

# **SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2021/178 vom 25. Juli 2023**

Sg Versicherungsgericht, 2023-07-25, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/sg\\_publicationen\\_IV\\_2021\\_178](https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2021_178)

FR: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2021/178 du 25 juillet 2023

IT: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2021/178 del 25 luglio 2023

## **Regeste**

Art. 23 BVG. Art. 26 BVG. Art. 28 IVG. Art. 16 ATSG. Bindungswirkung zwischen Invalidenversicherung und beruflicher Vorsorge. Würdigung der Berichte von behandelnden Fachärzten. Rentenanspruch (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 25. Juli 2023, IV 2021/178). Aufgehoben durch Urteil des Bundesgerichts 9C\_571/2023.

## **Volltext**

Entscheid vom 25. Juli 2023 Besetzung Präsident Ralph Jöhl, Versicherungsrichterinnen Karin Huber-Studerus und Tanja Petrik-Haltiner; Gerichtsschreiber Tobias Bolt  
Geschäftsnr. IV 2021/178 Parteien Pensionskasse A.\_\_\_\_, Beschwerdeführerin, vertreten durch Rechtsanwältin Dr. iur. Elisabeth Glättli, Probst Partner AG Rechtsanwälte, Bahnhofplatz 18, 8401 Winterthur, gegen IV-Stelle des Kantons St. Gallen, Postfach 368, 9016 St. Gallen, Beschwerdegegnerin, am Verfahren beteiligt B.\_\_\_\_, Beigeladener, vertreten durch Rechtsanwalt MLaw Soluna Girón, schadenanwaelte AG, Alderstrasse 40, Postfach, 8034 Zürich, Gegenstand Rente (für B.\_\_\_\_) Sachverhalt B.\_\_\_\_ meldete sich im Mai 2013 zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an (IV-act. 1). Die Stadtverwaltung C.\_\_\_\_ berichtete im Mai 2013 (IV-act. 4), der Versicherte habe ab dem 1. Juli 2010 als Pfänder und Teamleiter für sie gearbeitet. Er habe das Arbeitsverhältnis per 30. April 2013 gekündigt. Der letzte Arbeitstag sei der 8. Januar 2013 gewesen. Die D.\_\_\_\_ AG teilte im Juni 2013 mit (IV-act. 9), der Versicherte sei seit dem 7. Januar 2013 arbeitsunfähig. Er leide an einer mittelgradigen depressiven Episode mit einem somatischen Syndrom sowie an einem Tinnitus. Bis auf weiteres sei er vollständig arbeitsunfähig. In einem Austrittsbericht vom 30. April 2015 betreffend eine stationäre Behandlung in der Zeit vom 12. Januar 2015 bis zum 27. Februar 2015 gab die D.\_\_\_\_ AG an (IV-act. 87), der Gesundheitszustand des Versicherten habe sich verschlechtert. Klinisch seien Konzentrationsstörungen, eine formalgedankliche Hemmung, ein niedergeschlagener und hoffnungsloser Affekt, eine erheblich verminderte Schwingungsfähigkeit, ein stark reduzierter Antrieb mit einer deutlich sichtbaren Erschöpfung bei einer gleichzeitigen Anspannung und inneren Unruhe objektiviert worden. Bei einer Klärung der aktuellen Lebenssituation und des biographischen Hintergrundes seien die Auswirkungen schwerwiegender Traumatisierungen in der Kindheit und Jugend als für das aktuelle Erleben massgebend erkannt worden. Eine genauere Diagnostik habe bestätigt, dass die Kriterien einer posttraumatischen Belastungsstörung erfüllt seien. Diagnostisch leide der Versicherte an einer rezidivierenden depressiven Störung mit einer gegenwärtig schweren Episode ohne psychotische Symptome sowie an einer posttraumatischen Belastungsstörung. Der Psychiater Dr. med. E.\_\_\_\_ vom IV-internen regionalen ärztlichen Dienst (RAD)

qualifizierte den Austrittsbericht als überzeugend (IV-act. 90). Nach der Würdigung eines Verlaufsberichtes der D.\_\_\_\_ AG vom 7. September 2015 (IV-act. 95) hielt der RAD-Psychiater Dr. E.\_\_\_\_ am 14. September 2015 fest, der Versicherte sei bis auf weiteres vollständig arbeitsunfähig (IV-act. 97). Mit einer Verfügung vom 13. Januar 2016 sprach die IV-Stelle dem Versicherten rückwirkend ab dem 1. Januar 2014 eine ganze Rente zu (IV-act. 118). Auf eine gegen diese Verfügung erhobene Beschwerde der Pensionskasse A.\_\_\_\_ trat das Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen mangels eines schutzwürdigen Interesses der Pensionskasse nicht ein (Entscheid IV 2016/52 des St. Galler Versicherungsgerichtes vom 27. April 2018). Das Bundesgericht hob diesen Nichteintretensentscheid mit einem Urteil vom 16. November 2018 (9C\_431/2018) auf; es wies die Sache zur neuen Entscheidung an das Versicherungsgericht zurück. Mit einem Entscheid vom 27. Juni 2019 (IV 2018/401) wies das Versicherungsgericht die Beschwerde der Pensionskasse gegen die Verfügung vom 13. Januar 2016 mit der Begründung ab, die Berichte der D.\_\_\_\_ AG und die Aktenwürdigung des RAD-Arztes Dr. E.\_\_\_\_ belegten mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit, dass der Versicherte ab Januar 2013 für sämtliche Tätigkeiten vollständig arbeitsunfähig und damit zu 100 Prozent invalid gewesen sei. Folglich stehe ihm für die Zeit nach dem Ablauf des sogenannten Wartejahres nach Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG eine ganze Rente der Invalidenversicherung zu. Die Pensionskasse erhob am 13. September 2019 beim Bundesgericht eine Beschwerde gegen diesen Entscheid (vgl. IV-act. 150). Mit einem Urteil vom 16. Januar 2020 (9C\_548/2019) hob das Bundesgericht den Entscheid IV 2018/401 des Versicherungsgerichtes des Kantons St. Gallen vom 27. Juni 2019 auf (vgl. IV-act. 155). Es hielt fest, die ausschlaggebende Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung sei in den medizinischen Akten nicht hinreichend überzeugend begründet worden. Der medizinische Sachverhalt erweise sich damit als unzureichend ermittelt. Die Sache sei an die IV-Stelle zurückzuweisen. Diese werde eine psychiatrische Begutachtung des Versicherten veranlassen und anschliessend neu über das Rentenbegehren entscheiden. Im Auftrag der IV-Stelle erstattete der Psychiater Dr. med. F.\_\_\_\_ am 15. Dezember 2020 ein fachärztliches Gutachten (IV-act. 179). Er hielt fest, er habe den Versicherten am 18. September 2020 während drei Stunden untersucht, am 1. Oktober 2020 eine zweieinhalb Stunden dauernde strukturierte klinische Diagnostik durchgeführt und am 22. Oktober 2020 eine weitere zweistündige Untersuchung vorgenommen. Am 3. Dezember 2020 habe er sich telefonisch mit dem leitenden Psychologen der D.\_\_\_\_ AG ausgetauscht. Der Versicherte sei zu Beginn der Untersuchung misstrauisch und reizbar gewesen. Im Verlauf habe er scheu gewirkt. Der Blick sei oft in die Ferne gerichtet gewesen. Der Versicherte sei sehr affektlabil gewesen. Immer wieder hätten Absence-artige Sequenzen beobachtet werden können. Während der gesamten Untersuchung sei der Versicherte sehr deutlich angespannt gewesen. Ausserhalb von Affektadzerbationen (gemeint wohl: Affektexacerbationen) habe der Versicherte sehr leise und monoton gesprochen. Den Blickkontakt habe er nur selten aufgenommen. Die Mitarbeit in den Untersuchungen sei jedoch gut gewesen. Bereits im Vorfeld der Untersuchungen sei aufgefallen, dass sich der Versicherte sehr korrekt und akkurat verhalten habe. Vor der ersten Untersuchung habe er sich gemeldet, um darauf hinzuweisen, dass der Wochentag und das Datum auf der Einladung nicht übereinstimmten. Beim Beantworten der Fragebögen habe er durch Streichungen Fragen korrigiert, die offensichtliche Nonsens-Symptome abgefragt hätten. Teilweise habe er Kommentare hinzugefügt, damit sich sinnvolle Symptomschilderungen ergeben hätten. In den Untersuchungen seien

praktisch keine freundlichen oder fröhlichen Affekte zu beobachten gewesen. Eine freundliche Zuwendung habe den Versicherten jeweils eher irritiert. Von den gestellten Fragen sei er immer wieder abgeschweift. Es sei kaum möglich gewesen, ihn in der Befragung zu strukturieren. Im Rahmen der ersten Untersuchung habe der Sachverständige im Verlauf des eigentlich geplanten strukturierten Interviews beschlossen, den Versicherten frei erzählen zu lassen und nur durch einzelne Nachfragen immer wieder relevante Informationen zu erhalten. Das Gefühl, die Kontrolle über das Gespräch zu haben, habe es dem Versicherten ermöglicht, seine Abwehrhaltung und sein Misstrauen besser zu überwinden. Bei den strukturierten klinischen Interviews habe sich der Versicherte dagegen an die vorgegebenen Fragen gehalten. Objektiv klinisch hätten keine Bewusstseinsstörungen festgestellt werden können. Der Versicherte sei zu allen Qualitäten voll orientiert gewesen. Zeitweise hätten aber vorübergehende leichte Beeinträchtigungen im Rahmen von „flash backs“ beobachtet werden können. Dem Versicherten sei es jedoch möglich gewesen, sich jeweils schnell wieder zu reorientieren. Die Auffassung sei ungemindert gewesen. Obwohl er sehr emotional reagiert habe, habe der Versicherte den Sinn des Untersuchungskontextes und der Fragen verstanden und adäquate Antworten gegeben. In einigen Momenten habe er verzögert reagiert, wobei er vermindert ansprechbar gewirkt habe, was im Sinne einer dissoziativen Symptomatik zu werten sei. Die Konzentration sei subjektiv deutlich, objektiv aber nur leicht bis mässig beeinträchtigt gewesen. Hinweise auf Gedächtnisstörungen, Paramnesien, Konfabulationen oder Zeitgitterstörungen hätten nicht festgestellt werden können. Formale Denkstörungen hätten nicht vorgelegen. Allerdings hätten sich eine leichte Einengung des Denkens sowie eine ausgeprägte Grübelneigung gezeigt. Sowohl in den Aussagen als auch in der Mimik und Gestik habe sich ein deutliches Misstrauen gezeigt. Ebenfalls deutlich erkennbar seien Phobien und eine Ängstlichkeit gewesen, vor allem soziale Situationen und Erinnerungen an traumatische Erlebnisinhalte betreffend. Anzeichen für Zwänge hätten nicht festgestellt werden können, jedoch seien gewisse Hinweise auf eine pedantisch-zwanghafte Verarbeitungsweise im Sinne eines überdauernden Persönlichkeitsmerkmals aufgefallen. Sinnestäuschungen hätten nicht festgestellt werden können. Vereinzelt hätten Ich-Störungen im Sinne einer Derealisation und Depersonalisation beobachtet werden können. Sowohl zu Beginn als auch im Verlauf der Untersuchungen habe der Versicherte immer wieder sehr affektlabil imponiert. Im Verlauf sei er überwiegend teils depressiv herabgestimmt, teils gereizt und angespannt gewesen. Positive Affekte seien zu keinem Zeitpunkt feststellbar gewesen. Inhaltsbezogen sei eine sehr gesteigerte Affektlabilität zu beobachten gewesen: Der Versicherte sei immer wieder in Tränen ausgebrochen, habe am ganzen Körper gezittert. Er habe den Eindruck des Erschüttertseins vermittelt. Als er sich aus einer Flasche etwas Mineralwasser in sein Glas habe einschütten wollen, habe er so stark gezittert, dass er kaum das Glas getroffen habe. Dabei seien ihm die Tränen am Gesicht heruntergeflossen. Die affektive Schwingungsfähigkeit sei allgemein sehr stark eingeschränkt gewesen. Eine Hoffnungslosigkeit sei deutlich ausgeprägt zum Ausdruck gebracht worden. Fragen nach der Zukunft seien allesamt mit negativen Erwartungen beantwortet worden. Der Versicherte habe angegeben, dass er nicht mehr könne, es gerade noch knapp schaffe, die Aufgaben im Haushalt zu bewältigen. Seine Antworten auf entsprechende Fragen hätten eine Anhedonie sowie eine sexuelle Abstinenz gezeigt. Schuldgefühle seien als ein chronischer Begleiter angegeben worden. Zudem habe der Versicherte ausgeprägte Schamgefühle und das Gefühl der Ohnmacht respektive des Ausgeliefertseins sowie der Hilflosigkeit angegeben. Die geschilderte Thematik habe nicht

zu inadäquaten (wahnhaften) Schuldgefühlen im Sinne einer wahnhaften Depression gepasst, da sie einen konkreten und nachvollziehbaren Bezug zu den (im Gutachten sehr ausführlich und detailliert geschilderten, hier aus Persönlichkeitsschutzüberlegungen aber nicht wiedergegebenen) traumatischen Erlebnissen gehabt hätten. Misshandelte, vernachlässigte und missbrauchte Kinder entwickelten meist objektiv inadäquate, subjektiv aber scheinbare Sinnhaftigkeit vermittelnde Schuld- und Schamgefühle, die sich ohne korrigierende Beziehungserfahrungen lebenslang tradieren könnten. In der Untersuchung sei der Antrieb unauffällig gewesen. Themenabhängig sei eine Nervosität mit einer vermehrten motorischen Unruhe deutlich zu beobachten gewesen; der Versicherte habe dann jeweils als in einem belastenden Thema „gefangen“ gewirkt. Der motorische Grundtonus sei im Sinne einer chronischen erhöhten psychischen Anspannung erhöht gewesen. Eine Theatralik sei nicht aufgefallen. Bezüglich der Angaben zur kognitiven Minderleistung sei eine gewisse Verdeutlichungstendenz nicht ganz auszuschliessen. Hinweise auf eine offensichtliche Aggravation oder gar Simulation hätten vor dem Hintergrund eines zum beklagten Beschwerdebild und zur Anamnese passenden psychopathologischen Befundes jedoch nicht bestanden. Der Versicherte habe einen ausgeprägten sozialen Rückzug und ein selbstschädigendes Verhalten mit exzessivem Sport, Selbstverletzungen und schweren Alkoholabstürzen angegeben. Er habe eine ausgeprägte Suizidalität angegeben. In der Vergangenheit habe er bereits Suizidversuche unternommen. Die „Brief Symptom Checklist“ habe für die Skalen „unsicherer Sozialkontakt“, „Ängstlichkeit“ und „phobische Angst“ Maximalwerte gezeigt; in allen neun Skalen sei eine psychisch auffällige Belastung ersichtlich geworden. Das „Beck Depressions-Inventar“ habe einen einer schweren Depression entsprechenden Gesamtsummenwert geliefert. Auch der Gesamtsummenwert der „Hamilton Depression Scale“ habe einer schweren Depression entsprochen. Im Fragebogen zu dissoziativen Symptomen habe der Versicherte vor allem das Symptom der Derealisation und Depersonalisation als deutlich vorhanden angegeben; diese und die übrigen Angaben passten zu einer posttraumatischen Belastungsstörung mit dissoziativen Symptomen nach DSM-5 respektive zur komplexen posttraumatischen Belastungsstörung nach ICD-11. Der „Childhood Trauma Questionnaire“ habe für alle Skalen sehr hohe Werte ergeben. Der strukturierte Fragebogen simulierter Symptome habe einen etwas über dem Cut Off liegenden Wert ergeben, der sich aber noch in einem uneindeutigen Graubereich befunden habe, zumal sich darunter mehrheitlich Items befunden hätten, die im Kontext einer diagnostizierbaren Störung durchaus als plausible Beschwerden gewertet werden könnten. Die strukturierten klinischen Interviews („International Trauma Interview“, „SCID-5-CV“ und „SCID-5-SPQ“) hätten mehrheitlich schwere bis extreme Beeinträchtigungen bezüglich der abgefragten Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung, das Vorliegen fast sämtlicher Kriterien für die Diagnose einer „major depression“, eines Substanzkonsums und einer Agoraphobie sowie gewisse Hinweise auf Persönlichkeitsstörungen ergeben. Die Berichte der behandelnden Fachärzte, der bei den aktuellen Untersuchungen gewonnene objektive klinische Befund, die Testergebnisse der strukturierten Fragebögen und die Schilderungen des Versicherten sowie des leitenden Psychologen der D. \_\_\_ AG ergäben das in sich stimmige Gesamtbild einer Persönlichkeitsänderung nach einer Extrembelastung (ICD-10: F62.0) respektive einer komplexen posttraumatischen Belastungsstörung (ICD-11: 6B41), einer persistierenden depressiven Störung nach DSM-5 mit einer aktuell rezidivierenden depressiven Episode gegenwärtig schweren Ausmasses (ICD-10: F33.20; F34.1), einer Agoraphobie mit Panikstörungen (ICD-10: F40.01), einer

Alkoholabhängigkeit mit einem episodischen Substanzgebrauch (ICD-10: F10.26) sowie – ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit – einer zwanghaften Persönlichkeitsakzentuierung (ICD-10: Z73.1). Der aktuelle Querschnittbefund lege nahe, dass der Versicherte gegenwärtig nicht arbeitsfähig sei und dass sich daran ohne Fortschritte in einer Behandlung auch nichts ändern werde. Das Hauptaugenmerk müsse auf der Therapie liegen. Erfahrungsgemäss änderten sich die überdauernden Probleme bei derartiger Ausprägung nur allmählich. Ab einem gewissen Zeitpunkt könne jedoch perspektivisch eine berufliche Wiedereingliederung geplant werden, auch wenn noch nicht alles behandelt sei und problematische Muster des Verhaltens und Erlebens andauerten. Prognostisch könne gegebenenfalls nach zwei Jahren intensiver therapeutischer Bemühungen, allenfalls auch in einem stationären Rahmen mit einer spezialisierten Therapie in einem leidensgerechten Rahmen mit einem Wiedereinstieg gerechnet werden, zunächst allerdings in einem bescheidenen Rahmen. Der RAD-Arzt Dr. E.\_\_\_\_ hielt am 4. Januar 2021 fest, auf das Gutachten müsse abgestellt werden; der Versicherte sei vollständig arbeitsunfähig (IV-act. 182). Am 5. Februar 2021 teilte die IV-Stelle dem Versicherten in einem mit „Auflage bei Rentenzusprechung“ betitelten Schreiben mit (IV-act. 188), dass er „nach wie vor“ einen Anspruch auf eine ganze Rente habe. Die Arbeitsfähigkeit könne allerdings gemäss dem Gutachten von Dr. F.\_\_\_\_ mittels einer gezielten Therapie gesteigert werden. Im Rahmen der Schadenminderungspflicht müsse sich der Versicherte einer intensiven störungsspezifischen traumafokussierten Therapie unterziehen. Im Rahmen der amtlichen Revision im März 2024 werde die IV-Stelle prüfen, ob eine solche Therapie in Angriff genommen worden sei. Sollte dies nicht der Fall sein, werde sie eine Einstellung oder Kürzung der Rente in Anwendung des Art. 21 Abs. 4 ATSG prüfen. Mit einem Vorbescheid vom selben Datum teilte die IV-Stelle dem Versicherten mit, dass sie die Zusprache einer ganzen Rente mit Wirkung ab dem 1. Januar 2014 vorsehe (IV-act. 189). Dagegen liess die Pensionskasse am 15. März 2021 einwenden (IV-act. 193), das Gutachten von Dr. F.\_\_\_\_ überzeuge nicht. Die Diagnosestellung nach ICD-11 sei unzulässig, weil der ICD-11 noch nicht „in Kraft getreten“ sei. Das Trauma sei nicht hinreichend belegt. Der Versicherte habe eine weitgehend unauffällige Schulzeit verbracht, eine kaufmännische Lehre absolviert und während 20 Jahren in stabilen Verhältnissen gelebt. Die Diagnose einer depressiven Störung überzeuge ebenfalls nicht, weil der Sachverständige sie ungenügend begründet habe. Auch die Diagnose einer Agoraphobie sei nicht nachvollziehbar, da der Versicherte offenkundig ein Fitnesscenter besuchen könne. Anhand des vom Bundesgericht definierten „Standardindikatoren-Kataloges“ lasse sich keine relevante Invalidität nachvollziehen, denn in erster Linie fehle es an der Compliance bezüglich der Schadenminderungspflicht. Der Versicherte müsse polydisziplinär begutachtet werden. Der RAD-Arzt Dr. E.\_\_\_\_ hielt am 18. März 2021 fest, die Rechtsvertreterin der Pensionskasse bemängelte als medizinischer Laie die gutachterlichen Ausführungen, führe aber keinen medizinischen Bericht an, der diese Zweifel belegen könnte (IV-act. 194). Mit einer Verfügung vom 9. August 2021 sprach die IV-Stelle dem Versicherten mit Wirkung ab dem 1. Januar 2014 eine ganze Rente zu (IV-act. 206). Am 14. September 2021 liess die Pensionskasse (nachfolgend: die Beschwerdeführerin) eine Beschwerde gegen die Verfügung vom 9. August 2021 erheben (act. G 1). Sie liess die Aufhebung der angefochtenen Verfügung und die Rückweisung der Sache an die IV-Stelle (nachfolgend: die Beschwerdegegnerin) zur polydisziplinären Begutachtung und zur Prüfung von medizinischen und beruflichen Massnahmen beantragen. Zur Begründung führte sie aus, die Beschwerdegegnerin habe den Anspruch der Beschwerdeführerin auf rechtliches Gehör verletzt, indem sie sich nicht eingehend mit

den Einwänden gegen den Vorbescheid befasst habe. Der Sachverständige Dr. F. \_\_\_ sei kein zertifizierter Gutachter. Das Gutachten überzeuge nicht. Nur die Diagnose bezüglich der Suchterkrankung sei nachvollziehbar. Der medizinische Sachverhalt sei unvollständig ermittelt worden. Die Beschwerdegegnerin hätte medizinische Eingliederungsmassnahmen anordnen müssen. Die Beschwerdegegnerin beantragte am 19. November 2021 die Abweisung der Beschwerde (act. G 4). Zur Begründung führte sie an, der Sachverständige Dr. F. \_\_\_ sei ein Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, arbeite als leitender Arzt für einen kantonalen psychiatrischen Dienst, befasse sich schwerpunktmässig mit affektiven Erkrankungen inklusive Traumafolgestörungen, habe mehrere Jahre für den versicherungspsychiatrischen Dienst der Suva gearbeitet, sei entsprechend SIM-zertifiziert und habe Schulungen zum Thema „Begutachtung von Traumafolgestörungen“ bei der asim in Basel gegeben. Damit sei er durchaus zur Begutachtung des Versicherten qualifiziert gewesen. Eine SIM-Zertifizierung sei übrigens von Gesetzes wegen nicht erforderlich. Das Gutachten von Dr. F. \_\_\_ erfülle sämtliche Anforderungen gemäss der bundesgerichtlichen Rechtsprechung. Der RAD-Psychiater Dr. E. \_\_\_ habe das Gutachten gewürdigt und als überzeugend qualifiziert. Die Beschwerdeführerin liess am 8. Februar 2022 an ihren Anträgen festhalten und zusätzlich beantragen, dass die Beschwerdegegnerin umgehend angewiesen werde, die Rentenzahlungen an den Versicherten einzustellen (act. G 9). Die Beschwerdegegnerin verzichtete auf eine Duplik (act. G 11). Der Versicherte (nachfolgend: der Beigeladene) liess am 16. Juni 2022 die Abweisung der Beschwerde, eventualiter das Stellen von Rückfragen an den Sachverständigen und subeventualiter eine Ergänzung des Gutachtens mit einer anschliessenden Gerichtsbegutachtung beantragen (act. G 19). Zur Begründung liess er ausführen, der Beschwerdeführerin sei es nicht gelungen, Zweifel an der Überzeugungskraft des Gutachtens von Dr. F. \_\_\_ zu wecken. Sollte das Versicherungsgericht wider Erwarten zur Auffassung gelangen, dass das Gutachten von Dr. F. \_\_\_ keine ausreichende Beweisgrundlage darstelle, seien Rückfragen an den Sachverständigen zu stellen. Am 25. August 2022 nahm der Beigeladene persönlich Stellung zu den Eingaben der Beschwerdeführerin (act. G 24). Die Beschwerdeführerin liess am 1. September 2022 Stellung zur Eingabe des Beigeladenen vom 16. Juni 2022 nehmen, wobei sie ausdrücklich an ihren Anträgen festhalten liess (act. G 25). Zur Eingabe vom 25. August 2022 liess sie am 21. September 2022 Stellung nehmen. Die Beschwerdegegnerin verzichtete auf eine Stellungnahme (act. G 32). Der Beigeladene liess am 24. Oktober 2022 Stellung zu den Eingaben der Beschwerdeführerin vom 1. und 21. September 2022 nehmen und die Durchführung einer öffentlichen Verhandlung einschliesslich einer Vorladung des Sachverständigen beantragen (act. G 36). Mit einem Zwischenentscheid vom 14. Februar 2023 trat das Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen nicht auf den Antrag der Beschwerdeführerin vom 1. September 2022 ein, die Beschwerdegegnerin sei anzuweisen, die Rentenzahlungen an den Beigeladenen einzustellen; es überwies die Sache an das Bundesamt für Sozialversicherungen (act. G 40). Zur Begründung führte es an, die Beschwerdegegnerin habe in der angefochtenen Verfügung keinen Entzug der aufschiebenden Wirkung einer allfälligen Beschwerde angeordnet und dem Gericht nach der Beschwerdeerhebung auch keinen Entzug der aufschiebenden Wirkung beantragt. Folglich sei die angefochtene Verfügung nicht vollstreckbar, weshalb keine Rentenzahlungen erfolgen dürften. Sollte die Beschwerdegegnerin trotzdem weiter Rentenzahlungen leisten, müsste sie von der zuständigen Aufsichtsbehörde, dem Bundesamt für Sozialversicherungen, angehalten werden, ihr gesetzwidriges Verhalten einzustellen. Der Beigeladene zog seinen Antrag auf

eine öffentliche Verhandlung am 1. März 2023 zurück (act. G 41). Das Versicherungsgericht ersuchte Dr. F. \_\_\_ am 2. März 2023, Stellung zum Verlauf der Arbeitsfähigkeit in der Zeit von November 2013 bis Dezember 2020 zu nehmen (act. G 43). Am 4. Mai 2023 antwortete Dr. F. \_\_\_ (act. G 53), beim Beigeladenen bestehe aufgrund einer fortgesetzten Traumatisierung und sehr ungünstigen Gedeihbedingungen seit der Kindheit eine psychische Störung, die sich als Folge dieser Umstände und seiner Reaktion respektive seiner Bemühung hierauf, mit diesen Umständen zurecht zu kommen, entwickelt habe. Bis es zu einschneidenden Änderungen in seinem Lebensentwurf gekommen sei, habe der Beigeladene versucht, seine ihn stark prägende Lebensgeschichte zu verdrängen und vor anderen zu verbergen. Mit dem Anliegen, einen „Schlussstrich“ unter seine Vergangenheit zu ziehen, habe er sich im Jahr 2010 auf ein Angebot für eine leitende Position beim Betriebsamt der Stadt C. \_\_\_ eingelassen. Diese Tätigkeit habe von ihm aber genau jene sozialen Fertigkeiten – auch unter Belastungsbedingungen – gefordert, die er bis dahin allenfalls rudimentär an der Oberfläche beherrscht, aber nicht wirklich verinnerlicht gehabt habe. Hinzu gekommen sei, dass er – mit dem erklärten Ziel, „so normal zu sein wie andere“ – geheiratet habe. Wie zu erwarten, sei das gründlich schief gegangen. Ab jenem Zeitpunkt habe allmählich die Laufbahn als Patient begonnen. Im Jahr 2011 habe er ein „Burnout“ erlitten. Im Oktober 2012 seien Angstzustände und Panikattacken, ein Tinnitus, Schlafstörungen und eine starke Erschöpfung eingetreten. Ab dem Jahr 2013 sei er dann fortgesetzt vom Hausarzt krank geschrieben worden. Die gesamte Problematik sei im Grossen und Ganzen erstmals in einem Bericht beschrieben worden, der im Mai 2014 erstellt worden sei. Die relevante gesundheitliche Problematik mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit habe sich somit mit dem ersten Herausfallen aus dem Arbeitsprozess in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit, den zunehmenden psycho-physiologischen Erschöpfungssymptomen und dem Scheitern des ambitionierten Lebensentwurfes entwickelt, wobei sich das Vollbild im Laufe von Monaten bis zum Jahr 2014 allmählich entwickelt habe. Der Beigeladene liess am 17. Mai 2023 geltend machen, Dr. F. \_\_\_ habe die Diagnosestellung und das Arbeitsunfähigkeitsattest der behandelnden Ärzte – wie bereits davor der RAD-Arzt Dr. E. \_\_\_ – bestätigt, weshalb kein Zweifel an der Rechtmässigkeit der Rentenzusprache mehr bestehen könne (act. G 55). Die Beschwerdeführerin liess am 23. Juni 2023 einwenden (act. G 60), sie könne nicht nachvollziehen, weshalb das Versicherungsgericht Rückfragen an Dr. F. \_\_\_ gestellt habe, da dessen Gutachten bereits grundsätzlich nicht überzeuge. Seit dem 1. Januar 2022 müssten Sachverständige über ein SIM-Zertifikat verfügen (Art. 71 Abs. 2 IVV), was bei Dr. F. \_\_\_ wohl nicht der Fall sei. Insofern bestünden „auch hinsichtlich der Person des Gutachters und den Umständen der Gutachtenserstellung grosse Einwände“. Der Sachverständige habe die Lebensgeschichte des Beigeladenen falsch dargestellt. Aus den Akten gehe hervor, dass der Beigeladene ein gravierendes und langjähriges Suchtproblem habe. Entscheidend ins Gewicht fielen lediglich diese suchtmittelspezifischen Faktoren sowie allenfalls somatische Probleme, nicht aber die von Dr. F. \_\_\_ angeführten Gründe, die ohnehin nicht nachvollziehbar seien. In seiner Stellungnahme habe Dr. F. \_\_\_ im Übrigen die Frage des Versicherungsgerichtes gar nicht beantwortet. Erwägungen Der Zweck dieses Beschwerdeverfahrens erschöpft sich in der Überprüfung der angefochtenen Verfügung auf deren Rechtmässigkeit, weshalb sein Gegenstand jenem des vorangegangenen Verwaltungsverfahrens entsprechen muss. Dieser hat in der Prüfung des im Mai 2013 gestellten Rentenbegehrens bestanden. Zwar hat die Beschwerdegegnerin bereits am 13. Januar 2016 eine Rentenzusprache verfügt, aber diese Verfügung ist vom Bundesgericht

mit dem Urteil 9C\_548/2019 vom 16. Januar 2020 aufgehoben worden. Da jenes Bundesgerichtsurteil kassatorischer Natur gewesen ist und lediglich verbindliche Anweisungen bezüglich der Sachverhaltsabklärung im Verwaltungsverfahren enthalten hat, hat das ursprünglich im Mai 2013 eröffnete Verwaltungsverfahren wieder „aufgelebt“, ohne dass sein Gegenstand durch die zwischenzeitlichen Gerichtsverfahren beeinflusst gewesen wäre. Den Gegenstand des mit der angefochtenen Verfügung vom 9. August 2021 abgeschlossenen Verwaltungsverfahrens hat also die Frage nach einem Rentenanspruch des Beschwerdeführers ab dem 1. November 2013 (vgl. Art. 29 Abs. 1 IVG) gebildet. Auch in diesem Beschwerdeverfahren ist folglich zu prüfen, ob der Beschwerdeführer ab dem 1. November 2013 einen Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung gehabt hat. Auf das Begehren der Beschwerdeführerin, die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, medizinische und berufliche Massnahmen zu prüfen, kann deshalb nicht eingetreten werden. Gemäss dem Art. 28 Abs. 1 IVG hat eine versicherte Person, die ihre Erwerbsfähigkeit nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern kann, die während eines Jahres ohne einen wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 Prozent arbeitsunfähig gewesen ist und die nach dem Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 Prozent invalid ist, einen Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung. Für die Bemessung der Invalidität ist nach Art. 28a Abs. 1 IVG in Verbindung mit dem Art. 16 ATSG das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach dem Eintritt der Gesundheitsbeeinträchtigung und nach der Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Erwerbstätigkeit bei einer ausgeglichenen Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung zu jenem Erwerbseinkommen zu setzen, das sie erzielen könnte, wenn sie gesund geblieben wäre. Der Beigeladene hat eine kaufmännische Berufslehre abgeschlossen. Vor dem Eintritt der Gesundheitsbeeinträchtigung ist er als „Teamleiter Pfänder“ tätig gewesen. Der Jahreslohn hat sich im Jahr 2012 auf 98'189 Franken belaufen. Angesichts der Berufskarriere ist davon auszugehen, dass er ohne die Gesundheitsbeeinträchtigung auch weiterhin als „Teamleiter Pfänder“ gearbeitet hätte, weshalb das zuletzt erzielte Erwerbseinkommen als Valideneinkommen zu qualifizieren ist (vgl. dazu auch den Entscheid IV 2018/401 des St. Galler Versicherungsgerichtes vom 27. Juni 2019, E. 3.2). Für die Bestimmung des zumutbarerweise erzielbaren Invalideneinkommens ist entscheidend, welche Tätigkeiten dem Beigeladenen in welchem Umfang noch zugemutet werden können. Das Bundesgericht hat die Beschwerdegegnerin angehalten, eine psychiatrische Begutachtung des Beschwerdeführers zu veranlassen. Die Beschwerdeführerin hat geltend gemacht, ihres Erachtens stehe gar keine psychische Gesundheitsbeeinträchtigung zur Diskussion, was angesichts der Akten und der eindeutigen Ausführungen im von ihr erstrittenen Bundesgerichtsurteil nicht zutreffen kann. Die Beschwerdegegnerin hat den Psychiater Dr. med. F.\_\_\_\_ mit einer fachärztlichen Administrativbegutachtung des Beigeladenen beauftragt. Wie die Beschwerdegegnerin überzeugend aufgezeigt hat, hat Dr. F.\_\_\_\_ über hervorragende fachliche Qualifikationen für die Erstellung des Administrativgutachtens verfügt, woran das Fehlen eines SIM-Zertifikates nichts ändert, zumal die Beschwerdegegnerin im hier massgebenden Zeitpunkt der Erteilung des Gutachtensauftrages noch nicht verpflichtet gewesen ist, den Auftrag an einen SIM-zertifizierten Sachverständigen zu vergeben. Das Gutachten von Dr. F.\_\_\_\_ weist eine im Vergleich zu übrigen Administrativgutachten in ähnlich gelagerten Fällen überdurchschnittliche Qualität auf. Der Sachverständige hat den Beigeladenen dreimal während jeweils mehreren Stunden untersucht, er hat zahlreiche strukturierte

Testverfahren zur Anwendung gebracht, er hat beim leitenden Psychologen der D. \_\_\_ AG fremdanamnestiche Auskünfte eingeholt und er hat die medizinischen Vorakten eingehend gewürdigt. Damit hat er den für seine Beurteilung massgebenden medizinischen Sachverhalt in einer für eine Administrativbegutachtung nach den bisherigen Erfahrungen des Versicherungsgerichtes überdurchschnittlich hohen Qualität ermittelt. In seinem umfangreichen Gutachten hat Dr. F. \_\_\_ sowohl die subjektiven Angaben des Beschwerdeführers als auch die von ihm erhobenen objektiven klinischen Befunde detailliert und anschaulich wiedergegeben, wobei er sorgfältig darauf bedacht gewesen ist, klar zwischen den subjektiven Angaben und den versicherungsmedizinisch massgebenden objektiven klinischen Befunden zu unterscheiden. Die Diagnosestellung ist akribisch, aber dennoch auch für medizinische Laien gut verständlich und nachvollziehbar hergeleitet worden. Der Sachverständige Dr. F. \_\_\_ hat nachvollziehbar aufgezeigt, dass die vom ICD-10 vorgegebenen Diagnosekriterien dem vorliegenden Fall nicht völlig gerecht würden und deshalb eine Diagnosestellung nach ICD-11 und DSM-5 vorgenommen. Dennoch hat er auch festgehalten, welche Diagnosen nach ICD-10 zu stellen gewesen wären. Dabei hat er jeden einzelnen Teilschritt sowie sämtliche massgebenden differentialdiagnostischen Überlegungen in einem Umfang, in einer Transparenz und in einer Sorgfalt dargelegt, wie sie gerichtsnotorisch kaum je in einem Administrativgutachten anzutreffen sind. Das Gutachten zeichnet sich zudem durch eine Ausführlichkeit der Begründung für das Arbeitsfähigkeitsattest aus, wie man sie kaum je in einem Administrativgutachten antrifft. Noch immer scheinen die meisten Sachverständigen nämlich davon auszugehen, dass sich das Arbeitsfähigkeitsattest aus der Diagnose ergebe, weshalb die meisten Administrativgutachten gerichtsnotorisch zwar eine eingehende Begründung der Diagnosestellung, aber nur eine oberflächliche, summarische Begründung des Arbeitsfähigkeitsattestes enthalten. Dem Sachverständige Dr. F. \_\_\_ muss dagegen bewusst gewesen sein, dass sich die versicherungsmedizinisch massgebende Arbeitsfähigkeit nicht aus der Diagnosestellung, sondern aus den objektiven klinischen Befunden ergibt. Er hat nämlich sein Arbeitsfähigkeitsattest anhand der objektivierbaren Einschränkungen des Beschwerdeführers bezüglich der verschiedenen Anforderungen einer Erwerbstätigkeit an die psychische Leistungsfähigkeit begründet. Das Gutachten weist keine Widersprüche auf. Zu allfälligen Inkonsistenzen und Diskrepanzen hat Dr. F. \_\_\_ ausführlich und überzeugend Stellung genommen. Der erfahrene RAD-Psychiater Dr. E. \_\_\_ hat das Gutachten als überzeugend qualifiziert und festgehalten, dass auf das Gutachten abgestellt werden müsse. Die von der Beschwerdeführerin nachträglich vorgebrachten Einwände gegen das Gutachten überzeugen nicht. Die Kritik an der Anwendung des IDC-11 erstaunt, denn Dr. F. \_\_\_ hat nicht nur seine Entscheidung, die Diagnosen nach ICD-11 und DSM-5 zu verschlüsseln, ausführlich und sorgfältig begründet, sondern en détail erklärt, welche Diagnosen nach ICD-10 zu stellen wären, weshalb die Kritik der Beschwerdeführerin an der Diagnosestellung nicht überzeugt. Nicht nachvollziehbar ist, wie die Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin, die dem Beigeladenen wohl noch nie persönlich begegnet sein dürfte, zur Auffassung gelangt ist, sie könne – als medizinischer Laie – anhand der Akten eine überzeugendere medizinische Beurteilung abgeben als der Sachverständige Dr. F. \_\_\_, der nicht nur über eine hohe fachliche Qualifikation verfügt, sondern den Beschwerdeführer äusserst sorgfältig persönlich untersucht hat. Die Behauptung der Beschwerdeführerin, die traumatischen Erlebnisse wirkten „vorgeschoben“, weil sie erst im Rahmen der Begutachtung durch Dr. F. \_\_\_ explizit zur Sprache gekommen seien, ist haltlos, nachdem bereits in den Berichten der D. \_\_\_ AG wiederholt auf einschneidende Traumata

hingewiesen worden war und der Beschwerdeführer jahrelang darum gekämpft hat, die traumatisierenden Erlebnisse nicht einem breiteren Personenkreis offenlegen zu müssen. Die Behauptung der Beschwerdeführerin, der Beschwerdeführer habe eine unauffällige Schulzeit verbracht und als Erwachsener jahrelang ganz normal gelebt, lässt sich nur mit einer unsorgfältigen Lektüre des Gutachtens von Dr. F. \_\_\_ erklären, enthält dieses doch eine anschauliche, mit den Angaben in den Vorakten absolut stimmige und glaubhafte Schilderung des Lebenslaufs des Beschwerdeführers, der aufgrund der unmittelbar und wiederholt erlebten existenziell bedrohlichen Lebenssituation und der erforderlichen Anpassung an ungünstige Lebensbedingungen sowie Gewaltsituationen in der Kindheit gewiss nicht als „normal“ oder „unauffällig“ bezeichnet werden kann. Die in den Eingaben der Beschwerdeführerin enthaltene Sachverhaltsdarstellung ist aktenwidrig. Zu Recht hat der RAD-Arzt Dr. E. \_\_\_ sich mit dem Hinweis begnügt, die von der Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin als medizinischer Laie vorgebrachte Kritik am Gutachten wecke keinen Zweifel an der Überzeugungskraft des Gutachtens. Eine Verletzung des Anspruchs der Beschwerdeführerin auf rechtliches Gehör ist in diesem Zusammenhang nicht auszumachen, da sich aus der RAD-Stellungnahme klar hat entnehmen lassen, weshalb weder der RAD noch die Beschwerdegegnerin eine Veranlassung gehabt haben, sich vertieft mit den Einwänden der Beschwerdeführerin zu befassen. Jedenfalls ist es der Beschwerdeführerin nicht gelungen, Zweifel an der Überzeugungskraft des Gutachtens von Dr. F. \_\_\_ zu wecken. Gestützt auf das Gutachten steht deshalb mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit fest, dass der Beschwerdeführer zumindest im Zeitpunkt der Begutachtung vollständig arbeitsunfähig gewesen ist. Das Gutachten enthält keine expliziten Ausführungen zum Verlauf der Arbeitsunfähigkeit in der Vergangenheit. Das Versicherungsgericht hat Dr. F. \_\_\_ deshalb aufgefordert, sein Gutachten entsprechend zu ergänzen. Entgegen der von der Beschwerdeführerin vertretenen Ansicht hat Dr. F. \_\_\_ die vom Versicherungsgericht gestellte Frage beantwortet. Er hat nämlich ausdrücklich festgehalten, dass die „Laufbahn“ des Beigeladenen als Patient im Verlauf des Jahres 2010 allmählich begonnen habe. Im Jahr 2011 habe der Beigeladene einen ersten Zusammenbruch erlitten, der damals als ein „Burnout“ bezeichnet worden sei. Im Oktober 2012 sei über Angstzustände, über Panikattacken, über einen Tinnitus, über Schlafstörungen sowie über eine starke Erschöpfung berichtet worden. Ab dem Jahr 2013 sei der Beigeladene fortgesetzt krank geschrieben worden. Das Vollbild der eigentlichen psychischen Problematik sei allerdings erst im Mai 2014 beschrieben worden. Retrospektiv hat sich die gesundheitliche Problematik folglich mit dem ersten Herausfallen aus dem Arbeitsprozess in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit manifestiert; das Vollbild habe ab dem Jahr 2014 bestanden. Diese Ausführungen sind nachvollziehbar und überzeugend. Sie lassen sich problemlos mit den Akten aus der damaligen Zeit und insbesondere mit den Aktenwürdigungen des RAD-Arztes Dr. E. \_\_\_ aus jener Zeit vereinbaren, die von der Beschwerdegegnerin und dem Versicherungsgericht wiederholt als überzeugend qualifiziert worden sind. Der Umstand, dass Dr. F. \_\_\_ kein genaues Datum für den Beginn der relevanten Arbeitsunfähigkeit genannt hat, spricht nicht gegen, sondern vielmehr für die Qualität seines Gutachtens (inkl. Ergänzung), denn rund zehn Jahre nach den damaligen Ereignissen hätte Dr. F. \_\_\_ nur Mutmassungen über den präzisen Verlauf der Arbeitsfähigkeit anstellen können, weshalb eine tabellarische Auflistung von Daten und Arbeitsunfähigkeitsgraden unseriös gewesen wäre. Da Dr. F. \_\_\_ die Berichte der behandelnden Ärzte aus der damaligen Zeit – wie bereits der RAD-Arzt Dr. E. \_\_\_ – als überzeugend qualifiziert hat, steht mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden

Wahrscheinlichkeit fest, dass der Beigeladene ab Januar 2013 für sämtliche Tätigkeiten vollständig arbeitsunfähig gewesen ist (vgl. dazu auch den Entscheid IV 2018/401 des St. Galler Versicherungsgerichtes vom 27. Juni 2019, E. 3.3). Bei einem Arbeitsunfähigkeitsgrad von 100 Prozent kann der Einkommensvergleich unabhängig vom Betrag der Vergleichseinkommen kein anderes Ergebnis als einen Invaliditätsgrad von 100 Prozent ergeben. Da ab einem Invaliditätsgrad von 70 Prozent ein Anspruch auf eine ganze Rente der Invalidenversicherung besteht, hat der Beschwerdeführer einen Anspruch auf eine ganze Rente. Das sogenannte Wartejahr nach Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG hat im Januar 2013 zu laufen begonnen und folglich am 31. Dezember 2013 geendet. Da sich der Beschwerdeführer mehr als sechs Monate vor dem 1. Januar 2014, nämlich schon im Mai 2013, zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung angemeldet hat, hat er ab dem 1. Januar 2014 einen Anspruch auf eine ganze Rente der Invalidenversicherung. Die angefochtene Verfügung erweist sich damit als rechtmässig, weshalb die Beschwerde abzuweisen ist. Die angesichts des überdurchschnittlichen Verfahrensaufwandes mit einem Zwischenentscheid und weiteren medizinischen Abklärungen auf 1'000 Franken festzusetzenden Gerichtskosten sind der Beschwerdeführerin aufzuerlegen. Der von ihr geleistete Kostenvorschuss von 600 Franken wird ihr an diesen Betrag angerechnet. Die unterliegende Beschwerdeführerin hat keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung. Gemäss dem Wortlaut des Art. 61 lit. g ATSG kann nur eine beschwerdeführende Person einen Anspruch auf eine Parteientschädigung haben. Da der Beigeladene nicht Beschwerde geführt, sondern nur als Beteiligter am Verfahren ein Begehren gestellt hat, könnte er nach dem klaren Wortlaut des Art. 61 lit. g ATSG an sich keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung haben. Augenscheinlich hat der Gesetzgeber bei der Formulierung des Art. 61 lit. g ATSG nur an die häufigste Verfahrenskonstellation gedacht, nämlich an eine Beschwerde einer versicherten Person gegen eine Verfügung eines Sozialversicherungsträgers. Er hat nicht bedacht, dass es Fälle gibt, in denen ein Sozialversicherungsträger eine Beschwerde gegen eine Verfügung oder einen Einspracheentscheid eines anderen Sozialversicherungsträgers erhebt, wobei die versicherte Person nur als am Verfahren beteiligte Person am Beschwerdeverfahren teilnimmt. Der Art. 61 lit. g ATSG enthält also eine unechte Lücke, indem er vermeintlich eine nur scheinbar abschliessende Regelung betreffend die Parteientschädigungen enthält, die allerdings nicht in allen Konstellationen dem eigentlichen Sinn und Zweck der Bestimmung, nämlich dem Schadloshalten einer im weitesten Sinn „obsiegenden“ versicherten Person, gerecht wird. Diese unechte Lücke muss modo legislatoris gefüllt werden. Einen Anspruch auf eine Parteientschädigung hat nicht nur die obsiegende beschwerdeführende Person, sondern – ungeachtet ihrer Rolle im Beschwerdeverfahren – jede versicherte Person, die mit ihrem Anliegen durchdringt (vgl. dazu auch Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 4. Aufl. 2020, Art. 61 N 220, mit Hinweisen). Die Beschwerdeführerin hat dem Beigeladenen folglich eine Parteientschädigung auszurichten, die angesichts des als überdurchschnittlichen Vertretungsaufwandes auf 5'000 Franken (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzusetzen ist. Die Kosten für die ergänzende Stellungnahme von Dr. F. \_\_\_ im Betrag von 622.90 Franken sind der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen, da diese Kosten nur deshalb angefallen sind, weil die Beschwerdegegnerin es versäumt hatte, ihre Untersuchungspflicht vor der Eröffnung der angefochtenen Verfügung vollständig zu erfüllen. Entscheid im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP Auf das Begehren, die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, medizinische und berufliche Massnahmen zu prüfen, wird nicht eingetreten. Die Beschwerde wird abgewiesen. Die Beschwerdeführerin

hat die Gerichtskosten von 1'000 Franken zu bezahlen; der von ihr geleistete Kostenvorschuss von 600 Franken wird an diesen Betrag angerechnet. Das Begehren der Beschwerdeführerin um eine Parteienschädigung wird abgewiesen. Die Beschwerdeführerin hat dem Beigeladenen eine Parteienschädigung von 5'000 Franken auszurichten. Die Beschwerdegegnerin hat die Kosten für die ergänzende Stellungnahme von Dr. F. \_\_\_ im Betrag von 622.90 Franken zu bezahlen.

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