



Fall-Nr.: IV 2017/96
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: IV - Invalidenversicherung
Publikationsdatum: 25.09.2019
Entscheiddatum: 17.06.2019

Entscheid Versicherungsgericht, 17.06.2019

Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG, Ablauf Wartejahr und Rentenbeginn. Auswirkung der invalidenversicherungsrechtlichen Festlegung des Rentenbeginns für die Frage, ob auf die Beschwerde einer Vorsorgeeinrichtung einzutreten ist (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 17. Juni 2019, IV 2017/96).

Entscheid vom 17. Juni 2019

Besetzung

Versicherungsrichterin Michaela Machleidt Lehmann (Vorsitz), Versicherungsrichter Joachim Huber und Versicherungsrichterin Marie Löhner; Gerichtsschreiberin Beatrix Zahner

Geschäftsnr.

IV 2017/96

Parteien

Pensionskasse A.____,

Beschwerdeführerin,

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Andreas Gnädinger, Hubatka Müller Vetter,
Thurgauerstrasse 54, Postfach, 8050 Zürich,

gegen



IV-Stelle des Kantons St. Gallen, Postfach 368, 9016 St. Gallen,

Beschwerdegegnerin,

am Verfahren beteiligt

B.____,

Beigeladener,

Gegenstand

Rente (i.S. B.____)

Sachverhalt

A.

A.a B.____ meldete sich am 14. September 2012 bei der Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (IV-act. 1). Der Versicherte arbeitete seit 1. Januar 2010 als Polymechaniker bei der C.____ GmbH und war seit 21. Februar 2012 - mit Unterbruch vom 1. Mai bis 5. Juni 2012 - zu 50% arbeitsunfähig geschrieben (Arztzeugnisse Dr.med. D.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 21. Februar und 6. März 2012 [Fremdakten, act. 1-12 f.], Dr.med. E.____, FMH für Allgemeine Medizin, vom 23. März und 19. April 2012 [Fremdakten act. 1-10 f.], med.pract. F.____, Allgemeine Medizin, vom 6. Juni, 22. Juni, 6. Juli, 27. Juli und 31. August 2012 [Fremdakten, act. 1-4 ff.]). Der Versicherte war ambulant im Spital G.____ abgeklärt worden, wo eine unklare Allgemeinzustandsveränderung mit neuropsychologischen Veränderungen, wechselnden Arthralgien und Kopfschmerzen sowie ein Zustand nach Kontakt mit Borrelien festgehalten worden waren. Eine Stoffwechselerkrankung, ein systemisch entzündlicher oder konsumierender Prozess und insbesondere eine chronische Borrelieninfektion waren ausgeschlossen worden (Berichte vom 7. Mai [IV-act. 15-12 f.], vom 4. Juni [IV-act. 15-10 f.] sowie vom 12. Juni 2012 [IV-act. 15-5 f.]). Dr.med. H.____, Innere Medizin und Rheumatologie FMH, hatte in einer rheumatologischen Untersuchung keine Hinweise für eine entzündlich-rheumatische



St.Galler Gerichte

Erkrankung gefunden, sondern eher Zeichen einer lokalisierten Bandlaxizität in den Bereichen Wirbelsäule, Knie, Hüftgelenke und Fuss, die durchaus einmal wechselnde Überlastungsbeschwerden begründen könne (Bericht vom 11. September 2012, IV-act. 15-19 ff.).

A.b In der Folge wurde der Versicherte am Zentrum für Neurologie Z.____ neuropsychologisch und neurologisch untersucht. Im Rahmen der neuropsychologischen Untersuchung konnten die berichteten Defizite nicht objektiviert werden (Bericht vom 9. November 2012, Fremdakten, act. 2-4 ff.). Aus neurologischer Sicht erwiesen sich die geschilderten Beschwerden - Antriebsschwäche, Konzentrationsschwierigkeiten, Kopfschmerzen, verminderte Leistungsfähigkeit bei Stress - unter Zusammenschau der Anamnese, des Verlaufs und der Befunde suggestiv für eine affektive Störung. Im Rahmen der neuropsychologischen Untersuchung hätten sich die subjektiven kognitiven Einschränkungen nicht objektivieren lassen, wobei diese anamnestisch in Abhängigkeit von Stressbelastungen fluktuierten und wahrscheinlich als Zeichen einer erhöhten Stressanfälligkeit im Rahmen einer depressiven Störung zu erklären seien (Bericht vom 3. Januar 2013, Fremdakten, act. 2-1 ff.).

A.c Ende Februar/Anfang März 2013 erhielt der Versicherte die Kündigung per 2. Juni 2013 bzw. wurde das Arbeitsverhältnis auf dieses Datum hin aufgelöst und er per sofort freigestellt (vgl. Assessmentprotokoll vom 7. März 2013, IV-act. 20-6). Mit Blick auf eine am 11. März 2013 begonnene tagesklinische Behandlung im Psychiatriezentrum I.____ entschied die IV-Stelle, zurzeit seien keine Eingliederungsmassnahmen möglich (Mitteilung vom 14. März 2013, IV-act. 23). Während der bis 31. Mai 2013 dauernden Therapie wurden eine Alexithymie (nicht näher bezeichnete anhaltende affektive Störung, ICD-10: F34.9) sowie eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode (ICD-10: F33.0), diagnostiziert. Die beklagten Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen konnten nicht objektiviert werden. Im Bericht wurde ausgeführt, der Versicherte leide an einer ausgeprägten alexithymen Problematik und daraus resultierender depressiver Symptomatik. Es wurde bis zum 1. August 2013 eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit postuliert mit anschliessender Steigerung bzw. Aufbautraining (Arztbericht vom 4. Juni 2013, IV-act. 31-1 ff.; Austrittsbericht vom 10. Juni 2013, Fremdakten, act. 3-109 ff.).



A.d Die IV-Stelle sprach dem Versicherten die Kostenübernahme für ein Aufbautraining bei der J.____ vom 7. Oktober 2013 bis insgesamt 6. Juli 2014 zu (Mitteilungen vom 12. November 2013, IV-act. 41, und vom 29. April 2014, IV-act. 55). Die Präsenzzeit von 5 Tagen à 4 Stunden wurde ab 3. Februar 2014 um zwei Stunden an einem Nachmittag pro Woche erhöht. Die Institution hielt fest, Arbeitsmenge und Arbeitstempo seien nicht genügend für den ersten Arbeitsmarkt. Die ausgeführten Arbeiten seien sehr gut brauchbar gewesen. Wenn der Versicherte sein Arbeitstempo steigern könnte, hätte er eine sehr realistische Chance, wieder im ersten Arbeitsmarkt zu arbeiten (Abschlussbericht Aufbautraining vom 13. Mai 2014, IV-act. 62). Die Massnahme musste am 5. Mai 2014 vorzeitig abgebrochen werden (Protokoll Eingliederungsberatung per 26. Mai 2014, IV-act. 64-11 f.; Mitteilung vom 24. Juni 2014, IV-act. 70).

A.e Im Auftrag des Krankentaggeldversicherers wurde der Versicherte neuropsychologisch (Dr. phil. K.____, Abklärung vom 24. Juni 2014, Bericht vom 4. Juli 2014, Fremdakten, act. 3-82 ff.) beurteilt und psychiatrisch begutachtet (Dr.med. L.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie; Gutachten vom 30. Juli 2014, Untersuchung vom 6. Juni 2014, Fremdakten act. 3-44 ff.). Dem neuropsychologischen Gutachter fielen deutliche Antwortlatenzen und ein verlangsamtes Sprechtempo auf (Fremdakten, act. 3-84). Er führte aus, aus neuropsychologischer Sicht bestehe, unter ausschliesslicher Würdigung der Testbefunde in der aktuellen Untersuchung, eine leichte Hirnfunktionsstörung. Die erfassten kognitiven Leistungsminderungen seien wahrscheinlich durch die depressive Symptomatik bedingt (Fremdakten, act. 3-89). Der Versicherte sei aus rein neuropsychologischer Sicht zeitlichem Druck nicht gewachsen. Geeignet seien erwerbliche Tätigkeiten mit leicht unterdurchschnittlichen Tempoanforderungen. Es würden leicht vermehrt Pausen benötigt. Antwortlatenzen müssten toleriert werden (Fremdakten, act. 3-90). Der psychiatrische Gutachter diagnostizierte eine Dysthymie (ICD-10: F34.1) und erhob den Verdacht auf psychische und Verhaltensstörung durch Alkohol, Abhängigkeitssyndrom (ICD-10: F10.2; Fremdakten, act. 3-73). Er hielt fest, das formale Denken sei verlangsamt, daher habe er eine neuropsychologische Untersuchung veranlasst. Bei den testpsychologischen Leistungen sei die Verlangsamung weniger ausgeprägt gewesen. Über eine depressive Verstimmung werde seit drei Jahren berichtet, diese habe aber (in Anbetracht der Aktenlage) kaum je das Ausmass einer eigentlichen depressiven Episode erreicht,



sodass von einer Dysthymie auszugehen sei (Fremdakten, act. 3-75). Weder in den Akten noch bei der aktuellen Untersuchung oder in der Anamnese fänden sich Hinweise für das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung (Fremdakten, act. 3-76). Bei der neuropsychologischen Abklärung werde insgesamt eine leichte Hirnfunktionsstörung beschrieben. Bei gegenwärtig regelmässigem Alkoholkonsum müsse aber davon ausgegangen werden, dass diese (relativ diskreten) neuropsychologischen Einschränkungen auf diesen zurückzuführen seien. Es könne aber auch nicht ausgeschlossen werden, dass sie vorbestehend gewesen seien. Mit der Dysthymie liessen sie sich eigentlich nicht erklären (Fremdakten, act. 3-76). Der Zustand sei seit der Beurteilung durch Z.____ vom Januar 2013 unverändert (Fremdakten, act. 3-78). Weder mit der Dysthymie noch mit dem Verdacht auf eine Alkoholabhängigkeit lasse sich eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht begründen (Fremdakten, act. 3-78 f.). Die Krankentaggeldversicherung stellte daraufhin die Taggeldleistungen per 31. August 2014 ein (Fremdakten, act. 3-2).

A.f Vom 20. Oktober bis 18. Dezember 2014 war der Versicherte in der psychiatrischen Klinik M.____ hospitalisiert. Dabei wurden die Diagnosen einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10: F33.2), sowie einer anhaltenden affektiven Störung, Alexithymie (ICD-10: F34.9), gestellt. Der Versicherte zeige eine deutliche formale Denkstörung. Eine Integration im ersten Arbeitsmarkt sei nicht möglich; erneute Arbeitsversuche würden den Versicherten überfordern und ausserordentlich destabilisieren (vgl. Austrittsbericht vom 19. Januar 2015, IV-act. 92).

A.g Im Auftrag der IV-Stelle wurde der Versicherte durch die MGBB (Medizinische Begutachtung Basel) polydisziplinär begutachtet (psychiatrisch: Dr.med. N.____; internistisch: Dr.med. O.____; neurologisch: Dr.med. P.____; neuropsychologisch: lic.phil. Q.____; Gutachten von 30. Januar 2016; IV-act. 125). Der neuropsychologische Gutachter stellte keine relevanten kognitiven Schwächen und Defizite fest. Die ausgewiesenen, insgesamt auch nur spärlichen Leistungsdefizite rechtfertigten lediglich die Diagnose einer zustandsabhängigen, minimalen und da auch nur partiellen Hirnfunktionschwäche; die vom Vorgutachter erhobene leichte Hirnfunktionsstörung sei nicht ganz nachvollziehbar (IV-act. 125-30, 44). Im Rahmen der in den letzten



St.Galler Gerichte

Jahren offenbar mehrfach aufgetretenen depressiven Beschwerden dürften aber erhebliche Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit bestanden haben und solche blieben auch in weiterer Zukunft möglich (IV-act. 125-49). Die psychiatrische Gutachterin diagnostizierte eine Dysthymia (ICD-10: F34.1) und eine kombinierte Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F61.0) vom schizoid ängstlich-vermeidenden Typ (IV-act. 125-38). Eine gewisse Verbesserung der Symptomatik bestehe, da keine mittelgradige oder schwere depressive Episode diagnostiziert werden könne. Berücksichtige man die reduzierten Ressourcen des Versicherten, die Befunde, den Verlauf, die subjektiven Angaben, die funktionellen Einschränkungen, die Indikatoren sowie Konsistenz und die zumutbare Willensanstrengung, liege beim Versicherten derzeit eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 40% vor. Seit der Entlassung aus der stationären Behandlung in der psychiatrischen Klinik M.____ am 18. Dezember 2014 sei die psychiatrische Erkrankung derart umschrieben, dass seither eine invalidisierende Krankheit bestehe, die die Arbeits- und Leistungsfähigkeit insgesamt zu 40% beeinträchtige (IV-act. 125-50). Der internistische und der neurologische Gutachter diagnostizierten keine die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigenden Erkrankungen (IV-act. 125-39,42).

A.h Mit Mitteilung vom 19. Juli 2016 (IV-act. 138) wies die IV-Stelle das Leistungsbegehren hinsichtlich beruflicher Massnahmen ab, da sich der Versicherte ausser Stande erklärt hatte, an Arbeitsvermittlungsmassnahmen für den ersten Arbeitsmarkt teilzunehmen, und die Rentenprüfung gewünscht hatte (IV-act. 135).

A.i Mit Verfügung vom 13. September 2016 sprach die IV-Stelle dem Versicherten ab 1. Juni 2013 eine Viertelsrente zu (IV-act. 151, 144). Nachdem die Vorsorgeeinrichtung Pensionskasse A.____ mit Einwand vom 12. Oktober 2016 unter anderem die Verletzung ihres Anhörungsrechts gerügt hatte (IV-act. 152), stellte die IV-Stelle mit Vorbescheid vom 14. Oktober 2016 erneut die Zusprache einer Viertelsrente ab 1. Juni 2013 in Aussicht (IV-act. 158). Mit erneutem Einwand vom 1. November 2016 rügte die Pensionskasse A.____ im Wesentlichen, das Gutachten der MGBB beruhe auf unvollständiger Sachverhaltsabklärung, der medizinische Sachverhalt sei weiter abzuklären. Eventualiter bestehe gemäss Gutachten der MGBB erst seit 18. Dezember 2014 eine 40%-ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (IV-act. 162).



A.j RAD-Arzt Dr.med. R.____, Facharzt für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie, führte am 19. Januar 2017 zusammenfassend aus, der Beginn der (während des Klinikaufenthaltes per definitionem 100 % betragenden) Arbeitsunfähigkeit könne spätestens ab Klinikeintritt am 20. Oktober 2014 als "objektivierbar" sicher belegt erachtet werden. Der gutachterlich festgelegte späteste Beginn der 40%-igen Arbeitsunfähigkeit im Zeitpunkt des objektivierbaren Klinikaustritts am 18. Dezember 2014 sei insofern nachvollziehbar. Die Annahme des Beginns der Arbeitsunfähigkeit schon im Februar 2012 sei mit Blick auf das spezifische Muster der gutachterlich festgestellten seelischen Störung durchaus mit überwiegender Wahrscheinlichkeit plausibel, da rein medizintheoretisch ein längerer Verlauf anzunehmen sei. Der Einwand begründe keine Notwendigkeit weiterer medizinischer Abklärungen (IV-act. 164-3).

A.k Mit Verfügung vom 15. Februar 2017 sprach die IV-Stelle dem Versicherten ab 1. Juni 2013 eine Viertelsrente zu. Aufgrund der Ausführungen des RAD könne weiterhin am Beginn der langdauernden Krankheit vom 4. Juni 2012 sowie an der Arbeitsfähigkeit von 60% angestammt und adaptiert festgehalten werden (IV-act. 165, 172).

B.

B.a Gegen die Verfügung vom 15. Februar 2017 lässt die Pensionskasse A.____, vertreten durch Rechtsanwalt lic.iur. A. Gnädinger, am 28. Februar 2017 Beschwerde erheben. Sie beantragt, die angefochtene Verfügung sei unter Kosten- und Entschädigungsfolge aufzuheben. Es sei der Beginn der Wartezeit frühestens per 18. Dezember 2014 zu eröffnen und eine Rente frühestens ab Dezember 2015 zuzusprechen. Eventualiter sei die Angelegenheit zur ergänzenden medizinischen Abklärung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Der Eintritt der erheblichen Arbeitsunfähigkeit sei in Übereinstimmung mit dem Gutachten des MGBB frühestens per Dezember 2014 festzulegen. Das psychiatrische Teilgutachten des MGBB sei unvollständig. Der medizinische Sachverhalt sei nicht rechtsgenügend erstellt (act. G 1).

B.b Mit Beschwerdeantwort vom 6. Juli 2017 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde. Die psychiatrische Gutachterin des MGBB zeige schlüssig auf, gestützt auf welche Aspekte sie eine Persönlichkeitsstörung diagnostiziert habe.



St.Galler Gerichte

Eine Persönlichkeitsstörung entwickle sich im Lauf der Kindheit und Adoleszenz. Es sei deshalb davon auszugehen, dass beim Versicherten bereits zum Zeitpunkt der Begutachtung durch Dr. L. ___ eine Arbeitsunfähigkeit von 40% gemäss dem MGBB-Gutachten vorgelegen habe. Die Persönlichkeitsstörung liege seit dem Erwachsenenalter vor bzw. sei dann manifest geworden. Zusammen mit ungünstigen psychosozialen Faktoren habe das offenbar ab Juni 2012 zu einer dauernden Arbeitsunfähigkeit im Ausmass von 20% bzw. zu einer durchschnittlichen von 40% innert Jahresfrist geführt. Demnach sei der Beginn der Wartefrist mit einer Arbeitsunfähigkeit von mindestens 20% auf Juni 2012 zu legen (act. G 6).

B.c In ihrer Replik vom 6. September 2017 macht die Beschwerdeführerin zusammenfassend ihrer Ansicht nach von der Beschwerdegegnerin nicht berücksichtigte wesentliche Sachverhaltselemente geltend. Weshalb eine erhebliche Arbeitsunfähigkeit entgegen den Feststellungen der psychiatrischen Gutachterin bereits per Juni 2012 eingetreten sein soll, werde von der Beschwerdegegnerin weder aus medizinischer noch aus rechtlicher Sicht begründet. Die diagnostizierte Dysthymie sowie die Persönlichkeitsstörung hätten gemäss der MGBB-Gutachterin erst ab 18. Dezember 2014 Einfluss auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit. Anlässlich der MGBB-Begutachtung hätte eine laborchemische Prüfung des Alkoholkonsums vorgenommen werden müssen. Gestützt auf die Erkenntnisse der psychiatrischen MGBB-Begutachtung sei eine relevante Arbeitsunfähigkeit frühestens per Dezember 2014 ausgewiesen. Ein allfälliger Rentenanspruch bestehe demnach frühestens per Dezember 2015 (act. G 8).

B.d Mit Schreiben vom 3. November 2017 gibt das Versicherungsgericht dem Versicherten Gelegenheit, bis zum 23. November 2017 eine Stellungnahme einzureichen und Einsicht in die Akten zu nehmen (act. G 10). Der beigeladene Versicherte lässt die Frist unbenutzt verstreichen (act. G 11).

Erwägungen

1.



1.1 Nach Art. 23 lit. a des Bundesgesetz über die berufliche Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge (BVG; SR 831.40) haben Anspruch auf Invalidenleistungen der Vorsorgeeinrichtung Personen, die im Sinne der IV zu mindestens 40 Prozent invalid sind und bei Eintritt der Arbeitsunfähigkeit, deren Ursache zur Invalidität geführt hat, versichert waren. Die Versicherungspflicht endet mit der Auflösung des Arbeitsverhältnisses (Art. 10 Abs. 2 lit. b BVG). Für die Risiken Tod und Invalidität bleibt der Arbeitnehmer während eines Monats nach Auflösung des Vorsorgeverhältnisses bei der bisherigen Vorsorgeeinrichtung versichert (Art. 10 Abs. 3 BVG; vgl. auch Art. 331a OR). Das Arbeitsverhältnis endete am 2. Juni 2013. Demnach blieb der Versicherte bis 2. Juli 2013 versichert (vgl. IV-act. 20-6 und Sachverhalt A.c.). Die Beschwerdeführerin macht im Wesentlichen geltend, die Invalidität des Versicherten sei erst eingetreten, nachdem er nicht mehr bei ihr versichert gewesen sei.

1.2 Gemäss Art. 59 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) ist zur Beschwerde berechtigt, wer durch die angefochtene Verfügung berührt ist und ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung hat. Vorsorgeeinrichtungen haben nach der Rechtsprechung ein schutzwürdiges Interesse an der gerichtlichen Überprüfung einer rentenzusprechenden Verfügung der IV-Stelle, sofern und soweit diese für ihren Entscheid Bindungswirkung entfaltet (vgl. dazu U. Kieser, ATSG-Kommentar, 3. Aufl., Zürich 2015, Art. 49 Rz 76 und Art. 59 Rz 47 f.). Das Bundesgericht hat die gemäss seiner Rechtsprechung bestehende grundsätzliche Bindungswirkung des von einer IV-Stelle festgelegten Invaliditätsgrades und des Beginns der einjährigen Wartezeit nach Art. 29 Abs. 1 lit. b des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) gestützt auf Art. 23 f. und 26 BVG jüngst bestätigt (BGE 133 V 69 E. 4.3.2; Urteil vom 16. November 2018, 9C_431/2018, E. 3.2). Nachdem die Beschwerdegegnerin den Beginn des Wartejahres auf Anfang Juni 2012 legte und dem Versicherten ab 1. Juni 2013 eine IV-Rente zusprach und dieser bis 2. Juli 2013 bei der Beschwerdeführerin versichert war, ist diese durch die angefochtene Verfügung direkt betroffen und an diese gebunden. Sie beantragt eine Abänderung des Dispositivs der angefochtenen Verfügung bezüglich des Rentenbeginns. Auf die Beschwerde ist daher einzutreten.

2.



2.1 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, 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 (BGE 125 V 261 E. 4 mit Hinweisen). Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 125 V 352 E. 3a mit Hinweisen; BGE 141 V 14 E. 6.3.1). Im Sinne einer Richtlinie ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten und -ärztinnen, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 227 E. 1.3.4; BGE 125 V 353 E. 3b/bb).

2.2 Im Sozialversicherungsrecht gilt der Untersuchungsgrundsatz. Verwaltung und Sozialversicherungsgericht haben von sich aus für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhaltes zu sorgen (BGE 122 V 158 E. 1a). Rechtserheblich sind alle Tatsachen, von deren Vorliegen es abhängt, ob über den streitigen Anspruch so oder anders zu entscheiden ist. In diesem Rahmen haben Verwaltungsbehörden und das Sozialversicherungsgericht zusätzliche Abklärungen stets dann vorzunehmen oder zu veranlassen, wenn hierzu aufgrund der Parteivorbringen oder anderer sich aus den Akten ergebenden Anhaltspunkte hinreichender Anlass besteht (BGE 117 V 282 E. 4a). Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen (vgl. BGE 126 V 360 E. 5b; BGE 125 V 195 E. 2, je mit Hinweisen).

3.



3.1 Die Beschwerdeführerin bringt vor, das MGBB-Gutachten sei unvollständig. Die psychiatrische Gutachterin hätte ihr Abweichen von der Einschätzung des Vorgutachters Dr. L.____ begründen müssen. Auch habe sie sich nicht damit auseinandergesetzt, dass der Versicherte sich weder einer durchgehenden adäquaten medizinischen Behandlung unterzogen noch eine adäquate medikamentöse Behandlung in Anspruch genommen habe. Obwohl Dr. L.____ darauf hingewiesen habe, dass ein übermässiger Alkoholkonsum sicher Einfluss auf die Leistungsfähigkeit des Versicherten habe, sei weder im Vorfeld noch im Rahmen der Begutachtung eine aktuelle laborchemische Blutuntersuchung vorgenommen worden. Damit könne nicht abschliessend beurteilt werden, ob und inwiefern die vom Versicherten geltend gemachten Einschränkungen auf eine aus invalidenversicherungsrechtlicher Sicht nicht relevante Alkoholabhängigkeit zurückzuführen seien. Die Angaben des Versicherten in der Psychiatrischen Klinik M.____ im Oktober 2014 hätten nicht den Tatsachen entsprochen, zumal die Laborwerte vom Juni 2014 einen pathologischen Alkoholkonsum aufgezeigt hätten (act. G 1, S. 14 ff.). Als weiterer Hinweis für ein Alkoholproblem sei der festgestellte Vitamin D-Mangel zu werten (act. G 8, S. 8). Der Versicherte gab anlässlich der Begutachtung durch Dr. L.____ an, er trinke am Abend ein Bier und vielleicht noch ein Glas Wein. Ein Alkoholproblem habe er nie gehabt (Fremdakten, act. 3-67, 74). Die im Rahmen dieser Begutachtung vorgenommene Laboruntersuchung deutete - gemäss Dr. L.____ - darauf hin, dass der Versicherte doch regelmässig höhere Mengen Alkohol konsumiere, womit ein problematischer Alkoholkonsum bestehe. Die Frage, ob eine Alkoholabhängigkeit bestehe, lasse sich nicht beantworten. Allerdings lasse sich ein entsprechender Verdacht nicht ausräumen (Fremdakten, act. 3-74 f.). Der Alkoholkonsum habe einen Einfluss auf die Leistungsfähigkeit des Versicherten, der Verdacht auf eine Alkoholabhängigkeit begründe aber keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht (Fremdakten, act. 3-78). Da Abhängigkeitserkrankungen lediglich invalidenversicherungsrechtlich relevant sind, wenn sie Auswirkung einer ihrerseits relevanten Erkrankung sind oder wenn sie eine solche verursachen (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 23. Mai 2014, 8C_906/2013, E. 2.2, mit weiteren Verweisen) - was Dr. L.____ mit seiner Aussage verneint - konnte der Gutachter die Auswirkungen des Alkoholkonsums für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit ausser Acht lassen.



3.2 In der Psychiatrischen Klinik M.____ (Aufenthalt vom 20. Oktober bis 18. Dezember 2014) schilderte der Versicherte, er habe in den letzten drei Jahren abends vermehrt getrunken, z.B. einen Schnaps oder bis zu zwei Flaschen Bier. Seit ca. einem Jahr ertrage er aber "nichts mehr" (IV-act. 92-3). Vordergründig war zu diesem Zeitpunkt eine schwere depressive Symptomatik vorhanden (IV-act. 92-4). Im Bericht wurde ausgeführt, aufgrund der Anforderungen im beruflichen und familiären Umfeld habe der Versicherte die seit längerem bestehenden Einschränkungen wegen der Alexithymie nicht mehr ausgleichen können und sei depressiv dekompenziert (IV-act. 92-5). Ein Bezug der psychopathologischen Befunde zum Alkoholkonsum wurde nicht hergestellt, so dass davon auszugehen ist, dass dieser nicht als relevant erachtet wurde. Im internistischen Teilgutachten des MGBB wurde bezüglich des Alkoholkonsums festgehalten, es hätten sich klinisch keine Hinweise für einen die Organe schädigenden Alkoholkonsum gefunden. Ein allfälliger Alkoholkonsum hätte keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Des Weiteren hätten die Laboruntersuchungen vom 10. Februar 2015 keine Hinweise für einen problematischen Alkoholkonsum ergeben (IV-act. 125-39). Auch in der psychiatrischen Begutachtung vom 20. November 2015 konnte die von Dr. L.____ festgestellte Störung durch Alkoholkonsum nicht bestätigt werden (IV-act. 125-47). Der neurologische Gutachter hielt den angegebenen Alkoholkonsum für glaubhaft und moderat und verneinte eine Schädigung des Nervensystems infolge chronischen übermässigen Alkoholgebrauchs (IV-act. 125-41). In der neuropsychologischen Untersuchung liessen sich keine relevanten kognitiven Schwächen oder Defizite (mehr) erheben (IV-act. 125-44). Somit ist aufgrund der Befunde der Gutachter überwiegend wahrscheinlich erstellt, dass zur Zeit der MGBB-Begutachtung kein die Arbeits- oder Leistungsfähigkeit beeinträchtigender Alkoholkonsum (mehr) vorlag, und der Verzicht auf eine erneute laborchemische Untersuchung erscheint daher nachvollziehbar (vgl. auch Stellungnahme von RAD-Arzt Dr.med. R.____, Facharzt für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie vom 19. Januar 2017, IV-act. 164-2). Selbst wenn ein gewisser Alkoholkonsum noch bestehen würde, hätte dieser nicht notwendigerweise einen negativen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Überdies gab der Versicherte jeweils an, lediglich abends und nicht übermässig getrunken und kein Alkoholproblem zu haben.

3.3 In der Tagesklinik des Psychiatriezentrums I.____ (Besuch vom 11. März bis 31. Mai 2013) wurden eine Alexithymie (nicht näher bezeichnete anhaltende affektive Störung,



ICD-10: F34.9) sowie eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode (ICD-10: F33.0), diagnostiziert (IV-act. 31). Dr. L.____ diagnostizierte eine Dysthymie, da das Ausmass der depressiven Stimmung kaum je das Ausmass einer eigentlichen depressiven Episode erreicht habe (Fremdakten, act. 3-75; Gutachten vom 30. Juli 2014). Eine zuvor im Raum stehende AD(H)S-Diagnose war nach Angaben des Versicherten durch Dr. S.____ schliesslich nicht bestätigt worden (Gutachten Dr. L.____, Fremdakten, act. 3-62, 66; vgl. auch IV-act. 64-8, wonach gemäss Dr.med. T.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, ein ADHS diagnostiziert worden war). In der Psychiatrischen Klinik M.____ (20. Oktober bis 18. Dezember 2014) wurden nebst der Alexithymie eine schwere depressive Episode und eine anhaltende affektive Störung diagnostiziert (ICD-10: F33.2; IV-act. 92-2). Die den Versicherten seit 5. Juli 2012 behandelnde Dr. T.____ bestätigte gemäss Arztbericht vom 11. März 2013 (richtig: 2015) die Diagnosen (anhaltende affektive Störung, Alexithymie; ICD-10: F33.2, 34.9; IV-act. 110). Die psychiatrische Gutachterin des MGBB diagnostizierte eine gegenwärtig leichte depressive Episode (ICD-10: F33.0, IV-act. 125-45) und eine kombinierte Persönlichkeitsstörung vom schizoid ängstlich-vermeidenden Typ (ICD-10: F61.0). Es bestehe eine Unausgeglichenheit in den Einstellungen und im Verhalten in mehreren Funktionsbereichen. Das auffällige Verhaltensmuster sei andauernd und gleichförmig, nicht episodisch, und tiefgreifend und in vielen persönlichen und sozialen Situationen eindeutig unpassend. Die Störung habe im Kindesalter begonnen und sich auf Dauer im Erwachsenenalter manifestiert. Sie führe zu deutlichem subjektivem Leiden und sei mit deutlichen Einschränkungen der beruflichen und sozialen Leistungsfähigkeit verbunden. Die Gutachterin zeichnet diese Kriterien anhand der Biografie und Krankengeschichte des Versicherten nach und folgert, insgesamt könnten typische Symptome einer schizoiden Persönlichkeitsstörung mit emotionaler Kühle, Distanziertheit und flacher Affektivität, eine geringe Fähigkeit, warme, zärtliche Gefühle oder gar Ärger anderen gegenüber zu zeigen, sowie eine übermässige Vorliebe für einzelgängerische Beschäftigungen festgestellt werden. Ausserdem bestehe ein Mangel an engen Freunden und vertrauensvollen Beziehungen sowie ein fehlender Wunsch nach solchen Beziehungen. Ausserdem leide der Versicherte unter andauernder Anspannung und Besorgtheit, unter der Überzeugung, selbst sozial unbeholfen, unattraktiv und minderwertig zu sein, und an einer ausgeprägten Sorge, in sozialen Situationen kritisiert oder abgelehnt zu werden. Er zeige eine Abneigung, sich



auf persönliche Kontakte einzulassen, und vermeide soziale und berufliche Aktivitäten, die zwischenmenschliche Kontakte voraussetzen aus Furcht vor Kritik, Missbilligung oder Ablehnung (IV-act. 125-46). Die bisher der Alexithymie zugeordneten Symptome seien im Rahmen einer paranoiden Persönlichkeitsstörung einzuordnen (IV-act. 125-47). Die diagnostische Herleitung durch die psychiatrische Gutachterin erscheint in Anbetracht der geklagten Beschwerden und vorhandenen Akten schlüssig und nachvollziehbar.

3.4 Im Zusammenhang mit den nach dem strukturierten Beweisverfahren massgeblichen Indikatoren wird aus psychiatrischer Sicht ausgeführt, der Versicherte könne sich im Rahmen seiner psychischen Erkrankung grundsätzlich an Routinen und Regeln anpassen, planen und strukturieren. Aufgrund der affektiven Störung sei er vermindert entscheidungsfähig. Er könne die als Mechaniker erworbenen fachlichen Kompetenzen anwenden. Er sei krankheitsbedingt nicht durchsetzungsfähig und habe ein schlechtes Selbstbild, was seine Selbstbehauptung, seine affektive Belastbarkeit und seine Flexibilität einschränke. Er sei erhöht kränkbar und vermindert frustrationstolerant. Er reagiere mit einer Zunahme der depressiven Symptomatik, dem Gefühl der Wertlosigkeit sowie mit somatischen Symptomen (Kopf- und Rückenschmerzen), innerer Unruhe und erhöhter Gereiztheit. Seine Durchhaltefähigkeit sei reduziert. Aufgrund seiner Persönlichkeitsstörung seien seine Kontaktfähigkeit zu Dritten und Gruppenfähigkeit stark vermindert. Die Fähigkeiten zu familiären und intimen Beziehungen und zu Spontanaktivitäten seien reduziert. Die Selbstpflege sei je nach affektiver Stimmungslage unterschiedlich. Berücksichtige man die durch die Störung der Persönlichkeitsentwicklung (vgl. IV-act. 125-38) und der durch die negative Wechselwirkung der vorhandenen Symptome (vgl. IV-act. 125-48) reduzierten Ressourcen, die Befunde, die subjektiven Angaben, die funktionellen Einschränkungen, die Indikatoren sowie Konsistenz und die zumutbare Willensanstrengung, liege beim Versicherten derzeit eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 40% vor. Dem Versicherten sei es zuzumuten, (in seinem angestammten Beruf) als Mechaniker zu arbeiten. Die Arbeitssituation und das Arbeitsumfeld müssten jedoch angepasst sein. Der Versicherte sollte keinem Druck ausgesetzt sein, alleine oder in einer kleinen Gruppe arbeiten können und die Möglichkeit eines Rückzugs und bestenfalls einer freien Zeiteinteilung haben (IV-act. 125-53).



3.5 Zusammenfassend ist das polydisziplinäre Gutachten vom 30. Januar 2016 schlüssig und nachvollziehbar und berücksichtigt in psychiatrischer Hinsicht die massgeblichen Indikatoren. Die psychiatrische Untersuchung dauerte zweieinhalb Stunden (IV-act. 125-34; vgl. dazu Dr. L.____ gut eine Stunde, Fremdakten, act. 3-46). Aus neuropsychologischer, internistischer und neurologischer Sicht sind keine objektiven Gesichtspunkte ersichtlich oder werden geltend gemacht, die das Gutachten in Frage zu stellen vermöchten. Das Gutachten ist daher beweiskräftig und es ist darauf abzustellen.

4.

4.1 Die Beschwerdeführerin macht geltend, gemäss Gutachten der MGBB bestehe die attestierte Arbeitsunfähigkeit von 40% erst seit Beendigung der Behandlung in der Psychiatrischen Klinik M.____ im Dezember 2014.

4.2 Das Eidgenössische Versicherungsgericht (seit 1. Januar 2007: sozialrechtliche Abteilungen des Bundesgerichts) entschied mit Urteil vom 22. Februar 2002, der Zeitpunkt des Eintritts der Arbeitsunfähigkeit sei für die Vorsorgeeinrichtung von grosser Tragweite, indem der Eintritt der massgebenden Arbeitsunfähigkeit während des Arbeitsverhältnisses oder der Nachdeckungsfrist oft lebenslange Rentenleistungen auslöse. Dieser Zeitpunkt müsse daher hinlänglich ausgewiesen sein. Wenn im Arbeitsvertragsrecht bereits eine Arbeitsunfähigkeit von wenigen Tagen durch ein ärztliches Zeugnis oder auf andere Weise bewiesen werden müsse, dürfe hinsichtlich des Eintritts der berufsvorsorgerechtlich relevanten Arbeitsunfähigkeit mit viel weitreichenderen Folgen auf einen hinreichend klaren Nachweis nicht verzichtet werden (Urteil B 35/00, E. 1b). Notwendig für den Nachweis des Beginns der Arbeitsunfähigkeit ist also wie im Arbeitsvertragsrecht das Vorhandensein eines Arzzeugnisses (H.-U. Stauffer, Die berufliche Vorsorge, 3. Aufl., Zürich 2013, Art. 23 BVG, S. 64).

4.3 Der Versicherte war vom 21. Februar bis 30. April 2012 und ab 6. Juni bis auf Weiteres zu 50% und ab Eintritt in die tagesklinische Behandlung am 11. März 2013 bis 31. Juli 2014 zu 100% krank geschrieben (vgl. Fremdakten act. 1-4 ff. und act. 3-121 ff.; FI-Gesprächsprotokoll RAD Dr. F.____ vom 3. Oktober 2012, IV-



act. 15-1 f.). Die psychiatrische Gutachterin hielt fest, wann genau der Gesundheitsschaden aufgetreten sei, könne rückblickend nicht festgestellt werden, es müsse von einer schleichenden Entwicklung ausgegangen werden. Nach Aktenlage sei stets von einer Alexithymie sowie einer rezidivierenden depressiven Störung leichten bis schweren Grades ausgegangen worden (IV-act. 125-36). Unter Berücksichtigung der Aktenlage habe das Leiden 2008 begonnen und sei ab 2012 akut geworden, vor allem wegen der seit Februar 2012 anhaltenden mindestens 50%-igen Arbeitsunfähigkeit. Es müsse angenommen werden, dass in diesem Zeitpunkt auch die sozialen Kontakte zurückgegangen seien. Der Versicherte befinde sich seit 2011 bei seinem Hausarzt in antidepressiver medikamentöser Behandlung und habe eine psychiatrische Behandlung im Frühjahr 2012 begonnen (IV-act. 125-38). Er sei nicht durchgehend antidepressiv behandelt worden. Ab 2011 bis 2012 habe er Fluctine erhalten, subjektiv ohne deutliche Besserung der Symptomatik. Nach einer Umstellung auf Citalopram habe er dieses angeblich wegen Kopfschmerzen während einer beruflichen Integrationsmassnahme selbständig abgesetzt. Daraufhin habe sich eine Verschlechterung des Gesamtzustandes mit einer Zunahme der Konzentrationsschwäche, der Aufmerksamkeitschwäche, der Reizbarkeit sowie mit einem verlangsamten Arbeitstempo gezeigt (IV-act. 125-36 f.). Dr. L.____ habe eine abweichende diagnostische Einschätzung vorgenommen und sei zu keiner krankheitsbedingten Arbeitsunfähigkeit gekommen. Insgesamt müsse festgestellt werden, dass aufgrund der angegebenen objektiven Befunde und Diagnosen rückblickend die festgestellte Arbeitsunfähigkeit aus versicherungspsychiatrischer Sicht nicht vollumfänglich nachvollzogen werden könne (IV-act. 125-37). Demnach schliesst die psychiatrische Gutachterin einen übermässigen Alkoholkonsum als Ursache der Beschwerden nicht nur für den Zeitpunkt des Gutachtens, sondern auch rückwirkend, bereits für den Zeitpunkt der Begutachtung durch Dr. L.____, aus. Dieser Schluss ergibt sich auch aus der Stellungnahme von RAD-Arzt Dr. R.____ vom 19. Januar 2017, indem er ausführt, nachdem ein aktueller Alkoholgebrauch die gutachterlich attestierte seelische Störung nicht überzeugend erkläre, hätten die bemängelte nicht abgeschlossene diagnostische Einordnung von Dr. L.____ und die nach seiner Ansicht nicht ausreichend gewürdigte Alkoholproblematik an Bedeutung verloren (IV-act. 164-3). Die Gutachterin hält weiter fest, es könne davon ausgegangen werden, dass seit der Entlassung aus der Psychiatrischen Klinik M.____ am



18. Dezember 2014 die psychiatrische Erkrankung derart beschrieben werde, dass seither eine invalidisierende Erkrankung bestehe, die die Arbeits- und Leistungsfähigkeit insgesamt zu 40% beeinträchtigt (IV-act. 125-50). RAD-Arzt Dr. R.____ nahm hierzu Stellung, die Arbeitsunfähigkeit sei spätestens ab 20. Oktober 2014 objektivierbar. Die Annahme eines Beginns der Arbeitsunfähigkeit schon im Februar 2012 sei mit Blick auf das spezifische Muster der gutachterlich festgestellten seelischen Störung aber durchaus mit überwiegender Wahrscheinlichkeit plausibel, da rein medizintheoretisch ein längerer Verlauf anzunehmen sei (IV-act. 164-3). Dies deckt sich auch mit der bereits vorstehend wiedergegebenen Einschätzung der psychiatrischen Gutachterin, dass das Leiden 2008 begonnen habe und ab 2012 akut geworden sei, was sich in der ab Februar 2012 attestierten durchgehenden Arbeitsunfähigkeit von 50% zeige (vgl. E. 4.3 vorstehend sowie IV-act. 125-38).

4.4 Gegenüber dem Gutachter Dr. L.____ schilderte der Versicherte, er sei vor etwa drei Jahren (also ca. Juni 2011) zum Hausarzt gegangen, da er sich abends müde und energielos gefühlt habe. Er habe Fluoxetin erhalten, welches er während etwa eines Jahres genommen habe und womit es ihm eine Weile besser ergangen sei. Der Hausarzt habe ihn an den Psychiater Dr. D.____ überwiesen. Dieser habe ihn ca. im Februar (2012) zu 50% krank geschrieben. Die wöchentliche Behandlung habe bis April gedauert, der Arzt habe keine Diagnose stellen können. Der Hausarzt habe ihn hierauf als arbeitsfähig erachtet. Darauf habe er den Hausarzt gewechselt zu Dr. F.____. Dieser habe ihn an Dr. T.____ überwiesen, wo er seit zwei Jahren in Behandlung sei. Er habe mehr als ein Jahr lang Citalopram eingenommen, dies aber wegen Kopfschmerzen und Schwindel abgesetzt. Seither nehme er ausschliesslich Relaxane (Fremdakten, act. 3-62; vgl. auch Austrittsbericht Psychiatriezentrum I.____ vom 10. Juni 2013, Fremdakten, act. 3-110 und Angaben neuropsychologische Begutachtung Dr. L.____, Fremdakten, act. 3-83 f., sowie Austrittsbericht Psychiatrische Klinik M.____ vom 19. Januar 2015, IV-act. 92-4). Die Überweisung in die Tagesklinik Psychiatriezentrum I.____ erfolgte per 11. März 2013 zur psychischen Stabilisierung einer ausgeprägten depressiven Symptomatik unklarer Ätiologie und vor allem zur diagnostischen Abklärung (Fremdakten, act. 3-109 f.). Beurteilend wurde festgehalten, es sei davon auszugehen, dass die depressive Symptomatik aus einer seit dem adoleszenten Alter bestehenden alexithymen Problematik resultiere (Fremdakten, act. 3-111). Der Austritt erfolgte am 31. Mai 2013 bei leicht gebesserter depressiver Symptomatik. Bis zum



St.Galler Gerichte

vorgesehenen Beginn eines Aufbautrainings im ersten Arbeitsmarkt am 1. August 2013 wurde eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit attestiert (Fremdakten, act. 3-112). Im Gespräch mit der Eingliederungsverantwortlichen am 26. Juni 2013 und telefonisch am 4. Juli 2013 berichtete der Versicherte, es gehe ihm besser. Er mache sich Gedanken über einen Arbeitsversuch bei einem Bekannten und habe "zuviel zu tun" (IV-act. 35-4). Das Arbeitstraining dauerte effektiv vom 21. Oktober 2013 bis 17. April 2014. Das 50%-ige Pensum wurde ab 3. Februar 2013 um zusätzliche zwei Nachmittagsstunden wöchentlich gesteigert. Der Versicherte konnte kein für den ersten Arbeitsmarkt genügendes Arbeitstempo erreichen (Abschlussbericht Arbeitstraining, IV-act. 62). Das Arbeitstraining wurde wegen verstärkter Kopfschmerzen bzw. wegen zunehmendem Druck aufgrund von Gesprächen vorzeitig abgebrochen (Verlaufsprotokoll Eingliederungsberatung, IV-act. 64-8 f.). Der Versicherte führte anlässlich der psychiatrischen Begutachtung am 20. November 2015 aus, er habe im Februar 2014 Dauerkopfschmerzen gehabt und die Medikamente abgesetzt. Danach sei es ihm schlechter ergangen (IV-act. 125-30). Anlässlich seiner gutachterlichen Exploration am 6. Juni 2014 konnte Dr. L.____ keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit feststellen (Fremdakten, act. 3-78). Beim Eintritt in die Psychiatrische Klinik M.____ am 20. Oktober 2014 berichtete der Versicherte, er leide seit einem Jahr unter starken Depressionen. Er grüble viel, gerate in Anspannung und komme im Alltag nicht mehr zurecht. Er nehme sich als deutlich verlangsamt und überfordert wahr. Er frage sich, was mit ihm los sei, und hoffe auf eine diagnostische Klärung während der stationären Behandlung (IV-act. 92-2). Anlässlich der psychiatrischen Begutachtung am 20. November 2015 äusserte der Versicherte später, er habe (offenbar nach Beendigung des Arbeitstrainings) eine Arbeitsstelle mit einem Pensum von 50% suchen wollen. Die Bewerbung sei für ihn sehr stressig gewesen, so dass es ihm sehr schlecht ergangen sei. Er sei sehr betrübt und antriebsarm gewesen, ohne Zukunftsperspektiven, so dass er in die Psychiatrische Klinik M.____ eingetreten sei (IV-act. 125-30). An aktuellen Symptomen berichtete er von einer "schlechten Konzentration", welche er seit vergangenem Sommer wahrnehme, sowie dem "Gefühl, nicht ganz hier zu sein". Dieses habe sich während des Aufenthaltes in der Tagesklinik noch verstärkt. Schwierigkeiten in der Konzentration nehme er insofern wahr, als dass ihm die Planung von Arbeitsabläufen schwerfalle (Austrittsbericht vom 19. Januar 2015, IV-act. 92-3). Der Versicherte zeigte gemäss durch die Psychiatrische Klinik erhobenem Befund eine



deutliche formale Denkstörung; das Denken war verlangsamt, umständlich. Inhaltlich war er eingeeengt auf die Frage der Diagnosestellung und beschrieb Depersonalisationserleben im Sinne einer Ich-Störung (IV-act. 92-4). Der psychiatrischen Gutachterin gegenüber beklagte er am 20. November 2015, er sei niedergeschlagen, antriebslos und sehr erschöpft. Er könne auch aktuell nicht arbeiten. Sobald er unter Druck gerate, verspüre er eine Blockade, Kopfschmerzen und -druck, Verspannungen und Bauchschmerzen. Bei Arbeiten, bei denen er viel studieren müsse, benötige er viele Pausen. Er könne sich lediglich eine Arbeit vorstellen, bei der er "friedlich seine Sachen erledigen könne". Er helfe zu Hause im Haushalt oder im elterlichen Landwirtschaftsbetrieb. Er sei gereizt, innerlich unruhig, gleichzeitig aber müde und erschöpft (IV-act. 125-31). Seit Sommer 2015 sei er nicht mehr in psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung (IV-act. 125-32).

4.5 Aus den Angaben des Versicherten geht hervor, dass sich sein psychischer Zustand insbesondere während des Arbeitstrainings Anfang 2014 und vor dem Eintritt in die Psychiatrische Klinik M.____ im Oktober 2014 verschlechtert hatte. Das Gutachten von Dr. L.____ deutet auf eine zwischenzeitliche Verbesserung des Gesundheitszustandes hin. Zuvor liegen eine schlüssig begründete Diagnose und Arbeitsfähigkeitsschätzung zwar nicht vor. Der Diagnose einer Persönlichkeitsstörung ist jedoch immanent, dass sie seit der Jugend bzw. Adoleszenz besteht (vgl. H. Dilling/ H.J. Freyberger, Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen, 7. Aufl., Bern 2014, S. 235). Auch hatte der Versicherte offenbar bereits in den Jahren 2008 und 2009 unter Inkaufnahme einer Lohneinbusse sein Arbeitspensum reduziert. Gesamt betrachtet ergibt sich gemäss dem Gesagten aus den Berichten der Behandler, den Schilderungen des Versicherten, dem MGBB-Gutachten sowie der RAD-Einschätzung ein stimmiges Bild der gesundheitlichen Entwicklung des Versicherten bzw. von dessen Arbeitsfähigkeit. Die abweichende Einschätzung von Dr. L.____ lässt sich mit einer vorübergehenden Verbesserung des Gesundheitszustandes, welche beim ausgewiesenen schwankenden Gesundheitszustand des Versicherten nicht aussergewöhnlich ist, ausreichend begründen. Zudem hat er übereinstimmend mit der psychiatrischen MGBB-Gutachterin eine Dysthymie festgestellt und lediglich einen Verdacht auf eine Alkoholabhängigkeit geäussert. Überdies sind die bereits ab 2012 attestierten Arbeitsunfähigkeiten gemäss entsprechenden Arztberichten durchaus nachvollziehbar und auch die



Arbeitserprobung zeigte keine höhere Arbeitsfähigkeit (IV-act. 31-1 ff., 62, 92).

Nachdem dem Versicherten vom 20. Februar bis 30. April 2012 und anschliessend ab dem 2./6. Juni 2012 wiederum andauernde Arbeitsunfähigkeiten attestiert worden waren, hat die IV-Stelle den Beginn des Wartejahres zu Recht auf Anfang Juni 2012 und somit den Rentenbeginn auf den 1. Juni 2013 festgesetzt. Die angefochtene Verfügung ist folglich korrekt.

5.

5.1 Nach dem Gesagten ist die Beschwerde abzuweisen.

5.2 Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt (Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- erscheint als angemessen. Dem Ausgang des Verfahrens entsprechend ist sie vollumfänglich der Beschwerdeführerin aufzuerlegen und durch den von ihr geleisteten Kostenvorschuss von Fr. 600.-- gedeckt. Die Beschwerdeführerin hat als mit öffentlich-rechtlichen Aufgaben betraute Versicherung keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (vgl. BGE 126 V 143 E. 4a).

Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

1.

Die Beschwerde wird abgewiesen.

2.

Die Beschwerdeführerin hat eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- zu bezahlen; diese ist durch den in gleicher Höhe geleisteten Kostenvorschuss gedeckt.