

# SO\_GERICHTE VSBES.2024.188 vom 21. Juni 2024

SO Obergericht, 2024-06-21, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so\\_gerichte\\_VSBES.2024.188](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2024.188)

FR: SO\_GERICHTE VSBES.2024.188 du 21 juin 2024

IT: SO\_GERICHTE VSBES.2024.188 del 21 giugno 2024

## Erwägungen

### E. 2

Alkoholabhängigkeitssyndrom, gegenwärtig abstinent unter Antabus (ICD-10 F10.20)

### E. 2.4

2.4.1 Das IVG hat per 1. Januar 2022 verschiedene Änderungen erfahren, u. a. wurde in Art. 28b IVG neu ein stufenloses Rentensystem eingeführt. Entsprechend den allgemeinen intertemporalrechtlichen Grundsätzen ist nach der bis zum 31. Dezember 2021 geltenden Rechtslage zu beurteilen, ob bis zu diesem Zeitpunkt ein Rentenanspruch entstanden ist. Trifft dies zu, so erfolgt ein allfälliger Wechsel zum neuen stufenlosen Rentensystem je nach Alter der Rentenbezügerin oder des Rentenbezügers gemäss lit. b und c der Übergangsbestimmungen des IVG zur Änderung vom 19. Juni 2020. Steht hingegen ein erst nach dem 1. Januar 2022 entstandener Rentenanspruch zur Diskussion, findet darauf das seit diesem Zeitpunkt geltende Recht Anwendung (Urteil des Bundesgerichts 8C\_644/2022 vom 8. Februar 2023, E. 2.2.1. m. w. H.). 2.4.2 Die angefochtene Verfügung erging nach dem 1. Januar 2022, betrifft aber einen im Juli 2020 beginnenden und bis zum 30. November 2021 dauernden, befristeten Rentenanspruch. Folglich ist grundsätzlich die Rechtslage, wie sie sich bis zum 31. Dezember 2021 darstellte, massgebend. Die am 1. Januar 2022 in Kraft getretenen Änderungen finden daher keine Anwendung. 2.5 Das Vorliegen von Aggravation führt rechtsprechungsgemäss nicht automatisch zur Verneinung jeglicher versicherten Gesundheitsschädigung, sondern nur insoweit, als die Leistungseinschränkung auf der Aggravation beruht oder als deren Folge nicht mit ausreichender Wahrscheinlichkeit festgestellt werden kann. In BGE 143 V 418 E. 7.1 wird betont, dass Hinweise auf Inkonsistenzen, Aggravation oder Simulation nicht in jedem Fall einen Ausschlussgrund bilden, aber jedenfalls nach einer vertiefenden Prüfung des funktionellen Schweregrades (des ärztlich festgestellten psychischen Leidens) rufen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_2/2022 vom 4. Juli 2022 E. 6.1 m. w. H.). 2.6 Der im Sozialversicherungsrecht massgebende Beweisgrad ist derjenige der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 117 V 194 E. 3.b). Weiter gilt für das gesamte Verwaltungs- und gerichtliche Beschwerdeverfahren der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (BGE 125 V 351 E. 3a). 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. Insbesondere darf er bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum er auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. 3. Die Beschwerdegegnerin stützt sich in der angefochtenen Verfügung im Wesentlichen auf das Gutachten des C.\_\_\_\_ vom 28. August 2021. Dort wurde der Beschwerdeführer im Zeitraum vom 5. Juli 2021 bis 19. August 2021 durch die Dres. med. D.\_\_\_\_ (Facharzt für Allgemeine

Innere Medizin), E.\_\_\_\_ (Facharzt für Neurologie) und F.\_\_\_\_ (Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie) sowie lic. phil. G.\_\_\_\_ (Neuropsychologe und Psychotherapeut FSP) untersucht (IV-Nr. 52.1 S. 4). Es ist nachfolgend zunächst auf den Inhalt dieses Gutachten einzugehen und sein Beweiswert zu prüfen.

3.1 3.1.1 Gegenüber dem neuropsychologischen Gutachter lic. phil. G.\_\_\_\_ gab der Beschwerdeführer an, unter einer Schlafstörung zu leiden. Er könne lange nicht einschlafen und wache wenige Stunden nach dem Einschlafen wieder auf und döse den Rest der Nacht nur noch. Er leide, wenn er sich für mehr als zwei Stunden konzentrieren müsse, unter Kopfschmerzen. Ausserdem habe er Hämorrhoiden, sei aber ansonsten körperlich gesund. Er vermute, seine Schlafprobleme kämen vom früheren Alkoholkonsum her, gegen welchen er seit längerem Antabus einnehme. Er habe aber trotz Antabus in der Vergangenheit immer wieder getrunken, erst seit einem stationären Aufenthalt in der Rehaklinik H.\_\_\_\_ (im Sommer 2020, vgl. IV-Nr. 39) trinke er nicht mehr. Auch seine Konzentration sei gestört. Er könne zwar Gesprächen folgen, er höre aber immer nur zu. Lesen könne er während etwa einer halben Stunde, dann verliere er die Lust daran und könne sich nicht mehr konzentrieren. Auch bei Hausarbeiten müsse er nach ca. zweieinhalb Stunden pausieren und sich hinlegen. Keine Mühe habe er beim Fernsehen, seien dies Nachrichten oder auch ein zweistündiger Film. Auch im Alltag habe er mit dem Gedächtnis Probleme. So müsse er Termine mehrfach nachschauen, vor allem wegen der Uhrzeit. Ab und zu vergesse er Aufträge, etwa, dass er etwas aus dem Keller hätte holen sollen. Im Grossen und Ganzen könne er sich aber an Mitteilungen und Aufträge aus seinem Umfeld erinnern, ebenso an vergangene Ereignisse und Erlebnisse (IV-Nr. 52.4 S. 3 f.). Seine Stimmung sei plus minus stabil. Er leide unter keinen besonderen Ängsten, könne sich aber kaum an etwas freuen, er sei fast immer ernst und lache nicht, wenn andere dies täten. Er falle deswegen auch auf (IV-Nr. 52.4 S. 5 f.).

3.1.2 Der neuropsychologische Gutachter hielt fest, der Beschwerdeführer habe zwar eher etwas reserviert gewirkt, sich aber kooperativ verhalten und breitwillig Auskunft gegeben. Er habe ausgeruht gewirkt und weder klinisch noch im Anamnesegespräch, noch in der nachfolgenden Abklärung jedwede äusseren Anzeichen einer vermehrten allgemeinen oder auch kognitiv-mentalener Ermüdbarkeit gezeigt. Emotional sei er zwar reduziert, aber kontextadäquat mitgeschwungen, seine Affektsteuerung und sein Antrieb seien stabil gewährleistet gewesen. Nachhaltig niedergestimmt, psychisch belastet oder angstunruhig gewirkt habe der Beschwerdeführer während der gesamten Abklärung nicht. Er sei bewusstseinsklar, allseits stabil orientiert, im Gespräch auch alert auf den Referenten fokussiert gewesen. Die Stimme sei klar und prosodisch adäquat moduliert und Sprechfluss und Wortfindung ungehindert gewesen. In der Sprachauffassung und dem gedanklichen Nachvollzug sei er im Anamnesegespräch normal schnell gewesen. Es hätten keine wesentlichen expressiven und/oder rezeptiven Sprachfunktionsschwächen festgestellt werden können. Der Beschwerdeführer sei im Denken geordnet, einfach strukturiert, aber dennoch hinreichend differenziert und flexibel gewesen, weder ausschweifend noch tangential, noch inhaltlich eingeengt. Sein Realitätssinn und seine Objektkritik seien erhalten gewesen, der Grad der Selbstreflexion und -kritik jedoch gering. Die gemachten biografischen Angaben seien, soweit nachprüfbar, korrekt gewesen, chronologisch geordnet und lückenlos. Mnestiche Funktionsschwächen seien keine aufgefallen. Insgesamt habe er in mentaler und psychischer Hinsicht klinisch kaum ein auffälliges Bild geboten (IV-Nr. 52.4 S. 7).

3.1.3 Im neuropsychologischen Testverhalten habe der Beschwerdeführer hingegen einen zu seinem funktionellen Erscheinungsbild deutlich kontrastierenden Eindruck hinterlassen. In seinem Verständnis für auch einfache

Anleitungen sei er nun doch merklich verzögert gewesen, das Arbeitstempo ausgeprägt verlangsamt. Immer wieder sei der Eindruck einer gewissen Mutwilligkeit entstanden. Auch bezüglich Sorgfalt habe sich ein sehr wechselhaftes Bild gezeigt. Bei einzelnen Aufgaben, insbesondere den mnestischen, habe sich der Beschwerdeführer kaum Mühe gegeben und seine Bemühungen bald einmal eingestellt. Die gezeigten Minderleistungen seien in ihrem Ausmass wenig bis unglaublich. Der Beschwerdeführer habe das Bild einer schweren, die meisten Funktionsbereiche umfassenden, kognitiv-mentalene Beeinträchtigung vermittelt, was in einem erheblichen Kontrast bzw. Widerspruch zu seinem klinischen kaum auffälligen kognitiven Funktionsbild gestanden sei. In der Symptomvalidierung habe der Beschwerdeführer denn auch sehr auffällige Werte gezeigt (IV-Nr. 52.4 S. 7 f.). Es seien Leistungsvalidierungsverfahren und weitere verdeckte Indices zur Leistungsbereitschaft erhoben worden. Beide Verfahren hätten deutlich und mehrfach auffällige Ergebnisse ergeben, welche die konstante Leistungs-/Anstrengungsbereitschaft des Beschwerdeführers in Frage stellten. Bei den verdeckten Indices hätten sich Hinweise auf Aggravation ergeben. Der Beschwerdeführer zeige auch klinisch wiederholt ein selbstlimitierendes Leistungsverhalten und auch auf der neuropsychologischen Befundebene ergäben sich wiederholt Inkonsistenzen und Widersprüche. Die Authentizität der neuropsychologischen Befunde sei nicht gewährleistet (IV-Nr. 52.4 S. 11).

3.1.4 Auf der psychometrisch-neuropsychologischen Befundebene sei beim Beschwerdeführer eine mittelschwere bis schwere neuropsychologische Störung mit breitgestreuten, insbesondere attentionalen, exekutiven und mnestischen Funktionsdefiziten zu erheben. Diese Störung sei jedoch nicht als valide bzw. nicht authentisch zu beurteilen, so dass aus neuropsychologischer Sicht keine Diagnose gestellt werden könne. Es könne folglich keine gesicherte Aussage zu den funktionellen Auswirkungen allfälliger kognitiver Einschränkungen im Lebensalltag und Beruf des Beschwerdeführers getroffen werden (IV-Nr. 52.4 S. 15). Die Arbeitsfähigkeit könne angesichts der fehlenden Validität der kognitiv-neuropsychologischen Befunde nicht zuverlässig beurteilt werden (IV-Nr. 52.4 S. 16).

3.2 3.2.1 Auch gegenüber Dr. med. E.\_\_\_\_, dem neurologischen Gutachter, gab der Beschwerdeführer an, er leide seit rund zwei Jahren unter Einschlaf- und Durchschlafproblemen und sei tagsüber müde. Ausserdem bekäme er Kopfschmerzen, wenn er sich länger als zwei Stunden konzentriere. Wie bereits dem neuropsychologischen Gutachter gegenüber führte er auch gegenüber dem Neurologen aus, seit Juni 2020 keinen Alkohol mehr zu trinken, während er zuvor trotz der Einnahme von Antabus viel und auch während der Arbeit getrunken habe. Der Fahrausweis sei im wegen Fahrens in angetrunkenem Zustand mehrfach, zuletzt 2014 definitiv entzogen worden (IV-Nr. 52.2 S. 6).

3.2.2 Dr. med. E.\_\_\_\_ hielt fest, der Beschwerdeführer habe sich während der Untersuchung kooperativ gezeigt. Es beständen rechts occipitale Kopfschmerzen von drückendem Charakter, welche sehr wahrscheinlich tendomyogen bedingt seien, dies bei druckdolentem occipitalem Muskelansatz rechts. Daneben fänden sich klinisch eine sensible Polyneuropathie, welche sehr wahrscheinlich auf den langjährigen Alkoholkonsum zurückzuführen sei. Eine häufige Nebenwirkung des vom Beschwerdeführer eingenommenen Antabus seien Schlaflosigkeit und Müdigkeit (IV-Nr. 52.2 S. 13). Bei Alkoholabstinenz sei nicht mit einem weiteren Fortschreiten der Polyneuropathie zu rechnen (IV-Nr. 52.2 S. 15). Aus neurologischer Sicht seien keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eruierbar (IV-Nr. 52.2 S. 13). Die vom Beschwerdeführer geschilderte Müdigkeit sei ihm anlässlich der Untersuchung nicht aufgefallen (IV-Nr. 52.5 S. 14).

3.3 3.3.1 Anlässlich der psychiatrischen Begutachtung

durch Dr. med. F. \_\_\_ führte der Beschwerdeführer aus, er leide seit zwei Jahren unter Schlafstörungen und sei schnell ermüdbar. Manchmal habe er auch Rückenschmerzen. Er sei nach zwei Stunden Tätigkeit vollkommen kaputt und müsse Pausen einlegen. Er habe 22 Jahre in der gleichen Firma gearbeitet, oft auch an freien Tagen. Nun sei er kaputt und fertig. Er habe psychische Probleme gehabt und sei hospitalisiert gewesen. Seit Januar 2020 stehe er bei Dr. med. I. \_\_\_ (Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie) zweimal monatlich in ambulanter Behandlung, was ihm gut helfe. Er nehme ausserdem dreimal wöchentlich Antabus, Venlafaxin, Quetiapin und Mirtazapin (IV-Nr. 52.6 S. 4). 3.3.2 Gemäss Dr. med. F. \_\_\_ sei der Beschwerdeführer pünktlich zur Begutachtung erschienen. Er habe äusserlich ordentlich und unauffällig gewirkt, der Gang ins Untersuchungszimmer sei ebenfalls unauffällig gewesen. Den im Voraus zugeschickten Fragebogen habe er nicht dabeigehabt, aber einen Lebenslauf und eine Liste mit den einzunehmenden Medikamenten. Die Verständigung sei problemlos in deutscher Sprache möglich gewesen. Der Beschwerdeführer habe sich ordentlich und genügend verständigen können. Er sei bewusstseinsklar und allseitig orientiert gewesen. Im Gespräch hätten sich keine Hinweise auf relevante kognitive Schwierigkeiten gefunden. Der Beschwerdeführer habe mit klarer und gut verständlicher Stimme gesprochen, die Stimmlage sei moduliert gewesen. Die Antworten seien zwar rasch gekommen, ohne dass der Beschwerdeführer lange habe nachdenken müssen, allerdings sehr knapp und wenig differenziert gewesen. Es hätten sich keine Hinweise auf Befürchtungen und Zwänge, kein Wahn, keine Sinnestäuschungen oder Ich-Störungen gefunden. Der Affekt sei euthym und freundlich gewesen (IV-Nr. 52.6 S. 9 f.). 3.3.3 Zusammenfassend könne angenommen werden, dass beim Beschwerdeführer eine mehrjährige Alkoholproblematik vorliege, die mittlerweile dank der aversiven Therapie habe gestoppt werden können. Diese Medikation werde durch die Ehefrau überwacht. Im Rahmen dieser Alkoholproblematik habe sich eine depressive Symptomatik entwickelt, die mit Hilfe therapeutischer Massnahmen mittlerweile deutlich gebessert sei. Es habe eine Stimmungsaufhellung erzielt werden können. Heute fänden sich objektiv keine Hinweise auf affektive Einschränkungen, einzig aufgrund der subjektiven Angaben des Beschwerdeführers könne angenommen werden, dass er unter Verstimmungszuständen leide, die aber nicht dauerhaft vorhanden seien und daher nicht mehr die Kriterien einer depressiven Störung erfüllten. Der Beschwerdeführer sei gut in der Lage, sich zu aktivieren und sich um seine Tochter zu kümmern. Er könne auch den Tag gut strukturieren. Auch verneine er die Frage nach einer dauerhaften affektiven Beeinträchtigung. Er gäbe zwar eine subjektiv stark erhöhte Ermüdbarkeit an, in der Untersuchung habe der Beschwerdeführer aber diesbezüglich in keiner Weise beeinträchtigt gewirkt. Gefragt dazu, weshalb die neuropsychologischen Testungen nicht valide Ergebnisse geliefert hätten und ein derart unklares Bild zeichneten, habe er keine Angaben machen können. Ebenfalls habe er nicht erklären können, weshalb Venlafaxin, obwohl er mehrfach bekräftigte, dieses regelmässig einzunehmen, im Serum nicht habe nachgewiesen werden können (IV-Nr. 52.6 S. 12). Hinweise auf eine Persönlichkeitsproblematik hätte nicht gefunden werden können, auch ergäben sich solche nicht aus den Vorakten. Der Beschwerdeführer komme aus sehr einfachen sozialen Verhältnissen, habe sich aber gut an die hiesigen Verhältnisse anpassen können. Es bestehe eine gute Unterstützung durch die Ehefrau. Die Ressourcen dürften aber insgesamt eher gering sein. Der Beschwerdeführer verfolge keine Hobbies, sei aber in der Lage, sich um seine beeinträchtigte Tochter und den Haushalt zu kümmern und regelmässig zu kochen. Er spreche deutsch und habe im zwischenmenschlichen Kontakt keine Schwierigkeiten. Er sei auch in der Lage, Termine wahrzunehmen und könne sich an

Regeln und Routinen halten und Aufgaben strukturieren. Er sei flexibel und umstellfähig, fähig, seine fachlichen Kompetenzen anzuwenden, sich ein Urteil zu bilden und entsprechende Entscheide zu fällen. Er könne sich selbst behaupten und Kontakte aufnehmen, pflege allerdings kaum Freundschaften, was jedoch schon immer der Fall gewesen sei. Die Gruppenfähigkeit sei nicht beeinträchtigt, ebenso nicht die Selbstpflege, die Verkehrs- und Wegefähigkeit (IV-Nr. 52.6 S. 13).

3.3.4 Der Beschwerdeführer habe in der Untersuchung nicht beeinträchtigt gewirkt. Eine affektive Problematik habe nicht bestätigt werden können, weshalb von einer Remission auszugehen sei. Die geklagte übergrosse Müdigkeit könne ebenfalls nicht festgestellt werden, es bestehe diesbezüglich eine Inkonsistenz. Unklar sei auch die Medikamentencompliance, da die angegebenen Medikamente teilweise im Serum nicht hätten nachgewiesen werden können (IV-Nr. 52.6 S. 14). Es würden ambulante Therapiemassnahmen durchgeführt und der Beschwerdeführer sei in der Vergangenheit mehrfach auch stationär behandelt worden. Er habe sich daran kooperativ beteiligt und es habe eine Besserung erzielt werden können. Heute sei keine depressive Störung mehr feststellbar. Zudem habe auch die Alkoholproblematik erfolgreich angegangen werden können. Der Beschwerdeführer habe seit über einem Jahr keinen Alkohol mehr getrunken. Die Prognose sei gut (IV-Nr. 52.6 S. 14). Aus psychiatrischer Sicht könne daher keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit seien eine rezidivierende depressive Störung, welche aktuell remittiert sei sowie ein Status nach Alkoholmissbrauch, wobei der Beschwerdeführer gegenwärtig unter aversiver Medikation abstinent sei (IV-Nr. 52.6 S. 13). Es sei anzunehmen, dass im April 2019, als der Beschwerdeführer erstmals psychiatrische Hilfe in Anspruch genommen habe, eine volle Arbeitsunfähigkeit bestanden habe, auch in der bisherigen Tätigkeit. Seit dem Austritt aus der Rehaklinik H. \_\_\_ im September 2020 bestehe aber mindestens eine teilweise Arbeitsfähigkeit, welche vom behandelnden Psychiater bei 40 % verortet werde. Mindestens ab dem Zeitpunkt der Begutachtung sei von einer vollen Arbeitsfähigkeit in der angestammten wie einer angepassten Tätigkeit auszugehen (IV-Nr. 52.6 S. 15).

3.4 Auch gegenüber dem internistischen Gutachter klagte der Beschwerdeführer über Schlafstörungen, Müdigkeit bzw. schnelle Ermüdbarkeit, Konzentrationsschwierigkeiten und Kopfschmerzen. Er habe keine Kraft und könne sich nicht konzentrieren, weshalb es am Arbeitsplatz Streit mit dem Chef gegeben habe (IV-Nr. 52.7 S. 5). Er könne zwei Stunden arbeiten, danach empfinde er Stress und es gehe im psychisch nicht gut (IV-Nr. 52.7 S. 6). Anlässlich der Untersuchung sei der Zehen- und Fersenstand problemlos möglich gewesen, ebenso der Einbeinstand sowie der Schürzen- und Nackengriff. Der Puls sei regelmässig gewesen, das Abdomen indolent mit normalen Darmgeräuschen. Es sei eine Venenpunktion durchgeführt worden, um die regelmässig genommenen Medikamente und die Alkoholparameter zu bestimmen. Die vom Beschwerdeführer geklagte Müdigkeit habe klinisch nicht nachvollzogen werden können (IV-Nr. 52.7 S. 8 f.). Es könnten keine Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden. Anamnestisch habe eine Hämorrhoidalproblematik bestanden, diese sei aber ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (IV-Nr. 52.7 S. 10).

3.5 Aus interdisziplinärer Sicht stellten die Gutachter keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Jede klar strukturierte und vorgegebene Tätigkeit sei vom Beschwerdeführer ohne wesentliche Beeinträchtigung ausübbar (IV-Nr. 52.1. S. 7). Es sei anzunehmen, dass ab April 2019, als der Beschwerdeführer erstmals psychiatrische Hilfe in Anspruch genommen habe, eine volle Arbeitsunfähigkeit bestanden habe. Seit dem Austritt aus der Rehaklinik H. \_\_\_ im September 2020 habe diese noch 40 % betragen. Spätestens ab

Begutachtungszeitpunkt bestehe eine volle Arbeitsfähigkeit in der angestammten wie auch einer adaptierten Tätigkeit (IV-Nr. 52.1 S. 9). Die Weiterführung der bisherigen Therapiemassnahmen, mindestens aber die Behandlung mit Antabus, sei indiziert, um den Alkoholkonsum dauerhaft zu stoppen. Es könne erwartet werden, dass sich der Zustand zunehmend stabilisiere (IV-Nr. 52.1 S. 10).

3.6 3.6.1 Für den Beweiswert einer ärztlichen Stellungnahme 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 (BGE 122 V 157 E. 1c). Den von Versicherungsträgern im Verfahren nach Art. 44 ATSG bei externen Spezialärzten eingeholten Gutachten, welche diesen Anforderungen entsprechen, ist voller Beweiswert zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 135 V 465 E. 4.4 m. H.). Die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag der therapeutisch tätigen (Fach-) Person einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits (BGE 124 I 170 E. 4) lässt es rechtsprechungsgemäss nicht zu, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Arztpersonen beziehungsweise Therapeuten zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil diese wichtige – und nicht rein subjektiver Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die bei der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (Urteil des Bundesgerichts 8C\_549/2023 vom 25. Juni 2024 E. 3 m. H.).

3.6.2 Die Gutachter des C.\_\_\_\_ haben den Beschwerdeführer umfassend und in Kenntnis der Vorakten untersucht. Sie sind bei der Gutachtenserstellung ausführlich auf die von ihm geklagten Beschwerden und ihre diesen widersprechenden Befunden eingegangen. Insbesondere der neuropsychologische Gutachter legt differenziert dar, weshalb die beklagten kognitiven Defizite in den neuropsychologischen Testungen nicht haben validiert werden können und auch klinisch nicht aufgefallen seien. Er geht differenziert auf Inkonsistenzen ein und legt nachvollziehbar dar, dass aufgrund der gezeigten Aggravation keine gesicherte Aussage zu den funktionellen Auswirkungen allfälliger kognitiver Einschränkungen getroffen werden konnte und aus neuropsychologischer Sicht eine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers deshalb unmöglich war (IV-Nr. 52.4 S. 7 ff.). Auch der psychiatrische Gutachter zeigt auf, dass der bis im Sommer 2020 betriebene Alkoholmissbrauch nachvollziehbar zu einer depressiven Erkrankung und damit einhergehender Arbeitsunfähigkeit geführt hat, aber mit Hilfe der seit 2019 in Anspruch genommenen therapeutischen Massnahmen und schliesslich dem stationären Aufenthalt in der Rehaklinik H.\_\_\_\_ eine Besserung hat erzielt werden können, so dass objektiv im Zeitpunkt der Begutachtung und vor dem Hintergrund des erhaltenen Funktionsniveaus des Beschwerdeführers im Alltag keine Hinweise auf eine affektive Einschränkung mehr vorgelegen haben (IV-Nr. 52.3 S. 12 f.). Insgesamt leuchten die gutachterlichen Schlussfolgerungen daher ein. Das Gutachten ist beweiswertig.

3.7 Unter Berücksichtigung der dreimonatigen Frist von Art. 88a Abs. 1 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV, SR 831.201) und gestützt auf das Gutachten des C.\_\_\_\_, welches bis zum Austritt aus der Rehaklinik H.\_\_\_\_ im September 2020 von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers ausgeht, hat die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer somit zu Recht mit Ablauf des Wartejahres ab dem 1. Juli 2020 bis zum 31. Dezember 2020 eine ganze Rente zugesprochen. Da gemäss

dem Gutachten nach dem Austritt aus der Rehaklinik H.\_\_\_\_ im September 2020 von einer Verbesserung der Arbeitsunfähigkeit auf noch 60 % in jeder Tätigkeit auszugehen ist, ist auch die Herabsetzung der Rente per 1. Januar 2021 auf noch eine Dreiviertelrente rechtens. Ab dem Zeitpunkt der Begutachtung im August 2021 besteht gemäss den Gutachtern eine vollständige Arbeitsfähigkeit, weshalb die Aufhebung der Dreiviertelrente per 30. November 2021 ebenfalls korrekt ist. 4. Der Beschwerdeführer reichte im Vorbescheidverfahren – nach der Begutachtung durch das C.\_\_\_\_ – diverse ärztliche Berichte ein. Aus diesen lässt sich hinsichtlich des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers nach der Begutachtung folgendes entnehmen: 4.1 Im Januar 2022 wurde der Beschwerdeführer durch die Psychiatrischen Dienste J.\_\_\_\_ neuropsychologisch untersucht. Dr. med. K.\_\_\_\_ (Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie) und MSc L.\_\_\_\_ (Psychologe) diagnostizierten am 1. März 2022 eine mittelschwere bis schwere neuropsychologische Störung, a. e. psychogen im Rahmen der ebenfalls diagnostizierten rezidivierenden depressiven Störung, ggw. mittelschwere Episode mit somatischem Syndrom, ein Alkoholabhängigkeitssyndrom, ggw. abstinent unter Behandlung mit Antabus sowie ein Folsäuremangel bei Vitamin B12 im unterem Normbereich (IV-Nr. 70 S. 11). Sie hielten fest, in beinahe allen geprüften kognitiven Funktionsbereichen hätten mittelschwere bis schwere Defizite resultiert (vgl. hierzu der detaillierte neuropsychologische Untersuchungsbericht vom 26. Januar 2022, IV-Nr. 70 S. 4 ff.). Das Beschwerdevalidierungsverfahren habe allerdings auffällige Befunde ergeben und somit Hinweise auf eine verstärkte Symptomrepräsentation. Angesichts der Anamnese sowie des klinischen Eindrucks seien die erhobenen neuropsychologischen Störungen am ehesten psychogen im Rahmen der vordiagnostizierten und langjährig bestehenden rezidivierenden depressiven Störung einzuordnen. Das am 2. Februar 2022 durchgeführte MRI sei unauffällig gewesen. Es werde eine Intensivierung der psychiatrischen Behandlung bei Dr. med. I.\_\_\_\_ empfohlen (IV-Nr. 70 S. 12). 4.2 Am 24. März 2022 konkretisierten Dr. med. K.\_\_\_\_ und MSc L.\_\_\_\_, angesichts der neuropsychologisch objektivierbaren mittelschweren bis schweren Defiziten psychischer Ursache sei eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit anzunehmen. Eine spezifische Beurteilung sei allerdings nicht erfolgt, da der Grund für die Abklärungen die Beurteilung einer dementiellen Entwicklung im Auftrag des Zuweisers gewesen sei. Angaben zur Arbeitsfähigkeit quantitativer Art machten die Berichterstatter nicht (IV-Nr. 71 S. 3 f.). 4.3 Dr. med. I.\_\_\_\_, der behandelnde Psychiater des Beschwerdeführers, hielt am 23. April 2022 fest, beim Beschwerdeführer sei ein deutlich beeinträchtigter psychischer Zustand mit im Vordergrund stehendem deutlichem Leidensdruck mit herabgesetztem Antrieb, schneller Überforderung bei einfachen Alltagsaktivitäten mit reduzierter Stresstoleranz und klaren Hinweisen für kognitive Defizite, insbesondere Konzentrationsdefizite mit Auffassungsstörungen und reduziertem Belastungs- und Durchhaltevermögen sowie Kraftmangel mit vermindertem Selbstvertrauen ersichtlich. Es mangle dem Beschwerdeführer an Interesse und Freude und es bestehe permanent ein vorhandenes Gefühl von Missverständnissen mit der Ehefrau und der Tochter, begleitet von Streit mit Impulsreaktionen (IV-Nr. 72 S. 2). Der Beschwerdeführer wirke in den Konsultationen sehr deprimiert, meistens introvertiert, grösstenteils hoffnungslos, stark erschöpft und besorgt. Er leide an einem Morgentief und rascher Ermüdbarkeit tagsüber. Nach jeweils ca. zwei Stunden einfachen Tätigkeiten werde eine emotionale Instabilität spürbar und das Gefühl, permanent unter Druck gesetzt zu sein. Es bestehe ein vermindertes Konzentrationsvermögen, was sich in einer eingeschränkten Merkfähigkeit und demzufolge defizitären Gedächtnisleistungen äussere. Der

Beschwerdeführer wirke jeweils leidend, sichtlich erschöpft, nachdenklich, ratlos, verunsichert und misstrauisch. Der Beschwerdeführer sei aber wach, bewusstseinsklar und allseits orientiert. Er meide im Gespräch den Blickkontakt. Der Beschwerdeführer sei im formalen Denken verlangsamt, leicht umständlich und eingeengt auf die Ermüdbarkeit tagsüber mit dem geäusserten Gefühl, er könne nicht mehr wie früher auf dem freien Arbeitsmarkt arbeiten. Es ergäben sich keine Anhaltspunkte für Wahn, Zwänge, Sinnestäuschungen oder Ich-Störungen. Affektiv wirke er ratlos, innerlich blockiert und affektarm. Der Antrieb erscheine vermindert. Die affektive Schwingungsfähigkeit sei deutlich herabgesetzt. Es würden vermehrt Hassgefühle und Schwierigkeiten berichtet, das Verhalten unter Kontrolle zu halten. Dr. med. I.\_\_\_\_ diagnostizierte eine rezidivierende depressive Störung, ggf. chronifizierte, mittelschwere depressive Störung mit somatischem Syndrom (ICD-10 F32.11), ängstlich gefärbt im Rahmen einer Erschöpfungsdepression nach jahrelangem Alkoholkonsum und Selbstwertproblematik mit somatischem Syndrom (ICD-10 F33.11) sowie eine Alkoholabhängigkeit, ggf. abstinent (ICD-10 F10.20). Diese Diagnosen hätten Auswirkung auf die Arbeitsunfähigkeit, welche in der angestammten und in einer Verweistätigkeit 60 % betrage (IV-Nr. 72 S. 5). 4.4 4.4.1 Vom 28. Juni 2022 bis 8. August 2022 war der Beschwerdeführer in der Klinik M.\_\_\_\_ hospitalisiert. Zugewiesen wurde er durch Dr. med. I.\_\_\_\_ (vgl. IV-Nr. 73 S. 1) wegen einer schweren depressiven Symptomatik mit ausgeprägter Erschöpfung und kognitiven Symptomen. Dem Austrittsbericht vom 11. August 2022 zufolge wurden anlässlich des Aufenthalts folgende Diagnosen gestellt (IV-Nr. 77 S. 1): 1. Rezidivierende depressive Störung, chronifizierte schwere depressive Episode (ICD-10 F33.2)

### **E. 3**

Verdacht auf kombinierte Persönlichkeitsstörung mit dependenten und emotional instabilen Zügen

### **E. 4**

Kognitive Störung, a. e. im Rahmen der depressiven Störung, DD  
Analphabetismus-Komponente

### **E. 4.7**

4.7.1 Gemäss Bericht der Dres. med. O.\_\_\_\_ (Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie), P.\_\_\_\_ (Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie) und Q.\_\_\_\_ (Assistenzärztin) vom 4. Oktober 2023 sei der Beschwerdeführer vom 22. Mai 2023 bis 4. August 2023 in einer Tagesklinik in R.\_\_\_\_ teilstationär behandelt worden. Im Bericht wurden die folgenden Diagnosen gestellt (IV-Nr. 99 S. 1 f.): 1. Rezidivierende depressive Störung, aktuell leichte depressive Episode unter der Therapie (ICD-10 F33.0) 2. A. e. kombinierte Persönlichkeitsstörung mit dependenten und emotional-instabilen Zügen (ICD-10 F60.9) 3. Alkoholabhängigkeitssyndrom (ICD-10 F10.20), seit Januar 2019 abstinent unter Antabus 4. Andere Kontaktanlässe mit Bezug auf den engeren Familienkreis, hier insbesondere psychosoziale Belastung durch Erwerbslosigkeit, chronischen Paar- und Familienkonflikt, Erkrankung der Tochter (ICD-10 Z63) 4.7.2 Die Zuweisung zur Tagesklinikbehandlung sei durch Dr. med. I.\_\_\_\_ erfolgt zwecks Stabilisierung, Tagesstrukturierung und beruflicher Wiedereingliederung aufgrund der chronifizierten depressiven Symptomatik, welche geprägt sei von Erschöpfung, kognitiver Beeinträchtigung und herabgesetztem Selbstwertgefühl. Es bestehe der Verdacht auf eine kombinierte Persönlichkeitsstörung mit dependenten und emotional instabilen Anteilen. Der Beschwerdeführer habe zu Beginn der

Tagesklinikbehandlung angegeben, dass sich sein Zustand vor zwei Monaten in Form zunehmender Erschöpfung, körperlichen Schwächen, Gedankenkreisen, Niedergeschlagenheit, Schuldgefühlen gegenüber seiner Ehefrau, Reizbarkeit sowie Ein- und Durchschlafstörungen und Früherwachen mit konsekutiver Tagesmüdigkeit verschlechtert habe. Er habe Schwierigkeiten, eigenständig eine geregelte Tagesstruktur aufrechtzuerhalten und sich in letzter Zeit aus dem sozialen Gefüge zurückgezogen (IV-Nr. 99 S. 3).

4.7.3 Der Beschwerdeführer sei in das multimodale teilstationäre Behandlungsprogramm integriert worden, welches aus ärztlichen und pflegerischen Einzelgesprächen, Bewegungs- und Ergotherapie, kognitivem Training, Jobcoaching, Sozialberatung und Gruppentraining bestanden habe. Ausserdem sei psychopharmakologisch eine Optimierung der vorbestehenden Medikation erfolgt. Der Beschwerdeführer sei freundlich und angepasst gewesen, jedoch eher distanziert und wenig zugänglich, so dass kaum eine tiefergehende Bearbeitung seiner Problematik möglich gewesen sei. Der Beschwerdeführer sei als sehr motiviert, interessiert und pflichtbewusst erlebt worden. Auch kognitiv komplexere Handlungsaufgaben habe er gut bewältigen und Prozesse adäquat abrufen und memorisieren können. Er sei aktiv gewesen, jeweils pünktlich und zuverlässig erschienen und habe sich gut in die Patientengruppe integrieren können (IV-Nr. 99 S. 4). In Therapie- und Spielsituationen hätten sich mit einer Konzentrationsausdauer von 45 Minuten und adäquater Erinnerungsfähigkeit keine kognitiven Auffälligkeiten gezeigt; dem gegenüber habe der Beschwerdeführer und auch die Ehefrau über einen Ermüdungseffekt nach zwei bis drei Stunden mit folglich Überforderungsgefühlen, Konzentrationsstörungen und dann gehäuften Fehlbläufen berichtet (IV-Nr. 99 S. 5). Der Beschwerdeführer habe vom teilstationären Setting deutlich profitieren können. Es sei die Fortsetzung der tagesklinischen Therapie mit anschliessender ausserhäuslicher Beschäftigung empfohlen worden. Der Austritt sei aufgrund des Verlaufs für den 18. August 2023 vorgesehen gewesen, der Beschwerdeführer habe sich dann aber entgegen ärztlichem Rat entschieden, die Tagesklinik zwei Wochen vor dem vereinbarten Austrittstermin zu verlassen, weil ihm das Therapiesetting «zu viel» geworden sei (IV-Nr. 99 S. 4). Es werde die ambulante Weiterbehandlung durch Dr. med. I.\_\_\_\_ empfohlen sowie zur Förderung einer Tagesstruktur und Stärkung des Selbstwertgefühls und der Selbstständigkeit eine regelmässige ausserhäusliche Tätigkeit (IV-Nr. 99 S. 5).

4.8 Die vom Beschwerdeführer im Vorbescheidverfahren eingereichten Berichte legte die Beschwerdegegnerin dem RAD zur Stellungnahme vor. Dr. med. S.\_\_\_\_ (Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie) riet am 18. Dezember 2023, weiterhin am Vorbescheid vom 12. Oktober 2021 festzuhalten bzw. auf das Gutachten des C.\_\_\_\_ vom 28. August 2021 abzustellen. Eine relevante Arbeitsunfähigkeit sei seit August 2021, dem Zeitpunkt der Begutachtung durch das C.\_\_\_\_, nicht mehr ausgewiesen. Es zeige sich in der Gesamtschau ein deutlich höheres Leistungsniveau des Beschwerdeführers als vom behandelnden Psychiater eingeschätzt. Insbesondere die während der tagesklinischen Behandlung gezeigte Leistungsfähigkeit und das interessierte und initiative Engagement im Rahmen der Tagesstruktur seien nicht in Übereinstimmung zu bringen mit einer chronifizierten schwergradig depressiven Erkrankung, wie sie vom behandelnden Psychiater diagnostiziert werde. Zudem zeigten sich in den durchgeführten neuropsychologischen Abklärungen im Rahmen der Symptomvalidierung deutliche Auffälligkeiten, was die Verwertbarkeit der Resultate der einzelnen Tests in Frage stelle (IV-Nr. 102 S. 4 f.).

5. Der hier zu beurteilende, rechtserhebliche Sachverhalt erstreckt sich in zeitlicher Hinsicht bis zum Zeitpunkt der Verfügung vom 21. Juni 2024 (vgl. E. 2.1 hiervor). Die vom

Beschwerdeführer im Beschwerdeverfahren eingereichten ärztlichen Berichte des [...] Gesundheitszentrums (Beschwerdebeilage [BB] 17), der Bericht der J.\_\_\_\_ über im September 2024 stattgefundenen Untersuchungen (BB 18) sowie die beiden Aktenstücke betreffend die arbeitslosenversicherungsrechtliche Situation des Beschwerdeführers (BB 19 und 20) beziehen sich auf den Zeitraum nach der angefochtenen Verfügung. Sie sind folglich nicht Teil des zu beurteilenden Sachverhalts. 6. Die Begutachtung durch das C.\_\_\_\_ fand im Sommer 2021 statt und bildet den medizinischen Sachverhalt bis zu diesem Zeitpunkt ab. Da sich der vorliegend zu beurteilende Sachverhalt in zeitlicher Hinsicht bis zur Verfügung vom 21. Juni 2024 erstreckt, sind auch der Zeitraum nach der Begutachtung und die diesen betreffenden ärztlichen Berichte Gegenstand der richterlichen Beurteilung (vgl. E. II. 2.1 hiervor).

6.1 Nach der Begutachtung musste der Beschwerdeführer erneut stationär (vom 28. Juni 2022 bis 8. August 2022 in der Klinik M.\_\_\_\_, vgl. IV-Nr. 73) und etwas mehr als ein halbes Jahr später teilstationär in einer Tagesklinik (vgl. IV-Nr. 99) psychiatrisch behandelt werden. Die Klinik M.\_\_\_\_ ging anlässlich der Hospitalisation des Beschwerdeführers vom Vorliegen einer schweren depressiven Episode aus (vgl. IV-Nr. 77 S. 1). Zwischen der Begutachtung und der Verfügung des Leistungsanspruches im Juni 2024 liegen rund drei Jahre und es bestehen aufgrund der zwischenzeitlichen Hospitalisationen Hinweise darauf, dass in dieser Zeit ein im Hinblick auf die Arbeitsfähigkeit möglicherweise relevanter Rückfall der depressiven Erkrankung des Beschwerdeführers stattgefunden hat. Das Gutachten des C.\_\_\_\_ kann somit nicht als Grundlage für die umfassende Beurteilung des psychischen Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers bis zum massgebenden Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung im Juni 2024 dienen, sondern höchstens zur Beurteilung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers bis zum Zeitpunkt der Begutachtung. Vor diesem Hintergrund erscheint auch die Stellungnahme von Dr. med. S.\_\_\_\_ des RAD vom 18. Dezember 2023 zweifelhaft, wonach nach der Begutachtung durchgehend keine relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit vorgelegen habe und weiterhin auf das Gutachten des E.\_\_\_\_ abzustellen sei (vgl. IV-Nr. 102 S. 4 f.). Zwar ist es dem Sozialversicherungsgericht nach der Rechtsprechung nicht verwehrt, einzig oder im Wesentlichen gestützt auf die (versicherungsinterne) Beurteilung des RAD zu entscheiden, doch sind an die Beweiswürdigung in solchen Fällen strenge Anforderungen zu stellen, so dass auch bei geringen Zweifeln an die Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen ergänzende Abklärungen vorzunehmen sind (vgl. BGE 135 V 465 E. 4.4, 122 V 157 E. 1d, Urteile des Bundesgerichts 9C\_28/2015 vom 8. Juni 2015 E. 3.3 und 9C\_661/2019 vom 26. Mai 2020 E. 4.2). Auf die Stellungnahme von Dr. med. S.\_\_\_\_ kann daher ebenfalls nicht abgestützt werden. Es bedarf der Abklärung des Verlaufs der gesundheitlichen Situation des Beschwerdeführers nach der Begutachtung durch das C.\_\_\_\_.

6.2 In den Austrittsberichten der Tagesklinik R.\_\_\_\_ (vgl. IV-Nr. 99 S. 5) und der Klinik M.\_\_\_\_ (IV-Nr. 77 S. 4) wird zur Förderung der Tagesstruktur zudem eine regelmässige ausserhäusliche Tätigkeit bzw. ein Arbeitstraining empfohlen, was den Schluss nahelegt, dass allenfalls die fehlende berufliche Tätigkeit im Sinne einer Dekonditionierung ebenfalls zu der durch die behandelnden Ärzte attestierten Arbeitsunfähigkeit beitragen könnte. Bei den Abklärungen des Verlaufs ist daher auch die Frage zu klären, ob eine Dekonditionierung vorliegt oder ob allenfalls mit beruflichen Massnahmen eine Integration des Beschwerdeführers auf dem Arbeitsmarkt erreicht werden kann.

7. Zusammenfassend ist die Beschwerde teilweise gutzuheissen. Die Verfügung vom 21. Juni 2024 ist aufzuheben und dem Beschwerdeführer vom 1. Juli 2020 bis zum 31. Dezember 2020 eine ganze, danach befristet bis zum 30. November 2021

eine Dreiviertelsrente zuzusprechen. Was den Anspruchszeitraum nach dem 30. November 2021 betrifft, so ist die Sache zur weiteren Abklärung und anschliessender Neuverfügung der Ansprüche ab dem 1. Dezember 2021 an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. 8.

8.1 Der Beschwerdeführer beantragt die Zusprache einer Parteientschädigung. Da er nicht anwaltlich oder von einer qualifizierten Fachperson vertreten ist, besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (BGE 118 V 140 E. 2a). 8.2 Aufgrund von Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 – 1'000.00 festgelegt. Nach dem Ausgang des Verfahrens sind die Verfahrenskosten von CHF 600.00 der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. Der vom Beschwerdeführer geleistete Kostenvorschuss wird zurückerstattet.

#### **E. 5**

Psychosoziale Belastung durch Erwerbslosigkeit, chronischen Paar- und Familienkonflikt, Erkrankung der Tochter

#### **E. 6**

Mangelernährung mit Vitamin B12- und Albumin-Mangel

#### **E. 7**

Vitamin D-Insuffizienz

#### **E. 8**

8.1 Der Beschwerdeführer beantragt die Zusprache einer Parteientschädigung. Da er nicht anwaltlich oder von einer qualifizierten Fachperson vertreten ist, besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (BGE 118 V 140 E. 2a).

8.2 Aufgrund von Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 ■ 1'000.00 festgelegt. Nach dem Ausgang des Verfahrens sind die Verfahrenskosten von CHF 600.00 der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. Der vom Beschwerdeführer geleistete Kostenvorschuss wird zurückerstattet.

Demnach wird erkannt:

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

Rechtsmittel

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

92 oder 93 BGG zu beachten.

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Die Präsidentin

Die Gerichtsschreiberin

Weber-Probst

Studer

## **E. 9**

Pterygium oculi links 4.4.2 Der Beschwerdeführer sei im Kontakt bewusstseinsklar, allseits orientiert, deutlich konzentrations- und aufmerksamkeitsgestört, stark grüblerisch, deutlich niedergestimmt-affektverarmt und deutlich antriebsverarmt mit vermehrter emotionaler Anspannung und hoher Reizsensitivität. Er habe ausgeprägte Scham-, Schuld- und Insuffizienzgefühle und zeige Hinweise für einen ausgeprägten sozialen Rückzug sowie Libidoverlust, jedoch ohne Hinweis auf Zwänge, Phobien, inhaltliche Denkstörungen, produktivpsychotische Symptome oder manifeste Selbst- bzw. Fremdgefährdung. Aus der Vorgeschichte ergäben sich Hinweise für einen stark externalisierenden, misstrauischen Denkstil sowie hoch impulsives Verhalten. Der Beschwerdeführer sei mit dem Ziel der affektiven Stabilisierung eingetreten. Auch eine Besserung des Schlafs und der Emotionsregulierung sei angestrebt worden. Weitere Ziele seien die Wiederaufnahme einer geregelten Tagesstruktur gewesen sowie die Verbesserung der familiären Beziehungen und das Weiterführen der Alkoholabstinenz. Der Beschwerdeführer habe sich vordergründig freundlich, angepasst, zurückhaltend und vermeidend gezeigt. Emotional sei er aber wenig spürbar gewesen. Er habe sich gut im stationären Setting integrieren können, die sprachlichen und kognitiven Schwierigkeiten hätten wenig Mühe bereitet. Die Distanz zum häuslichen Umfeld, der strukturierte Tagesablauf und die soziale Integration hätten sich positiv auf die depressive Symptomatik ausgewirkt. Der Beschwerdeführer habe zuverlässig an den Therapien teilgenommen. Dabei hätten keine schweren Funktionsstörungen in Bezug auf Aufmerksamkeit, Merkfähigkeit oder Orientierung festgestellt werden können. Er sei stets zuverlässig fähig gewesen, die ihm anvertrauten Aufgaben auf der Station auszuführen (IV-Nr. 77 S. 2). Aufgrund der angegebenen kognitiven Störungen sei ein Mini-Mental-Status durchgeführt worden, wobei nur eine leichte Verbesserung zum Vorbefund habe erhoben werden können. Im Stationsalltag hätten sich jedoch keine Hinweise auf eine dementielle Entwicklung gezeigt und auch die im Februar 2022 durchgeführte Bildgebung sei unauffällig gewesen. Das Resultat der Testung sei deshalb als nicht valide für die Einschätzung des kognitiven Funktionsniveaus des Beschwerdeführers zu werten (IV-Nr. 77 S. 3). Der Zuweisungsgrund einer rezidivierenden Depression sei anlässlich des Aufenthalts bestätigt worden, wobei von einer schweren Episode auszugehen sei. Im Verlauf habe sich eine Besserung eingestellt. Im klinischen Eindruck hätten sich Hinweise ergeben auf eine auffällige Persönlichkeitsstruktur mit dependenten sowie emotional-instabilen (impulsiven) Anteilen. Es habe eine stark ambivalente Beziehungsgestaltung gegenüber dem Behandlungsteam mit wechselhafter Grundstimmung und Wutausbrüchen imponiert. Zudem sei es wiederholt zur Androhung von selbstschädigendem Verhalten gekommen, wenn Erwartungen enttäuscht worden seien. Dieses Verhalten sei anamnestisch auch bereits innerhalb der Familie aufgetreten. Aufgrund widersprüchlicher Aussagen zur Biografie, der jahrelangen Alkoholabhängigkeit sowie dem akuten Rentenbegehren des Beschwerdeführers und dessen Angehörigen sei eine abschliessende Diagnostik erschwert. Bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit sei jedoch vom Vorhandensein einer relevanten Persönlichkeitsstörung

auszugehen (IV-Nr. 77 S. 4). Im Verlauf der Behandlung hätten auch Gespräche mit der Ehefrau stattgefunden. In diesen hätte sich die Anspannung und der familiäre Druck gezeigt, der sich in der Depression, der Alkoholabhängigkeit und des abfallenden Funktionsniveaus des Beschwerdeführers niederschlagen scheine. Die Hoffnung auf eine IV-Rente spiele dabei eine zentrale Rolle, was vor allem auch im zweiten Angehörigengespräch hervorgetreten sei. Insbesondere die Anmerkung, dass das beobachtbare Funktionsniveau nicht mit einer schweren kognitiven Einschränkung vereinbar sei, habe zu einer empörten Reaktion und einem Dissens über den Behandlungsauftrag geführt. Die Absicht, eine dem beobachteten Handlungsniveau angepasste ausserhäusliche Tätigkeit zu organisieren, sei als unrealistisch abgelehnt worden. Als weiteres Hauptanliegen habe der Beschwerdeführer den Wunsch nach einer IV-Rente und Unterstützung im begonnenen Prozess mit der IV definiert. Die Sozialberatung habe die aktuellen Unterstützungsmöglichkeiten aufgezeigt, der Beschwerdeführer und seine Frau hätten einer Zusammenarbeit mit dem RAV aber nicht zustimmen können. Der Beschwerdeführer habe sich daraufhin aufgrund des offensichtlichen Zielkonflikts zum sofortigen Austritt entschlossen. Der Beschwerdeführer habe hier die Fähigkeit gezeigt, innerhalb einer halben Stunde strukturiert zu packen und abzureisen (IV-Nr. 77 S. 3). Für die Zeit vom 28. Juni 2022 bis zum 27. August 2022 bestehe eine 100 % Arbeitsunfähigkeit. Der Beschwerdeführer könnte mit einem strukturgebenden Arbeitstraining (Pensum von 50 %) in den Arbeitsmarkt integriert werden. Zu empfehlen sei eine Begleitung durch einen Coach (IV-Nr. 77 S. 4).

4.5 Im Bericht vom 21. Oktober 2022 stellte Dr. med. I. \_\_\_ folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (IV-Nr. 82 S. 1 f.): · Rezidivierende depressive Störung ggw. chronifizierte, schwere depressive Störung mit somatischem Syndrom (ICD-10 F33.2), im Rahmen einer Erschöpfungsdepression nach jahrelangem Alkoholkonsum und herabgesetztem Selbstwertgefühl · Alkoholabhängigkeitssyndrom, gegenwärtig abstinent unter Antabus (ICD-10 F10.20) · Verdacht auf kombinierte Persönlichkeitsstörung mit dependenten und emotional-instabilen Zügen · Kognitive Störung, a. e. im Rahmen der depressiven Störung, DD-Analphabetismus-Komponente · Mangelernährung mit Vitamin B12- und Albumin-Mangel · Vitamin D-Insuffizienz · Dyslipidämie · Pterygium oculi links

Dr. med. I. \_\_\_ verwies auf seine früheren Berichte und hielt fest, der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers sei stationär. Er erachte den Beschwerdeführer als 80 % arbeitsunfähig in seiner angestammten wie auch einer angepassten Tätigkeit (IV-Nr. 82 S. 2 f.).

4.6 Dr. med. N. \_\_\_ (Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie und Praktische Ärztin) berichtete am 24. November 2022, der Beschwerdeführer sei durch den Hausarzt zur Diagnostik einer Persönlichkeitsstörung zugewiesen worden. Die Anmeldung sei erfolgt, es bestünden aktuell Wartezeiten von etwa neun Monaten. Der Beschwerdeführer sei anlässlich des Erstgespräches am 22. November 2023 wach und bewusstseinsklar und in allen vier Qualitäten orientiert gewesen, im Kontakt aber stark zurückhaltend. Er sei Augenkontakt ausgewichen und habe es vermieden, Fragen zu beantworten. Die mnestischen Funktionen und das formale Denken seien nicht beurteilbar. Es hätten keine Hinweise auf Zwangsgedanken, -impulse oder -handlungen vorgelegen, ebenso keine Anhaltspunkte für Wahnerleben, Wahnstimmung, Sinnestäuschungen oder Ich-Störungen. Der Beschwerdeführer habe deprimiert gewirkt. Die Stimmungslage sei bei reduziert erhaltener Schwingungsfähigkeit teilweise dysphorisch, niemals gereizt gewesen. Es habe eine leichte innere Unruhe bestanden, ebenso wie Insuffizienzgefühle, reduzierten Selbstwertgefühl sowie Schuldgefühle. Der Antrieb sei als reduziert beschrieben worden.

Es bestehe ein sozialer Rückzug. Der Beschwerdeführer habe auch Durchschlafstörungen mit Früherwachen beschrieben und einen verminderten Appetit. Der Beschwerdeführer zeige Verhaltensauffälligkeiten und eine Alkoholabhängigkeit, wobei er unter Antabus seit 2019 abstinent sei. Klinisch und anamnestisch bestehe zudem aktuell eine schwere Episode einer vorbekannten rezidivierenden depressiven Störung (IV-Nr. 85 S. 6 ff.).

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