

SO_GERICHTE VSBES.2015.22 vom 3. Dezember 2014

SO Obergericht, 2014-12-03, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2015.22

FR: SO_GERICHTE VSBES.2015.22 du 3 décembre 2014

IT: SO_GERICHTE VSBES.2015.22 del 3 dicembre 2014

Erwägungen

E. 2

a) Es seien der Beschwerdeführerin ab wann rechtens die gesetzlichen Leistungen (berufliche Massnahmen, vorgängige Integrationsmassnahmen, Invalidenrente) nach Massgabe einer Erwerbsunfähigkeit von 40 % zuzüglich eines Verzugszinses zu 5 % ab wann rechtens auszurichten. b) Eventualiter: Es sei eine neue, polydisziplinäre Begutachtung (unter Einbezug mindestens der internistischen, rheumatologisch-orthopädischen, lungenärztlichen und psychiatrischen Fachrichtungen) anzuordnen.

E. 3

Es sei eine öffentliche Verhandlung nach Art. 6 Ziff. 1 EMRK durchzuführen.

E. 4

4.1 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte 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 Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 132 V 93 E. 4 S. 99, 125 V 256 E. 4 S. 261).

Demgegenüber fällt es nicht in den Aufgabenbereich des Arztes oder der Ärztin, sich zur Höhe einer allfälligen Rente zu äussern, da der Begriff der rentenanspruchsbegründenden Invalidität nicht nur von medizinischen, sondern auch von erwerblichen Faktoren bestimmt wird (vgl. Art. 16 ATSG).

4.2 Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht 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 (AHI 2001 S. 113 E. 3a).

Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht 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 begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352; AHI 2001 S. 113 f. E. 3a; RKUV 2003 U 487 S. 345 E. 5.1).

4.3 Ist das Gutachten einer versicherungsinternen oder -externen Stelle nicht schlüssig und kann die offene Tatfrage nicht anhand anderer Beweismittel geklärt werden, so stellt sich das Problem, inwieweit die mit der Streitsache befasste Beschwerdeinstanz die Wahl haben soll zwischen einer Rückweisung der Sache an die Verwaltung, damit diese eine neue oder ergänzende Expertise veranlasse, und der Einholung eines Gerichtsgutachtens. Die den kantonalen Gerichten zufallende Kompetenz zur vollen Tatsachenprüfung (Art. 61 lit. c ATSG) ist nötigenfalls durch Einholung gerichtlicher Expertisen auszuschöpfen. Dies schliesst ein, dass die erstinstanzlichen Gerichte diese Befugnis nicht ohne Not durch Rückweisung an die Verwaltung delegieren dürfen. Es drängt sich auf, dass die Beschwerdeinstanz im Regelfall ein Gerichtsgutachten einholt, wenn eine Administrativexpertise in einem rechtserheblichen Punkt nicht beweiskräftig ist (BGE 137 V 210 E. 4.2 S. 259 f. und 4.4.1 S. 263 ff., mit Hinweisen).

E. 4.3

S. 254; Urteil 6B_572/2010 vom 18. November 2010 E. 5.2). Die Beschwerdeführerin liess im Vorbescheidverfahren vorbringen, es bestehe der Verdacht auf eine Arthroseentwicklung in den Knie- und Hüftgelenken, zudem habe die Entwöhnung von MST und Benzodiazepinen zu einer massiven Verschlimmerung der körperlichen Beschwerden geführt. Im Gutachten der Begutachtungsstelle B.____ wird ausserdem erwähnt, dass die eigentliche Schmerzproblematik durch die Einnahme des MST mitbehandelt werde und die Schmerzen durch die hohe MST-Dosis unterdrückt würden (IV-Nr. 90 S. 18 f.). Entgegen der Ansicht der Beschwerdegegnerin geht es bei dieser Thematik nicht um darum, ob die Beschwerdeführerin bei der Begutachtung bewusstseinsklar und allseits orientiert war, wie sie in der angefochtenen Verfügung ausführt, sondern es stellt sich die Frage, ob seit einem Abbau des MST und der Benzodiazepine vermehrte Schmerzen aufgetreten sein könnten, die einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit haben. Es hätte sich damit in rheumatologischer Hinsicht eine neue Abklärung aufgedrängt.

5.4 Nachdem das Gutachten der Begutachtungsstelle B.____ nicht nach den seit BGE 137 V 210 geltenden Standards, die eine Vergabe nach dem Zufallsprinzip verlangen, vergeben wurde, genügen bei der Beweiswürdigung schon relativ geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit, um eine neue Begutachtung anzuordnen. Der psychiatrische Teil der fraglichen Begutachtung wirft solche Zweifel auf. Einerseits wurden offensichtliche Unklarheiten durch den Gutachter nicht nachgefragt. So lässt sich in den fachspezifischen anamnestischen Angaben (IV-Nr. 90 S. 20 ff.) lesen: «Anschliessend 1989 bis 1999 Aktivierungstherapeutin in der I.____ in einer Tagesstätte zu 30 - 60 % in [...]. Entlassung irgendwie in Zusammenhang mit Drogen». Offensichtlich wurde eine Nachfrage nach den genauen Umständen unterlassen, obwohl dieser Punkt vor dem Hintergrund der Tatsache, dass die Drogenproblematik der Beschwerdeführerin zum fraglichen Zeitpunkt bereits bestand, wichtig erscheint. Zur in verschiedenen anderen ärztlichen Berichten gestellten Diagnose einer Persönlichkeitsstörung, die im Gutachten nicht diagnostiziert wird (gemäss Gutachten liegen akzentuierte Persönlichkeitszüge vor),

wird in aller Kürze Stellung genommen, indem darauf verwiesen wird, dass die Beschwerdeführerin in unauffälligen Verhältnissen aufgewachsen sei und sich die Leistungslinie (Schule, Sport, Lehre) stabil entwickelt habe. Diese Begründung greift unter Berücksichtigung der gleichzeitig bestehenden langjährigen Drogenproblematik zu kurz. Insbesondere wird die Frage, ob die Drogensucht durch eine Erkrankung ausgelöst wurde oder ob die Sucht verantwortlich ist für die derzeitigen psychiatrischen Krankheiten, nicht nachvollziehbar erläutert. Weshalb die Beschwerdeführerin mit 14 Jahren trotz offenbar normalen Lebensumständen in eine derart tiefgreifende Drogensucht gefallen ist, bleibt ungeklärt. Schliesslich wird auch nicht näher erklärt, wie sich die ebenfalls diagnostizierte rezidivierende depressive Störung äussert, weshalb auch nicht beurteilt werden kann, warum diese als leichtgradig eingestuft wird. Auch in psychiatrischer Hinsicht drängt sich demnach eine neue Begutachtung auf.

5.5 Nach dem Gesagten erweist sich das Gutachten der Begutachtungsstelle B.____ vom 10. Januar 2012 nicht als beweistauglich und es kann zur Klärung des medizinischen Sachverhalts nicht darauf abgestellt werden.

6.

6.1 Aus den oben genannten Gründen hat das Versicherungsgericht ein Gerichtsgutachten in Auftrag gegeben. Die Begutachtungsstelle C.____ hat am 21. Dezember 2017 ein polydisziplinäres Gutachten erstattet (A.S. 69 ff.). Dessen Beweiswert gilt es zu prüfen.

6.2

6.2.1 Die Beschwerdeführerin hat anlässlich der Begutachtung zu ihren Beschwerden angegeben, sie habe Beschwerden im unteren Rücken, jedoch auch Schmerzausstrahlungen in die gesamte Lendenwirbelsäule, zunehmend auch im Nackenbereich. Im Jahr 2004 hätten diese Schmerzen deutlich an Intensität zugenommen. Aktuell verspüre sie über dem rechten Oberschenkel ventral sowie über dem Unterschenkel ein Schmerzempfinden, teilweise ein Kribbeln. Eine Schwäche sei bisher nicht aufgetreten. Insgesamt ermüde sie sehr rasch, dies am ganzen Körper. Sie müsse sich dann hinsetzen oder -legen. Beim Heben von Gewichten über 5 bis 10 kg verspüre sie ein Druckgefühl im unteren Rücken und habe keine Kräfte mehr. Bücken und Aufrichten bereite ihr Schmerzen. Daneben habe sie auch Kribbelparästhesien und ein Taubheitsempfinden im Bereich der Finger beidseits, insbesondere bei Schmerz und in Stresssituationen. Die allgemeine Müdigkeit führe sie auf ihre psychische Situation zurück. Sie fühle sich deprimiert, habe keinen Antrieb und eine starke Lustlosigkeit. Sie komme morgens nicht aus dem Bett und zögere tägliche Aktivitäten hinaus. Es habe eine Polytoxikomanie mit intravenösem Heroingebruch, Einnahme von Benzodiazepinen und weiteren Beruhigungsmitteln sowie Kokain und Cannabis bestanden. 2006 / 2007 habe sie in ein Methadon-Programm gewechselt. Ein Wechsel auf Methadon und Seresta habe keine gute Wirkung gezeigt, so dass sie bis ins Jahr 2014 vier- bis fünfmal jährlich Abstürze mit erneuter Einnahme von Drogen gehabt habe. Ab 2014 habe ein Wechsel auf MST Continus stattgefunden. Zudem habe die Beschwerdeführerin seit einer Gallenblasenoperation 2013 Bauchbeschwerden. Gegen eine bestehende Hepatitis C sei keine Therapie eingeleitet worden. Krankheitsbedingte Leberfunktionsstörungen seien nicht aufgetreten. Kopfschmerzen habe sie alle zwei bis drei Tage, primär vom Nacken her ziehend. Eine Aura oder ein klopfender Schmerz bestünden nicht.

Sie stehe normalerweise gegen 08.00 bis 09.00 Uhr auf. Aktuell komme sie erst gegen 11.00 Uhr aus dem Bett. Untertags führe sie kleinere Haushaltsarbeiten durch. Zweimal in der Woche hole sie Medikamente und Lebensmittel. An den Wochenenden habe sie alle zwei Wochen sowie in den halben Schulferien ihren Sohn zu betreuen. Der ältere Sohn sei selbständig, der jüngere fremdplatziert. Im Haushalt werde sie von ihrem Partner unterstützt. Grössere Aktivitäten führe sie untermtags nicht durch. Oft gehe sie an der Aare spazieren. Sie versuche, kulturelle Interessen wahrzunehmen und gehe auch in den Ausgang. Insgesamt sei sie jedoch sozial zurückgezogen und weniger aktiv. Zu Bett gehe sie meist vor Mitternacht, wobei sie seit 2005 Ein- und Durchschlafstörungen habe.

Die Beschwerdeführerin beginne nun zum wiederholten Mal eine Physiotherapie. Es gehe um die Stabilisation des unteren Rückens. Sie mache selber auch Bewegungs- und Lockerungsübungen. Die Hepatitis C werde bisher nicht therapiert.

6.2.2 Der internistische Status ■ erhoben vom rheumatologischen Gutachter, der auch Facharzt für Allgemeine Medizin ist ■ fällt unauffällig aus.

6.2.3 Im rheumatologischen Fachgutachten von Dr. med. J.____, Facharzt für Rheumatologie und Allgemeine Innere Medizin, wird festgehalten, die Beschwerdeführerin habe sich während der eineinhalbstündigen Anamneseerhebung ohne Schonverhalten oder Schmerzgebaren im Stuhl sitzend aufhalten können. Das Gangbild sei flüssig und symmetrisch. Die oberen unteren Extremitäten zeigten seitengleiche Reflexe. Nervendehnschmerzen bestünden keine, auch keine Muskelathropien oder trophische Störungen. Es bestbestünden ein Schulter- und Beckengeradstand mit im Lot stehender Wirbelsäule und eine hochlumbale linkskonvexe Skoliose. Im Bereich der Halswirbelsäule zeige sich ein Druckschmerzgefühl bei Reklination im Sinne eines positiven Quadranten-Tests zervikal, muskulär bedingt. Weiter bestünden druckschmerzhaftige Punkte im Bereich der Muskelansätze semispinalis capitis und trapezius, bis in den oberen Thorakalbereich ziehend. Im Bereich der Brustwirbelsäule sei die Bewegung in alle Quadranten um einen Drittel reduziert. Im Bereich der Lendenwirbelsäule bestehe ein Flexionsschmerz im Sinne eines Druck- und Spannungsgefühls. Der Quadranten-Test lumbal sei positiv, ohne Ausstrahlungen. Es bestünden eine Haltungsinsuffizienz im Bereich der unteren Wirbelsäule und eine Druckschmerzhaftigkeit über der Glutealmuskulatur. Der Status von Schultern, Ellbogen und Händen sei unauffällig. Das Gleiche gelte für Hüftgelenke, Knie und Füsse.

6.2.4 Gemäss dem pneumologischen Fachgutachten, erstellt von Dr. med. K.____, Facharzt für Pneumologie und Allgemeine Innere Medizin, berichte die Beschwerdeführerin über Atembeschwerden bei körperlicher Belastung, bestehend seit fünf bis sechs Jahren. Husten habe sie selten. Seit ca. 35 Jahren bestehe ein Nikotinkonsum von ca. zehn Zigaretten täglich. Auch bei Anstrengungen im Rahmen psychischer Belastungen habe sie vermehrte Atemnot. Bei der Befunderhebung hält der Gutachter fest, eine Bodyphletismographie und Messung der Diffusionskapazität hätten den Nachweis einer mittelschweren obstruktiven Ventilationsstörung ergeben. Es bestehe keine Restriktion und die Diffusionskapazität sei bezogen auf das ventilierte Volumen unauffällig. Die Ruheventilation sei ebenfalls unauffällig. Hinsichtlich des Anbrauchens der Atemreserven zeige sich eine pulmonale Limitation.

6.2.5 Im von Dr. med. L.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, erstellten psychiatrischen Fachgutachten, wird dargelegt, dass die Beschwerdeführerin, gefragt nach

traumatischen Ereignissen in der Kindheit, eine Vergewaltigung im Alter von 17 Jahren angebe. Traurige Ereignisse seien für sie die Fremdplatzierung ihrer Kinder 2004 und der Suizid ihres damaligen Partners 2007 gewesen. Sie habe im Alter von 14 Jahren den ersten Drogenkontakt gehabt. Ab dem 28. Altersjahr sei sie mit den Drogen abgestürzt. Aktuell habe sie Gedächtnisstörungen in dem Sinne, dass sie schnell vergesse, was sie sagen möchte. Generalisierte oder agoraphobische Ängste habe sie keine. Panikattacken kämen vor, wenn sie unbekannte Geräusche höre. In der Grundstimmung sei sie niedergeschlagen-ängstlich. Der Antrieb sei unauffällig. Suizidgedanken und selbstverletzendes Verhalten kämen öfter vor. Sie habe wenig soziale Kontakte, ein sozialer Rückzug sei aber nicht eruierbar. Die Beschwerdeführerin habe geäußert, in der M. ___ in psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung zu sein. Sie sei aber seit eineinhalb Jahren nicht mehr dort gewesen, weil sie sich einfach nicht dazu aufrufen könne. Im Rahmen der Befunderhebung wird dargelegt, die Beschwerdeführerin habe während der eineinhalbstündigen Exploration die Konzentrationsspanne nicht während der gesamten Untersuchungszeit fokussiert aufrechterhalten können. Ein guter affektiver Rapport sei nicht zustande gekommen, weil die Beschwerdeführerin vermindert schwingungsfähig sei. Die Konzentration sei nicht durchgehend ungestört gewesen, es habe öfter nachgefragt werden müssen. Der formale Gedankengang sei geordnet, wenig beweglich, eingengt, jedoch in Kohärenz und Stringenz ungestört gewesen. Ich-Störungen seien nicht feststellbar gewesen. Die Beschwerdeführerin sei in dysthymen Mittellage und vermindert schwingungsfähig. Die affektive Modulationsfähigkeit sei reduziert. Die Beschwerdeführerin verfüge nicht über das Gesamtspektrum der Emotionen. Was die Persönlichkeitsdiagnostik anbelange, so fänden sich Hinweise auf eine organische Persönlichkeitsveränderung. Die Beschwerdeführerin zeige keine Motivation für berufliche Massnahmen oder zur beruflichen Leistungserbringung. Auch die Kooperationsbereitschaft und Zuvorkommenheit seien eingeschränkt. Besorgtheit und Unbeständigkeit dominierten in der psychischen Stabilität. Das Vorstellungsvermögen und die Suche nach Erfahrungen seien eingeschränkt, die Selbstsicherheit und das Durchsetzungsvermögen reduziert. Ebenfalls eingeschränkt seien die psychische Energie, die Aufmerksamkeit, Funktionen für das Wiedererkennen und Lernen, die Schwingungsfähigkeit, das zielgerichtete und logische Denken, die Planungsfähigkeit und mentale Flexibilität. Testpsychologisch zeige sich, dass die Beschwerdeführerin in der Fähigkeit zur Anpassung an Regeln und Routinen sowie in der Fähigkeit zur Planung und Strukturierung von Aufgaben leichtgradig sowie in der Flexibilität / Umstellungsfähigkeit und Durchhaltefähigkeit mittelgradig eingeschränkt sei.

6.2.6 Die Gutachter kommen insgesamt zu folgenden Diagnosen:

mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

6.3 In der internistischen Beurteilung wird als Hauptdiagnose eine Polytoxikomanie festgehalten, welche durch den intravenösen Drogenkonsum zu einer Hepatitis C geführt hat. Aufgrund einer diesbezüglichen Aktivität seien regelmässige Kontrollen notwendig. Leberfunktionsstörungen seien bisher nicht aufgetreten und die Laborwerte nur wenig erhöht. Insgesamt wird das Stadium diesbezüglich damit einleuchtend als stabil erachtet. Eine bestehende APC-Resistenz führe zu einer Prädisposition für tiefe Venenthrombosen, wie vor Jahren bereits einmal im rechten Bein aufgetreten. Aus internistischer Sicht werden damit zusammenfassend keine Diagnosen objektiviert, die eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit und Belastbarkeit bedingen. Diese Einschätzung ist nachvollziehbar.

Der rheumatologische Gutachter zeigt in seiner Beurteilung zunächst den bisherigen Krankheitsverlauf auf. So sei 1995 ein radikuläres Reizsyndrom auf der rechten Seite mit sensiblen Ausfällen im Dermatome L5 beschrieben worden. Es hätten sich eine diskogene bedingte, relative Spinalkanalstenose LWK3/4 sowie LWK4/5 und eine verdickte Wurzel auf der rechten Seite gezeigt. Davon habe sich die Beschwerdeführerin gänzlich erholt und erst 2004 wieder über intermittierend auftretende Rückenschmerzen berichtet. Eine MRT-Untersuchung im Jahr 2010 habe eine kräftige mediadorsale Bandscheibenprotrusion LWK5/SWK1 mit deutlich bilateral diskogener Einengung der Neuroforamina zu Tage getragen, zusätzlich eine bilateral hypertrophe Spondylarthrose. Die oberen Segmente LWK2/3 und LWK4/5 hätten sich mit diskogenen Degenerationen und partiell aktivierten Spondylarthrosen gezeigt. Durch medizinische Massnahmen, auch Infiltrationen, habe sich wiederum eine Regredienz eingestellt. Im Gutachten der Begutachtungsstelle B. ___ vom 10. Januar 2012 sei dann ein chronisches Lumbovertebralsyndrom mit pseudoradikulärer Ausstrahlung beidseits bei Diskushernie LWK5/SWK1, Spondylarthrosen und Diskopathien LWK2 bis LWK5 diagnostiziert worden. Gestützt auf diese Aktenlage und die aktuelle Befunderhebung zeigt der Gutachter dann in schlüssiger Weise auf, dass sich in der aktuellen Untersuchung eine Reizbarkeit resp. Provokation im Bereich der unteren Lendenwirbelsäule im Sinne einer Überlastung der Intervertebralgelenke mit leichter spondylogener / pseudoradikulärer Ausstrahlung zeige, namentlich ein spondylogener Rückenschmerz. Anhaltspunkte für eine relevante Nervenreizsymptomatik werden nicht gesehen, insbesondere kann keine Parese objektiviert werden. Bildgebend zeigt sich nach gutachterlicher Beurteilung im Bereich der Lendenwirbelsäule eine multietagere Diskopathie mit recessalen Einengungen der Nervenwurzel L3, L4 und L5, dies ohne Kompression. Unter Berücksichtigung der Bildgebung erachtet es der Gutachter als nachvollziehbar, dass unter Belastung eine Reizung der Nervenwurzel L4 rechts auftreten kann. Die Rücken- und ausstrahlenden Schmerzen seien aufgrund der Überlastung in den Wirbelsegmenten dominant vorliegend, dies bei verminderter Dämpfung durch die Bandscheiben und konsekutiver Überlastung der Intervertebralgelenke bei Spondylarthrose. Insgesamt könne damit von einer Zunahme der degenerativen Veränderungen gesprochen werden, wobei insbesondere die spondylarthrotischen Veränderungen zugenommen hätten. Daraus schliesst der Gutachter insbesondere bei schweren Tätigkeiten und Zwangshaltungen nachvollziehbar auf intermittierende Überlastungszeichen. Schliesslich wird schlüssig ausgeführt, dass aus rheumatologischer das Hauptbeschwerdebild, wenn auch ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit, ein Widespread Pain-Syndrom bei Fibromyalgie sei. Die diagnostischen Kriterien für eine Fibromyalgie seien gemäss dem Testinstrument ACR 2010 als erfüllt: Es liege eine sich langsam entwickelnde Symptomatik mit Übergreifen von Schmerzen auf den ganzen Körper vor. Die rein somatischen Beschwerden könnten das subjektive Schmerzbild nicht erklären. Es bestünden diffuse Körperschmerzen, insbesondere in der gelenknahen Muskulatur, die den Tenderpoints entsprächen. Die objektivierbare Schmerzsymptomatik könnte jedoch möglicherweise auch in Zusammenhang mit der Polytoxikomanie gewertet werden. Die Substitutionstherapie erfolge unter einer sehr hohen Dosis.

In der pneumologischen Beurteilung wird nach Durchführung der entsprechenden Untersuchungen nachvollziehbar dargelegt, dass sich in der Lungenfunktion eine mittelschwere obstruktive Ventilationsstörung zeige. Die Ätiologie sei unklar. Bei Nikotinkonsum und fehlenden Allergien müsse an eine chronisch obstruktive Pneumopathie gedacht werden. Die Beschwerdeführerin habe auch über relevante

Beschwerden in Bezug auf die Atmung berichtet. Ein Teil der Dyspnoebeschwerden könnte zudem durch eine Hyperventilation erklärt werden. Die Beschwerdeführerin berichte über entsprechende Symptome im Rahmen von psychischen Belastungssituationen. In der Spiroergometrie habe sie eine mittlere Leistungsfähigkeit erreicht. Was die Arbeitsfähigkeit anbelange, so würden in der Literatur leichte bis mittelschwere Tätigkeiten im von der Beschwerdeführerin erreichten Bereich erzielt. In Bezug auf die geschilderte Tagesmüdigkeit müsse an eine Schlafapnoe gedacht werden, dies insbesondere bei Status nach Polytoxikomanie und aktueller Einnahme von Morphin. Auch diese Beurteilung erweist sich als stichhaltig.

Der psychiatrische Gutachter kommt unter Berücksichtigung von Anamnese, Aktenlage und Befundlage zur einleuchtenden Einschätzung, dass bei der Beschwerdeführerin eine organische Persönlichkeitsstörung bei Status nach Polytoxikomanie vorliege. Damit erachtet er die Kriterien für eine Persönlichkeits- und Verhaltensstörung aufgrund einer Funktionsstörung des Gehirns als erfüllt. Einen Beleg für eine andere Verursachung der Störung, die eine Einordnung in die Persönlichkeitsstörungen rechtfertigen würde, gebe es nicht. Dies deckt sich insofern mit der Beurteilung im Gutachten der Begutachtungsstelle B. ___ vom 10. Januar 2012, als dass auch in diesem Gutachten die Voraussetzungen für eine Persönlichkeitsstörung letztgenannter Art als nicht erfüllt erachtet wurden. In der aktuellen Begutachtung wird diesbezüglich auch erwähnt, es seien keine abweichenden inneren Erfahrungs- und Verhaltensmuster eruierbar. Die Beschwerdeführerin berichte über ein wohlwollendes Elternhaus, sie sei eine durchschnittliche Schülerin gewesen und habe im Alter von 14 Jahren den ersten Kontakt mit Drogen gehabt. Daraus lassen sich keine Rückschlüsse für eine Persönlichkeitsakzentuierung oder -störung ziehen. Im Gegensatz zum Gutachten der Begutachtungsstelle B. ___ wird nun aber eine organische Persönlichkeitsstörung diagnostiziert, was mit Blick auf die Vorgeschichte und die Symptomatik gut nachvollziehbar erscheint. Die depressive Symptomatik, die gemäss dem Testinstrument MADRS eine mittelschwere Ausprägung zeige, wird nach gutachterlicher Einschätzung durch die organische Persönlichkeitsstörung modifiziert, so dass aktuell von einer leichtgradigen depressiven Störung auszugehen sei. Aus all dem schliesst der Gutachter, dass es keinen Hinweis dafür gibt, dass eine vorausgehende Gesundheitsstörung von gravierendem Krankheitswert zum Abhängigkeitssyndrom geführt hat. Somit ist nicht davon auszugehen, dass dieses auf einer vorangehenden Grunderkrankung fusst. Ob das Abhängigkeitssyndrom zu einer irreversiblen Gesundheitsstörung im Sinne der diagnostizierten organischen Persönlichkeitsstörung geführt habe, liesse sich nun medizinisch-theoretisch erst durch eine neuropsychologische Untersuchung nach mindestens sechsmonatiger Abstinenz feststellen. Dies erachtet der psychiatrische Gutachter bei der Beschwerdeführerin allerdings ■ zu Recht ■ als unrealistisch. Es kann kaum davon ausgegangen werden, dass diese zurzeit in der Lage sein könnte, eine Totalabstinenz zu erreichen, jedenfalls nicht von den substituierenden Medikamenten. Schliesslich weist der Gutachter darauf hin, dass die Konsistenzprüfung Hinweise auf nicht im geklagten Umfang vorhandene Funktionsbeeinträchtigungen ergeben hat: Es bestünden Diskrepanzen zwischen der subjektiv geschilderten Intensität der Beschwerden und der Vagheit der Beschwerden in Form wechselhafter, unpräzise-abweichender Schilderung derselben wie des Krankheitsverlaufs. Diese seien erklärbar durch den charakteristischen Krankheitsverlauf. Weiter bestünden Diskrepanzen zwischen der schweren subjektiven Beeinträchtigung und dem weitgehend intakten psychosozialen Funktionsniveau bei der Alltagsbewältigung. Dies erklärt der Gutachter damit, dass die Beschwerdeführerin alleine

und ohne Anforderungen von aussen einigermaßen bei den Aktivitäten des täglichen Lebens zurechtkommt. Die bestehenden Diskrepanzen zwischen dem Ausmass der geschilderten Beschwerden und der Intensität der bisherigen Inanspruchnahme therapeutischer Hilfe erachtet er zumindest teilweise krankheitsimmanent. Die Inkonsistenz zwischen der subjektiven Beschwerdeschilderung und den objektiven Befunden sei indessen durch eine positive Performance der Beschwerdeführerin in einer für sie vertrauenswürdigen Situation erklärbar. Das chronische Schmerzsyndrom im Sinne einer Fibromyalgie stehe nicht assoziiert zu einem psychiatrischen Beschwerdebild. Der Gutachter weist darauf hin, dass die bisherige psychiatrische Therapie nicht leitliniengerecht sei. In dieser Hinsicht muss festgestellt werden, dass zurzeit gar keine Therapie erfolgt. Er verweist aber gleichzeitig auf bestehende Hinweise für eine verminderte Therapieadhärenz, welche zumindest teilweise krankheitsimmanent sind. Ähnliches legt der Gutachter in Bezug auf allfällige berufliche Massnahmen dar: Eine mangelnde Leistungsbereitschaft und Selbstlimitierung seien anzunehmen. Eine berufliche Wiedereingliederung sei derzeit deshalb nicht vorstellbar, weil die Beschwerdeführerin gerade einmal imstande sei, ihren Alltag zu bewältigen. Berufliche Anforderungen vermöge sie momentan nicht zu leisten. Auch hier wird als Voraussetzung für eine Wiedereingliederung eine Abstinenz von Suchtmitteln genannt, wobei nach sechsmonatiger Abstinenz festgestellt werden könnte, ob die aus der organischen Persönlichkeitsstörung resultierenden Funktionseinbussen reversibel seien.

6.4 Insgesamt erweist sich das Gutachten der Begutachtungsstelle C.____ als beweiskräftig. Es beruht auf umfassender Aktenkenntnis, berücksichtigt die geklagten Beschwerden, beruht auf umfassenden Untersuchungen und Befunderhebungen in den relevanten Gebieten und kommt in diagnostischer Hinsicht zu einer schlüssigen Beurteilung. Es orientiert sich an den vom Bundesgericht in BGE 141 V 281 festgehaltenen Indikatoren, indem es sich bezüglich aller Teilbereiche zum funktionellen Schweregrad, zur Persönlichkeit, zum sozialen Kontext und zur Konsistenz äussert. Als ebenfalls nachvollziehbar erweist sich die daraus abgeleitete Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin. Demgemäss ist die Arbeitsfähigkeit aus internistischer Sicht weder in der angestammten noch in einer Verweistätigkeit eingeschränkt. Rheumatologisch gesehen bestehe in der angestammten Tätigkeit als Aktivierungstherapeutin, die als leicht bis intermittierend mittelschwer qualifiziert wird, eine Arbeitsfähigkeit von 100 % mit einer Leistungseinbusse von 20 %, bezogen auf ein Ganztagspensum, dies aufgrund der chronischen Schmerzsymptomatik bei erhöhtem Pausenbedarf und verlangsamtem Arbeitstempo sowie Medikamenteneinnahme. Die Arbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit wird gleich eingeschätzt. Bezüglich der Rückensymptomatik sollten indessen schwere Tätigkeiten (mit Tragen von Gewichten über 7 kg) vermieden werden, ebenso gebückte Zwangshaltungen sowie stetige Rotationen im Bereich der Lendenwirbelsäule. Aus pneumologischer Sicht wird die Arbeitsfähigkeit mit 100 % beziffert, wobei dies aber nur für eine leichte Tätigkeit gilt. Es wird erwähnt, dass nach Einleitung einer inhalativen Therapie und Sistierung des Nikotinkonsums eine Besserung der Arbeitsfähigkeit in Bezug auf die Schwere einer Tätigkeit bestehen könnte. Zudem sei der Tagesmüdigkeit Rechnung zu tragen. Sollte eine Schlafapnoe vorliegen, könnte eine Einschränkung der beschriebenen Arbeitsfähigkeit um bis zu 20 % resultieren. Im Falle einer Behandlung wäre wiederum eine 100%ige Arbeitsfähigkeit gegeben. Auf jeden Fall wären Tätigkeiten, in denen die Beschwerdeführerin sich selber oder andere gefährden könnte (wie z.B. als Chauffeuse) ungeeignet. Ebenfalls sollte die Beschwerdeführerin in

Bezug auf die obstruktive Ventilationsstörung keiner Rauch-, Gas- oder Staubexposition sowie keiner Kälte ausgesetzt werden. In psychiatrischer Hinsicht wird schliesslich eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit postuliert, dies für die angestammte wie auch eine Verweistätigkeit. Die Belastbarkeit sei um 100 % eingeschränkt, weil die Fähigkeit zur Anpassung an Regeln und Routinen, zur Planung und Strukturierung von Aufgaben, die Flexibilität / Umstellungsfähigkeit sowie die Durchhaltefähigkeit eingeschränkt seien. Somit besteht, aufgrund der psychiatrischen Einschätzung, gesamtmedizinisch eine Arbeitsunfähigkeit von 100 %. Zeitlich gesehen wird diese Arbeitsunfähigkeit aus psychiatrischer Sicht als bereits seit Dezember 2003 bestehend postuliert. Da die organische Persönlichkeitsstörung im Wesentlichen von der Polytoxikomanie beeinflusst ist, liegt auf der Hand, dass es im Verlauf der Jahre zu einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes, konkret gegenüber der letztmaligen materiellen Rentenprüfung 2007, gekommen ist. In rheumatologischer Hinsicht wird gutachterlich aufgrund der degenerativen Veränderungen von einer Verschlechterung des gesundheitlichen Zustands seit der letzten materiellen Rentenprüfung ausgegangen. Eine pneumologische Abklärung hat indessen bisher nicht stattgefunden, weshalb hier eine neue Diagnose vorliegt.

7. Im Gutachten werden verschiedene Massnahmen erwähnt, die die Arbeits- bzw. Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin medizinisch-theoretisch gesehen zu verbessern vermöchten. So wäre eine Sistierung des Nikotinkonsums oder zumindest dessen Reduktion in Kombination mit einer inhalativen Therapie allenfalls geeignet, die pneumologischen Beschwerden zu mindern. In Bezug auf die psychiatrische Erkrankung besteht zurzeit keine leitliniengerechte Therapie. Eine Entgiftungsbehandlung mit anschliessender Abstinenz sowie eine psychiatrische Behandlung mit serumspiegelgesteuerter psychopharmakologischer Therapie wäre erfolversprechend und medizinisch zumutbar. Nach sechsmonatiger Abstinenz wäre es dann medizinisch-theoretisch möglich, anhand einer neuropsychologischen Untersuchung festzustellen, ob die aus der organischen Persönlichkeitsstörung resultierenden Funktionseinbussen irreversibel sind. Wie bereits erwähnt, wird es allerdings aufgrund der fortgeschrittenen Suchterkrankung mit der Folge einer organischen Persönlichkeitsstörung als unrealistisch erachtet, dass eine solche Behandlung stattfinden kann. Dem ist beizupflichten. Insofern scheint es derzeit nicht angezeigt, die Beschwerdeführerin im Rahmen eines Mahn- und Bedenkzeitverfahrens anzuweisen, solche Therapiemassnahmen anzugehen. Einerseits ist festzuhalten, dass es im vorliegenden Fall nicht um eine für sich alleine stehende Drogensucht geht, die rechtsprechungsgemäss als solche nicht zu einer Invalidität im Sinne des Gesetzes führt. Die Drogensucht hat vorliegend eine Krankheit im Sinne einer organischen Persönlichkeitsstörung herbeigeführt, in deren Folge nun ein die Erwerbsfähigkeit beeinträchtigender Gesundheitsschaden eingetreten ist. Suchtfolgen sind gleichermaßen IV-rechtlich relevant, soweit sie in einem engen Zusammenhang mit einem eigenständigen Gesundheitsschaden stehen. Sodann können selbst reine Suchtfolgen invalidisierend sein, wenn daneben ein psychischer Gesundheitsschaden besteht, welcher die Betäubungsmittelabhängigkeit aufrecht erhält oder deren Folgen massgeblich verstärkt (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_582/2015 vom 8. Oktober 2015 E. 2.2.1 und 2.2.2 mit Hinweisen). Andererseits ist eine medizinische Auflage im Sinne einer Abstinenz, insbesondere vom substituierenden Morphin in Form von MST und einer verhältnismässig hohen Dosis Valium (40 mg täglich), im vorliegenden Fall wohl theoretisch, aber für die Beschwerdeführerin konkret kaum zumutbar, was gutachterlich benannt wird, indem ein solches Vorgehen im konkreten Fall als nicht realistisch bezeichnet wird. Folglich wird

hinsichtlich behandelnder Massnahmen auch nicht die Erteilung einer medizinischen Auflage empfohlen, sondern eine erneute Begutachtung in zwei Jahren. Schliesslich ist auch nicht ohne Zweifel erwiesen, dass eine Entgiftung und therapeutische Behandlung des psychiatrischen Leidens tatsächlich zu einer Verbesserung der Arbeitsfähigkeit führen kann. Eine mehrmonatige Abstinenz würde lediglich den Raum zur Prüfung öffnen, ob die Folgen der organischen Persönlichkeitsstörung irreversibel sind oder nicht. Zurzeit liegen sie aber vor und es ist von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen.

8. Nach dem Gesagten besteht bei der Beschwerdeführerin eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit in jeglichen Tätigkeiten. Berufliche Massnahmen sind nicht angezeigt, da solche aus gesundheitlichen Gründen ebenso wenig zumutbar sind wie die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit. Bei diesem Ergebnis erübrigt sich auch ein Einkommensvergleich. Die Beschwerdeführerin ist nicht in der Lage, irgendein Erwerbseinkommen zu erzielen. Der Invaliditätsgrad beträgt demnach 100 %. Im Gutachten wird der Beginn der 100%igen Arbeitsunfähigkeit auf Dezember 2003 festgelegt. Ein Rentenanspruch kann indessen gestützt auf Art. 29 Abs. 1 IVG frühestens sechs Monate nach der Geltendmachung des Leistungsanspruchs bzw. der Neuanmeldung der Beschwerdeführerin bestehen, die am 11. Februar 2009 erfolgte (IV-Nr. 45). Folglich hat die Beschwerdeführerin mit Wirkung ab 1. August 2009 Anspruch auf eine ganze Invalidenrente.

9. Somit ist die Beschwerde gutzuheissen. Nachdem die Beschwerdeführerin vollumfänglich obsiegt, erübrigt sich die Durchführung einer Hauptverhandlung. Der diesbezügliche Antrag ist obsolet.

E. 5

5.1 Das Versicherungsgericht hat in seinem Urteil vom 16. Juni 2011 (IV-Nr. 85; VSBES.2010.231) unter Darlegung der vorhandenen medizinischen Unterlagen (worauf verwiesen werden kann) festgehalten, dass die von der Beschwerdegegnerin eingeholte psychiatrische Stellungnahme der Ärztin des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD), Dr. med. H.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 23. Februar 2010 (IV-Nr. 59 S. 2 ff.), auf welche sich die Beschwerdegegnerin vorwiegend abstütze, nicht zu überzeugen vermöge (IV-Nr. 85 S. 12). Einerseits liste ihr Gutachten nur einen Teil der Vorakten auf, andererseits bleibe es in wesentlichen Punkten unpräzis und widersprüchlich. In organischer Hinsicht hielt das Versicherungsgericht fest (IV-Nr. 85 S. 13), dass der Hausarzt der Beschwerdeführerin auch von einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit durch Rückenbeschwerden und ein Lungenleiden spreche, ohne freilich weitere Angaben dazu zu machen. Eine fachärztliche Prüfung der Arbeitsfähigkeit sei hier nie erfolgt, so dass keine abschliessende Beurteilung erfolgen könne. Zusammenfassend erwies sich der entscheidrelevante Sachverhalt als unzureichend abgeklärt. Es wurde eine polydisziplinäre Begutachtung für erforderlich gehalten, die die Disziplinen Psychiatrie, Rheumatologie und Pneumologie abdeckt (IV-Nr. 85 S. 13).

5.2 Nachdem das erwähnte Urteil des Versicherungsgerichts ergangen war, holte die Beschwerdegegnerin bei der Begutachtungsstelle B.____ ein polydisziplinäres Gutachten ein. Dieses wurde am

E. 10

10.1 Bei diesem Verfahrensausgang hat die anwaltlich vertretene bzw. unentgeltliche verbeiständete Beschwerdeführerin Anspruch auf eine volle Parteientschädigung, welche grundsätzlich gleich zu gewähren ist wie für ein Obsiegen im materiellen Sinne (BGE 127

V 228 E. 2b/bb S. 234, 110 V 54 E. 3a S. 57). Diese Entschädigung bemisst sich ohne Rücksicht auf den Streitwert nach dem zu beurteilenden Sachverhalt sowie der Schwierigkeit des Prozesses und ist in einer Pauschalsumme festzusetzen (Art. 61 lit. g ATSG). Der anwaltliche Stundenansatz bewegt sich in einem Rahmen von CHF 230.00 bis 330.00 (§ 179 Abs. 2 Kantonaler Gebührentarif / GebT, BGS 615.11).

10.2 Der Vertreter der Beschwerdeführerin hat am 31. August 2015 eine Honorarnote für seine Aufwendungen vom 19. Dezember 2014 bis 31. August 2015 eingereicht (AS 42 f.). Darin macht er einen Aufwand von 8.85 Stunden, einen Stundenansatz von CHF 240.00 und ein Honorar einschliesslich Auslagen und Mehrwertsteuer von insgesamt CHF 2'388.85 geltend. Der geltend gemachte Aufwand ist bis auf wenige Positionen wie beantragt zu vergüten. Die Position «nachprozessualer Aufwand» erscheint in der ergänzenden Kostennote vom 23. März 2018 (vgl. Ausführungen in Ziff. 10.3 nachstehend) noch einmal und kann nicht doppelt geltend gemacht werden. Sie ist daher zu streichen. Bei den Positionen «Brief an Klientin» vom 23. März und 31. August 2015 scheint es sich indessen um die Zustellung von Orientierungskopien an die Beschwerdeführerin zu handeln, die Kanzleiaufwand darstellen, im Honorar bereits inbegriffen und damit praxisgemäss nicht zu vergüten sind. Somit sind weitere 0.34 Stunden in Abzug zu bringen. Der zu vergütende Aufwand beträgt damit 7.51 Stunden.

Sodann hat der Vertreter der Beschwerdeführerin am 23. März 2018 eine ergänzende Honorarnote für seine Aufwendungen vom 31. August 2015 bis 23. März 2018 eingereicht (AS 219 ff.). Darin macht er einen Aufwand von weiteren 8.48 Stunden, ebenfalls zu einem Stundenansatz von CHF 240.00, total ein Honorar einschliesslich Auslagen und Mehrwertsteuer von insgesamt CHF 2'927.95 geltend. Dabei ist die Position vom 31. August 2015 («Schreiben an Versicherungsgericht» und «Brief an Klientin») bereits in der Kostennote vom 31. August 2015 aufgeführt und daher hier zu streichen. Ebenfalls zu streichen ist der Aufwand für die Zustellung von Orientierungskopien an die Klientin sowie für Fristerstreckungsgesuche, da es sich dabei um Kanzleiaufwand handelt. Konkret sind dies die Positionen «Brief an Versicherungsgericht» und / oder «Brief an Klientin» vom 5. September 2016 (0.25 Stunden), 7. September 2016 (0.17 Stunden), 19. Oktober 2016 (0.17 Stunden), 24. Februar 2017 (0.17 Stunden), 6. März 2017 (0.17 Stunden), 2. Februar 2018 (0.17 Stunden), 26. Februar 2018 (0.17 Stunden), 8. März 2018 (0.17 Stunden) und 16. März 2018 (0.17 Stunden). Weiter erscheint für die Position «nachprozessualer Aufwand» vom 23. März 2018 angesichts der vollumfänglichen Gutheissung der Beschwerde ein Aufwand von einer halben Stunde anstelle einer Stunde angemessen. Insgesamt sind vom geltend gemachten Aufwand damit 2.11 Stunden abzuziehen und es ergibt sich ein solcher von 6.37 Stunden.

Folglich ist ein Totalaufwand von 13.88 Stunden gerechtfertigt. Hiervon entfallen 5.04 Stunden auf das Jahr 2018, was für die Bemessung der Mehrwertsteuer relevant ist.

Was die Auslagen betrifft, so sind diese pro Stück mit CHF 0.50 zu vergüten (§ 179 Abs. 5 GebT) und nicht mit CHF 1.00, wie in den Kostennoten geltend gemacht wird. Dies betrifft 65 Kopien auf der ersten und deren 628 auf der zweiten Kostennote. Die Auslagen reduzieren sich so um CHF 346.50 auf total CHF 423.20 (CHF 55.40 + CHF 367.80). Von den Auslagen entfallen CHF 339.40 auf das Jahr 2018.

Einschliesslich 8 % Mehrwertsteuer für die Zeit vor dem 1. Januar 2018, d.h. CHF 176.45, sowie 7.7 % Mehrwertsteuer für die Zeit nach dem 1. Januar 2018, d.h. CHF 119.25, beläuft

sich die Parteientschädigung auf total CHF 4'050.10.

10.3 Aufgrund von Art. 69 Abs. 1bisIVG 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 CHF 200.00 - 1'000.00 festgelegt. Nach dem Ausgang des vorliegenden Verfahrens hat die IV-Stelle die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen.

10.4 Das Gerichtsgutachten wurde erforderlich, weil die Beschwerdegegnerin bei Erlass der Verfügung vom 3. Dezember 2014 über keine hinreichend zuverlässige medizinische Grundlage verfügte bzw. das von ihr eingeholte Administrativgutachten nicht beweiskräftig war. Dies insbesondere deshalb, weil keine pneumologische Abklärung vorgenommen worden war, obwohl das Versicherungsgericht in seiner Rückweisungsentscheid vom 16. Juni 2011 eine solche als erforderlich erachtet hatte. Dabei wäre es Sache der Beschwerdegegnerin gewesen, ein Gutachten einzuholen, das auch eine solche Abklärung beinhaltet. Ihr sind daher die vollen Kosten des Gerichtsgutachtens von insgesamt CHF 9'500.00 aufzuerlegen (vgl. BGE 139 V 496 E. 4.4 S. 502 und BGE 143 V 269 E. 2 und 8 S. 271 f. und S. 285).

Demnach widerkannt:

1. Die Beschwerde wird gutgeheissen und die Verfügung der IV-Stelle Solothurn vom 3. Dezember 2014 aufgehoben. Die Beschwerdeführerin hat mit Wirkung ab 1. August 2009 Anspruch auf eine ganze Invalidenrente.

2. Der Antrag auf Durchführung einer Hauptverhandlung wird als gegenstandslos geworden abgeschrieben.

3. Die IV-Stelle des Kantons Solothurn hat der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung von CHF 4'050.10 (inkl. Auslagen und MwSt) zu bezahlen.

4. Die IV-Stelle des Kantons Solothurn hat die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen.

5. Die Kosten des Gerichtsgutachtens der C.____ von CHF 9'500.00 werden der IV-Stelle Solothurn auferlegt und sind durch diese der Zentralen Gerichtskasse Solothurn zurückzuerstatten.

Rechtsmittel

Gegen diesen Entscheid kann innerhalb 30 Tagenseit der Mitteilung beim Bundesgericht Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten eingereicht werden (Adresse: Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern). Die Frist beginnt am Tag nach dem Empfang des Urteils zu laufen und wird durch rechtzeitige Aufgabe bei der Post gewahrt. Die Frist ist nicht erstreckbar (vgl. Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgerichtsgesetzes, BGG). Bei Vor- und Zwischenentscheiden (dazu gehört auch die Rückweisung zu weiteren Abklärungen) sind die zusätzlichen Voraussetzungen nach Art. 92 oder 93 BGG zu beachten.

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Die Vizepräsidentin

Der Gerichtsschreiber

Weber-Probst

Isch

Der vorliegende Entscheid wurde vom Bundesgericht mit Urteil 9C_555/2018 vom 17. Oktober 2018 bestätigt.

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