

SO_GERICHTE VSBES.2021.82 vom 20. Oktober 2022

SO Obergericht, 2022-10-20, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2021.82

FR: SO_GERICHTE VSBES.2021.82 du 20 octobre 2022

IT: SO_GERICHTE VSBES.2021.82 del 20 ottobre 2022

Erwägungen

E. 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 Für die Beurteilung eines Falles hat das Sozialversicherungsgericht grundsätzlich auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügung (hier: 30. März 2021 und 14. April 2021) eingetretenen Sachverhalt abzustellen (BGE 131 V 242 E. 2.1 S. 243, 121 V 366 E. 1b).

1.3 Am 1. Januar 2022 trat das revidierte Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) in Kraft. Die angefochtenen Verfügungen ergingen 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).

E. 2

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

2.2 Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben jene Versicherte 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 zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig gewesen sind (lit. b) sowie nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid sind (lit. 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.

E. 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). Dies gilt in analoger Weise auch für Revisionsgesuche im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG (BGE 130 V 351 E. 3.5.3) sowie dann, wenn die versicherte Person nach vorausgegangener rechtskräftiger Ablehnung erneut eine Eingliederungsmassnahme beantragt (BGE 113 V 27; ZAK 1991 S. 262 E. 1a). Mit dieser Bestimmung soll verhindert werden, dass sich die Verwaltung nach vorausgegangener rechtskräftiger Rentenverweigerung immer wieder mit gleichlautenden und nicht näher begründeten, d.h. keine Veränderung des Sachverhalts darlegenden Rentengesuchen befassen muss (BGE 130 V 68 E. 5.2.3, 125 V 412 E. 2b, 117 V 200 E. 4b).

3.2 Tritt die Verwaltung ■ wie im vorliegenden Fall ■ auf die Neuanmeldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 ATSG vorzugehen (AHI 1999 S. 84 E. 1b mit Hinweisen). 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 141 V 585 E. 5.3, 134 V 131 E. 3 S. 132, 117 V 198 E. 3a, 109 V 115 E. 2b).

E. 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 Bundesgerichts 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).

4.4 In Revisions- und Neuanmeldungsfällen ist zusätzlich zu beachten, dass sich eine medizinische Beurteilung, welche von einer früheren ärztlichen Einschätzung abweicht, hinreichend darüber aussprechen muss, inwiefern eine effektive Veränderung des Gesundheitszustandes stattgefunden hat. Die Feststellung einer Veränderung erfolgt durch eine Gegenüberstellung eines vergangenen und des aktuellen Zustandes. Der Beweiswert eines zwecks Rentenrevision erstellten Gutachtens hängt also wesentlich davon ab, ob es sich ausreichend auf das Beweisthema der erheblichen Änderung des Sachverhalts bezieht. Einer für sich allein betrachteten vollständigen, nachvollziehbaren und schlüssigen medizinischen Stellungnahme, die im Hinblick auf eine erstmalige Beurteilung der Rentenberechtigung tauglich wäre, mangelt es daher in der Regel am rechtlich erforderlichen Beweiswert, wenn sie sich nicht hinreichend darüber ausspricht, inwiefern eine effektive Veränderung des Gesundheitszustandes eingetreten ist. Vorbehalten bleiben Sachlagen, in denen es evident ist, dass die gesundheitlichen Verhältnisse sich verändert haben (Urteil des Bundesgerichts 8C_38/2013 vom 2. September 2013 E. 4.4.3).

E. 5

5.1 Die Beschwerdegegnerin legte in der angefochtenen Verfügung vom 30. März 2021 dar (A.S. 1 ff.), die eigenen Abklärungen hätten ergeben, dass dem Beschwerdeführer aus

versicherungsmedizinischer Sicht spätestens ab Oktober 2019 keine Tätigkeit mehr im ersten Arbeitsmarkt zugemutet werden könne. Vorher habe die Arbeitsfähigkeit seit Juni 2016 bei ca. 50 % gelegen. Damit seien die Anspruchsvoraussetzungen zur Ausrichtung einer Invalidenrente erfüllt. Das Wartejahr sei per Juni 2017 abgelaufen. Der Rentenanspruch entstehe jedoch frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruches (Art. 29 Abs. 1 IVG). Die Anmeldung sei am 15. Mai 2019 eingegangen. Die Leistungen könnten somit ab 1. November 2019 ausgerichtet werden. Laut den gesetzlichen Bestimmungen nach Randziffer (Rz.) 4002 des Kreisschreibens über Invalidität und Hilflosigkeit (KSIH) könne eine ganze Rente nur dann direkt zugesprochen werden, wenn die durchschnittliche Arbeitsunfähigkeit für das abgelaufene Jahr wenigstens 70 % betragen habe und weiterhin eine Erwerbsunfähigkeit von mindestens gleichem Ausmass bestehe. Die durchschnittliche Arbeitsunfähigkeit während der Wartezeit habe 50 % betragen. Somit habe der Beschwerdeführer ab 1. November 2019 vorerst Anspruch auf eine halbe Rente. Diese Rente werde gemäss Art. 88a Abs. 2 IVV drei Monate später, konkret ab 1. Februar 2020, auf eine ganze Invalidenrente erhöht.

5.2 Dagegen wendet der Beschwerdeführer in der Beschwerde vom 11. Mai 2021 (A.S. 11 ff.) im Wesentlichen ein, gemäss der unbestrittenen medizinischen Aktenlage habe bereits ab Januar 2016 eine volle Arbeitsunfähigkeit bestanden, sodass das Wartejahr im Januar 2017 abgelaufen sei. Nach Art. 29 Abs. 1 IVG entstehe der Rentenanspruch frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruches nach Art. 29 Abs. 1 ATSG. Da die (erste) Anmeldung vom 19. April 2016 datiere, liege der Ablauf dieser Frist innerhalb des Wartejahres zu liegen, sodass ab 1. Januar 2017 Anspruch auf eine (ganze) Invalidenrente bestehe. Es könne dem Beschwerdeführer nicht zum Nachteil gereichen, dass die Beschwerdegegnerin am 15. September 2016 und am 28. Oktober 2016 vor Ablauf des Wartejahres zur Abweisung des Leistungsbegehrens geschritten sei und der Beschwerdeführer, welcher den entsprechenden Vorbescheid und die entsprechende Verfügung dem Vernehmen nach nie eröffnet bekommen habe, seither den Rentenanspruch nach Ablauf des Wartejahres bis zum zweiten Rentengesuch vom 13. Mai 2019 nicht erneut angemeldet habe. Der Beweis für die Zustellung der Verfügung vom 28. Oktober 2016 habe die Beschwerdegegnerin zu erbringen. Nach der hier vertretenen Auffassung bestünden beim Beschwerdeführer Zweifel am Vorliegen der Urteilsfähigkeit, seien doch bei einer Schizophrenie und bei psychotischen Störungen kognitive Fähigkeiten eingeschränkt und es könne eine Störung des Realitätsbezugs vorliegen. Es stelle sich aufgrund der Aktenlage die Frage, ob für den Beschwerdeführer überhaupt der (in Bezug auf eine Rente) anspruchsbegründende Sachverhalt erkennbar gewesen sei. Die Rechtsprechung nehme Nicht-Erkennbarkeit eines objektiv gegebenen anspruchsbegründenden Sachverhalts etwa in Fällen höherer Gewalt oder bei Vorliegen eigentlicher Geisteskrankheiten wie Schizophrenie an. So oder anders sei die Abweisung des Leistungsgesuchs im Jahr 2016 (Verfügung vom 28. Oktober 2016) zweifellos unrichtig im Sinne von Art. 53 Abs. 2 ATSG gewesen, weil sie von falschen Prognosen ausgegangen sei, sodass sich auch aus diesem Grund die Rentenzusprache, wie beantragt, rechtfertige.

6. Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer mit Verfügungen vom 30. März 2021 und 14. April 2021 zu Recht per 1. November 2019 eine halbe Invalidenrente und per 1. Februar 2020 eine ganze Rente zugesprochen hat. Vorab ist zu prüfen, ob die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer die leistungsabweisende

Verfügung vom 28. Oktober 2016 rechtsgültig eröffnet hat und diese somit rechtskräftig geworden ist.

6.1 Art. 29 Abs. 1 IVG sieht vor, dass der Rentenanspruch frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG, jedoch frühestens im Monat, der auf die Vollendung des 18. Altersjahres folgt, entsteht.

6.2 Der Beschwerdeführer bringt vor, gemäss der unbestrittenen medizinischen Aktenlage habe bereits ab Januar 2016 eine volle Arbeitsunfähigkeit bestanden, sodass das Wartejahr im Januar 2017 abgelaufen sei. Da die erste Anmeldung vom 19. April 2016 datiere, liege der Ablauf der sechsmonatigen Frist innerhalb des Wartjahres, sodass ab 1. Januar 2017 Anspruch auf eine ganze Invalidenrente bestehe (Beschwerde S. 5 f.; A.S. 15 f.). Dem kann nicht gefolgt werden. Die Beschwerdegegnerin wies das Leistungsgesuch des Beschwerdeführers vom 19. April 2016 mit rechtskräftiger Verfügung vom 28. Oktober 2016 (IV-Nr. 16) ab, nachdem er seine Erwerbstätigkeit seit 2. August 2016 wieder uneingeschränkt weiterführen können (vgl. auch IV-Nr. 14). Dass diese Verfügung dem Beschwerdeführer nie eröffnet worden sei, wie dies beschwerdeweise vorgebracht wird (Beschwerde S. 6; A.S. 16), vermag nicht zu überzeugen. Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung beschränkt sich der Wirkungsbereich des erforderlichen vollen Beweises auf Tatsachen, welche für die Rechtzeitigkeit im Prozess ausschlaggebend sind, Tatsachen somit, welche nicht im Rahmen der Massenverwaltung von Bedeutung sind. Da das ordentliche Verwaltungsverfahren, das mit der Verfügung oder dem Einspracheentscheid abgeschlossen wird, zur Massenverwaltung zählt, genügt hinsichtlich der Tatsachen, die für die Zustellung der Verfügung erheblich sind, der Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (Urteil des Bundesgerichts 9C_61/2011 vom 4. Mai 2011 E. 2.3 mit Hinweisen). Aufgrund der vorliegenden Akten ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 28. Oktober 2016 dem Beschwerdeführer eröffnet worden und in der Folge in Rechtskraft erwachsen ist. Der Beschwerdeführer bringt denn auch erstmals in der Beschwerde vom 11. Mai 2021 eine entsprechende Rüge vor. Den Akten lässt sich auch nicht entnehmen, dass sich der Beschwerdeführer nach dem Verfahrensstand erkundigt hätte. Wäre er davon ausgegangen, dass das erste Gesuch aus dem Jahre 2016 noch pendent ist, so hätte er sich zumindest nach dem Verfahrensstand erkundigt, bevor er sich am 13. Mai 2019 erneut zum Leistungsbezug anmeldete. Soweit der Beschwerdeführer anlässlich der öffentlichen Verhandlung vom 20. Oktober 2022 vorbringen lässt, es habe damals kein Austausch zwischen der Beschwerdegegnerin und ihm stattgefunden, es habe sich die Krankentaggeldversicherung um die Anmeldung gekümmert und sich nach dem weiteren Verfahren erkundigt (vgl. Verhandlungsprotokoll vom 22. Oktober 2022 [A.S. 88 ff.]), ist dem nicht zu folgen. Den vorliegend ins Recht gelegten Akten ist zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer mit Schreiben der Beschwerdegegnerin vom 23. Mai 2016 zu einem Gespräch eingeladen wurde (IV-Nr. 9). Daraufhin hat sich der Beschwerdeführer am 6. Juni 2016 telefonisch bei der Beschwerdegegnerin gemeldet, um den Termin für das Intake-Gespräch am 24. Juni 2016 abzusagen (vgl. Protokolleintrag vom 6. Juni 2016). Auch lässt sich den Akten entnehmen, dass der Vater des Beschwerdeführers am 9. Juni 2016 von der Beschwerdegegnerin telefonisch kontaktiert wurde (vgl. Protokolleintrag vom 9. Juni 2016), weshalb sich die Rüge des Beschwerdeführers, weder er noch seine Eltern seien in das damalige Verfahren involviert gewesen (vgl. Verhandlungsprotokoll vom 20. Oktober 2022 [A.S. 88 ff.]), nicht bestätigen lässt. Nach dem Dargelegten ist mit dem Beweisgrad

der überwiegenden Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass die leistungsablehnende Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 28. Oktober 2016 dem Beschwerdeführer seinerzeit eröffnet wurde, wogegen seine Behauptung vom ablehnenden Entscheid keine Kenntnis gehabt zu haben, wenig wahrscheinlich ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_61/2011 vom 4. Mai 2011 E. 2.4 mit Hinweisen). Auch ergeben sich aus den vorliegenden Akten keine Hinweise, dass beim Beschwerdeführer in der Zeit ab Januar 2016 eine Urteilsunfähigkeit bestanden haben könnte, sodass für ihn der anspruchsbegründende Sachverhalt nicht erkennbar gewesen wäre (vgl. Beschwerde S. 6; A.S. 16). Der Beschwerdeführer hat gemäss den ins Recht gelegten Akten seine Ausbildung am 2. August 2016 erneut aufnehmen und das zweite Ausbildungsjahr abschliessen können. So wurde der Lehrvertrag auch erst per 31. Januar 2018 (im dritten Lehrjahr) aufgelöst (IV-Nr. 20). Auch der begutachtende Facharzt Dr. med. E. ___ ging in seinem Gutachten vom 19. Juni 2016 von einer Teilremission der Symptomatik aus (vgl. E. II. 7.1 hiernach; IV-Nr. 11). Weiter lässt sich den medizinischen Berichten entnehmen, dass sich der Beschwerdeführer in der Zeit zwischen Dezember 2016 und September 2017 nicht bei der behandelnden Psychiaterin gemeldet und erstmals im September 2017 eine Zustandsverschlechterung beschrieben habe (IV-Nr. 26 S. 1). Demnach ist davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer im Zeitraum von August 2016 bis September 2017 in der Lage gewesen war, seiner Erwerbstätigkeit bzw. Ausbildung nachzugehen. Auch attestierten die Gutachter Dr. H. ___ und Prof. Dr. rer. nat. I. ___ dem Beschwerdeführer für die Zeit ab Juni 2016 eine grösstenteils 50%ige Arbeitsfähigkeit (vgl. E. II. 7.2.7 hiernach; IV-Nr. 70 S. 19), weshalb seine Rüge, es bestünden Zweifel an seiner Urteilsfähigkeit, nicht zu überzeugen vermag. Zwar leidet der Beschwerdeführer an einer paranoiden Schizophrenie, daraus kann jedoch nicht auf eine Urteilsunfähigkeit geschlossen werden, zumal keine entsprechende medizinische Feststellung besteht. Die Urteilsfähigkeit darf nur verneint werden, wenn hierfür ein hoher Wahrscheinlichkeitsgrad spricht. In den medizinischen Dokumenten finden sich keine Angaben darüber, dass der Beschwerdeführer seine Angelegenheiten aufgrund eingeschränkter Urteilsfähigkeit nicht mehr selbst besorgen vermochte (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_250/2013 vom 29. Juli 2013 E. 4.2). Daran vermag auch der Bericht der behandelnden Psychiaterin Dr. med. K. ___ vom 13. September 2021 (vgl. E. II. 7.2.9 hiernach; Urkunde-Nr. 4) nichts zu ändern, wonach die Urteilsfähigkeit störungsspezifisch intermittierend immer wieder nicht gegeben bzw. mindestens situativ eingeschränkt gewesen sei. Es fehlt an einer nachvollziehbaren Begründung der von der behandelnden Ärztin beschriebenen Einschränkung der Urteilsunfähigkeit in der Zeit zwischen der leistungsablehnenden Verfügung vom 28. Oktober 2016 bis zur Neuanmeldung vom 15. Mai 2019. Der Beschwerdeführer befindet sich seit Februar 2019 in psychiatrischer Behandlung bei Dr. med. K. ___ (vgl. IV-Nr. 52). Umso mehr drängt sich daher eine hinreichende Auseinandersetzung mit den Vorakten auf, welche im Bericht von Dr. med. K. ___ nicht erblickt werden kann. Auf welche konkreten Akten sich die behandelnde Psychiaterin bei ihrer Beurteilung stützt, wird nicht erklärt. Damit fehlen substantielle Anhaltspunkte, wonach beim Beschwerdeführer in der Vergangenheit eine eingeschränkte Urteilsfähigkeit vorgelegen haben könnte. Auch kann der Beschwerdeführer aus dem Umstand, dass die Verfügung vom 28. Oktober 2016 an die [...] in [...] adressiert war und der Beschwerdeführer aber ab dem 1. Oktober 2016 an der [...] in [...] gewohnt habe (vgl. Verhandlungsprotokoll vom 20. Oktober 2022 [A.S. 88 ff]; Urkunde-Nr. 5 und 6), nichts zu seinen Gunsten ableiten. Den ins Recht gelegten Akten lassen sich keine Hinweise entnehmen, wonach die Verfügung

vom 28. Oktober 2016 dem Beschwerdeführer nicht hätte zugestellt werden können und daher an die Beschwerdegegnerin retourniert worden wäre. Ferner kann daraus, dass die Beschwerdegegnerin die Verfügung vom 28. Oktober 2016 an die letzte ihr bekannte Adresse gesendet hat, nicht per se auf eine mangelhafte Eröffnung geschlossen werden. Es wäre auch am Beschwerdeführer gelegen, der Beschwerdegegnerin seinen neuen Aufenthaltsort zu melden (vgl. hierzu BGE 119 V 94). Dass er gesundheitlich gar nicht dazu in der Lage gewesen wäre, ist ■ wie bereits dargelegt ■ nicht anzunehmen.

Im Übrigen wäre es auch wenig nachvollziehbar, weshalb sich der Beschwerdeführer am 13. Mai 2019 erneut zum Leistungsbezug bei der Beschwerdegegnerin anmeldete, wenn er doch davon ausging, dass das im April 2016 initiierte Verfahren noch nicht abgeschlossen war.

6.3 Was sodann die Rüge des Beschwerdeführers anbelangt, er sei nicht in der Lage gewesen, einen anspruchrelevanten Sachverhalt zu erkennen, weshalb gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung die Anwendbarkeit von Art. 48 Abs. 2 IVG bei Schizophrenie zu bejahen sei (vgl. Replik S. 2; A.S. 65; mit Verweis auf die Beschwerde vom 16. September 2021 an das Bundesgericht), ist dem nicht zu folgen. Der Beschwerdeführer übersieht hierbei, dass diese im Zuge der seit 1. Januar 2012 in Kraft stehenden 6. IV-Revision neu gefasste Bestimmung ■ entgegen der Überschrift "Nachzahlung von Leistungen" ■ nicht sämtliche IV-Leistungen betrifft. Aus dem Wortlaut von Art. 48 Abs. 1 IVG ergibt sich klar, dass damit ausschliesslich der Anspruch auf Hilflosenentschädigung, auf medizinische Massnahmen oder auf Hilfsmittel gemeint ist. Für den Nachzahlungsanspruch auf Invalidenrenten gilt daher allein nach dessen klarem Wortlaut Art. 29 Abs. 1 IVG (Urteil des Bundesgerichts 8C_544/2016, 8C_568/2016 vom 28. November 2016 E. 4.2.2 mit Hinweis). Dies bestätigte das Bundesgericht sodann auch in der Verfügung vom 25. Oktober 2021 im Verfahren 9C_501/2021 (A.S. 72 ff.).

6.4 Soweit der Beschwerdeführer vorbringen lässt, die Abweisung des Leistungsgesuchs im Jahre 2016 sei ohnehin zweifellos unrichtig im Sinne von Art. 53 Abs. 2 ATSG gewesen, sodass sich auch aus diesem Grunde die Rentenzusprache wie beantragt rechtfertige (Beschwerde S. 7; A.S. 17), ist ihm nicht zu folgen. Gemäss Art. 53 Abs. 2 ATSG kann der Versicherungsträger auf formell rechtskräftige Verfügungen oder Einspracheentscheide zurückkommen, wenn diese zweifellos unrichtig sind und wenn ihre Berichtigung von erheblicher Bedeutung ist. Sie kann weder vom Betroffenen noch vom Gericht zu einer Wiedererwägung nach Art. 53 Abs. 2 ATSG verhalten werden. Es besteht damit kein gerichtlich durchsetzbarer Anspruch auf Wiedererwägung (BGE 133 V 50 E. 4.1 S. 52; Urteil des Bundesgerichts 8C_773/2008 vom 11. Februar 2009 E. 2.3, in: SVR 2009 EL Nr. 5 S. 17). Tritt die Verwaltung auf ein Wiedererwägungsgesuch nicht ein, was im Bestreitungsfall durch Auslegung ihres diesbezüglichen Schreibens zu ermitteln ist (Urteil des Bundesgerichts 9C_505/2007 vom 7. Mai 2008 E. 1.3.3), kann dagegen nicht Einsprache oder Beschwerde erhoben werden (BGE 133 V 50 E. 4.2.2 S. 55). Auf eine Beschwerde gegen ein Nichteintreten auf ein Wiedererwägungsgesuch der Verwaltung kann das Gericht nicht eintreten (BGE 133 V 50 E. 4.2.1 in fine S. 54 f.; SVR 2008 IV Nr. 54 S. 179, I 896/06 E. 3.1 f. und E. 4.1; Urteil des Bundesgerichts 8C_196/2015 vom 4. August 2015 E. 4.1).

Der Beschwerdeführer lässt erstmals in der Beschwerde vom 11. Mai 2021 (A.S. 11 ff.) vorbringen, die ursprüngliche Verfügung vom 28. Oktober 2016 sei zweifellos unrichtig im Sinne von Art. 53 Abs. 2 ATSG. Nachdem das Eintreten auf das Wiedererwägungsgesuch

im Ermessen der Beschwerdegegnerin liegt und vorliegend kein gerichtlich durchsetzbarer Anspruch auf Wiedererwägung besteht, kann nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung insoweit auf die Beschwerde nicht eingetreten werden.

6.5 Zusammenfassend ist festzuhalten, dass mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt ist, dass die ursprüngliche Verfügung vom 28. Oktober 2016 dem Beschwerdeführer eröffnet wurde und in der Folge in Rechtskraft erwachsen ist. Die Leistungsanmeldung vom 13. Mai 2019 ist somit als Neuanmeldung zu qualifizieren und die Verfügung vom 28. Oktober 2016 als Referenzzeitpunkt beizuziehen. Für die Vornahme weiterer Abklärungen (Partei- und Zeugenbefragung, vgl. Verhandlungsprotokoll vom 20. Oktober 2022 [A.S. 88 ff.]) besteht kein Anlass, weshalb darauf in antizipierter Beweiswürdigung verzichtet werden kann.

7. Zu prüfen ist folglich, ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist (vgl. E. II. 3.2 hiavor).

7.1 Im Zeitpunkt der in Rechtskraft erwachsenen ursprünglichen Verfügung vom 28. Oktober 2016 (IV-Nr. 16) stützte sich die Beschwerdegegnerin einerseits auf den Umstand, dass der Beschwerdeführer lediglich vorübergehend arbeitsunfähig gewesen war und seine kaufmännische Ausbildung ab dem 2. August 2016 wieder zu 100 % aufgenommen hatte und andererseits auf das psychiatrische Gutachten von Dr. med. E.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 19. Juni 2016 (IV-Nr. 11 S. 2 ff.). Dr. med. E.____ stellte in seinem Gutachten die folgende Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (IV-Nr. 11 S. 11):

Paranoide Schizophrenie, teilremittiert, ICD-10: F20.04

Weiter führte Dr. med. E.____ aus, der Beschwerdeführer sei Ende 2015 akut an einer paranoiden Schizophrenie erkrankt. Er selbst habe beschrieben, in der Kindheit Stimmen gehört zu haben und deswegen psychiatrisch/schulpsychologisch untersucht worden zu sein. Unter der aktuellen Medikation mit Zyprexa (einem Neuroleptikum, Medikament zur Behandlung von schizophrenen Psychosen) und Cipralext (einem Antidepressivum) sei die akute Symptomatik remittiert, es bestünden noch Restsymptome in Form einer affektiven Indifferenz, möglicherweise auch Suggestibilität. Akute Exazerbationen schizophrener Erkrankungen seien meist gut behandelbar, Prognosen den weiteren Verlauf betreffend könnten nicht abgegeben werden, es sollte unbedingt eine engmaschige Behandlung, psychiatrisch, psychotherapeutisch, psychoedukativ und medikamentös erfolgen. Sinnvoll wäre zwar auch die Behandlung auf einer Spezialstation für junge «ersterkrankte» Patienten. Dem stehe jedoch die Familiendynamik entgegen, wobei es keinen Sinn mache, den Beschwerdeführer in eine Konfliktsituation zu bringen, indem die Mutter an der Durchsetzung ihrer Vorstellungen gehindert werde. Wegen der Restsymptome und bei Berücksichtigung des bisherigen Krankheitsverlaufs bestehe weiterhin eine Arbeitsunfähigkeit von 50 %. Der Beschwerdeführer werde, so könne seine Haltung gedeutet werden, entgegen dem Rat, die verbleibende Zeit für die Aufgleisung einer stationären Therapie auf einer Spezialstation zu nutzen, zehn Wochen in sein Heimatland reisen. Er sei hinreichend kritikfähig, um die Folgen, sein Lehrverhältnis betreffend, abschätzen zu können. Bei Berücksichtigung des bisherigen Krankheitsverlaufs könne davon ausgegangen werden, dass in zwei Monaten ab Begutachtungstermin wieder eine Arbeitsfähigkeit von 100 % bestehe (IV-Nr. 11 S. 11 f.).

7.2 Im Zeitpunkt der vorliegend angefochtenen Verfügungen vom 30. März 2021 und 14. April 2021 (A.S. 1 ff.) präsentierte sich der medizinische Sachverhalt im Wesentlichen wie folgt:

7.2.1 Dem Bericht der Dres. med. L.____ und M.____, C.____ vom 2. Juni 2016 (IV-Nr. 27) ist zu entnehmen, dass die Zuweisung durch den Stationsarzt der N.____ zur weiteren ambulanten Therapie nach einer zweiwöchigen stationären Therapie bei akuter polymorpher psychotischer Störung mit Symptomen einer Schizophrenie erfolgt sei. Es wurde die Diagnose «St. n. akute polymorph psychotische Störung mit Symptomen einer Schizophrenie/mit akuter Belastung (F23.11)» gestellt. Es handle sich beim Beschwerdeführer um einen 19-jährigen, ledigen Patienten, der nach Abschluss einer stationären Therapie bei psychischer Dekompensation mit akuter polymorpher psychotischer Störung mit Symptomen einer Schizophrenie zur weiteren ambulanten psychiatrischen Behandlung durch den Kollegen aus der Psychiatrischen Klinik in [...] zugewiesen werde. Unter der kurzen Therapie mit Zyprexa habe der Beschwerdeführer einen stabilen Verlauf ohne psychotische Symptome gezeigt. Im heutigen Gespräch zeige sich der Beschwerdeführer freundlich, ruhig und weitgehend angepasst im Verhalten. Eine weitere ambulante psychiatrische Begleitung sei aus ihrer Sicht indiziert. Unter der Therapie mit Zyprexa Velotab 15 mg/d sei die psychotische Symptomatik aktuell teilweise remittiert. Der Beschwerdeführer sei zu 50 % arbeitsfähig. Er wünsche eine weitere ambulante Psychotherapie durch die Referentin Dr. med. M.____ in seiner Muttersprache.

Laut dem Bericht «Epikrise» der behandelnden Ärzte Dres. med. L.____ und M.____ (IV-Nr. 26) war der Beschwerdeführer in der Zeit vom 2. Juni 2016 bis 22. Dezember 2017 in Behandlung. Es wurde die Diagnose «Verdacht auf paranoide Schizophrenie (F20.0)» gestellt. Während der Therapie mit Zyprexa habe sich der Beschwerdeführer weiter stabilisiert, er habe deutlich weniger Stimmen gehört. Aus ihrer Sicht sei er wieder zu 50 % arbeitsfähig gewesen, so dass er seine KV-Lehre habe weiterführen können. Im weiteren Verlauf habe der Beschwerdeführer eine zunehmende depressive Stimmung entwickelt. Im April 2016 sei noch eine Therapie mit Ciprallex verordnet und im Verlauf erhöht worden. Unter der Therapie mit Ciprallex habe sich die depressive Symptomatik verbessert und im Verlauf habe der Beschwerdeführer das Medikament selber abgesetzt. Die Belastung am Arbeitsplatz bleibe unverändert. Er habe die erwartete Leistung in der Schule und am Arbeitsplatz nicht erreichen können, so dass er sein zweites Ausbildungsjahr habe wiederholen müssen. Von Mitte Juni bis Anfang August 2016 sei der Beschwerdeführer bei seinen Grosseltern in [...] gewesen; dort habe er eine ambulante Psychotherapie bei Dr. O.____ angefangen. Zu den vereinbarten Terminen sei der Beschwerdeführer nicht regelmässig erschienen. Zwischen Dezember 2016 und September 2017 habe er sich bei der Referentin nicht mehr gemeldet. Nach einer neunmonatigen Pause habe sich der Beschwerdeführer wieder notfallmässig für einen Termin gemeldet. Im September 2017 habe er eine Zustandsverschlechterung mit Déjà-vu-Erlebnissen beschrieben. Er habe sich ständig mit Déjà-vu-Erlebnissen beschäftigt. Im weiteren Verlauf habe er verneint, Stimmen zu hören. Die Wahrnehmungsstörungen hätten sich im Verlauf verschlechtert. Eine regelmässige Medikamenteneinnahme sei im Verlauf erschwert gewesen. Die Mutter habe die Einnahme der Medikamente kontrolliert. Im Verlauf sei eine Depotmedikation empfohlen worden (z.B. mit Abilify Maintena), was der Beschwerdeführer habe überdenken wollen. Die Behandlung im Ambulatorium werde wegen Weggang der Referentin abgeschlossen. Eine weitere Behandlung bei einem Therapeuten im

Ambulatorium werde vom Beschwerdeführer abgelehnt.

7.2.2 In ihrer psychiatrischen Beurteilung vom 23. September 2019 (IV-Nr. 36 S. 2 ff.) legte Dr. med. K.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, dar, der Beschwerdeführer befinde sich in ihrer Praxis in ambulanter fachärztlicher Behandlung. Seit August diesen Jahres sei es zu einer akuten Verschlechterung des vorbestehenden Zustandes gekommen. Der ambulante Behandlungsrahmen sei intensiviert und dem Störungsbild angepasst worden. Dementsprechend sei eine stationäre Behandlung wegen akuter Verschlechterung diskutiert, ein aufsuchendes Angebot (Psychiatriespitex ebenfalls muttersprachlicher Zugang) intensiviert miteinbezogen worden. Vor dem Hintergrund der aktuellen Verschlechterung sei zudem die Psychopharmakotherapie angepasst worden. Das aktuelle Beschwerdebild des Beschwerdeführers entspreche einer schwergradigen psychischen Beeinträchtigung bei komorbiden psychischen Störungen mit zum St. n. psychotischer Symptombildung erscheine das Beschwerdebild klinisch phänomenologisch und kriterienlogisch mit den oben genannten Diagnosen am besten erfasst, wobei es sich hier um eine gesicherte Diagnose mit klarem Längsverlauf und deutlicher Verschlechterung handle. Aufgrund des Verlaufes und der ausbleibenden namhaften Verbesserung trotz massiver Bemühungen sowohl therapeutisch als auch durch den mitwirkenden Beschwerdeführer sei es in den letzten Wochen zu einer progredienten Verschlechterung des Zustandsbildes gekommen. Die Verschlechterung des Zustandsbildes werde hiermit aus medizinisch-psychiatrischer Sicht objektiviert. Es sei davon auszugehen, dass die Alltagsgestaltung und damit verbunden die jeweilige Alltagsgestaltung mittel- bis langfristig einen massgeblichen Einfluss auf den Verlauf der Erkrankung habe und sich im oben genannten Sinn prognostisch auswirken werde. Das bedeute, dass psychische Stressoren vermieden werden sollten. Rahmenbedingungen, welche bereits ein moderates Mass an interaktioneller Auseinandersetzung erforderten, seien dringend zu vermeiden. Hiermit bitte Dr. med. K.____, aktuell vorübergehend das Pensum von 100 % auf 60 % zu reduzieren.

Mit Arztszeugnis vom 23. September 2019 (IV-Nr. 37 S. 2) bescheinigte Dr. med. K.____ dem Beschwerdeführer für die Zeit vom 23. September bis 31. Oktober 2019 eine Arbeitsunfähigkeit von 50 %.

7.2.3 In der Zeit vom 21. Oktober bis 22. November 2019 war der Beschwerdeführer in stationärer Behandlung in der Klinik G.____. Dem Austrittsbericht vom 2. Dezember 2019 (IV-Nr. 41 S. 2 ff.) lässt sich die Diagnose einer «paranoiden Schizophrenie (F20.0)» entnehmen. Weiter wurde dargelegt, es handle sich um einen klinikunbekannten, auf freiwilliger Basis kommenden Patienten, der von seiner Psychiaterin Dr. med. K.____ mit einer progredienten psychischen Symptomatik bei einer vorbekannten paranoiden Schizophrenie zugewiesen worden sei. Der Beschwerdeführer sei am 21. Oktober 2019 geplant auf die geschützt geführte Station Ost 1 eingetreten. Im Verlauf habe er am 5. November 2019 auf die offen geführte Station verlegt werden können. Initial hätten sich als Kernsymptome eine innere Unruhe und mittelschwere Angst gezeigt. Der Beschwerdeführer sei im Rahmen der psychiatrisch-psychotherapeutischen stationären Behandlung in ein multimodales Behandlungsprogramm integriert worden, das aus regelmässigen oberärztlichen Visiten, stützenden psychologischen und pflegerischen Gesprächen, Psychotherapie einzeln und in der Gruppe, der Teilnahme an kreativen Therapieangeboten, wie Ergotherapie, Körpertherapie, Musiktherapie, Reittherapie, Kunsttherapie, Physiotherapie und Sport/aktive Erholung bestehe. Psychopharmakologisch

sei die antipsychotische Behandlung mit Quetiapin 300 mg/d und Risperidon 4 mg/d beibehalten worden. Im Verlauf habe sich der Beschwerdeführer affektiv ruhiger, insgesamt deutlich verbessert gezeigt. Psychotherapeutisch sei mit dem Beschwerdeführer in Einzelgesprächen supportiv und ressourcenaktivierend gearbeitet, sowohl Ich-Funktion gestärkt, als auch psychoedukative Inhalte besprochen worden. Der Beschwerdeführer habe zudem an der Körpertherapie und der aktiven Erholung teilgenommen. Er habe gut von den oben genannten Therapien profitieren können. Er habe unter dem Gesichtspunkt profitieren können, zur Ruhe zu kommen und wieder Energie zu schöpfen. Er habe in gebessertem psychischen und stabilen physischen Zustand, klar und deutlich von Eigen- und Fremdgefährdung sowie von Suizidalität distanziert, am 22. November 2019 aus der Klinik G.____ austreten können. Für die Zeit vom 21. Oktober 2019 bis 30. November 2019 wurde dem Beschwerdeführer eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % attestiert.

7.2.4 Dem Austrittsbericht der C.____ vom

E. 6

.3 Was sodann die Rüge des Beschwerdeführers anbelangt, er sei nicht in der Lage gewesen, einen anspruchsrelevanten Sachverhalt zu erkennen, weshalb gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung die Anwendbarkeit von Art. 48 Abs. 2 IVG bei Schizophrenie zu bejahen sei (vgl. Replik S. 2; A.S. 65; mit Verweis auf die Beschwerde vom 16. September 2021 an das Bundesgericht), ist dem nicht zu folgen. Der Beschwerdeführer übersieht hierbei, dass diese im Zuge der seit 1. Januar 2012 in Kraft stehenden 6. IV-Revision neu gefasste Bestimmung – entgegen der Überschrift "Nachzahlung von Leistungen" – nicht sämtliche IV-Leistungen betrifft. Aus dem Wortlaut von Art. 48 Abs. 1 IVG ergibt sich klar, dass damit ausschliesslich der Anspruch auf Hilflosenentschädigung, auf medizinische Massnahmen oder auf Hilfsmittel gemeint ist. Für den Nachzahlungsanspruch auf Invalidenrenten gilt daher allein nach dessen klarem Wortlaut Art. 29 Abs. 1 IVG (Urteil des Bundesgerichts 8C_544/2016, 8C_568/2016 vom 28. November 2016 E. 4.2.2 mit Hinweis). Dies bestätigte das Bundesgericht sodann auch in der Verfügung vom 25. Oktober 2021 im Verfahren 9C_501/2021 (A.S. 72 ff.). 6.4 Soweit der Beschwerdeführer vorbringen lässt, die Abweisung des Leistungsgesuchs im Jahre 2016 sei ohnehin zweifellos unrichtig im Sinne von Art. 53 Abs. 2 ATSG gewesen, sodass sich auch aus diesem Grunde die Rentenzusprache wie beantragt rechtfertige (Beschwerde S. 7; A.S. 17), ist ihm nicht zu folgen. Gemäss Art. 53 Abs. 2 ATSG kann der Versicherungsträger auf formell rechtskräftige Verfügungen oder Einspracheentscheide zurückkommen, wenn diese zweifellos unrichtig sind und wenn ihre Berichtigung von erheblicher Bedeutung ist. Sie kann weder vom Betroffenen noch vom Gericht zu einer Wiedererwägung nach Art. 53 Abs. 2 ATSG verhalten werden. Es besteht damit kein gerichtlich durchsetzbarer Anspruch auf Wiedererwägung (BGE 133 V 50 E. 4.1 S. 52; Urteil des Bundesgerichts 8C_773/2008 vom 11. Februar 2009 E. 2.3, in: SVR 2009 EL Nr. 5 S. 17). Tritt die Verwaltung auf ein Wiedererwägungsgesuch nicht ein, was im Bestreitungsfall durch Auslegung ihres diesbezüglichen Schreibens zu ermitteln ist (Urteil des Bundesgerichts 9C_505/2007 vom 7. Mai 2008 E. 1.3.3), kann dagegen nicht Einsprache oder Beschwerde erhoben werden (BGE 133 V 50 E. 4.2.2 S. 55). Auf eine Beschwerde gegen ein Nichteintreten auf ein Wiedererwägungsgesuch der Verwaltung kann das Gericht nicht eintreten (BGE 133 V 50 E. 4.2.1 in fine S. 54 f.; SVR 2008 IV Nr. 54 S. 179, I 896/06 E. 3.1 f. und E. 4.1; Urteil des Bundesgerichts 8C_196/2015 vom 4. August 2015 E. 4.1). Der Beschwerdeführer lässt erstmals in der Beschwerde vom 11.

Mai 2021 (A.S. 11 ff.) vorbringen, die ursprüngliche Verfügung vom 28. Oktober 2016 sei zweifellos unrichtig im Sinne von Art. 53 Abs. 2 ATSG. Nachdem das Eintreten auf das Wiedererwägungsgesuch im Ermessen der Beschwerdegegnerin liegt und vorliegend kein gerichtlich durchsetzbarer Anspruch auf Wiedererwägung besteht, kann nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung insoweit auf die Beschwerde nicht eingetreten werden.

6.5 Zusammenfassend ist festzuhalten, dass mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt ist, dass die ursprüngliche Verfügung vom 28. Oktober 2016 dem Beschwerdeführer eröffnet wurde und in der Folge in Rechtskraft erwachsen ist. Die Leistungsanmeldung vom 13. Mai 2019 ist somit als Neuanmeldung zu qualifizieren und die Verfügung vom 28. Oktober 2016 als Referenzzeitpunkt beizuziehen. Für die Vornahme weiterer Abklärungen (Partei- und Zeugenbefragung, vgl. Verhandlungsprotokoll vom 20. Oktober 2022 [A.S. 88 ff.]) besteht kein Anlass, weshalb darauf in antizipierter Beweiswürdigung verzichtet werden kann.

7. Zu prüfen ist folglich, ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist (vgl. E. II. 3.2 hiervor).

7.1 Im Zeitpunkt der in Rechtskraft erwachsenen ursprünglichen Verfügung vom 28. Oktober 2016 (IV-Nr. 16) stützte sich die Beschwerdegegnerin einerseits auf den Umstand, dass der Beschwerdeführer lediglich vorübergehend arbeitsunfähig gewesen war und seine kaufmännische Ausbildung ab dem 2. August 2016 wieder zu 100 % aufgenommen hatte und andererseits auf das psychiatrische Gutachten von Dr. med. E. ____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 19. Juni 2016 (IV-Nr. 11 S. 2 ff.). Dr. med. E. ____ stellte in seinem Gutachten die folgende Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (IV-Nr. 11 S. 11): Paranoide Schizophrenie, teilremittiert, ICD-10: F20.04 Weiter führte Dr. med. E. ____ aus, der Beschwerdeführer sei Ende 2015 akut an einer paranoiden Schizophrenie erkrankt. Er selbst habe beschrieben, in der Kindheit Stimmen gehört zu haben und deswegen psychiatrisch/schulpsychologisch untersucht worden zu sein. Unter der aktuellen Medikation mit Zyprexa (einem Neuroleptikum, Medikament zur Behandlung von schizophrenen Psychosen) und CipraleX (einem Antidepressivum) sei die akute Symptomatik remittiert, es bestünden noch Restsymptome in Form einer affektiven Indifferenz, möglicherweise auch Suggestibilität. Akute Exazerbationen schizophrener Erkrankungen seien meist gut behandelbar, Prognosen den weiteren Verlauf betreffend könnten nicht abgegeben werden, es sollte unbedingt eine engmaschige Behandlung, psychiatrisch, psychotherapeutisch, psychoedukativ und medikamentös erfolgen. Sinnvoll wäre zwar auch die Behandlung auf einer Spezialstation für junge «ersterkrankte» Patienten. Dem stehe jedoch die Familiendynamik entgegen, wobei es keinen Sinn mache, den Beschwerdeführer in eine Konfliktsituation zu bringen, indem die Mutter an der Durchsetzung ihrer Vorstellungen gehindert werde. Wegen der Restsymptome und bei Berücksichtigung des bisherigen Krankheitsverlaufs bestehe weiterhin eine Arbeitsunfähigkeit von 50 %. Der Beschwerdeführer werde, so könne seine Haltung gedeutet werden, entgegen dem Rat, die verbleibende Zeit für die Aufgleisung einer stationären Therapie auf einer Spezialstation zu nutzen, zehn Wochen in sein Heimatland reisen. Er sei hinreichend kritikfähig, um die Folgen, sein Lehrverhältnis betreffend, abschätzen zu können. Bei Berücksichtigung des bisherigen Krankheitsverlaufs könne davon ausgegangen werden, dass in zwei Monaten ab Begutachtungstermin wieder eine Arbeitsfähigkeit von 100 % bestehe (IV-Nr. 11 S. 11 f.).

7.2 Im Zeitpunkt der vorliegend angefochtenen Verfügungen vom 30. März 2021 und 14. April 2021 (A.S. 1 ff.) präsentierte sich der medizinische Sachverhalt im Wesentlichen wie folgt:

7.2.1 Dem Bericht der Dres.

med. L.____ und M.____, C.____ vom 2. Juni 2016 (IV-Nr. 27) ist zu entnehmen, dass die Zuweisung durch den Stationsarzt der N.____ zur weiteren ambulanten Therapie nach einer zweiwöchigen stationären Therapie bei akuter polymorpher psychotischer Störung mit Symptomen einer Schizophrenie erfolgt sei. Es wurde die Diagnose «St. n. akute polymorph psychotische Störung mit Symptomen einer Schizophrenie/mit akuter Belastung (F23.11)» gestellt. Es handle sich beim Beschwerdeführer um einen 19-jährigen, ledigen Patienten, der nach Abschluss einer stationären Therapie bei psychischer Dekompensation mit akuter polymorpher psychotischer Störung mit Symptomen einer Schizophrenie zur weiteren ambulanten psychiatrischen Behandlung durch den Kollegen aus der Psychiatrischen Klinik in [...] zugewiesen werde. Unter der kurzen Therapie mit Zyprexa habe der Beschwerdeführer einen stabilen Verlauf ohne psychotische Symptome gezeigt. Im heutigen Gespräch zeige sich der Beschwerdeführer freundlich, ruhig und weitgehend angepasst im Verhalten. Eine weitere ambulante psychiatrische Begleitung sei aus ihrer Sicht indiziert. Unter der Therapie mit Zyprexa Velotab 15 mg/d sei die psychotische Symptomatik aktuell teilweise remittiert. Der Beschwerdeführer sei zu 50 % arbeitsfähig. Er wünsche eine weitere ambulante Psychotherapie durch die Referentin Dr. med. M.____ in seiner Muttersprache. Laut dem Bericht «Epikrise» der behandelnden Ärzte Dres. med. L.____ und M.____ (IV-Nr. 26) war der Beschwerdeführer in der Zeit vom 2. Juni 2016 bis 22. Dezember 2017 in Behandlung. Es wurde die Diagnose «Verdacht auf paranoide Schizophrenie (F20.0)» gestellt. Während der Therapie mit Zyprexa habe sich der Beschwerdeführer weiter stabilisiert, er habe deutlich weniger Stimmen gehört. Aus ihrer Sicht sei er wieder zu 50 % arbeitsfähig gewesen, so dass er seine KV-Lehre habe weiterführen können. Im weiteren Verlauf habe der Beschwerdeführer eine zunehmende depressive Stimmung entwickelt. Im April 2016 sei noch eine Therapie mit Cipralex verordnet und im Verlauf erhöht worden. Unter der Therapie mit Cipralex habe sich die depressive Symptomatik verbessert und im Verlauf habe der Beschwerdeführer das Medikament selber abgesetzt. Die Belastung am Arbeitsplatz bleibe unverändert. Er habe die erwartete Leistung in der Schule und am Arbeitsplatz nicht erreichen können, so dass er sein zweites Ausbildungsjahr habe wiederholen müssen. Von Mitte Juni bis Anfang August 2016 sei der Beschwerdeführer bei seinen Grosseltern in [...] gewesen; dort habe er eine ambulante Psychotherapie bei Dr. O.____ angefangen. Zu den vereinbarten Terminen sei der Beschwerdeführer nicht regelmässig erschienen. Zwischen Dezember 2016 und September 2017 habe er sich bei der Referentin nicht mehr gemeldet. Nach einer neunmonatigen Pause habe sich der Beschwerdeführer wieder notfallmässig für einen Termin gemeldet. Im September 2017 habe er eine Zustandsverschlechterung mit Déjà-vu-Erlebnissen beschrieben. Er habe sich ständig mit Déjà-vu-Erlebnissen beschäftigt. Im weiteren Verlauf habe er verneint, Stimmen zu hören. Die Wahrnehmungsstörungen hätten sich im Verlauf verschlechtert. Eine regelmässige Medikamenteneinnahme sei im Verlauf erschwert gewesen. Die Mutter habe die Einnahme der Medikamente kontrolliert. Im Verlauf sei eine Depotmedikation empfohlen worden (z.B. mit Abilify Maintena), was der Beschwerdeführer habe überdenken wollen. Die Behandlung im Ambulatorium werde wegen Weggang der Referentin abgeschlossen. Eine weitere Behandlung bei einem Therapeuten im Ambulatorium werde vom Beschwerdeführer abgelehnt. 7.2.2 In ihrer psychiatrischen Beurteilung vom 23. September 2019 (IV-Nr. 36 S. 2 ff.) legte Dr. med. K.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, dar, der Beschwerdeführer befinde sich in ihrer Praxis in ambulanter fachärztlicher Behandlung. Seit August diesen Jahres sei es zu einer akuten Verschlechterung des vorbestehenden Zustandes gekommen. Der

ambulante Behandlungsrahmen sei intensiviert und dem Störungsbild angepasst worden. Dementsprechend sei eine stationäre Behandlung wegen akuter Verschlechterung diskutiert, ein aufsuchendes Angebot (Psychiatriespitex ebenfalls muttersprachlicher Zugang) intensiviert miteinbezogen worden. Vor dem Hintergrund der aktuellen Verschlechterung sei zudem die Psychopharmakotherapie angepasst worden. Das aktuelle Beschwerdebild des Beschwerdeführers entspreche einer schwergradigen psychischen Beeinträchtigung bei komorbiden psychischen Störungen mit zum St. n. psychotischer Symptombildung erscheine das Beschwerdebild klinisch phänomenologisch und kriterienlogisch mit den oben genannten Diagnosen am besten erfasst, wobei es sich hier um eine gesicherte Diagnose mit klarem Längsverlauf und deutlicher Verschlechterung handle. Aufgrund des Verlaufes und der ausbleibenden namhaften Verbesserung trotz massiver Bemühungen sowohl therapeutisch als auch durch den mitwirkenden Beschwerdeführer sei es in den letzten Wochen zu einer progredienten Verschlechterung des Zustandsbildes gekommen. Die Verschlechterung des Zustandsbildes werde hiermit aus medizinisch-psychiatrischer Sicht objektiviert. Es sei davon auszugehen, dass die Alltagsgestaltung und damit verbunden die jeweilige Alltagsgestaltung mittel- bis langfristig einen massgeblichen Einfluss auf den Verlauf der Erkrankung habe und sich im oben genannten Sinn prognostisch auswirken werde. Das bedeute, dass psychische Stressoren vermieden werden sollten. Rahmenbedingungen, welche bereits ein moderates Mass an interaktioneller Auseinandersetzung erforderten, seien dringend zu vermeiden. Hiermit bitte Dr. med. K.____, aktuell vorübergehend das Pensum von 100 % auf 60 % zu reduzieren. Mit Arzzeugnis vom 23. September 2019 (IV-Nr. 37 S. 2) bescheinigte Dr. med. K.____ dem Beschwerdeführer für die Zeit vom 23. September bis 31. Oktober 2019 eine Arbeitsunfähigkeit von 50 %. 7.2.3 In der Zeit vom 21. Oktober bis 22. November 2019 war der Beschwerdeführer in stationärer Behandlung in der Klinik G.____. Dem Austrittsbericht vom 2. Dezember 2019 (IV-Nr. 41 S. 2 ff.) lässt sich die Diagnose einer «paranoiden Schizophrenie (F20.0)» entnehmen. Weiter wurde dargelegt, es handle sich um einen klinikunbekannten, auf freiwilliger Basis kommenden Patienten, der von seiner Psychiaterin Dr. med. K.____ mit einer progredienten psychischen Symptomatik bei einer vorbekannten paranoiden Schizophrenie zugewiesen worden sei. Der Beschwerdeführer sei am 21. Oktober 2019 geplant auf die geschützt geführte Station Ost 1 eingetreten. Im Verlauf habe er am 5. November 2019 auf die offen geführte Station verlegt werden können. Initial hätten sich als Kernsymptome eine innere Unruhe und mittelschwere Angst gezeigt. Der Beschwerdeführer sei im Rahmen der psychiatrisch-psychotherapeutischen stationären Behandlung in ein multimodales Behandlungsprogramm integriert worden, das aus regelmässigen oberärztlichen Visiten, stützenden psychologischen und pflegerischen Gesprächen, Psychotherapie einzeln und in der Gruppe, der Teilnahme an kreativen Therapieangeboten, wie Ergotherapie, Körpertherapie, Musiktherapie, Reittherapie, Kunsttherapie, Physiotherapie und Sport/aktive Erholung bestehe. Psychopharmakologisch sei die antipsychotische Behandlung mit Quetiapin 300 mg/d und Risperidon 4 mg/d beibehalten worden. Im Verlauf habe sich der Beschwerdeführer affektiv ruhiger, insgesamt deutlich verbessert gezeigt. Psychotherapeutisch sei mit dem Beschwerdeführer in Einzelgesprächen supportiv und ressourcenaktivierend gearbeitet, sowohl Ich-Funktion gestärkt, als auch psychoedukative Inhalte besprochen worden. Der Beschwerdeführer habe zudem an der Körpertherapie und der aktiven Erholung teilgenommen. Er habe gut von den oben genannten Therapien profitieren können. Er habe unter dem Gesichtspunkt profitieren können, zur Ruhe zu kommen und wieder Energie zu schöpfen. Er habe in gebessertem

psychischen und stabilen physischen Zustand, klar und deutlich von Eigen- und Fremdgefährdung sowie von Suizidalität distanziert, am 22. November 2019 aus der Klinik G.____ austreten können. Für die Zeit vom 21. Oktober 2019 bis 30. November 2019 wurde dem Beschwerdeführer eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % attestiert. 7.2.4 Dem Austrittsbericht der C.____ vom

E. 7

Februar 2020 lässt sich entnehmen, dass sich der Beschwerdeführer in der Zeit vom 22. Januar bis 30. Januar 2020 erneut in stationärer Behandlung befand (IV-Nr. 51). Die behandelnden Ärzte konnten die folgenden Diagnosen stellen:

Weiter wurde dargelegt, die Zuweisung des Beschwerdeführers sei durch die behandelnde Psychiaterin Dr. med. K.____ bei bekannter paranoider Schizophrenie zur Krisenintervention erfolgt. Bei Symptombefreiheit in Bezug auf die paranoide Schizophrenie sei der Fokus der Krisenintervention primär in sozialpsychiatrischen Anliegen gelegen. Der bei seinen Eltern lebende Beschwerdeführer habe von anhaltenden Konfliktsituationen im familiären Umfeld berichtet. Er fühle sich durch seine Eltern bevormundet, kontrolliert und missverstanden. Der Beschwerdeführer habe bestätigt, unter Abilify Maintena und dem zuletzt zusätzlich verordneten Risperdal kein wahnhaftes Erleben feststellen zu können. Zur medikamentösen Optimierung sei dem Beschwerdeführer allenfalls ■ vor allem auch vor dem Hintergrund der deutlichen Gewichtszunahme in den vergangenen vier Jahren seit Aufnahme der antipsychotischen Behandlung ■ eine Aufdosierung des Depotpräparats (Abilify Maintena auf 400 mg), eine Reduktion der Medikation mit Seroquel und in Abhängigkeit des Verlaufs ggf. auch eine Reduktion oder Auslassversuch von Risperdal empfohlen worden. Dem Beschwerdeführer sei ferner eine Ernährungsberatung empfohlen worden. Das Angebot einer Aufnahme in der Tagesklinik habe der Beschwerdeführer mit seiner ambulanten Behandlerin besprechen wollen, so auch die empfohlene Anpassung der Medikation. Die Vitalparameter hätten sich über die Dauer des stationären Aufenthaltes stets stabil gezeigt. Ein Drogenscreening im Urin sei negativ gewesen. Im Labor sei der Risperidonspiegel mit 54nmol/l innerhalb des Referenzbereichs gelegen. Ferner habe sich eine Infektkonstellation (Leukozyten 10,6x10⁹/l, CRP 16,2 mg/l) gezeigt. Der Beschwerdeführer habe von gastrointestinalen Beschwerden berichtet. In der klinischen Untersuchung hätten sich keine Auffälligkeiten ergeben. Die Beschwerden seien über die Dauer des stationären Aufenthaltes spontan remittierend gewesen. Vor der Entlassung habe ein gemeinsames Standortgespräch mit dem Beschwerdeführer und dessen Mutter sowie Herrn P.____ (der Q.____ GmbH) stattgefunden. Nach der Entlassung erhalte der Beschwerdeführer Unterstützung durch eine psychiatrische Spitex. Dem Wunsch der Etablierung eines von den Eltern unabhängigen eigenständigen Wohnens habe auch vor dem Hintergrund der fehlenden Finanzierung nicht entsprochen werden können. Frau Dr. med. K.____ sei telefonisch über den Verlauf der stationären Behandlung informiert worden. Der Beschwerdeführer habe im Anschluss an das Standortgespräch auf dessen ausdrücklichen Wunsch bei fehlenden Hinweisen auf Eigen- oder Fremdgefährdung in die vorbestehenden Verhältnisse entlassen werden können.

7.2.5 In ihrem Verlaufsbericht vom 27. April 2020 (IV-Nr. 52) stellte die behandelnde Psychiaterin Dr. med. K.____ die Diagnose einer «chronisch paranoiden Schizophrenie aktuell remittiert nach psychotischer Dekompensation» als solche mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Die Prognose sei medizinisch-theoretisch ungünstig. Bei der Erkrankung handle es sich um ein chronisches, irreversibles und die Arbeitsfähigkeit und die

Lebensqualität massiv einschränkendes Geschehen. Der Beschwerdeführer verfüge über sehr viele Ressourcen, die er ausserhalb der schubweise auftretenden Verschlechterungen sehr gut nutzbar machen könne. Die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit könne sie nicht beantworten. Die Arbeitsfähigkeit in einer dem Leiden angepassten Tätigkeit müsse im Rahmen eines Belastbarkeitstrainings beantwortet werden.

7.2.6 Am 23. November 2020 erging ein weiterer Austrittsbericht der Klinik G.____ (IV-Nr. 66). Demnach war der Beschwerdeführer in der Zeit vom 29. September 2020 bis 3. November 2020 in stationärer Behandlung. Folgende Diagnosen lassen sich diesem Bericht entnehmen:

Der Beschwerdeführer sei am 29. September 2020 geplant auf die offen geführte Station eingetreten. Die Behandlung sei auf der offenen Station begonnen worden. Auf der offenen Station habe der Beschwerdeführer einen guten Kontakt zu den anderen Mitpatienten, zum Pflegepersonal gehabt und auch die Motivation gezeigt, am multimodalen Programm aktiv teilzunehmen. Es sei eine psychopharmakologische medikamentöse Einstellung und Optimierung erfolgt. Die schizophrene produktive Episode sei momentan abgeklungen, jedoch sei der Beschwerdeführer im Affekt sehr flach und unter hoher Medikation von Zyprexa, Depakine und Abilify gut eingestellt. Mit dem Beschwerdeführer sei seine Adipositas besprochen worden, welche den Alltag und den Beruf massiv beeinträchtigen und sich gegenseitig negativ beeinflussen würden. Am 15. Oktober 2020 habe im Rahmen der psychosomatischen Sprechstunde ein Vorgespräch mit dem Leiter der R.____ stattgefunden, in dem klar die Indikation für einen Aufenthalt in der R.____ gestellt worden sei. Der Beschwerdeführer habe am 3. November 2020 in wesentlich gebessertem psychischen Zustand, klar und deutlich von Eigen- sowie Fremdgefährdung distanziert, aus der Klinik G.____ austreten können.

7.2.7 Nach Rücksprache mit Dr. med. J.____, Fachärztin für Neurologie, vom Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD; IV-Nr. 54), veranlasste die Beschwerdegegnerin ein bidisziplinäres (psychiatrisches und neuropsychologisches) Gutachten bei Dr. H.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, und Prof. Dr. rer. nat. I.____, Fachpsychologe für Neuropsychologie FSP. Das Gutachten wurde am 1. Dezember 2020 erstattet (IV-Nr. 69 und 70). Die Gutachter stellten folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (IV-Nr. 70 S. 23):

Weiter führten die Gutachter aus, es fänden sich neuropsychologisch und psychiatrisch keine Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit.

Auf neuropsychologischem Fachgebiet finde sich eine mittelschwere neurokognitive Störung im Kontext der psychiatrischen Grunderkrankung (F07.8). Die neuropsychologische Untersuchung habe als Leitsymptom deutlich beeinträchtigte attentionale Funktionen bei einer psychomotorischen Verlangsamung ergeben. Zudem habe sich die selektive Aufmerksamkeit als reduziert erwiesen. Deutliche Beeinträchtigungen hätten sich auch in den exekutiven Funktionen mit mehrheitlich mittelgradigen bis deutlichen Minderleistungen gefunden, mit Ausnahme einer normgerechten figuralen Flüssigkeit sowie einer unauffälligen Konzeptfindung. Insgesamt seien die Handlungsplanung und -kontrolle, die mentale Flexibilität sowie das Problemlösen beeinträchtigt gewesen. Des Weiteren hätten sich Auffälligkeiten in den sprachlichen Funktionen, in der visuell-räumlichen Verarbeitung sowie im Bereich der sozialen Kognition ergeben. Kausal sei die aktuell bestehende neurokognitive Störung auf die

Schizophrenie (und deren Negativ-Symptomatik) sowie auf die Polymedikation mit Einfluss auf die Kognition zurückzuführen (IV-Nrn. 69 S. 14 f.; 70 S. 22).

Aus psychiatrischer Sicht führten die Gutachter aus, im aktuellen Befund stehe eine Minus-beziehungsweise Negativ-Symptomatik mit reduziertem Antrieb, Energie- und Lustlosigkeit, Verlangsamung, kognitiver Einschränkung, depressiv verflachter Stimmungslage und zunehmendem berichtetem sozialem Rückzug vor erneutem aktuellem Klinikeintritt bei auch zunehmender körperlicher Dekonditionierung im Vordergrund. Punktuell würden sich trotz kombinierter neuroleptischer Psychopharmaka-Medikation weiter wahnhafte Ideen in den Gedankeninhalten mit unter anderem Gefühl, Menschen durch Gespräche heilen zu können, andeuten. Es finde sich auch eine deutliche Ich-strukturelle Vulnerabilität mit Beeinflussungs- beziehungsweise Verfolgungsgedanken vor allem vor dem Einschlafen beziehungsweise auch in geschilderten nächtlichen Träumen. Dieser Symptombereich werde im Rahmen der F2-Diagnose subsummiert und die zuletzt geäußerte Verdachtsdiagnose einer PTSD gutachterlich diesbezüglich nicht bestätigt. Im Längsverlauf zeige sich deutlich eine Chronifizierung, das gesundheitliche Ausgangsniveau und die damit verbundene Belastbarkeit und berufliche Leistungsfähigkeit vor Krankheitsbeginn ab Anfang 2016 hätten nicht mehr erreicht werden können. Diagnostisch sei aufgrund des Längsverlaufs und der aktuellen Abklärung zum Zeitpunkt einer erneuten stationären Behandlung von einem chronifizierten Zustandsbild mit inzwischen ungünstiger Prognose auszugehen (IV-Nr. 70 S. 15). Die Symptomatik werde im Rahmen der Grunderkrankung einer paranoiden Schizophrenie mit formal unvollständiger Remission im Rahmen der anhaltenden Negativ-Symptomatik zugeordnet (IV-Nr. 70 S. 22 f.). Im Rahmen der vorliegenden Psychopathologie und der resultierenden funktionellen Einschränkungen ergebe sich eine fortgesetzte stationäre Behandlungsbedürftigkeit und es liege aus fachärztlich psychiatrischer Sicht keine ausreichende Leistungsreserve für Arbeitstätigkeiten unter Bedingungen der freien Wirtschaft vor (IV-Nr. 70 S. 19).

Allein neuropsychologisch liege im Rahmen der mittelgradigen kognitiven Störung eine Arbeitsfähigkeit von 50 % in der bisherigen Tätigkeit sowie in sämtlichen denkbaren angepassten Tätigkeiten vor. Unter zusätzlicher Berücksichtigung der psychiatrisch begründbaren Limitierungen liege aktuell keine Belastbarkeit für eine stabil erbringbare Arbeitsleistung unter Bedingungen der freien Wirtschaft für die angestammte Tätigkeit sowie sämtlichen angepasste Tätigkeiten vor (IV-Nr. 70 S. 23). Die 100%ige Arbeitsunfähigkeit sei mindestens seit dokumentierter Zustandsverschlechterung im Oktober 2019 nachvollziehbar ausgewiesen. Vorher habe mindestens in der akuten Krankheitsphase ab Januar 2016 vorübergehend eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit vorgelegen. Medizinisch-theoretisch könne dann ab Begutachtung durch Dr. med. E. ___ im Juni 2016 eine noch theoretische Leistungsreserve für eine 50%ige Arbeitsfähigkeit angenommen werden, die aber im Verlauf nicht mehr habe stabil umgesetzt werden können (IV-Nr. 70 S. 19).

7.2.8 Am 4. Januar 2021 nahm die RAD-Ärztin Dr. med. J. ___ Stellung zum bidisziplinären Gutachten in den Fachrichtungen Psychiatrie und Neuropsychologie (IV-Nr. 73). Sie führte aus, das vorliegende bidisziplinäre Gutachten sei für die streitigen Belange umfassend und ausführlich. Die diagnostische Beurteilung und der Schweregrad des Störungsbildes sowie die Erhebung der Fähigkeiten und funktionellen Einschränkungen würden in die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einfließen. Die Schlussfolgerungen seien

insgesamt gut begründet und nachvollziehbar. Gestützt auf die Ausführungen der Gutachter bestehe seit spätestens Oktober 2019 keine Arbeitsfähigkeit mehr im ersten Arbeitsmarkt. Vorher sei die Arbeitsfähigkeit seit Juni 2016 bei ca. 50 % gelegen, habe aber nicht stabil umgesetzt werden können, da der Beschwerdeführer immer wieder phasenweise Verschlechterungen seines Zustandes durchlebt habe, in denen er nicht arbeitsfähig gewesen sei.

7.2.9 In ihrer psychiatrischen Beurteilung vom 13. September 2021 (Urkunde-Nr. 4), legte Dr. med. K.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, dar, der Beschwerdeführer leide an einer paranoiden Schizophrenie. Die Schizophrenie gehöre zu den Psychosen ■ also zu den psychischen Erkrankungen, bei denen die Betroffenen die Realität verändert wahrnehmen oder verarbeiten würden. Im Falle der Schizophrenie lebten die Patienten phasenweise in einer anderen Welt. Sie würden unter Verfolgungswahn, Halluzinationen und motorischen Störungen leiden. Das Beschwerdebild des Beschwerdeführers entspreche einer schwergradigen psychischen Störung, welche störungsspezifisch schubweise verlaufe. Während einer akuten psychotischen Phase bestünden überwiegend Beschwerden wie Halluzinationen, Wahn, Ich-Störung oder Bewegungsauffälligkeiten. Nach Abklingen der akuten Psychose komme es eher zu Konzentrations- und Gedächtnisproblemen, sozialem Rückzug und Antriebslosigkeit. Es sei davon auszugehen, dass die Alltagsgestaltung und damit verbunden die jeweilige Alltagsgestaltung mittel- bis langfristig einen massgeblichen Einfluss auf den Verlauf der Erkrankung habe und sich im oben genannten Sinn prognostisch auswirken werde. Das bedeute, dass psychische Stressoren vermieden werden sollten. Rahmenbedingungen, welche bereits ein moderates Mass an interaktioneller Auseinandersetzung erforderten, seien dringend zu vermeiden. Urteilsfähig im Sinne des Gesetzes sei jeder, dem nicht in Folge von Geisteskrankheiten, Geistesschwäche, Trunkenheit oder ähnlichen Zuständen die Fähigkeit mangle, vernunftgemäss zu handeln. Bei der psychiatrischen Abklärung der Urteilsfähigkeit erfolge der Versuch einer Zuordnung der Diagnose zu Rechtsbegriffen. So würden voluntative und kognitive Elemente herangezogen zur Beurteilung der Urteilsfähigkeit. Es würden Erkenntnisfähigkeit, Wertungsfähigkeit, Willensbildung und Willenskraft zu Grunde gelegt. Fiedler (1995) habe in seinem Lehrbuch insbesondere auf die häufigen Komorbiditäten wie affektive Störungen oder Abhängigkeitserkrankungen und Persönlichkeitsstörung hingewiesen. Gerade Betäubungsmittel- und/oder Alkoholmissbrauch seien Ausdruck der eingeschränkten Coping Strategien beispielsweise von narzisstisch gekränkten Menschen. Dazu würden eine paranoide Verarbeitung oder das Auftreten von konversionsneurotischen, dissoziativen Symptomen gehören. Es sei davon auszugehen, dass beim Beschwerdeführer störungsspezifisch intermittierend mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit die Urteilsfähigkeit gemäss Artikel 13 16 ff. Schweizerisches Zivilgesetzbuch (ZGB, SR 210) immer wieder nicht gegeben bzw. mindestens situativ eingeschränkt sei. Auf die Frage des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers, ob der Beschwerdeführer in der Zeit zwischen der Leistungsablehnung vom 28. Oktober 2016 bis zur Anmeldung vom 15. Mai 2019 in der Lage gewesen sei zu erkennen, dass ein rentenbegründender Sachverhalt vorgelegen habe bzw. vor dem 15. Mai 2019 nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit in der Lage gewesen sei, seine psychische Erkrankung und deren Auswirkungen auf einen IV-Rentenanspruch zu erkennen und gemäss dieser Krankheitseinsicht vernunftgemäss zu handeln, führte Dr. med. K.____ aus, es sei davon auszugehen, dass es dem Beschwerdeführer aufgrund der genannten schwergradigen

Störung nicht möglich gewesen sei, vernunftgemäss zu handeln. Im Rahmen der paranoiden Schizophrenie müsse von einer deutlichen Einschränkung der Urteilsfähigkeit zu dem genannten Zeitraum ausgegangen werden, da es aufgrund der störungsspezifischen Denkstörungen und kognitiven Störungen u.a. zu einer gestörten Realitätswahrnehmung komme, was eine vernunftgemässe Handlung aller Wahrscheinlichkeit nach ausschliesse. Für den genannten Zeitraum vom 28. Oktober 2016 bis 15. Mai 2019 sei der Beschwerdeführer im Sinne einer schwergradigen psychiatrischen Störung von entsprechenden Symptomen geplagt und medikamentös eingestellt gewesen. Unter diesen Umständen müsse mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit von einer Einschränkung der Urteilsfähigkeit ausgegangen werden.

8. Da sich die Beschwerdegegnerin in ihren Verfügungen vom 30. März und 14. April 2021 im Wesentlichen auf das bidisziplinäre Gutachten von Dr. H. ___ und Prof. Dr. rer. nat. I. ___ vom 1. Dezember 2020 (vgl. E. II. 7.2.7 hiervor) gestützt hat, ist im Folgenden dessen Beweiswert zu prüfen. Das Gutachten beruht auf den vollständigen Vorakten (vgl. IV-Nr. 70 S. 4 ff.; 69 S. 3 ff.) sowie auf spezialärztlichen Untersuchungen in den Disziplinen «Psychiatrie» (IV-Nr. 70) und «Neuropsychologie» (IV-Nr. 69). Die einzelnen Teilgutachten berücksichtigen neben den Untersuchungsbefunden die für die jeweilige Disziplin relevanten Angaben des Beschwerdeführers und die entsprechenden Ausführungen in den früheren medizinischen Stellungnahmen. Auf dieser Grundlage sind die Gutachter zu schlüssigen Ergebnissen gelangt, die nachvollziehbar und plausibel hergeleitet worden sind. Die Resultate der Teilgutachten haben schliesslich Eingang in die gesamthafte Beurteilung gefunden, die auf einer gemeinsamen Sitzung des psychiatrischen und neuropsychologischen Gutachters basiert, mit jener der einzelnen Experten vereinbar ist und durch alle beteiligten Ärzte unterzeichnet worden ist. Das Gutachten wird damit sowohl in formeller als auch in inhaltlicher Hinsicht den rechtsprechungsgemässen Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Stellungnahme (vgl. E. II. 4.3 hiervor) gerecht. Von den Ergebnissen des Gutachtens wäre somit nur dann abzuweichen, wenn konkrete Indizien bestünden (vgl. E. II. 4.3 hiervor). Solche Gründe sind hier nicht ersichtlich: Die im Zeitpunkt der Begutachtung vorhandenen Akten haben den Experten vorgelegen; sie haben diese berücksichtigt und in einer plausiblen Weise in die Beurteilung einbezogen. Auch nach der Begutachtung sind, soweit bekannt, keine Arztberichte erstellt worden, die geeignet sein könnten, die Einschätzung der Experten infrage zu stellen. Auf eine detaillierte Validierung mittels Standardindikatoren kann verzichtet werden. Rechtsprechungsgemäss kann nämlich aus Gründen der Verhältnismässigkeit dort von einem strukturierten Beweisverfahren abgesehen werden, wo es nicht nötig oder auch gar nicht geeignet ist. Die Frage der Notwendigkeit in diesem Sinne beurteilt sich nach dem konkreten Beweisbedarf. Sie fehlt ganz allgemein in Fällen, die sich durch die Erhebung prägnanter Befunde und übereinstimmende fachärztliche Einschätzungen hinsichtlich Diagnose und funktioneller Auswirkungen im Rahmen beweiswertiger Arztberichte und Gutachten auszeichnen. Was die Befunde angeht, ist etwa an Störungsbilder wie Schizophrenie, Zwangs-, Ess- und Panikstörungen zu denken, die sich aufgrund klinischer psychiatrischer Untersuchung bezüglich ihrer Überprüf- und Objektivierbarkeit mit somatischen Erkrankungen vergleichen lassen (BGE 143 V 418 E. 7.1 S. 428 f. mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 9C_721/2018 vom 12. März 2019 E. 3.2 mit Hinweis). Auf die Ergebnisse des Gutachtens ist daher bei der Anspruchsbeurteilung abzustellen. Dies wird denn auch nicht bestritten. Gestützt darauf steht fest, dass aus psychiatrischer Sicht seit dem letzten rechtskräftigen Entscheid der Beschwerdegegnerin

vom 28. Oktober 2016 (IV-Nr. 16) eine rechtsrelevante Verschlechterung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers eingetreten ist, indem aktuell keine Belastbarkeit für eine stabil erbringbare Arbeitsleistung unter Bedingungen der freien Wirtschaft für die angestammte Tätigkeit und sämtliche denkbaren angepassten Tätigkeiten vorliegt (IV-Nr. 70 S. 23).

9. Die in den angefochtenen Verfügungen vom 30. März 2021 und 14. April 2021 vorgenommene Invaliditätsberechnung ist unbestritten geblieben und denn auch nicht zu beanstanden. Die vorliegend angefochtenen Verfügungen sind demnach korrekt. Die Beschwerde ist abzuweisen, soweit darauf eingetreten werden kann.

E. 10

10.1 Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung.

10.2 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. Im vorliegenden Fall hat der Beschwerdeführer die Verfahrenskosten von CHF 1'000.00 zu bezahlen, die mit dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe zu verrechnen sind.

Demnach widerkannt:

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

4. Je eine Kopie des Protokolls der Verhandlung vom 20. Oktober 2022 geht zur Kenntnisnahme an die Parteien.

5. Ein Doppel der Eingabe des Beschwerdeführers vom 19. Oktober 2022 sowie der Beilagen (Urkunde 5 und 6) gehen zur Kenntnisnahme an die Beschwerdegegnerin.

6. Eine Kopie der Kostennote des Vertreters des Beschwerdeführers vom 20. Oktober 2022 geht zur Kenntnisnahme an die Beschwerdegegnerin.

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

Die Präsidentin

Die Gerichtsschreiberin

Weber-Probst

Yalcin

Der vorliegende Entscheid wurde vom Bundesgericht mit Urteil 9C_574/2022 vom 10. Februar 2023 bestätigt.

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