 1.2 Am 1. Januar 2022 trat das revidierte Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) in Kraft. 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). 2. 2.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). 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 IVG). 2.2 Gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen 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 sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. b und c). Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente. 2.3 Gemäss Art. 8 Abs. 1 IVG haben Invalide oder von einer Invalidität (Art. 8 ATSG) bedrohte Versicherte Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen, soweit - diese notwendig und geeignet sind, die Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, wieder herzustellen, zu erhalten oder zu verbessern; und - die Voraussetzungen für den Anspruch auf die einzelnen Massnahmen erfüllt sind. 3. 3.1 Wurde eine Rente wegen eines fehlenden oder zu geringen Invaliditätsgrades bereits einmal verweigert bzw. aufgehoben, 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. 3 und 4 IVV). 3.2 Tritt die Verwaltung – wie im vorliegenden Fall – auf eine Neuanschuldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 ATSG vorzugehen. 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 133 V 108, 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 Neuanschuldungsverfahren – analog zur Rentenrevision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG, s. BGE 105 V 30 – durch Vergleich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der Ablehnungsverfügung bestanden hat, mit demjenigen zur Zeit der streitigen neuen Verfügung (BGE 130 V 73 E. 3.1 mit Hinweisen; AHI 1999 S. 84 E. 1b). 4. 4.1 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 132 V 99 f. E. 4, 125 V 261 E. 4). 4.2 Das Administrativverfahren vor der IV-Stelle wie auch der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1, Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben IV-Stelle und Sozialversicherungsgericht den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen

Tatsachen hinreichende Klarheit besteht. Der Untersuchungsgrundsatz weist enge Bezüge zum – auf Verwaltungs- und Gerichtsstufe ebenfalls in gleicher Weise geltenden – Prinzip der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c in fine ATSG) auf (einschliesslich die antizipierte Beweiswürdigung): Führt die pflichtgemässe, umfassende und sachbezogene Beweiswürdigung den Versicherungsträger oder das Gericht zur Überzeugung, der Sachverhalt sei hinreichend abgeklärt, darf von weiteren Untersuchungen (Beweismassnahmen) abgesehen werden. Ergibt die Beweiswürdigung jedoch, dass erhebliche Zweifel an Vollständigkeit und/oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellungen bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteil des BGer vom 9. April 2008, 8C_308/2007, E. 2.2.1 mit vielen Hinweisen). 4.3 Der im Sozialversicherungsrecht massgebende Beweisgrad ist derjenige der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 117 V 194 f. E. 3.b). Das Bundesrecht schreibt nicht vor, wie die einzelnen Beweismittel zu würdigen sind. Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsbeschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (BGE 125 V 352 E. 3a). Der Sozialversicherungsrichter hat alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf er bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum er auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten – d.h. der Anamnese – abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und in seinen Schlussfolgerungen begründet ist (AHI 1997 S. 121; BGE 122 V 160). Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten. Die Rechtsprechung erachtet es jedoch als mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (BGE 125 V 352 ff. E. 3b). So ist einem im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten medizinischen Gutachten durch externe Spezialärzte, welches auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten erstellt wurde und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangt, in der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 104 V 212). Andererseits ist der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Ärzte im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen mitunter eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 353). 5. Strittig und zu prüfen ist vorliegend, ob die Beschwerdegegnerin den Anspruch des Beschwerdeführers auf berufliche Massnahmen und eine Invalidenrente zu Recht verneint hat. Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neuanmeldungsverfahren – analog zur Rentenrevision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG (BGE 105 V 29 S. 30) – durch Vergleich des Sachverhalts, wie er im Zeitpunkt der letzten Ablehnungsverfügung – vorliegend am 9. August 2017 (IV-Nr. 122) – bestanden hat, mit demjenigen zur Zeit der streitigen neuen Verfügung vom 3. November 2021 (BGE 130 V 71 E).

E. 10

% beurteile. Somit komme man zu einer Gesamtverminderung der Arbeitsfähigkeit in adaptierter Tätigkeit von 20 %, im Sinne eines verminderten Rendements. Aufgrund der festgehaltenen Befunde sowohl in den Vorakten, wie dann auch im B.____ - und E.____-Gutachten könne davon ausgegangen werden, dass sich zu diesen Zeitpunkten ein ähnlicher Zustand gezeigt habe. Dokumentierterweise sei der Versicherte aber zwischenzeitlich auch vermehrt depressiv gewesen, dies insbesondere im Zusammenhang mit dem Unfalltod seiner Lebenspartnerin und seines Sohnes 2008. In diesem Rahmen habe der Versicherte auch einen Suizidversuch gemacht. Aktuell sei aber keine depressive Symptomatik mehr feststellbar. Man müsse aber davon ausgehen, dass zu den Zeitabschnitten der dokumentierten Phasen und insbesondere der Hospitalisationen keine Arbeitsfähigkeit vorgelegen habe. In einer dem Leiden angepassten Tätigkeit sei der Versicherte arbiträr retrograd beurteilt zu 80 % arbeitsfähig gewesen, ausgenommen die Perioden der psychiatrischen Hospitalisationen und der Zeit vor und nach diesen und anschliessend an die Rückenoperation für sechs bis acht Monate. In diesen Perioden habe keine Arbeitsfähigkeit bestanden.

5.2 Bei Erlass der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 3. November 2021 präsentierte sich der medizinische Sachverhalt im Wesentlichen wie folgt:

5.2.1 Im Austrittsbericht der Psychiatrischen Dienste Solothurn vom 29. April 2019 (IV-Nr. 155) wurden folgende Diagnosen gestellt:

Der Beschwerdeführer sei im Rahmen eines Suizidversuchs mit Tablettenintoxikation nach abgeschlossener intensivmedizinischer Überwachung im J.____ auf freiwilliger Basis zur diagnostischen Abklärung und Klärung der sozialen Situation zugewiesen worden. Unter Etablierung einer antidepressiven Medikation mittels Duloxetin und nach ausreichender Stabilisierung mit glaubhafter Distanzierung von potentieller Eigengefährdung sei die Verlegung auf die offen geführte Abteilung des Behandlungszentrums für Angst und Depressionen erfolgt. Hierbei habe der Beschwerdeführer regelmässig am multimodalen Therapieprogramm teilgenommen. Im Rahmen der explorativen Gespräche habe der Beschwerdeführer die unverarbeitete Trauer um seinen verstorbenen Sohn (2009) sowie Einsamkeit und soziale Isolation thematisiert. Zusätzlich hätten enorme Schwierigkeiten bei der Alltagsbewältigung sowie finanzielle Schwierigkeiten als Sozialhilfeempfänger bestanden. Aufgrund des langjährigen Cannabis-Konsums sei der Beschwerdeführer bereits in der K.____ in [...] ambulant angebunden worden. Im Rahmen des stationären Aufenthalts sei der initiale Suchtdruck mittels Truxal ohne Schwierigkeiten beherrscht worden. Es sei während der gesamten Zeit in der Klinik zu keinem Konsum-Rückfall gekommen.

5.2.2 Im Bericht der L.____ betreffend Röntgen der Lendenwirbelsäule vom 20. Oktober 2020 (IV-Nr. 172, S. 13) wurden folgende Befunde erhoben: «Zum Vergleich ein MRI der LWS vom 9. September 2013: Bekannter Status nach dorsaler Spondylodese Höhe LWK 4-SWK 1 mit intervertebralem Spacer/Cage Höhe LWK 5/SWK 1. Kein Materialbruch. Soweit im intermodalen Vergleich mit dem MRI der LWS beurteilbar, kein Hinweis auf eine relevante Lockerung (an sich wäre ein Vergleich mit konventionellen Voraufnahmen sinnvoll; diese uns nicht vorliegend). Kein Hinweis auf signifikante Anschlussarthrosen oder Frakturen der Wirbelkörper der mittleren bis oberen LWS. Kein Hinweis auf Osteodestruktionen. ISG bis auf geringe Degenerationen reizlos.»

5.2.3 Im Bericht des J.____, Wirbelsäulenchirurgie, vom 8. April 2021 (IV-Nr. 172, S. 8) wurden ein Zustand nach Fusionsoperation L4-S1 2005 sowie eine chronische rezidivierende LWS-Problematik diagnostiziert. Zur Befundlage wurde ausgeführt: «Altersentsprechender Patient. Bei der klinischen Untersuchung kein motorisches Defizit, M5 beidseits, reizlose Narbenverhältnisse dorsal. Kein Druck- oder Klopfschmerz paravertebral. Es wird eine Schmerzsymptomatik in Projektion kranial der LWS angegeben.»

5.2.4 Mit Bericht vom 14. April 2021 (IV-Nr. 172, S. 1) führte Dr. med. M.____, Allgemeine Innere Medizin, aus, es bestünden eine Depression sowie chronisch rezidivierende LWS-Beschwerden bei einem Zustand nach Fusionsoperation L4 ■ S1 2005. Eine angepasste wechselbelastende Tätigkeit sei aus ärztlicher Sicht möglich. Der Beschwerdeführer lebe in der N.____ Stiftung und versorge sich selbst.

5.2.5 Im Bericht der O.____ vom 2. Juni 2021 (IV-Nr. 174) wurden folgende Diagnosen gestellt:

Der Beschwerdeführer sei seit dem Jahr 2008 in der Klinik bekannt: Ambulant und auch stationär (vier Hospitalisationen). Vom 07/2020 sei er durch die Referentin für die weitere ambulante Behandlung unter oben erwähnten Diagnosen aufgenommen worden. Wichtig zu erwähnen sei, dass der Beschwerdeführer bereits fünf Suizidversuche unternommen habe. Immer, wenn er keine Ablenkung beziehungsweise Beschäftigung habe, werde die Bindungsproblematik getriggert, was die Verschlechterung der affektiven Symptomatik prädisponiere. Während der ambulanten Behandlung (2008 bis dato) seien mehrere Anpassungen der Medikation erfolgt. Der Beschwerdeführer habe mehrere Antidepressiva gehabt, welche wegen Nebenwirkungen oder ungenügender Wirkung abgesetzt worden seien. Seit 2019 sei die Behandlung mit Cymbalta erfolgt, welche aufdosiert worden sei und eine Verbesserung der depressiven Symptomatik gebracht habe. 2019 habe der Beschwerdeführer über fragliche akustische Halluzinationen (DD Pseudohalluzinationen) in Form von Tiergeräuschen berichtet, deswegen damals Beginn der Neuroleptika-Medikation mit Aripiprazol 15 mg/d. Darunter habe sich die Häufigkeit der psychotischen Episoden reduziert. Bei jeglicher Zuspitzung der depressiven Symptomatik werde er vermehrt durch paranoid verfärbte Ängste überwältigt. Seit Dezember 2020 spitzten sich solche Symptome wie Schlafstörungen, Niedergestimmtheit, Reizbarkeit und Antriebsverlust sowie Verfolgungsideen und akustische Halluzinationen DD Pseudohalluzinationen in Form von Tiergeräusche (Katze miauen) zu. Man interpretiere die erwähnten Sinnestäuschungen am ehesten im Rahmen des langjährigen Cannabiskonsums. Psychotherapeutisch werde eine ressourcenorientierte Gesprächstherapie durchgeführt, dem Beschwerdeführer würden die Strategien zum Umgang mit chronischen Schmerzen vermittelt. Es werde parallel die Suizidalität monitoriert. Er zeige sich immer kooperativ und für die Therapie motiviert. Hamilton Skala (04.2021) ■ 25 Punkte. Durch die klinische Beurteilung schätze man den Beschwerdeführer als mittelgradig depressiv ein. Aktuell sei der Beschwerdeführer niedergestimmt, leide an akustischen Halluzinationen DD Pseudohalluzinationen in Form von Tiergeräuschen, paranoid gefärbten Ängsten, Einschlafstörungen mit Verkürzung der Schlafdauer und unter täglichen Schmerzen. Am Morgen brauche er ca. eine Stunde zum Aufstehen wegen seiner immobilisierenden Schmerzen und tagsüber müsse er sich alle ein bis zwei Stunden hinlegen um die Schmerzreduktion zu erreichen. Die Schmerzen würden bei ca. 8/10 Punkten nach einer bis zwei Stunden Aufstehen oder Sitzen eingeschätzt. Man betrachte den Beschwerdeführer als

körperlich sowie psychisch deutlich eingeschränkt und sehe ihn nur im zweiten Arbeitsmarkt in einer angepassten Tätigkeit arbeitsfähig.

5.2.6 In der Stellungnahme vom 7. September 2021 (IV-Nr. 176) stellte med. pract. H.____, RAD, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Fachärztin für Neurologie, folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit:

Zur Beurteilung führte die RAD-Ärztin aus, der 48-jährige Versicherte sei bisher 2006, 2012 und zuletzt 2015 polydisziplinär begutachtet worden. Zuletzt in der F.____ in einer psychiatrischen, orthopädischen und internistischen Untersuchung. Die Suizidversuche datierten 1992, 2002, 2008 und 2010 und 2019. Die neu aufgetretenen akustischen Sinnestäuschungen würden dem dauerhaften Cannabiskonsum zugeordnet. In der stationären Behandlung in 2019 sei unter stationären Bedingungen während einem sechswöchigen Aufenthalt kein Konsumrückfall erfolgt. Unter der eingesetzten antipsychotischen Medikation seien die Sinnestäuschungen rückläufig gewesen. Zusammenfassend lägen laut aktueller Behandlerin Symptome einer rezidivierenden depressiven Episode mit somatischem Syndrom vor. Das antidepressive Duloxetin vermöge auch eine gewisse schmerzdistanzierende Wirkung zu entwickeln. Die beschriebenen Sinnestäuschungen (akustische Halluzinationen) würden mit Antipsychotika behandelt. Eine Schmerztherapie sei nicht etabliert. Es sei in 2015 im Rahmen der MEDAS Untersuchung eine umfassende versicherungsmedizinische Bewertung der bekannten Symptome erfolgt. Unter Cannabisabstinenz sei von einer Verbesserung der psychotischen Symptome auszugehen. Unter Cannabisabstinenz und Weiterführung der psychotherapeutischen und psychopharmakologischen Therapie sei von einer 80 % Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Verweistätigkeit auszugehen (siehe F.____-Gutachten) und Stellungnahmen des RAD-Arzt Dr. med. Q.____. Die Tätigkeit als Koch oder Hilfgärtner sei dem Versicherten seit der RAD Stellungnahme durch Dr. med. Q.____ vom 3. Juni 2015 (IV-Nr. 105) seit dem Gutachten vom 16. April 2015 nicht mehr zumutbar. In einer angepassten Tätigkeit bestehe eine 80%ige Arbeitsfähigkeit. Im Falle beabsichtigter beruflicher Massnahmen durch die IV wäre eine Abstinenzauflage (MBZV) aus medizinischer Sicht bereits vor und während der gesamten Eingliederungsmassnahmen angezeigt. Derzeit gebe es keine Hinweise für die Notwendigkeit weiterer medizinischer Abklärungen.

6. Zur Beantwortung der Frage, ob seit der letztmaligen Rentenverneinung mit Verfügung vom 9. August 2017 eine revisionsrelevante Verschlechterung des Gesundheitszustandes eingetreten ist, ist das Augenmerk insbesondere auf die psychische Situation des Beschwerdeführers zu richten. In diesem Zusammenhang ist zum Vergleich das psychiatrische Teilgutachten des F.____ vom 16. April 2015 (IV-Nr. 99.1, S. 27 ff.) sowie der Bericht der O.____ vom 2. Juni 2021 (IV-Nr. 174) heranzuziehen.

Im psychiatrischen Teilgutachten des F.____ wurde im Wesentlichen ausgeführt, früh sei der Beschwerdeführer in einen Kreis von Konsumenten von illegalen Betäubungsmitteln gekommen, bereits mit 11 Jahren habe er ersten Kontakt mit Cannabis gehabt und dann ab dem 16. Lebensjahr auch mit Kokain, Amphetaminen und Ecstasy. Teilweise habe auch ein erheblicher Abusus von Alkohol bestanden. Den Alkoholabusus habe der Versicherte vor 18 Jahren eingestellt, den Abusus von Kokain, Amphetaminen und Ecstasy vor zehn Jahren. Heute persistiere noch ein regelmässiger Konsum von Cannabinoiden und Tabak. Weiter hielt der Gutachter fest, der aktuelle psychiatrische Status sei objektiv bland. Man könne feststellen, dass der Versicherte so, wie er sich als Kind schildert habe, nämlich

überangepasst und überfreundlich mit allen anderen Menschen, auch heute noch sei. Er sei sehr kooperativ und zugewandt. Inwiefern hier eine oberflächliche Anpassung die zugrundeliegende innere Opposition ■ wie seinerzeit gegen den Stiefvater ■ überdecke und diese sich lediglich in einem untauglichen Selbstheilungsversuch mit Cannabis zwecks Beruhigung innerer Spannungen ausdrücke, könne aktuell nicht gesagt werden. Was heute bezüglich Arbeitsfähigkeit ausgesagt werden könne sei, dass aus psychiatrischen Gründen der Versicherte rein bezogen auf die aktuellen Befunde in seiner Arbeitsfähigkeit nicht eingeschränkt sei. Allerdings habe man in den Akten, neben der Polytoxikomanie, immer wieder dokumentierte Perioden mit depressiven Phasen und auch Suizidversuchen. Dabei sei als auslösender, manifester Anlass bekannt, dass der Versicherte unter dem Unfalltod seiner Lebenspartnerin und seines Sohnes stark gelitten habe und zeitweise auch heute noch darunter leide. Auf Grund der Anamnese und des nach wie vor bestehenden Cannabiskonsums müsse von einem gegenwärtig labilen psychischen Gleichgewicht ausgegangen werden, das auch eine gewisse psychische Minderbelastbarkeit mit sich bringe. Der Versicherte befinde sich zurzeit in einem ausgesprochenen Schonklima in einer betreuten Wohngemeinschaft mit deutlich reduzierten beruflichen Leistungsanforderungen. Ergänzend wurde in psychiatrischer Hinsicht in der interdisziplinären Gesamtbeurteilung angeführt (S. 38 des Gutachtens), es finde sich aktuell kein relevanter psychopathologischer Befund, der aktuell Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hätte.

Im Bericht der O. ___ vom 2. Juni 2021 wurde zur Befundlage festgehalten: «48-jähriger Patient, wach, bewusstseinsklar, räumlich, zeitlich, zur Person und situativ orientiert. Im Kontakt freundlich und kooperativ. Aufmerksamkeit und Konzentration reduziert. Gedankengang formal geordnet, kohärent, aber leicht verlangsamt. Subjektiv Gedankenkreisen und Grübeltendenz. Akustische Halluzinationen DD Pseudohalluzinationen im Form von Tiergeräuschen (Katzen miauen). Paranoid gefärbte Ängste. Sonst keine anderen Sinnestäuschungen, Wahn oder Ich-Störungen. Keine Zwänge eruierbar. Im Affekt niedergestimmt, Freudlosigkeit, negative Zukunftsperspektiven, berichtet über Gedankenkreise, innere Unruhe und Schuldgefühle. Antrieb subjektiv gut, Psychomotorik ruhig. Erhöhte Ermüdbarkeit. Einschlafstörungen und Verkürzung der Schlafdauer. Gelegentlich Todeswünsche. Tägliche Schmerzen im LWS-Bereich, Knie beidseits, ■ Intensität am Morgen 10/10. Aktuell kann sich der Patient von Suizidgedanken distanzieren. Keine Anhaltspunkte für Fremdgefährdung.» Weiter wurde im Bericht der O. ___ ausgeführt, am 16. März 2019 sei es zu einer Tröttico-Intoxikation in suizidaler Absicht gekommen. Es bestünden aktuell eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, mit somatischem Syndrom (F32.1) mit rezidivierenden Suizidversuchen, eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (F45.41), psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide: Sonstige psychische und Verhaltensstörungen (F12.8) sowie ein Status nach Polytoxikomanie (F19.20). Seit 2019 sei die Behandlung mit Cymbalta erfolgt, welche aufdosiert worden sei und eine Verbesserung der depressiven Symptomatik gebracht habe. 2019 habe der Beschwerdeführer über fragliche akustische Halluzinationen (DD Pseudohalluzinationen) in Form von Tiergeräuschen berichtet, deswegen damals Beginn der Neuroleptika-Medikation mit Aripiprazol 15 mg/d. Darunter habe sich die Häufigkeit der psychotischen Episoden reduziert. Bei jeglicher Zuspitzung der depressiven Symptomatik werde der Beschwerdeführer vermehrt durch paranoid verfärbte Ängste überwältigt. Seit Dezember 2020 spitzten sich solche Symptome wie Schlafstörungen, Niedergestimmtheit, Reizbarkeit und Antriebsverlust sowie Verfolgungsideen und akustische Halluzinationen

DD Pseudohalluzinationen in Form von Tiergeräusche (Katze miauen) zu. Man interpretiere die erwähnten Sinnestäuschungen am ehesten im Rahmen des langjährigen Cannabiskonsums. Die Hamilton Skala (04.2021) betrage 25 Punkte. Durch die klinische Beurteilung schätze man den Beschwerdeführer als mittelgradig depressiv ein. Man betrachte den Beschwerdeführer als körperlich sowie psychisch deutlich eingeschränkt und sehe ihn nur im zweiten Arbeitsmarkt in einer angepassten Tätigkeit arbeitsfähig.

Gestützt auf diese beiden psychiatrischen Beurteilungen kann eine revisionsrelevante Verschlechterung seit der letzten Rentenverfügung vom 9. August 2017 nicht ohne Weiteres ausgeschlossen werden. Dies geht bereits aus der im Vergleich zum F.____-Gutachten vom 16. April 2015 veränderten Befundlage hervor. Auf eine Verschlechterung deuten zudem die Umstände hin, dass es am 16. März 2019 wiederum zu einem Suizidversuch mit nachfolgender stationärer psychiatrischer Hospitalisierung gekommen ist, während die vormalige stationäre psychiatrische Hospitalisierung und der letzte Suizidversuch im Jahr 2010 erfolgt waren (s. Berichte O.____ vom 24. Juni 2010 und 2. Juni 2021; IV-Nrn. 45, S. 2 und 174). Dagegen kommt die Beschwerdegegnerin gestützt auf die Stellungnahme der RAD-Ärztin, med. pract. H.____, vom 7. September 2021 zum Schluss, seit der mit Verfügung vom 9. August 2017 erfolgten letztmaligen Rentenverneinung sei keine relevante Verschlechterung des Gesundheitszustandes eingetreten. Wie der Beschwerdeführer in diesem Zusammenhang jedoch zurecht gerügt hat, setzte sich die RAD-Ärztin nicht näher mit dem ihrer Beurteilung entgegenstehenden Bericht der O.____ vom 2. Juni 2021 auseinander. Die RAD-Ärztin vertritt die Auffassung, dass die im F.____-Gutachten aus psychiatrischer Sicht attestierte 80%igen Arbeitsfähigkeit weiterhin Geltung habe, ohne dies aber näher zu begründen und zur divergierenden Beurteilung der O.____, wonach der Beschwerdeführer lediglich noch im zweiten Arbeitsmarkt in einer angepassten Tätigkeit arbeitsfähig sei, Stellung zu nehmen. Die RAD-Psychiaterin führte keine eigene Untersuchung durch, es standen ihr aber sämtliche medizinischen Akten zur Verfügung. Insofern kann ihrer Stellungnahme der Beweiswert nicht bereits aus diesem Grund abgesprochen werden. Jedoch kommt sie gegenüber den behandelnden Ärzten der O.____ zu einer abweichenden Einschätzung, weshalb ■ im Umkehrschluss ■ nicht mehr von einem an sich feststehenden medizinischen Sachverhalt gesprochen werden kann, der eine blosser Aktenbeurteilung als genügend erscheinen lassen konnte (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_25/2015 vom 1. Mai 2015, E. 4.2). Die Stellungnahme der RAD-Ärztin bildet daher keine hinreichende Grundlage für die abschliessende Anspruchsbeurteilung. Bestehen wie im vorliegenden Fall auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, sind rechtsprechungsgemäss ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 139 V 225 E. 5.2 S. 229, 135 V 465 E. 4.4 S. 470). Somit kam das Versicherungsgericht nicht umhin, ein psychiatrisches Gerichtsgutachten zu veranlassen (s. E. II. 7. hiernach).

Dagegen ist gestützt auf die vorliegenden Akten aus orthopädischer Sicht eine revisionsrelevante Veränderung nicht erstellt. So ergaben sich gemäss Bericht der L.____ betreffend Röntgen der Lendenwirbelsäule vom 20. Oktober 2020 (IV-Nr. 172, S. 13) im Vergleich zum MRI der LWS vom 9. September 2013 keine relevanten Veränderungen. Somit erscheinen in der orthopädischen Fachrichtung weitere Abklärungen nicht notwendig.

7. Aufgrund der genannten Unklarheiten wurde von Seiten des Versicherungsgerichts bei Prof. Dr. med. I.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, ein

Gerichtsgutachten veranlasst. Das Gutachten vom 24. März 2023 (A.S. 54 ff.) wird den allgemeinen rechtsprechungsgemässen Anforderungen gerecht. Es stammt von einem unabhängigen Facharzt, welcher den Beschwerdeführer eingehend untersucht und die Vorakten studiert hat. Weiter ist zu prüfen, ob das Gutachten auch den übrigen beweisrechtlichen Anforderungen genügt:

7.1

7.1.1 Im Gutachten wurden folgende Diagnosen gestellt:

Sodann begründet der Gutachter die gestellten Diagnosen in nachvollziehbarer Weise: Beim Beschwerdeführer seien sämtliche Zusatzsymptome einer Depression gemäss ICD-10 im Verlauf aufgetreten und in den Akten dokumentiert. In den Akten würden über mindestens mittelgradige depressive Episoden berichtet. Zeitweise dürften die depressiven Episoden das Ausmass einer schweren depressiven Episode erfüllt haben (gemäss ICD-10 müssten für eine schwere depressive Episode die drei Hauptsymptome und zusätzlich mindestens fünf der sieben weiteren Kriterien erfüllt sein). Mindestens vier Mal sei es auch zu dokumentierten Suizidversuchen gekommen und nach dem Tod der Familie sei der Beschwerdeführer, soweit retrospektiv beurteilbar, in einem schwer depressiven Zustand gewesen. Da eine rezidivierende depressive Störung per definitionem im Verlauf Schwankungen und auch Phasen der Remission zeige, sei es entscheidend, nicht bloss eine Momentaufnahme zu beurteilen. Aktuell zeige die versicherte Person keine depressiven Symptome, d.h. aktuell liege eine Remission vor. Im interdisziplinären medizinischen Gutachten des F.____, sei 2015 die Diagnose «Status nach rezidivierender depressiver Störung, gegenwärtig remittiert (F33.4)» gestellt worden. Diese Diagnose sei in sich widersprüchlich und spreche für ein mangelndes Verständnis für episodisch verlaufende psychische Störungen. Auch seither seien depressive Episoden aufgetreten, so dass kaum von einem «Status nach» gesprochen werden könne. Die Gutachter schrieben weiter, dass «aufgrund der psychiatrischen, aktuell erhebbaren Befunde ebenfalls keine Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit abgeleitet werden» könnten. Während einer Remission könnten tatsächlich kaum relevante psychopathologische Befunde erhoben werden. Die Gutachter schrieben weiter, dass «auf Grund der Anamnese und der durchgemachten depressiven Episoden von einer verminderten psychischen Belastbarkeit auszugehen» sei. Dies sei korrekt, werde aber in der Folge in der Beurteilung nur marginal aufgenommen. Tatsächlich zeige der Beschwerdeführer auch in Phasen der Remission eine deutlich verminderte Belastbarkeit und Unvorhergesehenes, Veränderungen sowie Stress lösten bei ihm rasch depressive Verstimmungen aus (was in den Akten wiederholt bestätigt werde). Somit sei eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert (ICD-10; F33.4) ■ anamnestisch mittelgradig bis schwere depressive Episoden ■ zu diagnostizieren. Sodann sei in den Akten teilweise auch von «Anpassungsstörungen» die Rede. Bei Anpassungsstörungen handle es sich um reaktive Störungen, die entweder vom Schweregrad oder von der Dauer nicht die Kriterien einer spezifischen psychischen Störung (z.B. Depression, Angststörung, Posttraumatische Belastungsstörung) erfüllten. Sobald die Kriterien einer spezifischen Störung erfüllt seien, müsse diese Diagnosen gestellt werden, unabhängig davon, ob ein erkennbarer Auslöser vorhanden sei oder nicht. Beim Beschwerdeführer seien die Kriterien für depressive Episoden mehrfach erfüllt gewesen, somit entfalle die Diagnose einer (wiederholten) Anpassungsstörung.

Des Weiteren erfülle der Beschwerdeführer die Kriterien für ein Abhängigkeitssyndrom gemäss ICD-10 zumindest zeitweise. Aktuell konsumiere er (fremdanamnestisch bestätigt)

nur noch Cannabis. Bei Cannabis habe er in der Vergangenheit Entzugserscheinungen bei Absetzen der Substanz erlebt. Nach wie vor habe er ein grosses Verlangen, Cannabis zu konsumieren, einerseits wegen der körperlichen Schmerzen, andererseits fühle er sich gereizt und angespannt ohne Cannabis. Es bestehe somit eine psychische (und teilweise körperliche) Abhängigkeit von Cannabis. Früher habe eine Abhängigkeit von Alkohol und, soweit beurteilbar, auch eine Abhängigkeit von Kokain und Stimulanzien (Differenzialdiagnostisch: Schädlicher Gebrauch, ohne Abhängigkeit) bestanden. Die Alkoholabhängigkeit habe der Beschwerdeführer selbst beendet. Ca. 2000/2001 habe er stationäre Entzugs- und Entwöhnungsbehandlungen gemacht und sei vorübergehend bezüglich aller Substanzen abstinenter gewesen. Seither konsumiere er ausschliesslich Cannabis. Versuche auf Cannabis zu verzichten bzw. erzwungene Abstinenz bei Fehlen von Cannabis führe regelmässig zu Stress und Angespanntheit. Auch in Phasen vollständiger Abstinenz (während der Entwöhnung) habe dies nicht zu einer zunehmenden Stabilität und zu einem verbesserten Funktionsniveau geführt.

Mindestens seit 2008 würden sodann akustische Halluzinationen (oder Pseudohalluzinationen) und «paranoid verfärbte Ängste» (Epikrise O.____) sowie Verfolgungsideen beschrieben. Diese Symptome hätten sich gemäss Akten Ende 2020 deutlich verstärkt. Diese seien so ausgeprägt, dass der Beschwerdeführer seit langem bis heute mit verschiedenen Neuroleptika behandelt werde. Ob es sich dabei um eine Folge des langjährigen Cannabis-Konsums oder um eine eigenständige Störung handle, könne nicht mit letzter Sicherheit unterschieden werden. Somit seien psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide: psychotische Störung (ICD-10: F12.5) ■ differenzialdiagnostisch; sonstige nichtorganische psychotische Störung (ICD-10: F28) ■ zu diagnostizieren.

Des Weiteren bestehe seit der Adoleszenz ein chronisches lumbovertebrales Syndrom (Status nach dorsaler Spondylodese LWK4 bis SWK1 mit Fixateur externe wegen lumbosakraler Spondylolisthesis I. Grades; Morbus Baastrup und überlastungsbedingte Spondylarthrose LWK3/4, beginnende Spondylose L3 und L4). Die Schmerzen erlebe der Beschwerdeführer als quälend und belastend. Das Ausmass der Schmerzen und die funktionellen Auswirkungen könnten nicht vollständig durch die somatischen Befunde erklärt werden und seien auch von psychologischen Faktoren abhängig. Trotz eindeutig somatischer Korrelate sei somit eine Diagnose einer anhaltenden Schmerzstörung (ICD-10; F45.4) gerechtfertigt.

Sodann sei eine Persönlichkeitsstörung zu diagnostizieren. Gemäss ICD-10 umfasse diese Diagnose «tief verwurzelte, anhaltende Verhaltensmuster, die sich in starren Reaktionen auf unterschiedliche persönliche und soziale Lebenslagen zeigten. Dabei finde man bei Personen mit Persönlichkeitsstörungen gegenüber der Mehrheit der betreffenden Bevölkerung deutliche Abweichungen im Wahrnehmen, Denken Fühlen und in Beziehungen zu anderen. Solche Verhaltensmuster seien meistens stabil und bezögen sich auf vielfältige Bereiche von Verhalten und psychischen Funktionen. Häufig gingen sie mit persönlichen Leiden und gestörter sozialer Funktions- und Leistungsfähigkeit einher. Der Beschwerdeführer zeige durchaus Verhaltensmuster, die deutlich gegenüber der Mehrheit der betreffenden Bevölkerung abwichen. So zeige er z.T. impulsives Verhalten / mangelnde Impulskontrolle, emotionale Instabilität, selbstverletzendes und -schädigendes Verhalten (bis hin zu suizidalem Verhalten). Er zeige Merkmale, die zur emotional instabilen Persönlichkeitsstörung passten. Die emotional instabile Persönlichkeitsstörung zeichne sich

gemäss ICD-10 aus durch deutliche Tendenz, Impulse ohne Berücksichtigung von Konsequenzen auszuagieren, verbunden mit unvorhersehbarer und launenhafter Stimmung. Es bestehe eine Neigung zu emotionalen Ausbrüchen und eine Unfähigkeit, impulshaftes Verhalten zu kontrollieren. Ferner bestehe eine Tendenz zu streitsüchtigem Verhalten und zu Konflikten mit anderen, insbesondere wenn impulsive Handlungen durchkreuzt oder behindert würden. Zwei Erscheinungsformen könnten unterschieden werden; ein impulsiver Typus, vorwiegend gekennzeichnet durch emotionale Instabilität und mangelnde Impulskontrolle, und ein Borderline-Typus, zusätzlich gekennzeichnet durch Störungen des Selbstbildes, der Ziele und der inneren Präferenzen, durch ein chronisches Gefühl von Leere, durch intensive, aber unbeständige Beziehungen und eine Neigung zu selbstdestruktivem Verhalten mit parasuizidalen Handlungen und Suizidversuchen. Der Beschwerdeführer zeige insbesondere die Tendenz zu impulsivem Verhalten / mangelnde Impulskontrolle und emotionaler Instabilität: Zudem lägen Störungen des Selbstbildes und der Ziele sowie ein chronisches Gefühl von Leere vor. Zudem zeige er eine Neigung zu selbstdestruktivem Verhalten mit parasuizidalen Handlungen und Suizidversuchen. Er zeige aber auch abhängige und ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsmerkmale. Zusammenfassend sei eine kombinierte Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F61) mit emotional instabilen und abhängigen, ängstlich-vermeidenden Anteilen zu diagnostizieren.

Dagegen könne die Diagnose einer komplexen posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) nicht bestätigt werden. So erfülle der Beschwerdeführer die Kriterien nicht. Die traumatischen Erfahrungen seien in der Regel im Kindesalter aufgetreten. Der Tod der Ehefrau und des Sohnes (der Beschwerdeführer habe den Unfall nicht selbst miterlebt) sei zweifellos belastend gewesen, aber fraglich ein traumatisches Ereignis im Sinne der Kriterien. Viel entscheidender sei aber, dass Wiedererleben, Vermeidung und Übererregbarkeit nicht vollständig erfüllt seien. Die zusätzlichen Symptome der PTBS seien zwar teilweise erfüllt (Schwierigkeiten der Emotionsregulation, verändertes Selbstbild, interpersonelle Schwierigkeiten). Es bestünden aber zwischen den Diagnosen «emotional instabilen Persönlichkeitsstörung» und «komplexe posttraumatische Belastungsstörung» erhebliche Überschneidungen und die Abgrenzung sei nicht immer eindeutig.

7.1.2

7.1.2.1 Sodann führte der psychiatrische Gutachter hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers aus, der Beschwerdeführer sei grundsätzlich motiviert und interessiert, sich wieder beruflich zu integrieren. Aktuell engagiere er sich in der Kinderbetreuung, wobei diese Beschäftigung aktuell zwischen den beiden Explorationsterminen entfallen sei, da die Mutter der beiden Kinder die Betreuung kurzfristig wieder selbst übernehmen könne. Der Beschwerdeführer habe im Rahmen der Kinderbetreuung durchaus Konstanz und Zuverlässigkeit gezeigt. Auf diese Ressource könne man sicher aufbauen. Eine Tätigkeit als Koch scheine kaum realistisch zu sein. In früheren Berichten sei darauf hingewiesen worden, dass der Beschwerdeführer zwar qualitativ gute Arbeit leiste, aber die Quantität / das Arbeitstempo reduziert gewesen seien (dies jeweils im geschützten Rahmen). Auch gemäss Drittauskunft würde er im Beruf als Koch den Anforderungen nicht genügen können. Der Beschwerdeführer sei dem Stress, Zeit- und Leistungsdruck nicht mehr gewachsen. Für die Tätigkeit als Koch bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Arbeiten mit Kundenkontakt, z.B. Service, seien wenig geeignet, da der Beschwerdeführer im Kontakt mit Mitmenschen deutlich eingeschränkt sei. Auf Kritik reagiere er impulsiv, was

z.B. im Service ungünstig wäre. Gemäss Drittauskünften könne er verbal sehr aggressiv reagieren und sich ausfällig äussern, was er im Nachhinein jeweils bedauere. Er selbst könnte sich eine Hilfs-Arbeit in einer Küche vorstellen, jedoch weniger in einem Restaurant als vielmehr in einem Kantinenbetrieb, wo weniger Hektik herrsche, die Aufgaben planbar und nicht unter hohem Zeitdruck ausgeführt werden müssten. In Küchen herrsche oft ein eher «ruppig» Klima. Mit dem könne er erfahrungsgemäss gut umgehen, da werde auch er mit seinen Umgangsformen eher akzeptiert. Vom Umfang her wäre eine Präsenz in einer angepassten Tätigkeit von 4 h / Tag entsprechend einer 50%-Präsenz realistisch, wobei nach Möglichkeit (auch wegen der Rückenprobleme) vermehrte Pausen sinnvoll wären. Die Leistungsfähigkeit könne aktuell nur schwer beurteilt werden. Er selbst schätze sich so ein, dass er mit dem Arbeitstempo mithalten könnte. In früheren Berichten und in den Drittauskünften werde ihm genaues Arbeiten attestiert aber auch über ein reduziertes Arbeitstempo berichtet (dies jeweils im geschützten Rahmen), so dass die Leistungsfähigkeit auf maximal 75 % (25 % Reduktion) geschätzt werde. Dies ergebe eine geschätzte Arbeitsfähigkeit von 37.5 % (Arbeitsunfähigkeit von 62.5 %) in einer angepassten Tätigkeit. Eine angepasste Tätigkeit würde idealerweise die Ressourcen des Beschwerdeführers (Ausbildung als Koch, relative Zuverlässigkeit) nutzen, und gleichzeitig die Defizite (interaktionelle Probleme, beeinträchtigte Impulskontrolle, reduziertes Arbeitstempo, reduzierte Stressresistenz) berücksichtigen. Auch sollten Schwankungen über die Zeit auf Grund der rezidivierenden depressiven Störungen berücksichtigt werde. Der Beschwerdeführer sollte möglichst in einem kleineren überschaubaren Team arbeiten, das Team sollte gleichzeitig gross genug sein, um diese Schwankungen «auffangen» zu können, d.h. die Aufgaben sollten bei Bedarf auf andere Mitarbeitende verteilt werden können.

Somit ist im Weiteren zu prüfen, ob die vom psychiatrischen Gutachter attestierte Arbeitsunfähigkeit von 62.5 % im Lichte der gemäss bundesgerichtlichen Rechtsprechung vorzunehmenden Indikatorenprüfung ebenfalls zu überzeugen vermag.

Grundsätzlich sind sämtliche psychische Erkrankungen einem strukturierten Beweisverfahren gemäss BGE 141 V 281 zu unterziehen (BGE 143 V 418). Der Beweiswert der gutachterlichen Ausführungen im psychiatrischen Gutachten setzt also im Weiteren voraus, dass die im entsprechenden Entscheid aufgestellten Kriterien abgehandelt werden. Gemäss dem Urteil BGE 141 V 281 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 Prüfungsraster angewandt (E. 3.6). Anhand eines Kataloges von Indikatoren erfolgt eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des ■ unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits ■ tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens (E. 4.1.3):

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

a) Komplex «Gesundheitsschädigung» (E. 4.3.1)

-Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde (E. 4.3.1.1)

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

-Komorbiditäten (E. 4.3.1.3)

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

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

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

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

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

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. 7.1.1 hiervor) verwiesen werden, woraus hervorgeht, dass von einer mittelgradigen Ausprägung der gestellten Diagnosen auszugehen ist.

Hinsichtlich des Indikators Behandlungs- und Eingliederungserfolg resp. -resistenz ist dem Gutachten zu entnehmen, der Beschwerdeführer habe in der Vergangenheit immer wieder auch aktiv Therapien gemacht. Zwischen ca. 2000 und 2003 habe er mehrere stationäre Entzugs- und Entwöhnungsbehandlungen gemacht. Er habe bis auf den Cannabis- und Nikotinkonsum jeden Substanzkonsum sistieren können. Auch psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlungen habe er über die Jahre immer wieder in Anspruch genommen und nehme auch Medikamente ein. Er habe auch aktiv an Integrationsmassnahmen teilgenommen, diese seien z.T. wegen psychischer Instabilität, teils gegen seinen Willen, abgebrochen worden. Demnach ist im Resultat nicht von einer Behandlungs- und Eingliederungsresistenz auszugehen.

Mit Blick auf den Indikator der Komorbidität ist zu prüfen, ob und bejahendenfalls inwieweit sich diese 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). Der Gutachter führt diesbezüglich aus, die Einschränkungen seien primär auf die kombinierte Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F61) sowie auf die rezidivierende depressive Störung (ICD-10; F33.4) zurückzuführen. Es werde aber darauf verzichtet, den Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit für jede einzelne Diagnose herzuleiten. Vielmehr ergebe sich die Einschränkung aus der Kombination der Störungen, die sich gegenseitig auch beeinflussten. Aufgrund der gutachterlichen Ausführungen ist von einer relevanten Komorbidität auszugehen.

Zu der Kategorie «funktioneller Schweregrad» ist unter anderem der Komplex «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsentwicklung und -struktur, grundlegende psychische Funktionen) zu zählen. Innerhalb der Kategorie «funktioneller Schweregrad» bestimmt ferner auch der Komplex «Sozialer Kontext» mit darüber, wie sich die (kausal allein

massgeblichen) Auswirkungen der Gesundheitsbeeinträchtigung konkret manifestieren. Dazu ist zweierlei festzuhalten: Soweit soziale Belastungen direkt negative funktionelle Folgen zeitigen, bleiben sie nach wie vor ausgeklammert (vgl. BGE 127 V 294 E. 5a S. 299 f.). Andererseits hält der Lebenskontext einer versicherten Person auch (mobilisierbare) Ressourcen bereit, so die Unterstützung, die ihr im sozialen Netzwerk zuteil wird. Immer ist sicherzustellen, dass gesundheitlich bedingte Erwerbsunfähigkeit zum einen (Art. 4 Abs. 1 IVG) und nicht versicherte Erwerbslosigkeit oder andere belastende Lebenslagen zum andern nicht ineinander aufgehen; alles andere widerspräche der klaren gesetzgeberischen Regelungsabsicht (BGE 141 V 281 E. 4.3.3 S. 303). Diesbezüglich ist dem Gutachten zu entnehmen, der Beschwerdeführer sei im Kontakt mit Mitmenschen deutlich eingeschränkt. Auf Kritik reagiere er impulsiv, was z.B. im Service ungünstig wäre. Gemäss Drittauskünften könne er verbal sehr aggressiv reagieren und sich ausfällig äussern, was er im Nachhinein jeweils bedauere. Er lebe in einer Aussenwohngruppe von N.____, zu zweit mit einem Mitbewohner und einer Katze. 1 ■ 2 x / Tag komme jemand vom Betreuungsteam vorbei, ausser am Wochenende. Mit dem Mitbewohner gehe es gut. Er koche jeden Tag. Er betreue zwei Kinder, für die er auch koche. Am Abend wärme er dann das Essen für sich auf. Früher habe er im «R.____» mit 24h-Betreuung gewohnt. Von da habe er Kontakt über einen Betreuer mit der Familie, deren Kinder er betreue, bekommen: Die Eltern seien in Scheidung, er schaue 4 Tage in der Woche zu den Kindern, z.T. müsse er schon am morgen früh die Kinder in die Schule schicken, über Mittag bereite er das Mittagessen und mache mit beiden die Hausaufgaben. Die beiden seien 12 und 14 Jahre alt. Er mache das seit 6 ■ 7 Jahren. Er gehe auch an Elterngespräche mit. Für finanzielle und administrative Belange habe er Unterstützung durch N.____ oder das Sozialamt. Er spiele Darts, meist für sich selbst, manchmal mit Kollegen. Gelegentlich gehe er spazieren. Manchmal unternehme er etwas mit anderen Mitbewohnerinnen der N.____ Stiftung. Selten beteilige er sich an einem Ausflug (z.B. an die Olma). Aber das sei nichts für ihn, bis max. 10 ■ 15 Leute, da fühle er sich noch wohl. In grösseren Gruppen fühle er sich unsicher und unwohl. Er stehe früh auf, besonders an Tagen, wenn er schon um 6 Uhr die Kinderbetreuung übernehmen müsse, dann habe er frei bis Mittag, falls er keinen Frühdienst habe, kämen die Tageskinder auf das Mittagessen. Er kümmere sich um die Katze, die viel Zeit brauche, er gehe einkaufen, koche, höre viel Musik. Zuhause suche er jeweils eine entspannte Position für seinen Rücken. Er mache den Haushalt (Reinigen, Waschen, etc.) selbständig. Er möge jeweils nicht alles an einem Stück machen, aber er habe jeden Tag etwas zu tun. Die Kinder hätten oft frei am Nachmittag, falls sie in der Schule seien, lege er sich zwei Stunden hin für den Rücken. Der kleinere der Jungen gehe gerne in den Wald, oder Velofahren. Das Nachtessen nehme er alleine oder mit seinem Wohnpartner ein. Am Abend sei er meist zu, Hause, sehe fern, «chatte» am PC oder eine Betreuungsperson von N.____ schaue vorbei. Zusammenfassend liegen demnach beim Beschwerdeführer neben gewissen Einschränkungen auch positive soziale und persönliche Ressourcen vor.

Der Indikator einer gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen der Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens) zielt auf die Frage ab, ob die diskutierte Einschränkung in Beruf und Erwerb (bzw. bei Nichterwerbstätigen im Aufgabenbereich) einerseits und in den sonstigen Lebensbereichen (beispielsweise Freizeitgestaltung) andererseits gleichermassen ausgeprägt ist (BGE 141 V 281 E. 4.4.1 S. 303 f.). Diesbezüglich hält der Gutachter fest, beim Beschwerdeführer lägen deutliche funktionelle Einschränkungen vor, die sich in allen

Lebensbereichen manifestierten. Die Drogenabhängigkeit habe im Alter von 12 Jahren begonnen. Ob sie Folge oder Ursache der Persönlichkeitsstörung gewesen sei, lasse sich heute nicht mehr eruieren. Die mangelnde Impulskontrolle und die Neigung zu selbstdestruktivem Verhalten sei für die Entwicklung und Aufrechterhaltung der Suchterkrankung entscheidend. Andererseits führe eine langjährige schwere Suchterkrankung zu verminderter Frustrations- und Stresstoleranz, was sich wiederum negativ auf die Impulskontrolle auswirke. Die chronischen Schmerzen seien schon zu Beginn der Drogenabhängigkeit ein Faktor gewesen, der sich über die Jahre verstärkt habe. Der Unfalltod der Ehefrau und des Sohnes verstärke die depressive Neigung und es komme immer wieder zu Schuldgefühlen (weil er die Familie in Kenia zurückgelassen gehabt habe). Die vorstehend geschilderten Alltagsaktivitäten (Kinderbetreuung, Kochen, Einkaufen, Katze, Darts usw.) zeigen ein durchaus relevantes Aktivitätsniveau auf, welches sich aber mit einer erheblichen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit vereinbaren lässt. Gestützt auf die Ausführungen des Gutachters ist das Vorliegen einer gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätsniveaus somit zu bejahen.

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 führt der Gutachter aus, die Angaben des Beschwerdeführers seien konsistent und kongruent mit den Drittauskünften und Angaben in den Berichten. Die geschilderten Beschwerden und Einschränkungen liessen sich in allen Lebensbereichen nachweisen, was durch Drittauskünfte bestätigt werde. Sodann sei eine integrierte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung (d.h. Kombination von sozialpsychiatrischen Interventionen, medikamentöser Behandlung und Psychotherapie) für die Stabilisierung wichtig und unerlässlich. Der Beschwerdeführer habe sich erneut für eine Behandlung in den ambulanten Diensten der O. ___ angemeldet (durch Drittauskünfte bestätigt). In früheren Berichten und Verfügungen sei wiederholt eine Cannabis-Abstinenz gefordert worden (letztmals Verfügung IV-Stelle Solothurn vom 3. November 2021). Bereits 2002 sei beschrieben, worden, dass eine vollständige Abstinenz von Cannabis keine positiven Auswirkungen gehabt und sich das Schmerzempfinden verstärkt habe (Arztbericht für Erwachsene vom S. ___ an die IV vom 7. Februar 2002). Auch den IV-Akten (16. Juli 2010) sei zu entnehmen, dass dem Cannabiskonsum keine entscheidende Bedeutung zukomme («Zudem bestehen seit Jahren zunehmend stärkere Rückenschmerzen nach der Rückenoperation 2004. Die Drogenproblematik mit Cannabis steht aktuell im Hintergrund.»). Eine vollständige Abstinenz von Cannabis würde beim Beschwerdeführer zu erhöhtem Stress führen und sich auf die Arbeitsfähigkeit mit überwiegender Wahrscheinlichkeit (basierend auf dokumentierten früheren Erfahrungen) nicht positiv auswirken. Im Lichte der vorstehenden Ausführungen ist somit von einem mittel- bis schwergradigen Leidensdruck auszugehen.

7.1.2.2 Gestützt auf die obigen Erwägungen ergibt sich, dass das psychiatrische Gutachten 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 hinreichend ausgewiesen. Gestützt auf die einleuchtende Begründung der Diagnosestellung (s. E. II. 7.1.1 hiervor) und die vorgehende Indikatorenprüfung vermag auch die gutachterliche Einschätzung einer Arbeitsfähigkeit von 37.5 % zu überzeugen.

Sodann führt der Gutachter hinsichtlich des Verlaufs der Arbeitsfähigkeit aus, die rezidivierende depressive Störung verlaufe definitionsgemäss schwankend. Phasen mit depressiver Stimmung wechselten sich mit Phasen der Remission ab, wobei auch in symptomfreien / -armen Phasen die Belastbarkeit des Beschwerdeführers deutlich reduziert sein könne. D.h. Stress und Belastungen könnten erneute depressive Verstimmungen auslösen. Die Verfügung vom 9. August 2017 stütze sich auf das Gutachten des F.____ von 2015. Dieses Gutachten stütze sich sehr stark auf einen aktuellen psychopathologischen Querschnittsbefund, der zum Zeitpunkt der Begutachtung weitgehend unauffällig ausgefallen sei. Der rezidivierende / schwankende Verlauf sei zu wenig gewürdigt worden. Zudem sei das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung nicht adäquat abgeklärt worden. Zum Zeitpunkt der F.____-Begutachtung vom 16. April 2015 sei der Beschwerdeführer offenbar in einem relativ stabilen Zustand gewesen und habe wenig psychopathologische Befunde und Defizite gezeigt. Jedoch sei der Zustand im Durchschnitt über die letzten Jahre, insbesondere bis zum Zeitpunkt des Erlasses der Verfügung vom 3. November 2021, im Vergleich zur «Momentaufnahme» zum Zeitpunkt der Begutachtung 2015 schlechter gewesen. Gestützt auf diese Ausführungen sowie die Vorakten ist davon auszugehen, dass die vom Gutachter attestierte Arbeitsfähigkeit von 37.5 % mindestens seit der Trittico-Intoxikation in suizidaler Absicht vom 16. März 2019 bestand. So wurde von den behandelnden Ärzten der O.____ im Bericht vom 2. Juni 2021 (IV-Nr. 174) diesbezüglich ausgeführt, die Zuweisung sei im Rahmen eines Suizidversuchs mit Tablettenintoxikation nach abgeschlossener intensivmedizinischer Überwachung im J.____ erfolgt. 2019 habe der Beschwerdeführer über fragliche akustische Halluzinationen (DD Pseudohalluzinationen) in Form von Tiergeräuschen berichtet, weswegen damals mit der Neuroleptika-Medikation mit Aripiprazol 15 mg/d begonnen worden sei. Darunter habe sich die Häufigkeit der psychotischen Episoden reduziert. Bei jeglicher Zuspitzung der depressiven Symptomatik werde der Beschwerdeführer vermehrt durch paranoid verfärbte Ängste überwältigt, gekoppelt würden die Tiergeräusche auch öfter gehört (zwei bis dreimal/Woche). Seit Dezember 2020 spitzten sich solche Symptome wie Schlafstörungen, Niedergestimmtheit, Reizbarkeit und Antriebsverlust sowie Verfolgungsideen und akustische Halluzinationen DD Pseudohalluzinationen in Form von Tiergeräusche (Katze miauen) zu. Der Beschwerdeführer sei körperlich sowie psychisch deutlich eingeschränkt. Er sei nur im zweiten Arbeitsmarkt in einer angepassten Tätigkeit arbeitsfähig.

Schliesslich legt der Gutachter überzeugend dar, dass der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers im Durchschnitt über die letzten Jahre, insbesondere bis zum Zeitpunkt des Erlasses der Verfügung vom 3. November 2021, im Vergleich zum Zeitpunkt der Begutachtung 2015 schlechter geworden ist. So werde im Bericht (Epikrise) vom 1. April 2022 der O.____, explizit eine Verschlechterung des Zustandes trotz intensivierter pharmakotherapeutischer Behandlung erwähnt («Seit Dezember 2020 spitzen sich solche Symptome wie Schlafstörungen, Niedergestimmtheit, Reizbarkeit und Antriebsverlust sowie Verfolgungsideen und akustische Halluzinationen zu»). Zusammenfassend ist somit von einer revisionsrelevanten Verschlechterung seit der letzten Rentenbeurteilung vom 9. August 2017 auszugehen.

8. Gestützt auf das beweiswertige psychiatrische Gutachten von Prof. Dr. med. I.____ vom 24. März 2023 ist nachfolgend ein Einkommensvergleich vorzunehmen. Aufgrund der vorstehenden Ausführungen ist davon auszugehen, dass das Wartejahr am 16. März 2019 (Suizidversuch mit Tablettenintoxikation) begonnen hat. Der Beschwerdeführer hat sich jedoch erst am 27. Januar 2021 wiederum zum Leistungsbezug angemeldet, weshalb der Rentenanspruch in Anwendung von Art. 29 Abs. 1 IVG frühestens ab dem 1. Juli 2021 entstehen kann.

8.1 Bei der Ermittlung des hypothetisch erzielbaren Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit ohne Gesundheitsschaden tatsächlich verdient hätte und nicht, was sie bestenfalls erzielen könnte (BGE 131 V 51 E. 5.1 S. 53). Da die bisherige Tätigkeit erfahrungsgemäss fortgesetzt worden wäre, ist in der Regel vom ■ wenn nötig der Teuerung und der Einkommensentwicklung angepassten ■ letzten Verdienst auszugehen, der vor Eintritt der Gesundheitsschädigung erzielt wurde (BGE 135 V 58 E. 3.1 S. 59; Urteil des Bundesgerichts 9C_532/2016 vom 25. November 2016 E. 3.4.1).

Gemäss Aktenlage hat der Beschwerdeführer von 1988 bis 1991 eine Kochlehre absolviert und arbeitete danach bis 1999 als Koch, von 1999 ■ 2002 als Gärtner, Maler, Dachdecker, Temporär, Power & Work, Basel, sowie vom Mai 2004 bis August 2006 wiederum als Koch. Danach war er nicht mehr als Koch tätig (vgl. IV-Nr. 130, S. 67). Wie aus den Akten weiter hervorgeht, war er im Zeitpunkt der früheren Eintritte der Arbeitsfähigkeit jeweils nicht als Koch tätig (vgl. IV-Nr. 1.57 und 11), weshalb für die Berechnung des Valideneinkommens ■ wie die Beschwerdegegnerin bereits mit Verfügung vom 9. August 2017 (IV-Nr. 122) festlegte und mit Urteil VSBES.2017.241 vom 14. Januar 2019 E. 8. bestätigt wurde ■ auf einen Tabellenlohn des Bundesamtes für Statistik abzustellen ist. Aufgrund dessen, dass der Beschwerdeführer seit 2006 nicht mehr als Koch tätig war, rechtfertigt es sich aber nicht, auf einen Tabellenlohn aus dem Sektor 55-56 (Gastgewerbe) abzustellen. Vielmehr ist der Totalwert heranzuziehen. Somit ist auf die Tabelle 2020 TA1_tirage_skill_level, Total, Kompetenzniveau 1, Männer, abzustellen. Dieser Tabellenlohn (CHF 5'261.00 x 12) ist auf die üblichen Wochenstunden (: 40 x 41.7) sowie auf das Jahr 2021 (: 106.8 x 106.0) aufzurechnen, woraus ein Valideneinkommen von CHF 65'322.10 resultiert.

8.2

8.2.1 Der Beschwerdeführer geht keiner, seiner Restarbeitsfähigkeit entsprechenden Tätigkeit nach, weshalb für die Berechnung des Invalideneinkommens die statistischen Durchschnittslöhne der Lohnstrukturerhebung des Bundesamtes für Statistik heranzuziehen sind. Es ist ebenfalls auf die Tabelle 2020 TA1_tirage_skill_level, Total, Kompetenzniveau 1, Männer, abzustellen. Dieser Tabellenlohn (CHF 5'261.00 x 12) ist auf die üblichen Wochenstunden (: 40 x 41.7) sowie auf das Jahr 2021 (: 106.8 x 106.0) aufzurechnen. Daraus resultiert bei einer noch zumutbaren Arbeitsfähigkeit von 37.5 % (vorbehältlich allfälliger Abzüge vom Tabellenlohn; vgl. E. 8.2.2 hiernach) ein Invalideneinkommen von CHF 24'495.80.

8.2.2 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).

Die Beschwerdegegnerin hat keinen Abzug vom Tabellenlohn vorgenommen. Ob sich ein solcher rechtfertigt, ist eine Rechtsfrage, die das Gericht mit voller Kognition zu prüfen hat (BGE 137 V 71 E. 5.1 am Anfang). Anders als bei der Bemessung eines vom Versicherungsträger gewährten Abzuges, welcher der Angemessenheitsprüfung unterliegt, ist das Gericht nicht gehalten, eine gewisse Zurückhaltung walten zu lassen.

Im vorliegenden Fall ist der Beschwerdeführer gemäss gutachterlicher Beurteilung noch zu 37.5 % arbeitsfähig. Männer ohne Kaderfunktion verdienten im Jahr 2020 in einem Pensum von 25 ■ 49 % im Verhältnis fast 13 % weniger als Männer in einem Vollzeitpensum (vgl. monatlicher Bruttolohn [Zentralwert] nach Beschäftigungsgrad, beruflicher Stellung und Geschlecht, 2020, T18). Somit rechtfertigt es sich aus diesem Grund ein Abzug vorzunehmen. Dagegen rechtfertigen sich aus anderen Gründen keine weiteren Abzüge, zumal die Einschränkungen des Beschwerdeführers bereits bei der Bemessung der Arbeitsfähigkeit vollumfänglich berücksichtigt wurden. Zusammenfassend ist somit aufgrund des erheblich verminderten Einkommens aufgrund der Teilzeittätigkeit ein Abzug von 10 % vorzunehmen.

Bei einem Abzug von 10 % (Invalideneinkommen CHF 22'046.20 [CHF 24'495.80 abzüglich 10 %], Valideneinkommen CHF 65'322.10) resultiert ein Invaliditätsgrad von 66 % und damit ein Anspruch auf eine Dreiviertelsrente.

9.

9.1 Demnach ist die Beschwerde gutzuheissen.

9.2 Bei diesem Verfahrensausgang steht dem Beschwerdeführer eine ordentliche Parteientschädigung zu, die von der Beschwerdegegnerin zu bezahlen ist. In Anbetracht von Aufwand und Schwierigkeit des Prozesses ist die Parteientschädigung auf CHF 3'263.85 festzusetzen (11.6 Stunden zu CHF 250.00 [§ 160 Abs. 2 GT], zuzügl. Auslagen von CHF 130.50 und MwSt).

Im Vergleich zu den eingereichten Kostennoten vom 27. Januar 2022 und 8. Mai 2023 sind vorweg verschiedene der geltend gemachten Positionen zu streichen: Mehrere Positionen stellen Kanzleiaufwand dar (Orientierungskopien, Einreichung der Kostennoten), der bereits im Stundenansatz enthalten ist und nicht gesondert entschädigt wird. Zudem ist im Zusammenhang mit dem UP-Gesuch praxisgemäss pauschal ein Aufwand von einer halben Stunde zu vergüten, weshalb die diesbezüglichen Positionen sowie die geltend gemachten Kosten für die Korrespondenzen mit der Sozialregion und der Einwohnergemeinde

entsprechend zu kürzen sind. Zudem wird bei Obsiegen der nachprozessuale Aufwand praxismässig mit einer halben Stunde vergütet. Des Weiteren sind Kopien pro Stück nur mit 50 Rappen zu vergüten (§ 158 Abs. 3 Gebührentarif) und nicht mit CHF 1.00, wie in der Kostennote geltend gemacht wird.

9.3 Aufgrund von Art. 69 Abs. 1bis 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. Nach dem Ausgang des vorliegenden Verfahrens hat die IV-Stelle die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen.

9.4 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 Prof. Dr. med. I. ____ vom 24. März 2023 von CHF 16'560.00 zu tragen.

10. Nachdem der Beschwerdeführer obsiegt, erübrigt sich die Durchführung einer Hauptverhandlung. Der diesbezügliche Antrag ist obsolet.

Demnach wird erkannt:

1. In Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung der IV-Stelle des Kantons Solothurn vom 3. November 2021 aufgehoben.

2. Der Beschwerdeführer hat ab 1. Juli 2021 Anspruch auf eine Dreiviertelsrente.

3. Der Beschwerdegegnerin werden die Akten zwecks Prüfung eines Anspruchs auf Verzugszins auf der Rentennachzahlung im Sinne der Erwägungen zugestellt.

4. Die IV-Stelle des Kantons Solothurn hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von CHF 3'263.85 (inkl. Auslagen und MwSt) zu bezahlen.

5. Die IV-Stelle des Kantons Solothurn hat die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen.

6. Die IV-Stelle des Kantons Solothurn hat die Kosten des Gutachtens von Prof. Dr. med. I. ____ von CHF 16'560.00 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

Isch

Der vorliegende Entscheid wurde vom Bundesgericht mit Urteil 9C_573/2023 vom 23. Juli 2024 teilweise (Ziff. 6) aufgehoben.

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