

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2022.00367 vom 21. Februar 2023

ZH Sozialversicherungsgericht, 2023-02-21, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2022.00367

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2022.00367 du 21 février 2023

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2022.00367 del 21 febbraio 2023

Erwägungen

E. 1

9. November 2015 meldete sich der Versicherte infolge einer Angststörung und sozialen Phobie erneut bei der Invalidenversicherung an (Urk. 12/87). Mit Vorbescheid vom 14. März 2016 stellte die IV-Stelle zunächst in Aussicht, auf die Neuanmeldung nicht einzutreten (Urk. 12/97). Mit Schreiben vom 5. Dezember 2016 auferlegte die IV-Stelle dem Versicherten eine Schadenminderungspflicht (Psychotherapie; Urk. 12/117). Nach durchgeführtem

Vorbescheidverfahren (Urk. 12/118) verneinte die IV-Stelle mit unangefochten in Rechtskraft erwachsener Verfügung vom 1. Februar 2017 (Urk. 12/119) einen Leistungsanspruch des Versicherten.

E. 1.1

Am 1. Januar 2022 sind die geänderten Bestimmungen des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG), der Verordnung über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSV), des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) sowie der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) in Kraft getreten.

In zeitlicher Hinsicht sind vorbehaltlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgebend, die bei Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 146 V 364 E. 7.1, 144 V 210 E. 4.3.1, je mit Hinweisen). Da der Zeitpunkt des Invaliditätseintritts (Art. 28 Abs. 1 und 1 bis IVG) und jener des Rentenanspruchs nicht unbedingt identisch sind, fällt eine Invalidenrente unter das neue Recht, wenn der Anspruchsbeginn ab dem 1. Januar 2022 liegt, auch wenn die Invalidität vor diesem Zeitpunkt eingetreten ist. Neurechtliche Invalidenrenten sind somit Renten, auf die gemäss Art. 29 Abs. 1 und 2 IVG der Anspruch ab dem 1. Januar 2022 entsteht (vgl. Rz. 1008 des Kreisschreibens zu den Übergangsbestimmungen zur Einführung des linearen Rentensystems, K S ÜB WE IV, gültig ab 1. Januar 2022).

Die angefochtene Verfügung erging nach dem 1. Januar 2022. Da die Entstehung eines Rentenanspruchs vorliegend bereits vor dem 1. Januar 2022 in Betracht fällt, sind die bis 31. Dezember 2021 gültig gewesenen Rechtsvorschriften anwendbar, die nachfolgend auch in dieser Fassung zitiert werden.

E. 1.2

Erwerbserbsunfähigkeit ist gemäss Art.

E. 1.3

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die: a.

ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können; b.

während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind; und c.

nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art.

E. 1.4

Ändert sich der Invaliditätsgrad eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen seit Zusprennung der Rente, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes revidierbar. Weiter sind, auch bei an sich gleich gebliebenem Gesundheitszustand, veränderte Auswirkungen auf den Erwerbs- oder Aufgabenbereich von Bedeutung (BGE 141 V 9 E. 2.3, 134 V 131 E. 3). Ferner kann ein Revisionsgrund unter Umständen auch in einer wesentlichen Änderung hinsichtlich des für die Methodenwahl massgeblichen (hypothetischen) Sachverhalts bestehen (BGE 144 I 28 E. 2.2, 130 V 343 E. 3.5, 117 V 198 E. 3b, je mit Hinweisen). Hingegen ist die lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts im revisionsrechtlichen Kontext unbeachtlich (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen). Weder eine im Vergleich zu früheren ärztlichen Einschätzungen ungleich attestierte Arbeitsunfähigkeit noch eine unterschiedliche diagnostische Einordnung des geltend gemachten Leidens genügt somit per se, um auf einen verbesserten oder verschlechterten Gesundheitszustand zu schliessen; notwendig ist in diesem Zusammenhang viel mehr eine veränderte Befundlage (Urteil des Bundesgerichts 9C_135/2021 vom 27. April 2021 E. 2.1 mit Hinweisen).

Liegt in diesem Sinne ein Revisionsgrund vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassend («allseitig») zu prüfen, wobei keine Bindung an frühere Beurteilungen besteht (BGE 141 V 9 E. 2.3; Urteil des Bundesgerichts 8C_144/2021 vom 27. Mai 2021 E. 2.3, je mit Hinweisen).

E. 1.5

Zeitlicher Referenzpunkt für die Prüfung einer anspruchserheblichen Änderung bildet die letzte (der versicherten Person eröffnete) rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustands) beruht; vorbehalten bleibt die Rechtsprechung zur Wiedererwägung und zur prozessualen Revision (BGE 133 V 108 E. 5.4). Dabei braucht es sich nicht um eine formelle Verfügung (Art. 49 ATSG) zu handeln. Ändert sich nach durchgeführter Rentenrevision als Ergebnis einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs nichts und eröffnet die IV-Stelle deswegen das Revisiionsergebnis gestützt auf Art. 74 ter

lit. f IVV auf dem Weg der blossen Mitteilung (Art. 51 ATSG), ist im darauf folgenden Revisionsverfahren zeitlich zu vergleichender Ausgangssachverhalt derjenige, welcher der Mitteilung zugrunde lag (Urteil des Bundesgerichts 9C_599/2016 vom 29. März 2017 E. 3.1.2 unter Hinweis auf 8C_441/2012 vom 25. Juli 2013 E. 3.1.2).

E. 1.6

Unabhängig von einem materiellen Revisionsgrund kann die IV-Stelle auf formell rechtskräftige Verfügungen, welche nicht Gegenstand materieller richterlicher Überprüfung gebildet haben, zurückkommen, wenn diese zweifellos unrichtig sind und wenn – was auf periodische Dauerleistungen regelmässig zutrifft (BGE 119 V 475 E. 1c mit Hinweisen) – ihre Berichtigung von erheblicher Bedeutung ist (Art. 53 Abs. 2 und 3 ATSG; BGE 141 V 405 E. 5.2, 138 V 147 E. 2.1; Urteil des Bundesgerichts 9C_819/2017 vom 13. Februar 2017 E. 2.2). Die Wiedererwägung im Sinne von Art. 53 Abs. 2 ATSG dient der Korrektur einer anfänglich unrichtigen Rechtsanwendung einschliesslich unrichtiger Feststellung im Sinne der Würdigung des Sachverhaltes (statt vieler: Urteil des Bundesgerichts 8C_121/2017 vom 5. Juli 2018 E. 8.2).

Die Wiedererwägung nach Art. 53 Abs. 2 ATSG setzt voraus, dass kein vernünftiger Zweifel an der Unrichtigkeit der Verfügung möglich, folglich nur dieser einzige Schluss denkbar ist. In diesem Sinne qualifiziert unrichtig ist eine Verfügung, wenn eine Leistung aufgrund falscher Rechtsregeln beziehungsweise ohne oder in unrichtiger Anwendung der massgeblichen Bestimmungen zugesprochen wurde (BGE 141 V 405 E. 5.2, 140 V 77 E. 3.1 mit Hinweis). Gleiches gilt bei einer klaren Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes, insbesondere wenn die notwendigen fachärztlichen Abklärungen überhaupt nicht oder nicht mit der erforderlichen Sorgfalt durchgeführt wurden (vgl. Art. 43 ATSG; BGE 141 V 405 E. 5.2; Urteil des Bundesgerichts 8C_717/2017 vom 2. August 2018 E. 3.2 mit Hinweisen). Soweit ermessensgeprägte Teile der Anspruchsprüfung vor dem Hintergrund der Sach- und Rechtslage einschliesslich der Rechtspraxis im Zeitpunkt der rechtskräftigen Leistungszusprechung in vertretbarer Weise beurteilt worden sind, scheidet die Annahme zweifelloser Unrichtigkeit aus (BGE 141 V 405 E. 5.2 mit Hinweisen; vgl. statt vieler: Urteil des Bundesgerichts 9C_766/2016 vom 3. April 2017 E. 1.1.2 mit Hinweisen).

Nach ständiger Rechtsprechung kann das Gericht eine zunächst auf Art. 17 ATSG gestützte Rentenaufhebung oder -herabsetzung gegebenenfalls mit der (substantiierten) Begründung schützen, dass die ursprüngliche (bzw. die letzte auf einer umfassenden materiellen Prüfung beruhende, vgl. BGE 140 V 514, 133 V 108) Rentenverfügung oder Mitteilung zweifellos unrichtig und die Berichtigung von erheblicher Bedeutung sei (BGE 144 I 103 E. 2.2, 140 V 85 E. 4.2, 125 V 368 E. 2, je mit Hinweisen; vgl. Meyer/Reichmuth, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 3. Auflage 2014, Rn 77 zu Art. 30–31).

E. 1.7

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a mit Hinweis; Urteil des Bundesgerichts 9C_529/2021 vom 26. Juli 2022 E. 3.2.1).

E. 1.8

Mit BGE 143 V 418 entschied das Bundesgericht, dass grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen sind (E. 6 und 7, Änderung der Rechtsprechung; vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.2 speziell mit Bezug auf leichte bis mittelschwere Depressionen).

Das strukturierte Beweisverfahren definiert systematisierte Indikatoren, die es – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und von Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 2, E. 3.4-3.6 und 4.1; vgl. statt vieler: Urteil des Bundesgerichts 9C_590/2017 vom 15 .

Februar 2018 E. 5.1). Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es an diesem Nachweis, hat die materiell beweisbelastete versicherte Person die Folgen der Beweislosigkeit zu tragen (BGE 141 V 281 E. 6; vgl. BGE 144 V 50 E. 4.3).

Diese Rechtsprechung ist auf alle im Zeitpunkt der Praxisänderung noch nicht erledigten Fälle anzuwenden (Urteil des Bundesgerichts 9C_580/2017 vom 16. Januar 2018 E. 3.1 mit Hinweisen). 2.

2. 1

Die Beschwerdegegnerin begründete den angefochtenen Entscheid (Urk. 2) wie folgt: Der Beschwerdeführer sei aufgrund der gesundheitlichen Einschränkungen in der bisherigen Tätigkeit als Fachmann Betriebsunterhalt sowie in angepassten Tätigkeiten zu 100 % arbeitsunfähig. Dies entspreche einem Invaliditätsgrad von 100 % . Der Rentenanspruch entstehe frühestens sechs Monate nach Eingang der IV-Anmeldung, weshalb die Leistungen ab dem 1. November 2018 ausgerichtet würden. Der Entscheid vom 1. Februar 2017 sei rechtskräftig und die damalige Beurteilung sei nach der gegebenen Rechtspraxis und den vorhandenen Unterlagen vertretbar gewesen. Der Beschwerdeführer habe sich damals nicht in adäquater Behandlung befunden. Auch heute werde gutachterlich festgehalten, dass die Behandlungsmöglichkeiten nicht ausgeschöpft seien.

In ihrer Beschwerdeantwort (Urk. 11) führte die Beschwerdegegnerin zu ihrem Antrag auf reformatio in peius

aus, es sei aus näher dargelegten Gründen nicht nachvollziehbar, weshalb der Beschwerdeführer nur noch für Tätigkeiten im 2. Arbeitsmarkt einsetzbar sein solle. Zudem seien die im Gutachten genannten Diagnosen und die damit verbundenen Einschränkungen bereits im Zeitpunkt der Verfügung vom 1. Februar 2017 bekannt gewesen. Es stelle sich deshalb die Frage, ob im revisionsrechtlichen Sinn im Vergleichszeitpunkt überhaupt eine Veränderung gegeben sei oder es sich lediglich um eine andere Beurteilung des gleichen Sachverhaltes handle (S. 2-3). 2. 2

Der Beschwerdeführer machte geltend (Urk. 1), die Beschwerdegegnerin hätte die Verfügung vom 1. Februar 2017 in prozessuale Revision ziehen müssen, da das Medas-Gutachten vom September 2021 eine neue Tatsache darstelle. Selbst wenn diese unter eine

Anspruchsvoraussetzung, welche auf Ermessen fusse, zu subsu mieren sei, hätte die Beschwerdegegnerin aufgrund des Befundes unter rückwir kendem Einbezug des Gutachtens zwingend zu einem anderen Ergebnis betreffend Arbeitsfähigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt gelangen müssen (S. 7 Ziff. 22). Ansonsten sei eine Wiedererwägung vorzunehmen, da mit dem Medas -Gutachten erstmals eine Gesamtwürdigung vorgenommen worden sei. Aufgrund dieser bestehe kein Zweifel an der Unrichtigkeit der Verfügung vom 1. Februar 201 7. Insbesondere müsse die damalige medizinische Sachverhaltsabklärung aus heutiger Sicht als unvollständig gewertet werden (S. 8 Ziff. 24). Hinsichtlich der Behandlungsmöglichkeiten könne ihm nichts vorgeworfen werden, da er sich nie irgendwelchen Therapien widersetzt habe (S. 9 Ziff. 26). Die Rente sei deshalb rückwirkend per 3 0. Mai 2016, sechs Monate nach der Anmeldung vom 3 0. November 2015, zuzusprechen (S. 9 Ziff. 28).

Replizierend (Urk. 15) führte der Beschwerdeführer aus, er sei gemäss Gutachten an einem geschützten Arbeitsplatz zu 50 bis 70 % arbeitsfähig. Zusätzlich seien weitere Anforderungen an das Arbeitsprofil festgelegt worden. Er könne von seinem Leistungsniveau her damit ohnehin nur im geschützten Rahmen tätig sein, dies sei Teil des Zumutbarkeitsprofils. Diese Schlussfolgerung sei im Gutachten ausführlich hergeleitet worden. Dem äusserst knapp und falsch begründeten Antrag auf reformatio in peius sei nicht zu folgen (S. 3). Mit der Begutachtung habe erstmals eine ausführliche Beurteilung vorgelegen, weshalb es sich nicht um eine bloss andere Beurteilung handle (S. 4). 3. 3.1

Dr. med. Z.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, diagnosti zierte mit Bericht vom 3. März 2016 (Urk. 12/96) eine Konzentrationsstörung mit Angsterkrankung (soziale Phobie) und wiederholte mittlere depressive Krisen. Die geschilderten Probleme hätten sich nach der erfolgreich abgeschlossenen IV Anlehre akzentuiert und hätten dann auch psychiatrisch begleitet werden müssen. Zwischenzeitlich seien hochdosiert Antidepressiva im Einsatz gewesen, die aktuell wieder hätten pausiert werden können. Die geschilderten Einschränkungen seien augenfällig und verunmöglichten es dem Patienten, zwischendurch unter die Leute zu gehen. 3.2

Dr. med. A.____, stellte mit Bericht vom 1 8. März 2016 (Urk. 12/99) folgende Diagnosen (S. 2): - Depression - psychische Traumata als Kind/Jugendlicher - ausgeprägte Soziophobie - retardierte Entwicklung - unabgelöstes Verhältnis zur Mutter mit psychischer und finanzieller Abhängigkeit - ADHS Der Beschwerdeführer berichte, er habe enorme Angst, das Haus zu verlassen. Er wohne mit der Mutter zusammen, die ihm den Lebensunterhalt bezahle. Er habe oft Schmerzen beim Atmen, spüre Druck auf der Brust, habe panische Angst, wenn er das Haus verlassen müsse. Er habe Angst vor Menschen, weil diese ihn als Ausländer erkennen und ihn dann hänseln und entwerten würden. Er fühle sich nur sicher daheim. Es sei ihm nach der Lehre so schlecht gegangen, dass er nie die Kraft gehabt habe, eine Arbeitsstelle zu suchen (S. 1 unten f.). Der Beschwerdeführer habe Mühe, Termine einzuhalten oder sich abzumelden. Die Angst vor Neuem sei riesig und er sehe stets «tiefe Abgründe» vor sich. Er habe die Therapie jedoch nicht abgebrochen. Er brauche dringend handfeste Unterstüt zung von der Beschwerdegegnerin zur Reintegration in die Gesellschaft und vor allem in die Selbständigkeit und in die Arbeitswelt (S. 2). 3.3

Im Austrittsbericht des Psychiatriezentrums Klinik B.____

AG vom 1 5. November 2016 (Urk. 12/115), wo sich der Beschwerdeführer vom 5. September bis 2 8. Oktober 2016 in tagesklinischer Behandlung befand, wurden folgende

Diagnosen gestellt (S. 1): - leicht- bis mittelgradige depressive Episode (ICE-10 F32) - soziale Phobie (ICD-10 F40.1) - Probleme mit Bezug auf die Lebensbewältigung - anamnestisch gemäss Patient : - Aufmerksamkeitsstörung - Sauerstoffmangel bei Geburt - Status nach Verlust eines engen Angehörigen Im Gesamtverlauf habe die bereits vorbestehende Problematik sehr häufiger Abwesenheiten im Vordergrund gestanden. Der Patient sei an den meisten Tagen deutlich verspätet in die Tagesklinik gekommen und es sei ihm nicht gelungen, die Präsenzzeit im Verlauf der Behandlung zu steigern. Dennoch habe er betont, von der Behandlung sehr zu profitieren und sich zu stabilisieren. Demgegenüber habe der Eindruck des Behandlungsteams gestanden, dass es gegen Ende der Behandlung eher zu einer Zustandsverschlechterung gekommen sei. Der von ihm gewünschten Verlängerung der Behandlung habe angesichts der hohen Fehlzeiten nicht entsprochen werden können (S. 1). Besprochen worden sei immer wieder auch die Schwierigkeit, für eigene Anliegen und Bedürfnisse einzustehen und selbstfürsorglich und -verantwortlich persönliche Angelegenheiten in die Hand zu nehmen. So sei es dem Patienten etwa während der acht wöchigen Behandlung trotz mehrfacher Thematisierung nicht gelungen, eine Nachbehandlung zu organisieren. Bezüglich der Medikation sei ein kurzzeitiger Versuch mit Trazodon zur Behandlung der Schlafstörung begonnen worden, wobei sich der Patient ambivalent gezeigt habe und das Medikament nur unregelmässig eingenommen habe, weshalb es wieder gestoppt worden sei (S. 2). 3.4

Dr. med. C.____, Fachärztin für orthopädische Chirurgie und Traumatologie, vom regionalärztlichen Dienst (RAD) der Beschwerdeführerin, führte am 29. November 2016 (Urk. 12/116/4-5) aus, es sei eine Veränderung eingetreten. Neu würden jetzt eine leicht- bis mittelgradige depressive Episode und eine soziale Phobie ausgewiesen. Die Therapie habe der Beschwerdeführer nur unzuverlässig wahr- und Medikamente unregelmässig eingenommen. Derzeit hindere ihn die soziale Phobie an einer erfolgreichen Reintegration in das Arbeitsleben. Der Beginn der Erkrankung sei ausweislich des Berichts von Dr. A.____ bereits im März 2015 gewesen. Aus medizinischer Sicht sei eine spezifische Therapie, auch im stationären Rahmen, einschliesslich regelmässiger Einnahme von Medikamenten zumutbar. Unter einer intensiven spezifischen Therapie sei mit der Wiederherstellung der vollen Arbeitsfähigkeit zu rechnen. Die Therapie könne sofort begonnen werden. 3.5

Gestützt auf diese Aktenlage verneinte die Beschwerdeführerin mit Verfügung vom 1. Februar 2017 einen Leistungsanspruch des Beschwerdeführers

(Urk.

12/119) . 4. 4.1

Mit Bericht vom 18. April 2018 (Urk. 12/128) stellten die Neuropsychologinnen des Psychiatriezentrums Klinik B.____ AG folgende Diagnosen (S. 1, S. 7): - soziale Phobien, gegenwärtig remittiert (ICD-10 F40.1) - mittelgradige depressive Episode, aktuell remittiert (ICD-10 F32.1) - Schlafapnoe-Syndrom, mit Schlafmaske therapiert - hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens mit geringer motorischer Unruhe (ICD-10 F90.1) - Lese-(Rechtschreib-)Schwäche - leichte kognitive Störung, ätiologisch-pathogenetisch am ehesten im Rahmen einer Aufmerksamkeitsstörung ohne Hyperaktivität (ICD-10 F98.8) Im Rahmen der neuropsychologischen Testung hätten sich leichte Konzentrations- und Aufmerksamkeitsdefizite objektiveren lassen. Die Leistungen im Bereich des Gedächtnisses, der visuell-räumlichen Funktionen und der Exekutivfunktionen seien im durchschnittlichen und somit unauffälligen Bereich. Insgesamt entsprächen die Ergebnisse

einer leichten kognitiven Störung und seien ätio - logisch gut vereinbar mit einem Aufmerksamkeitsdefizit-Syndrom. Die eigen - anam nestischen Angaben sowie das Ergebnis des durchgeführten Interviews wiesen vor allem auf Störungen im Bereich der Aufmerksamkeit, der Desorganisation, der Affektlabilität und der emotionalen Überreagibilität hin (S.

6). 4.2

Vom 3. bis 28. Juni 2019 fand an der Psychiatrischen Universitätsklinik D.____ eine Potentialabklärung statt. Mit Abschlussbericht vom 9. Juli 2019 (Urk. 12/159) wurde festgehalten, ein ruhiger Arbeitsplatz oder die Möglichkeit, Musik zu hören für eine bessere Konzentrationsfähigkeit, ein Gleitzeitmodell, keine Unterbrechungen im Arbeitsfluss, eine Eingewöhnungszeit bei schwierigen Arbeiten, eine korrekte Zusammenarbeit innerhalb des Teams, Respekt, Anstand und Toleranz, eine selbständige Arbeitsweise, ein kleines Team und ein kurzer Arbeitsweg seien ausschlaggebend für eine erfolgreiche Integration. Schwierigkeiten zeigte der Beschwerdeführer hinsichtlich Pünktlichkeit, Konzentrationsfähigkeit, Schichtdienst, Belastbarkeit, Leerzeiten, fehlender Wertschätzung, Übernahme von Verantwortung (Versagensängste) und Konflikten im Betrieb (S.

E. 2

Am 29. Juni 2022 erhob der Versicherte Beschwerde gegen die Verfügung vom 17. Juni 2022 (Urk. 2) und beantragte deren Aufhebung sowie die rückwirkende Zusprechung einer ganzen Rente ab 30. Mai 2016 (Urk. 1 S. 2). Mit Beschwerdeantwort vom 9. November 2022 (Urk. 11) beantragte die Beschwerdegegnerin eine reformatio in peius, woraufhin ein zweiter Schriftenwechsel angeordnet wurde, in dessen Rahmen dem Beschwerdeführer antragsgemäss (Urk. 1 S. 2) die unentgeltliche Rechtspflege bewilligt wurde (Urk. 13). Mit Replik vom 4. Januar 2023 (Urk. 15) hielt der Beschwerdeführer an seinen Anträgen fest. Mit Eingabe vom 5. Januar 2023 (Urk. 17) teilte er hinsichtlich der bewilligten unentgeltlichen Rechtspflege ein allfälliges Dahinfallen der Mittellosigkeit mit. Die Beschwerdegegnerin verzichtete am 18. Januar 2023 (Urk. 18) auf die Einreichung einer Duplik, wovon der Beschwerdeführer am 19. Januar 2023 in Kenntnis gesetzt wurde (Urk. 19).

Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 7

ATSG der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgleichenen Arbeitsmarkt (Abs. 1). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 8

ATSG) sind.

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG).

E. 10

f.). Eine direkte Integration in den ersten Arbeitsmarkt sei verfrüht; gesund heitliche Abklärungen stünden im Vordergrund (S. 11 unten). 4. 3

Dr. med. E.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, stellte mit Bericht vom 15. Juni 2020 (Urk. 12/177/4-5) unter Hinweis auf verschiedene spezialärztliche Abklärungen (Urk. 12/177/6-13) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 1): - soziale Phobie (ICD-10 F40.1) - rezidivierende leicht- bis mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32) - Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (ICD-10 F90.0) - obstruktives Schlafapnoe-Syndrom unter CPAP-Therapie - chronisch persistierende Diarrhöe unklarer Ätiologie, unter Ipecol leichte Besserung - Verdacht auf hereditäre Bindegewebsschwäche - thorakal betontes Panvertebralsyndrom

Eine angepasste Tätigkeit wäre in einem Pensum von 50 % zumutbar (S. 1 unten). Es sei dringend eine berufliche Wiedereingliederung des Patienten zu befürworten, um dadurch zusammen mit der ambulanten Psychotherapie die Ängste und Selbstzweifel zu überwinden (S. 2 Ziff. 3). 4. 4

Dr. med. F.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Rheumatologie, stellte mit Bericht vom 4. Juli 2020 (Urk. 12/178/7-8) folgende Diagnose (S. 1): - Verdacht auf hereditäre Bindegewebsschwäche - Marfan Score 10 - Hypermotilität der Gelenke - weitreichende Armlänge (189 cm bei 183 cm Körpergrösse) - Skoliose - Knicksenkfuss - Trichterbrust - gotischer Gaumen - thorakalbetontes Panvertebralsyndrom

- positive Familienanamnese für Spondylarthritis - aktuell Nachweis von unklaren Varianten in drei Genen In der letzten Tätigkeit im Betriebsunterhalt bestehe wahrscheinlich auf Dauer keine Arbeitsfähigkeit mehr. Zumutbar sei eine körperlich maximal sehr leichte Tätigkeit mit der Möglichkeit der Wechselbelastung, aber keine Tätigkeiten, welche zu einem erhöhten intrathorakalen und intraabdominalen Druck führen (Bindegewebsschwäche). Das zeitliche Ausmass scheine ebenfalls vermindert (S.

2). 4. 5

Dr. med. G.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, stellte mit Bericht vom 19. November 2020 (Urk. 12/184) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 2.5): - ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.6) - Aufmerksamkeitsstörung ohne Hyperaktivität (ADS, ICD-10 F98.8) - soziale Phobie, teilremittiert (ICD-10 F40.2) Eine rezidivierende depressive Störung (ICD-10 F33.4) sei gegenwärtig remittiert (Ziff. 2.6). Der Beschwerdeführer sei für jede Tätigkeit im ersten Arbeitsmarkt seit Sommer 2018 zu 100 % arbeitsunfähig (Ziff. 1.3). Zur Vorgeschichte hielt Dr. G.____ fest (Ziff. 2.1), nach Ende der Lehre sei der Selbstwert des Beschwerdeführers massiv vermindert gewesen, er sei damals deutlich depressiv gewesen und habe an ausgeprägten sozialen Ängsten gelitten. Nach der Lehre habe er aus diesen Gründen während 5 Monaten das Haus gar nicht mehr verlassen. In der Folge habe er sich dann erstmals in ambulante Behandlung begeben. Im Vordergrund der aktuellen Symptomatik stünden ein anhaltender Energiemangel und eine Müdigkeit mit deutlich erhöhter Erschöpfbarkeit. Es liege eine Hypersomnie vor. Trotz verlängerter Schlafdauer sei der Patient am Morgen nicht erholt, dies ohne dass zur Zeit ein depressives Syndrom vorliege. Soziale Kontakte bildeten nach wie vor eine erhöhte Anforderung, wenngleich nicht mehr das Vollbild einer sozialen Phobie vorliege. Es bestehe eine allgemeine Ängstlichkeit, die sich vor allem gegenüber Neuem, Veränderungen und

Herausforderungen zeige (Ziff. 2.2). Insgesamt sei durch diese Einschränkungen die allgemeine Belastbarkeit deutlich reduziert (Ziff. 3.4). Bei angepasstem Vorgehen über berufliche Massnahmen (Belastungserprobung, Aufbau training) scheine eine Eingliederung im Rahmen eines 50 % -Pensums mittelfristig realistisch zu sein (Ziff. 4.3). Die deutliche Leistungseinschränkung aufgrund der chronischen Müdigkeit, Energielosigkeit, rasche n Erschöpfung bei gleichzeitiger Hypersomnie sei nicht psychogen erklärbar. Vielmehr seien die psychischen Probleme, die der Beschwerdeführer habe, als Folge dessen zu sehen, dass er aufgrund dieser Probleme den äusseren Anforderungen nie richtig habe genügen können. Es sei nun klinisch ein Marfan -Phänotyp diagnostiziert worden. Diese Erkrankungsgruppe gehe häufig mit einer chronischen Müdigkeit und mit Müdigkeitsattacken einher. Es sei wichtig, dass dies als somatischer Grund für den Energiemangel und nicht als rein psychisch und damit überwindbar wahrgenommen werde (Ziff. 5). 4. 6

4. 6 .1

Die Gutachterinnen und Gutachter der Medas Y. ___ stellten in ihrem am 1. September 2021 nach Berücksichtigung der Akten, Erhebung der Anamnese und Durchführung einer internistischen, psychiatrischen, rheumatologischen und neuropsychologischen sowie laborchemischen Untersuchung erstatteten Gutachten (Urk. 12/196) folgende, hier teilweise verkürzt wiedergegebene Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 18 Ziff. 4.2): - Hypermobilitätssyndrom - panvertebrales Schmerzsyndrom myofaszialer Ausprägung - einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (ADHS; ICD-10 F90.0) - soziale Phobie (ICD-10 F 40.10) - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte bis allenfalls mit telgradige Episode (ICD-10 F33.0) - akzentuierte Persönlichkeit mit selbstunsicheren Anteilen - alters- und bildungsadäquate kognitive Leistungsfähigkeit bei anamnestisch zeitlich verminderter mentaler Belastbarkeit - Schlafapnoesyndrom (Behandlung mit CPAP-Gerät nicht möglich) 4. 6 .2

Die psychiatrische Gutachterin hielt in ihrem Teilgutachten (Urk. 12/196/23-39) fest, der Beschwerdeführer sei trotz der Einschränkungen fähig gewesen, eine Lehre zu absolvieren, wobei auch dort immer die Schwierigkeiten von Konzentration und Unpünktlichkeit aufgetreten seien und zu Konflikten zwischen ihm und seinem Umfeld geführt hätten. Der Beschwerdeführer mache einen sehr glaubhaften Eindruck, wenn er beschreibe, dass er gerne möchte, aber nicht könne, dass er morgens nur schwer erwache und wenn er erwacht sei, sich kaum aus dem Bett bringen könne. Trotz ständiger negativer Rückmeldungen, Bestrafungen und Frustrationen sei der Beschwerdeführer nicht in der Lage gewesen, sein «Verhalten» zu ändern. Dies habe sich auch ganz klar in den verschiedenen Integrationsmassnahmen gezeigt, welche zwar durchgeführt, aber aufgrund von wiederkehrender Unpünktlichkeit jedoch wieder hätten abgebrochen werden müssen (S. 11 oben).

Das Vorliegen einer ADHS im Kindesalter erhöhe den Vulnerabilitätsfaktor für spezifische Störungen wie Sucht, affektive Erkrankungen, Angst- und Persönlichkeitsstörungen im Erwachsenenalter. Durch die wahrscheinlich ADHS-bedingten Verhaltensmuster im sozialen Umgang, die ständigen Verspätungen, das Vergessen von Gegenständen und die Unzuverlässigkeit habe der Versicherte das Gefühl, abgelehnt und nicht willkommen zu sein. Es habe sich zunehmend eine Selbstunsicherheit mit Angst in sozialen Situationen entwickelt, da er Ablehnung und Kritik schon im Voraus erwartet und sich gefragt habe, was über ihn gedacht werde , und er sich zunehmend unsicher gefühlt habe (S. 11 unten f.).

Er habe sich immer mehr zurückgezogen, Teamgespräche und Situationen mit vielen Menschen seien schwierig gewesen. Auf die entsprechenden Reize habe er mit Vermeidung reagiert. Wenn Vermeidung nicht möglich sei, werde er zittrig, hyperventiliere und es werde ihm schwindlig. Gewissen Triggern könne er sich aussetzen, allerdings lenke er sich durch Kopfhörer und Musik ab und könne die Angst vermeiden. Wann genau die ersten Symptome einer Angststörung aufgetreten seien, sei schwer eruierbar. Entsprechende Symptome seien durch die behandelnde Psychiaterin bereits 2015-2016 beschrieben. Wahrscheinlich sei, dass sich durch die psychosozialen Schwierigkeiten zunehmend eine Selbstunsicherheit entwickelt und letztlich zur sozialen Phobie geführt habe. Depressive Phasen würden ebenfalls beschrieben, seien jedoch in unterschiedlicher Ausprägung vorhanden gewesen. Zum Zeitpunkt der Exploration habe ein BDI-Wert von 30 bestanden, was eigentlich einer schweren Ausprägung der Depression entsprechen würde. Die hohe Punktzahl entspreche jedoch nicht dem klinischen Eindruck und könne nicht verwertet werden. Dies liege einerseits daran, dass gewisse Fragen wegen verminderter Konzentrationsfähigkeit am Ende der Exploration «falsch» beantwortet worden seien. Zudem könnten diverse Punkte nicht spezifisch der Depression zugeordnet werden, sondern seien Symptome, welche sowohl bei einer hyperkinetischen Störung als auch im Rahmen der Angststörung erklärt werden könnten. Es bestehe keine anhaltende depressive Stimmungslage, viel mehr erlebe der Beschwerdeführer Stimmungsschwankungen. Durch aktuelle Konflikte mit der Partnerin sei er gegenwärtig mehr belastet, was sich auf die Stimmungslage negativ ausgewirkt habe. Der Antrieb sei schwierig und es bestünden Konzentrationsstörungen und rasche Ermüdbarkeit. Es handle sich um Symptome, welche auch im Rahmen der hyperkinetischen Störung erklärt würden. Grundsätzlich müsse davon ausgegangen werden, dass das ADHS im Vordergrund stehe und dass sich auf dem Boden dieser erheblichen Einschränkung und Belastung eine soziale Phobie und wiederkehrende depressive Episoden ergeben hätten (S. 12 f.).

Erhebliche Einschränkungen bestünden in den folgenden Bereichen. Planung und Strukturierung: Eigentlich würde er seine Tätigkeit gerne planen, was ihm jedoch nicht gelinge. Er werde rasch chaotisch, fange etwas Neues an, bevor die voran gehende Tätigkeit fertig sei. Er vergesse viel, brauche Unterstützung, indem ihm jeweils erst eine neue Aufgabe gegeben werde, wenn die erste fertig sei.

Die Flexibilität und Umstellungsfähigkeit seien aufgrund der phobischen Ängste eingeschränkt. Neue Mitarbeitende oder Situationen dürften ihn rasch überfordern, was sich dann bei der Arbeitsqualität negativ auswirken könnte oder allenfalls auch zu krankheitsbedingten Abwesenheiten führe. Neue Aufgaben würde er gerne annehmen, fühle sich dann aber rasch überfordert. Die Gruppenfähigkeit sei ebenfalls erheblich eingeschränkt; er vermeide Gruppen, weil er sich unwohl und kritisch beachtet sowie nicht willkommen fühle. Zudem könne er sich schlecht auf die Gespräche konzentrieren und verliere infolge Ablenkung rasch den Faden (S. 13).

Mittelgradige Einschränkungen seien im Bereich Proaktivität und Spontanaktivität vorhanden. Der Beschwerdeführer unternehme ausserhalb seiner Wohnung nur selten Aktivitäten, benötige viel Aufwand und schiebe eher auf. In der Wohnung mache er meist Handyspiele. Er sei in der Lage, selbst einzukaufen, würde aber aufgrund der sozialen Phobie gerne einkaufen, wenn weniger Leute im Laden seien, also am Nachmittag. Nachmittags schiebe er jedoch ständig auf, was ADHS-typisch sei, und müsse dann doch abends einkaufen, wenn wieder mehr Menschen im Laden seien. Er könne seinen Haushalt

selbst machen, schiebe jedoch auch hier immer wieder auf, was zu Unordnung führe. Die Selbstbehauptungsfähigkeit sei ebenfalls mittelgradig eingeschränkt; er könne sich gegenüber Autoritätspersonen nur schwer wehren, befürchte, nicht ernst genommen zu werden, und sage lieber nichts. Mittelgradige Einschränkungen bestünden auch im Bereich Konversation und Kontaktfähigkeit zu Dritten. Durch die soziale Phobie vermeide er Kontakte mit Menschen, die er nicht gut kenne. Selbst im Team bei der Arbeit falle es ihm schwer, weil er immer wieder negative Kritik und Ablehnung erwarte. Er habe wenig Kontakt zu seinen Geschwistern, fühle sich nicht willkommen. Seine aktuelle Beziehung bezeichne er als toxisch, weil ständige Konflikte vorhanden seien. Ein Abbruch der Beziehung sei jedoch gleichzeitig schwierig, weil er Angst vor dem Alleinsein habe (S. 13 unten f.). Hinsichtlich des ADHS seien die medikamentösen Behandlungsmöglichkeiten nicht ausgeschöpft. Diese müssten priorisiert werden, da sehr wahrscheinlich diese Grunderkrankung massgeblich an der Aufrechterhaltung der phobischen Störung beteiligt sei, weshalb jeder Therapieversuch, der in erster Linie auf die Phobie ziele, schwierig sei (S. 14 unten). Insgesamt könne der Beschwerdeführer anhand der bislang durchgeführten Therapien (Gesprächstherapie, tagesklinische Behandlung) eine Verbesserung im Laufe der Jahre erkennen. Diese Verbesserung sei jedoch noch nicht genügend, um eine Arbeitsfähigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt zu erlangen. Bei optimaler medikamentöser Einstellung sowie einer adäquaten kognitiven Verhaltenstherapie, welche spezifisch auf die ADHS-Symptomatik ausgerichtet sei, müsse mit einer Behandlungsdauer von sicher 3-5 Jahren gerechnet werden, bevor eine erneute Beurteilung vorgenommen werden könne (S. 15 oben). Es gebe weder in der Schilderung der Beschwerden, den Akten noch in der Verhaltensbeobachtung Hinweise für Verdeutlichung, Aggravation oder Dissimulation. In Bezug auf die im Vordergrund stehende vielfältige Symptomatik sei seine Schilderung der Beschwerden, des Tagesablaufs, seiner Aktivitäten und seiner sozialen Kontakte konsistent mit den Befunden und Akten und kongruent mit den gestellten Diagnosen. Es bestehe ein deutlicher Leidensdruck. Der Beschwerdeführer habe sich bereits mehreren Eingliederungsmassnahmen unterzogen, stehe seit Jahren in psychiatrischer Behandlung und sei in einer Tagesklinik hospitalisiert worden. Die bisherige Compliance bei der Psychotherapie sei soweit beurteilbar gut, aber teilweise durch die Verspätung eingeschränkt. Hinsichtlich Fähigkeiten, Ressourcen und Belastungen sei festzuhalten, dass der Beschwerdeführer über eine gute Introspektionsfähigkeit und Intelligenz verfüge. Er sei vielseitig interessiert und lese gern. Ansonsten könnten wenig Ressourcen gefunden werden, da er in einer schwierigen, konfliktbehafteten Beziehung stehe, von der er sich nicht lösen könne. Zu seiner Familie bestehe keine enge Bindung. Hobbys habe er kaum und mache keinen Sport. Seine selbstunsichere Persönlichkeitsakzentuierung komme erschwerend hinzu (S. 15 unten f.). Zur Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit hielt die Gutachterin fest, der Beschwerdeführer habe eine IV-begleitete Lehre absolviert und sei seit Lehrabschluss nicht in der Lage gewesen, einer Arbeit nachzugehen respektive sich überhaupt auf eine Arbeit zu bewerben. Aufgrund der Einschränkungen in der Zuverlässigkeit, der Selbstunsicherheit und der Konzentrationsstörungen sowie der ungenügenden Fähigkeit, sich strukturieren zu können, müsse davon ausgegangen werden, dass eine Arbeitsfähigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt zur Zeit nicht in Frage komme. Es bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % auf dem ersten Arbeitsmarkt. Eine angepasste Tätigkeit wäre im zweiten geschützten Arbeitsmarkt denkbar. Dabei wäre dringend darauf zu achten, dass seine Arbeitszeiten frühestens ab 11 Uhr beginnen würden. Die Planung seiner Arbeit müsse unter enger Überwachung eines Vorgesetzten erfolgen, um zu

verhindern, dass er von einer Tätigkeit zur nächsten springe, ohne jeweils die Arbeit zu beenden. Zudem müsse darauf geachtet werden, dass die Arbeit ohne äussere Reize erfolgen könne. Der Beschwerdeführer sollte in einem kleinen Team arbeiten können. Unter Berücksichtigung dieses Profils wäre es denkbar, innert 1-2 Jahren eine Arbeitsfähigkeit von 50-70 % zu erreichen. Voraussetzung hierfür sei eine medikamentöse Behandlung der Grunderkrankung. Zudem sollte er von einem ADHS-Coach begleitet werden, um die jeweiligen Schwierigkeiten bei der Arbeit rasch zu erfassen und verändern zu können. Der Einsatz einer Psychiatrie-Spitex könne ebenfalls hilfreich sein, um den Beschwerdeführer im Alltag zu aktivieren. Um in dieser chronifizierten Situation eine erste Veränderung zu erzielen, wäre eine Hospitalisation auf einer Psychotherapiestation zu empfehlen. Ein solcher Aufenthalt sei, wenn auch nicht erwünscht, sicher zumutbar (S. 16 Ziff. 8.1-8.3). Zum zeitlichen Verlauf und der Entwicklung der Arbeitsunfähigkeit hielt die Gutachterin fest, der Abschluss der Lehre wäre grundsätzlich ein Moment der Selbstsicherheit. Beim Beschwerdeführer habe dieser jedoch zu mehr Verunsicherung geführt, weil er innerlich überzeugt gewesen sei, den Abschluss nicht verdient zu haben. Er sei nach der Lehre nicht mehr in der Lage gewesen, sich vorzustellen, irgendeine Arbeit ausführen zu können, was sich im Rahmen seiner Selbstunsicherheit noch verstärkt habe. Die Arbeitsfähigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt sei seit 2014 nicht mehr gegeben. Diverse gescheiterte Integrationsmassnahmen hätten die «Unfähigkeit» weiter zementiert (S. 16 f. Ziff. 8.4). 4. 6 .3

Im rheumatologischen Teilgutachten (Urk. 12/196/40-66) wurde ausgeführt, die aktuelle rheumatologische Beurteilung decke sich weitgehend mit den vorhandenen ärztlichen Beurteilungen. Der Beschwerdeführer weise bezüglich des Bewegungsapparates aufgrund des Hypermobilitätssyndroms bei anzunehmender hereditärer Bindegewebskrankheit und -schwäche eine erhebliche Minderbelastbarkeit des Achsenorgans wie auch der peripheren Gelenke hinsichtlich kraftaufwändiger Verrichtungen innerhalb und insbesondere ausserhalb der Körperachse auf. Nicht geeignet sei der Beschwerdeführer für sämtliche körperlich schweren und mittelschweren Tätigkeiten wie auch für den Nacken, den Rücken sowie die peripheren Gelenke belastende Arbeitspositionen, für kraftaufwändige manuelle, ständig repetitive manuelle Tätigkeiten wie auch für Tätigkeiten auf Leitern, Gerüsten und Dächern und ebenfalls für Tätigkeiten, welche verbunden sind mit Schlägen und Vibrationen auf das Achsenorgan und die Extremitäten. Ebenfalls nicht zumutbar seien Tätigkeiten, welche zu einer erhöhten intrathorakalen und intraabdominalen Druckerhöhung führten (S. 22 oben).

Die Arbeit von Fachleuten Betriebsunterhalt Gebäude beinhalte körperlich leichte, aber auch mittelschwere bis schwere Tätigkeiten in nicht selten den Nacken und Rücken sowie die Gelenke belastenden Arbeitspositionen. Für diese Tätigkeit sei der Beschwerdeführer von rheumatologischer Seite her als ungeeignet zu betrachten und mithin zu 100 % arbeitsunfähig. Da das Hypermobilitätssyndrom bei vermuteter hereditärer Bindegewebschwäche seit der Geburt bestehe, sei der Beschwerdeführer von je her für diese Tätigkeit ungeeignet gewesen (S. 23 f.). In einer dem Belastungsprofil angepassten Tätigkeit bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 80 % (S. 24 f.). 4. 6 .4

Die neuropsychologische Beurteilung (Urk. 12/196/67-74) ergab eine alters- und bildungsadäquate kognitive Leistungsfähigkeit bei anamnestisch zeitlich vermindelter mentaler Belastbarkeit. Der Beschwerdeführer habe sich sehr gut auf die neuropsychologische Untersuchung einlassen können, habe kooperativ und motiviert

mitgearbeitet, bei durchgehend gegebener Anstrengungsbereitschaft. Er habe flexibel zwischen den Anforderungen wechseln können, habe konzentriert mitgearbeitet mit unauffälligem Tempo und guter Sorgfaltsleistung. Er habe in den geprüften Domänen durchschnittliche Ergebnisse erzielt. Die zeitliche mentale Belastbarkeit sei für eine 3 ¼-stündige Untersuchung gegeben gewesen, gemäss eigenanamnestischen Angaben sei die Tagesmüdigkeit jedoch erhöht. Da kognitive Leistungen von einer Vielzahl von Faktoren (unter anderem Müdigkeit, Schmerzen, Schlafvermögen, psychische Befindlichkeit) abhängig seien, seien trotz grundsätzlich unauffälliger kognitiver Leistungsfähigkeit intermittierende Leistungsschwankungen und -einbussen möglich. Es ergäben sich weiter in der Testdiagnostik keine Hinweise auf ein ADHS, was ein solches im Erwachsenenalter jedoch nicht ausschliesse. Diesbezüglich sei auf das psychiatrische Teilgutachten verwiesen (S. 7 Ziff. 7). Die zeitliche mentale Belastung über einen längeren Zeitraum (Arbeitstag/Arbeitswoche) sei nicht beurteilbar. Eigenanamnestisch bestehe eine deutlich erhöhte Ermüdbarkeit im Tagesverlauf (S. 8 Ziff. 8.2). 4. 6 .5

Die Konsensbeurteilung ergab, dass die Arbeitsfähigkeit insgesamt aus rheumatologischen und psychopathologischen Gründen beeinträchtigt sei (Urk. 12/196/18). In der angestammten Tätigkeit bestehe sowohl aus rheumatologischer als auch aus psychiatrischer Sicht keine Arbeitsfähigkeit. Eine angepasste Tätigkeit sei aus rheumatologischer Sicht zu 80 % möglich, aus psychiatrischer Sicht sei eine angepasste Tätigkeit nur im geschützten Rahmen zu 50 bis 70 % möglich (Urk. 12/196/19). Diese Angaben gälten seit mindestens 2014 (Urk. 12/196/16). 4. 7

Dr. med. H.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, RAD, hielt am 9. November 2021 zum polydisziplinären Gutachten fest, er empfehle darauf abzustellen. Es bestehe gesamtmedizinisch kein Belastungsprofil im ersten Arbeitsmarkt (Urk. 12/201/9). 5. 5.1

Streitig und zu prüfen ist der Rentenanspruch des Beschwerdeführers und in diesem Zusammenhang insbesondere der Rentenbeginn.

Dazu ist zunächst zu prüfen, ob die Verfügung vom 1. Februar 2017 als zeitlicher Anknüpfungspunkt für einen Vergleich dienen kann (vgl. vorstehend E. 1.5). 5.2

Der Verfügung vom 1. Februar 2017 lagen Berichte von Dr. Z.____, Dr. A.____ und des Psychiatriezentrums Klinik B.____ AG zugrunde (vgl. vorstehend E.3.1-3.3), aus denen hervorgeht, dass der Beschwerdeführer nach Abschluss der Lehre an psychischen Problemen, insbesondere an einer sozialen Phobie sowie einem ADHS und leicht- bis mittelgradigen depressiven Episoden, litt. Die tagesklinische Behandlung erbrachte keine nachhaltige Stabilisierung. Den genannten Berichten ist zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer nach Abschluss der Lehre, die er bereits im geschützten Rahmen (Verein I.____

für Ausbildung, Arbeit und Integration; vgl. Urk. 12/49/1-2; Urk. 12/80/1-3) absolvierte, nicht im ersten Arbeitsmarkt Fuss fassen konnte, auch wenn dies zunächst als möglich erachtet wurde (vgl. Urk. 12/80/3 Ziff. 6). Im Abschlussbericht der Ausbildungsstätte wurde jedoch festgehalten, der Ausbildungsverlauf sei durch Schwankungen, vor allem in der Präsenzzeit, geprägt gewesen, was in erster Linie mit der psychischen Befindlichkeit des Beschwerdeführers zusammenhänge. Teilweise kam es zu Absenzen. Es wurde von einer Leistungsfähigkeit von 100 % bei einer empfohlenen Präsenzzeit von 85 % ausgegangen (Urk. 12/80/2-3).

Nach Einschätzung von RAD-Ärztin Dr. C.____

war seit der letzten Überprüfung eine Veränderung eingetreten, indem nun neu eine leicht- bis mittelgradige depressive Episode und eine soziale Phobie ausgewiesen seien. Letztere hindere den Beschwerdeführer an einer erfolgreichen Reintegration ins Arbeitsleben. Dr. C.____ sah den Beginn der Erkrankung gestützt auf den Bericht von Dr. A.____ im März 2015. Eine intensive Therapie sei sofort zumutbar und es sei mit einer vollen Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit zu rechnen (vgl. vorstehend E. 3.4). 5.3

Zwar ist Dr. C.____ Fachärztin für orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, weshalb ihre Beurteilung als fachfremd anzusehen ist. Sie erkannte jedoch gestützt auf die vorhandenen Akten, dass in psychischer Hinsicht eine Veränderung und damit ein Revisionsgrund eingetreten war. Damit wäre eine genaue fachärztliche Beurteilung der Auswirkungen der gesundheitlichen Änderungen auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers und allenfalls - wie anlässlich der Abklärung eigentlich vorgesehen (vgl. Urk. 12/116/4) -

eine Indikatorenprüfung

(vgl. vorstehend E. 1.8) vorzunehmen gewesen, was beides unterlassen wurde. Somit lag keine verlässliche Einschätzung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers vor und es wurde trotz der Feststellung, die soziale Phobie hindere ihn an der erfolgreichen Re-Integration in den Arbeitsmarkt, keine diesbezüglichen weiteren Abklärungen getätigt. Dies wiegt umso schwerer, als für die erfolglose Integration medizinische Gründe in Frage kamen.

Dr. C.____ erachtete zudem eine Therapie als zumutbar, was die Beschwerde gegenin zum Anlass nahm, einen Rentenanspruch zu verneinen. Dem kann schon deshalb nicht gefolgt werden, weil rechtsprechungsgemäss eine invalidenversicherungsrechtlich relevante psychische Gesundheitsschädigung - wozu auch eine soziale Phobie gehört - nicht allein mit dem Argument der fehlenden Therapieresistenz auszuschliessen ist (BGE 143 V 409 E. 5.1). 5.4

Insgesamt ergibt sich nach dem Gesagten, dass die Verfügung vom 1. Februar 2017 gestützt auf eine klare Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes erging und damit zweifellos unrichtig war (vgl. vorstehend E. 1.6). Sie kommt demnach als Anknüpfungspunkt für einen Vergleich nicht in Frage. 5.5

Wird eine Rente revisionsweise (vgl. Art. 17 Abs. 1 ATSG) herauf- oder herabgesetzt, so tritt die Revisionsverfügung an Stelle der zu revidierenden Verfügung. Dasselbe gilt auch dann, wenn in einem Revisionsverfahren die bisherige Rente nach materieller Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs bestätigt wird (vgl. BGE 133 V 108). Dies bedeutet aber auch, dass selbst dann, wenn nachträglich auf den Wegen der Wiedererwägung oder der Revision auf diese Revisionsverfügung zurückgekommen wird, die ursprüngliche Verfügung von der Revisionsverfügung konsumiert bleibt und daher nicht wieder auflebt, sondern deren Schicksal teilt. Vorbehalten bleiben dabei lediglich jene seltenen Fälle, in denen die Revisionsverfügung nichtig ist. Somit ist bei einem wiedererwägungsweisen Zurückkommen auf eine zweifellos unrichtige Revisionsverfügung der Rentenanspruch ex nunc und pro futuro ohne Bindung an die ursprüngliche Verfügung in allen seinen Teilen neu zu beurteilen, ohne dass zunächst

geprüft werden müsste, ob auch bezüglich der ursprünglichen Verfügung ein Rückkommenstitel gegeben wäre (BGE 140 V 514 E. 5.2; vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C_544/2018 vom 5. Februar 2019 E. 5.3, 9C_530/2017 vom 23. März 2018 E. 4.1 und 8C_288/2016 vom 14. November 2016 E. 3.3 mit weiteren Hinweisen).

Vorliegend bleibt es deshalb auch bei Feststellung der zweifellosen Unrichtigkeit der Verfügung vom 1. Februar 2017 dabei, dass kein rückwirkender Rentenanspruch bejaht werden kann. Vielmehr ist der Anspruch ex nunc et pro futuro zu prüfen.

5.6

Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers ist auch keine prozessuale Revision der Verfügung möglich.

Gemäss Art. 53 Abs. 1 ATSG müssen formell rechtskräftige Verfügungen und Einspracheentscheide in Revision gezogen werden, wenn die versicherte Person oder der Versicherungsträger nach deren Erlass erhebliche neue Tatsachen entdeckt oder Beweismittel auffindet, deren Beibringung zuvor nicht möglich war (sogenannte prozessuale Revision; BGE 143 V 105 E. 2.1; Urteil des Bundesgerichts 8C_206/2020 vom 1. Mai 2020 E. 4.1, je mit Hinweisen).

Der Begriff «neue Tatsachen oder Beweismittel» ist bei der (prozessualen) Revision eines Verwaltungsentscheides nach Art. 53 Abs. 1 ATSG gleich auszulegen wie bei der Revision eines kantonalen Gerichtsentscheides gemäss Art. 61 lit. i ATSG oder bei der Revision eines Bundesgerichtsurteils gemäss Art. 123 Abs. 2 lit. a BGG (BGE 144 V 245 E. 5.1 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 8C_562/2020 vom 14. April 2021 E. 3.2).

Im Rahmen von Art. 53 Abs. 1 ATSG sind Tatsachen neu, wenn sie sich bis zum Zeitpunkt des Erlasses der Verfügung oder des Einspracheentscheides verwirklicht haben, jedoch der das Revisionsgesuch stellenden Person trotz hinreichender Sorgfalt nicht bekannt waren. Die neuen Tatsachen müssen ferner erheblich sein, das heisst sie müssen geeignet sein, die tatbeständliche Grundlage des zur Revision beantragten Entscheides zu verändern und bei zutreffender rechtlicher Würdigung zu einer anderen Entscheidung zu führen (BGE 144 V 245 E. 5.2 und Urteil des Bundesgerichts 8C_531/2020 vom 3. Mai 2021 E. 2.2, je mit Hinweisen). Neue Beweismittel haben entweder dem Beweis der die Revision begründenden neuen erheblichen Tatsachen oder dem Beweis von Tatsachen zu dienen, die zwar im früheren Verfahren bekannt gewesen, aber zum Nachteil der gesuchstellenden Person unbewiesen geblieben sind. Erheblich ist ein Beweismittel, wenn anzunehmen ist, es hätte zu einem anderen Entscheid geführt, falls die Verwaltung im früheren Verfahren davon Kenntnis gehabt hätte. Ausschlaggebend ist, dass das Beweismittel nicht bloss der Sachverhaltswürdigung, sondern der Sachverhaltsfeststellung dient. Es bedarf dazu neuer Elemente tatsächlicher Natur, welche die Entscheidungsgrundlagen als objektiv mangelhaft erscheinen lassen (vgl. BGE 143 V 105 E. 2.3, vorgenanntes Urteil 8C_531/2020 E. 2.3, je mit Hinweisen).

Betrifft der Revisionsgrund eine materielle Anspruchsvoraussetzung, deren Beurteilung massgeblich auf Schätzung oder Beweismittelwürdigung beruht, auf Elementen also, die notwendigerweise Ermessenszüge aufweisen, so ist eine vorgebrachte neue Tatsache als solche in der Regel nicht erheblich. Ein (prozessrechtlicher) Revisionsgrund fällt demnach überhaupt nur in Betracht, wenn bereits im ursprünglichen Verfahren die untersuchende Ärztin oder der untersuchende Arzt und die entscheidende Behörde das Ermessen wegen

eines neu erhobenen Befund des zwingend anders hätten ausüben und infolgedessen zu einem anderen Ergebnis hätten gelangen müssen. An diesem prozessualrevisionsrechtlich verlangten Erfordernis fehlt es, wenn sich das Neue im Wesentlichen in (differenzial-)diagnostischen Überlegungen erschöpft, also auf der Ebene der medizinischen Beurteilung anzusiedeln ist (BGE 144 V 245 E. 5.3; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_154/2021 vom 11. Mai 2021 E. 4.3.4, je mit Hinweisen).

Nach bundesgerichtlicher Rechtsprechung hat im (prozessualen) Revisionsverfahren die gesuchstellende Person die erhebliche neue Tatsache nachzuweisen (BGE 127 V 353 E. 5b; Urteil des Bundesgerichts 9C_764/2016 vom 20. April 2017 E. 3.1 mit Hinweisen).
5.7

Vorliegend begründete der Beschwerdeführer das Vorliegen eines Revisionsgrundes damit, dass das Medas-Gutachten eine neue Tatsache darstelle. Selbst wenn diese als Anspruchsvoraussetzung zu gelten habe, die auf Ermessen fusse, wäre die Beschwerdegegnerin verpflichtet gewesen, eine andere Einschätzung vorzunehmen und die Verfügung vom 1. Februar 2017 in prozessuale Revision zu ziehen (vgl. vorstehend E. 2.2). Das Gutachten ist jedoch im Kontext der prozessualen Revision klarerweise auf der Ebene der medizinischen Beurteilung anzusiedeln. Es liegen keine Elemente tatsächlicher Natur, welche die Entscheidungsgrundlagen als objektiv mangelhaft erscheinen lassen, vor, denn die Medas-Begutachtung brachte keine neuen Tatsachen hervor. Dass mit dem Medas-Gutachten erstmals eine Gesamtbeurteilung vorlag, reicht weder als prozessualer Revisionsgrund noch als - ohnehin gerichtlich nicht durchsetzbarer - Wiedererwägungsgrund aus. Dem Beschwerdeführer gelingt es somit nicht, eine erhebliche neue Tatsache nachzuweisen. 6. 6.1

Somit bleibt zu prüfen, wie es sich mit dem Anspruch auf eine ganze Rente ab 1. November 2018 (sechs Monate nach der Wiederanmeldung vom 22. Mai 2018; Art. 29 Abs. 1 IVG) verhält. 6.2

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a mit Hinweis; Urteil des Bundesgerichts 9C_529/2021 vom 26. Juli 2022 E. 3.2.1).

Das Gutachten der Medas Y. ___ (vgl. vorstehend E. 4.6) vermag diesen Kriterien zu genügen, weshalb darauf abzustellen ist. Dabei ist unbestritten, dass die bisherige Tätigkeit des Beschwerdeführers nicht mehr zumutbar ist. 6.3

Eine angepasste Tätigkeit ist gemäss Gutachten aus psychiatrischen Gründen nur im geschützten Arbeitsmarkt zumutbar (vgl. vorstehend E. 4.6.2). Die psychiatrische Gutachterin leitete diese Beurteilung sehr sorgfältig und unter Berücksichtigung der Aktenlage her. Sie führte nachvollziehbar aus, wie sich

die wahrscheinlich ADHS-bedingten Verhaltensmuster des Beschwerdeführers im sozialen Umgang, die ständigen Verspätungen, das Vergessen von Gegenständen und die Unzuverlässigkeit auswirken und er sich immer mehr zurückzog. Sie beschrieb, wie er auf die entsprechenden Reize mit Vermeidung reagiert und wenn eine solche nicht möglich ist,

zittrig wird, hyperventiliert und ihm schwindlig wird. Es wird dargelegt, wie sich durch die psychosozialen Schwierigkeiten zunehmend eine Selbstunsicherheit entwickelt und letztlich zur sozialen Phobie geführt hat. Die Gutachterin erkannte auch, dass der in der BDI-Testung erzielte Wert von 30 Punkten eigentlich einer schweren Depression entspricht, jedoch nicht dem klinischen Eindruck entsprechen und nicht verwertet werden könne. Dies zeigt eine genaue und kritische Auseinandersetzung mit den erhobenen Resultaten. Aus den festgestellten erheblichen Einschränkungen in den Bereichen Planung und Strukturierung, Flexibilität und Umstellungsfähigkeit sowie Gruppenfähigkeit ergeben sich erhebliche und konkret beschriebene Beeinträchtigungen der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers: Er würde seine Tätigkeit gerne planen, was ihm jedoch nicht gelingt. Er wird rasch chaotisch, fängt etwas Neues an, bevor die vorangehende Tätigkeit fertig ist. Er vergisst viel, braucht Unterstützung, indem ihm jeweils erst eine neue Aufgabe gegeben wird, wenn die erste fertig ist. Neue Mitarbeitende oder Situationen dürften ihn rasch überfordern, was sich dann bei der Arbeitsqualität negativ auswirken könnte oder allenfalls auch zu krankheitsbedingten Abwesenheiten führen würde. Neue Aufgaben würde er gerne annehmen, fühlt sich dann aber rasch überfordert. Er vermeidet Gruppen, weil er sich unwohl und kritisch beachtet sowie nicht willkommen fühlt. Zudem kann er sich schlecht auf die Gespräche konzentrieren und verliert infolge Ablenkung rasch den Faden.

Er kann sich gegenüber Autoritätspersonen nur schwer wehren, befürchtet, nicht ernst genommen zu werden und sagt lieber nichts. Durch die soziale Phobie vermeidet er Kontakte mit Menschen, die er nicht gut kennt. Selbst im Team bei der Arbeit fällt es ihm schwer, weil er immer wieder negative Kritik und Ablehnung erwartet (vgl. vorstehend E. 4.6.2). Aus diesen Schilderungen erschliesst sich ohne Weiteres die Notwendigkeit eines geschützten Arbeitsplatzes. Die Gutachterin begründete diese Notwendigkeit in schlüssiger Weise, indem sie darlegte,

der Beschwerdeführer habe eine IV-begleitete Lehre absolviert und sei seit Lehrabschluss nicht in der Lage gewesen, einer Arbeit nachzugehen respektive sich überhaupt auf eine Arbeit zu bewerben. Aufgrund der Einschränkungen in der Zuverlässigkeit, der Selbstunsicherheit und der Konzentrationsstörungen sowie der ungenügenden Fähigkeit, sich strukturieren zu können, sei eine geschützte Arbeit nötig. Dabei wäre dringend darauf zu achten, dass seine Arbeitszeiten frühestens ab 11 Uhr beginnen würden. Die Planung seiner Arbeit müsse unter enger Überwachung eines Vorgesetzten erfolgen, um zu verhindern, dass er von einer Tätigkeit zur nächsten springe, ohne jeweils die Arbeit zu beenden. Zudem müsse darauf geachtet werden, dass die Arbeit ohne äussere Reize erfolgen könne. Der Beschwerdeführer sollte in einem kleinen Team arbeiten können. Unter Berücksichtigung dieses Profils wäre es denkbar, innert 1-2 Jahren eine Arbeitsfähigkeit von 50-70 % zu erreichen.

Die Gutachterin thematisierte des Weiteren die therapeutischen Möglichkeiten und nahm zu den Eingliederungsmöglichkeiten und den Indikatoren Stellung

(vgl. Urk. 12/196/36-38). 6.4

Wie in BGE 145 V 361 dargelegt, ist in allen Fällen durch die Verwaltung beziehungsweise das Gericht zu prüfen, ob und inwieweit die ärztlichen Experten ihre Arbeitsunfähigkeitsschätzung unter Beachtung der massgebenden Indikatoren (Beweisthemen) hinreichend und nachvollziehbar begründet haben. Dazu ist erforderlich, dass die Sachverständigen den Bogen schlagen zum vorausgehenden

medizinisch-psychiatrischen Gutachtensteil (mit Aktenauszug, Anamnese, Befunden, Diagnosen usw.), das heißt sie haben im Einzelnen Bezug zu nehmen auf die in ihre Kompetenz fallenden erhobenen medizinisch-psychiatrischen Ergebnisse fachgerechter klinischer Prüfung und Exploration. Ärztlicherseits ist also substantiiert darzulegen, aus welchen medizinisch-psychiatrischen Gründen die erhobenen Befunde das funktionelle Leistungsvermögen und die psychischen Ressourcen in qualitativer, quantitativer und zeitlicher Hinsicht zu schmälern vermögen. Der psychiatrische Sachverständige hat darzutun, dass, inwiefern und inwieweit wegen der von ihm erhobenen Befunde die beruflich-erwerbliche Arbeitsfähigkeit eingeschränkt ist, und zwar - zu Vergleichs-, Plausibilisierungs- und Kontrollzwecken - unter Miteinbezug der sonstigen persönlichen, familiären und sozialen Aktivitäten der rentenansprechenden Person (E. 4.3; vgl. auch BGE 148 V 49 E. 6.2.1 mit Hinweis).

Diesen Kriterien vermag das psychiatrische Teilgutachten vollumfänglich zu genügen. Es steht zudem in Übereinstimmung mit der bisherigen Aktenlage (vgl. vorstehend E. 4.1-4.5), insbesondere auch mit den Erkenntnissen aus der Potentialabklärung an der Psychiatrischen Universitätsklinik D.____, welche eben falls Anforderungen an einen Arbeitsplatz ergaben, die sich mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nur im zweiten Arbeitsmarkt finden lassen (vgl. vorstehend E. 4.2).

Zu Recht empfahl RAD-Psychiater Dr. H.____, auf das Gutachten abzustellen. Die Beschwerdegegnerin kam gestützt auf ihre Ressourcenprüfung (vgl. Urk. 12/204), welche nicht zu beanstanden ist, zum gleichen Schluss. 6. 5

Nicht gefolgt werden kann der Beschwerde gegnerin in ihrer Argumentation, es handle sich beim Medas -Gutachten um eine lediglich andere Beurteilung des gleichen Sachverhalts (vgl. vorstehend E. 2.1). Da die Verfügung vom 1. Februar 2017 offensichtlich unrichtig war, ist kein Vergleich dazu möglich (vgl. vorstehend E.

5.5), womit auch die Frage der lediglich anderen Beurteilung eines unveränderten Sachverhalts entfällt. Im Übrigen hat nicht die versicherte Person den Umstand der fehlenden Nachvollziehbarkeit der ursprünglichen Verfügung zu vertreten, ansonsten ihr Anspruch auf revisionsrechtliche Rentenerhöhung dann beeinträchtigt oder gar vereitelt würde, wenn eine - gerichtliche - Beurteilung, ob die Revisionsvoraussetzungen tatsächlich eingetreten sind, infolge der Mängel des früheren Verwaltungsaktes von vornherein nicht möglich ist. (vgl. dazu das Urteil des Bundesgerichts 9C_602/2007 vom 11. April 2008 E.

5.1-5.2). 6. 6

Zusammenfassend ist somit festzuhalten, dass der Beschwerdeführer ab

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