



**Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht**

**vom 29. Juli 2021 (720 20 393 / 198)**

---

**Invalidenversicherung**

**Die neu diagnostizierte Minderintelligenz stellt mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine erhebliche neue Tatsache im Sinne von Art. 53 Abs. 1 ATSG dar. Rückweisung an die IV-Stelle.**

**Besetzung** Präsidentin Doris Vollenweider, Kantonsrichter Daniel Noll, Kantonsrichter Jürg Pulver, Gerichtsschreiberin Felicia Käslin

**Parteien** **A.**\_\_\_\_, Beschwerdeführer, vertreten durch **K.**\_\_\_\_, Sozialarbeiterin

gegen

**IV-Stelle Basel-Landschaft**, Hauptstrasse 109, 4102 Binningen,  
Beschwerdegegnerin

**Betreff** IV-Rente

A.1 Der 1979 im Kosovo geborene A.\_\_\_\_ hatte sich erstmals mit Gesuch vom 27. Januar 2000 unter Verweis auf psychische Probleme seit 1996 bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug angemeldet, wobei zunächst berufliche Massnahmen beantragt wurden. Unter dem Hinweis, die versicherungsmässigen Voraussetzungen seien

nicht erfüllt, wies die IV-Stelle Basel-Landschaft (IV-Stelle) das Gesuch mit Verfügung vom 9. Mai 2000 ab.

A.2 Am 25. Februar 2002 meldete sich A.\_\_\_\_\_ unter Verweis auf eine Schizophrenie abermals zum Leistungsbezug an. Die IV-Stelle klärte in der Folge die gesundheitlichen und die erwerblichen Verhältnisse des Versicherten ab und ermittelte einen Invaliditätsgrad von 94 %. Gleichwohl verneinte sie mit Verfügung vom 9. September 2003 einen Rentenanspruch mit der Begründung, die versicherungsmässigen Voraussetzungen seien nicht erfüllt, da die Invalidität bereits vor seiner Einreise in die Schweiz 1998 bestanden hätte. Allerdings bestehe allenfalls ein Anspruch auf Ergänzungsleistungen (EL). In der Folge wurden A.\_\_\_\_\_ durch die Ausgleichskasse EL ausgerichtet. Im Rahmen eines Revisionsverfahrens, das im August 2009 eingeleitet wurde, nahm die IV-Stelle weitere medizinische Abklärungen vor. Mit Mitteilung vom 4. Januar 2011 stellte sie einen Invaliditätsgrad von 0 % fest, weshalb ab 1. August 2010 kein Anspruch auf EL mehr bestehe. Gestützt darauf stellte die Ausgleichskasse die Ausrichtung von EL ein.

A.3 Mit Gesuch vom 9. April 2019 meldete sich A.\_\_\_\_\_ unter Hinweis auf eine seit 1994 bestehende paranoide Schizophrenie erneut zum Leistungsbezug bei der IV an. In der Folge klärte die IV-Stelle abermals die gesundheitlichen und erwerblichen Verhältnisse ab und holte ein psychiatrisches Gutachten ein, wobei sie einen Invaliditätsgrad von 0 % ermittelte. Gestützt darauf verneinte sie nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren mit Verfügung vom 10. September 2020 einen Leistungsanspruch. Zur Begründung wurde im Wesentlichen angeführt, die von der Psychologin beschriebene schwerwiegende Minderintelligenz stehe im Widerspruch zum bestehenden Funktionsniveau und sei auch in keiner fachpsychiatrischen Beurteilung festgestellt worden. Die Ergebnisse der Testpsychologie würden zudem auf einer Selbstevaluation beruhen, weshalb sie zur Beurteilung eines Gesundheitsschadens und einer Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit ungeeignet seien.

B. Gegen diese Verfügung erhob A.\_\_\_\_\_ mit Eingabe vom 8. Oktober 2020 Beschwerde beim Kantonsgericht, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht). Darin beantragte er, es sei die IV-Stelle in Aufhebung der angefochtenen Verfügung zu verpflichten, ihm IV-Leistungen (Rente, berufliche Massnahmen etc.) auszurichten und ihm die unentgeltliche Prozessführung zu gewähren. Zur Begründung wurde im Wesentlichen vorgebracht, der ermittelte Intelligenzquotient (IQ) von 56 resp. 55 sei einer leichten Intelligenzminderung zuzuordnen, weshalb die Ausführungen der IV-Stelle zum zu erwartenden niedrigen Funktionsniveau falsch seien. Ferner seien die Vorbehalte gegen die Ergebnisse der Testpsychologie wegen sprachlicher Verständigungsprobleme unbegründet, da die Testung mit einer Dolmetscherin durchgeführt worden und daher valide sei. Im Weiteren sei die Frage der Minderintelligenz im psychiatrischen Gutachten weder genügend thematisiert noch differenziert geprüft worden, sodass dem Gutachten kein Beweiswert zukomme. Schliesslich sei er zur Absetzung der langjährigen Medikation mit Clozapin vom 3. August bis zum 21. September 2020 stationär behandelt worden. Der entsprechende ärztliche Bericht liege jedoch noch nicht vor, weshalb das Beschwerdeverfahren bis zum Vorliegen dieses Berichts unter Ansetzung einer neuen Frist zur ergänzenden Beschwerdebegründung zu sistieren sei.

C. Mit Verfügung vom 13. Oktober 2020 bewilligte das Gericht dem Beschwerdeführer die unentgeltliche Prozessführung, wies die Sistierung des Beschwerdeverfahrens sowie den Antrag auf Fristerstreckung zur ergänzenden Beschwerdebegründung hingegen unter Hinweis auf die Möglichkeit einer Replik ab.

D. In ihrer Vernehmlassung vom 25. November 2020 schloss die IV-Stelle auf Abweisung der Beschwerde. Auch nach Vorlage des erwarteten psychiatrischen Austrittsberichts beantragte die IV-Stelle mit Eingabe vom 18. Dezember 2020 die Abweisung der Beschwerde mit der Begründung, es gebe keine Hinweise auf eine zwischenzeitliche Veränderung des Gesundheitszustands oder der Arbeitsfähigkeit.

E. Mit undatierter Eingabe (Eingang: 30. Dezember 2020) beantragte der Beschwerdeführer, nun vertreten durch K.\_\_\_\_, Sozialarbeiterin, unter Hinweis auf die Untersuchungsmaxime und das Gebot der Waffengleichheit eine erneute Fristerstreckung, um weitere ärztliche bzw. neuropsychologische Berichte einholen zu können.

F. Mit undatierter Replik (Eingang: 1. Februar 2021) hielt der Beschwerdeführer an seinen Begehren und wesentlichen Begründungen fest. Dabei legte er je eine Stellungnahme von der Psychologin sowie der Klinik B.\_\_\_\_ ins Recht.

G. In ihrer Duplik vom 2. März 2021 hielt die IV-Stelle unter Hinweis auf einen weiteren Bericht des versicherungsinternen Arztes an ihrem Abweisungsantrag fest.

Das Kantonsgericht zieht **i n E r w ä g u n g** :

1.1 Gemäss Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) vom 19. Juni 1959 können Verfügungen der kantonalen IV-Stellen direkt vor dem Versicherungsgericht am Ort der IV-Stelle angefochten werden. Anfechtungsobjekt des vorliegenden Verfahrens bildet eine Verfügung der IV-Stelle Basel-Landschaft, sodass die örtliche Zuständigkeit des Kantonsgerichts Basel-Landschaft zu bejahen ist. Laut § 54 Abs. 1 lit. b des Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 beurteilt das Kantonsgericht als Versicherungsgericht als einzige gerichtliche Instanz des Kantons Beschwerden gegen Verfügungen der kantonalen IV-Stelle. Es ist somit auch sachlich zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig.

1.2. Nach Art. 59 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000 ist zur Beschwerde nur berechtigt, wer durch die angefochtene Verfügung berührt ist und ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung hat. Der Begriff des schutzwürdigen Interesses für das Verfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht ist gleich auszulegen wie derjenige nach Art. 89 Abs. 1 lit. c des Bundesgesetzes über das Bundesgericht (BGG) vom 17. Juni 2005 für das Verfahren der Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten vor dem Bundesgericht (BGE 136 V 7 E. 2.1; SUSANNE

BOLLINGER, Basler Kommentar zum ATSG, Rz. 1 zu Art. 59 ATSG). Die zu Art. 89 BGG ergangene Rechtsprechung findet folglich Anwendung.

1.3 In Bezug auf das erforderliche Rechtsschutzinteresse ist festzuhalten, dass die IV-Stelle einen Leistungsanspruch wegen Fehlens der versicherungsmässigen Voraussetzungen für den Bezug einer Rente gemäss Art. 6 IVG bereits in ihrer ersten Verfügung vom 9. Mai 2000 verneint hat. Nach dieser Bestimmung sind ausländische Staatsangehörige anspruchsberechtigt, solange sie ihren Wohnsitz und gewöhnlichen Aufenthalt in der Schweiz haben und sofern sie bei Eintritt der Invalidität während mindestens eines vollen Jahres Beiträge geleistet oder sich ununterbrochen während zehn Jahren in der Schweiz aufgehalten haben. Anspruch auf eine ordentliche Rente haben Versicherte jedoch nur, wenn sie bei Eintritt der Invalidität während mindestens drei Jahren Beiträge geleistet haben (Art. 36 Abs. 1 IVG). Auf eine ausserordentliche Rente Anspruch haben invalide Ausländer und Staatenlose, die als Kinder die Voraussetzungen von Art. 9 Abs. 3 IVG erfüllt haben (Art. 39 Abs. 3 IVG). In staatsvertraglicher Hinsicht besteht das Abkommen vom 8. Juni 1962 zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft und der (ehemaligen) Föderativen Volksrepublik Jugoslawien über Sozialversicherung (Sozialversicherungsabkommen Jugoslawien). Dieses Abkommen gilt nach dem Zerfall der Sozialistischen Föderativen Republik Jugoslawien und der Bundesrepublik Jugoslawien seit dem 1. April 2010 nicht mehr in den Beziehungen zur heutigen Republik Kosovo (zur Rechtmässigkeit der Nichtweiteranwendung ausführlich BGE 139 V 335 E. 4 ff.). Seit dem 1. September 2019 ist das Abkommen vom 8. Juni 2018 zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft und der Republik Kosovo über soziale Sicherheit und Verwaltungsvereinbarung (Sozialversicherungsabkommen Kosovo) in Kraft. Grundvoraussetzung für die Anwendbarkeit beider Abkommen ist jedoch, dass die versicherungsmässigen Voraussetzungen des innerstaatlichen Rechts erfüllt sind (Art 4 Sozialversicherungsabkommen Jugoslawien; Art. 22 Ziff. 1 Sozialversicherungsabkommen Kosovo). Da dies vorliegend nicht zutrifft, sind die Bestimmungen der beiden Abkommen nicht anwendbar. Die im vorliegenden Verfahren geltend gemachte Minderintelligenz als Ursache einer möglichen Arbeitsunfähigkeit bestand bereits vor der Einreise in die Schweiz, sodass auch aktuell ein Rentenanspruch wegen Fehlens der versicherungsmässigen Voraussetzungen zu verneinen ist. Allerdings besteht bei Vorliegen eines rentenrelevanten Invaliditätsgrads auch bei Fehlen der versicherungsmässigen Voraussetzungen ein Anspruch auf Ergänzungsleistungen (EL), da der Beschwerdeführer Anspruch auf eine Rente der IV hätte, wenn er die Mindestbeitragsdauer nach Art. 36 Abs. 1 IVG erfüllen würde (Art. 4 Abs. 1 lit. d des Bundesgesetzes über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung [ELG] vom 6. Oktober 2006 i.V.m. Art. 36 Abs. 1 IVG). Solche EL hat der Beschwerdeführer bereits einmal bis zur Revisionsmitteilung vom 4. Januar 2011 erhalten. Für den Erlass einer Verfügung über EL ist zwar die Ausgleichskasse zuständig, in Bezug auf den rentenrelevanten Invaliditätsgrad stützt sich die Ausgleichskasse indes auf die entsprechenden Abklärungsergebnisse der IV-Stelle. Gleichwohl die angefochtene Verfügung nicht Gegenstand einer direkten möglichen Leistungszusprache ist, ist das Rechtsschutzinteresse des Beschwerdeführers dennoch zu bejahen. Denn nachdem mit der angefochtenen Verfügung die für den Anspruch auf EL relevante Vorfrage des Invaliditätsgrads verbindlich beurteilt wird, besteht zweifellos ein entsprechendes Rechtsschutzinteresse des Versicherten. Auf die Beschwerde ist demnach einzutreten.

2.1 Anspruch auf eine Rente haben nach Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder ihre Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid sind (lit. c).

2.2 Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG wird die Rente nach dem Grad der Invalidität wie folgt abgestuft: Die versicherte Person hat Anspruch auf eine ganze Rente, wenn sie zu mindestens 70 %, auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie zu mindestens 60 %, auf eine halbe Rente, wenn sie zu mindestens 50 % und auf eine Viertelsrente, wenn sie zu mindestens 40 % invalid ist.

2.3 Die Annahme einer allenfalls invalidisierenden psychischen Gesundheitsbeeinträchtigung setzt eine fachärztlich (psychiatrisch) gestellte Diagnose nach einem wissenschaftlich anerkannten Klassifikationssystem voraus (BGE 131 V 49 E. 1.2, 130 V 396 E. 5.3 und E. 6). Zu betonen ist, dass im Kontext der rentenmässig abzugeltenden psychischen Leiden belastenden psychosozialen Faktoren sowie soziokulturellen Umständen kein Krankheitswert zukommt. Ein invalidisierender Gesundheitsschaden im Sinne von Art. 8 ATSG in Verbindung mit Art. 4 Abs. 1 IVG setzt in jedem Fall ein medizinisches Substrat voraus, das die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit wesentlich beeinträchtigt. Ist eine psychische Störung von Krankheitswert schlüssig erstellt, kommt der weiteren Frage zentrale Bedeutung zu, ob und inwiefern, allenfalls bei geeigneter therapeutischer Behandlung, von der versicherten Person trotz des Leidens willensmässig erwartet werden kann, zu arbeiten und einem Erwerb nachzugehen (BGE 127 V 294 E. 5a mit Hinweisen). Zur Annahme einer durch eine psychische Gesundheitsbeeinträchtigung verursachten Erwerbsunfähigkeit genügt es also nicht, dass die versicherte Person nicht hinreichend erwerbstätig ist; entscheidend ist vielmehr, ob anzunehmen ist, die Verwertung der Arbeitsfähigkeit sei ihr sozial-praktisch nicht mehr zumutbar oder – als alternative Voraussetzung – sogar für die Gesellschaft untragbar (BGE 102 V 165, 127 V 294 E. 4c in fine).

3. Ausgangspunkt der Ermittlung des Invaliditätsgrades bildet die Frage, in welchem Ausmass die versicherte Person aufgrund ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigungen arbeitsunfähig ist.

3.1 Bei der Feststellung des Gesundheitszustandes und bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der versicherten Person ist die Verwaltung – und im Beschwerdefall das Gericht – auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche 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 versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 132 V 93 E. 4 mit weiteren Hinweisen).

3.2 Das Gericht hat die medizinischen Unterlagen nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c ATSG) – wie alle anderen

Beweismittel – frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichtes ist demnach 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 Expertin oder des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a mit Hinweis).

3.3 Dennoch erachtet es die Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (ausführliche Zusammenstellung dieser Richtlinien in BGE 125 V 352 ff. E. 3b und in AHI-Praxis 2001 S. 114 E. 3b, jeweils mit weiteren Hinweisen). So ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärztinnen und -ärzte, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 1.3.4, 125 V 351 E. 3b/bb mit weiteren Hinweisen). In Bezug auf Berichte von behandelnden Ärzten darf und soll das Gericht der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b/cc). Die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes einerseits und von Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits (BGE 124 I 170 E. 4) lässt nicht zu, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die behandelnden Ärzte wichtige – und nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (Urteile des Bundesgerichts vom 26. November 2019, 8C\_549/2019, E. 3.2 mit Hinweis, und vom 8. April 2020, 8C\_60/2020, E. 3.2).

3.4 Die Regionalen Ärztlichen Dienste (RAD) stehen den IV-Stellen zur Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs zur Verfügung. Sie setzen die für die Invalidenversicherung nach Art. 6 ATSG massgebende funktionelle Leistungsfähigkeit der versicherten Person fest, eine zumutbare Erwerbstätigkeit oder Tätigkeit im Aufgabenbereich ausüben. Sie sind in ihrem medizinischen Sachentscheid im Einzelfall unabhängig (Art. 59 Abs. 2<sup>bis</sup> IVG). Die RAD können bei Bedarf selber ärztliche Untersuchungen von Versicherten

durchführen. Sie halten die Untersuchungsergebnisse schriftlich fest (Art. 49 Abs. 2 der Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV] vom 17. Januar 1961). RAD-Berichte sind versicherungsinterne Dokumente, die von Art. 44 ATSG betreffend Gutachten nicht erfasst werden; die in dieser Norm vorgesehenen Verfahrensregeln entfalten daher bei Einholung von RAD-Berichten keine Wirkung (BGE 135 V 254 E. 3.4; Urteil des Bundesgerichts vom 16. September 2014, 8C\_385/2014, E. 4.2.1).

3.5 Der Beweiswert von RAD-Berichten nach Art. 49 Abs. 2 IVV ist mit jenem externer medizinischer Sachverständigengutachten vergleichbar, sofern sie den praxisgemässen Anforderungen an ein ärztliches Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1) genügen und die Arztperson über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügt (BGE 137 V 210 E. 1.2.1). Allerdings ist hinsichtlich des Beweiswerts zu differenzieren: Stützt sich der angefochtene Entscheid ausschliesslich auf versicherungsinterne medizinische Unterlagen – zu denen die RAD-Berichte gehören –, sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. In solchen Fällen sind bereits bei geringen Zweifeln an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 139 V 225 E. 5.2, 135 V 465 E. 4.4 und E. 4.7; zum Ganzen auch: Urteil des Bundesgerichts vom 30. November 2015, 9C\_627/2015, E. 2 mit weiteren Hinweisen).

4.1 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 auf findet, deren Beibringung zuvor nicht möglich war. Der Begriff "neue Tatsachen oder Beweismittel" ist bei der (prozessualen) Revision eines Verwaltungsentscheids nach Art. 53 Abs. 1 ATSG gleich auszulegen wie bei der Revision eines kantonalen Gerichtsentscheids gemäss Art. 61 lit. i ATSG oder bei der Revision eines Bundesgerichtsurteils gemäss Art. 123 Abs. 2 lit. a BGG (BGE 144 V 245 E. 5.1; Urteil des Bundesgerichts vom 13. Februar 2013, 9C\_955/2012, E. 3.1 mit Hinweisen). Neu sind demnach Tatsachen, die sich vor Erlass der formell rechtskräftigen Verfügung oder des Einspracheentscheids verwirklicht haben, jedoch dem Revisionsgesuchsteller trotz hinreichender Sorgfalt nicht bekannt waren. Die neuen Tatsachen müssen erheblich sein, d.h. sie müssen geeignet sein, die tatbestandliche Grundlage des zur Revision beantragten Entscheids zu verändern und bei zutreffender rechtlicher Würdigung zu einer anderen Entscheidung zu führen. 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 (BGE 144 V 245 E. 5.2; Urteil des Bundesgerichts vom 13. Februar 2013, 9C\_955/2012, E. 3.1 mit Hinweisen). Entscheidend ist ein Beweismittel, wenn angenommen werden muss, es hätte zu einem anderen Urteil geführt, falls das Gericht im Hauptverfahren hiervon Kenntnis gehabt hätte (Urteil des Bundesgerichts vom 4. Januar 2007, U 68/06, E. 2.2 mit Hinweisen).

4.2 Die neuen Tatsachen oder Beweismittel im oben umschriebenen Sinn sind innert 90 Tagen nach deren Entdeckung geltend zu machen; zudem gilt eine absolute zehnjährige Frist, die mit der Eröffnung der Verfügung zu laufen beginnt (Art. 67 Abs. 1 des Bundesgesetz-

zes über das Verwaltungsverfahren [VwVG] vom 20. Dezember 1968 in Verbindung mit Art. 55 Abs. 1 ATSG; Urteil des Bundesgerichts vom 8. Dezember 2011, 8C\_434/2011, E. 3 mit Hinweisen; UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 4. Aufl. 2020, Rz. 38 ff. zu Art. 53 ATSG). Die relative 90-tägige Frist beginnt erst zu laufen, sobald bei der Partei eine sichere Kenntnis über die neue erhebliche Tatsache oder das entscheidende Beweismittel vorhanden ist (KIESER, a.a.O., Rz. 40 f. zu Art. 53 ATSG mit weiteren Hinweisen).

5.1 In ihrer leistungsablehnenden Mitteilung vom 4. Januar 2011 stützte sich die IV-Stelle bei der Beurteilung des medizinischen Sachverhalts im Wesentlichen auf den Untersuchungsbericht vom 19. April 2010 des RAD-Arztes Dr. med. C.\_\_\_\_, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, auf ein Gutachten vom 8. November 2010 von Dr. med. D.\_\_\_\_, FMH Gynäkologie und Geburtshilfe, sowie auf eine Stellungnahme vom 11. November 2010 zum letztgenannten Gutachten durch den RAD-Arzt Dr. med. E.\_\_\_\_, FMH Psychiatrie und Psychotherapie und Allgemeine Innere Medizin.

5.2 Dr. C.\_\_\_\_ führte in seinem Bericht vom 19. April 2010 aus, es bestehe keine psychiatrische Störung mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Er stellte fest, die primär gestellte Diagnose einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht zutreffend und könne auch nicht nachvollzogen werden. Gemäss den Angaben des Versicherten hätten auch nie solche Symptome bestanden. Die Angaben in den Arztberichten seien mit überwiegender Wahrscheinlichkeit durch transkulturelle Phänomene und daraus resultierende Schwierigkeiten zu erklären. Es sei dem Versicherten möglich, ein nahezu unauffälliges Leben zu führen. Er bewohne eine eigene Wohnung, habe Kontakt mit Kollegen, sei verheiratet und habe ein Kind. Aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht könne gegenwärtig bei psychopathologisch unauffälligem Befund und einem dokumentierten psychosefreien Verlauf seit mindestens fünf Jahren keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit mehr festgestellt werden. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizierte Dr. C.\_\_\_\_ ein Tabakabhängigkeitssyndrom, gegenwärtiger Substanzgebrauch, und einen Verdacht auf Status nach Anpassungsstörung mit gemischter Störung von Gefühlen und Sozialverhalten 2000 respektive 2002, differentialdiagnostisch eine akute polymorphe psychotische Störung.

5.3.1 Zu denselben diagnostischen Einschätzungen und zur selben Zumutbarkeitsbeurteilung kam auch Dr. D.\_\_\_\_ in seinem Gutachten vom 8. November 2010. Er wies darin im Wesentlichen auf die regen Aktivitäten des Versicherten im Fitnessstudio und auf die fehlende Compliance bei der Einnahme von Clozepin hin.

5.3.2 In Bezug auf das Gutachten von Dr. D.\_\_\_\_ ist vorweg darauf hinzuweisen, dass der Beweiswert einer spezialärztlichen Expertise u.a. davon abhängt, ob die begutachtende Person über die entsprechende Fachausbildung verfügt. Denn ihre fachliche Qualifikation spielt für die richterliche Würdigung einer Expertise eine erhebliche Rolle. Für die Eignung einer Ärztin oder eines Arztes als Gutachterperson in einer bestimmten medizinischen Disziplin ist ein entsprechender, dem Nachweis der erforderlichen Fachkenntnisse dienender spezialärztlicher Titel der berichtenden oder zumindest der den Bericht visierenden Arztperson erforderlich (Urteil des Bundesgerichts vom 14. Dezember 2016, 8C\_309/2016, E. 4.3 mit Hinweisen). Dr. D.\_\_\_\_ ver-

fügt über einen Facharztstitel in Gynäkologie und Geburtshilfe. Es fehlt ihm mithin an der Qualifikation als psychiatrischer Facharzt. Sein Gutachten vom 8. November 2010 kann im vorliegenden Fall deshalb nicht als medizinische Entscheidungsgrundlage herangezogen werden. Daran ändert auch die Tatsache, dass der RAD-Arzt Dr. E.\_\_\_\_\_ das Gutachten von Dr. D.\_\_\_\_\_ in seinem Bericht vom 11. November 2010 validiert und zum Schluss kommt, dem Gutachten sei Beweiswert zuzumessen, nichts.

5.4 Gestützt auf diese medizinischen Einschätzungen stellte die IV-Stelle einen Invaliditätsgrad von 0 % fest, woraufhin die Ausgleichskasse die EL einstellte. Gegen diese Revisionsbeurteilung ergriff der Beschwerdeführer kein Rechtsmittel, weshalb sie in Rechtskraft erwuchs.

6.1 Nach Eingang des Leistungsgesuchs vom 9. April 2019 beauftragte die IV-Stelle Prof. Dr. med. F.\_\_\_\_\_, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, mit der Begutachtung des Beschwerdeführers. In ihrem Gutachten vom 18. Dezember 2019 diagnostizierte Prof. F.\_\_\_\_\_ eine Tabakabhängigkeit und einen Status nach Anpassungsstörung mit gemischter Störung von Gefühlen und Sozialverhalten in den Jahren 1998-2002. Sie hielt weiter fest, es ergebe sich insgesamt kein Anhalt für eine mittlere oder schwere psychische Erkrankung, namentlich fänden sich keine Hinweise auf eine schizophrene Psychose von über 20-jähriger Dauer. Bei der Überprüfung kognitiver Funktionen sei der Versicherte eingeschränkt kooperativ. Psychische Auffälligkeiten hätten in den ersten Jahren in der Schweiz bestanden, er sei durch aggressive Durchbrüche aufgefallen, habe an Ängsten und Schlafstörungen gelitten und gab an, Stimmen zu hören. Nach seinem Auszug aus der elterlichen Wohnung zur Gründung einer eigenen Familie im Jahr 2003 habe sich die psychische Situation stabilisiert. Seither seien keine aggressiven Handlungen mehr vorgekommen. Die Untersuchungen der Klinik G.\_\_\_\_\_, der Klinik H.\_\_\_\_\_ und der Klinik B.\_\_\_\_\_ seien mehrheitlich ohne Dolmetscher durchgeführt worden. Einschränkend sei daher immer wieder darauf verwiesen worden, dass die Befunde kaum zu verwerten seien, da der Versicherte nur einzelne Worte auf Deutsch verstehe. Auch die neuropsychologische Testung im Jahr 2018 sei ohne Unterstützung eines Dolmetschers durchgeführt worden. Entsprechend werde darin auf fehlendes Instruktionsverständnis und fehlende Sprachkenntnisse verwiesen, weshalb die Ergebnisse mit Vorsicht zu verwerten seien. Für eine so niedrige Intelligenz wie dort ermittelt spreche auch der klinische Befund und Verlauf nicht. Zusammenfassend könne weder die Diagnose einer Schizophrenie noch die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung gestellt werden. Bezüglich der einzelnen Funktionen entstehe der Eindruck, der Versicherte habe keine Beeinträchtigungen bei der Verkehrsfähigkeit, der Selbstpflege und den Spontanaktivitäten. Die familiären und intimen Beziehungen seien nicht beeinträchtigt, auch die Gruppen- und Kontaktfähigkeit zu Dritten scheine grundsätzlich intakt. Die Durchhaltefähigkeit und die Selbstbehauptungsfähigkeit seien nicht sicher eingeschränkt. Die Anwendung fachlicher Kompetenzen und die Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit würden sich auch nach der Begutachtung nicht recht beurteilen lassen. Es scheine jedoch, der Versicherte weise in der Anpassung an Regeln und Routinen sowie auch in der Planung und Strukturierung von Aufgaben leichte bis mittelschwere Beeinträchtigungen auf, ebenso in der Flexibilität und Umstellungsfähigkeit. Dies könne daraus abgeleitet werden, dass er sich bei Massnahmen der Arbeitsintegration nur schlecht habe einfügen können. In seiner bisherigen Tätigkeit als Mitarbeiter in der Gastronomie sowie in allen anderen Tätigkeiten sei die Arbeitsfähigkeit insgesamt als durch keine psy-

chische Erkrankung beeinträchtigt einzuschätzen. Auch in einer angepassten Tätigkeit bestehe somit eine volle Arbeitsfähigkeit.

6.2 Gestützt auf das Gutachten von Prof. F.\_\_\_\_ ermittelte die IV-Stelle erneut einen Invaliditätsgrad von 0 %.

7. Zur Beurteilung des vorliegenden Falls liegen zahlreiche weitere medizinische Unterlagen vor, die vom Gericht gesamthaft gewürdigt wurden. Im Folgenden sollen indessen lediglich diejenigen Berichte wiedergegeben werden, welche sich für den vorliegenden Entscheid als zentral erweisen.

7.1 Nach einer testpsychologischen Untersuchung vom 29. November 2018 hielt Dr. phil. I.\_\_\_\_, Psychologin, im Bericht vom 6. Dezember 2018 fest, der Gesamt-IQ liege mit einem Wert von 56 im weit unterdurchschnittlichen Bereich. Auch die Werte in der visuellen Gedächtnisleistung seien weit unterdurchschnittlich ausgefallen, ebenso die Konzentrationsleistung. Das Instruktionsverständnis sei nur teilweise gegeben gewesen, da der Patient oft nicht zu verstehen scheine, um was es in den Testungen gehe. Dies, obwohl zwei visuelle, sprachfreie Tests durchgeführt worden seien. Die Resultate seien deshalb mit Vorsicht zu betrachten.

7.2 Nachdem am 19. Juni 2020 eine zweite testpsychologische Untersuchung durchgeführt wurde, führte Dr. I.\_\_\_\_ in ihrem Bericht vom 25. Juni 2020 aus, der Gesamt-IQ betrage 55 und liege damit im weit unterdurchschnittlichen Bereich. Auch die Werte in der visuellen Gedächtnisleistung seien weit unterdurchschnittlich ausgefallen. Die Konzentrationsleistung sei klinisch als auffällig zu beurteilen. Ein Test (BDI-II) weise zum Zeitpunkt der Testung auf eine schwere depressive Symptomatik hin. Durch die Hinzunahme einer Dolmetscherin bei dieser Testung könnten Verständnisprobleme aufgrund von Fremdsprachigkeit als aggregierende Faktoren bei der Interpretation der unveränderten Resultate im Vergleich zur ersten Testung am 29. November 2018 ausgeschlossen werden.

7.3 Mit Stellungnahmen vom 3. September 2020 und vom 16. Oktober 2020 wies der RAD-Arzt Dr. E.\_\_\_\_, darauf hin, dass Hinweise für ein schwer beeinträchtigtes Funktionsniveau, welches bei einer leicht- bis mittelgradigen Intelligenzminderung zu erwarten wäre, fehlten. Jeder klinisch langjährig erfahrene Psychiatriefacharzt, der mit leicht- bis mittelgradig intelligenzgeminderten Patienten arbeite und deren Beeinträchtigung aus täglicher Begleitung kenne, werde ein solches Funktionsprofil als unvereinbar mit der geltend gemachten Diagnose ansehen. In Bezug auf die zwei testpsychologischen Untersuchungen fehle eine kritische Auseinandersetzung mit resultatverfälschenden Faktoren und eine klinische Konsistenzprüfung des enorm tiefen Testresultats. Eine wissenschaftlich basierte Validitätsprüfung lasse sich der Testpsychologie von Dr. I.\_\_\_\_ ebenfalls nicht entnehmen.

7.4 Nach einem stationären Aufenthalt vom 3. August bis zum 21. September 2019 zwecks Begleitung der Medikamenteneinstellung (Clozapin/Leponex) diagnostizierte die Ärztin der Klinik J.\_\_\_\_ in ihrem Austrittsbericht vom 4. Dezember 2020 eine nicht näher bezeichnete Intelligenzminderung mit Impulskontrollstörung, einen Diabetes mellitus Typ II, sonstige Hyperlipidä-

mien sowie eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode. Nach erfolgreicher Medikamentenumstellung sowie Ausschleichen von Clozapin/Leponex mit gleichzeitig hinreichender psychischer Stabilisierung sei der Austritt in die vertrauten häuslichen Bedingungen erfolgt.

7.5 Dr. E.\_\_\_\_ führte in seiner Stellungnahme vom 11. Dezember 2020 aus, die behandelnden Ärzte hätten sich nun dazu durchgerungen zu sagen, es bestehe keine paranoide Schizophrenie. Dies bestätige die Richtigkeit der Diagnosen der bisher erstellten Gutachten, zuletzt das Gutachten von Prof. F.\_\_\_\_ vom 18. Dezember 2019. Zur Diagnosestellung der Klinik J.\_\_\_\_ wendete Dr. E.\_\_\_\_ ein, es seien keine psychologisch validierten Testungen, beispielsweise ein HAWIE, durchgeführt worden, welche die Diagnose der nicht näher bezeichneten Intelligenzminderung belegen würden. Zudem lägen auch keine klinischen Befunde wie beispielsweise Angaben zur Kombinations- und Abstraktionsfähigkeit vor, die auf diese Diagnose hinweisen würden. Vor allem aber sei die Intelligenz eine seit der Kindheit/Jugend vorhandene und – ausser bei neurodegenerativen Prozessen, wofür keine Hinweise vorhanden seien – unveränderte kognitive Eigenschaft. Diese kognitiv-intellektuellen Eigenschaften seien im Gutachten von Prof. F.\_\_\_\_ vom 18. Dezember 2019 geprüft worden und es gebe keine Hinweise, dass diese die Arbeitsfähigkeit für die infrage kommenden Tätigkeiten beeinträchtigen würden.

7.6 In ihrer Stellungnahme vom 21. Januar 2021 wies Dr. I.\_\_\_\_ darauf hin, das Funktionsniveau des Patienten sei durchaus vereinbar mit einem IQ von 56, wenn es sich um einen funktionalen Analphabetismus handle. Weiter hielt sie fest, es spreche für die Validität einer Testung, wenn im Abstand von eineinhalb Jahren der fast identische IQ erhoben werde. Dass IQ-Testungen in diesem Bereich allenfalls nicht zu 100 % den exakten IQ angeben, sei möglich, allerdings sei mit Sicherheit von einem IQ unter 70 auszugehen.

7.7 Im ärztlichen Bericht der Klinik B.\_\_\_\_ vom 28. Januar 2021 führten die Ärztinnen aus, auch unter Hinzunahme eines Dolmetschers blieben Verständnisprobleme auf Seiten des Patienten bestehen. Rückmeldungen des Dolmetschers beschrieben den Wortschatz und das Sprachverständnis des Patienten als eingeschränkt, er habe ein Sprachniveau „wie ein Kind“. Auch die vorbeschriebenen Auffälligkeiten aus der Jugendzeit und dem frühen Erwachsenenalter des Patienten (impulsive Gewaltausbrüche [in Jugendjahren ohne das Medikament Leponex], Schlafstörungen und Ängste) würden aus psychiatrischer Sicht zu einer Minderintelligenz, in deren Rahmen häufig begleitende Verhaltensstörungen, eine verminderte Emotions- und fehlende Stimmungsregulation, vermehrte Erregbarkeit, Aggression sowie Ess- und Schlafprobleme auftreten, passen. In diesem Zusammenhang würden Impulskontrollstörungen sowie depressive Störungen als häufige Komorbidität beschrieben. Die vorbeschriebene Diagnose „Verdacht auf Status nach Anpassungsstörung mit gemischter Störung von Gefühlen und Sozialverhalten im Jahr 2000 respektive 2002“ des RAD-Arztes Dr. C.\_\_\_\_ vom 19. April 2010 schliesse eine Minderintelligenz keinesfalls aus. Vielmehr verringere eine Minderintelligenz über die vorgenannten Einschränkungen die individuellen kognitiven und emotionalen Ressourcen, sich auf Umgebungsveränderungen einzustellen (wie beispielsweise der Wegzug der Familie des Patienten und sein späterer Nachzug in die Schweiz). Daher würden Menschen mit einer Minderintelligenz schneller überfordert reagieren, was sich in einer Anpassungsstörung ausdrü-

cken könne, in der die eigenen Emotionen nicht ausreichend selbst reguliert werden könnten. Dass die Minderintelligenz des Patienten lange übersehen worden sei, scheine ihnen im sozio-biografischen Kontext durchaus schlüssig.

Weiter gaben die Ärztinnen an, die sehr frühe Diagnosestellung Schizophrenie (Erstdiagnose im 17. Lebensjahr) belege, dass spätestens ab dem Jugendalter deutliche Auffälligkeiten bestanden hätten. Zum Vorwurf der Simulation passe nicht, dass die Auffälligkeiten bereits im Heimatland bestanden hätten, da dort keine Motivation bezüglich Sozialleistungsbezug bestanden habe. Bereits in den frühen medizinischen Berichten seien eine verminderte Auffassung bzw. intellektuelle Einschränkungen beschrieben worden, welche sowohl mit einer Minderintelligenz als auch mit der ursprünglichen Diagnose Schizophrenie vereinbar seien. Als der Patient die Behandlung in ihrer Ambulanz aufgenommen habe, habe die Vordiagnose Schizophrenie bereits seit über 15 Jahren bestanden. Die beschriebenen kognitiven Auffälligkeiten seien daher lange Zeit als (typische) residuelle Negativsymptomatik interpretiert worden und hätten für sich genommen keinen Anlass zum Hinterfragen der Diagnose geboten.

Abschliessend hielten die Ärztinnen fest, die kognitiven Einschränkungen und die damit einhergehende verminderte Leistungs- und Belastungsfähigkeit hätten eine Tätigkeit als Hilfskraft auf dem ersten Arbeitsmarkt bisher verunmöglicht. Sie attestierten dem Patienten eine volle Erwerbsunfähigkeit und empfahlen eine Tätigkeit zu 50 % in einem geschützten Rahmen.

7.8 Dr. E.\_\_\_\_ hielt in seiner Stellungnahme vom 16. Februar 2021 erneut fest, das Funktionsniveau des Versicherten sei mit dem geltend gemachten IQ von 56 unvereinbar. In Anlehnung an die Standardindikatoren, insbesondere an die Konsistenz und die Ressourcen, müsste eine Fehlmessung des IQ-Wertes von 56 festgestellt werden. Die Vordiagnose Schizophrenie habe sich als Fehldiagnose erwiesen und damit erweise sich auch die Behandlung mit Neuroleptika als jahrelange Fehlbehandlung durch die behandelnden Ärzte. Die Befunde hinsichtlich Schizophrenie und Minderintelligenz seien im Gutachten von Prof. F.\_\_\_\_ vom 18. Dezember 2019 kritisch durchleuchtet worden. Die ausführliche Befunderhebung, die einer residuellen Negativsymptomatik gänzlich entbehre, ergebe somit, dass weder für eine paranoide Schizophrenie noch für eine Minderintelligenz Hinweise beständen. Am neuerdings von Dr. I.\_\_\_\_ geltend gemachten Analphabetismus müssten Zweifel erhoben werden, wenn der Versicherte mehrmals im Jahr selbstorganisiert und bedarfsgerecht zu seiner Familie in den Kosovo reise, den Ort also regelmässig und mühelos finde.

8. Aus den Akten ergibt sich somit, dass neu eine Minderintelligenz im Vordergrund steht. Unbestritten ist, dass die Einschätzung der Gutachterin Prof. F.\_\_\_\_ und den behandelnden Psychiaterinnen insofern übereinstimmt, als es sich bei den festgestellten Beschwerden in den Jahren davor bzw. bei der Aufhebung der EL im Jahr 2011 mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht um eine paranoide Schizophrenie gehandelt haben kann. Dies zeigt sich auch daran, dass die entsprechende Medikation konsequenterweise eingestellt wurde (vgl. E. 7.4 hiavor).

8.1 Die geltend gemachte Minderintelligenz kann prozessual nur dann berücksichtigt werden, wenn sie als erhebliche neue Tatsache oder als Beweismittel im Sinne von Art. 53 Abs. 1 ATSG zu qualifizieren ist (vgl. Ausführungen zu den Voraussetzungen in E. 4.1 hiervor).

8.2.1 Zunächst ist zu prüfen, ob die Minderintelligenz rechtsgenügend nachgewiesen ist. Unbestritten ist, dass bei den psychiatrischen Abklärungen im Jahr 2010 der Fokus auf der Frage der paranoiden Schizophrenie lag, die Frage der Minderintelligenz indes in keiner Weise thematisiert wurde. Während die erste Testung durch Dr. I.\_\_\_\_ vom 29. November 2018 wegen möglicher sprachlicher Verständigungsschwierigkeiten im Zweifel ohne Beweiswert ist, wird die zweite Testung vom 19. Juni 2020 durch Dr. I.\_\_\_\_ mit Bericht vom 25. Juni 2020 validiert, indem sie ausführt, durch den Beizug einer Dolmetscherin bei der zweiten Testung könnten Verständigungsprobleme aufgrund von Fremdsprachigkeit als aggregierende Faktoren bei der Interpretation der Resultate ausgeschlossen werden. Dem hält der RAD in seinen Stellungnahmen vom 3. September 2020, vom 16. Oktober 2020, vom 11. Dezember 2020 und vom 16. Februar 2021 entgegen, die ermittelte Minderintelligenz sei aufgrund des Funktionsniveaus des Beschwerdeführers nicht nachvollziehbar. Auch Prof. F.\_\_\_\_ habe in ihrem Gutachten vom 18. Dezember 2019 ausgeführt, der klinische Befund und Verlauf sprächen gegen eine derart geringe Intelligenz. Des Weiteren zweifelt der RAD die Validität der Testungen an. Er weist darauf hin, die testpsychologischen Untersuchungen seien nicht für ein Setting mit zwischengeschaltetem Dolmetscher validiert, zudem fehle eine kritische Auseinandersetzung von Dr. I.\_\_\_\_ mit resultatverfälschenden Faktoren sowie eine klinische Konsistenzprüfung des enorm tiefen Testresultats. Demgegenüber ist der Stellungnahme von Dr. I.\_\_\_\_ vom 21. Januar 2021 zu entnehmen, dass für die zweite Testung eine sehr erfahrene Dolmetscherin hinzugezogen worden und daher nicht von einer Verfälschung der Ergebnisse auszugehen sei. Dr. I.\_\_\_\_ räumt jedoch ein, es seien keine Verfahren zur Symptomvalidierung eingesetzt worden. Dass keine psychologische validierte Testung wie HAWIE eingesetzt worden sei, liege daran, dass HAWIE ein sprachabhängiger Test und daher nicht indiziert gewesen sei. Der angewendete Test sei ein nonverbaler Intelligenztest, wobei auch die Kombinations- und Abstraktionsfähigkeit gemessen worden seien. Bei einem funktionalen Analphabetismus seien die selbständige Haushaltsführung und Reisen in das Heimatland mit einem IQ von 56 durchaus möglich. Des Weiteren führen die behandelnden Ärztinnen der Klinik B.\_\_\_\_ im Bericht vom 28. Januar 2021 aus, die durchgehenden Einschränkungen des Auffassungsvermögens des Beschwerdeführers seien auch in der Therapie auffällig. Die Auffälligkeiten im Jugend- und jungen Erwachsenenalter würden aus psychiatrischer Sicht zur Minderintelligenz passen. Letztere vermindere zudem die individuellen kognitiven und emotionalen Ressourcen, sich auf Umgebungsveränderungen einzustellen. Menschen mit Minderintelligenz würden schneller überfordert reagieren, was sich in einer Anpassungsstörung ausdrücken könne, in der die eigenen Emotionen nicht genügend selbst reguliert werden könnten. Die Minderintelligenz des Beschwerdeführers sei lange übersehen worden. Dennoch seien bereits in frühen medizinischen Berichten eine verminderte Auffassung und intellektuelle Einschränkungen beschrieben worden, was auch mit der ursprünglichen Diagnose der Schizophrenie vereinbar sei.

8.2.2 Nach dem Ausgeführten ist festzustellen, dass zu den Einschätzungen der Minderintelligenz diametral entgegengesetzte Standpunkte vorliegen. Einerseits wird eine namhafte Min-

derintelligenz unter Hinweis auf die fehlende Validität der Testung auf das bestehende Aktivitätsniveau verneint. Andererseits wird die Validität der Testung und eine fehlende bewusste Einflussnahme auf die Testung des Beschwerdeführers durch Dr. I.\_\_\_\_ nachvollziehbar begründet. Jedenfalls kann nicht ohne Weiteres über die nachvollziehbare und schlüssige Begründung der Validität der Testung von Dr. I.\_\_\_\_ hinweggesehen werden. Dies umso mehr, als die Beurteilung durch die behandelnden Ärztinnen geteilt wird. Obschon Prof. F.\_\_\_\_ den Befund und den klinischen Verlauf mit der nun diagnostizierten Minderintelligenz nicht in Übereinstimmung bringen konnte, fehlt es in ihrer Beurteilung doch an einer fundierten Auseinandersetzung mit den Ergebnissen der testpsychologischen Untersuchungen, zumal auch Dr. F.\_\_\_\_ die Validität der Testergebnisse anzweifelt. In Bezug auf die fehlende Validität stützt sich die IV-Stelle einzig auf die Ausführungen des RAD-Arztes. Dabei handelt es sich um versicherunginterne Beurteilungen, die schon bei geringen Zweifeln ihren Beweiswert verlieren (vgl. E. 3.5 hiavor). Solche geringen Zweifel lassen sich mit Blick auf die nachvollziehbare und schlüssige Begründung der Validität von Dr. I.\_\_\_\_ nicht ausräumen. Insgesamt ist das Vorliegen einer Minderintelligenz überwiegend wahrscheinlich und somit rechtsgenügend nachgewiesen. Damit stellt die Minderintelligenz eine neue Tatsache im Sinne von Art. 53 Abs. 1 ATSG dar.

8.3 Die neue Tatsache muss ferner erheblich sein, d.h. sie muss geeignet sein, die tatsächliche Grundlage des ursprünglichen Entscheids dahingehend zu ändern, dass bei erneuter Entscheidfällung ein anderer Entscheid resultiert. Hierzu ist festzuhalten, dass die behandelnden Ärztinnen in ihrem Bericht vom 28. Januar 2021 dem Beschwerdeführer aufgrund seiner Minderintelligenz auf dem ersten Arbeitsmarkt eine volle Arbeitsunfähigkeit, im geschützten Rahmen eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit attestierten. Demgegenüber verneinten Prof. F.\_\_\_\_ und der RAD eine wesentliche Minderintelligenz respektive sind sie der Auffassung, die Minderintelligenz des Beschwerdeführers habe keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. In Bezug auf die Erheblichkeit der neuen Tatsache (Minderintelligenz) ist anzumerken, dass die neu gestellte Diagnose einer Minderintelligenz – wären die neueren medizinischen Berichte schon bekannt gewesen – bereits in den früheren Untersuchungen hätte gestellt werden müssen. Da sich der neue Befund nicht in (differenzial-)diagnostischen Überlegungen erschöpft und nicht auf der Ebene der medizinischen Beurteilung anzusiedeln ist, darf mit überwiegender Wahrscheinlichkeit von dessen Erheblichkeit ausgegangen werden.

8.4 Demnach ist festzuhalten, dass die Minderintelligenz einer neuen Tatsache entspricht, welche auch erheblich ist. Die neuen erheblichen Tatsachen nach Art. 53 Abs. 1 ATSG sind – wie bereits erwähnt – innert 90 Tagen nach deren Entdeckung geltend zu machen; zudem gilt eine absolute zehnjährige Frist, die mit der Eröffnung der Verfügung zu laufen beginnt. Zu prüfen ist somit, ob die Fristen vorliegend eingehalten wurden. Die Minderintelligenz wurde erstmals im Bericht von Dr. I.\_\_\_\_ vom 6. Dezember 2018 diagnostiziert. Massgebend für die Einhaltung der Frist ist aber der Zeitpunkt der sicheren Kenntnis des Revisionsgrundes. Dr. I.\_\_\_\_ hat die Ergebnisse ihres Berichts vom 6. Dezember 2018 selber relativiert, indem sie ausführt, das Instruktionsverständnis des Beschwerdeführers sei nur teilweise gegeben gewesen und es habe oft den Anschein gemacht, als hätte er nicht verstanden, um was es gehe, weshalb die Ergebnisse mit Vorsicht zu betrachten seien. Erst als die Testung unter Zuhilfenahme einer Dolmetscherin wiederholt wurde und dieselben Ergebnisse resultierten, bezeichnete Dr. I.\_\_\_\_

die Ergebnisse der Minderintelligenz als valide. Die zweite Testung wurde am 19. Juni 2020 durchgeführt und der entsprechende Bericht lag am 25. Juni 2020 vor. Sichere Kenntnis von der Minderintelligenz als möglichen Revisionsgrund hat damit erst Ende Juni 2020, also bereits nach Einleitung des Revisionsverfahrens, bestanden, womit die Einhaltung der 90-tägigen relativen Frist gegeben ist. Eingehalten ist auch die absolute zehnjährige Frist, zumal das Revisionsbegehren vom 9. April 2019 am 30. April 2019 bei der IV-Stelle eingegangen ist. Sowohl die 90-tägige relative als auch die zehnjährige absolute Frist sind demnach eingehalten. Der Revisionsgrund wurde somit fristgerecht geltend gemacht.

8.5 Nach dem Ausgeführten folgt zusammenfassend, dass die angefochtene Verfügung der IV-Stelle vom 10. September 2020 aufzuheben und die Angelegenheit an die IV-Stelle zurückzuweisen ist. Diese hat zur Ermittlung der Auswirkungen der Minderintelligenz auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers weitere Abklärungen vorzunehmen. Anschliessend hat sie gestützt auf die Ergebnisse der Abklärungen den Invaliditätsgrad des Beschwerdeführers, der Einfluss auf die Ausrichtung von EL haben könnte, neu zu ermitteln und eine Verfügung zu erlassen.

9. Gemäss Art. 69 Abs. 1<sup>bis</sup> 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 Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt. Bei Fällen wie dem vorliegenden, in denen ein durchschnittlicher Verfahrensaufwand entstanden ist, setzt das Gericht die Verfahrenskosten in Berücksichtigung des bundesrechtlichen Kostenrahmens einheitlich auf Fr. 800.-- fest. Nach § 20 Abs. 3 VPO werden die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei in angemessenem Ausmass auferlegt. Vorliegend ist die IV-Stelle unterliegende Partei, weshalb die Verfahrenskosten ihr aufzuerlegen sind. Dem nicht anwaltlich vertretenen Beschwerdeführer ist gemäss Art. 61 lit. g ATSG keine Parteientschädigung zuzusprechen.

10. Gemäss Art. 90 des Bundesgesetzes über das Bundesgericht (BGG) vom 17. Juni 2005 ist die Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten an das Bundesgericht zulässig gegen Entscheide, die das Verfahren abschliessen. Selbständig eröffnete Zwischenentscheide sind – mit Ausnahme der Zwischenentscheide über die Zuständigkeit und über Ausstandsbegehren (Art. 92 BGG) – nur mit Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten anfechtbar, wenn sie einen nicht wiedergutzumachenden Nachteil bewirken können (Art. 93 Abs. 1 lit. a BGG) oder wenn die Gutheissung der Beschwerde sofort einen Endentscheid herbeiführen und damit einen bedeutenden Aufwand an Zeit oder Kosten für ein weitläufiges Beweisverfahren ersparen würde (Art. 93 Abs. 1 lit. b BGG). Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung handelt es sich bei einem Rückweisungsentscheid an den Versicherungsträger zur Aktenergänzung und anschliessenden Neuverfügung nicht um einen Endentscheid, sondern um einen Zwischenentscheid im Sinne von Art. 93 Abs. 1 BGG. Dies gilt auch für einen Rückweisungsentscheid, mit dem eine materielle Teilfrage (z.B. eine von mehreren materiell-rechtlichen Anspruchsvoraussetzungen) beantwortet wird (BGE 133 V 481 f. E. 4.2). Beim vorliegenden Rückweisungsentscheid handelt es sich um einen solchen Zwischenentscheid im Sinne des BGG. Demnach ist gegen ihn eine Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten an

das Bundesgericht nur unter den in Art. 93 Abs. 1 BGG genannten Voraussetzungen zulässig. Ob diese erfüllt sind, entscheidet das Bundesgericht. Die nachstehende Rechtsmittelbelehrung erfolgt unter diesem ausdrücklichen Vorbehalt.

Demgemäss wird **erkannt** :

- ://:
1. Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, als die angefochtene Verfügung der IV-Stelle Basel-Landschaft vom 10. September 2020 aufgehoben und die Angelegenheit zur weiteren Abklärung im Sinne der Erwägungen und zum Erlass einer neuen Verfügung an die IV-Stelle Basel-Landschaft zurückgewiesen wird.
  2. Die Verfahrenskosten in der Höhe von Fr. 800.-- werden der IV-Stelle Basel-Landschaft auferlegt.

<http://www.bl.ch/kantonsgericht>