

SO_GERICHTE VSBES.2019.65 vom 7. Februar 2019

SO Obergericht, 2019-02-07, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2019.65

FR: SO_GERICHTE VSBES.2019.65 du 7 février 2019

IT: SO_GERICHTE VSBES.2019.65 del 7 febbraio 2019

Erwägungen

E. 1

1.1 Der 1963 geborene Versicherte arbeitete zuletzt als Sozialpädagoge und Teamleiter zweier Wohngruppen der Stiftung B.____. Am 11. Juli 2013 meldete ihn seine damalige Arbeitgeberin bei der Invalidenversicherungsstelle des Kantons Solothurn (nachfolgend: IV-Stelle) zur Früherfassung an. Geltend gemacht wurde eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % seit dem 17. April 2013 aufgrund von psychischen Problemen (IV-Stelle Beleg Nr. [IV-Nr.] 1). Am 19. August 2013 folgte ein Früherfassungs- / Intake-Gespräch (IV-Nr. 6). Am 13. November 2013 meldete sich A.____ unter Angabe von «Schock nach Kündigung, wechselnde psychosomatische und vegetative Störungen (Verdauung, Herzbeschwerden), Schlafstörungen, ADS, Depression, zerstörtes Selbstvertrauen und psychische Schwäche» bei der IV-Stelle zum Leistungsbezug an (IV-Nr. 10).

1.2 Die IV-Stelle holte in der Folge einen Arbeitgeberbericht (IV-Nr. 15) und die Akten bei der Krankentaggeldversicherung ein (IV-Nr. 16.1 ff.). Mit Mitteilung vom 24. Januar 2014 gewährte sie dem Versicherten Frühinterventionsmassnahmen in Form einer Laufbahnberatung ab dem 11. Februar 2014 für 20 Stunden bei der C.____ GmbH (IV-Nr. 24). Danach gewährte die IV-Stelle dem Versicherten eine Kostengutsprache für ein Aufbautraining vom 18. August 2014 bis 9. November 2014 bei der D.____ (IV-Nr. 33) und sprach ihm einen Arbeitsversuch ebendort vom 10. November 2014 bis 1. Februar 2015 zu (IV-Nr. 42).

1.3 Mit Verfügung vom 3. Oktober 2016 (IV-Nr. 59) lehnte die IV-Stelle einen Anspruch auf berufliche Massnahmen und eine Invalidenrente ab. Dagegen erhob der Versicherte Beschwerde (IV-Nrn. 65 und 71), worauf die IV-Stelle ihre Verfügung vom 3. Oktober 2016 wiedererwägungsweise lite pendente zwecks weiterer Abklärungen aufhob. Mit Beschluss vom 1. März 2017 schrieb das Versicherungsgericht des Kantons Solothurn (nachfolgend: Versicherungsgericht) das Verfahren schliesslich als gegenstandslos geworden ab (IV-Nr. 75).

E. 2

2.1 Die IV-Stelle holte in der Folge weitere medizinische Unterlagen ein (IV-Nr. 78, 81, 86) und veranlasste eine psychiatrische Abklärung bei PD Dr. med. E.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, welcher sein Gutachten am 24. November 2017 (IV-Nr. 93.1) erstattet hat.

2.2 Gestützt auf das psychiatrische Gutachten und nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (IV-Nr. 101) sprach die IV-Stelle A.____ mit Verfügungen vom 7. und 14. Februar 2019 ab dem 1. September 2017 eine ganze Invalidenrente und ab dem 1. März 2018 eine Dreiviertelrente zu (IV-Nr. 116 f.; A.S. 1 ff.).

3. Dagegen erhebt A.____ (fortan: Beschwerdeführer), vertreten durch Rechtsanwalt Patrick Thomann, am 11. März 2019 Beschwerde beim Versicherungsgericht mit folgenden Rechtsbegehren (A.S. 23 ff.):

1. Die Verfügungen der Beschwerdegegnerin vom 14. Februar 2019 sowie die Verfügung vom

E. 7

Abs. 2 ATSG). Als Invalidität gilt nach Art. 8 ATSG die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 IVG).

3.

3.1 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht auf Unterlagen angewiesen, die Ärztinnen und Ärzte sowie gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 132 V 99 f. E. 4, 125 V 261 E. 4).

3.2 Sowohl im Verwaltungsverfahren wie auch im gerichtlichen Sozialversicherungsprozess gilt der Untersuchungsgrundsatz (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. Führen die im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen den Versicherungsträger oder das Gericht bei umfassender, sorgfältiger, objektiver und inhaltsbezogener Beweiswürdigung (BGE 132 V 393 E. 4.1 S. 400) zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich (BGE 136 I 229 E. 5.3 S. 236 f. mit weiteren Hinweisen) 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; BGE 134 I 140 E. 5.3 S. 148, 124 V 90 E. 4b S. 94). 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_360/2015 vom 7. April 2016 E. 3.1 mit Hinweis, 9C_662/2016 vom 15. März 2017 E. 2.2).

3.3 Im Sozialversicherungsverfahren sind die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen (Art. 61 lit. c ATSG; BGE 125 V 352 E. 3a). Das Sozialversicherungsgericht hat alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob er für die streitigen Belange

umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

3.4 Die Rechtsprechung erachtet es als mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (BGE 125 V 352 ff. E. 3b). So ist einem im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten medizinischen Gutachten durch externe Spezialärztinnen und -ärzte, welches aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten erstellt worden ist und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangt, in der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 104 V 212). Andererseits ist der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Ärztinnen und Ärzte im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen mitunter eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 353).

4.

4.1 Die Beschwerdegegnerin sprach dem Beschwerdeführer in den angefochtenen Verfügungen (A.S. 1 ff.) ab 1. September 2017 eine ganze Rente und ab 1. März 2018 eine Dreiviertelrente zu. Die medizinischen Abklärungen hätten ergeben, dass dem Beschwerdeführer ab September 2016 die Tätigkeit als Sozialpädagoge nicht mehr möglich gewesen sei. Nach Ablauf der einjährigen Wartezeit bestehe daher ab 1. September 2017 ein Anspruch auf eine ganze Invalidenrente. Gemäss Gutachten von Dr. med. E. ___ sei dem Beschwerdeführer hingegen spätestens ab dem Begutachtungszeitpunkt am 24. November 2017 eine Arbeitsfähigkeit als Sozialpädagoge im Umfang von 30 - 40 % und mit Leitungsfunktion im Umfang von 10 - 20 % zumutbar. Aufgrund dieser Verbesserung sei in Anwendung von Art. 88a Abs. 1 IVV die ganze Rente ab dem 1. März 2018 auf eine Dreiviertelrente zu reduzieren. Beim Einkommensvergleich ging die Beschwerdegegnerin von einem Valideneinkommen in Höhe von CHF 111'115.00 und einem auf 35 % reduzierten Invalideneinkommen von CHF 38'890.00 aus, was einen Invaliditätsgrad von 65 % ergab. Beide Einkommen würden auf den Tabellenlöhnen des Bundesamtes für Statistik aus dem Jahr 2014 basieren. Abgestellt werde auf die Tabelle T17 und die Ziffer 23 für Lehrkräfte, welche für Männer einen Monatslohn von CHF 9'162.00 x 12 vorsehe. Aufgerechnet auf den Nominallohnindex 2014 - 2016 (:103.3 x 104.4) betrage der Validenlohn CHF 111'115.00. Hinsichtlich der Einwände des Beschwerdeführers äusserte sich die Beschwerdegegnerin dahingehend, dass der Gutachter im Gesamtzusammenhang des Gutachtens eine Restarbeitsfähigkeit festgestellt habe. Weiter weise er auf die Notwendigkeit einer adäquaten psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung hin. Durch eine solche sei auch eine Verbesserung der Arbeitsfähigkeit als überwiegend wahrscheinlich zu erwarten. Die Störung selbst könne nicht als besonders schwer ausgeprägt oder verlaufend gelten. Bisher sei nie eine stationäre Behandlung von Nöten gewesen. Zur Beurteilung der arbeitsmarktlichen Verwertung der gutachterlich festgestellten Restarbeitsfähigkeit sei die berufliche Eingliederung der Invalidenversicherung um Stellungnahme gebeten worden. Diese habe die medizinisch festgestellte Restarbeitsfähigkeit als verwertbar beurteilt. Das Teilzeitpensum von maximal

40 % ermögliche einen gewissen Spielraum für Flexibilität am konkreten Arbeitseinsatz. Die vorhandene Ausbildung als Sozialpädagoge sei aus Eingliederungssicht als Ressource zu betrachten und auch ein Blick in die Internetbörse bestätige das Angebot des Arbeitsmarktes von Teilzeitstellen bis 40 %. Im Übrigen zeigten die erfolgten Eingliederungsbemühungen (Abschlussbericht Coaching, Protokolle Eingliederungsfachperson) sowie der berufliche Werdegang, dass der Beschwerdeführer über berufliche und persönliche Ressourcen verfüge, welche die verbleibende Restarbeitsfähigkeit verwerten liessen.

4.2 Dagegen wendet der Beschwerdeführer in seiner Beschwerde vom 11. März 2019 (A.S. 23 ff.) ein, dass keine verwertbare Restarbeitsfähigkeit mehr bestehe und kein Invalideneinkommen realisierbar sei. Im Sinne der Ausführungen im psychiatrischen Gutachten von Dr. med. E. ___ sei eine Tätigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt gesundheitsbedingt nicht möglich. Dies selbst bei einer theoretisch bestehenden Restarbeitsfähigkeit von 35 %. Eine Anpassung des Arbeitsplatzes bzw. eine Verweistätigkeit sei aufgrund der schweren Schwankungen der bipolaren Störung nicht möglich. Aufgrund der schlechten Therapierbarkeit von gemischten Episoden und dem bisherigen Krankheitsverlauf erscheine auch bei optimaler Therapie eine vollständige Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit unwahrscheinlich. Auch künftig sei mit Intervallen schwerer Beeinträchtigungen zu rechnen, was augenscheinliche Auswirkungen auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit habe. Die Prognose sei für den Beschwerdeführer nicht gut. Der Gutachter gehe davon aus, dass die attestierte Arbeits- und Leistungsunfähigkeit von dauernder Natur sei. Ferner sei die Krankheit ■ entgegen der Behauptung der Beschwerdegegnerin ■ schwer ausgeprägt und verlaufend. Gemäss Gutachten leide der Beschwerdeführer seit dem jugendlichen Alter an dieser Störung. Die Schwere bestehe auch darin, dass es kaum Zeiten gegeben habe, in welchen er keine Symptome gezeigt habe. Aufgrund seiner bipolaren Störung habe er auch immer wieder seine Arbeitsstellen verloren. Dass bislang kein stationärer Aufenthalt von Nöten gewesen sein soll, könne dabei keine Rolle spielen. Im Weiteren sei beim Beschwerdeführer keine zuverlässige Arbeitspräsenz gegeben. Es sei schlicht nicht abschätzbar, wann und für wie lange er jeweils ausfallen würde. Zudem sei nicht davon auszugehen, dass solche Ausfälle im Rahmen eines 40%-Pensums kompensiert werden könnten bzw. der Beschwerdeführer einfach dann zur Arbeit erscheinen könne, wenn er gerade keine Symptome aufweise. Dies insbesondere im Rahmen der Arbeit als Sozialpädagoge, in welcher er mehrheitlich mit anderen Menschen arbeite. Diese könnten sich bestimmt nicht nach dem Krankheitsverlauf des Beschwerdeführers richten. Kein durchschnittlich entgegenkommender Arbeitgeber, auch auf dem hypothetisch ausgeglichenen Arbeitsmarkt, werde eine Person anstellen, bei welcher immer mit Intervallen schwerer Beeinträchtigungen und völliger Arbeitsunfähigkeit von im Vornherein nicht abschätzbarer Dauer zu rechnen sei. Der Beschwerdeführer sei einem durchschnittlich entgegenkommenden Arbeitgeber nicht zumutbar. Sollte das Gericht dennoch auf eine verwertbare Restarbeitsfähigkeit schliessen, sei vom Invalideneinkommen ein leidensbedingter Abzug von 25 % vorzunehmen. Rechtsprechungsgemäss führe ein Teilzeitpensum von 25 - 49 % bei Männern zu einem Abzug von mindestens 15 %. Beim Beschwerdeführer bestünden weitere Einschränkungen. Insbesondere sei auch künftig mit Intervallen schwerer Beeinträchtigung und völliger Arbeitsunfähigkeit, deren Dauer jeweils nicht vorgängig abschätzbar sei, zu rechnen. Nach Massgabe der von der Beschwerdegegnerin angenommenen Restarbeitsfähigkeit von 35 % und einem Invalideneinkommen von CHF 38'890.00 ergebe sich beim zwingend

erforderlichen Abzug von 25 % ein Invaliditätsgrad von 73 % und damit ein Anspruch auf eine ganze Rente.

5. Hinsichtlich der vorliegend umstrittenen Fragen bezüglich Arbeitsfähigkeit, Verwertbarkeit der Restarbeitsarbeitsfähigkeit und leidensbedingtem Abzug vom Invalideneinkommen sind im Wesentlichen folgende medizinischen Akten relevant:

5.1 Vom 23. Januar 2013 bis 7. Mai 2015 war der Versicherte in Behandlung bei Dr. med. F.____, Fachärztin FMH für Psychiatrie und Psychotherapie. Im Bericht vom 18. Juni 2016 diagnostizierte Dr. med. F.____ (IV-Nr. 56) ein ADS (ICD-10 F90.0), Erstdiagnose 6/2013, bestehend seit der Kindheit, eine kombinierte Persönlichkeitsstörung mit selbstunsicheren und asthenischen Anteilen (ICD-10 F61.0), bestehend seit der späten Adoleszenz sowie eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert (ICD-10 F33.4). Für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit habe vom 17. April 2013 bis 30. April 2014 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestanden. Danach habe die Arbeitsunfähigkeit vom 1. Mai 2014 bis 3. November 2014 80 %, vom 4. November 2014 bis 17. Dezember 2014 sodann 50 % und vom 18. Dezember 2014 bis 31. März 2015 noch 25 % betragen. Nach Ablauf der Eingliederungsmassnahmen am 1. Februar 2015 sei der Versicherte 100 % arbeitsfähig geschrieben worden mit dem Hinweis, dass er sich für eine Leitungsposition eher nicht eigne.

5.2 Ab 15. Dezember 2016 begab sich der Versicherte in psychiatrische Behandlung bei Dr. med. G.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie. Im Bericht vom 22. Februar 2017 (IV-Nr. 80) diagnostizierte Dr. med. G.____ nebst einem ADS (F 90.0) und einer kombinierten Persönlichkeitsstörung (F 61.0) einen Verdacht auf eine bipolare affektive Störung, gegenwärtig hypomanische Phase (F 31.0), sowie einen Verdacht auf eine Internetabhängigkeit. Die aktuelle Arbeitsfähigkeit im angestammten Beruf betrage 0 %. Auch künftig sei damit zu rechnen, dass diese Arbeitsunfähigkeit weiterhin bestehen bleibe. Eventuell sei es möglich, in anderen Bereichen der Sozialberufe ■ ohne Leitungsfunktion ■ wieder tätig zu werden. Es sollte zusätzlich zur ambulanten psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung eine medikamentöse Behandlung eingeführt werden. Der zeitliche Horizont umfasse dabei mindestens ein weiteres Jahr, eher zwei. Beim Versicherten bestünden ausgeprägte Sorgen um die Schädlichkeit von chemischen Medikamenten. Die für die hypomanische Erkrankung typischerweise fehlende Krankheitseinsicht erschwere, wiederum typischerweise, die Anwendung von Medikamenten.

5.3 Im Arztbericht vom 4. Juli 2017 (IV-Nr. 81) stellte Dr. med. G.____ die Diagnosen bipolare affektive Störung, gegenwärtig hypomanische Episode (F 31.0), bestehend seit vielen Jahren, aktuelle hypomanische Phase seit ca. Sommer 2016, sowie ein ADHS im Erwachsenenalter, bestehend seit der Jugend und akzentuierte Persönlichkeitszüge (Z 73.1). Er attestierte dem Beschwerdeführer eine volle Arbeitsunfähigkeit bis auf Weiteres. Eine Leitungsfunktion könne dauerhaft nicht mehr ausgeübt werden, da bei anhaltender hypomanischer Phase ein geordnetes, zielgerichtetes Handeln nicht möglich sei. Die bisherige Tätigkeit als Sozialpädagoge resp. Gruppenleiter zweier Wohngruppen sei nicht mehr zumutbar. Andere Tätigkeiten seien derzeit auch nicht zumutbar. Perspektivisch sei mit einer Arbeitsfähigkeit zu rechnen. Prognostisch sei aufgrund der bisherigen Erfahrungen davon auszugehen, dass sich der Gesundheitszustand nur geringfügig werde bessern lassen. Eine Umschulung in einen mehr handwerklichen Bereich sei wünschenswert; dieser entspreche auch seinen früheren Ausbildungen und noch immer

aktuellen Interessen für künstlerischhandwerkliche Bereiche. Im Rahmen seines Bootskaufes habe sich beispielsweise die Fähigkeit gezeigt, sich in neue handwerkliche Themen wie die Motorreparatur einzuarbeiten. Was dabei jedoch sehr mangle, sei das Durchhalten eines Impulses. Insofern müsse davon ausgegangen werden, dass der Beschwerdeführer in einer angeleiteten Position durchaus viele Fähigkeiten abrufen können, jedoch nicht als Leiter einer Arbeitsgruppe.

5.4 Dem Arztbericht der behandelnden Hausärztin, Dr. med. H.____, praktische Ärztin, vom 4. August 2017 (IV-Nr. 86) lassen sich keine Diagnosen und keine Einschätzung zur Arbeitsfähigkeit entnehmen. Dr. med. H.____ führte aus, ihr scheine es möglich zu sein, therapeutisch auf die Suchttendenzen und die eigene Fehleinschätzung einzugehen. Dies brauche aber eine intensive psychotherapeutische Behandlung und danach müsse entschieden werden, wieweit der Beschwerdeführer in seinem Beruf noch arbeitsfähig sei. Er müsse sicher ein relativ einfaches Berufsfeld haben.

5.5 Das psychiatrische Gutachten vom 24. November 2017 (IV-Nr. 93.1), welches Dr. med. E.____ im Auftrag der Beschwerdegegnerin erstellte, nennt als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine bipolare affektive Störung Typ II, gegenwärtig gemischte Episode (ICD-10 F31.6) und eine Internetsucht. Ohne wesentliche Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bestehe eine Alkoholabhängigkeit, gegenwärtig abstinent (ICD-10 F10.20).

Im Gutachten werden zunächst die medizinischen Vorakten, die Anamnese, die subjektiven Angaben des Versicherten und die eigenen gutachterlichen Untersuchungsbefunde dargelegt. Den Ausführungen zum schulischen und beruflichen Werdegang (Ziffer 3.6) ist insbesondere zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer diverse Studien und Ausbildungen begonnen und nur teils erfolgreich abgeschlossen habe. Von 1999 bis 2000 habe er an einer heilpädagogischen Schule als Stützlehrer gearbeitet. Es sei dort zu Konflikten gekommen und ihm sei gekündigt worden. Auch die folgende Anstellung von 2000 - 2003 als Betreuer in einer Aussenstelle eines Wohnheims sei ihm gekündigt worden. Von 2004 - 2006 habe er vom RAV gelebt. 2007 habe er eine Stelle als Gruppenleiter in einer Werksiedlung gefunden. Nach einem Jahr habe man ihm fehlende Führungsqualitäten vorgeworfen und ihn vom Teamleiter zum Mitarbeiter zurückgestuft. Infolge eines erneuten Konflikts 2012 sei ihm die Stelle dann ebenfalls gekündigt worden. Danach habe er eine Anstellung als Teamleiter in der Behinderteneinrichtung B.____ gefunden und dort zwei Gruppen geleitet. Nach den Osterferien 2013 sei ihm auch diese Stelle gekündigt worden. Im Jahr 2014 habe er Frühinterventions- und Eingliederungsmassnahmen absolviert und sei danach voll arbeitsfähig gewesen. Die Arbeitssuche sei indessen rund ein Jahr erfolglos gewesen. Vom 22. Februar 2016 bis September 2016 habe er schliesslich als Betreuer in einer christlichen Jugendstiftung gearbeitet. Auch diese Stelle habe er verloren. Danach sei er 100 % krankgeschrieben worden und seither keiner Arbeit mehr nachgegangen.

Im Rahmen der psychiatrischen diagnostischen Beurteilung (Ziffer 6.1) führte der Gutachter unter Würdigung der teils abweichenden Diagnosen in den Vorakten aus, dass zum Begutachtungszeitpunkt gleichzeitig die Kriterien für eine Hypomanie und für eine depressive Episode vorhanden gewesen seien. Ein solches gleichzeitiges Auftreten der an sich gegenläufigen Symptomatik sei im Rahmen von bipolaren Störungen möglich und werde nach der Klassifikation als gemischte Episode einer bipolaren Störung bezeichnet. Mit überwiegender Wahrscheinlichkeit bestehe die bipolare Erkrankung seit mindestens dem frühen Erwachsenenalter und habe über die Zeit die für die Erkrankung typischen

Phasenschwankungen mit zahlreichen leichteren und schwer ausgeprägten Krankheitsepisoden gezeigt, oft auch mit gemischter Symptomatik. Die in den medizinischen Vorakten teils wiederholt gestellten, abweichenden Diagnosen, namentlich Alkohol- und Internetsucht, Schlafstörung, Persönlichkeitsstörungen sowie ADS oder ADHS, beurteilte der Gutachter als Symptome oder sekundäre Folgen der bipolaren Erkrankung.

In seiner versicherungsmedizinischen Würdigung (6.2) stellte der Gutachter eine Bipolar Störung II seit dem jungen Erwachsenenalter verbunden mit zahlreichen hypomanen, depressiven und insbesondere gemischten Episoden fest. Auch die hochauffällige Berufsgeschichte mit immer wieder auftretendem beruflichem Scheitern sei auf die Auswirkungen der bipolaren Störung zurückzuführen. Die zwischen den verschiedenen Phasen der bipolaren Erkrankung unterschiedliche Symptomatik erkläre die wiederkehrende berufliche Problematik sowie die weitgehend fehlende Einsicht des Versicherten bezüglich der am Arbeitsplatz aufgetretenen Schwierigkeiten.

Zur Arbeitsfähigkeit führte Dr. med. E.____ (Ziffer 6.2 S. 26 ff.) im Weiteren aus, entsprechend der phasenabhängigen Funktionseinschränkungen schwanke auch die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers im Verlauf der bipolaren Erkrankung. Aufgrund des bisherigen Verlaufs müsse auch in der Zukunft mit wiederkehrenden ausgeprägten Episoden der bipolaren Störung, meist mit gemischter Symptomatik, gerechnet werden. Somit könne keine dauerhaft gültige, gleich hohe Arbeitsunfähigkeit abgeleitet werden, vielmehr müsse mit einer krankheitsbedingt immer wieder auftretenden starken Schwankung in der Arbeitsfähigkeit gerechnet werden. Zwar könne eine entsprechende Behandlung diese Schwankung mit überwiegender Wahrscheinlichkeit mindern, aufgrund der negativen prognostischen Faktoren, auch bezogen auf die Behandelbarkeit, sei der Grad der Minderung der Funktionseinschränkungen durch eine adäquate Behandlung jedoch nicht sicher abzuschätzen und könne erst nach erfolgter und kontrollierter Behandlung sicher eingeschätzt werden. Weiter sei beim Beschwerdeführer zu beachten, dass aufgrund des bisherigen Krankheitsverlaufs kaum mit symptomfreien Episoden der bipolaren Erkrankung zu rechnen sei. Somit sei auch weiterhin mit einer dauerhaften Einschränkung der Arbeitsfähigkeit auf der Grundlage der bipolaren Erkrankung zu rechnen. Die Höhe der Arbeitsunfähigkeit schwanke jedoch mit den Phasen und deren Ausprägung, was krankheitstypisch für den Verlauf der bipolaren Erkrankung sei. Da der potentielle Behandlungserfolg einer schulmedizinischen leitlinienkonformen Behandlung aufgrund der oben genannten Einschränkungen allerdings nicht genau vorhergesagt werden könne, würden sich die weiteren Ausführungen zur Arbeitsfähigkeit vorerst auf den momentan unbehandelten Zustand beziehen. Der unbehandelte Zustand bestehe aus gutachterlicher Sicht bereits seit dem Auftreten der Erkrankung im jungen Erwachsenenalter. Aus gutachterlicher Sicht müsse bereits damals mit einer phasenweise erheblichen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit auf der Grundlage der bipolaren Erkrankung ausgegangen werden. Da hierzu jedoch keinerlei Akten oder schulmedizinische Beurteilungen existierten, könne dieser Verlauf rückwirkend nicht mehr sicher eingeschätzt werden. Besser einschätzbar werde der Verlauf dagegen ab Beginn des Jahres 2013 aufgrund der Aktenlage. Aus gutachterlicher Sicht habe auch im Jahr 2013 mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine gemischte Episode der bipolaren Störung vorgelegen. Nach Aktenlage dominant würden hierbei hypomane Symptome scheinen mit Vielgeschäftigkeit, nicht mehr zielführenden Handlungen, Minderung der Entscheidungs-

und Urteilsfähigkeit sowie Unfähigkeit zur Anpassung an Regeln und Routinen, was nachvollziehbar letztendlich auch zur Kündigung im B. ___ geführt habe. Die damals zum Teil auch beschriebenen depressiven Symptome (deshalb gemischte Episode), hätten sich dagegen nach Aktenlage damals deutlich weniger auf die Arbeitsfähigkeit ausgewirkt als die beschriebenen hypomanen Symptome. Mit überwiegender Wahrscheinlichkeit habe schon seit Anfang 2013 und eventuell bereits auch in der zweiten Hälfte 2012 eine erhebliche Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit aufgrund der genannten Faktoren bestanden. Dabei habe zuerst nur eine Teilarbeitsunfähigkeit bestanden, welche sich mit Zunahme der Symptomatik jedoch gesteigert und mit überwiegender Wahrscheinlichkeit bereits vor der Krankschreibung durch die Psychiaterin im April 2013 zur vollständigen Arbeitsunfähigkeit geführt habe. Trotz der anderen diagnostischen Zuordnung der damaligen Psychiaterin erscheine die von ihr damals bescheinigte Arbeitsunfähigkeit vollständig gerechtfertigt. So müsse aufgrund der wahrscheinlich gemischten Episode mit einer vollständigen Aufhebung der Arbeitsfähigkeit bis November 2014 gerechnet werden. Danach habe sich die Symptomatik der gemischten Episode langsam rückläufig gezeigt. Über den genauen Symptomverlauf finde sich in den Akten wenig, sodass sich die Beurteilung im Wesentlichen auf die Aussage des Beschwerdeführers stützen könne. Basierend auf den Beschreibungen des Beschwerdeführers erschienen die von Dr. med. F. ___ bescheinigten Arbeitsunfähigkeiten aus gutachterlicher Sicht nachvollziehbar und gerechtfertigt. So beschreibe auch der Beschwerdeführer eine weitgehende Symptomfreiheit ab Februar 2015, womit die damals bescheinigte vollständige Arbeitsfähigkeit auch aus gutachterlicher Sicht plausibel erscheine. Über das Jahr 2016 hätten sodann erneut Symptome einer gemischten Episode der bipolaren Erkrankung begonnen, welche wiederum zu erheblichen Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit geführt hätten und somit aus gutachterlicher Sicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auch die Kündigung des inzwischen neu aufgenommenen Arbeitsverhältnisses als Mitarbeiter in einem Jugendheim bedingt hätten. Somit erscheine mindestens ab Herbst 2016 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit nachvollziehbar. Wahrscheinlich habe bereits davor eine Teilarbeitsunfähigkeit vorgelegen, welche jedoch nicht genau quantifiziert werden könne, da hierzu keinerlei medizinische Unterlagen mit Symptombeschreibungen in den Akten vorhanden seien und der Beschwerdeführer durch die krankheitsbedingte Verzerrung der Eigensicht die Funktionseinschränkungen selbst nicht gut beschreiben könne. Diese vollständige Aufhebung der Arbeitsfähigkeit habe mit überwiegender Wahrscheinlichkeit mindestens bis Frühjahr 2017 angedauert, eventuell auch bis Sommer 2017. Eine genaue zeitliche Zuordnung sei wiederum aufgrund der nur wenigen medizinischen Symptombeschreibungen aus dieser Zeit und der krankheitsbedingten Unfähigkeit zur Selbstbeschreibung nicht exakter möglich. Zum Begutachtungszeitpunkt bestehe nach wie vor eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, insbesondere bezogen auf die Leistungsfähigkeit, und im geringeren Masse auch bezüglich der Durchhaltefähigkeit (zeitliche Leistungsfähigkeit). Die inhaltliche Leistungsfähigkeit sei insbesondere durch die nach wie vor vorhandene hypomane Symptomatik mit Vielgeschäftigkeit, nur zum Teil zielführender Verhaltenssteuerung, Konzentrationsschwierigkeiten und krankheitsbedingter Unfähigkeit zur Anpassung an Regeln und Routinen sowie die durch die interaktiven Schwierigkeiten mit anderen Personen (Grenzüberschreitungen, Überaktivität) bedingt. Die Einschränkung der Leistungsfähigkeit zum Begutachtungszeitpunkt sei nach wie vor ausgeprägt und müsse auf 50 - 60 % Einschränkung geschätzt werden. Die Einschränkung der zeitlichen Leistungsfähigkeit (Durchhaltefähigkeit) sei im Wesentlichen auf die

vorhandenen depressiven Symptome zurückzuführen. Aufgrund der momentan nur leicht ausgeprägten erhöhten Erschöpfbarkeit sei die Einschränkung der Durchhaltefähigkeit zum Zeitpunkt der Begutachtung nur gering und könne auf ca. eine tägliche zeitliche Leistungsminderung von einer bis zwei Stunden geschätzt werden, was einer ca. 20%igen Minderung entspreche. Nehme man nun die Einschränkung der Leistungsfähigkeit (50 - 60 % Einschränkung) und die Einschränkung in der Durchhaltefähigkeit (ca. 20 % Einschränkung) zusammen, ergebe sich für die Gesamtarbeitsfähigkeit zum Begutachtungszeitpunkt bezogen auf eine Tätigkeit als Sozialpädagoge im nichtleitenden Bereich eine 68 - 70%ige Arbeitsunfähigkeit (recte: 60 - 68%ige Arbeitsunfähigkeit [40 - 50 % Arbeitsfähigkeit abzüglich 20 % Einschränkung ergibt 32 - 40 % Arbeitsfähigkeit bzw. 60 - 68 % Arbeitsunfähigkeit]) bzw. 32 - 40 % Arbeitsfähigkeit. Übertrage man diese Einschränkungen auf eine leitende Position im sozialpädagogischen Bereich, würde aufgrund des grösseren Gewichts der Problematik in der Interaktion mit anderen Personen sowie der Einschränkungen in der Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit die Gesamtarbeitsfähigkeit noch einmal deutlich tiefer ausfallen als oben hergeleitet. Hier wäre bezogen auf den aktuellen Zustand bei der Begutachtung nur noch mit einer 10 - 20%igen Arbeitsfähigkeit (80 - 90%igen Arbeitsunfähigkeit) zu rechnen. Es erscheine wahrscheinlich, dass diese erheblichen Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit durch eine leitlinienkonforme Therapie verbessert werden könnten. Aufgrund der schlechteren Therapierbarkeit von gemischten Episoden und dem bisherigen Krankheitsverlauf erscheine allerdings auch bei optimaler Therapie eine vollständige Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit eher unwahrscheinlich. Die bipolare Erkrankung selbst sei jedoch auch therapieunabhängig von Phasenschwankungen gekennzeichnet, sodass es auch zukünftig zu symptomfreien Intervallen mit entsprechend bestehender Arbeitsfähigkeit kommen könne. Auf der anderen Seite müsse aufgrund des bisherigen Verlaufs auch danach mit immer wieder neu auftretenden Episoden gerechnet werden. Es wäre daher zu empfehlen, dass nach leitlinienkonformer Therapie mit Überprüfung von Blutspiegeln nach einem Jahr eine erneute Evaluation der Arbeitsfähigkeit auf der Grundlage der erreichten Therapieergebnisse erfolgen würde, um eine klare Langzeitprognose abgeben zu können.

Bei der Beantwortung der Fragen der Beschwerdegegnerin (Ziffer 6.3) stellte der Gutachter schliesslich unter anderem fest, dass die Anpassung eines Arbeitsplatzes an die schweren Schwankungen von weitgehend vorhandener Arbeitsfähigkeit bis hin zur vollständig aufgehobenen Arbeitsfähigkeit aus gutachterlicher Sicht im ersten Arbeitsmarkt kaum denkbar sei. Hinsichtlich der Frage der Zumutbarkeit von beruflichen Massnahmen führte der Gutachter aus, dass berufliche Massnahmen oder ein Verweisarbeitsplatz erst nach einer adäquaten leitlinienkonformen Therapie beurteilt werden könnten. Zum aktuellen Zeitpunkt erschienen berufliche Massnahmen ohne Abwarten der Wirksamkeit einer leitlinienkonformen Therapie mit überwiegender Wahrscheinlichkeit krankheitsbedingt zum Scheitern verurteilt.

5.6 In einer ersten Stellungnahme vom 31. Januar 2018 (IV-Nr. 100) kam der Regionale ärztliche Dienst (nachfolgend: RAD) gestützt auf das psychiatrische Gutachten von Dr. med. E. ___ zum Schluss, dass dem Beschwerdeführer ab dem Begutachtungszeitpunkt vom 24. November 2017 eine Tätigkeit als Sozialpädagoge im Ausmass von 30 - 40 % zumutbar sei.

5.7 In einer zweiten Stellungnahme vom 19. Juni 2018 bemass der RAD (IV-Nr. 106) wiederum auf Basis des psychiatrischen Gutachtens von Dr. med. E. ___ eine

Arbeitsfähigkeit ab dem Zeitpunkt des Gutachtens von 46.75 %. Unter Bezugnahme auf die Einwände des Beschwerdeführers führte der RAD zudem aus, dass im Gutachten eine verwertbare Arbeitsfähigkeit ausgewiesen werde. Der Gutachter erachte eine adäquate Behandlung für notwendig und eine damit einhergehende Verbesserung der Arbeitsfähigkeit als überwiegend wahrscheinlich. Die Störung selbst könne keineswegs als besonders schwer ausgeprägt oder verlaufend gelten, da bislang nie eine stationäre Behandlung notwendig gewesen sei. Es könne von keiner andauernden völligen Arbeitsunfähigkeit ausgegangen werden. Ebenfalls werde die Prognose keineswegs als ausgesprochen schlecht eingeschätzt, sondern lediglich als unsicher im Hinblick auf die Höhe einer durch eine Behandlung mögliche Verbesserung des Gesundheitszustandes.

6. Die Beschwerdegegnerin stütze ihren Entscheid im Wesentlichen auf das psychiatrische Gutachten von Dr. med. E. ___ vom 24. November 2017 (IV-Nr. 93.1), weshalb nachfolgend dessen Beweiswert zu prüfen ist.

6.1 Die vom Gutachter Dr. med. E. ___ festgestellten Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit einer bipolaren affektiven Störung Typ II, gegenwärtig gemischte Episode (F 31.6) und einer Internetsucht werden unter Berücksichtigung der psychiatrischen Vorbefunde, der Anamnese und der eigenen gutachterlichen Untersuchungsbefunde schlüssig begründet. Insbesondere die Hauptdiagnose der bipolaren affektiven Störung Typ II wurde bereits zuvor vom behandelnden Psychiater Dr. med. G. ___ gestellt. Anders als Dr. med. G. ___ klassifizierte der Gutachter die Episode hingegen als gemischt. Dies wird im Gutachten nachvollziehbar begründet anhand des gleichzeitigen Auftretens von hypomanen und depressiven Symptomen. Im Begutachtungszeitpunkt seien gleichzeitig die Kriterien für eine Hypomanie und für eine depressive Episode erfüllt gewesen. Ausserdem würden auch in den Vorakten hypomane und depressive Symptome beschrieben. Die in den Vorakten teils anderslautenden Diagnosen, namentlich ADS und ADHS, Persönlichkeitsstörungen und Suchterkrankungen, hat der Gutachter in nachvollziehbarer Weise als Symptome oder sekundäre Folgen der bipolaren Erkrankung beurteilt. Die Alkoholproblematik sei etwa im Sinne eines Selbstbehandlungsversuchs als Beruhigungs- oder Schlafmittel zu werten. Auch die Internetsucht könne als Teil der hypomanen Symptomatik im Rahmen der gemischten affektiven Episode einer bipolaren Störung interpretiert werden. Die in den Vorakten diagnostizierten Persönlichkeitsstörungen seien ebenfalls auf die bipolare Erkrankung und mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf die phasenhaft vorhandenen hypomanen Symptome zurückzuführen. Schliesslich bestehe auch kein Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom (ADS) und kein Aufmerksamkeitsdefizithyperaktivitätssyndrom (ADHS). Vielmehr seien die schwankenden Auffälligkeiten im Bereich Aufmerksamkeit, Konzentration, Aktivitätsverhalten und Impulskontrolle vollständig auf die bipolare Erkrankung zurückzuführen. Verständlich dargelegt werden im Weiteren die gutachterlichen Erläuterungen hinsichtlich des Krankheitsbildes einer bipolaren Störung Typ II und insbesondere der damit verbundenen typischen Phasenschwankungen sowie der unterschiedlichen Krankheitsausprägungen durch die hypomanen, depressiven und gemischten Episoden. Anhand dieses Krankheitsbildes erläutert der Gutachter auch nachvollziehbar die auffällige Berufsgeschichte des Beschwerdeführers. Diese ist gekennzeichnet von zahlreichen relativ kurzen Anstellungen, welche durch Entlassungen beendet wurden, wiederholten Krisen, längeren Phasen der Arbeitsunfähigkeit oder Arbeitslosigkeit sowie etlichen begonnenen und nur teils erfolgreich abgeschlossenen

Ausbildungen. Aufgrund der phasenhaft und der je nach Episode unterschiedlich auftretenden Symptomatik leuchtet es ein, dass der Gutachter den Umfang der Arbeitsfähigkeit nicht dauerhaft, sondern nur bezogen auf den Begutachtungszeitpunkt bestimmen konnte. Nach Auffassung des Gutachters könnten die Schwankungen zwar durch eine adäquate Behandlung sehr wahrscheinlich gemindert werden. Der Grad der Minderung könne jedoch erst nach erfolgter und kontrollierter Behandlung abgeschätzt werden. Therapieunabhängig sei aber davon auszugehen, dass auch künftig mit symptomfreien Intervallen sowie mit immer wieder neu auftretenden Episoden zu rechnen sei. Insofern muss im vorliegend zu beurteilenden Fall unbeschadet eines allfälligen Behandlungserfolgs von künftigen Schwankungen in Bezug auf den Krankheitsverlauf und die Arbeitsfähigkeit ausgegangen werden. Der Gutachter attestierte dem Beschwerdeführer bezogen auf den momentan unbehandelten Zustand eine Arbeitsfähigkeit für die Tätigkeit als Sozialpädagoge mit leitender Funktion in Höhe von 10 - 20 % und bezüglich der Tätigkeit als Sozialpädagoge ohne leitende Funktion in Höhe von 32 - 40 %. Ein Zumutbarkeitsprofil für eine Verweistätigkeit könne aktuell ■ ohne Durchführung einer einjährigen leitlinienkonformen Behandlung ■ nicht beurteilt werden. Der Gutachter räumte ferner ein, dass die Anpassung eines Arbeitsplatzes an die schweren Schwankungen von weitgehend vorhandener Arbeitsfähigkeit bis hin zur vollständig aufgehobenen Arbeitsfähigkeit aus gutachterlicher Sicht im ersten Arbeitsmarkt kaum denkbar sei. Ist die Leistungsfähigkeit der versicherten Person starken Schwankungen unterworfen und ergeben sich daraus besondere Schwierigkeiten bei der prozentualen Festlegung des Arbeitsunfähigkeitsgrades, so ist der Beizug des behandelnden Psychiaters bzw. der behandelnden Psychiaterin unumgänglich (vgl. Urteil des ehemaligen Eidgenössischen Versicherungsgerichts I 686/04 vom 8. Februar 2005). Die vom Gutachter angenommene volle Arbeitsunfähigkeit ab spätestens Herbst 2016 sowie die bezogen auf den Behandlungszeitpunkt festgelegte Arbeitsfähigkeit von 32 - 40 % in einer Tätigkeit als Sozialpädagoge ohne Leitungsfunktion bzw. 10 - 20 % in einer Tätigkeit als Sozialpädagoge mit Leitungsfunktion lassen sich anhand der Berichte der ehemals behandelnden Psychiaterin Dr. med. F. ___ und des behandelnden Psychiaters Dr. med. G. ___ grundsätzlich plausibilisieren. Nach einhelliger Auffassung eignet sich der Beschwerdeführer nicht für eine Leitungsposition. Gemäss Bericht von Dr. med. F. ___ vom 18. Juni 2016 (IV-Nr. 56 S. 5 ff.) war der Versicherte in der Vergangenheit grossmehrheitlich arbeitsunfähig, wobei es auch Phasen von Teilarbeitsfähigkeit gab. Von Seiten des behandelnden Psychiaters wurde die Arbeitsfähigkeit ab ca. Sommer 2016 sowohl in der bisherigen als auch in einer angepassten Tätigkeit verneint (IV-Nr. 80 und 81). Dr. med. G. ___ hielt die Wiederaufnahme einer Tätigkeit in einem anderen Sozialberuf jedoch für nicht ausgeschlossen. Prognostisch sei mit einer geringfügigen Besserung des Gesundheitszustandes zu rechnen. Eine Umschulung in einen handwerklichen Beruf sei seiner Ansicht nach wünschenswert. Insgesamt erweist sich damit die gutachterliche Einschätzung der Arbeitsfähigkeit von 0 % ab Herbst 2016 resp. ab Begutachtungszeitpunkt von 32 - 40 % in einer Tätigkeit als Sozialpädagoge ohne Leitungsfunktion als vereinbar mit den vormaligen Berichten der behandelnden Psychiater. Dies wird von den Parteien auch zu Recht nicht in Frage gestellt. Daraus folgt, dass der unabhängige Gutachter und Facharzt basierend auf den medizinischen Vorakten und den eingehenden eigenen Untersuchungen zu schlüssigen und nachvollziehbaren Ergebnissen kam. Da im Weiteren keine konkreten Indizien gegen die Zuverlässigkeit seiner Expertise sprechen, ist dieser grundsätzlich volle Beweiskraft zuzumessen. Für die Beurteilung des Invaliditätsgrades ist

daher ab Herbst 2016 von einer vollen Arbeitsunfähigkeit in jeder Tätigkeit auszugehen. Ab dem Begutachtungszeitpunkt kann von einer 32 - 40%igen Arbeitsfähigkeit als Sozialpädagoge ohne Leitungsfunktion ausgegangen werden, wobei mit wiederkehrenden Episoden voller Arbeitsunfähigkeit gerechnet werden muss.

6.2 Nach dem soeben überprüften Beweiswert des Gutachtens ist nachfolgend das psychische Leiden des Beschwerdeführers noch anhand des sogenannten strukturierten Beweisverfahrens gemäss BGE 141 V 281 zu beurteilen. Mit BGE 143 V 418 vom 30. November 2017 hat das Bundesgericht seine Rechtsprechung dahingehend geändert, dass im Rahmen der Beurteilung des Anspruchs auf eine Invalidenrente bei psychischen Leiden sämtliche psychischen Erkrankungen einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen sind. Das vorliegend zu beurteilende Gutachten von Dr. med. E. ___ wurde am 24. November 2017 ■ und somit unmittelbar vor der besagten revidierten Rechtsprechung ■ erstellt. Gutachten, welche nach früherem Verfahrensstandard eingeholt wurden, verlieren nicht per se ihren Beweiswert. Vielmehr ist im Rahmen einer gesamthaften Prüfung des Einzelfalls mit seinen spezifischen Gegebenheiten und den erhobenen Rügen entscheidend, ob ein abschliessendes Abstellen auf die vorhandenen Beweisgrundlagen vor Bundesrecht standhält (Urteil des Bundesgerichts 9C_167/2018 vom 26. April 2018 E. 4.1 mit Verweis auf BGE 141 V 281 E. 8 S. 309). Zu prüfen ist somit nachfolgend, ob das Gutachten auch eine schlüssige Beurteilung im Lichte der Indikatoren gemäss BGE 141 V 281 unter Berücksichtigung der neuesten Rechtsprechung erlaubt oder nicht.

In BGE 141 V 281 hat das Bundesgericht für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit von Versicherten mit psychosomatischen Leiden Standardindikatoren definiert. Mit Hilfe dieser sollen die Rechtsanwendenden die gutachterliche Beurteilung besser nachvollziehen können. Anhand eines Kataloges von Indikatoren soll eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des ■ unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits ■ tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens erfolgen (E. 4.1.3):

1) Kategorie «funktioneller Schweregrad» (E. 4.3)

a) Komplex «Gesundheitsschädigung» (E. 4.3.1)

-Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde (E. 4.3.1.1)

-Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz (E. 4.3.1.2)

-Komorbiditäten (E. 4.3.1.3)

b) Komplex «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen; E. 4.3.2)

c) Komplex «Sozialer Kontext» (E. 4.3.3)

2) Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens; E. 4.4)

-gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1)

-behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2)

Zunächst sind im Rahmen der Kategorie «funktioneller Schweregrad» die Indikatoren zum Komplex «Gesundheitsschädigung» näher auszuleuchten. Entscheidend sind demnach die Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome, deren

Behandlungs- und Eingliederungserfolg resp. -resistenz sowie allfällige Komorbiditäten. In Bezug auf die Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome ist dem Gutachten zu entnehmen, dass beim Beschwerdeführer in den Phasen der bipolaren Erkrankung erhebliche Einschränkungen in der Konzentrationsfähigkeit, der Handlungssteuerung mit negativen Auswirkungen auf die Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit, der Anpassungsfähigkeit an Regeln und Routinen, der Planung und Strukturierung von Aufgaben, der Flexibilität und Umstellungsfähigkeit, der Selbstbehauptungsfähigkeit sowie der Kontaktfähigkeit zu Dritten und der Gruppenfähigkeit bestünden. Die jeweiligen Einschränkungen seien hierbei von der Art der Episode ■ hypoman, depressiv oder gemischt ■ sowie der Ausprägung und Schwere der Episode abhängig. Die bipolare Erkrankung sei an sich eine phasenhafte Erkrankung, wobei es beim Beschwerdeführer in der Vergangenheit kaum vollständig unauffällige Zeitabschnitte gegeben habe. Aufgrund des bisherigen Krankheitsverlaufs sei sodann auch künftig kaum mit symptomfreien Episoden zu rechnen. Gestützt auf die vorstehenden Ausführungen, wonach der Beschwerdeführer die meiste Zeit an Krankheitssymptomen leide und die Einschränkungen in Phasen der bipolaren Erkrankung erheblich seien, kann vorliegend auf ein erheblich ausgeprägtes Leiden geschlossen werden.

Hinsichtlich des Indikators Behandlungs- und Eingliederungserfolg resp. -resistenz ist dem Gutachten zu entnehmen, dass die erste behandelnde Psychiaterin die Symptomatik diagnostisch falsch zugeordnet und die bipolare Erkrankung nicht erkannt habe. Erst der aktuelle Psychiater habe die bipolare Störung erkannt und eine entsprechende pharmakologische Behandlung empfohlen. Diese sei bisher allerdings nicht durchgeführt worden. Grundsätzlich erscheine es wahrscheinlich, dass eine leitlinienkonforme Behandlung den Erkrankungsverlauf und die zukünftigen Funktionseinschränkungen verbessern könnte. Zu bedenken sei jedoch, dass die dominante Symptomatik von gemischten Episoden in der Anamnese einen deutlich negativen Faktor darstelle. In der Literatur sei bei wesentlich gemischten bipolaren affektiven Störungen eine schlechtere Prognose dokumentiert, selbst bei adäquater Behandlung. Weiter seien zum aktuellen Zeitpunkt berufliche Massnahmen ■ ohne Abwarten der Wirksamkeit einer leitlinienkonformen Therapie ■ mit überwiegender Wahrscheinlichkeit krankheitsbedingt zum Scheitern verurteilt. Gestützt auf die gutachterlichen Darlegungen kann zwar nicht von einer Behandlungs- und Eingliederungsresistenz gesprochen werden, die Erfolgsaussichten weiterer Behandlungen und Eingliederungsversuche erscheinen aber sehr fraglich.

Mit Blick auf den Indikator der Komorbidität ist zu prüfen, ob und bejahendenfalls inwieweit sich diese ressourcenhemmend auf die versicherte Person auswirkt. Erforderlich ist eine Gesamtbetrachtung der Wechselwirkungen und sonstigen Bezüge der psychiatrischen Diagnosen zu sämtlichen begleitenden krankheitswertigen Störungen. Gemäss BGE 143 V 418 fallen Störungen unabhängig von ihrer Diagnose bereits dann als rechtlich bedeutsame Komorbidität in Betracht, wenn ihnen im konkreten Fall ressourcenhemmende Wirkung beizumessen ist. Der Gutachter interpretierte namentlich eine Alkoholproblematik (gegenwärtig abstinent), eine Internetsucht sowie eine Schlafstörung in Form eines stark verschobenen Tag-Nacht-Rhythmus als sekundäre Auswirkungen der bipolaren Erkrankung. Somatisch sei ausser einer Knieproblematik, welche dem Beschwerdeführer keine wesentlichen Einschränkungen bereite, keine Erkrankung bekannt. Insofern bestehen nach Auffassung des Gutachters keine eigenständigen Begleiterkrankungen. Er weist hingegen darauf hin, dass die Krankheit

selbst und ihre sekundären Auswirkungen auf beruflicher Ebene zusätzlich negative Faktoren bewirkten, wie erhebliche Schulden und längere Arbeitslosigkeit. Daraus ergibt sich grundsätzlich eine negative Wechselwirkung zwischen der Erkrankung und den sekundären Auswirkungen. Eine ressourcenhemmende Wirkung der verschiedenen Störungen ist daher zu vermuten.

Zu der Kategorie «funktioneller Schweregrad» ist unter anderem der Komplex «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsentwicklung und -struktur, grundlegende psychische Funktionen) zu zählen. Gemäss Gutachten bestünden beim Versicherten seit Ende der Schulzeit psychiatrische Auffälligkeiten. Einerseits seien dies Selbstunsicherheit und depressive Symptome mit Antriebsmangel, herabgesenkter Stimmung und Freudlosigkeit sowie andererseits auch deutlich gesteigerter Antrieb und Geschäftigkeit mit vielfältigen Ideen und Handlungen sowie vermindertem Schlaf. Auffällig seien sodann auch die Interaktionsschwierigkeiten mit anderen Personen. Insgesamt ist im Lichte der gemachten Ausführungen demnach beim Beschwerdeführer von einer eher ungünstigen Persönlichkeitsstruktur auszugehen.

Innerhalb der Kategorie «funktioneller Schweregrad» bestimmt ferner auch der Komplex «Sozialer Kontext» mit darüber, wie sich die (kausal allein massgeblichen) Auswirkungen der Gesundheitsbeeinträchtigung konkret manifestieren. Gemäss Gutachten sind die Eltern des Beschwerdeführers verstorben. Seine beiden jüngeren Geschwister lebten in Deutschland. Der Versicherte sei verheiratet und habe einen Sohn. Die Ehefrau leide an einer manisch-depressiven Erkrankung, ev. auch an einer Schizophrenie. Die Ehe werde vom Versicherten als inzwischen unterstützend und positiv bezeichnet. Allerdings belasteten ihn die wiederkehrenden schweren Krankheitsphasen seiner Ehefrau zusätzlich. Bis 2012 seien sie in solchen Situationen jeweils von seiner Mutter unterstützt worden, welche jedoch im Jahr 2012 plötzlich verstorben sei. Den Grossteil seiner Freizeit verbringe der Beschwerdeführer im Internet. Aus dem Gesagten folgt, dass der soziale Lebenskontext des Versicherten kaum mobilisierbare Ressourcen enthält.

Der Indikator einer gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen der Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens) zielt auf die Frage ab, ob die diskutierte Einschränkung in Beruf und Erwerb (bzw. bei Nichterwerbstätigen im Aufgabenbereich) einerseits und in den sonstigen Lebensbereichen (beispielsweise Freizeitgestaltung) andererseits gleichermassen ausgeprägt ist (BGE 141 V 281 E. 4.4.1 S. 303 f.). Diesbezüglich hält der Gutachter fest, dass sich auch im privaten Bereich durch die bipolare Erkrankung phasenabhängig deutliche Einschränkungen ergeben hätten, insbesondere bezüglich der Pflege von engen Beziehungen und Spontanaktivitäten. Diese Feststellung lässt auf eine konsistente Einschränkung des Aktivitätenniveaus schliessen.

Der in die gleiche Kategorie («Konsistenz») fallende Aspekt des behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesenen Leidensdrucks betrifft die Frage nach der Inanspruchnahme von therapeutischen Optionen. Das Ausmass, in welchem Behandlungen wahrgenommen oder eben vernachlässigt werden, weist im Regelfall auf den tatsächlichen Leidensdruck hin (BGE 141 V 281 E. 4.4.2 S. 304). Hierzu ist dem Gutachten zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer zunächst zahlreiche anthroposophische und andere alternativmedizinische Ärzte sowie diverse Heiler zum Teil auf erhebliche eigene Kosten aufgesucht habe. Im Jahr 2013 sei es zum ersten psychiatrischen Kontakt gekommen, bei dem jedoch die Symptomatik diagnostisch falsch zugeordnet und die bipolare Erkrankung

nicht erkannt worden sei. Erst der aktuelle Psychiater habe die bipolare Störung erkannt und eine entsprechende pharmakologische Behandlung empfohlen. Diese sei aus weltanschaulicher Sicht im Rahmen des anthroposophischen Weltbildes und der Ablehnung des Versicherten von schulmedizinischen Medikamenten bisher allerdings nicht durchgeführt worden. Aus dem Gesagten folgt, dass insbesondere die in Anspruch genommenen regelmässigen Behandlungen für einen Leidensdruck sprechen. Die bisher nicht befolgte pharmakologische Behandlung kann sodann nicht als fehlender Leidensdruck gedeutet werden. Vielmehr ist die ablehnende Haltung auf die Weltanschauung des Beschwerdeführers zurückzuführen, womit ein behandlungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck bejaht werden kann.

6.3 Gestützt auf die obigen Erwägungen ergibt sich, dass das psychiatrische Gutachten von Dr. med. E.____ genügend Aufschluss über die massgeblichen Indikatoren gemäss BGE 141 V 281 gibt. Eine Gesamtwürdigung der Indikatoren ergibt im Weiteren, dass die ressourcenhemmenden Faktoren deutlich überwiegen, womit die gutachterliche Beurteilung der Arbeitsfähigkeit auch im Lichte der neuen Rechtsprechung überzeugt. Demnach kann auf das Gutachten von Dr. med. E.____ abgestellt werden.

7. Zu beurteilen ist im Weiteren die umstrittene Frage, ob der Beschwerdeführer die gutachterlich attestierte Restarbeitsfähigkeit wirtschaftlich verwerten kann.

7.1 Die Beschwerdegegnerin bejahte im angefochtenen Entscheid die Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit. Dagegen wendet der Beschwerdeführer im Wesentlichen ein, dass eine Anpassung des Arbeitsplatzes bzw. eine Verweistätigkeit aufgrund der schweren Schwankungen der bipolaren Störung nicht möglich sei. Kein durchschnittlich entgegenkommender Arbeitgeber, auch auf dem hypothetisch ausgeglichenen Arbeitsmarkt, werde eine Person anstellen, bei welcher immer mit Intervallen schwerer Beeinträchtigungen und völliger Arbeitsunfähigkeit von im Vornherein nicht abschätzbarer Dauer zu rechnen sei.

7.2 Für die Invaliditätsbemessung ist nicht massgeblich, ob eine invalide Person unter den konkreten Arbeitsmarktverhältnissen vermittelt werden kann, sondern einzig, ob sie die ihr verbliebene Arbeitskraft noch wirtschaftlich nutzen könnte, wenn ein Gleichgewicht von Angebot und Nachfrage nach Arbeitskräften bestünde (ausgeglichener Arbeitsmarkt, Art. 16 ATSG). Der ausgeglichene Arbeitsmarkt umfasst auch sogenannte Nischenarbeitsplätze, also Stellen- und Arbeitsangebote, bei welchen Behinderte mit einem sozialen Entgegenkommen von Seiten des Arbeitgebers rechnen können. Dabei geht es um Arbeitsmöglichkeiten, welche der Arbeitsmarkt von seiner Struktur her, jedoch abstrahiert von den konjunkturellen Verhältnissen, umfasst. Von einer Arbeitsgelegenheit kann hingegen dann nicht mehr gesprochen werden, wenn die zumutbare Tätigkeit nurmehr in so eingeschränkter Form möglich ist, dass sie der ausgeglichene Arbeitsmarkt praktisch nicht kennt oder sie nur unter nicht realistischem Entgegenkommen eines durchschnittlichen Arbeitgebers möglich wäre und das Finden einer entsprechenden Stelle daher von vornherein als ausgeschlossen erscheint. Fehlt es an einer wirtschaftlich verwertbaren Resterwerbsfähigkeit, liegt eine vollständige Erwerbsunfähigkeit vor, die einen Anspruch auf eine ganze Invalidenrente begründet. Die Möglichkeit der versicherten Person, das verbliebene Leistungsvermögen auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu verwerten, lässt sich nicht nach einer allgemeinen Regel bemessen, sondern hängt von den Umständen des Einzelfalls ab. Massgebend können die Art und Beschaffenheit des Gesundheitsschadens und seiner Folgen, der absehbare Umstellungs- und Einarbeitungsaufwand und in diesem

Zusammenhang auch die Persönlichkeitsstruktur, vorhandene Begabungen und Fertigkeiten, Ausbildung, beruflicher Werdegang oder Anwendbarkeit von Berufserfahrung aus dem angestammten Bereich sein (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_652/2014 vom 9. Januar 2015 E. 3.2.2.1, 9C_95/2007 vom 29. August 2007 E. 4.3, 9C_446/2012 vom 16. November 2012 E. 5.2, je mit Hinweisen).

7.3 Unbestritten ist, dass sowohl der konkrete als auch der ausgeglichene Arbeitsmarkt Teilzeitstellen im Umfang von 30 - 40 % für Sozialpädagogen ohne Leitungsfunktion vorsehen. Fraglich ist hingegen, ob der ausgeglichene Arbeitsmarkt von seiner Struktur her im Bereich der Sozialpädagogik auch Arbeitsmöglichkeiten umfasst, bei welchen wiederkehrende langfristige Arbeitsausfälle gebilligt werden. Der psychiatrische Gutachter stellte im Rahmen der Würdigung des Krankheitsverlaufs ab Beginn 2013 bis November 2017 fest, dass spätestens ab April 2013, sehr wahrscheinlich schon vorher, bis November 2014 mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine gemischte Episode der bipolaren Störung vorgelegen habe, welche zu einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit geführt habe. Nachdem sich in der Folge die Symptomatik der gemischten Episode langsam rückläufig gezeigt habe, hätten über das Jahr 2016 erneut Symptome einer gemischten Episode begonnen. Mindestens ab Herbst 2016 bis mindestens Frühjahr 2017, eventuell auch bis Sommer 2017, habe wiederum eine volle Arbeitsunfähigkeit bestanden. Im beurteilten Zeitraum von rund fünf Jahren kam es beim Beschwerdeführer demnach zu zwei gemischten Episoden der bipolaren Erkrankung, welche zunächst eine volle Arbeitsunfähigkeit von mindestens einem Jahr und acht Monaten und danach eine volle Arbeitsunfähigkeit von sechs bis neun Monaten zur Folge hatten. Gesamthaft betrachtet war der Beschwerdeführer im beurteilten Zeitraum von rund fünf Jahren fast die Hälfte der Zeit vollständig arbeitsunfähig. Zwischen den beiden gemischten Episoden bestand während rund einem Jahr und neun Monaten eine Arbeitsfähigkeit resp. eine Teilarbeitsfähigkeit. Der besagte Verlauf ergibt damit ein hohes Risiko für eine erneute gemischte Episode der bipolaren Erkrankung mit einer längerfristigen vollen Arbeitsunfähigkeit. Vor diesem Hintergrund überzeugt die Einschätzung des Gutachters, wonach die Anpassung eines Arbeitsplatzes an die schweren Schwankungen von weitgehend vorhandener Arbeitsfähigkeit bis hin zur vollständig aufgehobenen Arbeitsfähigkeit im ersten Arbeitsmarkt kaum denkbar sei. Es ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass auch ein ausgeglichener Arbeitsmarkt von seiner Struktur her keine 30 - 40 %-Stelle offen hält für einen Sozialpädagogen, der wiederkehrend für jeweils mindestens sechs bis hin zu 20 Monate vollständig ausfällt. Eine solch langfristige Absenz kann ■ entgegen der Darlegung der Beschwerdegegnerin ■ nicht durch die Flexibilität, welche ein Teilzeitpensum grundsätzlich bietet, aufgefangen werden. Das Tätigkeitsprofil eines Sozialpädagogen erscheint auch grundsätzlich als kaum zugänglich für Personen mit stark schwankendem Leistungsvermögen. Insofern ist mit dem Beschwerdeführer davon auszugehen, dass eine Anstellung des Beschwerdeführers unter den gegebenen Umständen ein nicht realistisches Entgegenkommen eines durchschnittlichen Arbeitgebers verlangen würde und daher von vornherein als ausgeschlossen erscheint. Zwar erachtete der Gutachter eine Minderung dieser schweren Schwankungen bei einer adäquaten leitlinienkonformen Behandlung für überwiegend wahrscheinlich, wobei er allerdings gleichzeitig darauf hinwies, dass auch im Falle einer optimalen Behandlung noch Schwankungen in einem geringeren Umfang bestehen bleiben würden. Der Gutachter betonte ausserdem wiederholt, er könne eine Langzeitprognose erst ein Jahr nach Durchführung einer Behandlung stellen. Insofern rechtfertigt es sich, auf die bislang erhobenen Einschätzungen des Gutachters abzustellen

und nicht auf einen künftig behandelten, hypothetischen Krankheitszustand. Sollte sich im weiteren Verlauf eine nachhaltige Verbesserung einstellen, wäre dieser allenfalls durch eine Revision der Rente Rechnung zu tragen.

7.4 Aus den dargelegten Gründen ist vorliegend davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer die bezogen auf den Begutachtungszeitpunkt festgestellte Restarbeitsfähigkeit im Umfang von 32 - 40 % in einer Tätigkeit als Sozialpädagoge ohne Leitungsfunktion nicht verwerten kann. Auf dieses Ergebnis lassen zum einen die geäusserten Zweifel des Gutachters an der möglichen Anpassung eines Arbeitsplatzes an die starken Schwankungen der Arbeitsfähigkeit und zum anderen der bisherige Krankheitsverlauf, welcher ein hohes Risiko für eine erneute langfristige volle Arbeitsunfähigkeit erkennen lässt, schliessen. Eine Anstellung unter diesen Bedingungen wäre nur unter nicht realistischem Entgegenkommen eines durchschnittlichen Arbeitgebers möglich und daher sehr unwahrscheinlich. Im Übrigen wurde vorliegend keine anderweitige besser verwertbare Verweistätigkeit ausgewiesen. Der Gutachter hat auf die Formulierung eines Zumutbarkeitsprofils für Verweistätigkeiten explizit verzichtet, weil er ein solches erst nach einer adäquaten leitlinienkonformen Therapie beurteilen könne.

8. Zusammenfassend ist damit festzuhalten, dass mangels Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit eine vollständige Erwerbsunfähigkeit vorliegt, die einen Anspruch auf eine ganze Invalidenrente begründet. Die seit Herbst 2016 ausgewiesene volle Arbeitsunfähigkeit rechtfertigt damit unter Berücksichtigung der einjährigen Wartefrist gemäss Art. 28 Abs. 1 lit. c IVG einen vollen Rentenanspruch ab September 2017. In Gutheissung der Beschwerde werden damit die Verfügungen vom 7. und 14. Februar 2019 aufgehoben und dem Beschwerdeführer wird ab September 2017 eine ganze Invalidenrente zugesprochen.

9. Bei diesem Verfahrensausgang steht dem Beschwerdeführer eine ordentliche Parteientschädigung zu, die von der Beschwerdegegnerin zu bezahlen ist. Da von deren Solvenz auszugehen ist, erübrigt sich das Festsetzen des amtlichen Honorars im Rahmen der unentgeltlichen Rechtspflege. In Anbetracht von Aufwand und Schwierigkeit des Prozesses ist die Parteientschädigung auf CHF 1'927.95 festzusetzen (6.94 Stunden zu CHF 250.00 [§ 160 Abs. 2 GT], zuzügl. Auslagen von CHF 55.10 und MwSt). Die Differenz zur eingereichten Kostennote ergibt sich aus den Positionen «Brief an Klient» mit einem Aufwand von jeweils 0.17 Stunden, welche als Orientierungskopien an den Klienten zu werten sind und damit als Kanzleiaufwand gelten, welcher bereits im Stundenansatz des Rechtsvertreters enthalten ist und demnach nicht gesondert vergütet wird. Der nachprozessuale Aufwand wird zudem auf praxisgemäss 0.5 Stunden gekürzt, da aufgrund der Gutheissung geringer ausfällt.

Aufgrund von Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 - 1'000.00 festgelegt. Nach dem Ausgang des vorliegenden Verfahrens hat die IV-Stelle die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen. Folglich ist dem Beschwerdeführer der geleistete Kostenvorschuss von CHF 600.00 zurückzuerstatten.

Demnach wird erkannt:

1. In Gutheissung der Beschwerde werden die Verfügung der IV-Stelle des Kantons Solothurn vom 7. Februar 2019 sowie die beiden Verfügungen der IV-Stelle des Kantons Solothurn vom 14. Februar 2019 aufgehoben.

2. Der Beschwerdeführer hat ab 1. September 2017 Anspruch auf eine ganze Invalidenrente.

3. Die IV-Stelle des Kantons Solothurn hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von CHF 1'927.95 (inkl. Auslagen und MwSt) zu bezahlen.

4. Die IV-Stelle des Kantons Solothurn hat die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen. Der geleistete Kostenvorschuss von CHF 600.00 wird dem Beschwerdeführer zurückerstattet.

Rechtsmittel

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

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Der Präsident

Die Gerichtsschreiberin

Flückiger

Baltermia-Wenger

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