

# SO\_GERICHTE VSBES.2017.228 vom 30. November 2018

SO Obergericht, 2018-11-30, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so\\_gerichte\\_VSBES.2017.228\\_d20181130](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2017.228_d20181130)

FR: SO\_GERICHTE VSBES.2017.228 du 30 novembre 2018

IT: SO\_GERICHTE VSBES.2017.228 del 30 novembre 2018

## Regeste

Invalidenrente

## Erwägungen

### E. 1

1.1 B.\_\_\_\_ (nachfolgend: Beigeladene), geboren 1980, meldete sich am 15. Dezember 2014 (IV-Stelle Beleg Nr. [IV-Nr.] 2) unter der Angabe einer seit Februar 2014 bestehenden mittelschweren bis schweren Depression bei der IV-Stelle des Kantons Solothurn (im Folgenden: Beschwerdegegnerin) zum Leistungsbezug an. Es wurde eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % vom 19. Februar bis 2. März 2014 und ab dem 3. März 2014 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % geltend gemacht.

1.2 Die Beschwerdegegnerin holte diverse medizinische Berichte ein, gewährte der Beigeladenen berufliche Abklärungsmassnahmen in Form eines Belastbarkeitstrainings sowie einer beruflichen Abklärung (BEFAS) und veranlasste schliesslich eine psychiatrische Begutachtung durch Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie.

1.3 Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (IV-Nr. 77) sprach die Beschwerdegegnerin der Beigeladenen mit Verfügung vom 9. August 2017 (IV-Nr. 82 S. 2 ff.; Aktenseite [A.S.] 10 ff.) mit Wirkung ab dem 1. Juni 2015 eine halbe Invalidenrente zu.

2. Gegen diese Verfügung erhob die Pensionskasse A.\_\_\_\_ (nachfolgend: Beschwerdeführerin) am 17. August 2017 beim Verwaltungsgericht des Kantons Bern Beschwerde (A.S. 25 ff.) und stellte folgende Rechtsbegehren:

### E. 2

Eventualiter sei die angefochtene Verfügung vom 9. August 2017 aufzuheben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit sie das Mahn- und Bedenkzeitverfahren durchführe und der Versicherten eine befristete Rente zuspreche.

### E. 3

3.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein. Die Invalidität gilt als eingetreten, sobald sie die für die Begründung des Anspruchs auf die jeweilige Leistung erforderliche Art und Schwere erreicht hat (Art. 4 Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG, SR 831.20]).

3.2 In zeitlicher Hinsicht sind ■ vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen ■ grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE

132 V 215 E. 3.1.1 S. 220, 131 V 9 E. 1 S. 11 und 107 E. 1 S. 109, 127 V 466 E. 1 S. 467). Im vorliegenden Fall wird eine gesundheitliche Beeinträchtigung seit Februar 2014 (IV-Nr. 2) geltend gemacht, d.h. eine rentenbegründende Invalidität kann erst nach Ablauf der einjährigen Wartezeit im Februar 2015 vorliegen. Der Rentenanspruch wiederum entsteht ■ sofern die entsprechenden Anspruchsvoraussetzungen gegeben sind ■ frühestens sechs Monate nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs (vgl. Anmeldung vom 15. Dezember 2014, IV-Nr. 2), was hier im Juni 2015 der Fall wäre. Ein allfälliger Rentenanspruch kann demnach frühestens ab 1. Juni 2015 gegeben sein. Damit sind die ab 1. Januar 2012 geltenden Bestimmungen der 6. IV-Revision massgebend.

3.3 Gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder der verbessern können (lit. a), und die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. b und c). Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente.

#### **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 gestellt 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 f., 125 V 256 E. 4 S. 261).

4.2 Das Administrativverfahren vor der IV-Stelle wie auch der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben IV-Stelle und Sozialversicherungsgericht den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichend Klarheit besteht. Der Untersuchungsgrundsatz weist enge Bezüge zum ■ auf Verwaltungs- und Gerichtsstufe ebenfalls in gleicher Weise geltenden ■ Prinzip der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c in fine ATSG) auf (einschliesslich die antizipierte Beweiswürdigung): Führt die pflichtgemässe, umfassende und sachbezogene Beweiswürdigung den Versicherungsträger oder das Gericht zur Überzeugung, der Sachverhalt sei hinreichend abgeklärt, darf von weiteren Untersuchungen (Beweismassnahmen) abgesehen werden. Ergibt die Beweiswürdigung jedoch, dass erhebliche Zweifel an Vollständigkeit und/oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellungen bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteil des Bundesgerichts 8C\_308/2007 vom 9. April 2008 E. 2.2.1, mit vielen Hinweisen).

4.3 Der im Sozialversicherungsrecht massgebende Beweisgrad ist derjenige der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 117 V 194 E. 3b S. 194 f.). Das Bundesrecht schreibt nicht vor, wie die einzelnen Beweismittel zu würdigen sind. Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsbeschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352). Der Sozialversicherungsrichter hat alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten ■ d.h. der Anamnese ■ abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und in seinen Schlussfolgerungen begründet ist (AHI 1997 S 121; BGE 122 V 157 E. 1c S. 160). 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.

Die Rechtsprechung erachtet es jedoch als mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (BGE 125 V 351 E. 3b S. 352 ff.). So ist einem im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten medizinischen Gutachten durch externe Spezialärzte, welches auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten erstellt wurde und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangt, in der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 135 V 465 E. 4.4 S. 470). Andererseits ist der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Ärzte im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen mitunter eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 353).

5. Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin der Beigeladenen zu Recht eine halbe Invalidenrente mit Wirkung ab dem 1. Juni 2015 zugesprochen hat. Hierfür sind im Wesentlichen folgende medizinische Unterlagen relevant:

5.1 Von den D. \_\_\_ liegen verschiedene Berichte betreffend die Beigeladene vor. Im Austrittsbericht vom 8. April 2014 (IV-Nr. 10 S. 6 ff.) über eine Hospitalisation vom 12. bis 20. März 2014 werden als Diagnosen eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradig und mit somatischem Syndrom (ICD-F33.11), sowie ein Cannabisabhängigkeitssyndrom, derzeit abstinent, aber in beschützender Umgebung (ICD-10 F12.21), genannt. Im Bericht vom 20. Januar 2015 werden eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F33.2), ein Cannabis-Konsum, derzeit abstinent, im beschützenden Rahmen (ICD-10 F12.21) mit/bei Arbeitslosigkeit und fehlender Tagesstruktur (ICD-10 Z56), sowie eine Persönlichkeitsakzentuierung mit emotional instabilen Zügen (ICD-10 Z73.1) diagnostiziert. Die Arbeitsunfähigkeit betrage bis auf weiteres 100 % (IV-Nr. 8.14 S. 12 ff.). Im Bericht vom 13. Februar 2015 (IV-Nr. 10 S. 1 ff.) werden sodann folgende Diagnosen genannt:

mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

Die Arbeitsunfähigkeit für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Pflegeassistentin betrage 100 % seit dem 23. Oktober 2014.

Im Bericht vom 14. April 2015 (IV-Nr. 27.3 S. 10 f.) wird schliesslich nach entsprechender differentialdiagnostischer Abklärung zusätzlich eine ADHS bestätigt, dies unter Ausschluss einer Persönlichkeitsakzentuierung sowie einer bipolaren Störung.

5.2 Im Arztbericht von Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, vom 17. September 2015 (IV-Nr. 26 S. 6 ff.) wird ausgeführt, die bisherige Tätigkeit sei der Beigeladenen nicht zumutbar. Andere Tätigkeiten in zunächst geschütztem Rahmen könnten ausgeführt werden. Es brauche eine schrittweise, der Beigeladenen angepasste Steigerung der Leistungsfähigkeit, um eine Überforderung zu vermeiden. Betreffend Cannabis liege eine Sucht vor. Die Beigeladene setze den Substanzkonsum weitgehend zur Selbstmedikation ein, um belastende emotionale Zustände aushalten zu können.

In seinem Bericht vom 1. Juli 2015 (IV-Nr. 27.3 S. 7 f.) nennt Dr. med. E.\_\_\_\_ als psychiatrische Diagnosen eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode (ICD-10 F33.0), eine einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung ADHS (ICD-10 F90.0) und einen Status nach Cannabisabhängigkeit, gegenwärtig abstinente (ICD-10 F12.20). Der Gesamtzustand der Beigeladenen habe sich seit Behandlungsbeginn deutlich gebessert. In einem Bericht vom 13. Oktober 2015 (IV-Nr. 27.3 S. 2 f.) spricht der behandelnde Psychotherapeut dann wieder von einer Verschärfung der depressiven Symptomatik. In einem erneuten Arztbericht vom 18. Januar 2016 (IV-Nr. 28 S. 6 ff.) werden dann folgende Diagnosen genannt:

mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

Die Arbeitsunfähigkeit habe von Februar bis März 2014 50 %, im März 2014 100 %, von April bis September 2014 erneut 50 % und ab September 2014 wiederum 100 % betragen. Die Beigeladene habe im September 2014 mit der Behandlung begonnen. Da das ambulante Setting ungenügend gewesen sei, sei es mehrfach zu stationären bzw. teilstationären Behandlungen bei den D.\_\_\_\_ gekommen (Tagesklinik vom 23. bis 31. Oktober 2014, Hospitalisation vom 4. bis 18. November 2014, Tagesklinik vom 19. November 2014 bis 9. Januar 2015, Hospitalisation vom 28. Januar bis 26. März 2015). Im stationären Setting seien weitere diagnostische Abklärungen getätigt worden, wobei neu eine ADHS bestätigt worden sei. Die spezifische medikamentöse und psychotherapeutische Behandlung dieser Problematik habe zu einer deutlichen Verbesserung des Gesamtbefundes geführt. Ab April 2015 sei die Beigeladene wieder bei ihnen in Behandlung gewesen. Nach anfänglich stabiler Phase mit Beginn eines Belastbarkeitstrainings sei es im Sommer 2015 zu einem Cannabis-Rückfall und in der Folge zu einer erneuten Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes gekommen. Seit Anfang September 2015 sei die Beigeladene wieder vollständig abstinente. Sie habe eine selbstorganisierte Tagesstruktur aufbauen können. Seither sei die depressive Symptomatik leicht zurückgegangen.

Dr. med. E.\_\_\_\_ hat am 21./22. September 2016 (IV-Nr. 48) noch einmal über die Beigeladene berichtet und als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung ADHS (ICD-10 F90.0) genannt, ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert (ICD-10 F33.4). Zum Status nach Cannabisabhängigkeit wurde angegeben, die

Patientin sei gegenwärtig seit ca. einem Jahr abstinent (ICD-10 F12.20). Es wird nach wie vor eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % attestiert. Der Gesamtzustand habe sich seit dem letzten Bericht etwas gebessert. Die depressive Störung sei mittlerweile weitgehend remittiert, bei äusseren Belastungen würden aber oftmals wieder depressive Symptome auftreten. Die ADHS stelle trotz medikamentöser Einstellung weiterhin eine Einschränkung im Alltag der Patientin dar. In einer angepassten Umgebung müsste dennoch zumindest eine teilweise Arbeitsfähigkeit erlangt werden können.

5.3 Im Bericht der Stiftung F.\_\_\_\_ vom 20. August 2015 (IV-Nr. 24), wo die Beigeladene ein Belastbarkeitstraining absolviert hatte (vgl. IV-Nr. 21), wird angegeben, diese habe die ganze Zeit über Mühe gehabt, pünktlich bei der Arbeit zu sein. Sie habe auch unentschuldigte Absenzen gehabt. Es seien durchaus Ressourcen und gute Ansätze vorhanden, die auf eine eventuelle Eignung im kaufmännischen Bereich schliessen könnten. Die Arbeitszeit habe bis durchschnittlich 37 % erhöht werden können. Die häufigen Verspätungen seien ein Problem gewesen. Die Leistungen seien insgesamt gut gewesen, im zweiwöchigen Praktikum im Büro habe sich gezeigt, dass die Beigeladene hier sehr gute Leistungen habe erbringen können. Die Belastbarkeit sei schwankend gewesen. Einflüsse der Lebenssituation hätten hier eine grosse Rolle gespielt.

5.4 Im Schlussbericht der BEFAS G.\_\_\_\_ vom 31. Mai 2016 (IV-Nr. 39) wird angegeben, die Beigeladene sei von 29 Präsenztagen an 22 Tagen zwischen 4 und 90 Minuten zu spät gekommen. An 21 Tagen habe sie 50 % gearbeitet. Beim Eintritt habe sie einen motivierten Eindruck gemacht. Doch bereits seit dem ersten Tag habe sie über Kopfschmerzen und Konzentrationsprobleme geklagt. Nach der zweiten Woche sei das Pensum auf Wunsch der Beigeladenen auf 50 % reduziert worden. Trotz entsprechender Aufforderung habe sie erhebliche Mühe damit gehabt, pünktlich zur Arbeit zu erscheinen. In der medizinischen Beurteilung wird festgehalten, die Beigeladene scheine in einem anhaltenden psychischen Zustand zu sein, der mehr an eine Persönlichkeitsstörung als an eine depressive Episode denken lasse. Zudem sei die Beigeladene weiterhin THC-abstinent, sodass sich ihr Verhalten nicht durch suchtbedingte Folgeschäden erklären lasse. Zusammengefasst sei sie aktuell auf dem ersten Arbeitsmarkt nicht vermittelbar. Dazu fehle ihr die nötige Konstanz.

5.5 Im psychiatrischen Gutachten von Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 28. Januar 2017 (IV-Nr. 70) werden zunächst die subjektiven Angaben der Beigeladenen wiedergegeben: Diese habe schon seit der Schulzeit eine Hyperaktivität, innere Unruhe und Konzentrationsbeeinträchtigungen verspürt. Dies sei damals nicht abgeklärt worden. Nach dem Tod ihrer Mutter ■ sie sei 17 Jahre alt gewesen ■ habe sie eine reaktive depressive Phase gehabt mit kurzzeitiger psychotherapeutischer Behandlung. Eine medikamentöse Therapie sei damals nicht eingesetzt worden. Seit dem Jugendalter konsumiere sie Cannabis. Kurzzeitig habe sie auch Kokain (insgesamt nur zwei- bis dreimal) genommen. Ende 2013 / Anfang 2014 habe eine depressive Entwicklung begonnen. In der Folge habe sich der Cannabis-Konsum gesteigert. Die Beigeladene habe offen bestätigt, seit ca. Oktober 2016 wieder regelmässig einen bis zwei Joints (Cannabis) pro Tag zu konsumieren. Es stresse sie alles und sie benötige endlich einmal Ruhe. Sie lebe weitgehend unstrukturiert zu Hause und versorge den Haushalt. Teilweise leide sie unter sozialen Ängsten und wolle niemanden treffen. Wegen finanzieller Schwierigkeiten sei die psychotherapeutische Behandlung derzeit unterbrochen. Sie habe nur telefonischen Kontakt zur Therapeutin. Dies nachdem sie Rechnungen nicht bezahlt und die Gelder der

Krankenkasse für Anderes verwendet habe. Abends leide sie unter Gedankenkreisen beim Einschlafen, könne aber innerhalb von 30 Minuten Schlaf finden. Danach schlafe sie meist durch. Regelmässig leide sie unter Albträumen. Sie sei selbstunsicher und wisse nicht, wie es weitergehen solle. Bei der Haushaltsführung habe sie Ticks / Zwänge entwickelt. Wegen ihres früheren frechen Verhaltens gegenüber der Mutter habe sie Schuldgefühle, und auch die beiden Interruptionen, die sie gehabt habe, versuche sie zu verdrängen. Die Libido sei vermindert und es bestehe eine morgendliche Antriebsminderung. Sie brauche längere Zeit, um in die Gänge zu kommen. Das nächtliche Einnässen habe sich seit ca. 2013/2014 wieder verstärkt. Eine organische Ursache hierfür habe man bereits in der Kindheit ausgeschlossen.

Im Rahmen der Befunderhebung wird festgehalten, die Beigeladene habe in der Untersuchung Mühe gehabt, ihre Beschwerden präzise zu beschreiben. Einerseits habe sie offen über ihre Situation berichtet, andererseits seien die Angaben teilweise nur vage und unpräzise gewesen. Die Grundstimmung sei leicht niedergeschlagen, die affektive Modulation zum depressiven Pol hin verschoben. Das formale Denken sei geordnet und kohärent. Beim Erheben der Anamnese würden Gedächtnisunsicherheiten auffallen. Angaben könnten nur mit Mühe datiert werden. Phasenweise bestehe eine Tendenz zu lockerer Assoziation. Aufmerksamkeit und Konzentration seien klinisch während der zweieinhalbstündigen Untersuchung beim ersten Termin nicht wesentlich beeinträchtigt. Die Beigeladene berichte, dass unter Behandlung mit Concerta die innere Unruhe deutlich abgenommen habe. Hinweise auf Ich-Störungen bestünden nicht und Suizidalität werde verneint. Hinweise auf Aggravation gebe es keine. Es sei ein deutlicher Leidensdruck spürbar. Die Beigeladene klage über Libidoverlust sowie Verlust des Selbstvertrauens und Selbstwertgefühls. Klinisch lasse sich ein leichtes depressives Syndrom feststellen. Im Längsverlauf liessen sich anamnestisch emotional instabile, impulsive, selbstunsichere und abhängige Persönlichkeitszüge eruieren. Beim zweiten Untersuchungstermin sei der psychopathologische Befund unverändert.

Der Gutachter erhebt folgende Diagnosen:

## **E. 6**

6.1 Die Beschwerdegegnerin stützt sich in der angefochtenen Verfügung im Wesentlichen auf die psychiatrische Begutachtung von Dr. med. C. \_\_\_ ab. Der Beweiswert dieses Gutachtens ist unter den Parteien unbestritten und als gegeben zu erachten. Dr. med. C. \_\_\_ ist ausgewiesener Facharzt auf dem fraglichen Gebiet und er hat seine Expertise in Kenntnis sowie unter Würdigung der gesamten Aktenlage sowie nach eingehender, zweifacher Exploration (Untersuchungen vom 23. und 25. Januar 2017) erstellt. Inhaltlich legt er nachvollziehbar dar, dass sich bei der Beigeladenen anamnestisch bereits in Kindheit und Jugend eine Hyperaktivität mit Verhaltensauffälligkeiten / disziplinarischen Problemen in der Schule und Konzentrationsbeeinträchtigungen eruieren liessen. Während der stationären Behandlungen sei die retrospektive Diagnose einer ADHS dann bestätigt worden. Unter Behandlung mit Concerta werde sowohl von der Beigeladenen wie auch den Behandlern eine Verbesserung beschrieben. Im Alter von gut 17 Jahren habe die Beigeladene ihre Mutter überraschend verloren. Bereits vor deren Tod beschreibe sie indessen ein impulsives Verhalten mit häufig wechselnden Partnern, Anführen einer «Schläger-Gruppe» in der Schulzeit und Beginn des Cannabis-Konsums. Nach einer psychischen Dekompensation 2013/2014 seien eine rezidivierende depressive Störung mit zum Teil mittelgradigen bis schweren Episoden, ein Cannabis-Abusus und, nach erfolgter Abklärung, eine ADHS diagnostisch beschrieben worden. Im Bericht der D. \_\_\_ vom

13. Februar 2015 sei zusätzlich eine emotional instabile Persönlichkeitsstörung vom impulsiven Typ diagnostiziert worden. Nach der ADHS-Diagnose 2015 sei die Persönlichkeitsstörungs-Diagnose fallengelassen worden. Die Kollegen hätten wahrscheinlich die Impulsivität im Rahmen des ADHS subsumiert. Ebenfalls sei im Abklärungsbericht der BEFAS eine Persönlichkeitsstörung angenommen worden. Schlüssig leitet Dr. med. C.\_\_\_\_ hiernach her, dass die Beigeladene tief verwurzelte emotional instabile und impulsive, selbstunsichere und phasenweise abhängige Persönlichkeitszüge aufweist und er merkt an, dass bei gleichzeitig bestehendem ADHS die klare Abgrenzung der Symptomatik einer Persönlichkeitsstörung gegenüber einem ADHS schwierig sei, da sich die Symptomkomplexe teilweise überschneiden würden. Zur seit 2014 behandelnden Therapeutin habe die Beigeladene eine gute Beziehung aufgebaut und es wäre unbedingt zu empfehlen, dass sie diese Therapie wieder aufnehme. Unter antidepressiver Medikation sei es im Verlauf zu einer zeitweisen Stabilisierung gekommen. Gestützt auf die erhobenen Befunde sieht er aktuell nur noch eine leichte depressive Symptomatik als gegeben. Die innere Unruhe habe unter der Concerta-Medikation abgenommen. Eine Tätigkeit zu 30 ■ 50 % traue sich die Beigeladene zu. Nach vorübergehender Cannabis-Abstinenz habe diese vor ca. drei Monaten wieder mit dem Cannabis-Konsum angefangen. Inwieweit die emotionale Instabilität/Impulsivität im Rahmen der Persönlichkeitsentwicklungsstörung sich negativ auf eine Arbeitstätigkeit auswirke bzw. inwieweit noch eine Restsymptomatik des ADHS bestehe, müsse in der Praxis abgeklärt werden. Die in der BEFAS-Abklärung beschriebenen Flüchtigkeitsfehler wiesen darauf hin. Zur Behandlung der Persönlichkeitsentwicklungsstörung sei eine regelmässige Psychotherapie angezeigt. Eine erneute Auflage bezüglich Cannabis-Abstinenz sei zu empfehlen.

In Bezug auf die Arbeitsfähigkeit kommt der Gutachter zum Schluss, dass die erlernte Tätigkeit als Pflegeassistentin aufgrund der Persönlichkeitsentwicklungsstörung und der multiplen traumatischen Erfahrungen ungünstig sei, dies unter Hinweis darauf, dass die Beigeladene selber sich bereits seit Jahren andere Anstellungen gesucht habe. Nach der Dekompensation zu Beginn 2014 sei von einer vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit von 100 % auszugehen, wie von den behandelnden Kollegen attestiert. Aktuell sieht er medizinisch-theoretisch für einfache leichte adaptierte Tätigkeiten unter Wiederaufnahme der Behandlung wahrscheinlich eine ca. 50%ige Arbeitsfähigkeit rein aufgrund des psychopathologischen Befundes. Für die Tätigkeit als Pflegeassistentin sei weiterhin von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit auszugehen.

6.2 Nach der neuen, am 30. November 2017 begründeten Praxis ist das sog. strukturierte Beweisverfahren gemäss BGE 141 V 281 grundsätzlich auf sämtliche psychischen Erkrankungen anzuwenden (BGE 143 V 418 E. 7.2 S. 429 sowie 143 V 409 E. 4.5.2 S. 416 f.). Dabei beurteilt sich die Frage, ob ein Leiden zu einer ganzen oder teilweisen Arbeitsunfähigkeit führt, nach einem strukturierten, normativen Prüfungsraster. Anhand eines Kataloges von Indikatoren erfolgt eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des ■ unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits ■ tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens (BGE 141 V 281 E. 3.6 S. 294 f.).

Anhand des vorliegenden Gutachtens lässt sich diese Indikatorenprüfung vornehmen. Zur Ausprägung und Schwere der objektiven Befunde führt der Gutachter aus, es bestünden aktuell ein leichtes depressives Syndrom, eine Restsymptomatik des ADHS sowie eine weiter bestehende emotionale Instabilität im Rahmen der

Persönlichkeitsentwicklungsstörung. Insgesamt sei von einem mittelgradigen Befund auszugehen. Seit der psychischen Dekompensation im Jahr 2014 seien die Durchhaltefähigkeit, die Stabilität, die Anpassungsfähigkeit und persönlichkeitsbedingt die Team- und Gruppenfähigkeit beeinträchtigt. Schwierige psychosoziale Situationen hätten jeweils als Auslöser der Dekompensationen gewirkt. Zu einer vollständigen Erholung sei es seit der Dekompensation 2014 nicht mehr gekommen. Zum Behandlungs- und Eingliederungserfolg wird erwähnt, dass es trotz ambulanter, teilstationärer und stationärer Behandlung bisher nicht zu einer anhaltenden Stabilisierung gekommen sei. Die stattgefundenen Eingliederungsbemühungen werden vom Gutachter ebenfalls gewürdigt. Eine retrograde Beurteilung der beruflichen Abklärungen erachtet er zwar als schwierig, geht aber davon aus, dass zumindest ein Teil der Schwierigkeiten krankheits-/persönlichkeitsbedingt einzuordnen ist. Die psychosozialen Folgen seien Auswirkungen der Grundstörung. Hinweise auf eine Aggravation kann Dr. med. C.\_\_\_\_ keine erkennen. Der Komplex «Persönlichkeit» wird im Rahmen der gutachterlichen Beurteilung eingehend beleuchtet und stichhaltig das Vorliegen einer Persönlichkeitsentwicklungsstörung hergeleitet. Auf die entsprechenden obigen Erwägungen kann verwiesen werden. In Bezug auf die Konsistenz (gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen, behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck) wird darauf hingewiesen, dass die Beigeladene zwar teilweise unpräzise und vage über ihre Situation berichte, sich wesentliche Diskrepanzen zur Aktenlage jedoch nicht eruieren liessen. Ein deutlicher Leidensdruck lässt sich aus gutachterlicher Sicht erkennen. Im Alltag führe sie den Haushalt indessen selbständig, sie fahre mit dem Auto und verfüge somit über gewisse Ressourcen (so auch das jugendliche Alter, die Leistungsbereitschaft und die Motivation, sich beruflich wieder zu etablieren), die aus seiner Sicht eine adäquate Teilzeittätigkeit von 50 % unter Umsetzung einer adäquaten Behandlung als zumutbar erachten lassen. Dies entspricht auch der Einschätzung der Beigeladenen selbst, die sich eine adaptierte Tätigkeit im Umfang von 30 - 50 % zutraut.

Den Cannabis-Abusus interpretiert Dr. med. C.\_\_\_\_ in nachvollziehbarer Weise als Symptom der Persönlichkeitsentwicklungsstörung / Sekundärphänomen der ADHS. Er empfiehlt trotzdem eine vollständige Abstinenz mit Auflage, da die Arbeitsfähigkeit zusätzlich durch den Cannabis-Konsum beeinträchtigt werde. Bei gleichzeitiger Cannabis-Abstinenz und regelmässiger Durchführung der Behandlung (sowie Wiedereinsetzen / bei Bedarf Anpassen der Medikation) ist aus gutachterlicher Sicht medizinisch-theoretisch, aufgrund des objektivierbaren Befundes, aktuell von einer 50%igen Arbeitsfähigkeit für adaptierte Tätigkeiten, auch im ersten Arbeitsmarkt auszugehen.

## **E. 7**

7.1 Nach dem Gesagten zeigt sich, dass das psychiatrische Gutachten von Dr. med. C.\_\_\_\_ voll beweiswertig ist und für die Beurteilung des medizinischen Sachverhalts sowie die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit darauf abgestellt werden kann. Die Beschwerdeführerin kritisiert denn dieses Gutachten auch nicht inhaltlich, sondern stellt sich auf den Standpunkt, dass die Beschwerdegegnerin der Beigeladenen gestützt auf die bestehenden Diagnosen keine Rente hätte zusprechen dürfen. Dies wird einerseits mit der mittlerweile überholten Rechtsprechung des Bundesgerichts zur Therapierbarkeit von leicht- bis mittelgradigen depressiven Störungen begründet. Demgemäss konnten solche nur dann invalidisierend sein, wenn eine konsequente Therapie durchgeführt wurde, die trotz guter

Compliance keine Wirkung gezeigt hat. Diese Rechtsprechung hat das Bundesgericht im bereits zitierten Urteil 143 V 409 aufgegeben. Psychische Störungen, auch leicht- bis mittelgradige depressive Störungen, sind einem strukturierten Beweisverfahren zu unterziehen. Wie sich den vorstehenden Erwägungen in Ziff. 6 entnehmen lässt, führt das strukturierte Beweisverfahren in diesem Fall zum Schluss, dass sich die bestehenden psychischen Störungen invalidisierend auswirken.

7.2 Die Beschwerdeführerin macht weiter geltend, dass ein allenfalls bestehender Rentenanspruch höchstens für eine befristete Zeit und unter Einhaltung eines Mahn- und Bedenkzeitverfahrens hätte bejaht werden dürfen. Dies schliesst sie aus den Ausführungen von Dr. med. C.\_\_\_\_, der in seiner psychiatrischen Expertise festhält, er gehe davon aus, dass mittel- bis langfristig, innerhalb von 12 Monaten, eine Steigerung des Pensums auf 70 ■ 80 % möglich sei, dies unter Durchführung der empfohlenen Therapiemassnahmen sowie einer Cannabis-Abstinenz.

Gemäss Art. 7 Abs. 1 und 2 IVG muss die versicherte Person alles ihr Zumutbare unternehmen, um die Dauer und das Ausmass der Arbeitsunfähigkeit zu verringern und den Eintritt einer Invalidität zu verhindern. Sie muss an allen zumutbaren Massnahmen, die zur Erhaltung des bestehenden Arbeitsplatzes oder zu ihrer Eingliederung ins Erwerbsleben oder in einen dem Erwerbsleben gleichgestellten Aufgabenbereich (Aufgabenbereich) dienen, aktiv teilnehmen. Die Leistungen können nach Art. 21 Abs. 4 ATSG gekürzt oder verweigert werden, wenn die versicherte Person den Pflichten nach Art. 7 dieses Gesetzes oder nach Art. 43 Abs. 2 ATSG nicht nachgekommen ist (Art. 7b Abs. 1 IVG). Wenn sich eine versicherte Person einer zumutbaren Behandlung oder Eingliederung ins Erwerbsleben, die eine wesentliche Verbesserung der Erwerbsfähigkeit oder eine neue Erwerbsmöglichkeit verspricht, entzieht, dann können ihr die Leistungen vorübergehend oder dauernd gekürzt oder verweigert werden. Sie muss vorher schriftlich gemahnt und auf die Rechtsfolgen hingewiesen werden; ihr ist eine angemessene Bedenkzeit einzuräumen (Art. 21 Abs. 4 ATSG). Zwischen dem vorausgesetzten Verhalten der versicherten Person und der vorausgesetzten Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit muss ein Kausalzusammenhang bestehen. Die geforderte medizinische oder erwerbliche Vorkehr muss geeignet sein, eine erhebliche Minderung des versicherten Schadens zu bewirken. Eines strikten Beweises, die verweigerte Massnahme hätte tatsächlich zum erwarteten Erfolg geführt, bedarf es nicht; vielmehr genügt es, wenn die Vorkehr mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit erfolgreich gewesen wäre (vgl. Ueli Kieser: ATSG-Kommentar, 3. Auflage, Zürich 2015, Art. 21 N 128 ff. mit Verweisen auf die Rechtsprechung; Urteil des Bundesgerichts 9C\_391/2016 vom 4. November 2016 E. 3.1 mit Hinweisen).

Tatsächlich hält der psychiatrische Gutachter in seiner Expertise fest, dass eine Strukturierung durch eine Arbeitstätigkeit sich günstig auf die Gesamtsituation auswirken werde und, zusammen mit einer Auflage einer Cannabis-Abstinenz sowie einer Therapieauflage (mindestens 14-tägliche Sitzungen), eingeleitet werden sollte. So hat der Facharzt des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) in seiner Stellungnahme vom 26. April 2017 (IV-Nr. 74) auch ausgeführt, es solle ein Mahn- und Bedenkzeitverfahren eingeleitet werden. In der Folge wurde der Beigeladenen dann aber eine (unbefristete) halbe Rente zugesprochen, ohne dass ihr noch einmal Auflagen erteilt worden wären. Dem Protokolleintrag vom 24. Mai 2017 lässt sich dazu entnehmen, dass im Anschluss an diese Einschätzung zwischen dem RAD-Arzt und der Eingliederungsfachperson offenbar ein interdisziplinärer Austausch stattgefunden hat, anlässlich welchem man zum Schluss kam,

die halbe Rente ohne Mahn- und Bedenkzeitverfahren zuzusprechen, weil gemäss Gutachten eine Verbesserung der Arbeitsfähigkeit gestützt auf das Gutachten zwar möglich, aber nicht überwiegend wahrscheinlich erscheine. Der Gutachter hält denn auch explizit fest, dass bei gleichzeitiger Cannabis-Abstinenz und regelmässiger Durchführung der Behandlung (sowie Wiedereinsetzen / bei Bedarf Anpassen der Medikation) medizinisch-theoretisch, aufgrund des objektivierbaren Befundes, von einer 50%igen Arbeitsfähigkeit für adaptierte Tätigkeiten, auch im ersten Arbeitsmarkt, auszugehen sei (Gutachten S. 20, IV-Nr. 70 S. 20). Das bedeutet, dass auch unter Einhaltung einer Abstinenz von Cannabis und einer regelmässig durchgeführten Therapie mittelfristig lediglich von einer 50%igen Arbeitsfähigkeit auszugehen ist. Zwar wird ausgeführt, dass mittels entsprechender Massnahmen innerhalb von 12 Monaten eine Steigerung des Pensums auf 70 - 80 % möglich sei, gemessen an den Erfahrungen aus der mit der Beigeladenen durchgeführten beruflichen Eingliederung erscheint es aber tatsächlich als lediglich möglich und nicht wahrscheinlich, dass eine solche erreicht werden kann. Der Eingliederungsversuch in der Stiftung F.\_\_\_\_ verlief in etwa ähnlich wie die spätere BEFAS-Abklärung. Eine fehlende Motivation der Beigeladenen konnte in beiden Fällen nicht festgestellt werden, jedoch zeigten sich die gleichen Problematiken bezüglich Pünktlichkeit und Unmöglichkeit einer Steigerung des Pensums. Während der BEFAS-Abklärung bestand eine vollständige Cannabis-Abstinenz, wobei die Beigeladene trotzdem nicht in der Lage war, mehr als ein 50 % Pensum zu leisten. Ebenfalls befand sie sich zu diesem Zeitpunkt regelmässig in Therapie. Im entsprechenden BEFAS-Schlussbericht (IV-Nr. 39) wird denn auch erwähnt, dass sich das Verhalten nicht durch suchtbedingte Folgeschäden erklären lasse. Der Gutachter Dr. med. C.\_\_\_\_ hat im Rahmen seiner Ausführungen zum Behandlungs- und Eingliederungserfolg zudem ausgeführt, dass es trotz ambulanter, teilstationärer und stationärer Behandlung bisher nicht zu einer anhaltenden Stabilisierung des psychischen Zustands gekommen sei. Vor diesem Hintergrund ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin ohne Mahn- und Bedenkzeitverfahren eine Rente zugesprochen hat.

8. Zusammengefasst erweist sich die Beschwerde als unbegründet und ist abzuweisen.

## **E. 9**

9.1 Bei diesem Verfahrensausgang steht der Beschwerdeführerin keine Parteientschädigung zu. Die Beschwerdegegnerin hat als mit öffentlich-rechtlichen Aufgaben betraute Organisation ■ abgesehen von hier nicht interessierenden Ausnahmen ■ ebenfalls keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (vgl. BGE 128 V 124 E. 5b S. 133 f., 126 V 143 E. 4a S. 149 f.).

Die beigeladene Versicherte ist anwaltlich vertreten, weshalb ihr die unterliegende Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung auszurichten hat (vgl. Ueli Kieser, a.a.O., Art. 61 N 201). Diese bemisst sich ohne Rücksicht auf den Streitwert nach dem zu beurteilenden Sachverhalt sowie der Schwierigkeit des Prozesses (Art. 61 lit. g ATSG). Der anwaltliche Stundenansatz bewegt sich in einem Rahmen von CHF 230.00 bis 330.00 (§ 161 i.V.m. § 160 Abs. 2 Kantonaler Gebührentarif [GT, BGS 615.11] in der ab 15. Juli 2016 geltenden Fassung). Die Vertreterin der Beigeladenen hat eine Kostennote zu den Akten gereicht (A.S. 74), gemäss welcher sie einen Aufwand von 15.75 Stunden zu CHF 260.00 pro Stunde und Auslagen von CHF 167.30 geltend macht. Der zeitliche Aufwand erscheint angesichts des Aktenumfangs und der Schwierigkeit der vorliegenden Angelegenheit als überhöht. Die Vertreterin hat keine detaillierte Kostennote eingereicht,

mittels welcher sich bestimmen liesse, wie viel Aufwand für jede einzelne Position entstanden ist. Es wird pauschal darauf hingewiesen, dass für eine Besprechung mit der Klientin, Aktenstudium, Korrespondenz und Telefonate (mit der Klientin und Dritten), die Einreichung der Stellungnahme und des Gesuchs um unentgeltliche Rechtspflege sowie das Redigieren der Kostennote ein Aufwand von insgesamt 15.75 Stunden angefallen sei. Auch wenn der Vertreterin in ihrer Argumentation, dass durch ihre Mandatierung erst im laufenden Verfahren ein höherer Aufwand entstanden sei, beigeplichtet werden kann, so erscheint ein Pauschalaufwand von (höchstens) 10 Stunden für das vorliegende Verfahren als angemessen. Somit ist der Beigeladenen, zuzüglich der Auslagen von CHF 167.30 sowie der Mehrwertsteuer von CHF 213.10 (7.7 %), eine Parteientschädigung von CHF 2'980.40 zulasten der Beschwerdeführerin zuzusprechen.

9.2 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 ■ CHF 1'000.00 festgelegt. Im vorliegenden Fall hat die Beschwerdeführerin die gesamten Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen.

Demnach wird erkannt:

3. Die Beschwerdeführerin hat die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen.

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

Der Präsident

Der Gerichtsschreiber

Flückiger

Schmidhauser

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