

# **SO\_GERICHTE VSBES.2020.9 vom 14. Dezember 2020**

SO Obergericht, 2020-12-14, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so\\_gerichte\\_VSBES.2020.9](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2020.9)

FR: SO\_GERICHTE VSBES.2020.9 du 14 décembre 2020

IT: SO\_GERICHTE VSBES.2020.9 del 14 dicembre 2020

## **Erwägungen**

### **E. 1**

1.1 Erlässt ein Versicherungsträger eine Verfügung, welche die Leistungspflicht eines anderen Trägers berührt, so hat er gemäss Art. 49 Abs. 4 Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1) auch ihm die Verfügung zu eröffnen. Dieser kann die gleichen Rechtsmittel ergreifen wie die versicherte Person. Der Vorbescheid und die Verfügung betreffend eine IV-Rente sind unter anderem der zuständigen Einrichtung der beruflichen Vorsorge zuzustellen (Art. 73bis Abs. 2 lit. f in Verbindung mit Art. 76 Abs. 1 lit. a Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV, SR 831.201]).

1.2 Die Invaliditätsbemessung der Invalidenversicherung ist für die Organe der (obligatorischen) beruflichen Vorsorge prinzipiell bindend und damit geeignet, die Leistungspflicht einer Vorsorgeeinrichtung in grundsätzlicher, zeitlicher und masslicher Hinsicht zu beeinflussen. Die Vorsorgeeinrichtung ist daher durch Verfügungen der IV-Stelle über den Rentenanspruch als solchen oder den Invaliditätsgrad im Sinne von Art. 49 Abs. 4 ATSG unmittelbar berührt und zur Beschwerde berechtigt (BGE 132 V 1 E. 3.3.1 S. 5).

1.3 Der Beigeladene ist im Rahmen der beruflichen Vorsorge bei der Beschwerdeführerin versichert. Die Verfügungen vom 29. November 2019 und 7. Januar 2020 wurden dieser zugestellt, weshalb die Bindungswirkung grundsätzlich zu bejahen ist. Soweit sich das Rechtsmittel auf Fragestellungen bezieht, die für die Beurteilung des Rentenanspruchs gegenüber der Invalidenversicherung entscheidend sind, ist die Beschwerdeführerin zur Beschwerdeführung legitimiert (BGE 133 V 67 E. 4.3.2 S. 69; Urteil des Bundesgerichts 9C\_1027/2008 vom 10. August 2009 E. 4.1). Das hier urteilende Gericht ist sachlich und örtlich zuständig. Auf die Beschwerde ist demnach einzutreten.

### **E. 2**

2.1 Die Beschwerdegegnerin legt in den angefochtenen Verfügungen (IV-Nrn. 56 und 59; jeweils A.S. 1 ff. in den Verfahren VSBES.2020.9 und VSBES.2020.33) dar, die versicherungsmedizinischen Abklärungen hätten ergeben, dass dem Beigeladenen die angestammte Tätigkeit als Maschinenführer seit 13. März 2017 (Beginn der einjährigen Wartefrist) nicht mehr zumutbar sei. Auch in einer angepassten Verweistätigkeit liege derzeit keine Arbeitsfähigkeit vor. Somit bestehe bei einem Invaliditätsgrad von 100 % ab 1. Juni 2018 ein Anspruch auf eine volle Invalidenrente. Der von der Krankentaggeldversicherung in Auftrag gegebene gutachterliche Bericht vom 5. Juli 2018 gebe zur gesundheitlichen Situation hinreichend Auskunft. Widersprüche zwischen den erhobenen Befunden und den daraus gezogenen Schlussfolgerungen seien nicht erkennbar. Auf diesen Bericht könne abgestellt werden. Anhaltspunkte für eine seit dieser

Begutachtung erfolgte relevante Veränderung des Gesundheitszustandes ergäben sich nicht. Aufgrund der Chronifizierung der Erkrankung und der Komorbidität der beiden beim Beigeladenen gestellten Diagnosen sei davon auszugehen, dass die neu begonnene psychologische Behandlung einen längeren Zeithorizont benötigen werde, um eine Verbesserung resp. zumindest eine Stabilisierung des Gesundheitszustandes bewirken zu können. Bis dahin seien berufliche Eingliederungsmassnahmen nicht zielführend.

2.2 Die Beschwerdeführerin lässt dem in ihren Beschwerden (A.S. 10 ff. im Verfahren VSBES.2020.9 und A.S. 9 ff. im Verfahren VSBES.2020.33) sowie in ihrer Rückäusserung (A.S. 76 ff.) entgegenhalten, dass kein invalidisierender Gesundheitsschaden vorliege, der Beigeladene die Schadenminderungspflicht verletzt und sich die Beschwerdegegnerin nicht an den Untersuchungsgrundsatz gehalten habe. Die Beschwerdegegnerin halte in der angefochtenen Verfügung fest, dass med. pract. F. \_\_\_ sinngemäss keine aktuellen Angaben zum Zustand des Beigeladenen machen könne. Dessen Arztbericht vom 28. Oktober 2019 sei jedoch zu entnehmen, dass der Beigeladene gegenwärtig eine Tätigkeit ausführe und ihm eine angepasste Tätigkeit von acht Stunden am Tag zumutbar sei. Des Weiteren stelle der Arzt eine gute Prognose zur Eingliederung in einer angepassten Tätigkeit. Diese Angaben habe die Beschwerdegegnerin schlichtweg ignoriert. Der Erklärung der Beiständin des Beigeladenen lasse sich entnehmen, dass dieser seit Längerem nicht mehr in psychiatrischer Behandlung gewesen sei und sich nun seit November 2019 in einer psychologischen (nicht psychiatrischen) Behandlung bei Dr. phil. G. \_\_\_ befinde. Eine Stellungnahme von diesem liege in den Akten jedoch nicht vor. Insgesamt gebe es keine Arztberichte mit Beweiswert gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung, die eine Schlussfolgerung auf einen invalidisierenden Gesundheitszustand erlaubten. Aus der aktualisierten Aktenlage könne ein invalidisierender Gesundheitsschaden weiterhin nicht dargelegt werden. Zudem würden eine Verbesserung des Gesundheitszustands und eine gute Prognose im Rahmen der neuen Abklärungen bestätigt.

Im Abschlussbericht sei festgehalten worden, dass die vereinbarte berufliche Massnahme durch den Beigeladenen nicht angetreten worden sei, da dieser mitgeteilt habe, einen Rückfall erlitten zu haben und sich nicht in der Lage zu fühlen, die Massnahme anzutreten. Die Krankheit stehe im Vordergrund. Gestützt darauf habe man die beruflichen Massnahmen abgeschlossen. Es sei nicht nachvollziehbar, weshalb diese allein gestützt auf das subjektive Empfinden des Beigeladenen abgebrochen worden seien. Eine objektive Einschätzung liege auch nach den vorgenommenen Abklärungen infolge des Einwandes der Beschwerdeführerin nicht vor. Dies widerspreche auf grobe Weise dem Grundsatz, dass eine Erwerbsunfähigkeit nur dann vorliege, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar sei. Andererseits sei festgehalten worden, dass mehrere Massnahmen gescheitert seien. Den Akten sei jedoch nur diese eine Massnahme zu entnehmen. Es wäre ganz klar angezeigt gewesen, noch weitere Möglichkeiten zu prüfen und nicht gleich nach dem ersten Versuch die gesamte Eingliederung abzubrechen. Der Beigeladene müsse im Rahmen der Schadenminderungspflicht eine zumutbare angepasste Tätigkeit annehmen. Weiter müsse er sich einer zumutbaren Behandlung unterziehen. Den Akten sei zu entnehmen, dass er den stationären Aufenthalt in der psychiatrischen Klinik H. \_\_\_ auf eigenen Wunsch abgebrochen habe. Es sei nicht ersichtlich, weshalb im vorliegenden Fall der stationäre Aufenthalt nicht zumutbar sein sollte. Da dieser grundsätzlich eine Verbesserung der Erwerbsfähigkeit hätte bewirken können, sei der Beigeladene verpflichtet, einen solchen durchzuführen. Ebenfalls sei unklar, weshalb sich der Beigeladene über längere Zeit nicht

mehr in psychiatrische Behandlung begeben habe und nun psychologische Betreuung in Anspruch nehme. Das Anführen von langen Wartelisten, um die Unzumutbarkeit der Behandlung bei einem Psychiater geltend machen zu können, sei ungenügend. Ferner fehle eine Stellungnahme des behandelnden Psychologen und es sei absolut unklar, welcher Facharzt für die Medikamenteneinstellung zuständig sei.

Schliesslich habe die Beschwerdegegnerin den Untersuchungsgrundsatz verletzt. Es liege ein Bericht bei den Akten, welcher sich zur Medikation mit Lithium äussere, welches vorliegend scheinbar nicht angewendet werden könne. Es werde jedoch eine neue medikamentöse Strategie erwähnt, deren Erfolg noch abzuwarten sei. Der Entscheid der Beschwerdegegnerin sei ohne Vorliegen dieses Resultates erlassen worden. Diese hätte jedoch Abklärungen vornehmen müssen, da eine funktionierende Medikation durchaus grosse Auswirkungen auf die Erwerbsfähigkeit des Versicherten haben könne. Des Weiteren erschliesse sich aus der vorliegenden Aktenlage nicht, bei welchen Ärzten sich der Versicherte zu welchem Zeitpunkt in Behandlung befunden habe. Auch die erfolgte medikamentöse Behandlung sei nicht bekannt. Abschliessend sei festzuhalten, dass das Leistungsbegehren gestützt auf den psychiatrischen Abschlussbericht der Klinik I.\_\_\_\_, die psychiatrische Begutachtung der J.\_\_\_\_ und die abschliessende Stellungnahme des RAD zugesprochen worden sei, welche allesamt mindestens acht Monate vor Erlass der Verfügung erstellt worden seien. Es fehle gänzlich an einer psychiatrischen Begutachtung zum aktuellen Gesundheitsschaden, zum Verlauf der Therapie und der Medikamenteneinstellung. Indem die Beschwerdegegnerin eine Rente ohne abschliessende Klärung des Gesundheitszustandes und Prüfung der notwendigen Kriterien gemäss den Anforderungen des strukturierten Beweisverfahren gesprochen habe, habe sie den Untersuchungsgrundsatz verletzt. Sollte das Gericht wider Erwarten zu einem anderen Schluss kommen, seien weitere Abklärungen des medizinischen Sachverhalts notwendig und in der Sache neu zu entscheiden.

In seiner Stellungnahme vom 11. Mai 2020 bringe der Beigeladene ein bisher unbekanntes Schreiben von med. pract. F.\_\_\_\_ vom 28. Januar 2020 vor, wo dieser eine Berichtigung bezüglich der Arbeitstätigkeit des Beigeladenen im zweiten Arbeitsmarkt vornehme. Weiter präzisiere dieser seine Angaben mit Schreiben vom 31. März 2020. Diese Schreiben datierten nach Verfügungserlass und seien daher grundsätzlich im Rahmen des hängigen Verfahrens nicht zu berücksichtigen. Im Übrigen könne auf diese Berichte auch deshalb nicht abgestellt werden, weil diese sich kategorisch nur zum zweiten Arbeitsmarkt äusserten.

2.3 Der Beigeladene lässt in seinen beiden Eingaben (A.S. 61 ff. und 86 ff.) ausführen, med. pract. F.\_\_\_\_ habe seine Angaben vom 28. Oktober 2019 in seinem Schreiben vom 28. Januar 2020 (Beilage 2 zur Stellungnahme vom 11. Mai 2020) berichtigt. Er sei davon ausgegangen, dass der Beigeladene im zweiten Arbeitsmarkt tätig sei, was nicht der Wahrheit entsprochen habe und zum Zeitpunkt des Gesprächs mit dem Beigeladenen lediglich ein Wunsch für die mögliche Zukunft gewesen sei, was er missverstanden habe. Der Beigeladene habe seit dem 25. März 2017 zu keinem Zeitpunkt mehr eine Arbeit aufgenommen oder getätigt. Dies werde durch seine Krankmeldungen bis zum 12. März 2019 belegt, so die Erläuterungen von med. pract. F.\_\_\_\_.

Ob dem Beigeladenen aufgrund seiner psychischen Beschwerden eine gute Eingliederungsprognose zu stellen und in welchem Umfang eine Arbeitsfähigkeit zumutbar sei, habe ein Facharzt zu beurteilen. Eine solche Beurteilung liege vor. Darin werde auch

festgehalten, dass eine berufliche Eingliederung nur nach einer vorgängigen psychiatrischen Stabilisierung zu bewerkstelligen sei. Die gutachterliche Einschätzung teile auch med. pract. F.\_\_\_\_, der in seinem Bericht vom 31. März 2020 (Beilage 3 zur Stellungnahme vom 11. Mai 2020) festhalte, dass Voraussetzungen und Grundlage für die Ermöglichung einer künftigen Arbeitsfähigkeit eine anhaltende psychologisch / psychiatrisch medizinische Betreuung und Medikation seien. Insbesondere an der anhaltenden psychologisch / psychiatrisch medizinischen Betreuung fehle es momentan. Eine Stellungnahme von Dr. G.\_\_\_\_ bringe für die hier relevanten Fragen keine Klärung, weil erst eine Sitzung in Form eines Vorgesprächs stattgefunden habe. Dem Beigeladenen könne aber aktuell aus Kapazitätsgründen kein Therapieplatz angeboten werden. Der Abschlussbericht der Beschwerdegegnerin betreffend berufliche Massnahmen vom 26. Juni 2018 zeige, dass diese innerhalb der im psychiatrischen Gutachten der J.\_\_\_\_ vom 5. Juli 2018 beurteilten Zeitspanne durchgeführt werden sollten. Es sei demnach nicht so, dass die beruflichen Massnahmen alleine aufgrund des subjektiven Empfindens des Beigeladenen abgesagt worden seien. Vielmehr sei es so, dass gutachterlich nachvollziehbar und schlüssig festgehalten worden sei, dass eine Eingliederung beim derzeitigen Gesundheitszustand des Beigeladenen nicht möglich gewesen sei. Zur Zumutbarkeit eines stationären Aufenthalts sei zu sagen, dass es Teil des Krankheitsbildes des Beigeladenen sei, dass er mit neuen Situationen und vor allem mit vielen fremden Menschen auf engem Raum nicht umgehen könne. Zudem sei er seit seiner Kindheit durch stationäre Aufenthalte negativ geprägt. Es sei denn auch nicht so, dass er jegliche Therapie abgebrochen habe. Er habe sich weiterhin in ambulante Therapie in der Klinik I.\_\_\_\_ begeben und sich an die ihm verschriebene Medikation gehalten. Es sei denn auch bezeichnend, dass den vorliegenden medizinischen Berichten nicht entnommen werden könne, dass ein stationärer Aufenthalt für den Therapieerfolg zwingend notwendig sei, sondern es werde davon ausgegangen, dass auch eine ambulante Therapie angemessen sei. Dem Abschlussbericht der Klinik I.\_\_\_\_ sei zu entnehmen, dass ein Psychiater in unmittelbarer Nähe zum Wohnort des Beigeladenen gesucht werden solle, damit der Anfahrtsweg nicht weiter ein Hindernis für die Therapie darstelle. Im Umfeld des Wohnortes seien die Optionen für eine psychiatrische Behandlung beschränkt. In Absprache mit der Klinik I.\_\_\_\_ werde der Beigeladene medikamentös durch seinen Hausarzt betreut. Er sei intensiv bemüht, eine neue psychiatrische Therapiemöglichkeit zu finden, habe bei sieben Behandlerinnen und Behandlern angefragt und sei auf der Warteliste der Klinik I.\_\_\_\_.

Entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin handle es sich bei den am 11. Mai 2020 eingereichten Arztberichten von med. pract. F.\_\_\_\_ nicht um neue Tatsachen. Zwar datierten diese nach Erlass der jeweiligen Verfügungen, massgeblich sei allerdings der Sachverhaltsbezug. Schliesslich habe das genannte Zumutbarkeitsprofil des Beigeladenen generelle Bedeutung und könnte deshalb auch auf den ersten Arbeitsmarkt angewendet werden.

### **E. 3**

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

überwindbaren Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

3.2 Nach der neuen, am 30. November 2017 begründeten Rechtsprechung ist grundsätzlich auf sämtliche psychische Erkrankungen das sog. strukturierte Beweisverfahren gemäss BGE 141 V 281 anzuwenden (BGE 143 V 418 E. 7.2 S. 429 sowie 143 V 409 E. 4.5.2 S. 416 f.). Die Frage, ob ein psychisches Leiden zu einer ganzen oder teilweisen Arbeitsunfähigkeit führt, beurteilt sich nach einem strukturierten, normativen Prüfungsraster. Anhand eines Kataloges von Indikatoren, welche sich auf den funktionellen Schweregrad des Leidens und die Konsistenz des Verhaltens beziehen, erfolgt eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des ■ unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits ■ tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens (BGE 141 V 281 E. 3.6 S. 294 f. und E. 4.1.3 S. 297).

3.3 In zeitlicher Hinsicht sind ■ vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen ■ grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 132 V 215 E. 3.1.1 S. 220, 131 V 9 E. 1 S. 11 und 107 E. 1 S. 109, 127 V 466 E. 1 S. 467). Im vorliegenden Fall wird eine gesundheitliche Beeinträchtigung seit März 2017 (IV-Nr. 9) geltend gemacht. Der Rentenanspruch wiederum entsteht ■ sofern die entsprechenden Anspruchsvoraussetzungen gegeben sind ■ frühestens sechs Monate nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs (vgl. Anmeldung vom 14. November 2017, Eingang bei der Beschwerdegegnerin am 4. Dezember 2017 IV-Nr. 9), was hier im Juni 2018 der Fall wäre. Ein allfälliger Rentenanspruch könnte demnach frühestens ab 1. Juni 2018 gegeben sein. Damit sind die ab 1. Januar 2012 geltenden Bestimmungen der 6. IV-Revision massgebend.

3.4 Nach der seit 2012 geltenden Rechtslage haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), und die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. b und c). Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente.

#### **E. 4**

4.1 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung gestellt haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 132 V 93 E. 4 S. 99 f., 125 V 256 E. 4 S. 261).

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

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

5. Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin dem Beigeladenen zu Recht eine Invalidenrente zugesprochen hat. Hierzu bedarf es zunächst der Klärung des medizinischen Sachverhalts. Dabei sind im Wesentlichen folgende Unterlagen relevant:

5.1 Im Arztbericht der Klinik I.\_\_\_\_ vom 27. April 2018 (IV-Nr. 21.4 S. 1 ff.) werden folgende Diagnosen festgehalten:

Der Beigeladene leide aktuell an starken agoraphobischen Ängsten, welche mit einer starken vegetativen Symptomatik (Herzrasen, Schwindel, Ohnmachtsgefühl, Zittern, weiche Knie, Magen-Darm-Beschwerden, Übelkeit, verkrampfen des Körpers) einhergingen, die in Angstsituationen die Intensität einer Panikattacke annehmen könnten. Er leide stark unter der aktuellen Symptomatik und sei in seinem alltäglichen Leben eingeschränkt. Er habe ein starkes Vermeidungsverhalten entwickelt, welches im Alltag grosse Einschränkungen mit sich bringe. Aktuell leide er zudem an depressiver Verstimmung, sei niedergeschlagen, hoffnungslos und antriebslos, habe ein erhöhtes Schlafbedürfnis und Morgentief, leide an psychomotorischer Unruhe und fühle sich wertlos. Bei der Befunderhebung zeigten sich keine Aufmerksamkeits- oder

Gedächtnisstörungen. Im Affekt sei er ängstlich und deprimiert. Der Antrieb sei leicht reduziert. Hinweise auf Suizidalität oder selbstschädigendes Verhalten gebe es nicht. Der Beigeladene leide seit dem 10. Lebensjahr an rezidivierenden depressiven Episoden. Er sei dann niedergeschlagen, habe depressive Stimmung, sei hoffnungslos, antriebslos, habe ein erhöhtes Schlafbedürfnis und Morgentief, leide an psychomotorischer Unruhe, fühle sich wertlos und habe Entscheidungsschwierigkeiten. Er habe zwei Suizidversuche (2002 und März 2017) hinter sich. Er kenne auch hypomane Episoden. Das Beschwerdebild zeige sich dann mit übersteigertem Selbstwert, minimiertem Schlafbedürfnis, Gesprächigkeit, psychomotorischer Unruhe. Er stehe dann wie unter Strom und verfolge angenehme Aktivitäten (z.B. unkontrolliertes Internetshopping). Die Episoden seien jeweils gekennzeichnet durch eine eindeutige Veränderung der Lebensführung, welche in symptomfreien Zeiten untypisch sei. Zudem leide er seit dem 10. Lebensjahr an einer Agoraphobie. Er erlebe Panikattacken mit starker vegetativer Symptomatik. Die Ängste zeigten sich in geschlossenen Räumen, beim ÖV fahren, an Orten, wo sich viele Menschen aufhielten sowie auch in Kaufhäusern und beim Autofahren. Er gehe den phobischen Situationen aus dem Weg und könne in schweren Zeiten selbst mit Einnahme von Temesta das Haus nicht verlassen. Phasenweise habe er auch hypochondrische Ängste. Zudem habe er seit den Aufenthalten in den geschlossenen Abteilungen der Psychiatrie [...] starke Ängste vor Spitälern und Kliniken entwickelt. Nach einer hypomanen Episode im Oktober 2016 sei eine schwere depressive Episode gefolgt, bei der es im März 2017 zu einer zweiten suizidalen Handlung gekommen sei. Danach sei ein Klinikaufenthalt in der Klinik H.\_\_\_\_ gefolgt, den der Beigeladene aufgrund seiner Ängste vor Spitälern abgebrochen habe. Im August 2017 habe die Behandlung in der Verhaltenstherapie-Ambulanz gestartet. Der Beigeladene werde mit telefonischer Begleitung und ambulanter Verhaltenstherapie begleitet, bis die medikamentöse Umstellung stabil sei. Danach erfolge eventuell die Aufnahme in die stationäre Verhaltenstherapie oder eine ambulante Weiterbehandlung. Die Behandlungsdauer könne momentan nicht eingeschätzt werden. Ursprünglich geplant gewesen seien wöchentliche psychotherapeutische Sitzungen. Der Beigeladene habe diese aus gesundheitlichen Gründen unterbrochen. Anfang 2018 sei eine weitere hypomane Phase aufgetreten. Ab 1. März 2018 hätte im Rahmen der IV-Abklärungen mit einer 50%-Arbeitsintegration begonnen werden sollen. Diese sei jedoch auf unbestimmte Zeit verschoben worden, da sich Ende Februar eine weitere depressive Episode eingestellt habe, welche sekundär von einer starken Angstsymptomatik begleitet worden sei. Zur Stabilisierung des momentanen Zustandes sei eine medikamentöse Umstellung indiziert. Es solle auf Lithium umgestellt werden. Der Patient habe sich hierfür bei Dr. med. K.\_\_\_\_ angemeldet. Vorher sei der Hausarzt, med. pract. F.\_\_\_\_, für Medikamente zuständig gewesen. Die Arbeitsunfähigkeit betrage seit dem 13. März 2017 100 % bis auf Weiteres. Berufsrelevante Funktionsstörungen resultierten aus den gestellten Diagnosen. Die agoraphobische und bipolare Symptomatik habe eine negative Auswirkung auf die Arbeitsleistung. Es wäre mit Konzentrationsstörungen, einem verminderten Auffassungsvermögen, geringer Belastbarkeit und mangelhafter Effizienz zu rechnen. Dies würde zu zusätzlichen Belastungen und Arbeitsausfällen führen. Bis auf Weiteres sei eine Wiederaufnahme der angestammten Tätigkeit aus medizinischer Sicht nicht realistisch. Die Möglichkeiten in einer anderen Tätigkeit seien momentan nicht beurteilbar.

5.2 Im Arztbericht von med. pract. F.\_\_\_\_ vom 13. Juni 2018 (IV-Nr. 25 mit Beilagen) wird eine bipolare Störung mit Angstphobien diagnostiziert. Aktuell sei die Symptomatik stabil und reguliert, der Beigeladene sei leicht depressiv. Dieser habe jahrelang sehr gute

Arbeitsleistungen erbracht. Die Prognose sei eigentlich gut, wenn eine gute Medikamenteneinstellung mit Lithium gelinge. Aktuell betrage die Arbeitsunfähigkeit 100 % wegen der Medikamenteneinstellung. Dies dauere ca. sechs Monate.

5.3 Die Krankentaggeldversicherung holte bei Dr. med. L.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie (Begutachtungsstelle J.\_\_\_\_) ein psychiatrisches Gutachten ein. Dieses wurde am

## **E. 5**

Juli 2018 erstattet (IV-Nr. 28 S. 3 ff.). Zu den subjektiven Angaben hält der Gutachter fest, der Beigeladene habe sich über seit dem 10. Lebensjahr bestehende Ängste und Depressionen geäußert. Er habe auch mit den Eltern nie mehr in die Ferien fahren können und sei jeweils zu Hause bei den Grosseltern verblieben. Auch Klassenlager habe er nie besucht. Die Ängste und Panikattacken führten zu deutlichen somatischen Symptomen (Herzklopfen, Schwitzen, Atemnot, Magenberennen und Übelkeit). Sie träten auf, wenn er unter vielen Leuten sei, öffentliche Verkehrsmittel benützen müsse oder sich in geschlossenen Räumen aufhalte. So habe er seit langem keine öffentlichen Verkehrsmittel benutzen können und keine Einkaufszentren, Kinos oder Theater mehr betreten. Die depressiven Episoden wechselten sich mit manischen Phasen ab. So träten ca. je sechs pro Jahr auf und die Frequenz sei zunehmend. In manischen Phasen schlafe er dann lediglich ein bis zwei Stunden und gebe sehr viel Geld für elektronische Einkäufe aus, was zu den aktuellen Schulden und zur Verbeiständung geführt habe. Die Ängste seien ab dem 10. Lebensjahr ohne ersichtlichen Auslöser aufgetreten. Er habe nach Schulabschluss eine dreijährige Automechaniker-Lehre in vier Jahren abgeschlossen, da er durch einen stationären Aufenthalt in der kinderpsychiatrischen Klinik ein Jahr verloren habe. Generell sei er immer ein Einzelgänger gewesen. Militärdienst habe er aufgrund der psychischen Probleme nicht geleistet. Ab 2005 habe er bei der Firma E. \_\_\_\_ als Betriebsmitarbeiter im Drei-Schichten-System zu 100 % zu arbeiten begonnen. Der Betrieb sei 100 Meter von seiner Wohnung entfernt gewesen und in seiner Abteilung hätten lediglich zehn Leute gearbeitet, die er gut gekannt habe. Diese Abteilung sei dann vor ca. zweieinhalb Jahren geschlossen und er sei umgeteilt worden. Dies habe enorme Ängste verursacht. Er habe anfänglich noch mit bis zu 6 mg Temesta pro Tag die Arbeit weiterführen können, bis er dann ab März 2017 gänzlich arbeitsunfähig geworden sei. Von 2008 bis 2014 sei er verheiratet gewesen. Mit der Ehefrau habe er zwei Töchter. Die Ehe sei von seiner Frau wegen der psychischen Probleme beendet worden. 2002 habe er nach einem Streit mit seinem Vater einen Suizidversuch unternommen und sei in der Folge während einem Jahr stationär hospitalisiert worden. 2017 habe er aufgrund einer depressiven Episode einen erneuten Suizidversuch unternommen und sei wiederum hospitalisiert worden. Er lebe alleine in einer 3-Zimmer Mietwohnung. Kontakt zu seinen Kindern oder zur Ex-Ehefrau habe er seit drei Jahren gänzlich nicht mehr. Regelmässigen Kontakt (mehrfach pro Woche) habe er zu den Eltern. Zu den Geschwistern habe er ca. einmal pro Monat Kontakt. Er habe zwei Freunde, welche ihn ab und an besuchten. Eine partnerschaftliche Beziehung führe er nicht. Als Hobby habe er lediglich das online-Schachspielen. In Vereinen sei er nicht, er treibe keinen Sport, bastle nicht und lese nicht. Er habe Schulden und sei seit zwei Jahren verbeiständet. Ferien habe er lediglich einmal in seinem Leben (2016) mit seiner damaligen Freundin während vier Tagen per Flugzeug in Spanien verbracht. Den Flug dorthin habe er nur mittels massiver Temesta-Medikation bewältigen können. Sein Tagesablauf sehe so aus, dass er in der Regel erst am Mittag aufstehe. Danach nehme er kein Essen ein, sondern

rauche Zigaretten und trinke Kaffee. Den ganzen Tag verbringe er zu Hause. Lediglich ca. einmal pro Monat gehe er zu Fuss Einkäufe in der Nähe erledigen. Ansonsten bestelle er sich Nahrungsmittel online oder diese würden von den Eltern geliefert. Wenn er einmal pro Woche zur Psychotherapie gehe, werde er von den Eltern oder Freunden mit dem Auto dorthin chauffiert. Zum Hausarzt könne er zu Fuss alleine gehen. Tagsüber sei er zu Hause, erledige die Haushaltung und spiele Online-Schach. Ca. zwei- bis dreimal pro Woche werde er am Abend von den Eltern besucht und teilweise zu ihnen nach Hause mit dem Auto chauffiert, um dort zu essen. Auch erhalte er ca. ein- bis zweimal pro Monat Besuch von Freunden. Am Abend spiele er dann wiederum Online-Schach und gehe ca. zwischen 22.00 Uhr und 23.00 Uhr zu Bett, wobei aktuell keine Schlafstörungen bestünden. Die Wochenenden würden sich nicht von den Wochentagen unterscheiden. Die gesamte Haushaltsführung erledige er selbständig. Die Beiständin kümmere sich um die Finanzen.

Der Gutachter erhebt folgende Befunde (Psychostatus nach AMDP): Der Beigeladene sei während der Untersuchung durchgängig deprimiert, jedoch nicht affektlabil, aber reduziert schwingungsfähig. Da er freundlich und kooperativ sei, könne die Exploration problemlos durchgeführt werden. Anhaltspunkte für das Vorhandensein von Bewusstseins-, Orientierungs-, Gedächtnis- oder Konzentrationsstörungen seien nicht vorhanden und würden nicht geltend gemacht. Im formalen Denken bestehe ein deutliches Grübeln. Zwänge seien nicht vorhanden. Wahn, Sinnestäuschungen oder Ich-Störungen bestünden nicht. Affektiv sei der Beigeladene deutlich deprimiert, nicht affektlabil, aber deutlich reduziert schwingungsfähig. Deutliche Schuld- und Schamgefühle seien vorhanden und auch Insuffizienzgefühle bestünden. Ängste habe der Beigeladene sowohl vor Kontakt mit Menschen als auch in geschlossenen Räumen und öffentlichen Verkehrsmitteln. Dadurch entstünden Panikattacken, welche aber auch täglich zu Hause ohne diese Auslöser aufträten. Ein erhebliches Vermeidungsverhalten sei vorhanden. Der Antrieb und die Interessen seien deutlich reduziert und es bestehe eine erhöhte Ermüdbarkeit. Suizidversuche seien zweimalig aufgetreten. Aktuell bestehe keine Suizidalität. Ein sozialer Rückzug finde statt. Der Appetit sei reduziert, der Schlaf normal ausgebildet respektive erhöht. Die Libido und das Sexualleben seien gänzlich nicht mehr vorhanden. Bei der Hamilton Depressionsskala (HAMD) erreichte der Beigeladene 20 Punkte, was für das Vorliegen einer mittelgradigen depressiven Episode spreche. Im Mini-ICF-APP-Rating-Bogen ergäben sich aus psychiatrischer Sicht leichte Beeinträchtigungen bei Planung und Strukturierung von Aufgaben, Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit, familiären Beziehungen, Spontanaktivitäten und Selbstpflege. Mittelgradige Beeinträchtigungen bestünden bei der Anpassung an Regeln und Routinen, Flexibilität und Umstellungsfähigkeit und der Durchhaltefähigkeit. Schwere Beeinträchtigungen zeigten sich bei der Anwendung fachlicher Kompetenzen, der Selbstbehauptungsfähigkeit, der Kontaktfähigkeit zu Dritten und der Gruppenfähigkeit. Eine vollständige Beeinträchtigung bestehe bei der Verkehrsfähigkeit. Der Beigeladene stehe seit August 2017 bei Frau M.\_\_\_\_, Psychologin, in der Ambulanz der Klinik I.\_\_\_\_ einmal pro Woche in ambulanter psychotherapeutischer Behandlung. Des Weiteren finde seit einem Monat eine ambulante psychopharmakologische Behandlung mit Dr. med. K.\_\_\_\_ statt, wo die jetzige Medikation mit Lithiofor installiert worden sei. Daneben bestehe seit ca. eineinhalb Jahren eine Medikation mit Paroxetin und seit vielen Jahren mit Mirtazapin sowie Temesta in Reserve. Früher habe der Beigeladene während ca. fünf Jahren eine ambulante psychiatrische Behandlung bei Dr. med. N.\_\_\_\_ und während einem Jahr bei Dr. med. O.\_\_\_\_ in Anspruch genommen. Der Beigeladene selbst sehe sich als gänzlich arbeitsunfähig an. Er erhoffe sich

einen positiven Effekt vom Lithium, um in Zukunft wieder arbeiten zu können.

Der Gutachter stellt folgende Diagnosen (IV-Nr. 28 S. 11):

mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

In seiner Beurteilung hält der Gutachter fest, es sei aufgrund der Aktenlage, der Anamnese und der Untersuchung davon auszugehen, dass sich beim Beigeladenen bereits ab dem 10. Lebensjahr deutliche Ängste und depressive Episoden entwickelt hätten. Bereits damals habe eine stationäre Behandlung stattgefunden. Ambulante Behandlungen habe er immer wieder in Anspruch genommen. Als sein Arbeitgeber die Abteilung geschlossen habe, in welcher der Beigeladene tätig gewesen sei, habe dieser vermehrte Ängste entwickelt und die Arbeit nur noch mit bis zu 6 mg Temesta pro Tag bewältigen können. Seit März 2017 gehe auch dies nicht mehr und der Beigeladene werde seither als arbeitsunfähig beurteilt. In der Folge sei er wiederum suizidal geworden und hospitalisiert worden. Im Anschluss daran habe man die jetzige ambulante psychiatrische Behandlung installiert. Weiter sei aufgrund der Anamnese, der Aktenlage und der aktuellen Untersuchung davon auszugehen, dass bereits mehrfach manische Episoden aufgetreten seien. Es hätten sich auch immer wieder depressive Episoden entwickelt. So bestehe jetzt eine mittelgradige depressive Episode, welche sich durch Grübeln, Anhedonie, reduzierte affektive Schwingungsfähigkeit, Schuld- und Insuffizienzgefühle, Ängste, Reduktion des Antriebs und der Interessen, erhöhte Ermüdbarkeit, Gereiztheit, sozialen Rückzug, Verminderung des Appetits, Hyposomnie und Reduktion der Libido äussere. Das Ausmass der jetzigen depressiven Episode werde auch in der durchgeführten Hamilton Depression Scale Testung bestätigt. Diagnostisch sei somit vom Vorliegen einer bipolaren affektiven Störung, ggw. mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F31.3), auszugehen. Des Weiteren müsse davon ausgegangen werden, dass bereits seit der Kindheit eine chronifizierte Agoraphobie mit Panikstörung (ICD-10 F40.01) vorliege, da der Beigeladene unter erheblichen Ängsten leide, welche sich auf Situationen beziehe, welche er nicht sofort verlassen könne. Somit sei er praktisch nicht in der Lage, Einkäufe oder generell Aktivitäten im öffentlichen Raum ohne Hilfe Dritter zu leisten. Ein erhebliches Vermeidungsverhalten sei aufgetreten und der Beigeladene halte sich praktisch nur noch zu Hause auf. Aktenanamnestisch müsse davon ausgegangen werden, dass der Verdacht auf akzentuierte ängstliche und vermeidende Persönlichkeitszüge (ICD-10 Z73.1) zusätzlich bestehe.

Der Beigeladene sei ab mindestens August 2017 bis jetzt und auf Weiteres zu 100 % arbeitsunfähig in der bisherigen Tätigkeit als Betriebsmitarbeiter als auch in möglichen Verweistätigkeiten. Dies sowohl aufgrund der ausgeprägten Symptome der Agoraphobie mit Panikstörung, welche ihn daran hinderten, öffentliche Verkehrsmittel zu benutzen und ihm erhebliche Mühe bereiteten, sich in geschlossenen Räumen mit anderen Personen aufzuhalten, als auch aufgrund der bipolaren affektiven Störung, welche immer wieder zu manischen Episoden führe und aktuell eine mittelgradige depressive Symptomatik verursache. Somit bestünden momentan eine deutliche Reduktion des Antriebs und der Interessen, eine erhöhte Ermüdbarkeit, sowie Grübeln. Das Ausmass der jetzigen Arbeitsunfähigkeit werde auch durch den heute durchgeführten Mini-ICF-APP-Rating-Bogen bestätigt. Es müsse davon ausgegangen werden, dass die bisherige Tätigkeit bei E. \_\_\_ einem Nischenarbeitsplatz entsprochen habe, da der Beigeladene lediglich 100 m zum Arbeitsplatz habe gehen müssen und in einer Abteilung

gearbeitet habe, in der wenige Mitarbeiter beschäftigt gewesen seien, die er alle gut gekannt habe. An eine neue Abteilung habe er sich nach Auflösung seiner bisherigen Abteilung nicht adaptieren können. Eine erneute medizinische Überprüfung sei nicht vor sechs Monaten indiziert. Die jetzigen ambulanten leitliniengetreuen psychotherapeutischen und psychopharmakologischen Massnahmen sollten weitergeführt und insbesondere die Lithium-Medikation aufdosiert werden. Eine berufliche Wiedereingliederung mittels beruflicher Massnahmen sei nur bei einer vorgängigen psychiatrischen Stabilisierung zu bewerkstelligen.

5.4 Auf Empfehlung des RAD (Dr. med. P.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, IV-Nr. 29) holte die Beschwerdegegnerin bei der Klinik I.\_\_\_\_ einen Verlaufsbericht ein. Dieser wurde am 22. November 2018 erstattet (IV-Nr. 31). Demgemäss habe man im April 2018 durch Dr. med. K.\_\_\_\_ eine Einstellung auf Lithium versucht. Leider habe eine Aufdosierung auf eine Zieldosis bei ausgeprägtem, den Alltag massiv einschränkendem Tremor, nicht durchgeführt werden können und das Medikament sei sistiert worden. Die vorbestehende antidepressive Medikation sei zeitgleich reduziert worden. Zudem sei eine Therapie mit Quetiapin in niedriger Dosis begonnen worden, die zu einer ausgeprägten Tagesmüdigkeit geführt habe. In Absprache mit dem Hausarzt habe man dieses ebenfalls abgesetzt und einen neuen Therapieversuch mit Olanzapin begonnen, das nach drei Wochen ebenfalls wegen Übersedation habe abgesetzt werden müssen. Der Beigeladene habe in der Folge unter Aufsicht seines Hausarztes die Medikation wieder auf die vorbestehende umgestellt. Die weitere medikamentöse Strategie sei besprochen worden, wobei deren Erfolg noch abzuwarten sei.

5.5 Am 16. Mai 2019 nahm der RAD (Dr. med. P.\_\_\_\_) in Form einer Aktennotiz Stellung zum Gutachten von Dr. med. L.\_\_\_\_ vom 5. Juli 2018 (IV-Nr. 39). Dieses werde aus psychiatrisch-fachärztlicher Sicht als nachvollziehbar erachtet. Gemäss Verlaufsbericht der Klinik I.\_\_\_\_ seien die versuchten Medikamentenumstellungen ohne Erfolg geblieben. Somit ergäben sich zumindest bis etwa Ende 2018 keine Anhaltspunkte für eine Veränderung des Gesundheitszustandes.

5.6 Auf erneute Anfrage der Beschwerdegegnerin stellte die Klinik I.\_\_\_\_ dieser einen Abschlussbericht vom 29. Februar 2019 zu (IV-Nr. 43). Man habe in der ersten Therapiephase eine tragfähige, vertrauensvolle und kooperative therapeutische Arbeitsbeziehung aufgebaut. In einem weiteren Schritt seien dem Beigeladenen die Resultate der Diagnostik sowie psychoedukative Informationen zum Thema Angst und dem Thema bipolare Störungen vermittelt worden. Danach habe man die Therapieziele festgelegt. Es sei diesem in kleinen Schritten gelungen, die festgelegten Teilziele im Alltag umzusetzen und somit schrittweise das Vermeidungsverhalten abzubauen. Um die Weihnachtszeit 2017 hätten sich hypomane Symptome gezeigt. In der Folge sei er aber in eine mittelstarke depressive Episode geraten und mit dieser hätten sich auch die agoraphobischen Ängste verstärkt. Ein stationärer Aufenthalt sei angeboten worden. Schon am Eintrittstag habe der Beigeladene starke Ängste bezüglich des Aufenthalts bekommen. Er habe sich deshalb gegen die stationäre Therapie entschieden, obwohl diese zum Zeitpunkt indiziert gewesen wäre. Es sei dann eine medikamentöse Behandlung mit einem «Mood-Stabilizer» indiziert worden, worauf sich der Beigeladene bei Dr. med. K.\_\_\_\_ für eine Behandlung angemeldet habe. Die dort begonnene medikamentöse Therapie habe nach drei Monaten aufgrund von starkem Tremor abgesetzt werden müssen. Der Kontakt zum Beigeladenen habe im Laufe des Jahres 2018 nur unregelmässig stattfinden können. Am 3.

Dezember 2018 sei eine neue Medikation mit med. pract. Q.\_\_\_\_ begonnen worden. Nach 23 Sitzungen sei die Therapie aufgrund eines Stellenwechsels der Therapeutin beendet worden. Der Zustand des Beigeladenen habe in der Therapie nicht stabilisiert werden können. Dieser suche sich einen Psychotherapeuten in der Nähe, sodass der Weg nicht weiter ein Hindernis für die Therapie sein werde. Medikamentös werde er weiterhin von seinem Hausarzt behandelt. Eine erfolgreiche stabilisierende medikamentöse Behandlung werde als notwendig erachtet, um mit einer psychologischen Psychotherapie erfolgreich an den Ängsten arbeiten zu können.

5.7 Beim Hausarzt holte die Beschwerdegegnerin ebenfalls einen aktuellen Arztbericht ein. Med. pract. F.\_\_\_\_ berichtete am 28. Oktober 2019 (IV-Nr. 51), er sehe den Beigeladenen derzeit selten, zuletzt habe er ihn im Januar 2018 gesehen (wobei wohl Januar bzw. Anfang 2019 gemeint ist, denn der Hausarzt hat bis Ende November 2018 Arbeitsunfähigkeitsatteste ausgestellt [IV-Nr. 45.4 S. 1 ff.]; ausserdem gab er den 15. Februar 2019 als Datum der letzten ärztlichen Kontrolle an [IV-Nr. 51 S. 1 oben; vgl. auch die Liste a.a.O., S. 7 f., mit den bis Mitte März 2019 attestierten Arbeitsunfähigkeiten]). Der Beigeladene führe gegenwärtig eine Tätigkeit auf dem zweiten Arbeitsmarkt aus. Dort sei eine achtstündige Tätigkeit pro Tag zumutbar. Weitere Informationen zur Arbeitsunfähigkeit könne Dr. med. K.\_\_\_\_ erteilen.

## **E. 6**

6.1 Die Beschwerdegegnerin stellt in den angefochtenen Verfügungen im Wesentlichen auf das Gutachten von Dr. med. L.\_\_\_\_ vom 5. Juli 2018 (IV-Nr. 28 S. 3 ff.) ab, weshalb dessen Beweiswert zu prüfen ist. Es handelt sich dabei nicht um ein von der Beschwerdegegnerin eingeholtes Administrativgutachten, sondern dieses wurde von der Krankentaggeldversicherung des Beigeladenen in Auftrag gegeben. Insofern kommt diesem Gutachten der Beweiswert von versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen zu. Ein förmlicher Anspruch auf eine versicherungsexterne Begutachtung besteht zwar nicht. Eine solche ist jedoch anzuordnen, wenn auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen bestehen (Urteil des Bundesgerichts 9C\_580/2018 vom 14. November 2018 E. 4.1; BGE 135 V 465 E. 4.1 S. 467, jeweils mit Hinweisen). Sollten demnach vorliegend geringe Zweifel bestehen, kann im IV-Verfahren nicht auf das Gutachten von Dr. med. L.\_\_\_\_ abgestellt werden.

6.2 Allgemein kann zum Gutachten vom 5. Juli 2018 gesagt werden, dass dieses in Kenntnis der vorhandenen Aktenlage, nach eingehender Untersuchung des Beigeladenen unter Berücksichtigung der subjektiven Angaben desselben und von einem ausgewiesenen Facharzt auf dem entsprechenden Gebiet erstellt wurde. Insofern sind die Voraussetzungen an eine beweiskräftige Expertise erfüllt. Auch inhaltlich erweist sich dieses als schlüssig und nachvollziehbar, wie auch RAD-Arzt Dr. med. P.\_\_\_\_, der ebenfalls Facharzt auf dem fraglichen Gebiet ist, festgehalten hat (IV-Nr. 39). Der Gutachter nimmt zuerst Bezug auf die Biografie und verweist, wie sich aus den Akten ergibt, auf die in die Kindheit zurückreichende psychische Problematik des Beigeladenen, der schon mit 10 Jahren Ängste und depressive Episoden hatte. Diese Ängste gingen so weit, dass er nicht einmal mit seinen Eltern in die Ferien fahren konnte. Die Angstzustände und daraus resultierende Panikattacken mit somatischen Symptomen waren auch zum Untersuchungszeitpunkt vorhanden. Weiter hält der Gutachter, ebenfalls in Einklang mit der Aktenlage, fest, dass sich die depressiven Episoden mit manischen Phasen abwechselten. Aufgrund dessen erweist sich auch der Verlauf zum Zeitpunkt des Versuchs, berufliche

Eingliederungsmassnahmen aufzugleisen, als schlüssig. Nachdem der Beigeladene davor eine manische Phase hatte, in welchen er jeweils ein übersteigertes Verhalten zeigt, fiel er kurz vor Beginn der Massnahmen wieder in eine depressive Phase, die es ihm verunmöglichte, die Eingliederungsmassnahme anzutreten. Der Gutachter legt weiter schlüssig dar, dass der Beigeladene in seiner Funktion als Betriebsmitarbeiter der Firma E.\_\_\_\_ nur deshalb jahrelang funktionierte, weil er einen Arbeitsweg von nur 100 Metern zurückzulegen hatte und das kleine Team von zehn Mitarbeitern gut kannte. Die Dekompensation erfolgte sodann, als die entsprechende Abteilung aufgelöst und der Beigeladene versetzt wurde. Die damalige depressive Episode gipfelte in einem Suizidversuch.

Aus den vom Gutachter in der aktuellen Untersuchung fachgerecht erhobenen klinischen Befunden (deutliches Grübeln im formalen Denken, affektiv deutliche Depressivität, reduzierte Schwingungsfähigkeit, deutliche Schuld- und Schamgefühle, Insuffizienzgefühle, Ängste im Kontakt mit Menschen sowie in geschlossenen Räumen und öffentlichen Verkehrsmitteln mit Panikattacken, erhebliches Vermeidungsverhalten, reduzierter Antrieb, Interessenlosigkeit, erhöhte Ermüdbarkeit, sozialer Rückzug, reduzierter Appetit, Libidoverlust) schliesst der Gutachter auf eine bipolare affektive Störung, gegenwärtig mit einer mittelgradigen depressiven Episode, sowie eine Agoraphobie mit Panikstörung, die seit der Kindheit besteht und chronifiziert ist. Zusätzlich geht er von akzentuierten Persönlichkeitszügen aus, die er aber ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit sieht. Auch diese Schlussfolgerungen erweisen sich als schlüssig und der klinische Eindruck einer depressiven Symptomatik wird mit fachgerechten Instrumenten (AMDP, HAMD) untermauert.

6.3 Auch eine Indikatorenprüfung lässt sich anhand der gutachterlichen Beurteilung von Dr. med. L.\_\_\_\_ ohne Weiteres vornehmen. Zum Komplex «Gesundheitsschädigung» (Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde, Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz, Komorbiditäten) ist festzuhalten, dass beim Beigeladenen eine bipolare affektive Störung, ggw. mittelgradige depressive Episode, und eine Agoraphobie mit Panikstörung bestehen. Die Symptome der Agoraphobie mit Panikstörung werden gutachterlich als ausgeprägt attestiert, so dass der Beigeladene nicht in der Lage ist, öffentliche Verkehrsmittel zu benutzen und er erhebliche Mühe damit hat, sich in geschlossenen Räumen mit anderen Personen aufzuhalten. Auch die bipolare affektive Störung ist hinderlich. Die Planung und Strukturierung von Aufgaben, Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit, die familiären Beziehungen, Spontanaktivitäten und Selbstpflege sind leicht reduziert. Mittelgradige Beeinträchtigungen zeigen sich bei der Anpassung an Regeln und Routinen, Flexibilität und Umstellungsfähigkeit und der Durchhaltefähigkeit. Schwere Beeinträchtigungen liegen schliesslich bei der Anwendung fachlicher Kompetenzen, der Selbstbehauptungsfähigkeit, der Kontaktfähigkeit zu Dritten und der Gruppenfähigkeit vor. Die Verkehrsfähigkeit ist vollständig beeinträchtigt. Zur Behandlung lässt sich feststellen, dass sich der Beigeladene seit seiner Kindheit aufgrund der psychischen Probleme in Behandlung befunden hat, teilweise auch stationär. Im Gutachten werden die früheren ambulanten therapeutischen Massnahmen erwähnt (Dr. med. N.\_\_\_\_, Dr. med. O.\_\_\_\_). Die aktuelle Therapie zum Zeitpunkt des Gutachtens erachtet der Gutachter Dr. med. L.\_\_\_\_ als lege artis. Erfolge haben sich insbesondere bei der Frage der richtigen Medikation noch keine gezeigt. Der Beigeladene unterzieht sich aber den indizierten Behandlungen. Was stationäre Aufenthalte anbelangt, so steht ihm seine Angstsymptomatik im Weg, weshalb er

auch den letzten, aus Sicht der Klinik I.\_\_\_\_ notwendigen stationären Aufenthalt nicht antreten konnte. Zum Komplex «Persönlichkeit» ist auf die bestehenden, ängstlich vermeidenden akzentuierten Persönlichkeitszüge hinzuweisen. Was den Komplex «Sozialer Kontext» anbelangt, so zeigt sich, dass sich die Auswirkungen der Gesundheitsbeeinträchtigung auch in sozialer Hinsicht stark zeigen. Die Ehe des Beigeladenen ist gescheitert, zu seinen Kindern hat er keinen Kontakt. In den manischen Phasen hat er sich durch ausschweifende Einkäufe derart verschuldet, dass er verbeiständet werden musste. Er geht fast nicht aus dem Haus und pflegt neben seinen Eltern nur ganz wenige Kontakte. Ressourcen sind kaum welche erkennbar. Immerhin hat der Beigeladene noch regelmässigen Kontakt zu seinen Eltern. Ansonsten lebt er alleine und ist nicht in einer partnerschaftlichen Beziehung. Im Bereich «Konsistenz» ist schliesslich zu sagen, dass eine gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen besteht. Der Beigeladene geht nicht nur keiner Erwerbstätigkeit nach, er kann auch kaum Einkäufe erledigen und ist für alle Aktivitäten ausserhalb seiner vier Wände auf Dritthilfe angewiesen. Auch ein ausgewiesener Leidensdruck ist klar ersichtlich.

6.4 Insgesamt ist damit festzuhalten, dass zur Beurteilung des medizinischen Sachverhalts zu Recht auf das Gutachten von Dr. med. L.\_\_\_\_ abgestellt wurde. Es bestehen keine Zweifel an der Schlüssigkeit seiner Beurteilung. Demgemäss besteht beim Beigeladenen eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit in sämtlichen Bereichen. Von einer Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes, den die Beschwerdeführerin rügt, kann vor diesem Hintergrund nicht gesprochen werden. Dem Gutachten folgend erliess die Beschwerdegegnerin am 20. Dezember 2018 einen Vorbescheid (IV-Nr. 32). Im Einwandverfahren holte sie sodann weitere Erkundigungen zum Verlauf ein. Es wurden bei der I.\_\_\_\_ ein Verlaufsbericht erfragt und die aktuellsten Akten der Krankentaggeldversicherung eingeholt (vgl. IV-Nr. 41). Ebenso sollte ein Bericht von Dr. med. K.\_\_\_\_ eingeholt werden, der aber aufgrund einer kurzen Behandlungsdauer keine Angaben machte (IV-Nr. 50). Die Beiständin wurde angefragt, bei wem sich der Beigeladene in Behandlung befinde (IV-Nr. 52), woraufhin diese bekanntgab, dass dieser gerade erst einen neuen Behandler gefunden habe (Dr. phil. G.\_\_\_\_, IV-Nr. 53) und ein erster Termin erst anstehe. Die Beiständin legte auch dar, dass der Beigeladene über längere Zeit versucht habe, einen Therapieplatz bei einem Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie zu bekommen, was jedoch nicht gelungen sei. Gestützt auf die beschriebene Vorgehensweise ist nicht ersichtlich, inwiefern die Beschwerdegegnerin den Untersuchungsgrundsatz verletzt haben sollte.

7. Die Beschwerdeführerin stellt sich auf den Standpunkt, es bestehe kein Gesundheitsschaden. Dem kann mit Verweis auf die obigen Ausführungen (E. II. 6) nicht gefolgt werden. Der bestehende Gesundheitsschaden ist durch das beweismässige Gutachten belegt. Was die vom Hausarzt in seinem Bericht vom 28. Oktober 2019 (IV-Nr. 51) gemachte Angabe betrifft, der Beigeladene arbeite in einer angepassten Tätigkeit bzw. auf dem zweiten Arbeitsmarkt und die Prognose sei gut, so ist dazu festzuhalten, dass med. pract. F.\_\_\_\_ kein Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie ist, weshalb seine Einschätzung die gutachterliche nicht in Frage zu stellen vermag. Darüber hinaus gründet sie auf der vermeintlichen Tatsache, der Beigeladene sei zum Beurteilungszeitpunkt (im geschützten Rahmen) einer (angepassten) Tätigkeit nachgegangen. Es ergibt sich jedoch aus den Akten, dass dies zum fraglichen Zeitpunkt nicht der Fall war und das Missverständnis wurde durch den Hausarzt selbst in seinem Bericht vom 28. Januar 2020 aufgelöst (vgl.

Beilage 2 zur Eingabe vom 11. Mai 2020). Entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin kann auf diesen Bericht abgestellt werden, obwohl er nach Erlass der angefochtenen Verfügung erging, denn es wird darin Bezug genommen auf Tatsachen, die vor deren Erlass bestanden haben. Auch sonst lassen sich im Verlauf nach der Begutachtung keine Hinweise darauf erkennen, dass sich der gutachterlich festgestellte Gesundheitszustand derart verbessert hätte, dass kein relevanter Gesundheitsschaden mehr vorliegen würde. Zum Begutachtungszeitpunkt befand sich der Beigeladene in ambulanter Behandlung in der I.\_\_\_\_ sowie seit kurzem in psychopharmakologischer Behandlung bei Dr. med. K.\_\_\_\_, wo eine Lithium-Therapie aufgegleist werden sollte. Der Behandlungsversuch mit Lithium scheiterte in der Folge, wie sich dem Abschlussbericht der I.\_\_\_\_ entnehmen lässt (IV-Nr. 43 S. 5), und es wurde eine neue medikamentöse Therapie im Rahmen der dortigen ambulanten Behandlung versucht. Diese Therapie wurde aufgrund eines Stellenwechsels der Therapeutin beendet, woraufhin sich der Beigeladene, der gesundheitlichen Problematik entsprechend, einen Psychotherapeuten in der Nähe suchte. Einen solchen fand er aus Gründen, die er nicht selber zu verantworten hat, längere Zeit nicht. Ab November 2019 fand schliesslich eine Behandlung bei einem Psychologen (Dr. G.\_\_\_\_) statt. Im Verlauf lässt sich somit nicht auf eine Verbesserung schliessen. So hielt der RAD in Person eines ausgewiesenen Facharztes in seiner Aktennotiz vom 16. Mai 2019 (IV-Nr. 39) auch fest, dass die versuchten Medikationseinstellungen den gewünschten Erfolg offensichtlich nicht erzielen konnten und sich zumindest bis Ende 2018 keine Anhaltspunkte für eine Verbesserung des Zustandes ergäben. Schon im Gutachten vom 5. Juli 2018 wurde die Prognose aufgrund der Chronifizierung der Erkrankung und der Komorbidität der beiden Diagnosen als ungünstig erachtet (IV-Nr. 28 S. 15). Auch zum Verfügungszeitpunkt bestanden keine Hinweise für eine Verbesserung. Die Krankentaggeldversicherung richtete durchgehend bis Ende März 2019 Leistungen aus (IV-Nr. 45.3 S. 1). Die Beiständin legte mit Schreiben vom 6. November 2019 (IV-Nr. 53) dar, dass sich der Gesundheitszustand nach wie vor nicht verbessert habe, nachdem der Beigeladene während längerer Zeit keinen Therapeuten gefunden habe. Die entsprechenden Bemühungen wurden in der Stellungnahme vom 11. Mai 2020 durch namentliche Nennung der angefragten Ärztinnen und Ärzte, die abschlägige Rückmeldungen erteilt hatten, untermauert (A.S. 68 im Verfahren VSBES.2020.9). Somit ging die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung zu Recht von einer bestehenden 100%igen Arbeitsunfähigkeit in allen Tätigkeiten aus. Dem Umstand, dass angesichts des noch jungen Lebensalters des Versicherten und der bestehenden Therapieoptionen eine Verbesserung als möglich erscheint, wurde Rechnung getragen, indem die Beschwerdegegnerin den Termin für eine amtliche Rentenrevision bereits auf Ende März 2021 festlegte (vgl. IV-Nr. 54).

8. Die Beschwerdeführerin ist weiter der Ansicht, der Beigeladene sei seiner Schadenminderungspflicht nicht nachgekommen, weil er längere Zeit nicht in Behandlung gewesen sei und einen stationären Aufenthalt nicht habe antreten wollen. Aus seiner Biografie ist indessen ersichtlich, dass er sich im Rahmen der langjährig bestehenden Problematiken stets entsprechenden Behandlungen unterzogen hat. Schwierigkeiten mit stationären Aufenthalten stehen in Zusammenhang mit seiner Angststörung. Aus den Akten ergibt sich, dass aus Sicht der I.\_\_\_\_ im März 2018 aufgrund einer Verschlechterung der depressiven Symptomatik ein stationärer Aufenthalt indiziert gewesen wäre. Zum Zeitpunkt der gutachterlichen Untersuchung (wo eine mittelgradige depressive Episode zu diagnostizieren war) war dies offensichtlich nicht der Fall. Vielmehr wurde im Gutachten dargelegt, dass die durchgeführte ambulante Therapie leitliniengerecht sei. Dem

Beigeladenen kann daher keine Verletzung der Schadenminderungspflicht durch Verweigerung einer notwendigen und zumutbaren Behandlungsmassnahme angelastet werden. Auch aus der Tatsache, dass er sich nach längerer Suche nach einem Therapieplatz ab November 2019 psychologisch behandeln liess, lässt sich nicht ableiten, dass er sich keiner zumutbaren Behandlung unterziehen würde. Auf die Schwierigkeiten bei der Suche nach einem Therapieplatz, der den gesundheitlichen Bedingungen (nicht zu weit vom Wohnort entfernt) entspricht, wurde vorstehend (E. II. 7) hingewiesen. Zum Verfügungszeitpunkt fand eine entsprechende Behandlung statt. Schliesslich ergibt sich auch aus dem Nichtantreten von beruflichen Massnahmen keine Verletzung der Schadenminderungspflicht. Die berufliche Eingliederung wurde Ende Juni 2018 eingestellt, weil die medizinische Situation im Vordergrund gestanden habe (vgl. Abschlussbericht, IV-Nr. 26). Gleichzeitig hielt der psychiatrische Gutachter in seiner Beurteilung von Anfang Juli 2018 explizit fest, dass eine Wiedereingliederung mittels beruflicher Massnahmen nur bei einer vorgängigen psychiatrischen Stabilisierung zu bewerkstelligen sei. Eine solche Stabilisierung hat sich, jedenfalls bis zum Erlass der Verfügungen vom 29. November 2019 und 7. Januar 2020, nicht eingestellt, weshalb nicht ersichtlich ist, inwiefern andere oder weitere Eingliederungsmassnahmen hätten ergriffen werden sollen oder der Beigeladene deshalb die Schadenminderungspflicht verletzt hat. Die Beschwerdegegnerin ist insgesamt zu Recht von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit ausgegangen und hat dem Beigeladenen folglich auch zu Recht eine ganze Invalidenrente mit Wirkung ab 1. Juni 2018 zugesprochen. Die Beschwerde ist abzuweisen.

## **E. 9**

9.1 Bei diesem Verfahrensausgang hat die Beschwerdeführerin keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 61 lit. g ATSG).

9.2 Die Beschwerdegegnerin hat als mit öffentlich-rechtlichen Aufgaben betraute Organisation ■ abgesehen von hier nicht interessierenden Ausnahmen ■ keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (vgl. etwa BGE 128 V 133 E. 5b, 126 V 150 E. 4a).

9.3 Dem Beigeladenen wurde ab Prozessbeginn die unentgeltliche Rechtspflege gewährt (vgl. E. I. 7 hiervor). Gemäss Ausgang des Verfahrens hat er indessen Anspruch auf eine ordentliche Parteientschädigung, die ihm die Beschwerdeführerin zu bezahlen hat.

Die Vertreterin des Beigeladenen hat am 27. August 2020 eine Kostennote zu den Akten gegeben (A.S. 92 ff. im Verfahren VSBES.2020.9), worin sie einen Kostenersatz von insgesamt CHF 5'635.50 (19.58 Stunden zu einem Stundenansatz von CHF 250.00 und 1.5 Stunden zu einem Stundenansatz von CHF 120.00 für juristische Mitarbeiter, plus Auslagen und MwSt) geltend macht. In Anbetracht von Aufwand und Schwierigkeit des Prozesses erweist sich der geltend gemachte zeitliche Aufwand als übersetzt. Die detaillierte Kostennote enthält verschiedene Positionen, bei welchen es sich um die reine Weiterleitung von Orientierungskopien an die Klientschaft oder die Beiständin handelt, was praxisgemäss als Kanzleiaufwand zu qualifizieren ist, der im Stundenansatz inbegriffen und nicht separat zu vergüten ist. Dementsprechend sind die Kurz-Positionen «E-Mail an Klient oder Beiständin» von 5 Minuten sowie die sonst aufgeführten Weiterleitungen von Schreiben / Eingaben zu streichen (5 Minuten am 02.03.2020, 10 Minuten am 12.03.2020, 5 Minuten am 12.07.05 [sic], 5 Minuten am 19.03.2020, 5 Minuten am 20.04.2020, 5 Minuten am 13.05.2020, 5 Minuten am 11.06.2020, 5 Minuten am 09.07.2020, 5 Minuten am 24.08.2020, insgesamt 50 Minuten). Ebenso ist der Aufwand für Fristerstreckungsgesuche,

die wegen Arbeitsüberlastung gestellt werden, praxisgemäss nicht zu vergüten (10 Minuten am 12.03.2020, 15 Minuten am 20.04.2020, insgesamt 25 Minuten). Zudem erweist sich ein Aufwand von 390 Minuten (6.5 Stunden) für das Verfassen einer Stellungnahme als überhöht, nachdem für Aktenstudium, Recherche und Zusammenstellen eines Argumentariums vorgängig bereits über 3 Stunden (am 05.03.2020 und 09.03.2020) veranschlagt worden sind. Der Aufwand für das Verfassen der Stellungnahme ist ermessensweise um 2 Stunden zu kürzen. Somit ergibt sich eine Kürzung um 3.25 Stunden auf 16.33 Stunden zu einem Ansatz von CHF 250.00. Zuzüglich eines Aufwandes von 1.5 Stunden zu einem Ansatz von CHF 120.00, ausgewiesenen Auslagen von CHF 56.70 und Mehrwertsteuer ergibt sich damit eine Parteientschädigung von CHF 4'651.80, die die Beschwerdeführerin dem Beigeladenen, vertreten durch Rechtsanwältin Caroline Dreier, zu bezahlen hat. Nicht zu entschädigen sind die mit CHF 100.00 aufgeführten Kosten für den Bericht von med. pract. F.\_\_\_\_ vom 31. März 2020 (vgl. A.S. 94 [Position vom 30. März 2020]), da dieser entgegen der Auffassung des Beigeladenen nichts Wesentliches zur Entscheidungsfindung beigetragen hat bzw. zur Klärung des rechtserheblichen Sachverhalts nicht notwendig war. Die Berichtigung zu seinen Ausführungen vom 28. Oktober 2019 (der Beigeladene sei in angepasster Arbeit tätig) hat med. pract. F.\_\_\_\_ in seinem Schreiben vom 28. Januar 2020 vorgenommen, welches er offensichtlich und berechtigterweise nicht verrechnet hat.

10. Aufgrund von Art. 69 Abs. 1bis 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. Im vorliegenden Fall hat die Beschwerdeführerin die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen, die mit dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe zu verrechnen sind.

Demnach wird erkannt:

3. Die Beschwerdeführerin hat Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen, die mit dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe verrechnet werden.

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

Wittwer

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