

SO_GERICHTE VSBES.2019.40 vom 19. März 2021

SO Obergericht, 2021-03-19, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2019.40_d20210319

FR: SO_GERICHTE VSBES.2019.40 du 19 mars 2021

IT: SO_GERICHTE VSBES.2019.40 del 19 marzo 2021

Regeste

Berufliche Massnahmen und Invalidenrente

Erwägungen

E. 1

nahm für die Beschwerdegegnerin zum vorerwähnten Gutachten dahingehend Stellung, das psychiatrische Gerichtsgutachten von Dr. med. G. ___ vom 4. Februar 2021 beruhe auf dem Studium und der Würdigung der Akten sowie einer eingehenden dreistündigen Exploration im Fachgebiet. Die dabei erhobenen Angaben zur Anamnese und die festgestellten objektiven Befunde (Psychostatus) seien ausführlich dokumentiert und diskutiert worden. Die daraus abgeleitete diagnostische und versicherungsmedizinische Beurteilung sei nachvollziehbar dargelegt und in sich schlüssig. Das Gutachten sei gründlich recherchiert und stringent in der Argumentation. Der Diagnose-Shift von der bipolaren affektiven Störung zur schizoaffektiven Störung sei etwas überraschend, aber durchaus nachvollziehbar. Dass nicht nur synthyme Psychosesymptome bestünden, sondern auch vom jeweiligen affektiven Ausnahmezustand unabhängige, sei von den bisher involvierten Fachpersonen nicht realisiert worden. Doch seien die bisherigen Abklärungen, soweit ersichtlich, nicht derart fundiert durchgeführt worden. Letztlich müsse aber gesagt werden, dass auch eine bipolare Störung zu einer hochgradigen Arbeitsunfähigkeit führe, wenn sie nicht genügend stabilisiert werden könne. Den versicherungsmedizinischen Schlussfolgerungen der Gutachterin könne gefolgt werden. Der RAD habe keine fachliche Kritik vorzubringen (Aktennotiz vom 18. Februar 2021, A.S. 121).

E. 2

2.1 Als Invalidität im Sinne des Gesetzes gelten gemäss Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1) die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit andauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Sie kann nach Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein. Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. c). 2.2 Arbeitsunfähigkeit ist nach Art. 6 Satz 1 ATSG die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Das Wartejahr gilt als eröffnet, sobald eine solche Arbeitsunfähigkeit von mindestens 20 % eingetreten ist (AHI-Praxis 1998,

S. 124). Der Rentenanspruch entsteht indes laut Art. 29 IVG frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs im Sinne von Art. 29 Abs. 1 ATSG. Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht bei einem Invaliditätsgrad ab 40 % ein Anspruch auf eine Viertelsrente, ab 50 % auf eine halbe Rente, ab 60 % auf eine Dreiviertelsrente und ab 70 % auf eine ganze Rente. 2.3 Für die Bemessung der Invalidität von erwerbstätigen Versicherten ist Art. 16 ATSG anwendbar. Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG; sogenannte allgemeine Methode des Einkommensvergleichs). 2.4 Gemäss Art. 8 Abs. 1 IVG haben Invalide oder von einer Invalidität (Art. 8 ATSG) bedrohte Versicherte Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen, soweit diese notwendig und geeignet sind, die Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, wieder herzustellen, zu erhalten oder zu verbessern (lit. a) und die Voraussetzungen für den Anspruch auf die einzelne Massnahme erfüllt sind (lit. b). Die Eingliederungsmassnahmen bestehen u.a. in Massnahmen beruflicher Art (Berufsberatung, erstmalige berufliche Ausbildung, Umschulung, Arbeitsvermittlung, Kapitalhilfe; Art. 8 Abs. 3 lit. b IVG). 2.5 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung gestellt haben. Aufgabe des Arztes ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren bilden die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 132 V 93 E. 4 S. 99 f. mit Hinweisen). 2.6 Sowohl das Verwaltungsverfahren als auch der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben Verwaltung 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 hinreichende Klarheit besteht. Der Untersuchungsgrundsatz weist enge Bezüge zum – auf Verwaltungs- und Gerichtsstufe geltenden – Grundsatz der freien Beweiswürdigung auf. Führen die im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen den Versicherungsträger oder das Gericht bei umfassender, sorgfältiger, objektiver und inhaltsbezogener Beweiswürdigung zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich zu betrachten und es könnten weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, so liegt im Verzicht auf die Abnahme weiterer Beweise keine Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör (antizipierte Beweiswürdigung). Bleiben jedoch erhebliche Zweifel an Vollständigkeit und/oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellung bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteile des Bundesgerichts 9C_296/2018 vom 14. Februar 2019 E. 4 und 9C_273/2017 vom 9. April 2018 E. 3.1, je mit Hinweisen). 2.7 Bei Gerichtsgutachten weicht das Gericht nicht ohne zwingende Gründe von der Einschätzung des medizinischen Experten ab (BGE 135 V 465 E. 4 S. 469 mit Hinweisen). Ein Grund zum Abweichen kann vorliegen, wenn die

Gerichtsexpertise widersprüchlich ist oder wenn ein vom Gericht eingeholtes Obergutachten in überzeugender Weise zu andern Schlussfolgerungen gelangt. Eine abweichende Beurteilung kann ferner gerechtfertigt sein, wenn gegensätzliche Meinungsäusserungen anderer Fachexperten dem Richter als triftig genug erscheinen, die Schlüssigkeit des Gerichtsgutachtens in Frage zu stellen, sei es, dass er die Überprüfung durch einen Oberexperten für angezeigt hält, sei es, dass er ohne Oberexpertise vom Ergebnis des Gerichtsgutachtens abweichende Schlussfolgerungen zieht (BGE 125 V 351 E. 3b/aa S. 352 f. mit Hinweisen).

E. 3

. Aus den vorliegend ins Recht gelegten Akten ergibt sich folgender Sachverhalt: 3.1 Dem Austrittsbericht der C.____, [...], vom 9. Oktober 2013 über die erste Hospitalisation des Beschwerdeführers vom 19. bis 25. September 2013 kann folgende psychiatrische Diagnose nach ICD-10 entnommen werden: «V.a. Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion (F43.21)». Im Weiteren wurde dargelegt, der Patient sei aufgrund einer Verschlechterung des psychischen Zustandes mit deprimierter Stimmung, gehemmtem Antrieb und Interessenarmut zugewiesen worden. Zur Anamnese wurde dargelegt, der Patient sei seit August 2013 in psychiatrischer Behandlung bei Dr. med. D.____. Zuletzt sei er vor drei Tagen bei ihm gewesen. Dann sei die Zuweisung zur stationären Abklärung erfolgt. Der Patient gebe an, dass es ihm seit etwa sechs Monaten deutlich schlechter gehe. Er habe weniger Lust und Freude am Leben und keine Motivation, etwas zu unternehmen. Er habe gemerkt, dass es schwieriger geworden sei, sich zu konzentrieren oder etwas Neues zu lernen. Er habe sich auch zurückgezogen, treffe sich weniger mit Freunden und habe auch seine Hobbys (Sport) vernachlässigt. Er habe keinen Antrieb gehabt. Er habe Durchschlafstörungen, könne aber etwa acht bis neun Stunden in der Nacht schlafen. Suizidgedanken habe er das erste Mal vor einem Jahr gehabt und zuletzt vor zwei bis drei Wochen. Aktuell könne er sich von akuter Suizidalität distanzieren. Er konsumiere keine Drogen und trinke selten Alkohol, zuletzt vor zwei Monaten. Zigaretten rauche er nicht. Unter «Verlauf und Beurteilung» wurde angegeben, der Patient sei für knapp eine Woche auf der Kriseninterventionsstation hospitalisiert worden. Dieser Aufenthalt sollte besonders auch der weiteren diagnostischen Abklärung dienen, nachdem im Vorfeld der Verdacht auf das Vorliegen einer psychotischen Störung (bzw. eines Prodroms) geäussert worden sei. Insgesamt habe sich der Eindruck eines verunsicherten jungen Mannes ergeben, der insbesondere seine berufliche Situation bzw. seine Ausbildungssituation hinterfrage. Es werde eine psychiatrische/psychotherapeutische Weiterbehandlung bei Dr. med. D.____ sowie eine Berufsberatung empfohlen (IV-Nr. 107 S. 11 ff.). 3.2 Aus dem Austrittsbericht der C.____, [...], vom 10. Februar 2015 über die zweite Hospitalisation vom 5. November bis 12. Dezember 2014 geht die Diagnose «Bipolare affektive Störung, gegenwärtig manische Episode mit psychotischen Symptomen (ICD-10 F31.2)» hervor. Zu den Einweisungsumständen wurde dargelegt, der Patient sei mit bizarrem und potentiell bedrohlichem Verhalten gegenüber dem Verkaufspersonal seines Dorfladens aufgefallen und sei nach Rücksprache mit seinem ambulant behandelnden Psychiater Dr. med. D.____ per fürsorgerische Unterbringung (FU) durch die Polizei zur stationären Behandlung zugeführt worden. Die Beurteilung lautete wie folgt: der Patient habe bei Eintritt formalgedanklich deutlich zerfahren und inkohärent gewirkt. Da Rücksprachen mit dem ambulant behandelnden Psychiater sowie den Kollegen der Kriseninterventionsstation in [...] ergeben hätten, dass sich bereits früher der Verdacht auf eine Störung aus dem schizophrenen Formenkreis aufgedrängt habe, sei der Patient bei der

hauseigenen Sprechstunde für Psychosefrüherkennung für eine umfassende diagnostische Abklärung angemeldet worden. Synoptisch betrachtet habe die vorliegende Symptomatik in Richtung psychotischer Symptome im Zuge einer manischen Episode (wohl im Rahmen einer bipolar affektiven Störung) statt des Prodromalstadiums einer Schizophrenie gedeutet. Angesichts fehlender Hinweise auf ein pathologisches Enhancement, einen raumfordernden Prozess oder ein entzündliches Geschehen habe eine hirnorganische Ätiologie weitgehend ausgeschlossen werden können. Somit sei schliesslich unter Integration vertiefter diagnostischer Interviews, klinischer Beobachtung, fremdanamnestischer Angaben und der testdiagnostischen Abklärung sowie der bildgebenden Befunde schliesslich die Diagnose einer bipolar affektiven Störung in gegenwärtig manischer Episode mit psychotischen Symptomen (F31.2) gestellt worden. Nach ausführlicher Aufklärung sei die antimanische Therapie zur weiteren Stimmungsstabilisierung und Rezidivprophylaxe um Lithium erweitert worden. Ergänzend zur Pharmakotherapie habe der Patient regelmässige psychoedukative und psychotherapeutische Einzelgespräche erhalten. Er sei in ein störungsspezifisches psychotherapeutisches Gruppenangebot eingebunden worden und habe an klinikinternen Ergo-, Kunst- und Bewegungstherapien teilgenommen. Während des Aufenthaltes sei in Kontakten der eigenen Sozialberatung zum Lehrlingsbeauftragten seines aktuellen Arbeitgebers zunehmend klar geworden, dass der Arbeitsplatz des Patienten unwiederbringlich verloren sei, da er als Chemikant bei der B.____ von seinen Vorgesetzten aufgrund seiner psychischen Erkrankung als Sicherheitsrisiko eingestuft worden sei. Daher sei eine IV-Anmeldung zur Prüfung möglicher beruflicher Eingliederungsmassnahmen eingereicht worden; zwecks besserer Eignungseinstufung sei klinikintern eine Intelligenztestung durchgeführt worden. Diese habe angedeutet, dass der Patient insgesamt über eine durchschnittliche Intelligenz verfüge. Berücksichtigend, dass die Testung noch während des Abklingens der hypomanen Phase erfolgt sei, und die hohe Sozialkompetenz des Patienten in Erwägung ziehend, verfüge er wohl über genügend Ressourcen, um bei angemessener Compliance ein gutes Funktionsniveau zu erreichen und längerfristig zu halten. Somit habe der Patient unter durchaus optimistisch stimmenden Vorzeichen in die psychiatrische Nachbehandlung bei Dr. med. D.____ unter Wohnbegleitung durch die örtliche Psychiatrie-Spitex in die vorbestehenden Wohnverhältnisse entlassen werden können (IV-Nr. 107 S. 14 ff; vgl. auch IV-Nr. 12).

3.3 Der behandelnde Psychiater, Dr. med. D.____ stellte in seinem Arztbericht vom 2. März 2015 folgende Diagnosen: «F32.1 rezidivierende Depression mittleren Grades, F31.2 Bipolare affektive Störung, ggw. manische Episode mit psychotischen Symptomen, ein starker Verdacht auf eine F60.7 abhängige Persönlichkeitsstörung». Im Weiteren attestierte er für die Tätigkeit eines Chemie- und Pharmatechnologen im 3. Lehrjahr eine vollständige Arbeitsunfähigkeit seit dem 5. November 2014. Zur Anamnese wurde festgehalten, gegipfelt habe die psychiatrische Problematik anfangs drittes Jahr seiner Lehre, als er deswegen von der Betriebsärztin zwecks ambulanter psychiatrischer Therapie überwiesen worden sei. Er habe damals während der Woche im Lehrlingsheim gewohnt. Im letzten halben Jahr seien auch seine Leistungen in der Schule auffällig schlechter geworden. In der ersten Sitzung vom 13. August 2013 habe er berichtet, dass er einen Druck auf seinem Herzen verspüre. Er fühle sich alleine (im Lehrlingsheim), unsicher, ziellos, lustlos und habe keine Motivation. Er habe negative Gedanken, fühle sich minderwertig und komme mit anderen Lehrlingen nicht gut aus. Er könne sich auch immer weniger konzentrieren, weshalb das Lernen nicht gut gehe. Er könne auch nicht gut schlafen. In der Sitzung vom 23. August 2013 habe er mitgeteilt, dass er zu arbeiten versucht habe, was aber nicht gut gegangen sei. Auch habe er

Mühe in der Schule, vor allem beim Lernen und Schreiben von Vorträgen. Am 30. August 2013 habe er gesagt, dass er ab dem 28. August 2013 nicht mehr arbeite, worauf er krankgeschrieben worden sei. Am 25. Oktober 2013 habe er auch die ambulante Behandlung unterbrochen. Am 8. August 2014 sei er wiedergekommen. Er habe mitgeteilt, er wolle es bei seiner bisherigen Arbeitgeberin nochmals versuchen. In der Zwischenzeit habe er die Autoprüfung bestanden und ein dreimonatiges Informatik-Praktikum an der Fachhochschule Nordwestschweiz absolviert. Am 5. September 2014 habe er über Probleme berichtet, er halte es im Lehrlingsheim nicht aus und pendle wieder von zu Hause aus. Es sei ihm das Antidepressivum Remeron verschrieben worden, das er aber bedingt durch ambivalente Gefühle diesem Medikament gegenüber nicht immer eingenommen und schliesslich abgesetzt habe. Am 19. September 2014 habe er gemeldet, dass er sich vom Vortag krank gemeldet habe. Er schlafe schlecht und fühle sich wie eine «gespaltene Persönlichkeit». Am 26. September 2014 habe er berichtet, dass es ihm zu Hause nicht schlecht ginge. Er helfe dem Vater beim Garage-Anbau. Es sei die Lehre, die ihm Schwierigkeiten bereite. Am 3. Oktober 2014 habe er sich sehr ambivalent gezeigt. Er wolle nicht mehr zur bisherigen Arbeitgeberin zurück. Am 13. Oktober 2014 habe er mitgeteilt, dass es ihm besser gehe. Er wolle nächste Woche wieder arbeiten. Er habe erzählt, dass er mit zwei Kollegen in [...] gewesen sei. Es sei nicht schön gewesen. Die Kollegen hätten nur serbisch geredet, was er nicht verstehe. Auch habe er Cannabis versucht, was ihm nicht gut getan habe. Er habe Suizidgedanken bekommen. Am 30. Dezember (recte: Oktober) 2014 habe er berichtet, er arbeite, gehe in die Schule und habe Tests bestanden. Er fühle sich wohl. Am 5. November 2014 habe die Mutter telefonisch berichtet, der Patient verhalte sich auffällig. Er sei in einem Laden, die Polizei sei avisiert worden. Auch diese habe seine Auffälligkeit bestätigt. Daraus sei zu schliessen, dass der Patient manisch geworden sei. Er sei in die Klinik in [...] eingewiesen worden, wo er sich vom 5. November bis 12. Dezember 2014 aufgehalten habe. Am 17. Dezember 2014 habe sich die ganze Familie gewünscht, dass er die Lehre schaffe. Das Lehrlingsamt habe aber mitgeteilt, dass er ein Sicherheitsrisiko darstelle. Er könne die Lehre nicht beenden. Am 20. Oktober 2014 habe er beschlossen, nicht mehr zu ihm in die psychiatrische Behandlung zu kommen. Er bevorzuge, zu einem Psychiater in der Nähe seines Wohnortes in [...] zu gehen. Zur Befunderhebung wurde angegeben, der Patient sei ein sehr unsicher wirkender, 19-jähriger junger Mann, der einen unselbstständigen Eindruck mache und noch sehr von den Eltern abhängig zu sein scheine. Er sei bewusstseinsklar, allseits orientiert, psychomotorisch gehemmt und stimmungsmässig depressiv mittleren Grades. Er beklage Schlafstörung, Konzentrations- und Auffassungsprobleme und habe auch immer wieder Suizidgedanken. Formal scheine das Denken recht verzögert zu sein, inhaltlich drehten sich seine Gedanken um die Lehrstelle, die er zum zweiten Mal in Frage stelle. Abschliessend wurde dargelegt, der Patient sollte sich weiter in psychiatrische Behandlung begeben, was er bis jetzt nicht gemacht habe. Auf dem Beiblatt zum Arztbericht wurde angegeben, die gesundheitliche Störung wirke sich auf die bisherige Tätigkeit negativ aus. Wenn er sich weiterhin psychiatrisch behandeln lasse und die Medikamente einnehme, wäre er kein Sicherheitsrisiko und könnte die Ausbildung an einem anderen Ort beenden. Die bisherige Tätigkeit sei zumutbar. Er könnte normale volle Arbeitstage absolvieren. Es bestehe eine vorläufig um 50 % verminderte Leistungsfähigkeit. Diese könnte aber bald gesteigert werden, vorausgesetzt, dass er eine Stelle habe, an der er seine Ausbildung beenden könnte. Andere Tätigkeiten seien ihm vollumfänglich zuzumuten. Vielleicht benötige er einen Zwischenschritt an einem geschützten Ort. Priorität habe aber eine weitere Lehrstelle. Er

benötige unbedingt weiterhin eine psychiatrische Therapie (IV-Nr. 22 S. 5 ff.) 3.4 Im Bericht der C.____, [...], vom 14. Juli 2015 über die dritte Hospitalisation vom 29. Juni bis 3. Juli 2015 wurde die psychiatrische Diagnose «bipolare affektive Störung, ED 11/2014 (F31.8)» gestellt. Zur Anamnese wurde dargelegt, seit Dezember 2014 sei eine ambulante Betreuung des Patienten durch die Psychiatrie-Spitex eingerichtet. Der Patient habe berichtet, unter depressiven Episoden gelitten zu haben. Im Anschluss an eine Therapie mit Cipralex habe sich eine bipolare Störung entwickelt, allerdings habe er zu dieser Zeit auch Drogen konsumiert. Auch der letzten Hospitalisation im November 2014 sei ein kurzer Ferientaufenthalt in [...] mit Cannabiskonsum vorausgegangen. Aktuell fühle er sich stimmungsmässig recht ausgeglichen, manchmal habe er aber eine «Wahnstimmung» (was der Patient schlecht näher beschreiben könne). Eine während der letzten Hospitalisation veranlasste Abklärung zur Erfassung einer beginnenden Schizophrenie habe ein negatives Ergebnis gebracht. Er lebe weiterhin bei seinen Eltern und seinem Bruder in [...]. Nach Verlust seines Ausbildungsplatzes befinde er sich derzeit in einer Wiedereingliederung bei der E.____, [...]. Zum Verlauf wurde angegeben, bei der Aufnahme habe sich der Patient distanziert gezeigt, teilweise parathym beim Beschreiben seiner Einschränkungen (z.B. bisher nicht in der Lage zu sein, eine Ausbildung zu machen), und als nicht depressiv beschrieben, doch seien zwischenzeitlich wahnhaftige Symptome aufgetreten. Als psychiatrische Grunderkrankung sei Ende 2014 eine bipolare affektive Störung diagnostiziert worden. Der Patient habe das stationäre Setting gut annehmen können und sich durch die Aufnahme bereits entlastet gezeigt. Er habe engagiert an den Therapieangeboten teilgenommen und sei in gutem Kontakt zu seinen Mitpatienten gestanden. Im Kontakt habe er sich bald offener gezeigt und auch das Gespräch mit ihm sei flüssiger möglich gewesen. Es sei mit der Aufdosierung von Lithium begonnen worden und es sei der Entscheid für eine zusätzliche Medikation mit Quetiapin gefallen; Risperidon sei abgesetzt worden. Gesamthaft sei es zu einer guten Stabilisierung gekommen (IV-Nr. 107 S. 8 ff.). 3.5 Dem Bericht der F.____, [...], vom 7. Juni 2018 über die stationäre Behandlung vom 11. bis 17. April 2018 können folgende Hauptdiagnosen nach ICD-10 entnommen werden: «F31.3 bipolare affektive Störung, gegenwärtig leichte oder mittelgradige depressive Episode, DD: F60.31 Emotional-instabile Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ». Zu den Einweisungsumständen wurde ausgeführt, der Patient befinde sich seit dem Jahr 2016 im Ambulatorium in Behandlung. Am Morgen des 10. April 2018 habe sich der Patient gemeldet und ein Krisengespräch verlangt. Er habe berichtet, dass er am Wochenende einen «Ausraster» erlitten habe und seine Freundin per SMS verbal angegriffen habe. Daraufhin habe diese einen «Kontakt-Stopp» verlangt. Der Patient habe im Gespräch starke Schuld- und Versagensgefühle beklagt. Er verstehe sein Verhalten nicht und wisse nicht, wie er diesen «Gefühls-Teufelskreis» durchbrechen könne. Er könne nicht nachvollziehen, weshalb er sich lange eine Beziehung gewünscht habe und diese jedoch mit seinem Verhalten «zerstöre». Er habe seine Beziehungsfähigkeit angezweifelt und gemeint, dass sein Leben ohne Beziehung keinen Sinn habe. Von akuter Suizidalität habe er sich im Gespräch distanziert. Er habe sich jedoch nicht im Stande gesehen, seiner Arbeit nachzugehen. Am nächsten Tag sei der Patient zur Krisenintervention eingetreten mit dem Ziel, zwei Wochen später den überbetrieblichen Kurs in der E.____ antreten zu können. Zum Psychostatus vom 11. April 2018 wurde angegeben, es handle sich um einen 22-jährigen, altersentsprechend aussehenden und gepflegten Patienten. Im Kontakt sei er unsicher, zurückhaltend und wortkarg. Im formalen Denken sei er verlangsammt und eingeengt auf seine Beziehungsunfähigkeit. Inhaltlich

beständen keine Anhaltspunkte für Wahnerleben, Sinnestäuschungen oder Ich-Störungen. Der affektive Rapport sei herstellbar, die Schwingungsfähigkeit sei reduziert. Im Affekt sei er deutlich bedrückt. Die Stimmung sei teilweise zum depressiven Pol verschoben und subjektiv schlecht. Stimmungsschwankungen seien stark vorhanden. Aktuell werde ein «leerer Kopf» beschrieben, bei jedoch mehreren Emotionsqualitäten (wechselnd). Es bestehe eine leichte Störung der Vitalgefühle. Es bestehe eine Einschlafproblematik aufgrund von Gedankenkreisen/Grübeln. Er habe einen starken Appetitverlust seit vier Tagen. Es bestünden keine Hinweise für eine akute Selbst- und Fremdgefährdung. Unter dem Titel «Therapie und Verlauf» wurde angegeben, beim einwöchigen stationären Aufenthalt habe es sich um eine Krisenintervention aufgrund von passiven Todeswünschen im Rahmen einer erneuten Beziehungskrise und einem Kontakt-Abbruch durch die Partnerin gehandelt. Durch die Teilnahme am Therapieprogramm und den gewonnenen Abstand zur Situation habe sich sein Zustand schnell wieder verbessert. Der Patient sei sofort beim Wochenprogramm eingestiegen und habe auch zwei psychotherapeutische Gruppenangebote besucht. In den psychotherapeutischen Gesprächen sei vor allem weiterhin an seinen interaktionellen Mustern gearbeitet worden. Mittels Verhaltensanalyse habe der Patient versucht, mehr Kontrolle über seine Emotionen zu erhalten und die krisenbegünstigende Situation zu verstehen, welche starke Schuldgefühle und autoaggressive Tendenzen auslösten. Er habe sich nun motiviert gezeigt, endlich Distanz zur Beziehung gewinnen zu wollen, welche er selbst als nicht nur günstig bewertet habe. Er habe sich vorgenommen, sich auf die eigenen Bedürfnisse zu fokussieren und insbesondere die Ausbildung dadurch nicht mehr gefährden zu wollen. Der Patient habe den Wunsch geäußert, möglichst rasch wieder in seinen Arbeitsalltag zurückkehren zu können. Er habe sich bereits am ersten Wochenende wieder stabil genug gefühlt, um im Wohnheim zu übernachten. Dementsprechend seien mit ihm nach dem Wochenende der Austritt und eine sofortige Wiederaufnahme der Arbeit in der E.____ (zu 100 %) ab dem nächsten Tag vereinbart worden. Im Längsverlauf der letzten Wochen und Monate falle es aktuell schwer, die Symptomatik und Problematik allein in einer bipolaren Störung zusammenzufassen. Längergehende depressive oder (hypo)-manische Phasen habe man in jüngster Zeit nicht beschreiben können, jedoch rasche Stimmungswechsel, dysfunktionale Emotionsregulation, eher leichte Kränkbarkeit, sodass die Verdachtsdiagnose einer Persönlichkeitsstörung, vermutlich emotional-instabil, gestellt werde (IV-Nr. 103 S. 7 ff.). 3.6 Dem Austrittsbericht der F.____, [...], vom 25. Juni 2018 kann entnommen werden, dass sich der Beschwerdeführer dort vom 16. Mai bis 22. Mai 2018 erneut in stationärer Behandlung befand. Zu den Einweisungsumständen wurde dargelegt, am 15. Mai 2018 habe sich die zuständige Person vom Wohnheim «» gemeldet und ihre Sorgen aufgrund des aktuellen psychischen Zustandes des Patienten geschildert. Der Patient sei als apathisch und als sich zunehmend isolierend beschrieben worden. Es sei nicht mehr möglich, ihn für die Arbeit oder den Schulunterricht zu motivieren. Ferner habe er auf die Mitarbeiter als «unnahbar» und intransparent gewirkt. Seine Medikamenten-Compliance sei in Frage gestellt worden. Am 16. Mai 2018 sei der Patient deshalb erneut zur stationären Krisenintervention eingetreten. Er habe vor allem Motivations- und Hoffnungslosigkeit beklagt. Er habe gemeint, dass er sich nach dem letzten ambulanten Gespräch vorgenommen habe, den Kontakt zur Ex-Freundin abubrechen. Inzwischen sei es jedoch wieder zu einer Kontaktaufnahme und Annäherung gekommen. Ausserdem habe er geplant, den seit Januar 2018 wieder aufgenommenen Cannabis-Konsum im stationären Rahmen zu sistieren. Er habe angegeben, in den letzten Tagen ca. 2 Joints pro Tag geraucht zu haben. Er habe eine

Cannabis-Abstinenz angestrebt, da sich der Konsum rückblickend schlecht auf seine psychische Gesundheit ausgewirkt habe. Im Weiteren habe er durch Selbstvorwürfe im Zusammenhang mit seiner gefährdeten Ausbildung imponiert. Er habe sich als bedrückt und traurig beschrieben, weil er diese durch seine Stimmungsschwankungen gefährde. Zur Therapie und zum Verlauf wurde angegeben, auch beim aktuellen Aufenthalt habe der Patient im Rahmen seiner instabilen Beziehung eine Krise erlitten und sich immer mehr von seinem Arbeitsplatz, der Schule und den Mitarbeitern im Wohnheim zurückgezogen. Er habe von Anfang an durch widersprüchliche Aussagen imponiert. Beim Eintritt habe er – wie bereits während der letzten Aufenthalte – mitgeteilt, dass er sich nicht mehr von seinem Beziehungsstatus und von den Auseinandersetzungen mit seiner Freundin beeinflussen lassen wolle. Er habe sich vorgenommen, den Fokus auf die gefährdete Ausbildung sowie auf sich und seine Freizeitgestaltung zu legen. Am selben Tag noch habe er sich beim Behandlungsteam erkundigt, ob er am kommenden Wochenende bei seiner Freundin übernachten dürfe. Einzig hinsichtlich des Cannabisabusus habe er motiviert geschienen, an der Abstinenz arbeiten und den stationären Rahmen als Schutz nutzen zu wollen. Im Verlauf habe der Patient kaum Bereitschaft gezeigt, an sich zu arbeiten. Es sei eine Tendenz beobachtet worden, die Verantwortung abgeben zu wollen. Der Patient sei durch seine Anspruchshaltung aufgefallen, sein Desinteresse in Gruppentherapien sowie die auffällige, häufige Handy-Benutzung, welche erneut aufgezeigt habe, dass er sich doch wieder zu fest von den äusserlichen Umständen beeinflussen lasse und sich kaum auf die Behandlung habe einlassen können. Diagnostisch lasse sich die beschriebene Symptomatik auch im Längsverlauf der letzten Monate nur schwer der ehemals diagnostizierten bipolaren Störung zuordnen. Sicher komme es immer wieder zu depressiven Einbrüchen, im Vordergrund stünden jedoch starke Stimmungsschwankungen, oft situativ und durch externe Ereignisse ausgelöst. Paarkonflikte führten regelmässig zu suizidalen Krisen. Gefühle selbstständig zu regulieren, falle dem Patienten äusserst schwer, es komme eher zu ausgeprägtem Gesprächsbedarf mit einer Vielzahl an Personen aus seinem Betreuungsnetz. Insgesamt gehe man somit von einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung als im Vordergrund stehender Problematik aus. Entgegen dem Rat habe sich der Patient dafür entschieden, am ersten Wochenende bei seiner Freundin zu übernachten. Bereits im Vorfeld sei mit ihm besprochen worden, dass dies einen Austritt aus dem stationären Setting bedeuten würde. Dies habe der Patient zur Kenntnis genommen und sich für die Übernachtung entschieden. Nach dem Wochenende sei der Austritt aus dem stationären Rahmen und der Übertritt in die Tagesklinik erfolgt (IV-Nr. 103 S. 1 ff.). 3.7 Aus dem Austrittsbericht der F.____, [...], vom 15. Juni 2018 geht hervor, dass sich der Beschwerdeführer dort vom 23. bis 30. Mai 2018 in teilstationärer Behandlung befand. Zum Verlauf wurde dargelegt, aufgrund der fehlenden Therapiebereitschaft sei der Patient nach einer Woche aus dem teilstationären Rahmen entlassen worden. Er habe beabsichtigt, am darauffolgenden Tag den Schulunterricht zu besuchen. Die Verlaufsbeobachtung habe aufgrund der beschriebenen Symptomatik die Diagnose der emotional-instabilen Persönlichkeitsstörung erhärtet. Der Krankheitsverlauf der letzten Wochen und Monate mit raschen Stimmungswechseln, Externalisierung von Schuld, Schwarz-Weiss-Denken, Stimmungsveränderungen, oft gekoppelt an zwischenmenschliche Kontakte, und Angst vor Beziehungsabbrüchen seien schwer in nur eine bipolare Störung einzuordnen. Ob abschliessend eine bipolare Störung mit ausgeprägter emotionaler Instabilität oder eine Persönlichkeitsstörung mit bipolarem Charakter vorliege, sei schwierig abschliessend zu beurteilen. Es werde jedoch von einer Persönlichkeitsstörung ausgegangen. Zusammen mit dem Patienten sei die Einschätzung

diskutiert worden. Er habe jedoch gemeint, er wolle sich nun von einem Psychiater behandeln lassen, der seine bipolare Erkrankung «heilen» könne. Es sei vereinbart worden, dass baldmöglichst das durch die E.____ initiierte Standortgespräch stattfinde und er sich danach einen neuen Therapieplatz suchen könne (IV-Nr. 103 S. 4 ff.). 3.8 Die I.____ hielten in ihrem Bericht vom 17. Juli 2018 über den Verlauf des Vorgesprächs für eine stationäre Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT) fest, der Patient habe berichtet, dass er in einem IV-geschützten Betrieb arbeite und dort Schwierigkeiten habe, weil er häufig abwesend sei. Manchmal könne er in seiner Ausbildung alles geben und teilweise könne er gar nichts tun. Er habe immer wieder wenig Motivation und Antrieb sowie ein Gefühl von Sinnlosigkeit. Es sei aktuell noch offen, wie es mit der Lehre weitergehe. Im Weiteren leide er darunter, dass seine Stimmung ein auf und ab sei. Häufig fühle er sich gereizt. Im Zusammenhang mit Beziehungen komme es immer wieder zu Wutausbrüchen. Er sei oft eifersüchtig. Zudem erlebe er es sehr stark, dass er seine Partnerin teilweise idealisiere und dann wieder entwerte. Diese Wutausbrüche, Idealisierung / Entwertung sowie schnelle Stimmungswechsel hätten sich in letzter Zeit verstärkt und dies kenne er erst in diesem Ausmass bei sich, seit er im Jahr 2016 seine erste Beziehung eingegangen sei. Zuvor sei bei ihm im Jahr 2015 eine bipolare Störung diagnostiziert worden. Damals habe er für ca. eine Woche eine gehobene Stimmung gehabt mit anschliessenden depressiven Phasen. Aktuell könne die Stimmung viel schneller wechseln. Er habe begonnen, wieder vermehrt Cannabis zu konsumieren, bis zu 3 Joints täglich. Der Patient habe von folgenden Symptomen berichtet: Identitätsstörung: ausgeprägte und andauernde Instabilität des Selbstbildes oder der Selbstwahrnehmung (Unklarheit bezüglich Hobbies und Zielen, schnelle Wechsel); Muster instabiler/intensiver zwischenmenschlicher Beziehungen, das durch einen Wechsel zwischen Extremen der Idealisierung und Entwertung gekennzeichnet sei; chronische Gefühle der Leere mit unangepassten Verhaltensweisen (Alkohol, Cannabis, Rauchen; passives Verhalten); verzweifelte Bemühungen, tatsächliches oder eingebildetes Verlassenwerden zu vermeiden (u.a. durch Kontrollverhalten); unangemessene heftige Wut oder Schwierigkeiten, die Wut zu kontrollieren (in Wand oder Gegenstände schlagen, laut werden; beleidigen). Im Weiteren liege ein Verdacht auf «vorübergehende, durch Belastungen ausgelöste paranoide Vorstellungen oder schwere dissoziative Symptome» vor (Körper nicht mehr spüren; neben sich stehen; Gefühl, andere wollen ihm etwas Böses), wobei noch genauer exploriert werden müsste, ob diese Symptome auch ausserhalb des Cannabiskonsums aufträten. Das Kriterium der Impulsivität sei teilweise erfüllt (Impulsivität beim Substanzkonsum), ebenso das Suizidalitätskriterium (häufig vorkommende Suizidgedanken, jedoch keine Suizidpläne und noch nie ein Suizidversuch. Aktuell seien Suizidgedanken vorhanden, keine Pläne oder Absichten). Die Symptome seien im Rahmen einer emotional-instabilen Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ zu interpretieren. Im Weiteren wurde zum Sozialen angegeben, der Patient wohne am Wochenende bei den Eltern, unter der Woche im Wohnheim «». Er lebe von IV-Taggeldern. Sein Ziel sei, «gesund zu werden», was für ihn bedeute, dass er seine Stimmungsschwankungen besser im Griff habe und weniger in «Extremen» lebe und dass er sich mehr auf seine Ziele fokussieren könne. Den Cannabiskonsum wolle er sistieren. Mit dem Patienten sei der Behandlungsvertrag inklusive Non-Suizid-Vertrag ausführlich besprochen worden und er sei über die Eintrittsvoraussetzungen (Abstinenz, negativer Drogenurin bei Eintritt bzw. bei Cannabis deutlicher Rückgang zum Vergleichs-Drogenurin [ein Drogenurin als Ausgangswert sei auf seinen Wunsch bereits abgenommen worden], keine Abhängigkeit, stabile Wohnsituation, etc.) informiert worden. Aufgrund der

beschriebenen Symptomatik und der genannten Therapieziele sehe man eine stationäre DBT als indiziert (IV-Nr. 102 S. 5 f.). 3.9 Dem Austrittsbericht der C.____, [...], vom 21. August 2018 über die vierte Hospitalisation vom 8. bis 20. August 2018 können folgende psychiatrische Diagnosen nach ICD-10 entnommen werden:

«1. Bipolare-affektive Störung, ggf. manische Episode mit psychotischen Symptomen (F31.2); 2. Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide: Schädlicher Gebrauch (F12.1)». Unter dem Titel «aktuelle Behandlungshinweise» wurde dargelegt, der Patient sei auf freiwilliger Basis wegen einer Dekompensation einer manisch-psychotischen Phase bei bekannter bipolarer affektiver Störung aufgenommen worden. Er sei maniform-angetrieben, euphorisch, kognitiv beeinträchtigt, im formalen Denken beschleunigt, assoziativ gelockert und umständlich. Er habe Grössenideen gezeigt (kenne die ganze Informatik und habe das Universum neu erfunden). Im Verlauf sei erfolgreich eine antipsychotische Medikation mit Abilify initiiert worden. Wegen fehlender Krankheitseinsicht habe der Patient jedoch angekündigt, Abilify nach Austritt wieder absetzen zu wollen. Nach einem Familiengespräch sei der Patient bei fehlender akuter Selbst- und Fremdgefährdung zu den Eltern entlassen worden (IV-Nr. 107 S. 5 ff.). 3.10 Die fünfte Hospitalisation in den C.____, [...], erfolgte vom 27. August bis 13. September 2018. Aus dem Austrittsbericht geht hervor, die Zuweisung sei initial auf freiwilliger Basis mit Unterbringung im Intensivzimmer und Beantragung einer ärztlichen Zurückbehaltung bei akut maniform-psychotischem Zustandsbild erfolgt. Als Auslöser der Dekompensation habe der Patient die Trennung von seiner Freundin Ende Juli 2018 mit anschliessend grosszügigem Cannabiskonsum angegeben. Unter Clopixol und Beginn mit zusätzlich Abilify sei eine schrittweise Regredienz der psychotischen Symptome eingetreten. Die tägliche Medikation mittels Lithium sei unverändert fortgesetzt worden. Die stimmungsstabilisierende Medikation mit Orfiril sei zwischenzeitlich sistiert worden. Hierunter habe jedoch eine erneute Zustandsverschlechterung des Patienten bestanden, sodass Orfiril erneut etabliert worden sei, wobei das Ausschleichen des Medikaments nach drei Monaten empfohlen werde. Am 3. September 2018 sei ein Indikationsgespräch in der Klinik [...] betreffend Abklärung einer Borderline-Persönlichkeitsstörung erfolgt. Hierbei sei von einer notwendigen Abklärung einer Persönlichkeitsstörung abgeraten worden. Nach einem Familiengespräch und positiver Belastungsprobe zu Hause bei den Eltern sei der Patient bei fehlenden Hinweisen auf eine akute Selbst- oder Fremdgefährdung zu den Eltern entlassen worden. Zur Förderung einer Tagesstruktur zwecks weiterer Stabilisierung werde der Patient am 17. September 2018 in die Tagesklinik des Behandlungszentrums für Psychosen eintreten (Bericht vom 13. September 2018, IV-Nr. 107 S. 1 f.). 3.11 Aus dem Bericht der C.____ vom 3. September 2018 geht hervor, der Patient habe sich am 3. September 2018 zum zweiten DBT-Indikationsgespräch eingefunden. Zur aktuellen Situation wurde dargelegt, der Patient habe berichtet, dass er sich seit dem 27. August 2018 wieder in stationärer Behandlung befinde. Er sei nach dem letzten Austritt aus den C.____ nach einer Woche wieder manisch geworden. Bei der ersten Klinikeinweisung habe er das Lithium nicht mehr eingenommen. Nach dem Austritt aber schon, jedoch sei sein Spiegel noch etwas zu tief gewesen. Die Manie habe sich bei ihm dadurch gezeigt, dass er sehr wenig Schlaf benötigt habe, aufgedreht und voller Tatendrang gewesen sei und viele Gedanken gehabt habe. Beim letzten Mal habe er zudem das Gefühl gehabt, er sei «Jesus». Zur erneuten manischen Episode sei es wohl gekommen, weil er sehr wenig geschlafen und Cannabis konsumiert habe (gemäss Patient am Sonntag vor einer Woche 3 Joints). Die manische Episode habe bei beiden Malen ca. 3 Tage angehalten, dann sei er in die Klinik

gekommen, wo es schnell zu einer Besserung gekommen sei. Nun sei er medikamentös auf ein anderes Lithiumpräparat und auf Orfiril eingestellt worden. Am meisten leide er unter Gedankenkreisen, Eifersucht und Neid in Beziehungen sowie seinem geringen Selbstwert. Diagnostisch habe sich die Einordnung der vom Patienten genannten Symptome als schwierig erwiesen. So habe zum aktuellen Zeitpunkt nicht klar eruiert werden können, ob die Muster instabiler/intensiver zwischenmenschlicher Beziehungen, die durch einen Wechsel zwischen Extremen der Idealisierung und Entwertung gekennzeichnet seien, die unangemessene heftige Wut oder Schwierigkeiten, die Wut zu kontrollieren (in Wand oder Gegenstände schlagen, laut werden; beleidigen) sowie Stimmungsschwankungen auch ausserhalb von manischen/hypomanischen Zuständen vorkämen. Hochrisikoverhalten (schnell Autofahren) komme gemäss dem Patienten vor allem im Rahmen einer manischen Episode vor und Suizidgedanken seien in manischen oder depressiven Phasen vorhanden. Aktuell habe er keine Suizidgedanken. Man empfehle weitere diagnostische Abklärungen. Bezüglich einer stationären DBT habe sich der Patient ambivalent geäussert. Es werde von ihm verlangt, dass er am Programm teilnehme (von der IV, Wohnheim, Lehrstelle), gleichzeitig sei er unsicher, ob es sich um das geeignete Therapieprogramm für ihn handle. Zum Procedere wurde festgehalten, im interdisziplinären Team sei die Möglichkeit besprochen worden, dass bei vorhandenem Interesse des Patienten an einer stationären DBT eine Probezeit von zwei Wochen geplant werden könnte zur weiteren diagnostischen Abklärung und Evaluation der Indikation für das Therapieprogramm. Eine Bedingung wäre, dass er mindestens 18 Tage vor Eintritt nicht mehr stationär hospitalisiert werde. Wie vereinbart, sei am 7. September 2018 eine telefonische Rückmeldung des Patienten erfolgt. Es sei bereits eine Behandlung in der Tagesklinik geplant, was für ihn so stimme. Es sei mit ihm vereinbart worden, dass er sich bei vorhandenem Interesse zu einem späteren Zeitpunkt erneut für ein Indikationsgespräch melden könne. Zum aktuellen Zeitpunkt sehe man eine weiterführende diagnostische Abklärung sowie eine Behandlung der bipolar-affektiven Störung als im Vordergrund stehend an (IV-Nr. 102 S. 2 ff.). 3.12 Dem Bericht der C.____, [...], vom 8. Oktober 2018 über den teilstationären Aufenthalt vom 17. September bis 4. Oktober 2018 (Übertritt vom stationären Setting) können folgende psychiatrische Diagnosen entnommen werden: «1. Bipolare affektive Störung, ggw. manische Episode mit psychotischen Symptomen (F31.2); 2. Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide: Schädlicher Gebrauch (F12.1), gegenwärtig abinent». Zu den aktuellen Behandlungshinweisen wurde erwähnt, nach der letzten fünften Hospitalisation sei der Patient für Tagesstruktur-bildende Massnahmen ab dem 17. September 2018 in der Tagesklinik des Behandlungszentrums für Psychosen im Hause aufgenommen worden. Im Vordergrund sei die Arbeitstherapie in der Gärtnerei gestanden, die ihn für die Wiederaufnahme der abgebrochenen Lehre in der E.____ vorbereiten solle. Längerfristiges Ziel sei die baldige Reintegration in die Ausbildung. Der Patient habe nach eigenen Angaben die Medikamente zuverlässig eingenommen. Da der Patient für eine Woche ferienhalber mit seiner Familie nach [...] fahre, werde er vorübergehend aus der Tagesklinik entlassen. Er werde sich am 15. Oktober 2018 für die Fortsetzung der Tagesstruktur-bildenden Massnahmen melden. Der Patient sei seit dem stationären Aufenthalt abinent bezüglich Cannabinoide (IV-Nr. 107 S. 3 f.). 3.13 Der Beurteilung im Abschlussbericht der beruflichen Eingliederung der Beschwerdegegnerin vom 13. November 2018 kann zur aktuellen medizinischen Situation entnommen werden, mittelfristig stünden beim Beschwerdeführer therapeutische Massnahmen im Vordergrund. Er könne sich frühestens in einem halben Jahr wieder bei der IV anmelden, sobald er den

Nachweis einer laufenden störungsspezifischen Behandlung für die emotional instabile Persönlichkeitsstörung, Borderline-Typ, nachweisen könne und Behandlungserfolge im Sinne der benötigten Stabilität in Einstellungen und Verhaltensmustern erkennbar seien. Seine Mitwirkung bei der Medikamenteneinnahme und beim Verzicht auf Drogen werde vorausgesetzt (IV-Nr. 104).

3.14 Die sechste Hospitalisation in den C.____, [...], erfolgte vom 4. bis 26. September 2019. Die Diagnosen lauteten wie folgt: «1. Bipolare affektive Störung, ggw. manische Episode mit psychotischem Syndrom (F31.2)» sowie «2. Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide, schädlicher Gebrauch (F12.1)». Es wurde dargelegt, die Zuweisung sei durch den Notfallpsychiater aufgrund erneuter manischer Exazerbation der bekannten bipolaren affektiven Störung erfolgt. Der Patient sei in Begleitung der Polizei erschienen. Fremdanamnestic habe in Erfahrung gebracht werden können, dass der Patient zu Hause randaliert habe. Gemäss FU-Zuweisung bestehe aktuell eine neue manische Episode mit Selbst- und Fremdgefährdung durch mangelnde Impulskontrolle und fehlende Selbsteinschätzung. Bei Eintritt sei der Patient unruhig und gereizt gewesen. Er sei zunächst auf die schliessbare Kriseninterventionsabteilung aufgenommen worden, für kurze Zeit im Intensivzimmer. Im Verlauf habe er auf die offene Kriseninterventionsabteilung verlegt werden können. Er habe sich aufgehellter, entspannter und zugänglicher gezeigt. Der Patient habe am 26. September 2019 bei fehlenden Hinweisen auf Eigen- und Fremdgefährdung nach Hause entlassen werden können. Die psychiatrische Behandlung werde durch Dr. med. J.____ fortgeführt (Bericht vom 3. Oktober 2019; Eingabe der Beschwerdegegnerin vom 1. Mai 2020 [A.S. 22], Beilage Nr. 2).

3.15 Vom 7. Januar bis 20. März 2020 hielt sich der Beschwerdeführer zum siebten Mal in den C.____, [...], stationär auf. Die Diagnose lautete auf «Bipolare affektive Störung, gegenwärtig schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (F31.4)» und «Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide: Schädlicher Gebrauch». Es wurde angegeben, die Zuweisung sei durch den behandelnden Psychiater, Dr. med. J.____, im Rahmen von sozialem Rückzug sowie Ritzen der Hände erfolgt. Beim Aufnahmegespräch habe der Patient von umgekehrtem Tag-/Nacht-Rhythmus, grosser innerer Leere sowie Antriebslosigkeit gesprochen. Auf der Station habe sich der Patient initial stark zurückgezogen und Kontakte vermeidend gezeigt. Im Verlauf sei es ihm immer besser gelungen, Hilfe zu holen und mit den Mitpatienten in Kontakt zu kommen, sich aber auch abzugrenzen. Psychopharmakologisch sei die Einstellung auf Abilify erfolgt. Die Behandlung mit Lithium sei unverändert nach Spiegel fortgesetzt worden. Darunter sei eine langsame Besserung der Symptomatik zu sehen. Die Stimmung sei aufgehellt und der Antrieb deutlich gebessert. Im Rahmen eines Familiengesprächs seien die Wohnsituation und die Tagesstruktur thematisiert und eine Anmeldung in der WG [...] beschlossen worden. Am 20. März 2020 habe der Patient in deutlich gebessertem Zustand entlassen werden können (Bericht vom 30. März 2020; Eingabe der Beschwerdegegnerin vom 1. Mai 2020 [A.S. 22], Beilage Nr. 8).

3.16 Dem vom Versicherungsgericht veranlassten psychiatrischen Gutachten von Dr. med. G.____ vom 4. Februar 2021 (Untersuchung vom 25. Januar 2012) können folgende Diagnosen entnommen werden: «Schizoaffektive Störung gemischt mit gegenwärtig überwiegend manischen Symptomen gemäss F25.2 nach ICD-10; Schädlicher Gebrauch von Cannabis, gegenwärtig abstinent gemäss F12.20/21 nach ICD-10». Die Gutachterin hielt zunächst zum vom Gericht ebenfalls angeordneten neuropsychologischen Teilgutachten fest, ein solches sei zur Frage kognitiver Einschränkungen, nicht nur während depressiver und manischer Episoden, sondern im Intervall, vorgesehen gewesen. Nachdem die

gutachterlichen Untersuchungen Anfang November 2020 wegen ausgeprägter Ambivalenz in der damaligen depressiven Episode nicht hätten stattfinden können, habe – Dank aktiver Vorbereitung und Unterstützung durch die persönliche Betreuerin des Exploranden in der Wohngruppe «» (WG [...]) – die Untersuchung während seines Aufenthaltes im Kantonsspital [...] zum geplanten zweiten Termin durchgeführt werden können. Der Explorand habe sich aber in einer neuen überwiegend manisch geprägten Episode mit ausgeprägten Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörungen befunden. Selbst wenn er in der Lage gewesen wäre, auch die neuropsychologische Untersuchung durchzustehen, hätte sie keine Aussage zu allfälligen kognitiven Einschränkungen im Intervall machen können. Nach Rücksprache mit dem Gericht sei deshalb auf das neuropsychologische Teilgutachten verzichtet worden. Im Rahmen der Beurteilung wurde zur Diagnose angegeben, zur Diskussion stünden eine bipolare Störung (F31 nach ICD-10), eine Borderline Persönlichkeitsstörung (F60 und 61) und eine schizoaffective Störung (F25). Zu mehreren manischen Episoden sei es wie folgt gekommen: Erstmals eindeutig am 5. November 2014, allenfalls auch 2018 (coupiert durch exzessiven Cannabiskonsum und Beziehungsprobleme, damals als emotionale Instabilität im Rahmen einer Persönlichkeitsstörung interpretiert), im Jahr 2019 und vor der neuerlichen schweren depressiven Episode im Frühjahr 2020 sowie gegenwärtig. Zu ausgeprägten depressiven Episoden sei es folgendermassen gekommen: allenfalls einer ersten bereits im 14. Lebensjahr, behandlungsrelevant in den Jahren 2013 und 2015, mit laut vorliegenden Verlaufsberichten regelmässigen mehr oder weniger ausgeprägten depressiven Einbrüchen, unter Medikation zunächst nicht behandlungsbedürftig, dann wieder in den Jahren 2019 und 2020. Danach seien theoretisch die Kriterien für eine bipolare Störung gemäss ICD-10 erfüllt. Nicht eingeschlossen seien jedoch die vielfältigen psychotischen Symptome dort, wo sie nicht mehr in einer sogenannten synthymen Symptomatik aufgingen (beispielsweise Grössenideen in der Manie und ein Schuld- oder Versündigungswahn in der depressiven Episode), weshalb die Diagnose einer schizoaffectiven Störung zu prüfen sei. Die Diagnose einer spezifischen Borderline Persönlichkeitsstörung sei beim Exploranden im Verlauf des Jahres 2018 aufgeworfen worden. Der Explorand sei damals eine erste intime Beziehung mit einer Frau eingegangen, die anscheinend unter einer Borderline Persönlichkeitsstörung gelitten habe. Er habe in dieser Zeit Cannabis, zum Teil exzessiv, punktuell auch exzessiv Alkohol konsumiert und seine Medikamente nicht mehr regelmässig eingenommen. Eine vertiefte Persönlichkeitsdiagnostik habe laut vorliegenden Berichten nicht stattgefunden. Gehe man von den Kriterien der ICD-10 aus, die generell für Persönlichkeitsstörungen gelten, finde sich beim Exploranden zwar eine deutliche Unausgeglichenheit in Einstellung und Verhalten, insbesondere Affektivität und Antrieb, punktuell auch Impulskontrolle, Wahrnehmen und Denken und Beziehungen zu anderen, sie gingen jedoch sämtlich in einer bipolaren, differenzialdiagnostisch schizoaffectiven Störung auf. Das Verhaltensmuster sei nicht andauernd und gleichförmig, sondern in der spezifischen emotional instabilen Form zwischen ca. Frühjahr 2018 und Herbst 2018 beschrieben worden. Das Verhaltensmuster sei damals tiefgreifend und häufig unpassend gewesen, sei aber in der beschriebenen Form auf diese Zeit begrenzt gewesen. Zwar habe beim Exploranden eine Störung in Kindheit und Adoleszenz begonnen, die Symptomatik gehe aber in einer bipolaren Störung, differenzialdiagnostisch schizoaffectiven Störung auf. Naturgemäss habe die Störung zu deutlichem subjektivem Leiden geführt und auch zu deutlichen Einschränkungen der beruflichen und sozialen Leistungsfähigkeit. Zur Frage einer spezifischen Borderline Persönlichkeitsstörung sei dem Exploranden der SCID-Screeningbogen vorgelegt und mit

ihm das strukturierte klinische Interview durchgeführt worden. Danach erfülle der Explorand in keinem Fall die Kriterien einer Persönlichkeitsstörung. Akzentuierungen zeigten sich vorwiegend im Bereich Selbstunsicherheit und Schizotypie. Die klare Dominanz der bipolaren Symptomatik bzw. schizoaffektiven Symptomatik, die Begrenzung der Verhaltensweisen, die an eine emotional-instabile Persönlichkeitsstörung denken liessen, auf nicht ganz ein Jahr im Verlauf der mittlerweile bald achtjährigen Krankengeschichte und das Ergebnis des strukturierten klinischen Interviews SCID sprächen klar gegen eine Borderline Persönlichkeitsstörung bzw. emotional-instabile Persönlichkeitsstörung gemäss DSM-V und ICD-10. Die kurzen, aber ausgeprägten manischen Episoden sowie die ausgeprägten, zum Teil langanhaltenden depressiven Episoden beim Exploranden seien unstrittig und wiederholt beschrieben worden. Sie seien bis in die Gegenwart hinein aufgetreten und hätten zur Diagnose der bipolar-afektiven Störung, teils mit, teils ohne psychotische Symptome geführt. Die diversen Hinweise in der vorliegenden Dokumentation auf psychotische Symptome, darunter auch Stimmen hören, zumindest einmal auch in Form imperativer Stimmen, Wahnwahrnehmungen und optischen Halluzinationen seien Anlass dafür gewesen, den Exploranden in der aktuellen Untersuchung vertieft zu explorieren. Ergänzend habe er über die regelmässig wiederkehrende wahnhafte Überzeugung berichtet, Jesus oder ein Auserwählter zu sein während manischer Episoden und nicht ähnlich durchgängig, aber wiederkehrend in depressiven Episoden vom Teufel Gedanken eingegeben zu erhalten und in seinem Denken vom Teufel beeinflusst zu werden. Ausserdem habe der Explorand in der aktuellen Untersuchung für die vorausgegangenen drei Tage beschrieben (wobei er sich darüber bedeckt gehalten habe, ob der Wahn nicht auch zum Untersuchungszeitpunkt fortbestanden habe), dass er abgehört und beobachtet werde, durch Kameras, die überall installiert seien (im Sinne eines Verfolgungswahns). Auf das Stimmenhören angesprochen, habe der Explorand erklärt, dabei handle es sich aktuell nicht um ein eigentliches Stimmenhören, sondern um fremdgesteuerte eigene Gedanken. Im Eppendorfer Schizophrenie-Inventar habe er angekreuzt, dass er sich zeitweise nicht sicher sei, ob er solche Stimmen höre oder ob es um eigene Gedanken gehe. Damit sei das Symptom des Gedankenlautwerdens und der Gedankeneingebung und mit dem Teufel, der seine Gedanken beeinflusse, auch der Beeinflussungswahn als erfüllt anzunehmen. Der Explorand bestätige wiederkehrende optische Halluzinationen in Form von Schatten, Blitzen und Farben. Im Weiteren finde man in der aktuellen Untersuchung unter den Kriterien der formalen Denkstörungen verschiedentlich Gedankenabreissen, Gedankeneinschiebung, punktuell Zerfahrenheit und Neologismen. Damit seien sowohl die Kriterien für eine schizoaffektive Störung als auch für eine paranoide Schizophrenie erfüllt. Zum Untersuchungszeitpunkt hätten manische Symptome vorgeherrscht mit Angetriebenheit, Logorrhö, Gedankendrängen, ausgeprägter motorischer Unruhe, punktuell eher Hochstimmung, daneben hätten sich aber auch depressive Symptome mit Leistungsminderung, Erschöpftheit, passiven Todeswünschen und mangelndem Appetit finden lassen. Dies spreche am ehesten für eine gemischte schizoaffektive Störung gemäss F25.2 nach ICD-10. Zu den Merkmalen der Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis gehörten ausser akustischer Unsicherheit, Beziehungsideen und Wahrnehmungsabweichungen auch Aufmerksamkeits- und Sprachbeeinträchtigungen. Beim Exploranden seien alle Bereiche in extremem Ausmass erhöht vorhanden. Der Explorand habe ein Ausmass erreicht, das mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit für eine Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis spreche. In der aktuellen Untersuchung sei interessant gewesen, dass der Explorand sich seine

Symptome mit den Bezügen zu seiner Lehre, den Informationen aus der beruflichen Tätigkeit seines Bruders, aber auch mit seinem Glauben erklärt habe. Hierzu sei anzumerken, dass sich Wahnsymptome und Halluzinationen erwartungsgemäss auf persönliche biographische Erfahrungen und Wissen bezögen. Dadurch könnten sie aber nicht «wegerklärt» werden. Vielmehr erklärten diese Bezüge den spezifischen Inhalt von Wahn und Sinnestäuschungen. Der Cannabiskonsum habe laut vorliegenden Informationen ca. im Jahr 2014 begonnen, sich im Jahr 2017 intensiviert auf einen über Monate exzessiven Konsum. Seit dem Jahr 2019 habe der Explorand laut aktuellen Angaben den Cannabiskonsum sistiert. Nach aktueller Auskunft der Betreuerin habe es seit dem Aufenthalt in der Wohngruppe [...] keine Hinweise auf Cannabiskonsum gegeben. Das aktuelle Drogenscreening sei negativ ausgefallen. Es sei deshalb von einem schädlichen Gebrauch von Cannabis, gegenwärtig abstinent, gemäss F 12.20/21 nach ICD-10 auszugehen. Zur Leistungsfähigkeit legte die psychiatrische Gutachterin dar, die schulischen Leistungen wie auch die Leistungen in den Berufsschulen, während der beiden begonnenen Lehren, seien beim Exploranden in der Regel als gut bis sehr gut, lediglich gestört durch Krankheitsepisoden, beschrieben worden. Der Explorand erkläre von sich selbst, dass ihm sehr viel am Lernen gelegen sei und an einer guten Ausbildung. Darauf weise auch die inhaltliche Begründung seiner Beschwerde hin, nämlich, dass es ihm um die Ausbildung gehe und nicht in erster Linie um die Rente. Nach wie vor erkläre der Explorand, dass es sein Ziel sei, wieder arbeiten und eine Lehre abschliessen zu können. Zweifel an der Motivation des Exploranden seien lediglich in der Episode der Beziehung zu einer Freundin mit einer emotional-instabilen Persönlichkeitsstörung entstanden, während der der Explorand zunehmend und teils exzessiv Cannabis konsumiert habe und nicht in der Lage gewesen sei, mit der hohen Dynamik der Beziehung und den eigenen Emotionen zurechtzukommen. Für die Leistungsmotivation spreche schliesslich auch, dass er erklärt habe, er sei mittlerweile «zu 80 %» im Garten und in anderen Bereichen auf dem [...] tätig. Der Explorand scheine sich hier zu überschätzen, denn nach den Auskünften seiner Betreuerin liege die tatsächliche Umsetzung massiv unter diesem Pensum. In den für seine berufliche Tätigkeit relevanten Fähigkeiten sei der Explorand gesamthaft wie folgt eingeschränkt: leicht in der Mobilität und Verkehrsfähigkeit; leicht bis mittelschwer in der Anpassung an Regeln und Routinen, der Planung und Strukturierung von Aufgaben, der Flexibilität und Umstellungsfähigkeit und der Selbstpflege und -versorgung; mittelschwer in der Kompetenz- und Wissensanwendung, der Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit, der Konversation und Kontaktpflege zu Dritten und der Gruppenfähigkeit; mittelschwer bis schwer in der Selbstbehauptungsfähigkeit; schwer in der Proaktivität und den Spontanaktivitäten sowie der Widerstands- und Durchhaltefähigkeit. Die Einschränkungen beträfen in ausgeprägter Weise auch den privaten Bereich. Die der Gutachterin gestellten Fragen wurden gemäss den normativen Vorgaben im Sinne von BGE 141 V 281 beantwortet. Zu den einzelnen Indikatoren nahm die Gutachterin wie folgt Stellung: Zum Komplex «Gesundheitsschädigung» wurde dargelegt, die schizoaffektive Störung sei im bisherigen Verlauf mittelschwer bis schwer ausgeprägt. Für den Schweregrad der Erkrankung sei es nicht relevant, ob es sich um eine bipolar affektive Störung oder eine schizoaffektive Störung handle. Beide Erkrankungen könnten von leicht bis schwer verlaufen. Relevant sei die Differenzierung aber für die Behandlung und allenfalls auch für die Langzeitprognose. Kognitive Einschränkungen (in erster Linie Störungen der Aufmerksamkeit und Konzentration) seien in den Akten wiederholt beschrieben worden. In der aktuellen Untersuchung seien sie ausgeprägt beobachtbar gewesen und durch das

Eppendorfer Schizophrenie-Inventar (ESI) bestätigt worden. Trotz bald begonnener psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung ambulant, stationär und teilstationär, trotz relativ früher Diagnostik mit entsprechender Anpassung der Therapie und trotz intensiver beruflicher Massnahmen sei die längerfristige Stabilisierung bisher nicht gelungen. Die Ausbildung habe abgebrochen werden müssen. Nach einer relativ stabilen Phase ab Anfang 2015 habe sich der Verlauf ab etwa Oktober 2017 als instabil erwiesen. Ab der damaligen neuerlichen manischen Episode mit intensivem Kiffen und einer ersten intimen Beziehung zu einer ihrerseits emotional instabilen Patientin und mit deutlich eingeschränkter Krankheitseinsicht sei es zu weiteren manischen, gefolgt von depressiven Episoden gekommen ohne anhaltende Stabilisierung. Laut aktuellen Angaben des Exploranden habe er seit dem Jahr 2019 für sich realisiert, dass er an einer bipolaren Störung leide und mit ihr werde leben müssen. Auf pharmakotherapeutischer Seite seien zusätzlich zu Lithium und Stimmungsstabilisierern verschiedene Neuroleptika zum Einsatz gekommen, nachdem der Explorand verschiedentlich über psychotische Symptome berichtet habe. Nach dem Ergebnis der aktuellen, vertieften Exploration sei es jedoch wahrscheinlich, dass der Explorand vor sich selbst und damit auch vor anderen nur partiell Einblick in seine psychotischen Symptome gegeben habe. Dies habe wahrscheinlich zur Instabilität beigetragen. Dabei gehe es nicht um eine bewusst mangelnde Kooperation, sondern um den Prozess der Krankheitseinsicht, der in der Regel viele Jahre benötige und auch dann nicht immer ganz gelinge. Zum Komplex «Persönlichkeit» äusserte sich die Gutachterin im Wesentlichen dahingehend, von Beginn an sei eine ausgeprägte Selbstunsicherheit dokumentiert worden. Dr. med. D. ___ sei hier von einer eigenständigen Persönlichkeitsstörung ausgegangen. Aktuell habe durch die spezifische Persönlichkeitsdiagnostik weder eine selbstunsichere noch eine emotional instabile Persönlichkeitsstörung belegt werden können. Eine Störung des Selbst mache jedoch einen relevanten Anteil einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis aus. Zudem gingen sie der manifest psychotischen Symptomatik häufig lange Zeit voraus. Eindrücklicherweise habe der Explorand die Erfahrung im 14. Lebensjahr als «Identitätsverlust» bezeichnet, wobei er die Entwicklung der damaligen Gruppe von Mitschülern um einen Anführer zugeschrieben habe, die ihn gehänselt hätten. Laut vorliegenden Informationen sei es damals zu einer ersten depressiven Episode gekommen. Die weitere Krankheitsentwicklung und die Beschreibungen des Exploranden gegenüber Dr. med. D. ___ wie in der aktuellen Untersuchung sprächen dafür, dass die Veränderung von Selbst- und Welterleben, die in der Regel als massiv ängstigend erlebt werde, bereits damals begonnen habe. Zum Komplex «sozialer Kontext» wurde dargelegt, an Ressourcen finden man beim Exploranden seine Intelligenz und seine Leistungsmotivation. Einschränkungen zeigten sich in Form des hohen Bedarfs an sozialer Unterstützung, Begleitung, durch die Angewiesenheit auf ein stabiles Umfeld, die schnelle Verunsicherung, aufgrund derer der Explorand Gefahr laufe, sich zu problematischem Verhalten verleiten zu lassen. Darauf verwiesen die Berichte aus dem «», der E. ___ und die aktuellen Schilderungen der Betreuerin der Wohngruppe «». Zur Kategorie «Konsistenz» hielt die Gutachterin fest, die Einschränkungen seien in allen Lebensbereichen ausgeprägt. Dies gehe aus den Berichten des «» wie auch aus aktuellen Schilderungen der Betreuerin klar hervor. Relevante Diskrepanzen zwischen aktuell vorgetragenen Beschwerden, subjektiven Symptomen und Befunden finde man nicht. Gegenüber der Dokumentation habe sich neu herausgestellt, dass zusätzlich zu den verschiedentlich dokumentierten psychotischen Symptomen solche bestünden, die man nicht ausschliesslich einer bipolaren Störung zuordnen könne. Der Leidensdruck sei hoch

mit vielfach präsenten Suizidgedanken. Der Explorand äussere anhaltend den Wunsch, seine Ausbildung fortzusetzen. Zur Frage, ob es dem Exploranden aufgrund der festgestellten Defizite und verbleibenden Ressourcen möglich und zumutbar sei, die am 1. August 2016 aufgenommene vierjährige erstmalige berufliche Ausbildung zum Informatiker EFZ, welche aus gesundheitlichen Gründen unterbrochen worden sei, wieder aufzunehmen und die Lehre abzuschliessen, hielt die Gutachterin Folgendes fest: gegenwärtig sei der Explorand nicht in der Lage, die Ausbildung wieder aufzunehmen. Ob und gegebenenfalls wann dies der Fall sein werde, sei zurzeit nicht absehbar. Vor der angefochtenen Verfügung vom 18. Januar 2019 sei es im Sommer 2018 zu einer manischen Episode gekommen, die sich bis in den Herbst 2018 hinein gezogen zu haben scheine, eine klare Abgrenzung sei schwierig. Im Verlauf der ersten Jahreshälfte 2019 scheine es wieder zu einer depressiven Episode gekommen zu sein, gefolgt von einer neuerlichen manischen Episode im Herbst 2019. Der Zustand sei also weiterhin instabil. Die zeitnah verlässlichste Auskunft zur beruflichen Leistungsfähigkeit finde sich im Bericht der E. ___ vom 13. September 2018: Bei Anwesenheit am Ausbildungsplatz habe sich der Explorand nur schlecht fokussieren und schlecht konzentrieren können. Der gesundheitliche Zustand mache eine Ausbildung aktuell unmöglich. Der schnelle Wechsel von manischen und depressiven Phasen mache es schwierig. Während der letzten zwei Monate des Semesters könne man nicht mehr von Ausbildung sprechen. Erschwerend hinzugekommen sei, dass die Compliance des Exploranden in der Therapie stark schwanke. Gegen Ende des Semesters habe der Explorand die Therapie abgebrochen. Seine Anwesenheit habe bei knapp 70 % gelegen. Aktuell könne man nicht mit einem erfolgreichen Abschluss der Ausbildung rechnen. Der momentane Gesundheitszustand verunmögliche eine Integration in den Arbeitsmarkt. Dies bedeute, der Explorand sei damals nicht in der Lage gewesen, seine Ausbildung fortzusetzen. Nach retrospektiver Aktenanalyse habe das Problem damals weniger im Zweifel an der nicht mehr gegebenen Ausbildungsfähigkeit bestanden, sondern darin, dass man sich von ärztlicher Seite nicht einig über die Diagnose und deshalb auch nicht über das weitere Vorgehen gewesen sei. Unter der Annahme einer Borderline-Persönlichkeitsstörung hätten einige der Behandelnden und Betreuenden die Motivation des Exploranden bezweifelt, obwohl die Diagnose der Borderline-Persönlichkeitsstörung keineswegs festgestanden sei. Zur Frage der Zumutbarkeit einer leidensadaptierten Tätigkeit gab die Gutachterin an, aktuell sei die Wiederaufnahme der Lehre nicht möglich. Zukünftig werde wahrscheinlich – wie bis Herbst 2018 – ein geschützter Rahmen notwendig sein, vermutlich mit erhöhtem Zeitaufwand, intensiver Begleitung wie bisher, betreutes Wohnen und auch dort eine intensive Begleitung. Ob und wann dies der Fall sein werde, sei bisher nicht absehbar. Zur Therapie wurde schliesslich wie folgt Stellung genommen: Der Explorand stehe nun seit etwa zwei Jahren in ambulanter psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung bei Dr. med. J. ____. Die Pharmakotherapie mit Lithium werde weiterhin notwendig sein, zusätzlich gehe es um die Etablierung eines Neuroleptikums und die dauernde Cannabisabstinenz. Ob sich die schizoaffektive Störung darunter so weit stabilisiere, dass der Explorand die Lehre fortsetzen könne, sei noch nicht absehbar. Die Prognose lautete dahingehend, beim Exploranden habe die Erkrankung im 18. Lebensjahr begonnen mit Hinweisen auf Vorläufer bereits ab dem 14. Lebensjahr. Der frühe Erkrankungsbeginn wie die seit dem Jahr 2013 relativ häufigen manischen und depressiven Episoden verwiesen auf einen eher schweren Verlauf. Auf Stabilisierung hoffen lasse die wachsende Krankheitseinsicht, die Cannabisabstinenz seit dem Jahr 2019 und weiter der explizite

Wunsch, die Ausbildung fortzusetzen. Ob dies gelingen werde, sei derzeit nicht absehbar (A.S. 52 ff.). 3.17 RAD- und Facharzt Dr. med. EXP 1 nahm für die Beschwerdegegnerin zum vorerwähnten Gutachten dahingehend Stellung, das psychiatrische Gerichtsgutachten von Dr. med. G. ___ vom 4. Februar 2021 beruhe auf dem Studium und der Würdigung der Akten sowie einer eingehenden dreistündigen Exploration im Fachgebiet. Die dabei erhobenen Angaben zur Anamnese und die festgestellten objektiven Befunde (Psychostatus) seien ausführlich dokumentiert und diskutiert worden. Die daraus abgeleitete diagnostische und versicherungsmedizinische Beurteilung sei nachvollziehbar dargelegt und in sich schlüssig. Das Gutachten sei gründlich recherchiert und stringent in der Argumentation. Der Diagnose-Shift von der bipolaren affektiven Störung zur schizoaffektiven Störung sei etwas überraschend, aber durchaus nachvollziehbar. Dass nicht nur synthyme Psychosesymptome bestünden, sondern auch vom jeweiligen affektiven Ausnahmezustand unabhängige, sei von den bisher involvierten Fachpersonen nicht realisiert worden. Doch seien die bisherigen Abklärungen, soweit ersichtlich, nicht derart fundiert durchgeführt worden. Letztlich müsse aber gesagt werden, dass auch eine bipolare Störung zu einer hochgradigen Arbeitsunfähigkeit führe, wenn sie nicht genügend stabilisiert werden könne. Den versicherungsmedizinischen Schlussfolgerungen der Gutachterin könne gefolgt werden. Der RAD habe keine fachliche Kritik vorzubringen (Aktennotiz vom 18. Februar 2021, A.S. 121).

E. 4

4.1 Die Beschwerdegegnerin lehnte in der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 18. Januar 2019 den Anspruch auf weitere berufliche Eingliederungsmassnahmen sowie eine Invalidenrente mit der Begründung ab, der Beschwerdeführer habe im August 2016 mit der erstmaligen beruflichen Ausbildung zum Informatiker EFZ in der E. ___ begonnen. Ab Oktober 2017 sei es am Arbeitsplatz sowie in der Schule vermehrt zu Abwesenheiten gekommen. In einem Gespräch im Juni 2018 sei mit dem Beschwerdeführer vereinbart worden, dass er sich therapeutisch intensiv betreuen lasse. Leider habe diese Behandlung / Therapie bisher nicht stattgefunden. Es sei zwingend eine längere störungsspezifische Therapie notwendig, um die Ausbildungsfähigkeit wieder zu erlangen. Weitere berufliche Massnahmen seitens der Invalidenversicherung seien momentan nicht angezeigt. Der Beschwerdeführer könne sich frühestens in einem halben Jahr wieder bei der Invalidenversicherung melden, sofern er den Nachweis einer laufenden störungsspezifischen Behandlung für die emotional instabile Persönlichkeitsstörung (Borderline Typ) nachweisen könne und Behandlungserfolge im Sinne der benötigten Stabilität in Einstellung und Verhaltensmustern erkennbar seien. Die Mitwirkung bei der Medikamenteneinnahme und beim Verzicht auf Drogen werde vorausgesetzt und müsse bei einer allfälligen erneuten Anmeldung nachgewiesen werden (IV-Nr. 109; A.S. 1 f.).

Der Beschwerdeführer macht demgegenüber geltend, er habe seine Ausbildung zum Informatiker EFZ im Juli 2018 wegen einer emotionalen Instabilität unterbrechen müssen. Er sei seit dem Unterbruch der Lehre von einem Arzt zum anderen verwiesen worden. Die Ärzte seien sich nicht einig, um welche «Störung» es sich bei ihm handle. Also könne er keine «störungsspezifische» Therapie machen, obwohl er dies gewollt habe. Die Diagnose sei unklar. Es treffe nicht zu, dass keine Behandlung bzw. Therapie erfolgt sei. Er sei ab Juli 2018 einige Wochen stationär in den C. ___ [...] gewesen, dann einige Wochen in der Tagesklinik in [...] und [...]. Danach habe er sich dazu entschlossen, in [...] eine spezifische Therapie zu machen, weil dies von der Beschwerdegegnerin verlangt werde. In [...] sei er

jedoch abgewiesen worden. Nun sei er zu Hause und habe sich einen Psychiater gesucht, den er regelmässig aufsuchen könne. Die Aussage, er könne sich frühestens in einem halben Jahr wieder bei der IV melden, sofern er den Nachweis einer laufenden störungsspezifischen Behandlung bringe und Behandlungserfolge erkennbar seien, sei «zu schwammig». Er frage sich, wer den Behandlungserfolg definiere und welche Therapien die Beschwerdegegnerin als geeignet ansehe. Weil so viel unklar sei, habe er verlangt, dass die Beschwerdegegnerin ein Gespräch organisiere, an welchem man alle Unklarheiten besprechen könne. Da dieses Gespräch noch nicht stattgefunden habe, müsse er Beschwerde gegen die Verfügung erheben. Es sei sein Ziel, die Ausbildung zum Informatiker fortzusetzen. Mittlerweile fühle er sich besser und denke, dass er im August 2019 wieder einsteigen könnte (A.S. 3 f.).

In ihrer Beschwerdeantwort vom 10. Mai 2019 beantragt die Beschwerdegegnerin, das Beschwerdeverfahren sei wegen Gegenstandslosigkeit abzuschreiben; eventualiter sei die Beschwerde abzuweisen. Zur Begründung bringt sie vor, am 13. Mai 2019 finde ein Gesprächstermin mit dem Beschwerdeführer, seinem aktuell behandelnden Arzt Dr. med. J. ___ sowie dem Eingliederungsfachmann der Beschwerdegegnerin statt. An diesem Gespräch sollten das weitere Vorgehen sowie die Erwartungen der Invalidenversicherung besprochen werden. Es werde keine genaue Diagnose der «Störung» gefordert, sondern eine dem Leiden angepasste adäquate Therapie, damit eine gesundheitliche Stabilität erreicht werden könne. Diese Stabilität sei Voraussetzung für die Durchführung einer länger dauernden Massnahme mit dem Ziel des langfristigen Eingliederungserfolgs. In diesem Sinne werde die Kooperation des Beschwerdeführers gefordert und an seine Schadenminderungspflicht erinnert (A.S. 13 f.).

Mit Replik vom 20. August 2019 weist der Beschwerdeführer darauf hin, eine Stabilität, wie sie von der Beschwerdegegnerin gefordert werde, sei in seinem Fall gar nicht möglich. Mitte 2018 habe er wieder eine manische Phase gehabt, welche zu einer stationären Behandlung geführt habe. Ab diesem Zeitpunkt habe die Beschwerdegegnerin die Unterstützung eingestellt. Er fordere rückwirkend ab August 2018 eine IV-Rente und die zeitnahe Wiederaufnahme der beruflichen Massnahmen (A.S. 17).

4.2 Zum Antrag der Beschwerdegegnerin, das Beschwerdeverfahren könne als gegenstandslos geworden abgeschrieben werden, ist Folgendes festzuhalten: Gemäss Art. 53 Abs. 3 ATSG kann der Versicherungsträger eine Verfügung oder einen Einspracheentscheid, gegen die Beschwerde erhoben wurde, so lange wiedererwägen, bis er gegenüber der Beschwerdebehörde Stellung nimmt. Die Beschwerde wird gegenstandslos, wenn der Versicherungsträger *lite pendente* eine neue Verfügung erlässt, mit der er die Beschwerde anerkennt. Eine Gegenstandslosigkeit kann ferner eintreten, wenn das Streitobjekt dahinfällt (Kieser, ATSG-Kommentar, 4. Aufl., 2020, Art. 53 Abs. 3, S. 988 N. 91, Art. 61, S. 1119 N. 154 mit Hinweis). Im vorliegenden Fall erliess die Beschwerdegegnerin *lite pendente* keine neue Verfügung, sondern sie nahm mit Beschwerdeantwort vom 10. Mai 2019 zur Beschwerde Stellung. Der darin enthaltene Antrag auf Abschreibung des Beschwerdeverfahrens wegen Gegenstandslosigkeit begründet sie damit, für den 13. Mai 2019 sei ein Gespräch mit dem Beschwerdeführer, seinem behandelnden Psychiater sowie ihrem Eingliederungsfachmann geplant. An diesem Gespräch solle das weitere Vorgehen besprochen werden (A.S. 13). Entgegen der Auffassung der Beschwerdegegnerin genügt dieses in Aussicht gestellte Gespräch nicht zur Abschreibung des vorliegenden Beschwerdeverfahrens, da der Streitgegenstand, nämlich

die mit vorliegend angefochtener Verfügung erfolgte Ablehnung des Anspruchs auf weitere berufliche Eingliederungsmassnahmen und eine Invalidenrente mit der Begründung, der Beschwerdeführer habe erst eine laufende störungsspezifische Behandlung für die emotional instabile Persönlichkeitsstörung (Borderline Typ) nachzuweisen und ein Behandlungserfolg müsse erkennbar sein, bevor er sich frühestens in einem halben Jahr wieder bei der IV anmelden könne, damit nicht dahingefallen ist. Da das Streitobjekt nach wie vor besteht (der Beschwerdeführer verlangt die Aufhebung der angefochtenen Verfügung, die Fortsetzung seiner erstmaligen Ausbildung und die rückwirkende Zusprache einer Invalidenrente ab August 2018), ist die Sache materiell zu beurteilen.

4.3 Der Beschwerdeführer macht geltend, er habe die im August 2016 begonnene vierjährige Ausbildung/Lehre zum Informatiker EFZ bei der E.____ im Juli 2018 aus gesundheitlichen Gründen unterbrechen müssen. Es sei sein Ziel, die Ausbildung zum Informatiker fortzusetzen (Beschwerde vom 14. Februar 2019, A.S. 3 f.). In seiner Replik vom 20. August 2019 fordert er eine Invalidenrente rückwirkend ab August 2018 und die zeitnahe Wiederaufnahme der beruflichen Massnahmen (A.S. 17). Dem Bericht der Beschwerdegegnerin vom 12. November 2020 über das zwischenzeitliche Vorgehen hinsichtlich der beruflichen Eingliederung kann entnommen werden, dass der Beschwerdeführer am 4. Mai 2020 für eine Tagesstruktur in den Arbeitsbereich der WG [...], [...], eingetreten sei. Dort habe er sein Pensum auf 80 % steigern können; auch das Wohnen sei gut verlaufen. Der Beschwerdeführer habe als Ziel eine Integration in den ersten Arbeitsmarkt (Ausbildungsbeginn Sommer 2021) formuliert. Am 7. September 2020 habe ein Standortgespräch für eine Wiederanmeldung für berufliche Massnahmen mit dem Beschwerdeführer, seiner Betreuerin in der WG [...] und dem Ausbildungsberater der Beschwerdegegnerin stattgefunden. Anlässlich dieses Gesprächs sei festgehalten worden, dass die Druckresistenz, Aufmerksamkeit, Müdigkeit und die Fähigkeit, sich abzugrenzen, noch verbessert werden müssten. Erst später mache das Prüfen von beruflichen Massnahmen Sinn. Nach erfolgter Wiederanmeldung beginne der Ausbildungsberater mit der Berufsberatung, weil das bisherige Ausbildungsziel «Informatiker EFZ» vom Beschwerdeführer hinterfragt worden sei (vgl. A.S. 47 ff.). Gemäss dem Protokolleintrag vom 21. Januar 2021 betreffend berufliche Eingliederung werden vom Beschwerdeführer als von ihm bevorzugte Berufe diejenigen eines «Laboranten», «Infofachmannes oder Informatikers (Systemtechnik)», «Gärtners» oder «Schreiners» genannt (A.S. 123). Zur gesundheitlichen Verfassung des Beschwerdeführers bis zum Erlass der vorliegend angefochtenen Verfügung am 18. Januar 2019 ist Folgendes festzuhalten:

Die vom Gericht veranlasste psychiatrische Begutachtung bei Dr. med. G.____ vom 25. Januar 2021 (Gutachten vom 4. Februar 2021; A.S. 52 ff.) hat ergeben, dass der Beschwerdeführer aufgrund seiner psychischen Erkrankung (Schizoaffektive Störung gemischt mit gegenwärtig überwiegend manischen Symptomen gemäss F25.2 nach ICD-10; Schädlicher Gebrauch von Cannabis, gegenwärtig abstinenter gemäss F12.20/21 nach ICD-10) nicht in der Lage war und ist, die im Juli 2018 unterbrochene Ausbildung zum Informatiker EFZ wiederaufzunehmen oder eine andere Lehre zu beginnen. Ob und gegebenenfalls wann dies der Fall sein werde, sei zurzeit nicht absehbar. Die psychiatrische Gutachterin legt umfassend und überzeugend dar, zur Wiederaufnahme einer Lehre werde künftig wahrscheinlich ■ wie bis Herbst 2018 ■ ein geschützter Rahmen notwendig sein, vermutlich mit erhöhtem Zeitaufwand, intensiver Betreuung wie bisher, betreutes Wohnen und auch dort eine intensive Begleitung. Der Beschwerdeführer stehe nun seit etwa zwei

Jahren in ambulanter psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung bei Dr. med. J. _____. Die Pharmakotherapie mit Lithium werde weiterhin notwendig sein, zusätzlich gehe es um die Etablierung eines Neuroleptikums und die dauernde Cannabisabstinenz. Ob sich die schizoaffektive Störung darunter soweit stabilisiere, dass der Beschwerdeführer die Lehre fortsetzen könne, sei noch nicht absehbar. Zur Prognose nimmt die Gutachterin abschliessend dahingehend Stellung, der frühe Erkrankungsbeginn wie die seit 2013 relativ häufigen manischen und depressiven Episoden wiesen auf einen eher schweren Verlauf hin. Auf Stabilisierung hoffen liessen die wachsende Krankheitseinsicht, die Cannabisabstinenz seit 2019 und weiter der explizite Wunsch, die Ausbildung fortzusetzen. Ob diese gelingen werde, sei derzeit nicht absehbar (vgl. E. II. 3.16 hiervor). Die vom Gericht beauftragte Expertin kommt aufgrund ihrer Begutachtungsergebnisse somit zum Schluss, dass der Beschwerdeführer im Juli 2018 nicht in der Lage war, seine Ausbildung fortzusetzen. Daran hat sich in der Zwischenzeit nichts geändert.

4.4 Das Gutachten von Dr. med. G. ____ vom 4. Februar 2021 beruht auf den vollständigen Vorakten sowie ihrer spezialärztlichen Untersuchung. Die psychiatrische Gutachterin legt nachvollziehbar dar, dass die ebenfalls vorgesehene neuropsychologische Teilbegutachtung zur Frage der kognitiven Einschränkungen angesichts der im Zeitpunkt der Untersuchung vom 25. Januar 2021 bestehenden neuen überwiegend manisch geprägten Episode mit ausgeprägten Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörungen keine Aussage zu allfälligen kognitiven Einschränkungen im Intervall zugelassen hätte, weshalb auf das neuropsychologische Teilgutachten nach Rücksprache mit dem Gericht verzichtet wurde (vgl. A.S. 89). Die vom Beschwerdeführer angegebenen aktuellen Beschwerden werden von der Gutachterin berücksichtigt und in ihre Beurteilung einbezogen. Die Biografie des Beschwerdeführers sowie die Entwicklung der Krankheit und deren Verlauf werden ausführlich dargelegt und es werden Angaben zur aktuellen Behandlung, zum subjektiven Krankheitskonzept, zum Substanzkonsum, zu Beziehungserfahrungen, zum Tagesablauf und zur Perspektive und zur subjektiven Einschätzung der Leistungsfähigkeit gemacht. Die Expertise kann sich somit auf vollständige Grundlagen stützen. Anhand des erhobenen psychopathologischen Befunds, der Selbst- und Fremdbeurteilungsinstrumente sowie von Drittauskünften werden die relevanten Diagnosen und die Auswirkungen der Symptomatik auf die Arbeits- bzw. Leistungsfähigkeit hergeleitet, wobei zu abweichenden Einschätzungen in den medizinischen Vorakten Stellung genommen wird. Schliesslich werden die vom Gericht gestellten Fragen unter Berücksichtigung der Indikatoren im Sinne von BGE 141 V 281 beantwortet und das Gutachten trägt die Unterschrift der Expertin. Das Gerichtsgutachten wird damit den durch die Rechtsprechung formulierten Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Stellungnahme (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352) gerecht.

4.5 Gestützt auf das Gutachten von Dr. med. G. ____ vom 4. Februar 2021 ist im Zeitpunkt der vorliegend angefochtenen Verfügung und darüber hinaus von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers in jeder Tätigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt auszugehen. Er war und ist derzeit nicht in der Lage, seine unterbrochene erstmalige Ausbildung abzuschliessen oder allenfalls eine neue Lehre zu beginnen. Nach den Angaben der Gutachterin sind derzeit auch keine zuverlässigen Aussagen zu einer künftigen Stabilisierung bzw. Verbesserung der Arbeitsfähigkeit und allfälligen Wiederaufnahme einer Ausbildung / Lehre möglich. Eine günstige Prognose kann aktuell nicht gestellt werden. Diese Einschätzung wird auch vom RAD- und Facharzt Dr. med. EXP 1 in seiner Aktennotiz vom 18. Februar 2021 gestützt, wonach die diagnostische und

versicherungsmedizinische Beurteilung nachvollziehbar dargelegt und in sich schlüssig sei. Die bisherigen Abklärungen seien, soweit ersichtlich, nicht derart fundiert durchgeführt worden. Den versicherungsmedizinischen Schlussfolgerungen der Gutachterin könne gefolgt werden (vgl. E. II. 3.17 hiervor). Dem ist beizupflichten. Wie (unter E. II. 2.7 hiervor) erwähnt, weicht das Gericht bei Gerichtsgutachten nicht ohne zwingende Gründe von der Einschätzung der medizinischen Fachperson ab. Solche Gründe sind hier nicht ersichtlich. Die (unter E. II. 3. hiervor) wiedergegebenen fachärztlichen Berichte, worin andere Diagnosen, insbesondere eine bipolare affektive Störung oder eine emotional instabile Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ, gestellt wurden, vermögen den Beweiswert des Gerichtsgutachtens nicht zu schmälern. Nach den Angaben des RAD- und Facharztes Dr. med. EXP 1 würde auch eine bipolare Störung zu einer hochgradigen Arbeitsunfähigkeit führen, wenn sie nicht genügend stabilisiert werden kann (A.S. 121).

E. 5

5.1 Nach dem Gesagten ist die vorliegend angefochtene Verfügung vom 18. Januar 2019, worin der Anspruch auf weitere berufliche Massnahmen und eine Invalidenrente mit der Begründung abgewiesen wurde, der Beschwerdeführer habe erst eine laufende störungsspezifische Behandlung für die emotional instabile Persönlichkeitsstörung (Borderline Typ) nachzuweisen und ein Behandlungserfolg im Sinne der benötigten Stabilität in Einstellung und Verhaltensmustern müsse erkennbar sein, bevor er sich frühestens in einem halben Jahr wieder bei der IV anmelden könne, aufzuheben. Angesichts der am 2. Dezember 2014 erfolgten Anmeldung zum Leistungsbezug (IV-Nr. 2) und der gestützt auf das psychiatrische Gerichtsgutachten bestehenden, mehr als ein Jahr andauernden vollständigen Arbeits- bzw. Ausbildungsunfähigkeit hat der Beschwerdeführer Anspruch auf eine ganze Invalidenrente (vgl. E. II. 2.1 hiervor). Zu prüfen bleibt der Rentenbeginn.

5.2 Der Beschwerdeführer macht eine Invalidenrente rückwirkend ab August 2018 geltend (vgl. A.S. 17). Nach den Angaben der psychiatrischen Gutachterin erwies sich der Verlauf ■ nach einer relativ stabilen Phase ab Anfang 2015 ■ ab etwa Oktober 2017 als instabil. Ab der damaligen neuerlichen manischen Episode mit intensivem Kiffen, einer ersten intimen Beziehung zu einer ihrerseits emotional instabilen Patientin und mit deutlich eingeschränkter Krankheitseinsicht sei es zu weiteren manischen, gefolgt von depressiven Episoden gekommen ohne anhaltende Stabilisierung (A.S. 110). Es sei dann im Sommer 2018 zu einer manischen Episode gekommen, die sich bis in den Herbst 2018 hinein gezogen zu haben scheine; eine klare Abgrenzung sei schwierig. Die zeitnah verlässlichste Auskunft zur beruflichen Leistungsfähigkeit finde sich im Bericht der E. ___ vom 13. September 2018 (A.S. 112). Daraus geht hervor, dass sich der Beschwerdeführer bei Anwesenheit am Ausbildungsplatz nur schlecht habe fokussieren und konzentrieren können. Sein gesundheitlicher Zustand mache eine Ausbildung aktuell unmöglich. Der schnelle Wechsel von manischen und depressiven Phasen mache es sehr schwierig. Während der letzten zwei Monate des Semesters könne nicht mehr von einer Ausbildung gesprochen werden. Erschwerend sei hinzugekommen, dass die Compliance des Beschwerdeführers in der Therapie stark schwanke. Gegen Ende des Semesters habe er die Therapie abgebrochen. Die Anwesenheit habe bei knapp 70 % gelegen. Aktuell könne nicht mit einem erfolgreichen Abschluss der Ausbildung gerechnet werden. Der aktuelle Gesundheitszustand verunmögliche eine Integration in den Arbeitsmarkt (vgl. IV-Nr. 100 S. 2 ff.). Wie die Gutachterin nachvollziehbar darauf hinweist, war der Beschwerdeführer

damals nicht in der Lage, seine Ausbildung fortzusetzen. Angesichts der Angaben im vorerwähnten Bildungsbericht der E.____, wonach während der letzten zwei Monate des bis 31. Juli 2018 dauernden Semesters keine Ausbildung mehr möglich gewesen sei, ist von einer im Juni 2018 eingetretenen relevanten Arbeits- bzw. Ausbildungsunfähigkeit auszugehen. Dies wird dadurch erhärtet, dass der Beschwerdeführer nach der teilstationären Behandlung in der F.____ vom 23. bis 30. Mai 2018 die ambulante Therapie selbstständig abgebrochen hatte (IV-Nr. 103 S. 5; vgl. E. II. 3.7 hiervor) und im Rahmen seiner vierten Hospitalisation vom 8. bis 20. August 2018 in den C.____ [...] wegen fehlender Krankheitseinsicht den Verzicht auf die antipsychotische Medikation nach dem Austritt angekündigt hatte (IV-Nr. 107 S. 6; vgl. E. II. 3.9 hiervor). Eine Weiterführung der Ausbildung war unter diesen Bedingungen nicht möglich (vgl. auch Abschlussbericht der beruflichen Eingliederung vom 13. November 2018, IV-Nr. 104 S. 1; E. II. 3.13 hiervor). Dies bestätigte sich in der Folge auch mit weiteren Hospitalisationen in den C.____ Ende August/anfangs September 2018, im September 2019 und Januar 2020 (vgl. E. II. 3.10, 3.14 und 3.15 hiervor). Das Wartejahr begann damit im Juni 2018 zu laufen. Demnach hat der Beschwerdeführer ab 1. Juni 2019 Anspruch auf eine ganze Invalidenrente (vgl. E. II. 2.1 hiervor). Die Beschwerde ist gutzuheissen.

E. 6

6.1 Der nicht anwaltlich oder sonstwie qualifiziert vertretene obsiegende Beschwerdeführer hat keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung, da die Interessenwahrung keinen Arbeitsaufwand nach sich zog, welcher den Rahmen dessen überschreitet, was der Einzelne üblicher- und zumutbarerweise auf sich zu nehmen hat (Urteil des Bundesgerichts 8C_773/2008 vom 11. Februar 2009 E. 7.2 mit Hinweisen).

6.2 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 ■ 1■000.00 festgelegt. Ausgangsgemäss hat die Beschwerdegegnerin die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen. Der Rentenbeginn ab 1. Juni 2019 (statt wie beantragt 1. August 2018) rechtfertigt keine Aufteilung der Verfahrenskosten, da der Beschwerdeführer im Hauptpunkt (Zusprache einer ganzen Invalidenrente) obsiegt. Folglich ist der in gleicher Höhe geleistete Kostenvorschuss dem Beschwerdeführer zurückzuerstatten.

6.3 Gemäss Art. 45 Abs. 1 ATSG übernimmt der Versicherungsträger die Kosten der Abklärung, soweit er die Massnahmen angeordnet hat. Hat er keine Massnahmen angeordnet, so übernimmt er deren Kosten dennoch, wenn die Massnahmen für die Beurteilung des Anspruchs unerlässlich waren oder Bestandteil nachträglich zugesprochener Leistungen bilden. Mit BGE 139 V 496 E. 4.4 S. 502 hat das Bundesgericht für den Bereich der Invalidenversicherung Kriterien aufgestellt, die bei der Beurteilung der Frage zu berücksichtigen sind, ob die Kosten eines Gerichtsgutachtens der Verwaltung auferlegt werden können. Es erwog, es müsse ein Zusammenhang bestehen zwischen dem Untersuchungsmangel seitens der Verwaltung und der Notwendigkeit, eine Gerichtsexpertise anzuordnen. Dies sei namentlich in folgenden Konstellationen der Fall: Wenn ein manifester Widerspruch zwischen den verschiedenen, aktenmässig belegten ärztlichen Auffassungen bestehe, ohne dass die Verwaltung diesen durch objektiv begründete Argumente entkräftet habe, oder wenn die Verwaltung zur Klärung der medizinischen Situation notwendige Aspekte unbeantwortet gelassen oder auf eine

Expertise abgestellt habe, welche die Anforderungen an eine medizinische Beurteilungsgrundlage nicht erfülle (BGE 140 V 70 E. 6.1 S. 75 mit Hinweisen; vgl. auch Urteil des Bundesgerichts 8C_64/2019 vom 27. November 2019 E. 8.1 mit Hinweisen).

Im vorliegenden Fall ordnete das Gericht das psychiatrische Gutachten bei Dr. med. G. ___ an, weil die hier sich stellende Frage, ob der Beschwerdeführer Anspruch auf weitere berufliche Eingliederungsmassnahmen, insbesondere die Fortsetzung seiner erstmaligen beruflichen Ausbildung, und/oder eine Invalidenrente hat, aufgrund der vorhandenen medizinischen Berichte nicht zuverlässig beantwortet werden konnte. Aufgrund der bestehenden, diagnostisch nicht leicht einzuordnenden psychischen Störung des Beschwerdeführers und der gegebenen Umstände war unklar, welche «längere störungsspezifische Therapie» in welchem Ausmass der Beschwerdeführer hätte durchführen müssen, um seine Ausbildungsfähigkeit wieder erlangen zu können. Die in der angefochtenen Verfügung enthaltene Anordnung, der Beschwerdeführer habe den «Nachweis einer laufenden störungsspezifischen Behandlung für die emotional instabile Persönlichkeitsstörung (Borderline Typ)» zu erbringen und «Behandlungserfolge im Sinne der benötigten Stabilität in Einstellung und Verhaltensmustern» müssten erkennbar sein, um sich bei der IV wieder anmelden zu können, erweist sich angesichts der nun vom Gericht veranlassten psychiatrischen Begutachtung als nicht sachgerecht. Nach den Angaben von Dr. med. G. ___ leidet der Beschwerdeführer nicht an einer Borderline Persönlichkeitsstörung bzw. emotional-instabilen Persönlichkeitsstörung, sondern an einer schizoaffektiven Störung gemischt mit gegenwärtig überwiegend manischen Symptomen (ICD-10 F25.2), wobei nicht absehbar ist, ob und gegebenenfalls wann der Beschwerdeführer in der Lage ist, die begonnene Ausbildung fortzuführen bzw. eine neue Ausbildung aufzunehmen. Die Beschwerdegegnerin wäre aufgrund des Untersuchungsgrundsatzes gehalten gewesen, die aufgrund der vorliegenden medizinischen Unterlagen bestehenden Unklarheiten aufzulösen bzw. den medizinischen Sachverhalt ergänzend gutachterlich abklären zu lassen. Das durch das Gericht eingeholte Gutachten von Dr. med. G. ___, welches bezüglich der Diagnose sowie der Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers zu anderen Schlüssen kommt, bestätigt die Unvollständigkeit der medizinischen Sachverhaltsabklärung. Die Voraussetzungen, unter welchen der Beschwerdegegnerin die Kosten eines Gerichtsgutachtens zu tragen hat, sind damit erfüllt. Nach dem Gesagten rechtfertigt es sich, der Beschwerdegegnerin die Kosten des Gerichtsgutachtens von insgesamt CHF 9'150.00 (inkl. Reisezeit der Gutachterin; vgl. den Parteien vorgängig zugestellte Rechnung von Dr. med. G. ___ vom 4. Februar 2021; A.S. 117) aufzuerlegen. Die IV-Stellen haben im Rahmen der mit BGE 139 V 496 umschriebenen Grundsätze gestützt auf Art. 45 Abs. 1 Satz 2 ATSG für die gesamten Kosten des Gerichtsgutachtens aufzukommen (BGE 143 V 269 E. 7.2 S. 283).

Demnach widerkannt:

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

Schmidhauser

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