

SO_GERICHTE VSBES.2023.127 vom 3. April 2023

SO Obergericht, 2023-04-03, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2023.127

FR: SO_GERICHTE VSBES.2023.127 du 3 avril 2023

IT: SO_GERICHTE VSBES.2023.127 del 3 aprile 2023

Erwägungen

E. 1

Die Verfügung vom 3. April 2023 sei aufzuheben.

E. 2

Die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, dem Beschwerdeführer spätestens ab 1. Oktober 2020 eine ganze Rente auszurichten.

E. 3

Eventualiter sei die Sache zur Vornahme weiterer Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

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.

5. Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin den Leistungsanspruch des Beschwerdeführers zu Recht verneint hat. Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neuanmeldungsverfahren grundsätzlich – 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 Rentenabweisungsverfügung – vorliegend am 24. September 2013 – bestanden hat (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_413/2009 vom 11. September 2009 E. 4), mit demjenigen zur Zeit der streitigen neuen Verfügung vom 3. April 2023 (BGE 130 V 71 E. 3.1 S. 73, mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 8C_819/2013 vom 4. Februar 2014 E. 2). Da aber die Rentenabweisung mit Verfügung vom 24. September 2013 nicht aufgrund einer umfassenden Beurteilung der medizinischen Akten erfolgte, sondern offenbar lediglich gestützt auf die eingeholten Arztzeugnisse der behandelnden Ärzte, kann vorliegend ein Sachverhaltsvergleich unterbleiben. Vielmehr ist die Neuanmeldung vom 25. Juni 2014 wie eine Erstanmeldung zu behandeln.

6. Der Beschwerdeführer reicht im Beschwerdeverfahren diverse gastroenterologische Berichte ein (Beschwerdebeilagen 6 – 22), welche der Beschwerdegegnerin bei der Entscheidungsfindung zur angefochtenen Verfügung nicht vorlagen. Zu verweisen ist in diesem Zusammenhang im Wesentlichen auf die Sprechstundenberichte des D. ____, Klinik für Gastroenterologie und Hepatologie, vom 27. Oktober 2022 (Beschwerdebeilage 6) und 12. Mai 2023 (Beschwerdebeilage 22). Darin wurde beim Beschwerdeführer folgende Hauptdiagnose gestellt: Chronische Abdominalbeschwerden, DD Reizdarmsyndrom vom gemischten Typ (IBS-M) mit/ bei · 2014 Zöliakie-Serologie aktenanamnestisch negativ · 2014 LCT-Gentest ohne homozygite Mutation · Wechselnde Stuhlgewohnheiten · Exacerbation Anfang Februar 2020 nach einem grippalen Infekt · ÖGD vom 10. Februar 2020 endoskopisch und histologisch normal · Sonographie Abdomen 10. Februar 2020: Normalbefund · Ileo-Koloskopie vom 17. Februar 2020: Endoskopisch und histologisch Normalbefund. Kleiner hyperplastischer Polyp Rektum, zangenentfernt. · 16. September 2022 H2-Atemtest Laktulose: Vereinbar mit bakterieller Fehlbesiedelung des Dünndarmes o Behandlung mit Ciprofloxacin abgebrochen, Metronidazol 500mg Tbl 1-1-1 über 10 Tage ohne klinisches Ansprechen · Verordnung FODMAP-arme Diät 27. Oktober 2022 Zusammenfassend lässt sich aus dieser Diagnosestellung sowie den beiden genannten und den übrigen vom Beschwerdeführer eingereichten Berichten ableiten, dass trotz eingehender Abklärungen keine klare somatische Grundlage für die chronischen Abdominalbeschwerden ausgemacht werden

konnte. Dies wird auch von Seiten des Beschwerdeführers nicht bestritten. Ebenso lässt sich aus diesen Berichten keine Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit ableiten, zumal eine solche von den behandelnden Ärzten ebenfalls nicht geltend gemacht wird.

7. Umstritten ist dagegen der medizinische Sachverhalt aus psychiatrischer Sicht. Vorliegend hat die Beschwerdegegnerin ein psychiatrisches Gutachten eingeholt, weshalb dessen Beweiswert zu prüfen ist. 7.1 Im psychiatrischen Gutachten von Dr. med. B. ____ vom 9. Mai 2022 (IV-Nr. 159.1) wurden folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt: • Agoraphobie mit Panikstörung (ICD-10: F40.01) • Rezidivierende depressive Störung, aktuell leichte Episode (ICD-10: F33.0) • Verdacht auf eine somatoforme autonome Funktionsstörung (ICD-10: F45.3) Sodann begründet der Gutachter die von ihm gestellten Diagnosen in nachvollziehbarer Weise und setzt sich mit den in den Vorakten von den behandelnden Ärzten gestellten psychiatrischen Diagnosen auseinander: Der Explorand erreiche bei der «Ängstlich-vermeidenden Persönlichkeitsstörung» nur ein Kriterium und erfülle damit den Cut-Off von vier notwendigen Kriterien, um die Störung zu diagnostizieren, nicht. Sodann erreiche der Beschwerdeführer bei einer möglichen dependenten Persönlichkeitsstörung höchstens zwei von vier Kriterien. Diese liessen sich jedoch auch als Folge der vorhandenen Ängste erklären. Die vorhandenen Symptome seien deutlich ich-dyston und hielten auch nicht seit der Adoleszenz an, was ebenfalls gegen das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung spreche. Des Weiteren seien von vier verlangten Kriterien für die Diagnose einer paranoiden Persönlichkeitsstörung maximal zwei erfüllt, wobei der soziale Rückzug gut durch die depressiven Symptome erklärt werden könne. Für eine schizotype, eine schizoide und eine zwanghafte Persönlichkeitsstörung ergäben sich keine deutlichen Hinweise im Gespräch und in den Screening-Fragen des Interviews. Sodann bestehe beim Beschwerdeführer die Diagnose «Agoraphobie mit Panikstörung (ICD-10: F40.01)». Der Beschwerdeführer gebe an, vor den folgenden Situationen Ängste zu haben: Vor dem Benutzen öffentlicher Verkehrsmittel; davor, dass keine Toilette unmittelbar zugänglich sei; vor dem Schlange stehen; sich in grösseren Gruppen aufzuhalten; vor dem Allein ausser Haus sein / Arbeitsauftrag ausserhalb des üblichen Arbeitsumfeldes. Der Explorand habe immer wieder Episoden mit intensiver Angst, diese würden unerwartet und ohne ersichtlichen Auslöser auftreten. Er bekomme in solchen Situationen Herzrasen. Schwitzen, Übelkeit, Schwindel, Zittern und Todesangst. Er könne sich an die erste und letzte Attacke erinnern. Das Vermeidungsverhalten sei kontinuierlich vorhanden. Der Beschwerdeführer halte es für wahrscheinlich, dass dieses durch die Angstattacken verstärkt werde. Dagegen sei das Vorliegen einer generalisierten Angststörung (ICD-10: F41.1) zu verneinen. Der Beschwerdeführer mache sich zwar «dauernd Sorgen», diese drehten sich aber bei Nachfrage um reale Probleme in einem angemessenen Mass (wie es in Zukunft mit ihm weitergehe betreffend Arbeit, Finanzen, Schulden, Wohnsituation, Gesundheit). Er bemerke, in welchen Situation diese Gedanken zunehmen und beschreibe, dass sie affektiv weniger mit Angst verbunden seien, als mit depressiven Gefühlen. Für eine generalisierte Angststörung seien die Ängste des Exploranden zu wenig umfassend und nähmen nicht ausreichend Zeit während des Tages ein. Er fürchte spezifische Situationen, in welchen keine Toilette zugänglich sei, er in einer Menschenmenge sei oder keinen Ausweg habe (z.B. ÖV). Viele Alltagssituationen seien nicht angstbehaftet. Auch im Gutachtergespräch zeige der Beschwerdeführer kein ängstliches Verhalten, wirke nicht verunsichert durch Fragen oder frage selbst ängstlich nach. Er erfülle die Kriterien für eine generalisierte Angststörung nicht. Des Weiteren sei eine rezidivierende depressive Störung, aktuell leichte

Episode (ICD-10: F43.2) zu diagnostizieren. Mindestens zwei depressive Episoden seien in den Akten gut beschrieben, 2012 und 2015. Er beschreibe zwei abgrenzbare schwerere Episoden, die erste nach dem nicht Bestehen der Lehrabschlussprüfung und dem Tod des Grossvaters (2012), die zweite nach der Trennung von der Freundin (2017). Aktuell beschreibe er eine Interessens- und Freudlosigkeit und eine Antriebsminderung/Antriebsstörung. Ohne Medikation bestehe ausserdem eine Einschlafstörung. Der Appetit sei vermindert. Der soziale Rückzug sei aktuell für seine Verhältnisse nicht besonders ausgeprägt. Die Konzentrationsfähigkeit sei aufgrund von Gedankenkreisen eingeschränkt. Suizidgedanken habe er nie gehabt. Es habe auch Zeiten gegeben, in denen er mehr Freude gehabt habe, das Leben habe geniessen können. Das sei jetzt aber ungefähr vier Jahre her, bei längerer Begleitung und Beobachtung der Symptomatik wäre auch auf eine mögliche Dysthymie zu achten. Schliesslich sei als Verdachtsdiagnose eine somatoforme autonome Funktionsstörung (ICD: F45.3) zu stellen. Der Beschwerdeführer beschreibe seit Ende der Schulzeit, ungefähr übereinstimmend mit dem Beginn der agoraphobischen Symptome, Bauchbeschwerden mit Schmerzen, Obstipation und Diarrhö und manchmal Schwindel bei Stress. Er spüre ausserdem meist erst bei starkem Drang, dass seine Blase voll sei. Einmalig sei es bei der Arbeit aufgrund der Diarrhö zur Enkopresis gekommen, was die agoraphobischen Ängste und das Vermeidungsverhalten befeuert habe. Da es sich bei den somatoformen autonomen Funktionsstörungen um somatische Ausschlussdiagnosen handle, könne die Diagnose erst bei Ausschluss somatischer Ursachen (Gastritis, chronisch entzündliche Darmerkrankungen, exokrine Pankreasinsuffizienz, Parasitenbefall, Porphyrien, Nahrungsmittelunverträglichkeiten etc.) gestellt und spezifisch behandelt werden. 7.2 7.2.1 Sodann wurde im psychiatrischen Gutachten hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers ausgeführt, zum aktuellen Zeitpunkt sei der Explorand in der bisherigen Tätigkeit vor allem aufgrund der Ängste und des Vermeidungsverhaltens nicht arbeitsfähig. Er würde, wenn dies die Agoraphobie überhaupt zulassen würde, einige wenige Male am Arbeitsort erscheinen, in dem Moment, wo es auf dem Weg oder bei der Arbeit zu körperlich erlebten Angstsymptomen käme, würde er mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht mehr am Arbeitsort erscheinen. Dieses Muster sei in der Vergangenheit bereits wiederholt abgelaufen. Zusätzlich komme als erschwerender Faktor der Arbeitsweg hinzu. Der Explorand schätze dies momentan als grösstes Hindernis in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit ein. Ohne Auto sei er auf den ÖV angewiesen, wobei er es zurzeit nicht länger als 10 Minuten im Bus aushalte. Ein möglicher Arbeitsort müsste also zu Fuss oder mit dem Velo erreichbar sein, oder es müsste ihm ein Auto zur Verfügung stehen. Aktuell bestehe beim Exploranden eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Um eine Arbeitsfähigkeit wieder zu ermöglichen, müsste eine Wiedereingliederung des Exploranden in einem wohlwollenden und fürsorglichen, ohne ÖV erreichbaren Umfeld ohne Leistungsdruck geschehen. Dabei wäre eine langsame und vorsichtige Steigerung des Pensums sinnvoll und notwendig. Aus heutiger Sicht erscheine es unwahrscheinlich, dass eine 100%ige Arbeitsfähigkeit wieder erreicht werden könne. Eine 50%ige Arbeitsfähigkeit im ersten Arbeitsmarkt erscheine aufgrund der Diagnosen und des bisherigen Behandlungsverlaufs auch längerfristig wahrscheinlicher, um die Wahrscheinlichkeit von erneuten Überforderungssituationen zu vermindern und eine langfristige Stabilisierung zu erreichen. Aktuell wäre der Explorand auch an einer angepassten Arbeitsstelle nicht arbeitsfähig, im Moment handle es sich um eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Aufgrund der Berichte der behandelnden Psychiaterinnen und Psychotherapeutinnen, der Angaben des Exploranden, sowie der eigenen

Beobachtungen sei davon auszugehen, dass diese 100%ige Arbeitsunfähigkeit bereits seit mehreren Jahren vorhanden sei. Zumindest seit dem 5. Oktober 2020, wie es im Arztbericht von Frau Dr. E.____ beschrieben werde. Somit ist im Weiteren zu prüfen, ob die vom psychiatrischen Gutachter attestierte 100%ige Arbeitsunfähigkeit im Lichte der gemäss bundesgerichtlichen Rechtsprechung vorzunehmenden Indikatorenprüfung ebenfalls zu überzeugen vermag. 7.2.2 Grundsätzlich sind sämtliche psychischen 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) Der psychiatrische Sachverständige hat sich bei der Beurteilung des Leistungsvermögens an den normativen Vorgaben gemäss BGE 141 V 281 zu orientieren und seine Schätzung der Arbeitsunfähigkeit diesbezüglich hinreichend und nachvollziehbar zu begründen. Unter diesen Voraussetzungen sind die im Gutachten formulierten Stellungnahmen zur Arbeitsfähigkeit von den Organen der Rechtsanwendung grundsätzlich zu übernehmen. Eine davon losgelöste juristische Parallelüberprüfung nach Massgabe des strukturierten Beweisverfahrens soll nicht stattfinden (Urteil des Bundesgerichts 8C_423/2019 vom 7. Februar 2020 E. 3.2.3). Allerdings darf die Verwaltung bzw. das Gericht aus triftigen Gründen von der medizinisch-psychiatrischen Arbeitsunfähigkeit im Gutachten abweichen, wenn diese zu wenig gesichert ist (BGE 145 V 361 E. 4.3 S. 367 f.). Dies ist namentlich dann geboten, wenn die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit mit Blick auf die massgebenden Indikatoren nicht hinreichend und nachvollziehbar begründet erscheint resp. unter Berücksichtigung der durch BGE 141 V 281 normierten Beweisthemen nicht überzeugt (Urteil des Bundesgerichts 9C_832/2019 vom 6. Mai 2020 E. 2.2). 7.2.3 Bei der Anspruchsprüfung nach BGE 141 V 281 ist zunächst auf die Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde einzugehen. Gestützt auf die gutachterlichen Ausführungen hinsichtlich der Einschränkungen des Beschwerdeführers wäre grundsätzlich von einer schwergradigen Ausprägung der gestellten Hauptdiagnose «Agoraphobie mit Panikstörung (ICD-10: F40.01)» auszugehen. Gegen diesen Schweregrad sprechen jedoch die Ergebnisse

aus dem anlässlich der Begutachtung durchgeführten «Beck Angst-Inventar».

Diesbezüglich wurde im Gutachten festgehalten, das «Beck Angst-Inventar» sei ein testpsychologisches Verfahren für Jugendliche und Erwachsene und diene der Erfassung der Schwere psychischer (- kognitiver) und somatischer Symptome bei klinisch-relevanten Angststörungen. Es handle sich um ein Selbstbeurteilungsinstrument, das sich aus 23 Items zusammensetze und die Schwere der Angstsymptome in der Letzten Woche auf einer 4-stufigen Skala beurteile. Der Explorand habe einen Score von 8 Punkten entspreche, was keinem klinisch relevanten Angstniveau der Ängstlichkeit entspreche. Im Gutachten wurde hierzu ergänzend angefügt, zu diesem Resultat passe, dass der Beschwerdeführer in letzter Zeit durch Vermeidung kaum entsprechende Angstsymptome erlebt haben dürfte. Die dennoch angegebenen Symptome seien eher im Rahmen einer somatoformen autonomen Funktionsstörung zu sehen. Diese Erklärung erscheint zwar grundsätzlich nachvollziehbar, das Vorliegen einer schwergradigen Ausprägung erscheint angesichts dieses Resultats aber fraglich. Hinsichtlich des Indikators Behandlungs- und Eingliederungserfolg resp. -resistenz ist dem Gutachten zu entnehmen, am Ende der ersten Lehre habe sich der Explorand bei nicht Bestehen der Prüfungen aufgrund von Panikattacken an den Hausarzt gewandt, worauf es 2012 zur Anmeldung bei der IV, zum ersten stationären Aufenthalt und zur anschliessenden ambulanten psychotherapeutischen Behandlung gekommen sei. Es habe sich zunächst eine erfreuliche Entwicklung gezeigt, direkt nach dem tagesklinischen Aufenthalt habe ein Praktikum gestartet werden können, welches aber durch ein Misserfolgserlebnis abgebrochen worden sei und der Beschwerdeführer sei wieder ins Vermeidungsverhalten geraten. Dieses Muster habe sich einige Male wiederholt, gerade auch die stationären Aufenthalte hätten zu einer zeitweisen Verbesserung geführt. Die medikamentöse Behandlung beim Exploranden habe zu einer Teilremission der depressiven Symptome geführt. Die Behandlung sei psychopharmakologisch leitliniengerecht. Für die berufliche Integration wäre eine Remission der depressiven Symptomatik wichtig, der Explorand zeige sich diesbezüglich motiviert. Die aktuelle eher niederfrequente Therapie erfülle nach den Angaben des Exploranden eher eine stabilisierende Funktion in dem von Vermeidung geprägten System des Exploranden. Ein wirkliches Arbeiten mit den Ängsten und dem Vermeidungsverhalten vermeide der Explorand nach seinen Angaben, in der Vergangenheit sei eine intensivere Therapie notwendig gewesen, um das Vermeidungsverhalten zu durchbrechen. Um eine Durchbrechung des Vermeidungsverhaltens zu erreichen, wäre eine intensive ambulante Psychotherapie mit z.B. wöchentlichen Sitzungen über einen längeren Zeitraum und mit gezielten Übungen zur Exposition von Ängsten und Durchbrechen von Vermeidungsverhalten sinnvoll. Gelingen es ambulant nicht, das Vermeidungsverhalten zu durchbrechen, wäre auch ein erneuter stationärer Aufenthalt mit einer sorgfältigen Planung der ambulanten Situation nach dem Aufenthalt zu erwägen. Um die Compliance für eine Psychotherapie zu erhöhen, wäre allenfalls ein psychosomatisches Kliniksetting sinnvoll. Aufgrund der Akten lasse sich die Diagnose einer somatoformen Störung nicht sicherstellen, da einige Abklärungen nicht stattgefunden hätten. Zum aktuellen Zeitpunkt sei kaum eine Integrationsfähigkeit beim Exploranden vorhanden. Die therapeutischen Möglichkeiten seien jedoch nicht ausgeschöpft. Ein Behandlungsbeginn mit einer hochfrequenten, angstspezifischen Psychotherapie sollte darauf abzielen, im geschützten Rahmen Strategien zur Angstbewältigung konkret zu erarbeiten. Auch eine Begleitung entweder durch eine Wohnbegleitung oder eine ambulante psychiatrische Spitex wäre wichtig, um das Vermeidungsverhalten zu durchbrechen. Durch die aufsuchende ambulante Begleitung

könnten die in der Therapie erlernten Strategien im Alltag angewendet werden und der Explorand dabei unterstützt werden, das Vermeidungsverhalten und den Antriebsmangel zu durchbrechen. Ohne eine Intensivierung der Therapie sei von einer weiteren Chronifizierung auszugehen. Mit begleitenden Unterstützungsangeboten (ambulante Psychotherapie, aufsuchende ambulante Begleitung, wenn notwendig stationäre oder teilstationäre Behandlung) sei davon auszugehen, dass ein schrittweiser Wiedereinstieg in den ersten Arbeitsmarkt gelingen könnte. Inwiefern der Explorand zu wie vielen Prozenten im ersten Arbeitsmarkt längerfristig bestehen könne, erscheine zum aktuellen Zeitpunkt noch schwer einzuschätzen, eine 50%ige Arbeitsleistung sollte jedoch erreicht werden können. Bis eine solche Arbeitsfähigkeit wieder erreicht werden könne, sei aufgrund des bisherigen Verlaufes von einer intensiven Therapie mit einer Dauer von zumindest 6 Monaten auszugehen. Der dauerhafte Zuspruch einer Rente würde den Veränderungsdruck auf den Exploranden senken, das Vermeidungsverhalten des Exploranden weiter fördern und eine erfolgreiche Therapie erschweren. Ob allerdings eine Therapie in der Lage sei, den Exploranden für ein längeres Bestehen im ersten Arbeitsmarkt ausreichend zu stabilisieren, sei ungewiss. Es zeige sich, dass bei Menschen mit einer ausgeprägten Agoraphobie rund ein Drittel der Exploranden vollständig an ihr Heim gebunden und unfähig seien zu arbeiten (DSM-5. Falkai und Wittchen, Hogrefe, S. 300). Durch das Vorhandensein der anderen psychiatrischen Erkrankungen, werde die Situation noch deutlich komplexer. Gestützt auf die gutachterlichen Ausführungen ist beim Beschwerdeführer somit weder von einer Behandlungs- noch 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). Im vorliegenden psychiatrischen Gutachten wurde den gestellten Diagnosen keine zusätzliche ressourcenhemmende Wirkung zugemessen. 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 wohne bei seiner Grossmutter, stehe meist bis 10 Uhr auf, ziehe sich an und rauche meist eine Zigarette. Dann setze er sich ans Pult, wo er meist

den ganzen Tag game, zeichne oder nach Wohnungen suche. Die von der Grossmutter zubereiteten Mahlzeiten nehme er auch dort ein. Anschliessend stelle er das Geschirr in die Küche. Mit der Grossmutter habe er eigentlich nur zu tun, wenn sie Besuch hätten. An den meisten Tagen telefoniere er mit dem Bruder. Manchmal besuche er die Schwester, am Wochenende sei er meist mit der Tochter und seiner Familie unterwegs. Wenn er Termine habe, schaue er, dass er das Auto des Bruders brauchen könne, um nicht auf die ÖV angewiesen zu sein. Im Allgemeinen sei es für ihn sehr wichtig in der Nähe der Tochter zu sein, welche er an 3 Wochenenden im Monat bei sich habe. Es sei nun sein Wunsch, wieder selbstständig einen Haushalt zu führen, was ihm aber Mühe bereite. Zur Mutter habe der Explorand einen sehr guten Kontakt. Zum Vater sei die Beziehung kaum mehr erhalten. Sein Bruder sei 6 Jahre jünger als er, es gebe ein sehr enges Verhältnis. Sie würden einander alles erzählen, hätten auch schon zusammengewohnt. Sein Bruder beziehe aufgrund seiner Aggressionen eine IV-Rente. Der Bruder habe ähnliche Probleme wie er und würde ihn verstehen. Die Beziehung zum Bruder sei seine engste. Es bestehe fast täglicher Kontakt. Seine Schwester, 28 Jahre alt, besuche er ca. 1 mal in der Woche. Sie wohne wie die Mutter ganz in der Nähe mit ihrem Mann und kleinen Kindern und sie hätten ein lockeres Verhältnis. Es bestehe eine Freud- und Interessenslosigkeit, zuletzt habe sich diese vor ca. 4 Jahren in der Lehre etwas gelichtet. Seit dieser Zeit lebe er sehr zurückgezogen und habe fast nur mit der Familie Kontakt. Es sei schwierig für ihn mit seiner Grossmutter zu leben, sie mache alles im Haushalt und so müsse er halt nichts machen, er brauche etwas Druck, um selbst die Verantwortung zu übernehmen. Er habe zuvor in seiner Wohnung den Haushalt schliesslich auch selber gemacht. Der Beschwerdeführer habe ausserhalb der Familie kaum Freundschaften, wengleich solche immer wieder zu Stande gekommen seien (beispielsweise in der Lehre). Er vertraue sich eigentlich nur Leuten innerhalb der Familie richtig an. Durch die depressive Reaktion sei es dem Exploranden nicht mehr möglich gewesen, sich den Ängsten entgegenzustellen, wodurch sich beide Störungen verstärkt hätten (sinkendes Selbstvertrauen bei Misserfolgserlebnissen und Ausweitung der Angst). Durch die stationären Aufenthalte und die Massnahmen der IV sei eine erneute Exposition immer wieder gefördert worden und es sei gelungen, die Ängste besser zu regulieren. Es hätten sich immer wieder Verbesserungen der Symptome gezeigt und der Beschwerdeführer sei zeitweise fähig gewesen, hochprozentig zu arbeiten. Mit einem Anstoss von aussen sei es dem Beschwerdeführer gelungen, sein Vermeidungsverhalten zu durchbrechen. In den Akten werde während der stationären Klinikaufenthalte eine sehr gute Mitarbeit und Selbstexposition beschrieben. Im ambulanten Setting bestätige der Beschwerdeführer, dass ihm das nur mit einem gewissen Druck von aussen gelinge, den Kampf gegen die Ängste und das Vermeidungsverhalten aufrecht zu erhalten. Zu den immer wieder auftretenden Rückfällen ins Vermeidungsverhalten sei es durch Misserfolgserleben (Enkopresis bei der Arbeit), Überforderungserleben (Vaterrolle, Trennung und Geldprobleme vor Lehrabschluss) oder einem zunehmenden Aktionsradius (Aufträge ausserhalb mit unklarer Möglichkeit eine Toilette aufzusuchen) oder Wegfallen der Unterstützungsmassnahmen (Stellensuche ohne Unterstützung der IV) gekommen. Wenn es dann nicht gut laufe, kommuniziere der Explorand nicht oder nur wenige seiner Probleme, sondern bleibe darin und irgendwann «an einem Montag» zu Hause und beende sämtliche Kommunikation mit seinem Umfeld. Das Vermeidungsverhalten zeige sich bis heute in der Tatsache, dass er seit Jahren wisse, dass er sich um die Berufswahl (Automechaniker komme nicht mehr in Frage) und um Arbeit kümmern müsste, oder, dass er seit dem letzten Klinikaufenthalt vor einem Jahr zum Ziel habe eine eigene Wohnung zu

finden, da die Wohnsituation mit seiner Grossmutter für ihn unbefriedigend sei. Trotz therapeutischer Begleitung gelinge es ihm nicht, Schritte in Richtung Selbstständigkeit zu unternehmen. Die fehlende Eigeninitiative, die Unfähigkeit alleine das Haus zu verlassen und ein selbstständiges Leben zu führen, seien zurzeit zusätzlich von der Antriebslosigkeit und Freudlosigkeit im Rahmen der depressiven Episode verstärkt. Beim Exploranden handle es sich zusammenfassend um einen jungen Mann, der trotz ausgeprägter kognitiver Ressourcen und einer abgeschlossenen Ausbildung (ohne EFZ) als KFZ- Mechaniker nicht in der Lage gewesen sei, sich im ersten Arbeitsmarkt längerfristig zu etablieren. Bei der einzigen Arbeitsstelle, bei welcher der Explorand für 1 ½ Jahre stabil haben bleiben können, sei es bei ihm bei zusätzlicher Belastung durch die Trennung der Freundin, der Vaterrolle und von Prüfungen zu Überforderungsgefühlen und einer erneuten depressiven Symptomatik gekommen. Das Zusammenspiel zwischen zunehmenden Ängsten, vermehrten Anforderungen, Überforderungsgefühlen, Misserfolgen und sich dann entwickelnden depressiven Symptomen habe zu einer Chronifizierung der psychischen Symptomatik geführt, in der der Explorand sich selber nicht mehr wirklich zutraue, im ersten Arbeitsmarkt eine Anstellung zu finden. Gestützt auf die gutachterlichen Ausführungen liegen beim Beschwerdeführer neben 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, die Beeinträchtigungen des Exploranden seien situationsabhängig, darin aber konstant in denselben Bereichen auftretend. Die Aktenlage, die durchgängig beschriebenen Einschränkungen in den verschiedenen Lebensbereichen und die Beobachtungen während der Explorationstermine seien in sich stimmig und es zeigten sich keine Hinweise auf Aggravation oder Simulation. Der Explorand sei in vielen Lebensbereichen stark eingeschränkt, dies zeige sich beispielsweise, in Bezug auf die Freizeitgestaltung, wo der Explorand das Haus nicht mehr verlassen könne und in Bezug auf die beruflichen Misserfolge trotz abgeschlossener Ausbildung ohne EFZ. Die Einschätzungen im Mini-ICF durch den Gutachter deckten sich mit den in den Akten beschriebenen Einschränkungen. Gestützt auf die Ausführungen des Gutachters ist das Vorliegen einer gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätenniveaus 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) im Regelfall auf den tatsächlichen Leidensdruck hin (BGE 141 V 281 E. 4.4.2 S. 304). Diesbezüglich führte der Gutachter aus, die Behandlung sei psychopharmakologisch leitliniengerecht. Der Medikamentenspiegel des Duloxetin sei hoch, eine weitere Erhöhung der Medikation des Duloxetin sei nicht sinnvoll. Das Duloxetin werde zuverlässig eingenommen und der Explorand stelle dadurch eine merkliche Besserung der Ängste, Motivation und der Reizbarkeit fest. Die aktuelle eher niederfrequente Therapie erfülle nach den Angaben des Exploranden eher eine stabilisierende Funktion in dem von Vermeidung geprägten System des Exploranden. Ein wirkliches Arbeiten mit den Ängsten und dem Vermeidungsverhalten vermeide der

Explorand nach seinen Angaben, in der Vergangenheit sei eine intensivere Therapie notwendig gewesen, um das Vermeidungsverhalten zu durchbrechen. Gestützt auf diese Ausführungen ist somit von einem mindestens mittelgradigen Leidensdruck auszugehen.

7.2.4 Insgesamt erweisen sich die geltend gemachten funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten psychischen Beeinträchtigungen zwar bis zu einem gewissen Grad als erstellt. Eine 100%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in jeglichen Tätigkeiten, wie sie im psychiatrischen Gutachten von Dr. med. B.____ postuliert wird, lässt sich nach dem Gesagten anhand der Standardindikatoren gemäss BGE 141 V 281 aber nicht bestätigen. Zwar darf sich die Verwaltung im Rahmen der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c ATSG) – und im Streitfall das Gericht – nicht über die (den beweisrechtlichen Anforderungen genügenden) medizinischen Tatsachenfeststellungen hinwegsetzen, jedoch dürfen sich die Verwaltung oder das Gericht auch nicht die ärztlichen Einschätzungen und Schlussfolgerungen zur Arbeitsfähigkeit unbesehen ihrer konkreten sozialversicherungsrechtlichen Relevanz und Tragweite zu eigen machen. Die medizinischen Fachpersonen und die Organe der Rechtsanwendung prüfen die Arbeitsfähigkeit je aus ihrer Sicht (BGE 141 V 281 E. 5.2.1 S. 306 f., 140 V 193 E. 3 S. 194 ff., je mit Hinweisen). Gestützt auf die vorstehende Indikatorenprüfung kann aber auch nicht der Beurteilung der Beschwerdegegnerin aus der angefochtenen Verfügung gefolgt werden, wonach beim Beschwerdeführer mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit vorliege. So ergeben sich aus der Indikatorenprüfung durchaus Hinweise, dass beim Beschwerdeführer nicht unerhebliche Einschränkungen bestehen könnten. Bei dieser Ausgangslage ist es nicht zulässig, in solchem Masse von der gutachterlichen Einschätzung abzuweichen und stattdessen auf eine volle Arbeitsfähigkeit zu schliessen, zumal die von der Beschwerdegegnerin in diesem Zusammenhang in der angefochtenen Verfügung angeführten Begründungen nur bedingt überzeugen. Damit kommt das Versicherungsgericht nicht umhin, ein neues psychiatrisches Gutachten zu veranlassen. Somit muss auf den vom Beschwerdeführer gerügten Umstand, dass der von der Beschwerdegegnerin mit der Begutachtung beauftragte Gutachter, Dr. med. B.____, das Gutachten vom 9. Mai 2022 nicht unterschrieben hat, nicht weiter eingegangen werden.

8. Aufgrund der genannten Unklarheiten wurde von Seiten des Versicherungsgerichts bei PD Dr. med. C.____, Spezialarzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, [...], ein Gerichtsgutachten veranlasst. Das Gutachten vom 12. März 2024 (A.S. 38 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: 8.1 8.1.1 Im Gutachten wurden folgende Diagnosen gestellt: - Schwere selbstunsichere Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.6) - Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte bis mittelgradige Episode (ICD-10 F33.0/F33.1) - Agoraphobie mit Panikstörung (ICD-10 F40.01) - somatoforme autonome Funktionsstörung (ICD-10 F45.3) Sodann begründete der Gutachter die gestellten Diagnosen in nachvollziehbarer Weise und setzte sich eingehend mit den in den Vorakten gestellten Diagnosen auseinander: In den Vorakten werde hauptsächlich eine ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsakzentuierung diagnostiziert. Einzig in einem Arztbericht von Frau Dr. F. E.____, [...], werde der Verdacht auf eine Persönlichkeitsstörung vom ängstlich-vermeidenden Typus in der Diagnoseliste aufgeführt, wo also zum ersten Mal eine Persönlichkeitspathologie im Schweregrad einer Persönlichkeitsstörung und nicht nur lediglich im Schweregrad einer Persönlichkeitsakzentuierung erwähnt werde. In diesen

Vorakten werde aber die Persönlichkeitspathologie, also die innerpsychische Struktur des Exploranden, nicht im Detail diskutiert und daher auch nicht begründet. Im psychiatrischen Gutachten von Dr. D. B.____ vom 9. Mai 2022 beschreibe dieser zwar verdienstvollerweise die frühen Beziehungsgestaltungen, die der Explorand im Rahmen seiner Ursprungsfamilie erlebt habe, er beziehe diese frühen Beziehungsgestaltungen und frühen Beziehungserfahrungen des Exploranden in seiner differentialdiagnostischen Beurteilung allerdings nicht mit ein, sondern beziehe sich zur Hauptsache auf psychometrische Abklärungen, die zur Hauptsache subjektive Beschwerdeangaben von Patienten und nicht etwa objektive Untersuchungsbefunde erhöhen, und die auch keine phänomenologische Erfassung erlaubten, so dass mit psychometrischen Erhebungen die eigentlichen Ursachen bzw. die sogenannte Gestalt der von Patienten beschriebenen und erlebten psychischen Beschwerden und Phänomene nicht erfasst werden könnten. Darin liege der Hauptmangel im psychiatrischen Gutachten von Dr. D. B.____. Die innerpsychische Struktur des Exploranden sei aber unerlässlich, um die innerpsychische Struktur des Exploranden und somit die Ursache, der von ihm entwickelten psychischen Beschwerden genau zu verstehen, und sie gehöre im Grund in jede klinische psychiatrische Abklärung, ganz unabhängig davon, ob es sich um eine gutachterliche Abklärung oder eine anderweitige psychiatrische Abklärung handle. Aus der Anamnese des Beschwerdeführers habe sich bei der vorliegenden Begutachtung nun ergeben, dass er mit einem dysfunktionalen internalisierten Elternbild aufgewachsen sei, was dazu habe führen müssen, dass er keine ausreichend stabile narzisstische Entwicklung habe durchlaufen können, was immer auch bedeute, dass seine psychostrukturelle Entwicklung nicht optimal habe erfolgen können. Die Beziehungsgestaltungen, die der Explorand also früh in seiner Anamnese erlebt habe, seien geprägt von teilweiser emotionaler Deprivation, von wenig Sicherheit und wenig Stabilität. Die elterliche Beziehung sei dysfunktional gewesen. Dass der Explorand später, nämlich im Zeitraum, als sein Grossvater mütterlicherseits verstorben sei, durch diesen Verlust psychisch erheblich belastet gewesen sei, scheine zu untermauern, dass der Explorand in den Beziehungsgestaltungen zu seinen Eltern wenig Stabilität habe erleben können, so dass für diese Stabilität die Beziehung zum Grossvater gedient habe. Eindrücklich sei, wenn der Beschwerdeführer mitteile, dass er schon immer ein ängstliches und schüchternes Kind gewesen sei, und dass er schon als Schüler, sodann aber betont während seiner gesamten Berufsbildungsanamnese, die letztendlich zweimal gescheitert sei, immer ein selbstunsicherer Mensch geblieben sei, der von stetem Minderwertigkeitserleben begleitet gewesen sei. Daran ändere auch nichts, wenn er mitteile, dass er in den Klassenverbänden gut integriert gewesen sei, und bis zu den gescheiterten Lehrabschlussprüfungen im Jahre 2012 sozial gut integriert und «viel unterwegs» gewesen sei. Gerade diese soziale Einbindung scheine über einige Jahre hinweg die zugrundeliegende Selbstunsicherheit kompensiert und ein Stückweit neutralisiert zu haben, und erst, als der Explorand nun konkret und tatsächlich mit den Anforderungen der Erwachsenenwelt bzw. des Berufslebens konfrontiert gewesen sei, hätten sich klinisch erstmals Symptome dieser inhärenten psychostrukturellen Selbstunsicherheit bemerkbar gemacht, nämlich im 10. Schuljahr und während den Lehrabschlussprüfungen Panikattacken, wobei vor den Lehrabschlussprüfungen relevante gastrointestinale Beschwerden im Sinne von somatoformen Beschwerden, aufgetreten seien. Es sei hervorzuheben, dass der Explorand das 10. Schuljahr eigentlich deshalb gewählt habe, um den Eintritt in die Berufswelt zu verzögern, wie er dies hier sehr offen mitteile, und dass er hierzu mitteile, wie gross seine Mühe damals gewesen sei, sich den Übertritt in das Erwachsenen- bzw. das Berufsleben

vorzustellen. Es sei zu einer schweren Exazerbation dieser psychischen Beschwerden gekommen, die wie erwähnt verunmöglicht und verhindert hätten, dass der Explorand die Lehrabschlussprüfungen erfolgreich bestehen können, und es sei eine eindrückliche Fixierung dieser psychischen Beschwerden erfolgt, so dass der Explorand nämlich aufgrund dieser psychischen Beschwerden längere Zeit nicht nach draussen gehen können, keiner ausserhäuslichen Tätigkeit nachgegangen sei, sich am 18. März 2013 bei der IV-Stelle Solothurn habe anmelden müssen, 2013 ein erstes Mal in der F.____ und 2014 erneut psychiatrisch habe hospitalisiert werden müssen, daraufhin eine mehrwöchige teilstationäre psychiatrische Behandlung durchlaufen habe, bis er im November 2014 berufliche Massnahmen zugesprochen erhalten habe, die er aber bereits zwei Monate später aufgrund einer neuerlicher Exazerbation der psychischen Beschwerden abgebrochen habe, worauf wenige Monate später die dritte psychiatrische Hospitalisation in der F.____ erfolgt sei. Der Explorand habe also 2012 mitunter schwere psychische Beschwerden und Phänomene gezeigt, die sich bald fixiert hätten, die zu wiederholten psychiatrischen Hospitalisationen geführt und die es ihm über mehrere Jahre verunmöglicht hätten, seine Berufsbildung fortzusetzen, geschweige denn, im ersten Arbeitsmarkt tätig zu sein, und die insbesondere dazu geführt hätten, dass sich der Explorand sozial vollständig zurückgezogen und nur noch online und innerhalb seiner Familie soziale Kontakte gepflegt habe. Der Beginn dieser klinischen psychiatrischen Symptomexazerbationen sei also im Alter von 20 Jahren erfolgt, das heisse in einem noch jungen Alter, und bis heute sei der Explorand trotz wiederholter stationärer psychiatrischer Behandlungen und trotz ambulanter psychiatrischer Behandlung sowie wiederholter psychopharmakologischer Medikation weiterhin symptomatisch geblieben, und weiterhin bestünden schwere psychische Symptome und Phänomene. Dass der Explorand im Zeitraum zwischen 2015 und 2017, als er erneute berufliche Massnahmen zugesprochen erhalten habe, eine Verbesserung seiner psychischen Beschwerden erlebt habe, und dass er gemäss den entsprechenden beruflichen Massnahmenberichten und auch gemäss den Berichten der beruflichen Eingliederung der IV-Stelle Solothurn eine zuverlässige und gute Arbeitsqualität erzielt habe, habe mit überwiegender Wahrscheinlichkeit damit zu tun, dass es sich um eine Tätigkeit im zweiten geschützten Arbeitsmarkt gehandelt habe, wo die Ergebnisse nicht ohne weiteres «transferierbar» seien auf den ersten Arbeitsmarkt. Prototypisch zeige der weitere Verlauf des Exploranden, dass es ihm nämlich nach Wiederaufnahme seiner Berufslehre zum Automobilfachmann ab 2018 psychisch wieder zunehmend schlechter gegangen sei und er bald wieder eine relevante Exazerbation derselben psychischen Beschwerden entwickelt habe, die es ihm sodann verunmöglicht hätten, überhaupt bei der Lehrabschlussprüfungen 2019 anzutreten, so dass er bis heute keine Berufsbildung abschliessen und sich im ersten Arbeitsmarkt nie beruflich habe betätigen können. Der Explorand sei unterdessen 32-jährig, und er blicke auf eine psychiatrische Krankheitsanamnese zurück, die bereits mindestens 12 Jahre andauere, und in welcher es dem Exploranden nie mehr möglich gewesen sei, sozial in irgendeiner Weise adäquat integriert zu bleiben. Er habe wie erwähnt die Berufsbildung zweimal nicht abschliessen können, er sei nie im ersten Arbeitsmarkt berufstätig gewesen, er habe sich sozial fast komplett zurückgezogen, und auch eine vorübergehende Beziehung zu einer Lebenspartnerin, mit welcher er eine 2016 geborene Tochter gezeugt habe, sei «katastrophal» verlaufen, so dass der Explorand im Grunde in sämtlichen relevanten anamnestischen Lebensbereichen eine hohe Dysfunktionalität und Diskontinuität aufweise. Gerade auch dieser Aspekt werde durch die psychometrischen Erhebungen, wie sie im psychiatrischen Gutachten von Dr. D. B.____ verwendet würden, nicht erfasst. Ohne das

Verständnis dieses anamnestischen Verlaufs, der ohne den geringsten Zweifel aufzeige, dass die innerpsychische Belastbarkeit des Exploranden schwer beeinträchtigt sei, könnten weder die Ursachen noch die Auswirkungen der ausgeprägten psychischen Symptome und Phänomene – wie sie insbesondere die Angststörung und die somatoforme Störung darstellten, und die daher nichts anderes seien als sekundäre psychische Störungen auf dem Boden der primären Strukturpathologie – korrekt erfasst werden. Aufgrund dieser diversen Beurteilungsdimensionen sei festzuhalten, dass bei diesem Exploranden die Kardinaldefinition für eine Persönlichkeitsstörung erfüllt sei, wonach ab verhältnismässig frühem Lebensalter zentrale Bereiche der privaten, sozialen und beruflichen Anamnese nachhaltig und relevant tangiert sein müssten. Hiermit seien auch die allgemeinen G-Kriterien gemäss ICD-10 für Persönlichkeitsstörungen abgebildet. Dies bedeute definitionsgemäss, dass der Explorand in Belastungs- und Konfliktsituationen lediglich auf unsublimierte Abwehrmechanismen zurückgreifen könne, sodass er im Rahmen solcher Situationen zur Exazerbation psychischer Symptomformationen prädestiniere. Wenn es nun darum gehe, diese Persönlichkeitsstörung zu subtypisieren, so sei ohne Zweifel aufgrund obiger Gesamtschau eine selbstunsichere Persönlichkeitsstörung zu diagnostizieren. Der Explorand fühle sich in sozialen Kontexten im Grunde ständig unsicher und daher angespannt. Er habe eine Phase erlebt, wo er sich von anderen Menschen kritisch angeschaut gewähnt habe, was aber nie eine unkorrigierbare Überzeugung gewesen sei und daher nie eine wahnhaftige Ausprägung im Sinne eines paranoiden Erlebens angenommen habe. Er werde ständig begleitet von einem Minderwertigkeitserleben, welches schon früh in seinem Leben eingesetzt habe, und welches selbstverständlich eine direkte Konsequenz der primären narzisstischen Insuffizienz gewesen sei, welche den Kern seiner innerpsychischen Struktur definiere, und welche auf die frühen und anhaltenden dysfunktionalen Beziehungsgestaltungen in seiner Ursprungsfamilie zurückzuführen sei. Das Minderwertigkeitserleben gehe immer einher mit der Sorge, in sozialen Situationen kritisch beurteilt zu werden, wie dies der Explorand auch schon erlebt habe. Er habe immer grosse Mühe bekundet, sich mit neuen Situationen zurechtzufinden, insbesondere, wenn es sich um neue soziale Situationen handle, so dass der Explorand eindrücklich mitteile, dass er nie von sich aus Leute anspreche oder bisher angesprochen habe, die er nicht schon gekannt habe, weil er dermassen schüchtern, ängstlich und selbstunsicher sei und immer schon gewesen sei. Seine früheren Freunde habe er in der Schule und im Berufsfindungsjahr kennengelernt, so dass es sich um besonders vertraute Menschen handle. Dass er sich jetzt nach dem sozialen Rückzug, der seit 2012 erfolgt sei, nur noch mit Familienmitgliedern treffe bzw. ansonsten nur noch Online-Kontakte pflege, bringe zum Ausdruck, dass er nur dann soziale Kontakte aufrechterhalte, wenn er wisse, dass er sich dabei wohlfühlen könne. Man erkenne unterdessen, dass beim Beschwerdeführer seit 2012 eine schwerwiegende Vita minima und somit ein deutlich eingeschränkter Lebensstil vorliege, der hauptsächlich durch die sekundären psychischen Störungen, nämlich die Angststörung und die somatoforme Störung, verursacht und begründet würden. Es gehe aus der Gesamtschau ohne den geringsten Zweifel hervor, dass der Explorand berufliche und soziale Aktivitäten in ausgeprägter Form vermeide bzw. vermeiden müsse, weil er eben unter den obengenannten psychischen Beschwerden leide. Auch die immer wieder eintretende Tag-Nacht-Umkehr bringe dies deutlich zum Ausdruck. Es seien somit sämtliche diagnostischen Kriterien gemäss ICD-10 für eine selbstunsichere, das heisse eine ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsstörung, erfüllt. Sodann werde in den Vorakten beim Beschwerdeführer wiederholt eine depressive Störung diagnostiziert. Aufgrund der

subjektiven Beschwerdeangaben des Exploranden seien die diagnostischen B-Kriterien gemäss ICD-10 für eine depressive Episode zumindest teilweise erfüllt, und es sei aufgrund dieser subjektiven Beschwerdeangaben des Exploranden durchaus zu postulieren, dass in den letzten Wochen und daher auch aktuell am ehesten eine depressive Störung bzw. Episode vorliege, die als leicht bis mittelgradig eingestuft werden könne. Im objektiven Psychostatus zeige der Explorand eine hauptsächlich leicht- bis mittelgradige depressive Grundstimmung. Er zeige in den weiteren affektiven Parametern teilweise pathologisch ausgelenkte Befunde. Er zeige in den spezifischen objektiven Parametern, die sehr gut die innerpsychische Vitalität objektiv abzubilden vermöchten, teilweise pathologisch ausgelenkte Befunde. Zu diesen gehörten grundsätzlich das äussere Erscheinungsbild, die Psycho- und Sprachmotorik, die Mimik und Gestik, das Denktempo, die kognitiven Leistungen, die Affektverarmung sowie die affektive Schwingungsfähigkeit. Aufgrund dieser diversen Beurteilungsdimensionen und also unter Berücksichtigung der subjektiven Beschwerdeangaben des Exploranden und den objektiven Untersuchungsbefunden sei aktuell eine leichte bis mittelgradige depressive Episode zu diagnostizieren, die im affektpathologischen Langzeitverlauf einer rezidivierenden depressiven Störung zugeordnet werden könne. Hierbei handle es sich um eine sekundäre psychische Störung auf dem Boden einerseits der primären Persönlichkeitsstörung, aber auch auf dem Boden der nachfolgend zu besprechenden Angststörung und somatoformen Störung, zumal diese beiden Störungen ganz gewichtig dazu beigetragen hätten, dass der Explorand in den letzten Jahren in sämtlichen relevanten anamnestischen Lebensbereichen dysfunktioniere und kaum noch integriert sei, was der Explorand durchaus realisiere, was immer auch bedeute, dass ein depressives Erleben begünstigt werde. Des Weiteren sei die Agoraphobie mit Panikstörung des Exploranden zu diskutieren. Diese Diagnose werde in den Vorakten wiederholt erwähnt. Während die Panikattacken bzw. diese Panikstörung episodisch zu verlaufen schienen, so bestehe beim Exploranden seit 2012 anhaltend eine agoraphobische Angststörung, denn er meide seither nahe soziale Interaktionen und begeben sich nicht mehr unter Menschenmengen. Er meide das Benutzen von ÖV so gut es gehe. Diese Schwierigkeit, sich nach draussen zu begeben und sich sodann auch nur in unpersönlichen sozialen Kontexten, so z. B. bei einem Einkauf in einer Migros Filiale, wohlfühlen, bestehe im Grunde seit 2012 andauernd, auch wenn die Intensität bzw. der Schweregrad dieser Schwierigkeiten variiert hätten. Als der Explorand 2015 berufliche Massnahmen in der G.____ zugesprochen erhalten habe, schienen diese phobischen Angstsymptome weniger stark ausgeprägt gewesen zu sein, und der Explorand habe mitgeteilt, dass er damals an einem geschützten Arbeitsplatz gewesen sei, wo «null Druck» bestanden habe. Im weiteren Verlauf sei es zu einzelnen Exazerbationen im Schweregrad dieser Angstsymptome gekommen, so z. B. im Herbst 2017, dann wieder anfangs 2019. Es sei aufgrund dieser Gesamtschau bei diesem Exploranden eine Agoraphobie mit Panikstörung zu diagnostizieren, die ebenfalls eine sekundäre psychische Störung auf dem Boden der primären selbstunsicheren bzw. ängstlich vermeidenden Persönlichkeitsstörung darstelle, und die eng assoziiert sei mit der nachfolgend zu diskutierenden somatoformen autonomen Funktionsstörung. Eine generalisierte Angststörung, wie sie in den Vorakten ebenfalls vereinzelt in den Diagnoselisten aufgeführt werde, liege dagegen nicht vor, denn beim Exploranden bestehe keine anhaltende klinisch relevante Angst. Beispielsweise erlebe er dann, wenn er zuhause sei, keine anhaltende Angst. Sodann ist die somatoforme autonome Funktionsstörung zu diskutieren. Der Explorand habe im Vorfeld der Lehrabschlussprüfungen 2012 Bauchschmerzen entwickelt, die immer wieder von

Durchfallepisoden begleitet worden seien. Diese Symptomatik bestehe bis heute noch. Es lägen in den Vorakten zahlreiche Berichte vor, die diese chronischen Abdominalbeschwerden erfassten, und die auch davon Zeugnis ablegten, dass der Explorand gründlich somatisch untersucht worden sei, ohne dass im Grunde relevante somatische Befunde, bzw. organische Ursachen hätten gefunden werden können, die den Schweregrad und das gesamte Ausmass dieser gastrointestinalen Beschwerden zu erklären vermöchten. Es scheine, dass sich ein Teil der Angststörung bei diesem Exploranden in Form dieser Somatisierung äussere, dass im Grunde die imperativen Diarrhoeepisoden nichts anderes darstellten als ein somatoformer klinischer Ausdruck der relevanten agoraphobischen Ängste. Immer sei dabei zu beachten, dass diese sekundären psychischen Störungen auf dem Boden der primären selbstunsicheren Persönlichkeitsstörung hätten entstehen können, das heisse, dass diesen sekundären psychischen Störungen die primäre Selbstunsicherheit bzw. die ausgeprägte primäre narzisstische Insuffizienz zugrunde lägen. Es seien nicht nur die Bauchschmerzen, die der Explorand erlebe, sondern insbesondere die, wie oben schon erwähnt, in Belastungssituationen auftretenden imperativen Diarrhoeepisoden, die psychisch besonders belastend seien, weil sie vom Exploranden als überaus erniedrigend erlebt werden könnten. Im Vorfeld der hiesigen Begutachtung, das heisse am selben Vormittag auf der Autofahrt zur Begutachtung, sei es beim Exploranden zu sechs oder sieben imperativen Diarrhoeepisoden gekommen, weswegen er sich geringfügig verspätet habe. Als er über diese Beschwerden gesprochen habe, habe der Explorand in der hiesigen Begutachtung eine sichtbare Affektlibalisierung gezeigt. Da aus den Vorakten wie oben erwähnt keine Hinweise für eine relevante zugrundeliegende organische Ursache hervorgingen, und da eine überaus enge Assoziation zur primären innerpsychischen Struktur dieses Exploranden bestehe, so dass diese imperativen Diarrhoeepisoden im Grunde ein klinischer Ausdruck eines sozialen Vermeidungsverhaltens bedeuten könnten, könne ohne weiteres postuliert werden, dass hier vollumfänglich unbewusste Mechanismen zugrundelägen, so dass diese gastrointestinalen Beschwerden einer somatoformen autonomen Funktionsstörung zugeordnet werden könnten.

8.1.2 Des Weiteren führte der psychiatrische Gutachter, Dr. med. C.____, hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers aus, die qualitativen Funktionsfähigkeiten seien beim Beschwerdeführer aus psychiatrischer Sicht in den relevanten Beurteilungsdimensionen schwer beeinträchtigt, so dass bei diesem Exploranden aus psychiatrischer Sicht im ersten Arbeitsmarkt eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert werden könne. Somit ist im Weiteren zu prüfen, ob die vom psychiatrischen Gutachter attestierte 100%ige Arbeitsunfähigkeit im Lichte der gemäss bundesgerichtlichen Rechtsprechung vorzunehmenden Indikatorenprüfung ebenfalls zu überzeugen vermag (s. E. II. 7.2.2 hiervor). Bei der Anspruchsprüfung nach BGE 141 V 281 ist zunächst auf die Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde einzugehen. Diesbezüglich hielt der psychiatrische Gutachter fest, der Beschwerdeführer weise in sämtlichen relevanten anamnestischen Lebensbereichen eine hohe Dysfunktionalität und Diskontinuität auf. Er sei in den relevanten Beurteilungsdimensionen schwer beeinträchtigt. Dementsprechend stellt der Gutachter als Hauptdiagnose eine schwere selbstunsichere Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.6). Hinsichtlich des Indikators Behandlungs- und Eingliederungserfolg resp. -resistenz ist dem Gutachten zu entnehmen, die psychopharmakologische Medikation sei nachvollziehbar gewählt. Allfällige Änderungen und Dosierungsanpassungen seien den behandelnden Fachpersonen zu überlassen. Da beim Exploranden durch die F.____ nie eine eigentliche Persönlichkeitsstörung diagnostiziert worden sei, müsse davon ausgegangen

werden, dass zumindest von Seiten der psychiatrischen Behandler nie eine störungsspezifische Behandlung erfolgt sei. Im Grunde bräuchte der Explorand eine langedauernde teilstationäre und störungsspezifische psychiatrisch psychotherapeutische Behandlung. Stationäre psychiatrische Behandlungen, wie sie aktuell stattfänden, seien dann von Vorteil, wenn es sich um eine akute Exazerbation handle. Es stelle sich allerdings die Frage, inwiefern eine solche teilstationäre Behandlung tatsächlich erfolgreich verlaufen könne, bzw. inwiefern der Explorand eine ausreichende innerpsychische Belastbarkeit mitbringe, die es ihm sodann in der weiteren Zukunft ermöglichen werde, wieder Teil der «funktionierenden» Gesellschaft zu werden. Es müsse aktuell, das heiße zum aktuellen Begutachtungszeitpunkt, offengelassen werden, von welchem Strukturniveau man in Bezug auf die Persönlichkeitspathologie ausgehen müsse. Der Verlauf der letzten 12 Jahre, also ein ausserordentlich langer Zeitraum, weise darauf hin, dass hier eine niedrige Strukturpathologie vorliege. Es könne selbstverständlich argumentiert werden, dass diese Strukturpathologie günstig hätte beeinflusst werden können, wenn sie früh störungsspezifisch psychiatrisch psychotherapeutisch angegangen worden wäre. Unterdessen habe sich im Verlaufe dieses 12-jährigen Zeitraumes beim Exploranden eine Wahrnehmung der eigenen Person und ein Selbstverständnis innerpsychischer Prozesse und des innerpsychischen Erlebens entwickelt und mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auch fixiert, so dass man bei diesem Exploranden durchaus postulieren könne, dass die psychischen Störungen chronifiziert, dauerhaft und weitgehend therapieresistent seien. Dies würde bedeuten, dass die Prognose schlecht sei, was die Integration in den ersten Arbeitsmarkt betreffe. Da aber wie oben erwähnt eine störungsspezifische psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung bis anhin mit überwiegender Wahrscheinlichkeit noch nicht erfolgt und auch noch nicht längerdauernd erfolgt sei, und da der zwar nicht mehr jugendliche Explorand immer noch jung sei, sollte die prognostische Beurteilung so lange offengelassen werden, bis solche intensivierten psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungen auch ausreichend langedauernd umgesetzt worden seien. Im Idealfall sollten dann im Verlaufe einer solchen teilstationären psychiatrischen Behandlung wieder berufliche Massnahmen aufgegleist werden. Immerhin sei es dem Beschwerdeführer über weite Strecken gelungen, die beruflichen Massnahmen bei der G.____ zwischen 2015 und 2017 erfolgreich mitzugestalten, so auch das nachfolgende Praktikum in der H.____ in [...]. Das Problem scheine aber darin bestanden zu haben, dass der Explorand im Rahmen seiner Ausbildung, die er sodann 2019 zu Ende haben führen wollen, erneut mit einer Drucksituation konfrontiert worden sei, mit welcher er offenbar schlicht nicht habe umgehen können. Daher stelle sich die Frage, ob es überhaupt sinnvoll sei, dass der Explorand eine Ausbildung zu Ende führen solle. Dann nämlich wäre zumindest der Druck nicht vorhanden, eine Ausbildung bestehen zu müssen. Es bliebe dann aber selbstverständlich der Druck des ersten Arbeitsmarkts. Die Erfahrungen in einem geschützten Arbeitsmarkt, wie der Explorand diese in der G.____ gemacht habe, liessen sich selbstverständlich nicht ohne weiteres in den ersten Arbeitsmarkt transferieren. Dennoch werde es notwendig sein, den Exploranden sodann wieder im geschützten Arbeitsmarkt in einem Arbeitstraining an einen gewissen Arbeitsrhythmus heranzuführen. Es müsste dann behutsam und in sorgfältig definierten und vorbereiteten Schritten eine Steigerung des Arbeitspensums erfolgen. Inwiefern sodann konsekutiv eine Verbesserung der gastrointestinalen Beschwerden erfolgen würde, müsse gänzlich offengelassen werden, da nicht sicher beurteilt werden könne, inwiefern diese gastrointestinalen somatoformen Beschwerden unterdessen doch eine gänzlich fixierte separate psychische Störung

geworden seien. Wie hoch im weiteren Verlauf die erzielbare Arbeitsfähigkeit, im Idealfall im ersten Arbeitsmarkt, sein werde, könne zum aktuellen Begutachtungszeitpunkt in keiner Weise näher präzisiert werden und müsse daher vollständig offengelassen werden. Zum aktuellen Begutachtungszeitpunkt aber bestehe ohne jeden Zweifel eine volle Arbeitsunfähigkeit bzw. eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Gestützt auf die vorgehenden Ausführungen ist beim Beschwerdeführer tendenziell von einer Therapieresistenz auszugehen und eine Eingliederungsresistenz erscheint zumindest fraglich, wobei der Gutachter konkrete Eingliederungsmassnahmen vorschlägt, womit eine Eingliederungsresistenz im jetzigen Zeitpunkt noch zu verneinen ist. 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). Diesbezüglich wurde im psychiatrischen Teilgutachten festgehalten, dass die rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte bis mittelgradige Episode (ICD-10 F33.0/F33.1), die Agoraphobie mit Panikstörung (ICD-10 F40.01) sowie die somatoforme autonome Funktionsstörung (ICD-10 F45.3) allesamt sekundäre psychische Störungen zur gestellten Hauptdiagnose – der schweren selbstunsichere Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.6) – darstellen und sich teilweise gegenseitig entsprechend beeinflussen. Es ist somit vorliegend von erheblichen Komorbiditäten 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). Bezüglich der persönlichen Ressourcen führte der Gutachter aus, es sei aus der klinischen Erfahrung wie auch aus der wissenschaftlichen Literatur bekannt, dass schwere selbstunsichere Persönlichkeitsstörungen mit erheblichen Dysfunktionalitäten in relevanten anamnestischen Lebensbereichen einhergingen. Der Explorand könne sich aufgrund seiner Persönlichkeitsstörung lediglich auf unsublimierte Abwehrmechanismen abstützen, so dass er mit Belastungen nicht adäquat umgehen könne, was immer auch bedeute, dass primär invaliditätsfremde psychosoziale Belastungsfaktoren sekundär invaliditätsrelevant werden könnten. Sodann verhinderten die Diarrhoeepisoden im Rahmen seiner somatoformen Störung, die eng assoziiert seien mit seiner ausgeprägten Angststörung, dass der

Beschwerdeführer überhaupt in die Lage komme, in der er sich an Regeln und Routinen anpassen müsste bzw. könnte, so dass hier eine schwere Beeinträchtigung vorliege. Zudem müsse die Flexibilität und Umstellungsfähigkeit als schwer beeinträchtigt beurteilt werden und der Beschwerdeführer sei im Rahmen seiner Persönlichkeitsstörung in sozialen Kontexten erheblich selbstunsicher, so dass es ihm bisher nicht habe gelingen können, sich in sozialen Kontexten ausreichend flexibel zu verhalten, sondern er habe bald erhebliche Ängste und gastrointestinale Beschwerden entwickelt, die ihn invalidisierten. Dagegen sei die Fähigkeit zur Planung und Strukturierung von Aufgaben im Grunde weitgehend erhalten, so lange sich der Explorand in seiner Vita minima bewege, die er sich seit vielen Jahren etabliert habe. Ausserhalb dieser Vita minima wäre der Explorand durch seine Angststörung und seine somatoforme autonome Funktionsstörung jedoch dermassen tangiert, dass schwere Beeinträchtigungen resultieren würden. Sodann müsse die Durchhaltefähigkeit als vollständig beeinträchtigt und die Selbstbehauptungsfähigkeit als schwer beeinträchtigt beurteilt werden. Dies durch seine primäre narzisstische Insuffizienz bzw. seine primäre Persönlichkeitspathologie, die eine inhärente Selbstunsicherheit mitbringe, sowie auch durch den Umstand, dass der Explorand durch seine psychischen Beschwerden sozial vollständig desintegriert sei und sich dessen überaus bewusst sei, weswegen er ja auch eine depressive Störung entwickelt habe. Ebenso seien die qualitativen Funktionsfähigkeiten in sozialen Interaktionen schwer beeinträchtigt zu beurteilen, wenn gewürdigt werde, dass sich der Explorand sozial im Grunde vollständig zurückgezogen habe. Zudem sei die Wegefähigkeit, was das Benutzen von ÖV betreffe, eingeschränkt, dies aufgrund seiner Angststörung und seiner somatoformen Störung. Zusammenfassend sei somit festzuhalten, dass die qualitativen Funktionsfähigkeiten aus psychiatrischer Sicht bei diesem Exploranden in den relevanten Beurteilungsdimensionen schwer beeinträchtigt seien. Hinsichtlich der sozialen Ressourcen ist dem Gutachten zu entnehmen, dass ein ausserfamiliärer Bekanntenkreis nicht mehr existent sei. Der Beschwerdeführer habe nur noch Online-Kontakte, wenn er am PC spiele, sowie Kontakte zu seiner Familie. Früher sei er «ständig unterwegs» gewesen, bis zu seinen Lehrabschlussprüfungen 2012 und dem in dieser Zeit erfolgten Tod seines Grossvaters. Er habe dann eine Zeitlang Kollegen gehabt, die aber Cannabis konsumiert hätten, diese Bekanntschaften hätten ihm nicht gutgetan. Seither habe er keinerlei Kontakte mehr aufrechterhalten. Er schätze die sozialen Kontakte innerhalb der F.____ aber sehr, es tue ihm sehr gut, unter Leuten zu sein. Der Explorand habe aktuell keine Freundin, dies sei ein Problem, die Chance, eine Frau kennenzulernen, sei mit seinen Ängsten «gleich Null». Die Mutter seiner Tochter habe er 2015 in der F.____ kennengelernt. Sie sei dort ebenfalls Patientin gewesen. Mit der Zeit habe die Freundin kein Interesse mehr gehabt an der Beziehung, sie habe ihm mitgeteilt, dass sie das Gefühl habe, etwas in ihrem Leben zu verpassen. Seine Tochter sehe er jeweils an den Wochenenden, es bestünden unterschiedliche Wochenendregelungen. In den Sommermonaten könne er mit ihr ins Gartenbad gehen, dann sei er durch seine Bauchbeschwerden und seine Ängste etwas weniger beeinträchtigt, in den Wintermonaten sei es aber schwierig für ihn, er gehe mit ihr «etwas vorne nach draussen» spazieren, oder er fahre zur Schwester oder Mutter nach Hause, es mache ihn aber traurig, dass er mit ihr nicht mehr unternehmen könne, er würde ihr gerne viel mehr bieten können. Zu seinem Vater habe er fast keinen Kontakt, nur noch am Geburtstag und an Weihnachten. Zu seiner Mutter bestehe regelmässiger und guter Kontakt. Zu seinen Geschwistern bestehe ein guter Kontakt. Zusammenfassend liegen demnach beim Beschwerdeführer zwar gewisse soziale aber kaum 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 ist gestützt auf die gutachterlichen Ausführungen zu den gestellten Diagnosen (s. E. II. 7.1 hiervor) von einer gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen auszugehen. Der in die gleiche Kategorie («Konsistenz») fallende Aspekt des behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesenen Leidensdrucks betrifft die Frage nach der Inanspruchnahme von therapeutischen Optionen. Das Ausmass, in welchem Behandlungen wahrgenommen oder eben vernachlässigt werden, weist (ergänzend zum Gesichtspunkt Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz) im Regelfall auf den tatsächlichen Leidensdruck hin (BGE 141 V 281 E. 4.4.2 S. 304). Diesbezüglich ist den Akten und dem Gutachten zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer in den letzten Jahren diverse ambulante, teilstationäre und stationäre psychiatrische Therapien absolviert hat und sich einer regelmässigen psychopharmakologischen Medikation unterzieht. Zudem besucht der Beschwerdeführer bei Dr. med. F. E. ____, FMH Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, seit Oktober 2020 bis aktuell eine regelmässige Gesprächstherapie. Somit ist von einem ausgewiesenen Leidensdruck auszugehen.

8.1.3 Gestützt auf die vorgehenden Ausführungen ist festzuhalten, dass das psychiatrische Gutachten von Dr. med. C. ____, genügend Aufschluss über die massgeblichen Indikatoren gibt, die gemäss der bundesgerichtlichen Rechtsprechung zu berücksichtigen sind (vgl. BGE 141 V 281). So zeigt sich aus der Indikatorenprüfung unter anderem, dass beim Beschwerdeführer neben gewissen sozialen Ressourcen kaum positive persönliche Ressourcen vorliegen, zudem eine gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus vorliegt und von einem ausgewiesenen Leidensdruck auszugehen ist. Insgesamt erweisen sich die im Gutachten postulierten funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten psychischen Beeinträchtigungen damit als hinreichend ausgewiesen. Ebenso vermag im Lichte der vorgehenden Ausführungen die gutachterliche Verlaufsbeurteilung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers zu überzeugen. Demnach hätten die agoraphobischen Angstsymptome und die somatoformen Symptome des Gastrointestinaltrakts überdauernd bestanden, auch wenn es Fluktuationen gegeben habe, die im Falle einer vorübergehenden Verbesserung mit deutlich schützenden Rahmenbedingungen erklärbar gewesen seien, wo aber wiederholt relevante Symptomexazerbationen erfolgt seien, sobald der übliche Druck des Alltags und des ersten Arbeitsmarkts gefordert gewesen sei. Überdauernd sei bei diesem Exploranden somit eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestehen geblieben. Aus psychiatrischer Sicht habe somit nie eine Arbeitsfähigkeit im ersten Arbeitsmarkt bestanden.

9. Gestützt auf das beweiswertige psychiatrische Gutachten von Dr. med. C. ____, ist somit im Lichte der vorstehenden Ausführungen davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer in jeglicher Tätigkeit vollständig arbeitsunfähig ist und auch rückblickend nie eine Arbeitsfähigkeit im ersten Arbeitsmarkt bestanden hat. Gegen den Beweiswert dieses Gutachtens bringen denn auch die Parteien nichts vor. Aufgrund der vollständigen Arbeitsunfähigkeit in jeglicher Tätigkeit ergibt sich ohne Weiteres ein Invaliditätsgrad von 100 %, womit der Beschwerdeführer in Gutheissung der Beschwerde in Anwendung von Art. 29 Abs. 1 IVG ab 1. Dezember 2014 Anspruch auf eine ganze Rente hat.

10. 10.1 Bei diesem Verfahrensausgang steht dem Beschwerdeführer eine ordentliche Parteientschädigung zu, die von der Beschwerdegegnerin zu bezahlen ist. Da von deren Solvenz auszugehen ist,

erübrigt sich das Festsetzen des amtlichen Honorars im Rahmen der unentgeltlichen Rechtspflege. In Anbetracht von Aufwand und Schwierigkeit des Prozesses ist die Parteientschädigung – gestützt auf die eingereichte Kostennote vom 3. Mai 2024, welche angemessen erscheint – auf CHF 5'289.35 festzusetzen (18.85 Stunden zu CHF 250.00 [§ 160 Abs. 2 GT], zuzügl. Auslagen und MwSt). 10.2 Aufgrund von Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 – 1'000.00 festgelegt. Nach dem Ausgang des vorliegenden Verfahrens hat die IV-Stelle die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen. 10.3 Wie dargelegt, hat die Beschwerdegegnerin den Sachverhalt unzureichend abgeklärt, weshalb das Gericht die Abklärungslücke durch ein Gerichtsgutachten schliessen musste. Die Beschwerdegegnerin hat daher die Kosten des Gutachtens von Dr. med. C. ___ vom 12. März 2024 von CHF 7'000.00 zu tragen. Im Übrigen erscheinen die Gutachterskosten in Anbetracht der Komplexität des Falles als angemessen.

E. 12

März 2024 von CHF 7'000.00 zu tragen. Im Übrigen erscheinen die Gutachterskosten in Anbetracht der Komplexität des Falles als angemessen.

Demnach wird erkannt:

1. In Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung der IV-Stelle des Kantons Solothurn vom 3. April 2023 aufgehoben.
2. Der Beschwerdeführer hat ab 1. Dezember 2014 Anspruch auf eine ganze Invalidenrente.
3. Die IV-Stelle des Kantons Solothurn hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von CHF 5'289.35 (inkl. Auslagen und MwSt) zu bezahlen.
4. Die IV-Stelle des Kantons Solothurn hat die Verfahrenskosten von CHF 600.00 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_527/2024 vom 18. März 2025 bestätigt.

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