

SO_GERICHTE VSBES.2022.101 vom 21. April 2022

SO Obergericht, 2022-04-21, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2022.101

FR: SO_GERICHTE VSBES.2022.101 du 21 avril 2022

IT: SO_GERICHTE VSBES.2022.101 del 21 aprile 2022

Erwägungen

E. 3

3.1 Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben jene Versicherte Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a) und zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig gewesen sind (lit. b) sowie nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid sind.

3.2 Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 28 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 16 ATSG).

3.3 Mit dem ab 1. Januar 2022 eingeführten stufenlosen Rentensystem in der Invalidenversicherung wird die Höhe des Anspruchs auf eine Invalidenrente neu in prozentualen Anteilen einer ganzen Rente festgelegt und nicht mehr wie bisher nach Viertelsrentenstufen (Art. 28b Abs. 1 IVG). Bei einem Invaliditätsgrad von 50 - 69 Prozent entspricht der prozentuale Anteil dem Invaliditätsgrad (Abs. 2). Bei einem Invaliditätsgrad ab 70 Prozent besteht wie bis anhin ein Anspruch auf eine ganze Rente (Abs. 3). Bei einem Invaliditätsgrad von 40 bis 49 Prozent gilt eine Abstufung des Rentenanteils von 25 bis 47,5 Prozent (Abs. 4).

E. 4

4.1 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).

4.2 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).

4.3 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).

4.4 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). Schliesslich haben die Berichte versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen grundsätzlich Beweiswert, doch kommt ihnen praxisgemäss nicht dieselbe Beweiskraft zu wie einem Gutachten, das der Versicherungsträger im Verfahren nach Art. 44 ATSG von einer externen Fachperson eingeholt hat oder einem Gerichtsgutachten (BGE 135 V 465 E. 4.4 S. 469 f. mit Hinweisen). Zwar lässt der Umstand, dass versicherungsinterne Fachpersonen in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger stehen, für sich allein noch nicht auf mangelnde Objektivität und Befangenheit dieser Personen schliessen. Soll ein Versicherungsfall jedoch ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge

Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 135 V 465 E. 4.4 S. 469 f. mit Hinweisen). Einem von der Krankentaggeldversicherung eingeholten Gutachten kommt der Beweiswert versicherungsinterner ärztlicher Feststellungen zu (Urteil des Bundesgerichts 9C_580/2018 vom 14. November 2018 E.

E. 4.1

mit Hinweisen).

E. 5

5.1 Die Beschwerdegegnerin wies in der angefochtenen Verfügung vom 21. April 2022 (A.S. 1) den Anspruch auf eine Invalidenrente und berufliche Massnahmen ab. Das im Auftrag der Krankentaggeldversicherung erstellte psychiatrischen Gutachten von Dr. med. B.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 21. März 2021 habe ergeben, dass im Explorationszeitpunkt keine Diagnosen mehr mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bestanden hätten. Der RAD habe das besagte Gutachten und somit eine lediglich vorübergehende gesundheitliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestätigt. Das Wartejahr gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG werde nicht erfüllt und es liege keine Invalidität vor. Ein Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung sei folglich nicht gegeben. In der Begründung führte die Beschwerdegegnerin weiter aus, dass das Gutachten ■ entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin ■ beweiswertig sei. Die Qualitätsleitlinien der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP) seien als Empfehlungen zu verstehen. Gutachten, die davon abwichen, führten nicht zur Unverwertbarkeit. Bei den abweichenden Einschätzungen der behandelnden Ärzte handle es sich um eine andere Einschätzung desselben Sachverhalts, was keine hinreichenden Zweifel am Gutachten hervorzurufen vermöge. Schliesslich bleibe anzufügen, dass in Anbetracht des vom Versicherten geschilderten Aktivitätsniveaus die behandlerseitig attestierte volle Arbeitsunfähigkeit nicht überzeuge (A.S. 1).

5.2 Mit Beschwerde vom 25. Mai 2022 (A.S. 5) beantragt der Beschwerdeführer die Aufhebung der angefochtenen Verfügung und die Zusprache der gesetzlichen Leistungen, insbesondere Rentenleistungen. In der Beschwerdebegründung wird im Wesentlich vorgebracht, dass der Beschwerdeführer ■ entgegen der Beurteilung von Dr. med. B.____ ■ auch für den Zeitraum nach dem 21. März 2021 bis heute zumindest teilweise in seiner Arbeitsfähigkeit eingeschränkt sei. Dies belegten die ärztlichen Zeugnisse vom 1. April 2021 bis 31. Mai 2022 (Beschwerdebeilage 4). Ferner bestünden Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der Beurteilung von Dr. med. B.____ sowie derjenigen des RAD. Die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers sei aus psychiatrischer Sicht noch einmal zu prüfen und hernach sei erneut über dessen Leistungsanspruch zu befinden. Die Beurteilung von Dr. med. B.____ werde den Anforderungen, welche die Leitlinien der SGPP statuierten, nicht gerecht. Beim Studium der Beurteilung vom 21. März 2021 entstehe ausserdem der Eindruck, der Adressat lese das Protokoll eines Bewerbungsgesprächs. Die gestellten Fragen seien im Rahmen einer psychiatrischen Untersuchung teils äusserst ungewöhnlich. Zudem handle es sich um Fragestellungen, welche fast schon als Fangfragen bezeichnet werden könnten, da deren Beantwortung durch den Exploranden nur zu seinen Ungunsten ausgelegt werden könne. Auch sei der Beschwerdeführer mit der Art und Weise der Fragestellungen von Dr. med. B.____ offensichtlich teils überfordert gewesen.

Allgemein entstehe der Eindruck, dass zwischen dem Gutachter und dem Exploranden kommunikative Schwierigkeiten bestanden hätten. Hinsichtlich der objektiven Befunde führe der Gutachter aus, einmalig isoliert zur Frage der genauen Beeinträchtigung am Arbeitsplatz habe ein passageres Vorbeireden, ein schwer umständliches Denken, eine erhöhte Impulsivität mit mehrfachem ins Wortfallen und eine erhöhte psychovegetative Erregung bestanden, so dass kurzfristig eine weitere Exploration nicht möglich erschienen sei. Eine Einordnung und Würdigung dieser Beobachtungen finde sich in der Beurteilung vom 21. März 2021 indes nicht. Ferner widerspreche die Aussage von Dr. med. B.____, wonach die Akutsymptomatik im Herbst 2020 remittiert gewesen sei, den echtzeitlichen medizinischen Berichten. Hinzu komme, dass Dr. med. B.____ eine reine Mutmassung vornehme, soweit er von einem wahrscheinlich wieder abgesunkenen Vitamin D3-Spiegel ausgehe, welcher vor allem die berichtete Müdigkeit unterhalten könne. Entsprechende Laborwerte, welche diese Aussage stützten, fehlten. Insgesamt seien die von Dr. med. B.____ gezogenen Schlussfolgerungen weder nachvollziehbar noch schlüssig. Das Studium des Berichts zeige zudem klar, dass es offensichtlich kommunikative Schwierigkeiten gegeben habe und der Untersucher verschiedene relevante Fragen teilweise unzutreffend, unpräzise und mitunter unverständlich beantwortet habe. Angesichts des Dargelegten sei nicht nachvollziehbar, wie der RAD zur Ansicht gelangen könne, die medizinische Beurteilung vom 21. März 2021 sei schlüssig und nachvollziehbar. Beanstandet wurde schliesslich auch die fachliche Qualifikation der RAD-Ärztin als Fachärztin für Chirurgie.

6. Hinsichtlich der vorliegend umstrittenen Punkte, namentlich der Sachverhaltsabklärung und der Arbeitsfähigkeit, sind im Wesentlichen folgende Akten relevant:

6.1 Im Bericht der C.____ zum Indikationsgespräch vom 16. Juni 2020 wurden eine (-) Mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-1: F31.11) und (-) eine Panikstörung (ICD-10- F41.0) DD: Generalisierte Angststörung (ICD-10: F41.1) diagnostiziert. Angesichts der Schwere der Symptomatik und dem hohen Leidensdruck bestehe eine Indikation zur stationären Behandlung (IV-Nr. 5, S. 26).

6.2 Mit ärztlichem Bericht vom 16. August 2020 diagnostizierte Dr. med. D.____, Facharzt FMH für Allgemeine Innere Medizin, eine Anpassungsstörung, (-) Burn-out, (-) Angst- und Panikattacken sowie (-) psychosomatische Beschwerden. Als nicht-medizinische Gründe mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit nannte er Mobbing am Arbeitsplatz. Die aktuelle Tätigkeit sei in einer anderen Arbeitsumgebung nach der Behandlung in der C.____ zumutbar (IV-Nr. 5, S. 3).

6.3 Gemäss Austrittsbericht der C.____ vom 2. Oktober 2020 sei der Versicherte vom 29. Juni 2020 bis 4. September 2020 stationär behandelt worden. Es bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit vom 29. Juni 2020 bis 31. Oktober 2020. Dr. med. E.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, stellte folgende Diagnosen: (1) Rezidivierende depressive gegenwärtig schwere Episode, ohne psychotische Symptome (ICD-10: F33.2), (-) Schwere Episode 2013 behandelt mit Cipralext 20 mg, (2.) Agoraphobie mit Panikstörung (ICD-10: F40.01), (3.) Persönlichkeitsakzentuierung mit ängstlich-vermeidenden und leistungsorientierten Zügen (ICD-10: Z73.1), (4.) Hypertonie, (5.) St. nach Unfall als Kind mit Operation eines Fremdkörpers frontal rechts (anamnestisch), (6.) Insomnie, (-) Respiratorische Poly-graphie 25.6.20: AHI 2/h, in Rückenlage 4/h. Erhöhter Arousal-Index, (7.) Palpitationen, TTE 02/2020: normaler Herzbefund, Holter-EKG 01/2020: Einige ventrikuläre Extrasystolen und wenige supraventrikuläre Extrasystolen, subjektiv

unbemerkt. Keine höhergradige Rhythmusstörungen, (8.) Dyslipidämie ED 06/2020, (-) AGLA-score 4 % (Niedriges Risiko) und (9.) Schwerer Vitamin D3-Mangel, (-) Substituiert. Bei Austritt seien depressive und Angstsymptome teilremittiert gewesen. Hinsichtlich der Persönlichkeitsauffälligkeiten habe der Versicherte ein gutes Problembewusstsein entwickeln und erste Verhaltensveränderungen vornehmen können. Hier bedürfe es jedoch der weiteren Bearbeitung im ambulanten Setting. Medikamentös sei eine störungsspezifische Medikation mit CipraleX eingeleitet und auf 20 mg aufdosiert worden. Von dieser Medikation habe der Versicherte schon bei einer früheren Episode profitiert. In Bezug auf die Psychometrie hielt Dr. med. E. ___ fest, dass sich die beschriebene Verbesserung der Eingangssymptomatik auch in den bei Ein- und Austritt erhobenen psychometrischen Testbefunden abgebildet habe. So habe sich die gemessene Depressivität von schwer bis leicht reduziert (BDI-II: Reduktion von 34 auf 18 Punkte). Auch die Ängstlichkeit habe abgenommen vom klinisch relevanten bis in den moderaten Bereich (BAI: Reduktion von 32 auf 25 Punkte; HADS: der Punktwert blieb bei 13). Die globale psychische Belastung habe ebenfalls abgenommen (BSCL: von 136 auf 103 Punkte). Die mittels WHOQOL erfasste subjektive Lebensqualität sei leicht von 43 % auf 47 % gestiegen (IV-Nr. 5, S. 7).

6.4 Im Bericht der F. ___ vom 19. Oktober 2020 stellten Dr. med. G. ___, Fachärztin FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, und Dr. med. H. ___, Assistenzarzt, folgende Hauptdiagnosen: (1.) Rezidivierende depressive gegenwärtig schwere Episode, ohne psychotische Symptome (ICD-10 F33.2), (-) Unter CipraleX Teilremission und (2.) Persönlichkeitsakzentuierung mit ängstlich-vermeidenden und leistungsorientierten Zügen (ICD-10 Z73.1). Zum Psychostatus wurde unter anderem festgehalten, dass der Versicherte wach, bewusstseinsklar, allseits orientiert sei. Hinweise auf reduzierte Konzentration und Aufmerksamkeit im Gespräch, in Formaldenken kohärent mit leiser Stimme redend, mental deutlich verlangsamt, berichte über Gedankenkreisen mit negativen Inhalten, inhaltlich keine Hinweise auf Wahnvorstellungen, Ich-Störungen oder Zwänge, keine optischen oder akustischen Halluzinationen, im Affekt deprimiert und ratlos, die Stimmung deutlich depressiv mit Tagesschwankungen mit Morgentief, freudlos und lustlos, Schuldgefühle mit Selbstvorwürfen und Insuffizienzgefühlen, psychomotorisch verlangsamt und retardiert, die Antriebe reduziert, keine Todeswünsche, keine Suizidgedanken, keine Hinweise auf Fremdgefährdung, Schlafstörungen, reduzierter Appetit. Die Testung Beck Depressions Inventar (BDI) habe 30 Punkte ergeben. In der Beurteilung wurde ausgeführt, dass eine rezidivierende depressive Störung vorliege mit zuletzt schwergradiger depressiver Episode. Trotz der stationären Behandlung habe nur eine Teilremission unter Behandlung mit CipraleX erreicht werden können. Aktuell zeige der Versicherte weiterhin eine mittelgradige depressive Symptomatik mit Schlafstörungen, Lustlosigkeit, negativem Gedankenkreisen, Freudlosigkeit und Antriebslosigkeit. Die begleitenden Angsterscheinungen mit somatischen Symptomen hätten sich deutlich im Rahmen der stationären Behandlung und der medikamentösen Behandlung mit CipraleX verbessert (IV-Nr. 18).

6.5 Im psychiatrischen Zwischenbericht der F. ___ vom 15. Dezember 2020 stellten Dr. med. I. ___, Facharzt FMH Allgemeine Innere Medizin, und Dr. med. H. ___ folgende Hauptdiagnosen: (1.) Rezidivierende depressive gegenwärtig schwere Episode, ohne psychotische Symptome (ICD-10 F33.2) und (2.) Persönlichkeitsakzentuierung mit ängstlich-vermeidenden und leistungsorientierten Zügen (ICD-10 Z73.1). Bei ausgebliebener Vollremission und unbefriedigendem Ansprechen auf CipraleX sei der

Versicherte beginnend am 26. November 2020 und überlappend mit Cipralex auf das Antidepressivum Brintellix umgestellt worden. Beim letzten Besuch am 8. Dezember 2020 habe sich eine beginnende Verbesserung mit zunehmender Kraft und Antrieb, weniger Müdigkeit und besserer Schlafqualität gezeigt. Diese Verbesserung solle sich im Verlauf bewähren. Psychoedukativ und mit kognitiven Verhaltensansätzen gelinge es dem Versicherten auch zunehmend Kontrolle über seine panikähnlichen Zustände zu haben. Hinsichtlich des psychopathologischen Befundes verwiesen Dres. med. I.____ und H.____ auf den Psychostatus vom 19. Oktober 2020. Unter den subjektiven Beschwerden vermerkten sie, dass beim Erstgespräch mindestens mittelgradige depressive Symptome bestanden hätten, trotz der Behandlung mit Cipralex mit folgenden Symptomen: Niedergestimmtheit, Müdigkeit, Antriebslosigkeit, Konzentrationsstörung, Schlafstörung, Schuldgefühle, psychomotorische Retardierung, Lustlosigkeit, Interessenlosigkeit, Erschöpfung und Energiemangel, negatives Gedankenkreisen, somatische Ängste, panikähnliche Zustände mit begleitenden somatischen Symptomen und Todesängsten. Seit dem Beginn der ambulanten Behandlung sei der Versicherte zu 100 % arbeitsunfähig. Die aktuelle Arbeitsunfähigkeit sei nicht arbeitsplatzspezifisch. Die depressiven Symptome im Rahmen der aktuellen depressiven Episode bedingten die Arbeitsunfähigkeit im Sinne von erhöhter Müdigkeit, fehlendem Antrieb und Motivation zur Arbeit, niedrige Belastbarkeit und Ausdauer sowie Konzentrationsstörungen (IV-Nr. 20, S. 4).

6.6 Gemäss dem Protokoll des Intake-Gespräches vom 11. Januar 2021 sei der Versicherte zuletzt Produktionsmitarbeiter (Mischer) im Tagesbetrieb der J.____ gewesen. Die Kündigung sei durch die Arbeitgeberin erfolgt wegen ungenügender Arbeitsleistung, wiederholten Absenzen und Differenzen. Der Versicherte könne vom Klinikaufenthalt sowie von der regelmässigen ambulanten Behandlung gut profitieren. Haupteinschränkend seien noch eine reduzierte psychische Befindlichkeit mit Antriebsstörungen, leichten Gedächtnis- und Konzentrationsschwierigkeiten, Angstzustände bei Menschenansammlungen und sich nun langsam bessernden Durchschlafstörungen. Seit der Medikamentenumstellung bemerke der Versicherte eine weitere Stabilisierung und er würde gerne im reduzierten Pensum eine Erwerbstätigkeit aufnehmen (IV-Nr. 17).

6.7 Im Auftrag der Krankentaggeldversicherung erstattete Dr. med. B.____ am 21. März 2021 ein psychiatrisches Gutachten. Darin diagnostizierte er eine (-) Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert (F33.4), eine (-) Persönlichkeitsakzentuierung mit leistungsorientierten und kränkbareren Zügen und Gerechtigkeitsbedürfnis (Z73.1) und eine (-) Agoraphobie mit Panikstörung (F40.01). Keine der gestellten Diagnosen hätten in der aktuellen Intensität resp. unter aktueller Remission einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Der Beschwerdeführer sei sowohl in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als auch in einer leidensangepassten Tätigkeit 100%ig arbeitsfähig (IV-Nr. 21).

6.8 Mit RAD-Stellungnahme vom 10. Mai 2021 erklärte Dr. med. K.____, Fachärztin für Chirurgie und praktische Ärztin, dass das Gutachten von Dr. med. B.____ in seiner Beurteilung anhand der Befunderhebung nachvollziehbar und schlüssig sei, weshalb der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit gefolgt werden könne. Der Versicherte sei durch seine schwere depressive Episode vorübergehend in seiner Belastbarkeit und Arbeitsfähigkeit eingeschränkt gewesen. Nach adäquater Behandlung sei dem Versicherten seit dem Gutachten durch Dr. med. B.____ wieder eine volle Arbeitsfähigkeit zumutbar (IV-Nr. 23).

6.9 Im Abschlussbericht vom 11. Mai 2021 führte die berufliche Eingliederungsfachfrau aus, dass es dem Versicherten mit der Medikamentenumstellung aktuell viel besser gehe,

ausser der Schlafstörung, welche noch immer da sei. Mit Anruf vom 3. Mai 2021 habe der Versicherte seine aktuelle Arbeitsfähigkeit von 50 % mitgeteilt. Die Stellensuche laufe über die Arbeitslosenversicherung. Er denke, dass er ab Juli 2021 wieder die volle Arbeitsfähigkeit erreichen werde (IV-Nr. 25).

6.10 Aus den eingereichten ärztlichen Zeugnissen von Dr. med. H.____ und Dr. med. L.____, Praktischer Arzt, geht hervor, dass dem Versicherten vom 1. bis 30. April 2021 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % attestiert wurde. Ab dem 1. Mai bis 31. August 2021 wurde eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % attestiert. Vom 7. Oktober 2021 bis 31. März 2022 wurde der Versicherte zu 80 % und vom 1. April 2022 bis 31. Mai 2022 zu 50 % arbeitsunfähig geschrieben (Beschwerdebeilage 4).

E. 7

7.1. Die Beschwerdegegnerin verneint den Anspruch auf eine Invalidenrente und berufliche Massnahmen mit Verfügung vom 21. April 2022. Dabei stützt sie ihren Entscheid im Wesentlichen auf das von der Krankentaggeldversicherung eingeholte psychiatrische Gutachten von Dr. med. B.____ vom 21. März 2021 (IV-Nr. 21). Nachfolgend ist zu beurteilen, ob das Gutachten von Dr. med. B.____ beweismässig ist und ob ein Leistungsanspruch vorliegt. Dabei gilt zu berücksichtigen, dass dem von der Krankentaggeldversicherung eingeholten Gutachten der Beweiswert einer versicherungsinternen ärztlichen Stellungnahme zukommt und daher im Rahmen der Beweiswürdigung strenge Anforderungen gelten. Bereits bei Vorliegen geringer Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der Beurteilung müssen ergänzende Abklärungen vorgenommen werden (vgl. Erwägung 4.4).

7.2 Im Rahmen der psychiatrischen Begutachtung vom 21. März 2021 stellt Dr. med. B.____ keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Diese fachärztliche Schlussfolgerung wird unter Berücksichtigung der psychiatrischen Untersuchung und der medizinischen Vorbefunde schlüssig begründet. Anlässlich der ärztlichen Befragung habe der Versicherte zur Eigenanamnese unter anderem angegeben, dass er wegen Schlafstörungen nicht arbeiten könne. Er wolle arbeiten, aber erst, wenn die Depression vorbei sei. Wenn es so weitergehe, könne er schon arbeiten. Es seien noch Konzentrationsprobleme vorhanden und er sei noch etwas aufgeregt. Hinsichtlich des aktuellen Tagesablaufs habe der Versicherte im Wesentlichen angegeben, dass er um 5:30 Uhr aufstehe. Er mache dann Gymnastik und bereite anschliessend das Frühstück für die Familie vor. Von 8:00 Uhr bis 10:00 Uhr schlafe er nochmals und frühstücke danach. Mittags esse die Familie zusammen. Manchmal gehe er am Mittag 30 bis 40 Minuten joggen. Wenn er müde sei, schlafe er von 15:00 Uhr bis 17:00 Uhr nochmals. Oft male er mit Fingerfarben, bis es um 17:00 Uhr ein Abendessen mit der Familie gebe. Danach schaue er fern oder gehe gelegentlich mit der Frau zusammen joggen. Gegen 23:00 Uhr gehe er ins Bett und beschäftige sich noch 15 bis 30 Minuten am Smartphone, bevor er einschlafe. Ohne das Medikament Seroquel habe er keine solche Müdigkeit gehabt. Am Wochenende bekleide er das Amt des Präsidenten eines M.____ Arbeitnehmervereins und sei darüber hinaus der Vize-Präsident des übergeordneten Dachverbands dieser Vereinigung. Zu seinen Aufgaben gehörten das Planen von kulturellen Anlässen, Medienarbeit und Internetpräsentationen. Zum Behandlungsverlauf habe der Versicherte ausgeführt, nach der Hospitalisation in der Klinik sei alles wieder gut gewesen. Nach ein paar Monaten sei es dann aber wieder zu einer Verschlechterung des Zustandes mit vor allem erlebter Müdigkeit gekommen. Im Oktober 2020 habe er die ambulante Behandlung

begonnen. Dort sei eine Umstellung der Medikation von Cipralelex 20 mg auf Brintellix 15 mg bzw. 10 mg erfolgt. Später sei nochmals umgestellt worden auf 50 mg Seroquel XR, worunter eine subjektiv schwere Müdigkeit entstanden sei resp. sich weiter verschärft habe. Das Vitamin D3, welches in der C. ___ verordnet worden sei, habe er unregelmässig genommen. Oft habe er es vergessen. Nun gehe es seit einiger Zeit wieder besser. Im Hinblick auf die subjektive Perspektive habe der Versicherte angegeben, dass er seit ein paar Wochen täglich im Internet nach Stellen suche. Wenn er ein Jobangebot erhalten würde, würde er erklären, dass er sich noch nicht ganz gesund fühle. Auf die Frage, was er machen würde, falls ein Arbeitgeber ihn bereits nächste Woche benötigen würde, habe der Versicherte zögerlich geantwortet, dass er dann vielleicht schneller gesund werden würde. Bislang habe er sich noch nicht beworben, weil er sich eine Arbeitsstelle in der Nähe mit einem Arbeitsweg von zehn bis zwanzig Minuten pro Weg und einem guten Lohn wünsche.

Bezüglich der objektiven Untersuchungsbefunde führt Dr. med. B. ___ im Wesentlichen aus, dass der Versicherte wach, klar und zur Zeit, Person, Ort und Situation vollständig orientiert gewesen sei. Die Auffassung sei normal gewesen, die Konzentration regelrecht. Sowohl im klinischen Kontext als auch in den Kurztests wie Subtrahieren einer konstanten Zahl von 100 und Monatsnamen rückwärts seien keine Fehler gemacht worden. In der Merkfähigkeitstestung seien nach wenigen Minuten zwei von drei präsentierten Begriffen erinnert worden. Einmalig isoliert zur Frage der genauen Beeinträchtigung am Arbeitsplatz habe ein passageres Vorbeireden und ein schwer umständliches Denken sowie eine erhöhte Impulsivität mit mehrfachem ins Wortfallen und eine erhöhte psychovegetative Erregung bestanden, sodass kurzfristig eine weitere Exploration nicht möglich erschienen sei. Diese Symptome hätten dann nach kurzem Time-out und im weiteren Verlauf und anderen Themen nicht mehr beobachtet werden können. Das übrige formale und inhaltliche Denken sei flüssig und ungestört gewesen. Der Wechsel von Themen innerhalb der Exploration habe ohne Probleme gemeistert werden können. Der untersuchte Affekt sei insgesamt euthym gewesen bei guter Affektmodulation, themenbezogen hätten sich passagere Sorgen, Enttäuschungen über Erlebtes, Ohnmachtserleben und ein leicht- bis mittelgradig reduziertes Suffizienzerleben gezeigt. Es werde eine als leichtgradig zu wertenden Angst- und Vermeidungsreaktion bei Menschenmengen mit mehrfach folgender Panikattacke angegeben. Am Samstag gehe er nicht einkaufen, weil dann mehr Menschen im Supermarkt seien. Die Interessen (Motorrad, Tauchen, Gleitschirm) seien seit acht Jahren reduziert, insgesamt aber vorhanden (möchte Arbeiten, Engagement für zwei Vereine im Präsidium, Joggen, Gymnastik). Die Energie und der Antrieb (z. B. Einkaufen, Sport) seien objektiv normal vorhanden, auch bestünden während drei Stunden Exploration ohne Pause keine Müdigkeitszeichen wie z. B. Gedankenabreissen, Gähnen, Einschlafen, kognitive Verlangsamung. Somatisch auch keine Augenringe. Subjektiv würden Motivations- und Initiationsreduktion sowie eine schwere Müdigkeit berichtet (ggf. pharmakologische Nebenwirkung Quetiapin). Der Schlaf sei derzeit unregelmässig und durch mehrere Schlafintervalle am Tag gekennzeichnet. Das Ein- und Durchschlafen sei ungestört. Es bestünden keine unmittelbare Fremd- oder Selbstgefährdung.

Auf der Grundlage der vorstehenden Untersuchungsbefunde und der medizinischen Vorgeschichte diagnostiziert Dr. med. B. ___ in nachvollziehbarer Weise eine (-) Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert (F33.4), eine (-) Persönlichkeitsakzentuierung mit leistungsorientierten und kränklichen Zügen und Gerechtigkeitsbedürfnis (Z73.1) sowie eine (-) Agoraphobie mit Panikstörung (F40.01). In

seiner Beurteilung kommt Dr. med. B.____ sodann zum überzeugenden Ergebnis, dass keine der gestellten Diagnosen in der aktuellen Intensität resp. unter aktueller Remission einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit habe. Diese fachärztlichen Einschätzungen leuchten insbesondere mit Blick auf den Krankheitsverlauf, die objektiv festgestellten Befunde und die eigenen Angaben des Versicherten ein. Hinsichtlich des Krankheitsverlaufs legt Dr. med. B.____ plausibel dar, dass sich die Symptomatik mit depressiver Entwicklung und akzentuierter Angstsymptomatik im Rahmen der psychotherapeutischen und psychopharmakologischen Behandlung bis zum Untersuchungszeitpunkt am 21. März 2021 deutlich verbessert habe. Eine Verbesserung des Beschwerdebildes ergibt sich denn auch aus der Aktenlage. Im Rahmen des stationären Aufenthalts in der C.____ konnte im September 2020 eine Teilremission der depressiven Symptomatik und eine Reduktion der Ängstlichkeit erzielt werden (IV-Nr. 18). Nach einer anfänglichen Verschlechterung infolge des Klinikaustritts verzeichneten die behandelnden Ärzte der F.____ am 15. Dezember 2020 eine beginnende Verbesserung mit zunehmender Kraft und Antrieb, weniger Müdigkeit und besserer Schlafqualität sowie zunehmender Kontrolle über panikähnliche Zustände (IV-Nr. 20, S. 4). Beim Intake-Gespräch vom 11. Januar 2021 berichtete der Versicherte zudem, dass er seit der Medikamentenumstellung eine weitere Stabilisierung bemerke und gerne im reduzierten Pensum arbeiten würde (IV-Nr. 17). In Bezug auf die objektiven Befunde legt Dr. med. B.____ sodann plausibel dar, dass anlässlich der eigenen psychiatrischen Untersuchung nur noch marginal feststellbare Restsymptome vorgelegen hätten. Dr. med. B.____ stellt namentlich eine regelrechte Konzentration und einen euthymen Affekt fest. Interessen, Energie und Antrieb seien objektiv normal vorhanden. Auch hätten während der dreistündigen Exploration keine Müdigkeitszeichen wie Gedankenabreissen, Gähnen, Einschlafen oder kognitive Verlangsamung bestanden. Themenbezogen hätten sich passagere Sorgen und Enttäuschungen über Erlebtes, Ohnmachtserleben und ein leicht- bis mittelgradig reduziertes Insuffizienzerleben gezeigt. Ferner bestehe eine leichtgradig zu wertende Angst- und Vermeidungsreaktion bei Menschenmengen. Aus diesen vorstehenden objektiven Befunden lässt sich die Annahme marginal feststellbarer Restsymptome plausibilisieren. Entsprechend leuchtet die Schlussfolgerung von Dr. med. B.____ ein, dass nebst der weitgehend remittierten depressiven Störung sich auch die leichte, seit Jahren bestehende Agoraphobie mit Panikattacken zuletzt in der Akuität gebessert habe und die Leistungsfähigkeit des Versicherten nicht behindere. Ausserdem schränke die nicht als Krankheit geltende Persönlichkeitsakzentuierung die Leistungsfähigkeit nicht ein. Diese gutachterliche Beurteilung erscheint auch mit Blick auf die Angaben des Versicherten nachvollziehbar. Insbesondere der geschilderte Tagesablauf, das Aktivitätenniveau und die im Explorationszeitpunkt bereits aufgenommene Stellensuche lassen auf ein intaktes Leistungsvermögen schliessen. Bekräftigt werden die Einschätzungen von Dr. med. B.____ schliesslich nochmals in dessen Stellungnahme zu den abweichenden Beurteilungen der behandelnden Ärzte. Hinsichtlich der im Bericht vom 15. Dezember 2020 attestierten vollen Arbeitsunfähigkeit legt Dr. med. B.____ schlüssig dar, dass diese inhaltlich mehrheitlich auf die subjektiven Symptome anlässlich des Erstgesprächs vom 19. Oktober 2020 abgestützt werde. Keiner der angegebenen Gründe für die generelle Arbeitsunfähigkeit ■ erhöhte Müdigkeit, fehlender Antrieb und Motivation zur Arbeit, niedrige Belastbarkeit und Ausdauer sowie Konzentrationsstörungen ■ werde objektiv belegt. Im Weiteren wendet Dr. med. B.____ überzeugend ein, dass die Diagnose einer schweren Episode nicht mehr mit den im psychopathologischen Befund beschriebenen Symptomen vereinbar sei, zumal alle Hauptkriterien wie Antriebsverlust (nicht

Antriebsreduktion) und Interessensverlust nicht erfüllt seien. Auch der BDI sei wiederum ein subjektives Beurteilungsinstrument und könne keine hinreichende objektive Einschätzung ergeben. Die im Bericht vom 15. Dezember 2020 attestierte volle Arbeitsunfähigkeit vermag demnach keine auch nur geringen Zweifel an der fachärztlichen Beurteilung von Dr. med. B.____ hervorzurufen. Gleiches gilt im Übrigen für die eingereichten ärztlichen Zeugnisse der behandelnden Ärzte, welche für den Zeitraum vom 1. April 2021 bis 31. Mai 2022 eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit attestieren. Die besagten Arztzeugnisse sind insbesondere mangels Begründung nicht nachvollziehbar.

Aus all diesen Gründen überzeugt die fachärztliche Beurteilung von Dr. med. B.____, wonach keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vorliege und der Beschwerdeführer in der angestammten sowie auch in einer leidensangepassten Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig sei.

Dem vermögen die vom Beschwerdeführer vorgebrachten Einwendungen nichts entgegenzuhalten. Die Rüge, wonach das Gutachten von Dr. med. B.____ den Leitlinien der SGPP nicht gerecht werde, vermag dessen Beweiswert nicht in Frage zu stellen. Wie die Vorinstanz zutreffend zitiert, verlangt die bundesgerichtliche Rechtsprechung nicht, dass ein psychiatrisches Gutachten in allen Teilen den Leitlinien der SGPP entspricht (Urteil des Bundesgerichts 9C_44/2017 vom 9. Mai 2017 E. 4.4). Entscheidend ist, dass die ärztliche Beurteilung umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten abgegeben worden ist und in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge einleuchtet und begründet ist (vgl. Erwägung 4.3 hiervor). Diese Voraussetzungen sind vorliegend erfüllt.

Nichts zu seinen Gunsten ableiten lässt auch der Einwand, wonach das Gutachten von Dr. med. B.____ an ein Bewerbungsgesprächsprotokoll erinnere. Die eingehende gutachterliche Befragung zum Thema Stellensuche zielt primär auf die Selbsteinschätzung des Versicherten ab, was nicht unüblich ist. Insgesamt geht aus der Befragung hervor, dass der Versicherte einerseits gerne arbeiten möchte, andererseits fühle er sich im Explorationszeitpunkt noch nicht vollkommen bereit dazu. Dieses Befragungsergebnis passt mit der Aussage des Versicherten anlässlich des Intake-Gesprächs vom 11. Januar 2021 zusammen, wonach er gerne im reduzierten Pensum eine Erwerbstätigkeit aufnehmen würde (IV-Nr. 17). Das Gutachten erscheint somit weder in Bezug auf die Eigenanamnese noch die subjektive Perspektive als inadäquat oder unzulänglich.

Sodann vermag auch die Rüge, Dr. med. B.____ verzichte auf eine Einordnung und Würdigung der Beobachtungen im Zusammenhang mit der Befragung zum vormaligen Arbeitsplatz, keine hinreichenden Zweifel am Gutachten hervorzurufen. Dr. med. B.____ stellt diesbezüglich fest, dass der beobachtete Erregungszustand ■ mit passagerem Vorbeireden, schwer umständlichem Denken, erhöhter Impulsivität mit mehrfachem ins Wort fallen und erhöhter psychovegetativer Erregung ■ einmalig aufgetreten sei und nach einem kurzen Time-out und im weiteren Verlauf nicht mehr beobachtet worden sei. Das übrige formale und inhaltliche Denken sei flüssig und ungestört gewesen. Dr. med. B.____ mass dem kurzzeitigen Erregungszustand somit keinen Krankheitswert zu. Dies leuchtet insbesondere mit Blick auf die Z-co-dierte Diagnose Persönlichkeitsakzentuierung (Z73.1) ein, welche nicht als Krankheit klassifiziert wird (Urteil des Bundesgerichts 8C_663/2010 vom 15. Oktober 2010 E. 5.3).

Im Weiteren beanstandet der Beschwerdeführer, die festgestellte Remission der Akutsymptomatik im Herbst 2020 widerspreche den echtzeitlichen medizinischen Berichten. Dem ist entgegenzuhalten, dass Dr. med. B.____ die Remission auf die Akutsymptomatik ■ nicht auf die Symptomatik im Allgemeinen ■ bezieht. Ein Widerspruch zu den echtzeitlichen medizinischen Berichten, welche eine Teilremission der depressiven Symptome und der Angstsymptome festhalten, ist daher nicht auszumachen.

Gerügt und als reine Mutmassung bezeichnet werden ferner die Einschätzungen von Dr. med. B.____ im Zusammenhang mit dem Vitamin D3. Dr. med. B.____ gehe ohne entsprechende Laborwerte von einer wahrscheinlichen Verschlechterung des Vitamin D3-Spiegels aus, welcher die beklagte Müdigkeit des Versicherten unterhalte. Die Annahme, dass der Versicherte wahrscheinlich einen tiefen Vitamin D3-Spiegel aufweist, erscheint vorliegend begründbar. Gemäss Austrittsbericht der C.____ vom 2. Oktober 2020 hatte der Versicherte einen schweren Vitamin D3-Mangel, welcher mit einer wöchentlichen Vitamin D3-Gabe substituiert wurde (IV-Nr. 20 S. 9 + S. 12). Die behandelnden Ärzte der F.____ setzten die wöchentliche Substitution mit Vitamin D3 fort. Anlässlich der gutachterlichen Befragung gab der Versicherte indes an, dass er das Vitamin D3 unregelmässig genommen habe, er habe es oft vergessen. Die Mutmassung, dass der Vitamin D3-Spiegel wahrscheinlich abgesunken sei, erweist sich entsprechend nicht als unsachgerecht. Unbesehen dessen ist darauf hinzuweisen, dass Dr. med. B.____ den als wahrscheinlich angenommenen reduzierten Vitamin D3-Spiegel lediglich als eine von mehreren möglichen Ursachen für die beklagte Müdigkeit nennt. Weitere mögliche Faktoren seien namentlich die Nebenwirkung des Medikaments Seroquel oder die verbesserungsfähige Schlafhygiene. Die Ausführungen das Vitamin D3 betreffend begründen somit keine hinreichenden Zweifel an der Schlüssigkeit des in Frage stehenden Gutachtens.

Vorgebracht werden in der Beschwerde schliesslich kommunikative Schwierigkeiten sowie eine teilweise unzutreffende, unpräzise oder unverständliche Beantwortung der Versicherungsfragen. Diesbezüglich wird nicht weiter dargelegt und ist auch nicht ersichtlich, inwiefern sich das Vorgeworfene zu Ungunsten des Versicherten ausgewirkt haben soll. Insgesamt ergibt die ausführliche, fachärztliche Beurteilung von Dr. med. B.____ umfassend Aufschluss und beantwortet die Fragen der Diagnosestellung und der Arbeitsfähigkeit schlüssig und nachvollziehbar.

Gesamthaft betrachtet wurde die fachärztliche Beurteilung von Dr. med. B.____ aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten erstattet und gelangt bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen, weshalb ihm volle Beweiskraft zuzuerkennen ist. Gestützt auf das beweismässige fachärztliche Gutachten, welches eine psychisch bedingte Arbeitsunfähigkeit in überzeugender Weise verneint, kann damit auf eine Indikatorenprüfung verzichtet werden (BGE 143 V 418 E. 7.1 S. 429). Das Gutachten von Dr. med. B.____ wurde somit seitens der RAD-Ärztin und der Beschwerdegegnerin zu Recht als beweiskräftig erklärt. Die in diesem Zusammenhang beanstandete fachliche Qualifikation der RAD-Ärztin erscheint nicht gerechtfertigt. Als Fachärztin für Chirurgie und praktische Ärztin ist die RAD-Ärztin ausreichend qualifiziert, um den Beweiswert eines psychiatrischen Gutachtens zu beurteilen. Entscheidend ist der Beweiswert des Gutachtens, nicht dessen Beurteilung durch den RAD.

8. Basierend auf dem beweismässigen Gutachten von Dr. med. B.____ vom 21. März 2021 und den medizinischen Vorakten ist mit der Beschwerdegegnerin von einer

vorübergehenden Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von Juni 2020 bis März 2021 auszugehen, gefolgt von einer vollen Arbeitsfähigkeit in der angestammten sowie auch in einer angepassten Tätigkeit ab 21. März 2021. Demnach werden vorliegend weder die für den Anspruch auf eine Invalidenrente erforderliche einjährige Wartezeit noch der erforderliche Invaliditätsgrad von 40 % erreicht. Dass es nach dem Gutachten von Dr. med. B.____ zu einer erheblichen, dauerhaften Verschlechterung gekommen wäre, wird in Beschwerde nicht geltend gemacht. Auch die im Beschwerdeverfahren eingereichten Arztzeugnisse bilden keine hinreichende Grundlage für eine solche These. Die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Invalidenrente sind somit nicht erfüllt. Aufgrund der uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit besteht aus medizinischer Sicht auch keine Notwendigkeit für Eingliederungsmassnahmen, womit der Anspruch auf berufliche Massnahmen ebenfalls zu verneinen ist (Art. 8 Abs. 1 IVG). Demnach ist die Beschwerde abzuweisen.

9. Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung. 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. Im vorliegenden Fall hat der Beschwerdeführer Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen, die mit dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe zu verrechnen sind.

Demnach wird erkannt:

3. Der Beschwerdeführer 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

Die Präsidentin

Die Gerichtsschreiberin

Weber-Probst

Baltermia-Wenger

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