



Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 14. Juli 2022 (720 19 157 / 172)

Invalidenversicherung

Rentenanspruch einer versicherten Person, welche an einer komplexen posttraumatischen Belastungsstörung und einer depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode leidet.

Besetzung Präsident Dieter Freiburghaus, Kantonsrichter Beat Hersberger, Kantonsrichter Christof Enderle, Gerichtsschreiberin Gisela Wartenweiler

Parteien **A.**____, Beschwerdeführer, vertreten durch Jürg Tschopp, Advokat, Simonius & Partner, Aeschenvorstadt 67, Postfach, 4010 Basel

gegen

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

Betreff IV-Rente

A. Der 1963 geborene A.____ meldete sich am 3. September 2013 unter Hinweis auf eine psychische Erkrankung bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an. Nach Abklärung der gesundheitlichen und beruflichen Verhältnisse verneinte die IV-

Stelle Basel-Landschaft (IV-Stelle) nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren mit Verfügung vom 3. April 2019 einen Rentenanspruch von A._____.

B. Gegen diese Verfügung erhob A._____, vertreten durch Advokat Jürg Tschopp, mit Eingabe vom 20. Mai 2019 Beschwerde ans Kantonsgericht, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht). Darin beantragte er, es sei ihm in Aufhebung der angefochtenen Verfügung eine volle Invalidenrente zuzusprechen. Eventualiter sei ein Gerichtsgutachten anzuordnen; alles unter o/e-Kostenfolge, wobei ihm die unentgeltliche Rechtspflege zu bewilligen sei. In der Begründung wurde im Wesentlichen die ausschlaggebende Beweiskraft des Gutachtens von Prof. Dr. med. B._____, FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 29. März 2016 samt Ergänzung vom 10. Mai 2016 bemängelt.

C. In ihrer Vernehmlassung vom 6. Juni 2019 beantragte die IV-Stelle unter Verweis auf die Stellungnahme von pract. med. C._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD), vom 4. Juni 2019 die Abweisung der Beschwerde.

D. Mit Verfügung vom 6. August 2019 wurde dem Versicherten die unentgeltliche Rechtspflege bewilligt.

E. Im Rahmen eines zweiten Schriftenwechsels hielten der Beschwerdeführer mit Replik vom 23. Oktober 2019 und die IV-Stelle mit Duplik vom 30. Oktober 2019 an ihren jeweils gestellten Anträgen fest.

F. Am 16. Dezember 2019 liess der Versicherte durch seinen Rechtsvertreter einen Bericht vom 4. Dezember 2019 und eine E-Mail von Dr. med. D._____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, vom 16. Dezember 2019 einreichen.

G. Anlässlich der Urteilsberatung vom 12. März 2020 kam das Kantonsgericht zum Schluss, dass das Gutachten von Prof. B._____ vom 29. März 2016 und ihre ergänzende Stellungnahme vom 10. Mai 2016 nicht genügend beweiskräftig seien, um darauf abstellen zu können. Da auch den übrigen bei den Akten liegenden medizinischen Berichten keine Beweiskraft zukomme, sei eine abschliessende Beurteilung der Angelegenheit gestützt auf die vorhandene medizinische Aktenlage nicht möglich. Es stellte deshalb den Fall aus und ordnete ein psychiatrisches Gutachten bei Dr. med. E._____ an.

H. In ihrer Stellungnahme zum vorgesehenen Gutachtensauftrag vom 27. April 2020 beantragte die IV-Stelle gestützt auf den Bericht ihres RAD-Arztbes. C._____ vom 27. April 2020, es sei angesichts der mehrfach von Prof. B._____ beschriebenen Aggravation und Inkonsistenzen eine qualifizierte neuropsychologische Testung inkl. Symptomvalidierung vorzunehmen. Der Versicherte stellte in seiner Eingabe vom 30. April 2020 den Antrag, es sei ein aktueller Bericht seines behandelnden Psychiaters, Dr. D._____, einzuholen. Gegen eine Begutachtung durch Dr. E._____ erhob er keine Einwände und verzichtete auf Zusatzfragen.

I. Mit Verfügung vom 14. Mai 2020 erteilte das Kantonsgericht Dr. E.____ definitiv den Gutachtensauftrag. Den Fragekatalog bzw. den Gutachtensauftrag ergänzte es dahingehend, als der Entscheid, ob die Einholung eines aktuellen Berichts von Dr. D.____ und eine qualifizierte neuropsychologische Testung samt Symptomvalidierung notwendig sei, dem Gutachter überlassen werde.

J. Als dem Kantonsgericht das Gutachten von Dr. E.____ vom 28. Mai 2021 vorlag, gab es den Parteien mit Verfügung vom 14. Juni 2021 Gelegenheit zur Stellungnahme. Der Versicherte liess in seiner Eingabe vom 16. August 2021 durch seinen Rechtsvertreter ausführen, dass dem Gutachten von Dr. E.____ volle Beweiskraft beizumessen sei. Da ihm gemäss der gutachterlichen Beurteilung eine Arbeitstätigkeit im ersten Arbeitsmarkt nicht zumutbar sei, sei ihm eine ganze Invalidenrente sechs Monate ab der IV-Anmeldung vom 3. September 2013 zuzusprechen. Falls davon auszugehen sei, dass ihm in der freien Wirtschaft eine Erwerbstätigkeit zumutbar sei, sei gemäss Dr. E.____ von einer Arbeitsfähigkeit zwischen 40 % und 60 % auszugehen. Unter Berücksichtigung eines leidensbedingten Abzugs von 20 % hätte er in diesem Fall Anspruch auf eine Dreiviertelsrente.

K. Die IV-Stelle kam in ihrer Stellungnahme zum Gerichtsgutachten vom 2. August 2021 gestützt auf die Beurteilung von pract. med. C.____ vom 30. Juli 2021 zum Schluss, dass eine volle Einschränkung der Arbeitsfähigkeit im ersten Arbeitsmarkt nicht nachvollziehbar sei. Sowohl die gutachterlich diagnostizierte komplexe posttraumatische Belastungsstörung als auch die mittelgrade depressive Episode stellten aufgrund der nicht sehr ausgeprägten Befunde keine schweren psychiatrischen Störungen dar. Zudem seien die Behandlungsmöglichkeiten nicht ausgeschöpft und es fehle an einer Prüfung der Standardindikatoren sowie an einer Stellungnahme zum Verlauf der Arbeitsunfähigkeit seit Eintritt der gesundheitlichen Beschwerden. Da die von Dr. E.____ in seiner Zumutbarkeitsbeurteilung berücksichtigte Dekonditionierung invaliditätsfremd sei, sollte die gutachterlich geschätzte medizinisch-theoretische Arbeitsfähigkeit Grundlage für den Rentenentscheid sein. Allenfalls seien Rückfragen an den Gutachter erforderlich.

L. Das instruierende Präsidium des Kantonsgerichts forderte Dr. E.____ am 26. August 2021 auf, sein Gutachten mit einer Prüfung der Standardindikatoren gemäss BGE 141 V 281 zu ergänzen. Ausserdem wurde um eine Stellungnahme zum Verlauf der Arbeitsunfähigkeit des Versicherten seit Eintritt der gesundheitlichen Beeinträchtigungen ersucht. Dieser Aufforderung kam Dr. E.____ am 8. November 2021 nach. Dabei stellte er klar, dass eine Arbeitsaufnahme zunächst im geschütztem Rahmen stattzufinden habe. Zum gegenwärtigen Zeitpunkt sei eine Arbeitsfähigkeit im ersten Arbeitsmarkt nicht gegeben.

M. Die IV-Stelle stellte sich am 10. Januar 2022 mit Verweis auf eine weitere Stellungnahme von pract. med. C.____ vom 6. Januar 2022 auf den Standpunkt, dass die Ergänzungen von Dr. E.____ nach wie vor nicht zu überzeugen vermögen. Der vom Gutachter attestierten vollen Arbeitsunfähigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt könne nicht gefolgt werden, da diese eine invaliditätsfremde Dekonditionierung berücksichtige. Es sei davon auszugehen, dass der Versicherte in einer Verweistätigkeit 55 % arbeitsfähig sei, was dem Mittelwert der von Dr. E.____

festgestellten medizinisch-theoretischen Arbeitsfähigkeit zwischen 50 % und 60 % entspreche. Ausgenommen seien die Zeiten der Hospitalisationen vom 22. Januar 2014 bis 27. Februar 2014 und vom 3. November 2015 bis 14. Februar 2016, während welchen eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestanden habe.

N. Der Rechtsvertreter stellte sich in seiner Stellungnahme vom 21. Januar 2022 im Namen und Auftrag des Versicherten weiterhin auf den Standpunkt, dass dem Gerichtsgutachten voller Beweiswert zukomme. Der Versicherte habe deshalb Anspruch auf eine ganze Invalidenrente ab Februar 2014.

Das Kantonsgericht zieht **in Erwägung** :

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. Auf die – im Übrigen frist- und formgerecht erhobene – Beschwerde des Versicherten vom 20. Mai 2019 ist demnach einzutreten.

1.2 Am 1. Januar 2022 trat die vom Gesetzgeber am 19. Juni 2020 beschlossene Änderung des IVG ("Weiterentwicklung der IV", WEIV) in Kraft. Die vorliegend angefochtene Verfügung erging vor dem 1. Januar 2022. Nach den allgemeinen Grundsätzen des intertemporalen Rechts und des zeitlich massgebenden Sachverhalts (statt vieler: BGE 144 V 210 E. 4.3.1, 129 V 354 E. 1 mit Hinweisen) sind daher die Bestimmungen des IVG und diejenigen der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) vom 17. Januar 1961 sowie des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000 in der bis 31. Dezember 2021 gültig gewesenen Fassung anwendbar (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 23. Februar 2022, 8C_455/2021, E. 2). Sie werden im Folgenden jeweils in dieser Version wiedergegeben, zitiert und angewendet.

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 Als Invalidität gilt nach Art. 8 ATSG die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Sie kann im IV-Bereich Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Unter Erwerbsunfähigkeit ist 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 allgemeinen Arbeitsmarkt zu verstehen (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind nach Art. 7 Abs. 2 ATSG ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen (Satz 1). Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Satz 2).

2.3 Die Annahme einer allenfalls invalidisierenden psychischen Gesundheitsbeeinträchtigung setzt eine fachärztlich (psychiatrisch) gestellte Diagnose nach einem wissenschaftlich anerkannten Klassifikationssystem voraus (BGE 143 V 409 E. 4.5.2, 141 V 281 E. 2.1, 130 V 396 E. 5.3 und E. 6). Eine fachärztlich einwandfrei festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne weiteres gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidität. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Entscheidend ist die nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu beurteilende Frage, ob es der versicherten Person zumutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (BGE 143 V 409 E. 4.2.1, 141 V 281 E. 3.7, 139 V 547 E. 5.2, 127 V 294 E. 4c, je mit Hinweisen; vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG). Gemäss BGE 143 V 409 und BGE 143 V 418 sind grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen. Diese Abklärungen enden laut Bundesgericht stets mit der Rechtsfrage, ob und in welchem Umfang die ärztlichen Feststellungen anhand der nach BGE 141 V 281 rechtserheblichen Indikatoren auf Arbeitsunfähigkeit schliessen lassen (vgl. BGE 143 V 418 E. 7.1).

2.4 Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG hat eine versicherte Person 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.

3.1 Ausgangspunkt der Ermittlung eines Rentenanspruchs bildet die Frage, in welchem Ausmass die versicherte Person aufgrund ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigungen arbeitsunfähig ist. Nach Art. 6 ATSG ist die Arbeitsunfähigkeit die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten (Satz 1). Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Satz 2).

3.2 Bei der Feststellung des Gesundheitszustandes und insbesondere auch 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 Person noch zugemutet werden können (BGE 132 V 93 E. 4 mit weiteren Hinweisen).

3.3 Das Gericht hat die medizinischen Unterlagen nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (vgl. 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 Beweiswertes 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, 122 V 157 E. 1c).

4.1 Den medizinischen Akten ist zu entnehmen, dass der Versicherte erstmals am 16. April 2013 aufgrund einer mittelgradigen depressiven Episode zu 100 % arbeitsunfähig geschrieben wurde (vgl. Bericht von Dr. med. F.____, FMH Allgemeine Innere Medizin, vom 8. Oktober 2013). Danach fand in der G.____ eine ambulante und vom 22. Januar 2014 bis 27. Februar 2014 eine stationäre Behandlung statt. Als Diagnosen wurden eine mittelgradige depressive Episode ohne somatisches Syndrom (DD: eine Anpassungsstörung mit gemischter Störung von Gefühlen und Sozialverhalten auf dem Hintergrund einer andauernden Persönlichkeitsstörung nach Extrembelastung bei Gefängnisaufenthalt mit Folter in der X.____ im Alter zwischen 13 und 19 Jahren), psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol, schädlicher Gebrauch, Probleme in der Beziehung zur Ehepartnerin, Probleme in Verbindung mit Berufstätigkeit und Arbeitslosigkeit und ein Status nach vorsätzlicher Selbstschädigung durch Erhängen im November 2013 aufgeführt (vgl. Berichte der G.____ vom 17. März 2014 und 27. Oktober 2014).

4.2 Gestützt auf die Empfehlung des RAD-Arztbes. pract. med. C.____ vom 26. Oktober 2015 beauftragte die IV-Stelle Prof. B.____ mit einer psychiatrischen Begutachtung. Diese konnte anlässlich ihrer Untersuchung vom 11. Februar 2016 als Diagnose lediglich einen schädlichen Gebrauch von Alkohol ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit feststellen. In ihrem Gutachten vom 29. März 2016 merkte Prof. B.____ an, dass die Testung zweimal habe unterbrochen werden müssen, weil der Versicherte angeblich wegen Beschwerden im Rücken nicht lange sitzen könne. Immer wieder habe er nach der Dauer der Untersuchung gefragt. Als sich das Ende abgezeichnet habe, habe sich seine Stimmung gebessert und er habe begonnen zu lächeln. Dieses Verhalten hinterlasse ein ambivalentes Gefühl bezüglich der wahren Befindlichkeit des Versicherten. Bei allen durchgeführten Testungen seien unterdurchschnittliche Leistungen aufgefallen. Die gezeigten Defizite seien jedoch nicht vereinbar mit der biografischen Schilderung von guten Schulleistungen, der Teilnahme am politischen Widerstand in seinem

Heimatland und der Fähigkeit, mit einem gefälschten Pass aus dem Gefängnis mit Folter entflohen zu sein sowie mit dem Erwerb eines Führerausweises und der jahrelangen Ausübung eines Berufs im Transportwesen. Weiter hielt Prof. B.____ fest, dass sich erhebliche Inkonsistenzen zwischen den geklagten Beschwerden, den in der Vergangenheit erbrachten testpsychologischen Leistungen, dem während der stationären Behandlungen beobachteten Verhalten und der Biografie ergäben. Solche Inkonsistenzen seien bereits der Ärzteschaft der G.____ aufgefallen, indem sie die festgestellte leichte Intelligenzminderung mit der Tätigkeit als Chauffeur und Schichtführer als nicht vereinbar betrachtet habe. Es gebe bis auf die Alpträume und die einzelnen Flashbacks keine Hinweise für das Vorliegen einer andauernden Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung oder eine posttraumatische Störung. Auch wenn die Erfahrungen in Haft traumatisierend gewirkt hätten, sei er danach in der Lage gewesen, eine Familie aufzubauen sowie eine langjährige Berufstätigkeit in einem fremden Land auszuüben. Dies sei bei einer posttraumatischen Störung nicht möglich.

4.3 Im Zeitpunkt der Begutachtung befand sich der Versicherte stationär in der G.____ (Aufenthalt vom 3. November 2015 bis 14. Februar 2016). Im Bericht der G.____ vom 20. April 2016 wurde eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige depressive Episode, eine Persönlichkeitsstörung mit abhängigen und ängstlich vermeidenden Anteilen, eine leichte kognitive Störung (mittelschwere neuropsychologische Störung) mit im Vordergrund stehenden fluktuierenden Aufmerksamkeitsleistungen und eine nicht näher bezeichnete Reaktion auf eine schwere Belastung diagnostiziert. Aufgrund der insgesamt geringen Belastbarkeit und der herabgesetzten Leistungsfähigkeit bestehe keine Arbeitsfähigkeit mehr auf dem ersten Arbeitsmarkt. Während des stationären Aufenthalts wurde der Versicherte am 28. Januar 2016 und 2. Februar 2016 im Spital H.____ neurologisch untersucht. In der Beurteilung vom 30. März 2016 führte die Ärzteschaft als Diagnosen eine mittelschwere neuropsychologische Störung und eine aktuell schwere depressive Episode auf. Im Vordergrund ständen die fluktuierenden Aufmerksamkeitsleistungen und eine Verlangsamung im Arbeitstempo. Zudem lägen Minderleistungen in anderen kognitiven Bereichen vor. Die als formal grenzwertig zu bewertenden Ergebnisse stellten eine unbewusste Symptomverdeutlichung im Rahmen der Depression dar, welche möglicherweise durch die Aufmerksamkeitsfluktuationen beeinflusst werde.

4.4 Nach Einsicht in den Bericht der G.____ vom 20. April 2016 führte Prof. B.____ in ihrer ergänzenden Stellungnahme vom 10. Mai 2016 aus, dass sich dadurch nichts an ihrer Beurteilung vom 29. März 2016 ändere.

4.5 Am 12. Mai 2017 teilten die behandelnden Ärzte der G.____ dem Rechtsvertreter des Versicherten mit, dass dieser an einer chronifizierten, leicht bis mittelgradigen Depression auf dem Hintergrund einer Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung leide. Im Vordergrund stehe eine Verhaltensstörung. Aufgrund der kognitiven Beeinträchtigungen, der inneren Unruhe, der Antriebslosigkeit, der Unfähigkeit, Entscheide zu fällen und der geringen Verantwortungsübernahme bestehe keine Arbeitsfähigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt. Die Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung im Sinne einer Traumafolgestörung habe die Entstehung der depressiven Erkrankung begünstigt und zur Chronifizierung beigetragen (vgl. auch Bericht vom 3. März 2017).

4.6 In einer weiteren Stellungnahme zu den Vorbringen des Rechtsvertreters des Versicherten vom 16. Mai 2017 führte Prof. B._____ am 28. Februar 2018 aus, dass sie sich nach wie vor auf den Standpunkt stelle, dass die Kriterien für die Diagnose einer andauernden Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung nicht erfüllt seien, beständen beim Versicherten doch keine Gefühle der Entfremdung und keine feindliche oder misstrauische Haltung der Welt gegenüber.

4.7 Während die behandelnden Ärzte der G._____ am 30. April 2018 bis auf eine zunehmende Vergesslichkeit von einem mehr oder weniger gleichbleibenden psychischen Gesundheitszustand berichteten, wies Dr. D._____ ein Jahr später am 3. Mai 2019 auf einen leicht verschlechterten psychischen Zustand seit 2013 hin. Aktuell sei die chronifizierte Depression mittel- bis schwergradig ausgeprägt; der Versicherte sei vollständig arbeitsunfähig. Seinem Bericht vom 4. Dezember 2019 ist sodann zu entnehmen, dass er am 2. Dezember 2019 eine Mini-ICF-App-Testung durchgeführt habe, welche erhebliche Einschränkungen in sämtlichen getesteten Fähigkeiten ergeben habe.

4.8 Die IV-Stelle stützte sich in der angefochtenen Verfügung vom 3. April 2019 bei der Beurteilung des medizinischen Sachverhalts hauptsächlich auf das neuropsychologische Gutachten von Prof. B._____ samt Ergänzungen sowie die Stellungnahmen ihres RAD. Sie ging demzufolge davon aus, dass beim Versicherten einzig ein Suchtleiden vorliege, welches keinen invalidisierenden Gesundheitsschaden darstelle.

5.1.1 Dieser Ansicht konnte sich das Gericht anlässlich seiner Urteilsberatung vom 12. März 2020 nicht anschliessen (vgl. Beschluss vom 12. März 2020). Der von ihm beauftragte psychiatrische Gutachter Dr. E._____ erhob in seinem sehr ausführlichen Gutachten vom 28. Mai 2021 als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine komplexe posttraumatische Belastungsstörung (ICD-11 6B41; gemäss ICD-10: Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung F62.0) und eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1). Die psychischen und Verhaltensstörungen durch Tabak, Abhängigkeitssyndrom (ICD-10 F17.2) und der Status nach psychischen und Verhaltensstörungen durch Alkohol, schädlicher Gebrauch (ICD-10 F10.1) beeinflussten die Arbeitsfähigkeit dagegen nicht.

5.1.2 Im Abschnitt "Diagnostische Diskussion und Stellungnahme zu divergierenden Diagnosen anderer Behandler/Institutionen" wies Dr. E._____ einleitend darauf hin, dass sich zwischen den Behandlern, den verschiedenen Gutachtern und der IV-Stelle eine Kontroverse darüber entwickelt habe, ob beim Versicherten eine krankheitswertige psychiatrische Störung vorliegen würde oder nicht und ob die von ihm präsentierten und vorgebrachten Beschwerden als Ausdruck einer krankheitswertigen psychiatrischen Störung oder aber im Sinne einer Aggravation zu verstehen seien. In diesem Verfahren sei demnach hauptsächlich strittig, (1) ob die Beschwerdeschilderung und Symptompräsentation des Exploranden als gültig und authentisch angesehen werden dürften oder ob eine Antwortverzerrung vorliege, (2) ob eine allfällige Verzerrung bewusst, bewusstseinsnah oder unbewusst erfolge und (3) ob die einer allfälligen Verzerrung zugrundeliegende Motivation bewusst, willentlich und reflektiert oder unbewusst sei.

Nach einer eingehenden Auseinandersetzung mit der medizinischen Aktenlage wies Dr. E.____ darauf hin, dass die Berichte wenig Aussagen über die Authentizität der Beschwerdeschilderung oder der Symptompräsentation ermöglichten. Die Beschreibungen fielen eher knapp aus und zeichneten ein von Vermeiden und Passivität geprägtes Bild. Bei der neuropsychologischen Untersuchung durch Prof. B.____ habe sich ein Verhalten gezeigt, welches deutlich unterhalb der Möglichkeiten liege, die der Versicherte tatsächlich entfalten könnte. Er könne jedoch der Ansicht von Prof. B.____, wonach die Beschwerden und Symptome bewusst vorgetäuscht oder zumindest ausgeprägter dargestellt würden, um absichtlich einen finanziellen Gewinn durch eine Berentung zu erzielen, nicht folgen. Unter Berücksichtigung, dass Simulation oder Aggravation eine Möglichkeit einer bewussten oder bewusstseinsnahen negativen Antwortverzerrung darstelle, sei ein finanzieller Engpass als Grundlage für ein mögliches Motiv unzureichend, um daraus eine bewusste Motivation abzuleiten. Gestützt auf seine Untersuchungen gelange er vielmehr zum Schluss, dass zwar Hinweise auf eine nicht-authentische Symptompräsentation vorlägen, die jedoch nicht durchgängig, sondern nur in bestimmten Sequenzen vorgeführt würde. Weiter hielt Dr. E.____ fest, dass der Versicherte auch bewusst falsche Antworten gebe und Verhaltensweisen zeige, die auf eine suboptimale Leistungsanstrengung hindeuteten. Zudem sei aufgefallen, dass er oft angebe, sich nicht zu erinnern oder vage, unpräzise Angaben mache. Andere Antworten seien demgegenüber wieder sehr präzise. Diese Verhaltensweisen seien mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit teilweise bewusst oder bewusstseinsnah, aber nicht planvoll oder auf ein eindeutig erkennbares äusseres Motiv, wie z.B. das Erlangen einer Rente, ausgerichtet. Es sei vielmehr davon auszugehen, dass primär eine Verdeutlichungstendenz bestehe, welche sowohl bewusstseinsferne als auch bewusste bzw. bewusstseinsnahe Anteile beinhalte und Ausdruck eines primären und sekundären Krankheitsgewinns sei. Zudem sei zu berücksichtigen, dass die gezeigten Fehlleistungen, insbesondere die fehlenden Erinnerungen, mit hoher Wahrscheinlichkeit auf eine nur teilweise bewusste Abwehrformation im Sinne eines Schutzes vor traumatischen Affekten zurückzuführen seien.

5.1.3 Im Weiteren ging Dr. E.____ einlässlich auf die zur Diskussion stehenden psychiatrischen Diagnosen ein. Dabei erläuterte er ausführlich, dass und weshalb beim Versicherten in erster Linie die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung zu stellen sei. Zudem diskutierte er die Frage, ob beim Versicherten eine Traumafolgestörung vorliege. Dabei gelangte er zur Auffassung, dass von einer komplexen posttraumatischen Belastungsstörung nach ICD-11 6B.41 auszugehen sei, welche zeitweise deutlich von einer sekundären depressiven Symptomatik überlagert werde. Dem Versicherten gelinge es offenbar, die traumatischen Erinnerungen mehr oder weniger zu unterdrücken, zum "Preis einer anhaltenden psychischen Arbeit", die sich in einer sekundären Symptomatik in Form einer chronischen oder chronisch rezidivierenden Depressivität manifestiere. Die ICD-10 verfüge nach heutigem Forschungs- und Wissensstand über keine diagnostische Kategorie, die geeignet wäre, eine komplexe Traumafolgestörung im Sinne einer komplexen posttraumatischen Belastungsstörung nach ICD-11 adäquat abzubilden. Behelfsmässig könne im Rahmen der Klassifikation nach ICD-10 auf die Diagnose einer Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung F62.0 zurückgegriffen werden.

5.1.4 In einem nächsten Abschnitt befasste sich Dr. E.____ mit der Frage, inwieweit relevante psychosoziale Belastungsfaktoren zu beachten seien. Er hielt diesbezüglich fest, dass der

Versicherte über eine nur geringe Schulbildung und keine Berufsausbildung verfüge, was invaliditätsfremde Faktoren seien. Trotz fehlender Bildung sei es ihm schon kurz nach der Einreise in die Schweiz gelungen, eine Arbeitsstelle anzunehmen und über mehr als drei Jahrzehnte berufstätig zu bleiben, was als Ressource zu werten sei. Inzwischen sei der Versicherte 58 Jahre alt, also in einem Alter, das mit eher schlechten Aussichten auf eine Rückkehr in den ersten Arbeitsmarkt verbunden sei und möglicherweise auch assoziiert mit kulturell geprägten Vorstellungen, alt zu sein, was wiederum invaliditätsfremde Faktoren seien. Für die Krankheitsentwicklung von gewisser Relevanz dürften hingegen der Verkehrsunfall 2012, der Verlust der Arbeitsstelle, der missglückte Versuch, ein eigenes Restaurant zu eröffnen, die Scheidung und der damit verbundene Verlust des Hauses sein. Die aufgeführten Verluste hätten das Identitätsgefühl des Versicherten in relevantem Ausmass beeinträchtigt, was für sich genommen ausreichte, um eine depressive Krise anzustossen, im vorliegenden Fall aber darüber hinaus eine Abwehrformation labilisiert haben dürfte, mit welcher der Versicherte die über Jahrzehnte bestehende Traumafolgestörung mehr oder weniger erfolgreich habe kompensieren können. Die aufgeführten Ereignisse seien deshalb geeignet, eine verhängnisvolle psychische Fehlentwicklung auszulösen, weshalb sie als invaliditätsrelevante Faktoren anzusehen seien.

5.1.5 In seiner medizinischen Beurteilung der Funktionsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht hielt Dr. E. ____ "unter Würdigung aller zur Verfügung stehenden Quellen und gestützt auf die diversen zusammengeführten Beurteilungsdimensionen" zusammenfassend Folgendes fest: Es handle sich beim Versicherten um eine Person, welche wenig Schulbildung genossen habe und im späten Jugend- oder frühen Erwachsenenalter polizeilicher Gewalt mit sechsmonatiger Inhaftierung und Folter ausgesetzt gewesen und erheblich traumatisiert worden sei. Im Alter von 19 Jahren sei er in die Schweiz eingereist und habe über drei Jahrzehnte in unterschiedlichen Berufen gearbeitet. In den 90er-Jahren habe er eine Familie gegründet und die mehrfache Belastung als Vater, Ehemann, Vollzeitmitarbeiter und zeitweise Arbeitgeber mehr oder weniger ordentlich bewältigt. Er verfüge über eine einfache Persönlichkeitsstruktur ohne relevante psychopathologische Auffälligkeiten. Aufgrund der oben beschriebenen Verluste und Ereignisse sowie der möglicherweise einsetzenden Schwächung der Abwehr- und Kompensationsmechanismen habe sich eine relevante Störung des Identitätsgefühls, der Selbstwirksamkeits- und Selbstkohärenz eingestellt. Die hernach eingetretene Krankheitsentwicklung im Sinne einer komplexen posttraumatischen Belastungsstörung mit sekundärer, chronifizierender depressiver Symptomatik sei von einem gewissen sekundären Krankheitsgewinn, nämlich der Zuwendung von Teilen des Familiensystems, mitbeeinflusst. Wesentlich mehr geprägt sei der Krankheitsverlauf von einem erheblichen primären Krankheitsgewinn im Sinne einer dysfunktionalen, also an sich missglückten, psychisch jedoch entlastenden Konfliktbewältigung. In deren Kontext sei auch die unbewusste Identifikation mit einer Krankenrolle einzuordnen, die insgesamt eine ausgesprochen stabile Abwehrformation darstelle. Als deren Abkömmling sei auch die teilweise feststellbare Tendenz zur nicht-authentischen Beschwerdeschilderung und Symptompräsentation sowie eine teilweise deutlich suboptimale Leistungsanstrengung bis hin zum möglicherweise unbewussten Unterschreiten der eigenen Leistungsfähigkeit als ein primär unbewusstes und bestenfalls zu Teilen bewusstseinsnahes Geschehen im Sinne einer Verdeutlichungstendenz zu verstehen. Durch die vorliegende Konstellation einer affektiven Störung auf dem Hintergrund einer schweren Traumafolgestörung, die durch die affektive und die spezifische Vermeidungs-

symptomatik auf geringem Niveau stabil gehalten und in gewissem Grade durch das versorgende Umfeld negativ verstärkt werde, bestehe eine insgesamt als mittelgradig anzunehmende Funktionsstörung bei vorhandener, aber nicht allzu ausgeprägter Reservekapazität.

5.1.6 Zur Frage der Arbeitsfähigkeit des Versicherten führte der Gutachter aus, in der bisherigen Tätigkeit bestehe aktuell aus psychiatrischer Sicht keine Arbeitsfähigkeit. Dabei sei zu berücksichtigen, dass zusätzlich zur festgestellten krankheitsbedingten, mittelgradigen Funktionsstörung eine nicht unerhebliche Dekonditionierung vorliege, habe der Versicherte doch seit nunmehr über acht Jahren nicht mehr in seiner angestammten Tätigkeit oder anderswo im ersten Arbeitsmarkt gearbeitet, sondern lediglich noch zeitweise – und nur in einem geringen Pensum – an einer geschützten Arbeitsstelle. Medizinisch-theoretisch lasse sich die krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit auf 50 % bis 60 % beziffern, zusammengenommen mit dem Effekt der Dekonditionierung bestehe keine Arbeitsfähigkeit im ersten Arbeitsmarkt. Es spreche jedoch nichts gegen die Wiederaufnahme einer Tätigkeit im geschützten Rahmen im Umfang von zunächst zwei bis höchstens drei Tagen die Woche, wobei im Verlauf von ca. sechs Monaten und unter enger therapeutischer Begleitung unbedingt eine Steigerung auf vier bis fünf Halbtage sowie eine Ausdehnung der Präsenzzeit versucht werden sollte, entsprechend einem Pensum von 50 %. Im Erfolgsfall sollte ausreichend Zeit gewährt werden, um das Erreichte zu konsolidieren. Begleitend wäre über den Verlauf von sechs bis zwölf Monaten mit geeigneten therapeutischen Massnahmen die vorhandene Reservekapazität zu fördern und im Rahmen der geschützten Tätigkeit im Sinne einer angepassten Belastungssteigerung zu überprüfen. Unter ordentlich günstigen Umständen dürfte so eine Restarbeitsfähigkeit von 40 % bis 50 % zu erzielen sein. Diese Einschätzungen gälten auch für eine angepasste Tätigkeit.

5.1.7 Am Schluss seines Gutachtens ging Dr. E.____ auf die Frage ein, ob zur Vervollständigung des medizinischen Sachverhalts eine neuropsychologische Begutachtung des Versicherten notwendig sei. Bekanntlich hatte die IV-Stelle in ihrer Stellungnahme zum Begutachtungsauftrag um eine solche zusätzliche Expertise ersucht, da sich Aggravation und Simulation mit geeigneten Symptomvalidierungsverfahren objektiv auf einer verlässlichen Grundlage beurteilen liessen. Dr. E.____ gelangte diesbezüglich aber zur Auffassung, dass die Notwendigkeit (und Eignung) einer neuropsychologischen Begutachtung im vorliegenden Fall nicht gegeben sei. Er sei im Rahmen seiner Beurteilung ausführlich auf die strittige Frage der nicht-authentischen Beschwerdeschilderung und Symptompräsentation eingegangen. Aus einer neuropsychologischen Beurteilung dürften sich deshalb kaum neue Erkenntnisse gewinnen lassen, die geeignet wären, den festgestellten Sachverhalt in Frage zu stellen. Zu berücksichtigen sei auch, dass die geringe Schulbildung und die geringen Deutschkenntnisse des Versicherten eine neuropsychologische Testung deutlich erschweren würden.

5.2.1 In seinem ergänzenden Gutachten vom 8. November 2021 nahm Dr. E.____ eine Prüfung der Standardindikatoren gemäss BGE 141 V 281 vor. Insbesondere wies er im Themenkomplex "Gesundheitsschädigung" wiederum darauf hin, dass beim Versicherten eine ausgesprochen stabile Abwehrformation in Form von Vermeidungssymptomen anzutreffen sei. Dadurch könnten manifeste Beschwerden und Symptome in einem gewissen Umfang verhindert werden, jedoch zum "Preis einer erheblichen Einschränkung der psychischen Funktionalität

und Partizipation". Die gegenwärtig mittelgradig ausgeprägte depressive Störung sei als eine sekundär entstandene Begleiterkrankung zu verstehen. Die depressive Symptomatik und vormals auch das Suchtverhalten bewirkten eine Entlastung der Traumafolgestörung und dienten der Abwehr von traumatischen Inhalten dahingehend, dass sie auf die Gesamtheit des psychischen Gefüges – wenn auch dysfunktional – doch stabilisierend wirkten. Ergänzend sei zu betonen, dass eine Veränderung der äusseren Umstände, die geeignet wäre, die Aufgabe oder eine Minderung der Vermeidungssymptome zu erzwingen, zu einer erheblichen psychischen Destabilisierung mit deutlicher Zunahme der Kernsymptomatik der posttraumatischen Belastungsstörung oder der Depressivität führen würde. Von pharmakotherapeutischen, apparativen und psychotherapeutischen Massnahmen seien eine geringe Wirkung zu erwarten, da auch bei einem sehr günstigen Behandlungsverlauf eine erhebliche und therapeutisch nicht weiter beeinflussbare Gesundheitsschädigung bestehen bleiben dürfte.

5.2.2 Im Rahmen der Prüfung des Komplexes "Persönlichkeit" stellte Dr. E._____ fest, dass es sich beim Versicherten um eine einfach strukturierte Persönlichkeit handle, welche mit einem geringen Spektrum von innerpsychischen Konfliktbewältigungsstrategien ausgestattet sei. Dies bedeute, dass er Veränderungen, Schicksalsschlägen und Konflikten mit wenig differenzierten innerpsychischen Ressourcen begegnen könne. Diese Ressourcen seien bereits vor Eintritt der krankheitsbedingten psychischen Störung um 2012 beschränkt gewesen. Im Laufe der Jahre seien sie derart beeinträchtigt worden, dass er nun über sehr deutlich begrenzte innerpsychische Ressourcen verfüge.

5.2.3 Im Zusammenhang mit der Kategorie "Konsistenz" bemerkte er, dass sich insgesamt keine wesentlichen Diskrepanzen finden liessen. Die beschriebenen Defizite seien nicht ohne weiteres mit einer Willensanstrengung zu überwinden, da diese durch eine komplexe innerpsychische Abwehrformation bestimmt seien, die zu grossen Teilen unbewusst oder bewusstseinsfern sei.

5.2.4 Zur Arbeitsfähigkeit führte er aus, dass eine Arbeitstätigkeit auch unter optimal angepassten Bedingungen zu einer Labilisierung der beschriebenen Abwehrformation und Exazerbation des Krankheitsgeschehens führen könne. Eine Eingliederung in eine Verweistätigkeit dürfe nur unter engmaschiger, adäquater therapeutischer Begleitung erfolgen. Relevante Einschränkungen seien die deutliche Beeinträchtigung der Flexibilität sowie der Umstellungs- und der Durchhaltefähigkeit, welche eine gewisse äussere Struktur und Motivation erfordere, um Aufgaben angehen und durchhalten zu können. Weiter seien die Selbstbehauptungsfähigkeit, die Kontaktfähigkeit zu Dritten sowie die Fähigkeit zu familiären und intimen Beziehungen schwer beeinträchtigt. Zudem bestehe eine relevante Störung des Vermögens, selbstständig Aktivitäten zu initiieren. Ausserdem würden die grundlegenden Ich-Funktionen und damit die Belastbarkeit durch die komplexe posttraumatische Belastungsstörung deutlich beeinträchtigt. Aufgrund dieser Einschränkungen hätten bei der Ausübung einer optimal angepassten Verweistätigkeit Anleitung und Kontrolle der Aufgaben engmaschig zu erfolgen und die Arbeitsabläufe klar und übersichtlich zu sein, damit der Versicherte nicht von sich aus nachfragen oder sich rückversichern müsse. Die Arbeiten sollen eher repetitiv im Sinne von Routineaufgaben sein, ohne Anspruch auf eigene Initiative und Flexibilität. Die Arbeit dürfe nur eine geringe Ei-

genverantwortung voraussetzen und müsse regelmässige Arbeitszeiten beinhalten. Schichtarbeit sei nicht möglich. Zudem sei ein sehr stabiles, überschaubares Team ohne allzu viele personelle Wechsel notwendig. Grundsätzlich seien dem Versicherten keine oder nur deutlich beschränkte Kundenkontakte mit sehr klarer Regelung zumutbar. Da laute und plötzliche Geräusche traumatische Inhalte aktivieren könnten, sollte der Arbeitsplatz ruhig und eher reizarm gestaltet sein und wenig Zeitdruck, ausreichend Ruhepausen sowie einen Ort für einen spontanen Rückzug beinhalten. Diese Bedingungen gälten auch nach schrittweisem, erfolgreichem Aufbau des Pensums. Das Pensum an einem geschützten Arbeitsplatz von zwei Stunden an zwei bis drei Tagen in der Woche dürfe anfänglich nicht überschritten werden. Ein höheres Pensum führe aufgrund der bestehenden Dekonditionierung, aber auch aufgrund der deutlich reduzierten Belastbarkeit und Flexibilität zu einer raschen Exazerbation des psychischen Leidens. Dies bedeute, dass die auf niedrigem Niveau etablierte Stabilität erschüttert und mit einer Zunahme der depressiven Symptomatik einhergehen würde mit möglicherweise vermehrtem Auftreten von traumatischem Wiedererleben oder kompensatorischer Symptomatik. Dr. E.____ betonte, dass im gegenwärtigen Zeitpunkt eine Arbeitsfähigkeit im ersten Arbeitsmarkt nicht gegeben sei.

5.2.5 Dr. E.____ führte zum Verlauf der Arbeitsfähigkeit aus, dass der Zustand des Versicherten seit 2012 mehr oder weniger gleichbleibend sei. Der Effekt der Dekonditionierung sei spätestens 2013 relevant hinzugetreten. Während der stationären Behandlungen in der G.____ vom 22. Januar 2014 bis 27. Februar 2014 und vom 3. November 2015 bis 14. Februar 2016 habe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bestanden. Am Schluss nahm Dr. E.____ ausführlich Stellung zu den Einwänden des RAD-Arztes.

6.1 Wie alle Beweismittel unterliegen Gerichtsgutachten der freien richterlichen Beweiswürdigung. Kriterien der Beweiswürdigung bilden die Vollständigkeit, die Nachvollziehbarkeit und die Schlüssigkeit des Gutachtens. Das Gericht hat zu prüfen, ob das Gutachten alle Fragen beantwortet, sich auf den zutreffenden Sachverhalt stützt und den Befund ausreichend begründet. In Sachfragen weicht das Gericht jedoch "nicht ohne zwingende Gründe" von einer gerichtlichen Expertise ab. Aufgabe der medizinischen Expertin bzw. des medizinischen Experten ist es, ihre bzw. seine Fachkenntnisse der Gerichtsbarkeit zur Verfügung zu stellen, um einen bestimmten Sachverhalt medizinisch erfassen zu können (BGE 125 V 351 E. 3b/aa). Ein Grund zum Abweichen kann vorliegen, wenn die Gerichtsexpertise widersprüchlich ist oder wenn ein vom Gericht eingeholtes Obergutachten in überzeugender Weise zu anderen Schlussfolgerungen gelangt. Eine abweichende Beurteilung kann ferner gerechtfertigt sein, wenn gegensätzliche Meinungsäusserungen anderer Fachexperten dem Gericht als triftig genug erscheinen, die Schlüssigkeit des Gerichtsgutachtens in Frage zu stellen, sei es, dass es die Überprüfung durch einen Oberexperten für angezeigt hält, sei es, dass es ohne Oberexpertise vom Ergebnis des Gerichtsgutachtens abweichende Schlussfolgerungen zieht (BGE 118 V 286 E. 1b, 112 V 30 E. 1a mit Hinweisen).

6.2 Nach Würdigung der vorliegenden medizinischen Aktenlage kommt das Gericht zum Schluss, dass dem Gerichtsgutachten von Dr. E.____ vom 28. Mai 2021 samt Ergänzung vom 8. November 2021 volle Beweiskraft zuzumessen ist. Das Gutachten von Dr. E.____ ist ausserordentlich sorgfältig erstellt worden; es beruht nicht nur auf einer vierstündigen persönlichen

Untersuchung im Beisein eines Dolmetschers und den medizinischen Vorakten, sondern zusätzlich auf fremdanamnestischen Angaben der behandelnden Ärzte, Dr. D.____ und Dr. med. I.____, ehemaliger Oberarzt des Ambulatoriums und der Tagesklinik der G.____, bei welchem der Versicherte von April 2013 bis März 2019 in ambulanter und teilstationärer Behandlung stand (vgl. Bericht der G.____ vom 13. August 2019 und Telefonat zwischen Dr. I.____ und Dr. E.____ [vgl. Gutachten Seite 56 f.]). Die Anamnese zeigt auf, dass der Versicherte eingehend befragt und einlässlich auf seine Angaben eingegangen worden ist. Dadurch ergibt sich ein umfassendes Bild über seine Persönlichkeit und die Krankheitsentwicklung. Zudem beruhen die psychiatrischen Diagnosen auf einer ausführlichen diagnostischen Diskussion. Auch wenn das Gutachten äusserst ausführlich ist und dadurch an Übersichtlichkeit verliert, wird es der Komplexität des gesundheitlichen Leidens des Versicherten gerecht.

Inhaltlich befasste sich Dr. E.____ unter anderem eingehend mit der hauptsächlich strittigen und kontrovers beurteilten Frage, ob die vom Versicherten präsentierten und vorgebrachten Beschwerden als Ausdruck einer krankheitswertigen psychiatrischen Störung oder aber im Sinne einer Aggravation oder Simulation zu verstehen seien. Dr. E.____ zeigte diesbezüglich überzeugend auf, dass Ersteres der Fall ist und beim Versicherten zwar Verdeutlichungstendenzen bestehen, dass aber eine Aggravation verneint werden muss. Im Zusammenhang mit dieser Fragestellung setzte sich der Gutachter zudem ausgesprochen sorgfältig mit den – vollständig – abweichenden ärztlichen Beurteilungen der Gutachterin Prof. B.____ auseinander und legte schlüssig dar, weshalb auf deren Einschätzung nicht abgestellt werden kann. Überzeugend ist sodann auch, wie Dr. E.____ die von ihm erhobenen Diagnosen begründet. In seinem Ergänzungsgutachten vom 8. November 2021 vervollständigte er sein Hauptgutachten, indem er die Standardindikatoren nach BGE 141 V 281 prüfte und sich mit dem Verlauf der Arbeitsfähigkeit befasste. In dieser Hinsicht ist Dr. E.____ auf die von der IV-Stelle in ihrer Stellungnahme vom 2. August 2021 beanstandeten Punkte eingegangen. Zudem ergänzte er seine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit und erklärte, weshalb den Einwänden des zuständigen RAD-Arztes nicht gefolgt werden kann. Die psychiatrische Beurteilung der Arbeitsfähigkeit und deren Auswirkungen auf die Funktionsfähigkeit kann gut nachvollzogen werden. Seine Begründung, dass der Versicherte gegenwärtig im freien Arbeitsmarkt nicht arbeitsfähig sei, leuchtet ein. Damit bildet das psychiatrische Gutachten zusammen mit dem Ergänzungsgutachten eine rechtsgenügende Grundlage, um den Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit des Versicherten zuverlässig beurteilen zu können. In all diesen Punkten kann deshalb an dieser Stelle von weiteren Erörterungen abgesehen und stattdessen vollumfänglich auf die betreffenden Ausführungen des Gutachters in seiner Expertise vom 28. Mai 2021 samt Ergänzung vom 8. November 2021 verwiesen werden.

7.1 An der ausschlaggebenden Beweiskraft des psychiatrischen Gutachtens von Dr. E.____ vermögen die Einwände des RAD und der IV-Stelle nichts zu ändern. Der Gutachter befasste sich in seinem Ergänzungsgutachten vom 8. November 2021 mit den Einwänden des RAD-Arztes pract. med. C.____ in dessen Stellungnahme vom 30. Juli 2021. Den betreffenden Argumenten des Gutachters ist vollumfänglich zuzustimmen, sodass auf weitere Ausführungen zur vom RAD und von der IV-Stelle geäusserten Kritik verzichtet werden kann.

7.2 Auch die Vorbringen des RAD-Arztes in seiner Stellungnahme vom 6. Januar 2022 geben keinen Anlass, an der Zuverlässigkeit des Gutachtens von Dr. E.____ zu zweifeln. Nach wie vor hielt der RAD-Arzt daran fest, dass die Diagnose einer schweren komplexen posttraumatischen Belastungsstörung aufgrund des Aktenverlaufs, des gleichzeitigen Vorliegens von starken psychosozialen Faktoren, der nicht durchgehend authentischen Symptompräsentation und der nur leicht- bis mittelgradigen, objektiv nicht stark ausgeprägten Befunde unwahrscheinlich sei. Dies umso mehr, als gemäss den Feststellungen von Dr. E.____ sich eine Symptomverschiebung in Richtung einer chronischen depressiven Störung ergeben habe. Da diese jedoch nur leicht- bis mittelgradig ausgeprägt sei, könne nicht von einer schweren psychischen Morbidität ausgegangen werden. In dieser Hinsicht ist Dr. E.____ zuzustimmen, dass sich Ausprägung und Schwere einer psychiatrischen Erkrankung nicht allein aus den zu einem bestimmten Zeitpunkt vorliegenden Befunden und Symptomen erschliessen lassen. Es bedarf vielmehr deren umfassenden Würdigung im Gesamtkontext der Krankheitsentwicklung und der Funktionsfähigkeit (vgl. hierzu Urteil des Bundesgerichts vom 5. Juli 2022, 8C_53/2022, E. 4.1.2 mit Hinweisen). Auch den weiteren Ausführungen von Dr. E.____ ist zu folgen. So überzeugt seine Feststellung, wonach eine komplexe posttraumatische Belastungsstörung grundsätzlich eine schwere psychiatrische Erkrankung darstelle, welche wesentliche psychische Funktionen erheblich einschränke. Wie schon mehrfach erwähnt, habe beim Versicherten eine nicht untypische Verschiebung zu Vermeidungssymptomen stattgefunden, welche zusätzlich zu einer depressiven Störung geführt habe, die als sekundäre Begleiterkrankung der komplexen posttraumatischen Belastungsstörung zu verstehen sei. Entsprechend sei die Psyche darauf ausgerichtet, die traumatischen Inhalte, wenn immer möglich, zu unterdrücken und fernzuhalten, was mit überwiegend bewusstseinsfernen und unbewussten Abwehrstrategien geschehe. Eine Veränderung der äusseren Bedingungen führe mit hoher Wahrscheinlichkeit zu einer erheblichen Zunahme der Symptome. Mit dieser von Dr. E.____ beschriebenen Krankheitsentwicklung und deren Beurteilung befasste sich der RAD-Arzt nicht.

7.3 Das Vorbringen des RAD-Arztes, Dr. E.____ schliesse das Motiv eines möglichen Rentenbegehrens nicht aus, ist nicht geeignet, um an der ausschlaggebenden Beweiskraft des Gutachtens vom 28. Mai 2021 zu zweifeln. Der Gutachter setzte sich auf den Seiten 74 bis 77 seines Hauptgutachtens mit der Frage auseinander, ob ein finanzielles Motiv eine Rolle spiele (vgl. auch Erwägung 5.1.2). Er kam zum Schluss, dass ein Rentenbegehren als ein wesentliches Motiv nicht im Vordergrund stehe. Zwar ist mit dem RAD-Arzt einig zu gehen, dass eine fehlende kontinuierliche, stringente Symptompräsentation nicht zwingend gegen ein Rentenbegehren spricht. Dr. E.____ legte jedoch überzeugend dar, dass sich der Versicherte deutlich zu wenig bemüht habe, ein durchgängiges und stimmiges Bild einer schwer beeinträchtigten Person abzugeben. So hätte er durchgehend versuchen müssen, z.B. antriebslos oder verlangsamt zu imponieren oder Erinnerungslücken zu zeigen, was aber nicht der Fall gewesen sei.

7.4.1 Aufgrund der Vorbringen des RAD-Arztes ist auf die gutachterliche Beurteilung der Arbeitsfähigkeit näher einzugehen. Als Erstes ist festzustellen, dass die IV-Stelle gestützt auf den RAD-Bericht vom 6. Januar 2022 in ihrer Stellungnahme vom 10. Januar 2022 fälschlicherweise von einer zumutbaren Verweistätigkeit im Umfang von 55 % ausging. Der RAD-Arzt stellte aber fest, dass eine medizinisch-theoretische *Einschränkung* der Arbeitsfähigkeit in einer

leidensbedingten Tätigkeit von gemittelt 55 % bestehe. Dieser Mittelwert entspricht auch der medizinisch-theoretischen Arbeitsunfähigkeit von Dr. E.____ im Umfang von 50 % - 60 %. Demzufolge beträgt der Mittelwert der medizinisch-theoretischen Restarbeitsfähigkeit lediglich 45 %.

7.4.2 Weiter wies pract. med. C.____ darauf hin, dass Dr. E.____ eine vollständige Arbeitsunfähigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt nur im Zusammenhang mit der an sich iv-fremden Dekonditionierung sehe. Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung stellt eine Dekonditionierung infolge Abwesenheit vom Arbeitsmarkt grundsätzlich kein in der Invalidenversicherung versichertes Risiko dar (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 30. März 2022, 8C_793/2021, E. 5.3). Von der versicherungsrechtlich unbeachtlichen Dekonditionierung abzugrenzen ist aber die Frage, ob eine medizinisch-theoretische Arbeitsfähigkeit tatsächlich ohne Weiteres umsetzbar ist. Bedingt die Ausschöpfung eines theoretischen Erwerbspotenzials gemäss ärztlichen Feststellungen bestimmte Therapiemassnahmen, ist danach zu fragen, ob die notwendigen Schritte der versicherten Person allein überantwortet werden können. Wenn die versicherte Person das prinzipiell vorhandene erwerbliche Potential aus Gründen, die mit dem Gesundheitsschaden zusammenhängen, auch bei zumutbarer Willensanstrengung nicht in eigener Verantwortung realisieren kann, muss geprüft werden, ob es zur Aktivierung der grundsätzlich gegebenen Arbeitsfähigkeit noch der Durchführung weiterer – der Invalidenversicherung obliegender – Eingliederungsmassnahmen bedarf (vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 8. März 2021, 9C_755/2020, vom 8. März 2021, E. 5.2, vom 19. September 2017, 8C_385/2017, E. 5.3.1 und vom 23. September 2015, 9C_432/2015, E. 5.2). Dabei sollen, etwa im Rahmen eines Arbeitstrainings, den Folgen des Gesundheitsschadens zugehörige, nicht aus eigenem Antrieb überwindbare Defizite in erwerbsrelevanten Fertigkeiten ausgeglichen oder etwa das krankheitsbedingt verlorene Vertrauen in die physische Belastbarkeit (im Umfang der objektiven Leistungsfähigkeit) wiederaufgebaut werden (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 23. September 2015, 9C_432/2015, E. 5.2 mit Hinweisen).

7.4.3 Dr. E.____ stellte sich in seinem Gutachten vom 28. Mai 2021 auf den Standpunkt, dass die medizinische-theoretische Restarbeitsfähigkeit zusammen mit dem "Effekt der Dekonditionierung" dazu führe, dass keine Arbeitsfähigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt vorliege. Auf den Seiten 127 und 156 seines Gutachtens führte er aus, dass der Versicherte seit über acht Jahren nicht mehr im ersten Arbeitsmarkt tätig gewesen sei, was eine gewisse Dekonditionierung mit sich bringe. In seinem Ergänzungsgutachten vom 8. November 2021 beschrieb Dr. E.____ sodann auf Seite 10, dass die Dekonditionierung von einer deutlich reduzierten Belastbarkeit und Flexibilität überlagert werde, welche zu einer raschen Exazerbation der psychischen Erkrankung führe, weshalb eine Arbeitsaufnahme zunächst im geschützten Rahmen stattzufinden habe. In diesem Zusammenhang stellte er klar, dass auf dem freien Arbeitsmarkt keine Arbeitsfähigkeit bestehe und Eingliederungsmassnahmen "im engeren Sinn" verfrüht seien, was im Übrigen mit der Ansicht der behandelnden medizinischen Fachpersonen übereinstimmt. Jedoch spreche – so Dr. E.____ – nichts gegen die Aufnahme einer Tätigkeit im geschützten Rahmen. Ein beruflicher Wiedereinstieg im geschützten Rahmen habe mit einem bescheidenen zeitlichen Pensum von zunächst zwei bis höchstens drei Halbtagen die Woche zu erfolgen. Könne der Versicherte dieses Pensum erfolgreich bewältigen, sollte dann im weite-

ren Verlauf – nach wie vor in geschütztem Rahmen – eine Steigerung des Pensums auf 50 % angestrebt werden. Gelingt dies, müsse ihm ausreichend Zeit gewährt werden, um das Erreichte zu konsolidieren. Unter "ordentlich guten Umständen" dürfte am Schluss eine Restarbeitsfähigkeit von 40 % bis 50 % auf dem ausgeglichenen (ersten) Arbeitsmarkt zu erzielen sein. Dr. E.____ wies aber im Kapitel "Prognose/Therapieoptionen/Eingliederungsmassnahmen" auf Seite 157 f. seines Gutachtens darauf hin, dass eine wesentliche Verbesserung des psychischen Gesundheitszustandes zumindest kurz- bis mittelfristig höchst unwahrscheinlich sei. Inzwischen sei eine erhebliche Chronifizierung der psychischen Störungen eingetreten, welche von einer rigiden Abwehrformation getragen werde. Die Komorbidität zwischen einer affektiven Störung und einer chronifizierten Traumafolgestörung, die zum Teil durch die affektive Störung stabilisiert werde und von einer deutlichen Vermeidungssymptomatik geprägt sei, würden prognostisch nachteilig ins Gewicht fallen, ebenso wie die geringen bildungsmässigen, sprachlichen und psychosozialen Ressourcen. Prognostisch sei bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit deshalb zu berücksichtigen, dass nicht nur von Bedeutung sei, ob es dem Versicherten gelinge, die verbliebenen Funktionsfähigkeiten zu nutzen und Reservekapazitäten zu fördern, sondern auch, in welchem Ausmass sich gewisse dysfunktionale Verhaltensweisen im Laufe der Zeit nach und nach dem Bewusstsein des Versicherten entziehen und Teil seiner Abwehrformation würden.

7.4.4 Aus diesen gutachterlichen Ausführungen ergibt sich als Erstes, dass Dr. E.____ – entgegen der Ansicht des RAD-Arzt – die Nichtverwertbarkeit der medizinisch-theoretischen Arbeitsfähigkeit zwischen 40 % und 50 % nicht nur mit der Dekonditionierung, sondern auch mit der psychischen Erkrankung des Versicherten begründet. Schon allein aus diesem Grund durfte die IV-Stelle nicht unter Verweis auf die invaliditätsrechtlich unbeachtliche Dekonditionierung von der Fiktion einer zumutbaren Verwertung der (vorerst noch) rein medizinisch-theoretischen Arbeitsfähigkeit von 40 % bis 50 % ausgehen. Weiter ist dem Gutachten zu entnehmen, dass der Versicherte nicht in der Lage ist, seiner Selbsteingliederungspflicht nachzukommen. So erklärte Dr. E.____, dass der Versicherte aufgrund seiner psychischen Erkrankung in seinem Vermögen, selbstständig Aktivitäten zu initiieren, wesentlich eingeschränkt sei. Er verfüge hierfür auch nicht über die notwendigen Ressourcen. Die Persönlichkeitsstruktur des Versicherten und die bei ihm bestehenden Beeinträchtigungen seien derart erheblich, dass er sich nicht selbst in den Arbeitsmarkt eingliedern könne. Weiter geht aus seiner Beurteilung hervor, dass ein beruflicher Wiedereinstieg des Versicherten mit dem Ziel der Eingliederung in den ersten Arbeitsmarkt vom Erfolg eines Arbeits- und Belastbarkeitstrainings von mehreren Monaten an einem geschützten Arbeitsplatz abhängt. Er mutete dem Versicherten auf den ersten Arbeitsmarkt ausgerichtete IV-rechtliche Eingliederungsmassnahmen noch nicht zu. Indem er aber eine Arbeitstätigkeit im geschützten Rahmen vorschlug, ist davon auszugehen, dass er die Durchführung von Integrationsmassnahmen zur Vorbereitung auf die berufliche Eingliederung gemäss Art. 14a IVG als eine Möglichkeit erachtete, den Versicherten in den ersten Arbeitsmarkt zu integrieren. Integrationsmassnahmen bezwecken, bei denjenigen versicherten Personen, die aktuell nicht eingliederungsfähig sind oder deren Eingliederungsfähigkeit verloren zu gehen droht, die Eingliederungsfähigkeit herzustellen oder zu erhalten (vgl. Bundesblatt 2005 4521 ff., 4564). Ein Anspruch auf Integrationsmassnahmen zur Vorbereitung auf die berufliche Eingliederung setzt gemäss Art. 4^{quater} Abs. 1 IVV voraus, dass die versicherte Person fähig ist,

mindestens zwei Stunden täglich während mindestens vier Tagen pro Woche zu arbeiten (vgl. zum Sinn und Zweck der Mindestpräsenzzeit: SILVIA BUCHER, Die Integrationsmassnahmen zur Vorbereitung auf die berufliche Eingliederung nach Art. 14a IVG, in: Soziale Sicherheit – Soziale Unsicherheit, Festschrift für Erwin Murer zum 65. Geburtstag, Gabriele Riemer-Kafka/Alexandra Rumo-Jungo [Hrsg.], Bern 2010, S. 113 f.). Der Versicherte ist gegenwärtig jedoch lediglich in der Lage, zwei Stunden an zwei bis drei Tagen die Woche an einem geschützten Arbeitsplatz zu arbeiten. Solange es dem Versicherten gesundheitsbedingt nicht möglich ist, das erforderliche Mindestpensum gemäss Art. 4^{quater} Abs. 1 IVV zu leisten, ist er als (noch) nicht eingliederungsfähig zu betrachten. Im Ergebnis muss daher im hier massgebenden Zeitpunkt des Verfügungserlasses von einer wirtschaftlichen Unverwertbarkeit der medizinisch-theoretischen Arbeitsfähigkeit ausgegangen werden (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 8. März 2021, 9C_755/2020, E. 5.4.2). Ist eine Restarbeitsfähigkeit aber wirtschaftlich nicht verwertbar, liegt eine vollständige Erwerbsunfähigkeit vor, womit Anspruch auf eine ganze Invalidenrente besteht. Daran ändert auch nichts, dass gegebenenfalls in einem späteren Zeitpunkt Eingliederungsmassnahmen zu prüfen sein werden. Denn ein Rentenanspruch kann entstehen, wenn die versicherte Person nach Ablauf der einjährigen Wartezeit (Art. 28 Abs. 1 lit. c IVG) nicht oder noch nicht eingliederungsfähig ist (vgl. Urteile des Bundesgerichts, vom 7. November 2019, 9C_309/2019, 4.2.1 und vom 5. Februar 2015, 8C_787/2014, E. 3.2 mit zahlreichen Hinweisen).

7.5 Gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG setzt der Rentenanspruch unter anderem voraus, dass die versicherte Person während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig gewesen ist (lit. b). Zudem bestimmt Art. 29 Abs. 1 IVG, dass der Rentenanspruch frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs entsteht. Vorliegend führte Dr. E.____ aus, dass die komplexe posttraumatische Belastungsstörung bzw. deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit seit 2012 bestünden. Damit ist eine psychisch bedingte Arbeitsunfähigkeit des Versicherten ab 2012 ausgewiesen. Die IV-Anmeldung erfolgte am 9. September 2013 (Eingang bei IV-Stelle). Da mit der IV-Stelle davon auszugehen ist, dass das Wartejahr im Zeitpunkt der Anmeldung erfüllt war, hat der Versicherte nach Ablauf von sechs Monaten nach der Anmeldung, d.h. ab 1. März 2014, Anspruch auf eine ganze Rente.

8.1 Gemäss Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1000.-- 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.

8.2 Nach Art. 45 Abs. 1 ATSG hat der Versicherungsträger die Kosten der Abklärung zu übernehmen, soweit er die Massnahmen angeordnet hat. Hat er keine Massnahmen angeord-

net, so übernimmt er deren Kosten dennoch, wenn die Massnahmen für die Beurteilung des Anspruchs unerlässlich waren oder Bestandteil nachträglich zugesprochener Leistungen bilden. Wie das Bundesgericht in BGE 137 V 210 entschieden hat, sind in den Fällen, in denen zur Durchführung der vom Gericht als notwendig erachteten Beweismassnahme an sich eine Rückweisung in Frage käme, eine solche indessen mit Blick auf die Wahrung der Verfahrensfairness entfällt, die Kosten der durch das Gericht in Auftrag gegebenen Begutachtung dem Versicherer zu überbinden (BGE 137 V 210 E. 4.4.2). Vorliegend war das Gericht anlässlich seiner ersten Urteilsberatung vom 20. März 2020 zum Ergebnis gelangt, dass ein Entscheid in der Angelegenheit gestützt auf die damals vorhandene Aktenlage nicht möglich war. Es beschloss deshalb, den Fall auszustellen und zur weiteren Klärung des medizinischen Sachverhalts ein psychiatrisches Gerichtsgutachten in Auftrag zu geben. Wie sich anlässlich der heutigen Urteilsberatung gezeigt hat, war das in der Folge eingeholte Gerichtsgutachten von Dr. E._____ vom 28. Mai 2021 für eine abschliessende Beurteilung des medizinischen Sachverhalts unerlässlich. Im Lichte der geschilderten bundesgerichtlichen Rechtsprechung sind demnach die Kosten der Begutachtung der IV-Stelle aufzuerlegen. Diese Kosten belaufen sich insgesamt auf Fr. 6'886.--; sie setzen sich zusammen aus der Honorarrechnung von Dr. E._____ vom 7. Oktober 2020 im Betrag von Fr. 6'500.-- für die Erstellung des Gutachtens sowie aus den Dolmetscherkosten in der Höhe von Fr. 386.--.

9.3 Laut Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Da der Versicherte obsiegende Partei ist, ist ihm eine Parteientschädigung zu Lasten der IV-Stelle zuzusprechen. Sein Rechtsvertreter machte in seinen beiden Honorarnoten vom 16. Dezember 2019 und 11. Februar 2022 für das vorliegende Verfahren einen Zeitaufwand von insgesamt 13,6666 Stunden (Rechtsvertreter) à Fr. 200.-- sowie von 16,1 Stunden (Volontariat) à Fr. 135.-- geltend, was in Anbetracht der sich stellenden Sachverhalts- und Rechtsfragen angemessen ist. Nicht zu beanstanden sind die in den beiden Rechnungen geltend gemachten Auslagen von insgesamt Fr. 650.40. Dem Versicherten ist deshalb eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 5'985.15 ([13,6666 Stunden à Fr. 200.-- + 16,1 Stunden à Fr. 135.--] + Auslagen von Fr. 650.40 zuzüglich 7,7 % Mehrwertsteuer) zu Lasten der IV-Stelle zuzusprechen.

Demgemäss wird **e r k a n n t** :

- ://:
1. In Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung vom 3. April 2019 aufgehoben und es wird festgestellt, dass der Beschwerdeführer Anspruch auf eine ganze Invalidenrente mit Wirkung per 1. März 2014 hat.
 2. Die Verfahrenskosten in der Höhe von Fr. 800.-- werden der IV-Stelle Basel-Landschaft auferlegt.
 3. Die Kosten für das gerichtliche Gutachten von Dr. med. E._____ in der Höhe von Fr. 6'886.-- werden der IV-Stelle Basel-Landschaft auferlegt.
 4. Die IV-Stelle Basel-Landschaft hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung in der Höhe von insgesamt Fr. 5'985.15 (inkl. Auslagen und 7,7% Mehrwertsteuer) zu bezahlen.

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