

# **SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2016/12 vom 18. Juni 2018**

Sg Versicherungsgericht, 2018-06-18, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg\\_publicationen\\_IV\\_2016\\_12](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2016_12)

FR: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2016/12 du 18 juin 2018

IT: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2016/12 del 18 giugno 2018

## **Regeste**

Art. 7 ATSG, Art. 28 IVG, Art. 21 Abs. 4 ATSG: Gemäss beweiskräftigem Gutachten besteht medizin-theoretisch eine Arbeitsfähigkeit von 100% in der ADHS des Beschwerdeführers angepassten Tätigkeiten. Die berufliche Eingliederung ist indessen aufgrund einer sekundären Suchtproblematik und aufgrund einer gemäss Gutachten überwindbaren Einschränkung der Compliance und Absprachefähigkeit bisher gescheitert, die Selbsteingliederung ist dem Beschwerdeführer nicht zumutbar. Es besteht daher ein Anspruch auf eine Dreiviertelsrente, solange die attestierte, erst nach adäquater Behandlung und Eingliederung mögliche Arbeitsfähigkeit noch nicht erreicht ist (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 18. Juni 2018, IV 2016/12).

## **Erwägungen**

### **E. 1**

1.1 Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) umschreibt Invalidität als voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Erwerbsunfähigkeit ist der durch die gesundheitliche Beeinträchtigung verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG). 1.2 Nach der Rechtsprechung führen reine Suchterkrankungen nicht zu einer Invalidität im Sinne des Gesetzes, soweit sie allein leistungsmindernd wirken. Dagegen werden sie im Rahmen der Invalidenversicherung relevant, wenn sie ihrerseits eine Krankheit oder einen Unfall bewirkt haben, in deren Folge ein körperlicher oder geistiger, die Erwerbsfähigkeit beeinträchtigender Gesundheitsschaden eingetreten ist, oder wenn sie selber Folge eines eigenständigen körperlichen oder geistigen Gesundheitsschadens sind, welcher die Betätigungsmittelabhängigkeit aufrecht erhält oder deren Folgen massgeblich verstärkt (BGE 124 V 268 E. 3c; Urteile des Bundesgerichts vom 19. August 2013, 9C\_856/2012, E. 2.2.2, und vom 10. April 2018, 9C\_620/2017, E. 2.2.2). Der mit der Sucht zusammenhängende Gesundheitsschaden muss ausreichend schwer sein bzw. die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit einschränken. Dabei ist das ganze für die Sucht massgebende Ursachen- und Folgespektrum in eine Gesamtwürdigung einzubeziehen, was impliziert, dass einer allfälligen Wechselwirkung zwischen Suchtmittelabhängigkeit und psychischer Begleiterkrankung Rechnung zu tragen ist. Für die Frage der noch zumutbaren Erwerbstätigkeit sind die psychischen und die suchtbedingten Beeinträchtigungen

gesamthaft zu berücksichtigen. Die Frage nach der objektiv zu verstehenden Zumutbarkeit einer Tätigkeit beurteilt sich entscheidend nach dem, was der Arzt, im Kontext der Psychiater als Facharzt, dazu sagt (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 23. Mai 2014, 8C\_906/2013, E. 2.2, mit weiteren Verweisen).

1.3 Anspruch auf eine Rente haben Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (Art. 28 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [IVG; SR 831.20]), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40% arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40% invalid (Art. 8 ATSG) sind (Art. 28 Abs. 1 lit. c IVG). Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht Anspruch auf eine ganze Invalidenrente, wenn die versicherte Person mindestens zu 70%, auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie wenigstens zu 60%, auf eine halbe Rente, wenn sie mindestens zu 50%, und auf eine Viertelsrente, wenn sie mindestens zu 40% invalid ist. 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 (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen, Art. 16 ATSG).

1.4 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung 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 (BGE 125 V 261 E. 4 mit Hinweisen). Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 125 V 352 E. 3a mit Hinweisen; BGE 141 V 14 E. 6.3.1). Im Sinne einer Richtlinie ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten und -ärztinnen, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 227 E. 1.3.4; BGE 125 V 353 E. 3b/bb).

1.5 Im Sozialversicherungsrecht gilt der Untersuchungsgrundsatz. Verwaltung und Sozialversicherungsgericht haben von sich aus für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhaltes zu sorgen (BGE 122 V 158 E. 1a). Rechtserheblich sind alle Tatsachen, von deren Vorliegen es abhängt, ob über den streitigen Anspruch so oder anders zu entscheiden ist. In diesem Rahmen haben Verwaltungsbehörden und das Sozialversicherungsgericht zusätzliche Abklärungen stets dann vorzunehmen oder zu veranlassen, wenn hierzu aufgrund der Parteivorbringen oder anderer sich aus den Akten ergebenden Anhaltspunkte hinreichender Anlass besteht (BGE 117 V 282 E. 4a). Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen (vgl. BGE 126 V 360 E. 5b; BGE 125 V 195 E. 2, je mit

Hinweisen).

## E. 2

Der vorliegend zu beurteilende Sachverhalt erstreckt sich über einen Zeitraum von zehn Jahren. Zu prüfen sind die Ergebnisse der medizinischen sowie beruflich-erwerblichen Abklärungen. Medizinisch hauptsächliche Grundlage der angefochtenen Verfügung vom 1. Dezember 2015 (IV-act. 238) bildet das psychiatrische Gutachten von Dr. C.\_\_\_\_ vom 11. Dezember 2013 (IV-act. 192). Zu prüfen ist dessen bestrittene Beweistauglichkeit. 2.1 Die für die Arbeitsfähigkeit vorwiegend relevante Diagnose der einfachen Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (ICD-10: F90.0) wurde seit dem Gutachten von med.prakt. D.\_\_\_\_ vom 13. Oktober 2003 (IV-act. 18-16) aus psychiatrischer Sicht durchgängig gestellt (Arztbericht Psychiatrisches Zentrum St. Gallen vom 28. Mai 2009, IV-act. 104; Gutachten Klinik Pfäfers vom 24. März 2010, IV-act. 110-57, 59 f.; Arztbericht Psychiatriezentrum St. Gallen vom 1. Oktober 2010, IV-act. 121; Arztbericht Psychiatrisches Zentrum Appenzell Ausserrhoden vom 15. November 2012, IV-act. 169-25) und durch eine neuropsychologische ADHS-Beurteilung bestätigt (IV-act. 192-119 f.). Nachvollziehbar erklärt der Gutachter sodann, die im Arztbericht des Psychiatrischen Zentrums Appenzell Ausserrhoden vom 15. November 2012 aufgeführte (Verdachts-)Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung (IV-act. 169-25) sei nicht plausibel, weil das Traumakriterium nicht erfüllt sei und die Symptomatik nicht dieser Diagnose entspreche (IV-act. 192-93). Auch im Verlaufsbericht des Psychiatriezentrums St. Gallen vom 4. November 2011 (IV-act. 151), wo der Verdacht auf eine posttraumatische Belastungsstörung erstmals erwähnt worden war, waren die von Dr. C.\_\_\_\_ bemängelten Diagnosekriterien nicht dargelegt worden. Dr. C.\_\_\_\_ erhob beim Beschwerdeführer eine euthyme Grundstimmung und eine uneingeschränkte affektive Modulationsfähigkeit. Der Beschwerdeführer beschreibe Insuffizienzgefühle als ein Grundgefühl, innere Unruhe, rasche Reizbarkeit, verschiedene diffuse Ängste, eine aktuell nicht schlechte, schwankende Stimmung, eine Antriebsminderung und gelegentlich Lebensüberdross. Antrieb und Psychomotorik inklusive Mimik und Gestik bezeichnete der Gutachter als nicht auffällig (IV-act. 192-88). Die behandelnde Ärztin des Psychiatrischen Zentrums Appenzell hatte im Arztbericht vom 15. November 2012 festgehalten, es bestünden Stimmungsschwankungen, innere Unruhe, Insuffizienzgefühle und diffuse Ängste, soziale Phobien, ein niedriges Selbstwertgefühl und eine geringe Frustrations- und Stresstoleranz und ein deutlich geminderter Antrieb (IV-act. 169-27). Diagnostiziert wurden von der behandelnden Ärztin unter anderem eine rezidivierende depressive Störung (ICD-10: F33.0) und eine generalisierte Angststörung (ICD-10: F43.1; IV-act. 169-26). Die Codierung entspricht einer gegenwärtig leichten depressiven Episode (H.DILLING/W. MOMBOUR/M.H. SCHMIDT, ICD-10, Internationale Klassifikation psychischer Störungen, 10. Aufl., Bern 2015, S. 178). Die Ärztin führte aus, wegen der Stimmungsschwankungen und depressiven Einbrüche komme es zum sozialen Rückzug (IV-act. 169-28). Dem Beschwerdeführer wurde damals unter anderem das antidepressiv wirkende Trittico verordnet (IV-act. 169-28), dessen Einnahme wurde im Verlaufsbericht vom 3. Juli 2013 jedoch als zweifelhaft bezeichnet (IV-act. 180-1). Auswirkungen der depressiven Erkrankung wurden erst im Verlaufsbericht vom 17. November 2014, ein Jahr nach der Begutachtung, im Zusammenhang mit dem Tod der Grosseltern und der Trennung von seiner langjährigen Partnerin beschrieben; diese würden den Beschwerdeführer im Alltag aber nicht mehr so stark und dauerhaft behindern (IV-act. 213-1 f.). Somit scheint die von Dr. C.\_\_\_\_ festgestellte Remission der depressiven Störung im Zeitpunkt seiner Begutachtung

plausibel. Nachvollziehbar erscheint auch, dass Dr. C.\_\_\_\_ zusätzlich zur einfachen Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung nicht eine (emotional-instabile) Persönlichkeitsstörung (mit eigenständigem Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit) diagnostiziert, weil auch im Rahmen der ADHS eine gewisse Impulsivität bestehe (IV-act. 192-94). Auch im Gutachten der Klinik Pfäfers vom 24. März 2010 wurden sowohl die Auffälligkeiten der Persönlichkeit und des Verhaltens als auch die affektive Symptomatik der Leitdiagnose ADHS zugeordnet (IV-act. 110-55). Der Gutachter med.prakt. Reger (Gutachten vom 13. Oktober 2003, IV-act. 18-22, 25) sowie die Ärzte im Ambulatorium Psychiatriezentrum St. Gallen (Arztbericht vom 1. Oktober 2010, IV-act. 121-1) diagnostizierten sowohl eine ADHS als auch eine emotional instabile Persönlichkeitsstörung vom impulsiven Typus, führten letztere jedoch als Diagnose ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit auf. Erst und ausschliesslich das Psychiatrische Zentrum Appenzell Ausserrhoden reihte die Persönlichkeitsstörung als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein (Arztbericht vom 15. November 2012, IV-act. 169-26). Somit überzeugt die Diagnosestellung im Gutachten Dr. C.\_\_\_\_ gesamthaft gesehen. 2.2 Zur Arbeitsfähigkeit führte Dr. C.\_\_\_\_ aus, der Beschwerdeführer sei auf eine überschaubare und geregelte, repetitiv gestaltete Erwerbstätigkeit mit vermindertem Produktionsdruck angewiesen (IV-act. 192-98). Seien die Kriterien einer ideal adaptierten Tätigkeit erfüllt, sei die Leistungsfähigkeit nicht eingeschränkt (IV-act. 192-98). Diese Einschätzung von Dr. C.\_\_\_\_ stimmt mit derjenigen des neuropsychologischen Gutachters überein (IV-act. 192-122 f.). Dieser hatte testpsychologisch eine im Rahmen nicht leichter Aufgabenstellungen unterdurchschnittliche Konzentrationsleistung, eine unter dem Altersdurchschnitt liegende Gedächtnisleistung, eine massiv unterdurchschnittliche Planungsfähigkeit und eine reduzierte Verarbeitungsgeschwindigkeit und Daueraufmerksamkeit festgestellt (IV-act. 192-115 f.). Zur Begründung seiner Arbeitsfähigkeitsschätzung hatte er aus-geführt, im Rahmen einfacher und gleichzeitig repetitiv gestalteter erwerblicher Anforderungssituationen sei die Konzentrationsleistungsfähigkeit unauffällig ausgeprägt und es bestehe eine unauffällige Anpassungsfähigkeit an sich verändernde Anforderungssituationen. Der Produktionsdruck sei aufgrund verminderter Verarbeitungsgeschwindigkeit und reduzierter Fähigkeit zur Dauerkonzentration herabzusetzen. Die Ausübung der Erwerbstätigkeit sei auf dem ersten Arbeitsmarkt ohne Betreuung möglich, da die kognitive Leistungsfähigkeit knapp durchschnittlich und die Fähigkeit zur Einhaltung vordefinierter Handlungsanweisungen sowie die sprachliche Verständigungs- und Verständnisfähigkeit erhalten seien (IV-act. 192-122). Auch Dr. C.\_\_\_\_ hielt die Eingliederungsfähigkeit im ersten Arbeitsmarkt für gegeben (IV-act. 192-99; Stellungnahme vom 16. November 2015, IV-act. 236-4 f.). Der Beschwerdeführer habe das Medikament Concerta nicht zuverlässig eingenommen. Trotz Problemen mit der Compliance sei die erforderliche Behandlung notwendig, indiziert und zumutbar. Es müsse eigentlich davon ausgegangen werden, dass die Ergebnisse der neuropsychologischen Abklärung bei guter Compliance noch besser ausgefallen wären und das neuropsychologische Zumutbarkeitsprofil auf einer ungenügenden Compliance basiere. Die mangelnde Absprachefähigkeit und Compliance seien überwindbar. Es sei Sache der Verwaltung festzulegen, ob sich mit den Kriterien einer ideal adaptierten Tätigkeit eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in Bezug auf den ausgeglichenen Arbeitsmarkt begründen lasse oder nicht (Gutachten vom 11. Dezember 2013, IV-act. 192-95 f., 100; Stellungnahme vom 16. November 2015, IV-act. 236-2 f., 4 f.). Dr. C.\_\_\_\_ führte aber auch aus, um die höchste Leistungsfähigkeit zu erreichen, benötige der Beschwerdeführer eine

Unterstützung im Sinne einer integrierten psychiatrischen Behandlung und auch einer Medikation (IV-act. 236-4). Er führt das bisherige Scheitern der beruflichen Integration auf überwindbare Mängel der Absprachefähigkeit und Compliance sowie auf motivationale Faktoren zurück, die in die Beurteilung der behandelnden Ärzte eingeflossen, aber überwindbar seien, indem der Beschwerdeführer die für seine Störung indizierte Behandlung in Anspruch nehme. Dies sei ihm zumutbar, worauf doch hinweise, dass von den behandelnden Ärzten mehrfach eine gute Compliance beschrieben worden sei (IV-act. 236-2 f.). Aus diesen Ausführungen von Dr. C.\_\_\_\_ geht hervor, dass der Beschwerdeführer die theoretisch zumutbare Arbeitsfähigkeit von 100% aufgrund fehlender, aber zumutbarer Compliance und Motivation noch nicht erreichen konnte (IV-act. 236-2 f.). 2.3 Dr. C.\_\_\_\_ gab keine eigentliche retrospektive Einschätzung der (quantitativen) Arbeitsfähigkeit ab, und es ist davon auszugehen, dass eine solche über den jahrelangen und schwankenden Verlauf nicht (mehr) möglich ist. Für die Arbeitsfähigkeit im Verlauf ist somit auf die echtzeitlichen medizinischen sowie beruflichen Akten sowie auf die Einschätzungen des RAD abzustellen. Dabei zu unterscheiden sind die Arbeitsfähigkeit in der angestammten sowie in einer angepassten Tätigkeit, die Arbeitsfähigkeit vor und nach zumutbaren medizinischen und beruflichen Massnahmen sowie die medizinisch-theoretische sowie die praktisch gezeigte Arbeitsfähigkeit. 2.3.1 Im Psychiatrischen Gutachten der Klinik Wil vom 13. Oktober 2003 war die ADHS im Erwachsenenalter als schwerwiegend, jedoch als nicht arbeitslimitierend und die Suchtproblematik, da primär, als nicht iv-relevant bezeichnet worden (IV-act 18-23 f.). Gemäss orthopädischem Gutachten Dr. B.\_\_\_\_ vom 8. Juni 2004 waren körperlich leichte, rückenadaptierte Tätigkeiten als vollumfänglich zumutbar angesehen worden (IV-act. 24-4). Im Arztbericht des psychiatrischen Zentrums vom 28. Mai 2015 waren Ein-gliederungsmassnahmen bei besserer Compliance und regelmässiger psychiatrischer Behandlung mit einer Arbeitsfähigkeit von 50% als möglich angesehen worden (IV-act. 104-3f.). 2.3.2 Die Klinik Pfäfers war im Gutachten vom 24. März 2010 zum Schluss gekommen, ausgehend von einer Gesamtbewertung der vorliegenden Akten, der Anamnese, der anlässlich der Begutachtung erhobenen Befunde und des von verschiedenen Seiten bestätigten und auch von den Gutachtern gesehenen bemüht-kooperativen Verhaltens bestehe aus psychiatrischer Sicht aktuell eine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit von bis zu 50%. Durch die vorgeschlagenen Therapien (optimale medikamentöse und sozialintegrativ -psychische Behandlung und Drogenabstinenz) dürfte die Arbeitsfähigkeit über längere Zeit steigerbar sein (IV-act. 110-63, 65). In diesem Gutachten wurde insbesondere dargelegt, dass der Drogenkonsum als Selbsttherapie der ADHS-Symptomatik aufzufassen sei (IV-act. 110-61, 63). Die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit berücksichtigt demnach die Auswirkung der damals noch vorhandenen Cannabisabhängigkeit und es erscheint einleuchtend, dass sich die Arbeitsfähigkeit durch deren Wegfall erhöht hat. 2.3.3 Die behandelnden Fachärzte der Psychiatrischen Kliniken St. Gallen und Appenzell Ausserrhoden attestierten dem Beschwerdeführer stets eine volle Arbeitsunfähigkeit und verneinten eine Eingliederungsfähigkeit im ersten Arbeitsmarkt (Arztberichte Psychiatriezentrum St. Gallen vom 1. Oktober 2010, IV-act. 121-6 f., vom 15. April 2011, IV-act. 130-3 f., vom 4. November 2011, IV-act. 151-2; Arztberichte Psychiatrisches Zentrum Appenzell Ausserrhoden vom 15. November 2012, IV-act. 169-28, vom 3. Juli 2013, IV-act. 180-2 ff., vom 17. November 2014, IV-act. 213-3 und vom 22. April 2015, IV-act. 223-5). Sie begründeten ihre Einschätzung mit einer deutlichen Problematik in der Planung und Strukturierung des alltäglichen Lebens, des Einhaltens von Terminen sowie mit kognitiven

Auffälligkeiten wie Schwierigkeiten in Konzentration und Aufmerksamkeit. Ein Arbeitsablauf könne wegen der Unstrukturiertheit und Desorganisation des Beschwerdeführers nur schwer gewährleistet werden (Arztbericht Psychiatriezentrum St. Gallen vom 1. Oktober 2010, IV-act. 121-2 f.). Eine berufliche Massnahme (auch in geschütztem Rahmen) würde für den Beschwerdeführer eine Überforderung darstellen und wäre mit einem hohen Rückfallrisiko verbunden. Selbständig sei er nicht in der Lage, einen Arbeitsvorgang zu planen und einzelne Arbeitsschritte umzusetzen (Arztbericht Psychiatriezentrum Appenzell Ausserrhoden vom 15. November 2012, IV-act. 169-28). In Anbetracht des bisherigen Verlaufs sei die Aufnahme einer Beschäftigung im ersten Arbeitsmarkt auch mittel- und langfristig unrealistisch. Bereits die sehr überschaubaren Anforderungen im Rahmen der gegenwärtigen Therapie führten an die Grenzen der Belastbarkeit (Verlaufsbericht Psychiatrisches Zentrum Appenzell Ausserrhoden vom 22. April 2015, IV-act. 223-5).

2.3.4 RAD-Arzt Dr. E. \_\_\_ stützte sich am 3. Juni 2010 auf das Gutachten St. Pirminsberg vom 24. März 2010, mithin auf die Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit von bis zu 50%, ab und veranlasste Auflagen (IV-act. 111-2). Am 2. November 2010 erklärte er die Auflagen bei grosszügiger Betrachtungsweise für erfüllt und hielt die Eingliederung auf dem freien Arbeitsmarkt für derzeit nicht möglich (IV-act. 124). Der RAD-Arzt ging in seiner Stellungnahme vom 29. Dezember 2011 von der weiterhin bestehenden, durch das Gutachten der Klinik Pfäfers geschätzten Arbeitsfähigkeit von 50 % aus (IV-act. 153). Am 4. März 2013 (IV-act. 177) und am 22. Juli 2013 (IV-act. 186-2) erachtete er berufliche Massnahmen auch in geschütztem Rahmen als nicht durchführbar. Nach Erstattung des Gutachtens von Dr. C. \_\_\_ übernahm Dr. E. \_\_\_ dessen Einschätzung einer 100%-igen Arbeitsfähigkeit für ideal angepasste Tätigkeiten (Stellungnahme vom 9. Januar 2014, IV-act. 193). Im Strategieprotokoll vom 21. März 2014 wurde unter Teilnahme von Dr. E. \_\_\_ festgehalten, dass mit einer 75%-igen Arbeitsfähigkeit gerechnet werden könne (IV-act. 204-2f.). Am 23. Dezember 2014 kam Dr. E. \_\_\_ aufgrund der Berichte der Tagesklinik (vgl. Sachverhalt vorstehend A.u) zum Schluss, dass auf dem ersten Arbeitsmarkt derzeit noch keine durchsetzbare Arbeitsfähigkeit bestehe. Es seien jedoch gute therapeutische Ansätze erkennbar, die zur Hoffnung berechtigen würden, dass eine Beschäftigung auf dem ersten Arbeitsmarkt innerhalb von einem bis anderthalb Jahren erreichbar sei. Es stelle sich somit als Alternative die Frage nach Integrationsmassnahmen (basierend auf einer 50%-igen Arbeitsfähigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt in ein bis anderthalb Jahren) sowie nach einer zeitlich befristeten Berentung mit einer Rentenrevision spätestens in zwei Jahren (IV-act. 215). Hingegen hielt er die vom Psychiatriezentrum Appenzell Ausserrhoden berichtete Verschlechterung für nicht nachvollziehbar (Stellungnahme vom 13. Mai 2015, IV-act. 224 und vom 28. Oktober 2015, IV-act. 234). Zur Erklärung führte er in der letztgenannten Stellungnahme im Wesentlichen aus, die von der behandelnden Ärztin vorgenommenen pessimistischen Einschätzungen seien nicht nachvollziehbar. Der Beschwerdeführer habe in den Urlaub gehen können und sich gegenüber der Eingliederungsverantwortlichen desinteressiert gezeigt (IV-act. 234-2 f.). Die Abweichung von seinen früheren Einschätzungen begründete er zusammenfassend zudem damit, dass sich die dort erwähnte Eingliederungsfähigkeit auf die angestammte Tätigkeit als Forstwart bezogen habe (IV-act. 234-2).

2.3.5 Die Berufsberatung schloss den Fall am 27. Februar 2007 (IV-act. 60 f.) ohne Ergebnis ab, da sich der Beschwerdeführer auf eine berufliche Neuorientierung nicht einlassen konnte. Die vom RAD geforderte Beurteilung der praktischen Leistungsfähigkeit konnte nicht erfolgen, jedoch gelangte der Berufsberater zum Schluss, der Beschwerdeführer sei einem Arbeitgeber nicht zumutbar

(IV-act. 60-1 f.). Auch am 26. September 2008 schloss die Berufsberatung den Fall ab, nachdem im April eine Eingliederung in der Dreischiibe nach wenigen Tagen habe abgebrochen werden müssen. Bei spürbarer Bereitschaft des Beschwerdeführers, sich einzulassen und das Beste zu geben, fühle er sich nicht in der Lage, eine berufliche Massnahme durchzustehen (IV-act. 92). Die von der IV-Stelle dem Beschwerdeführer am 5. August 2011 auferlegte ADHS-Behandlung (IV-act. 136) wurde gemäss Verlaufsbericht des Psychiatriezentrums St. Gallen vom 4. November 2011 aufgenommen (IV-act. 151-2; vgl. auch Arztberichte Psychiatrisches Zentrum Appenzell Ausserrhoden vom 15. November 2012, wo die Medikation mit Concerta ebenfalls aufgeführt wird, IV-act. 169-28, und vom 3. Juli 2013, wonach Concerta mit grosser Wahrscheinlichkeit regelmässig eingenommen werde, IV-act. 180-1). Nach Angaben des Beschwerdeführers gelang es ihm darauf, den Cannabiskonsum einzustellen (Verlaufsbericht Psychiatriezentrum St. Gallen vom 4. November 2011, IV-act. 151-2; Gutachten Dr. C. \_\_\_\_ vom 11. Dezember 2013, IV-act. 192-101). Dennoch war er seit 2010 regelmässig und zeitweise sehr engmaschig auf die Betreuung durch die psychiatrische Spitex angewiesen (Arztbericht Psychiatriezentrum Appenzell Ausserrhoden vom 15. November 2012, IV-act. 169-27, Assessmentprotokoll vom 12. März 2014, IV-act. 203-2; vgl. auch Arztbericht Psychiatriezentrum Appenzell Ausserrhoden vom 22. April 2015, IV-act. 223-3, wonach der Beschwerdeführer nach wie vor auf engmaschige Betreuung und Unterstützung angewiesen sei), und dennoch konnte er das Pensum der Arbeitstherapie von drei Nachmittagen pro Woche gemäss den Verlaufsberichten des Psychiatrischen Zentrums Appenzell Ausserrhoden vom 17. November 2014 (IV-act. 213) und vom 22. April 2015 (IV-act. 223) aufgrund psychosozialer Belastungen (Tod der Grosseltern, Scheitern der Partnerschaft) (noch) nicht steigern. Insbesondere aus dem Arztbericht des Psychiatriezentrums Appenzell Ausserrhoden vom 15. November 2012 (IV-act. 169-25 ff.) und aus dem Schreiben der Eltern des Beschwerdeführers vom 19. Juli 2013 ergaben sich Anhaltspunkte für eine positive Entwicklung. Es ist dem Beschwerdeführer zugute zu halten, dass er den Auflagen der Beschwerdegegnerin zum Entzug sowie zur Behandlung, so gut es ihm möglich war, nachgekommen ist und immerhin inzwischen kein Cannabis mehr konsumiert und die Behandlung mit Concerta begonnen hat (vgl. Sachverhalt vorstehend A.i - A.n, die erste Auflage stammt vom 7. Juni 2010, die zweite vom 4. Mai 2011). Die gescheiterten Eingliederungsversuche zeigen, dass der Beschwerdeführer starke Unterstützung in medizinischer, beruflicher sowie persönlicher Hinsicht benötigt und seine Eingliederungsfähigkeit noch nicht erreichen konnte.

2.3.6 Die gemäss Beschwerdeführer seit 2011 eingehaltene Cannabisabstinenz hat noch nicht zu einer andauernden Verbesserung des Gesundheitszustandes geführt, zumal Integrations- bzw. Eingliederungsmassnahmen bislang noch keinen Erfolg gezeigt haben. Andererseits bestehen aber auch keine objektiven Hinweise für eine Verschlechterung; diese ist im Jahr 2014/2015 lediglich vorübergehend durch die psychosoziale Belastung durch den Tod der Grosseltern und die Trennung der langjährigen Partnerschaft begründet. Dabei ist zu berücksichtigen, dass den eher pessimistischen Arbeitsfähigkeitsschätzungen der Behandler weniger Gewicht beizumessen ist als jenen der unabhängigen Gutachter. Zudem ist bei der beim Beschwerdeführer vorliegenden Kombination der psychischen Störungen davon auszugehen, dass diese durchaus massgebliche Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit haben kann (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 31. August 2016, 8C\_325/2016, E.4.2). Die mehrfach geschilderten Schwierigkeiten bei der Planung, Strukturierung und Organisation des eigenen Lebens, der Haushaltsführung und nicht zuletzt bei der

Einhaltung eines Arbeitsablaufs und der dadurch nötigen Anleitung und Betreuung sind durch die Kombination der psychischen Störungen durchaus erklärbar. Mit Dr. C.\_\_\_\_ (vgl. Gutachten, Ziff. 8.5.1, IV-act. 192-100) und wie im Gutachten der Psychiatrischen Klinik St. Pirminsberg vom 24. März 2010 einleuchtend begründet (IV-act. 110-61, 63; E. 2.3.2) ist das Suchtleiden Folge der seit Kindheit bestehenden ADHS, weshalb von einer seit Beginn sekundären, invalidenversicherungsrechtlich relevanten Sucht auszugehen ist. Deren Auswirkungen sind daher zu berücksichtigen. Soweit der RAD-Arzt früher eine Eingliederungsfähigkeit lediglich im geschützten Rahmen bejahte, muss eine Arbeitsfähigkeit auch für adaptierte Tätigkeiten als nicht vorhanden angesehen werden. Zusammen mit den sonstigen vorliegenden Einschätzungen muss davon ausgegangen werden, dass bei bzw. nach optimaler medizinischer Behandlung sowie erfolgreicher beruflicher Eingliederung eine vollständige Arbeitsfähigkeit erreichbar wäre und insofern die medizinisch-theoretische Arbeitsfähigkeit von 100% für adaptierte Tätigkeiten Gültigkeit hat. Solange die Massnahmen jedoch noch andauern und der Beschwerdeführer noch daran ist, seine Probleme mit der Compliance sowie der Absprachefähigkeit zu überwinden, ist die Arbeitsfähigkeit noch eingeschränkt. Der Widerspruch zwischen der Verneinung der Ausbildungsfähigkeit sowie der Bejahung einer gewissen Arbeitsfähigkeit ist ein vordergründiger. Denn eine Ausbildung bzw. die Absolvierung einer beruflichen Massnahme ist anspruchsvoller und setzt mehr voraus als eine einfache Tätigkeit als Hilfsarbeiter (vgl. dazu Urteil des Bundesgerichts vom 27. März 2018, 8C\_794/2017, E.5.2.1). Zusammenfassend kann im Längsverlauf daher mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden, dass seit der Wiederanmeldung am 3. November 2005 eine 50%-ige Arbeitsfähigkeit für adaptierte Tätigkeiten besteht. 2.4 Insgesamt ist aus medizinisch-theoretischer Sicht auf das Gutachten von Dr. C.\_\_\_\_ abzustellen, das sich auf eine umfangreiche und validierte neuropsychologische Abklärung und auf eine von allen beteiligten Fachmedizinerinnen geteilte Diagnose stützt. Dabei ist gemäss vorstehenden Erwägungen zu berücksichtigen, dass die Arbeitsfähigkeitsschätzung von Dr. C.\_\_\_\_ zum einen grundsätzlich ab Gutachtenszeitpunkt Gültigkeit hat, jedoch unter dem Vorbehalt der optimal durchgeführten medizinischen und beruflichen Massnahmen steht und zum anderen für den weiter zurückliegenden Verlauf die echtzeitlichen Berichte, die Ergebnisse der beruflichen Versuche sowie die Einschätzungen des RAD hinzugezogen werden müssen, womit sich mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine durchschnittliche adaptierte Arbeitsfähigkeit von 50% ergibt (vgl. vorstehende Erwägungen). 2.5 Ergänzend sei erwähnt, dass das Bundesgericht festgehalten hat, der Umstand, dass ein Gutachter seine persönliche Meinung zur Vermeidbarkeit von ungerechtfertigten Versicherungsleistungen öffentlich bekannt mache oder im Rahmen einer Publikation eine von der Rechtsprechung abweichende Meinung vertrete, lasse für sich allein noch nicht auf Voreingenommenheit in einem konkret zu beurteilenden Fall schliessen (Urteil des Bundesgerichts vom 4. Januar 2017, 8C\_548/2016, E. 4.2). Dies muss auch bzw. erst recht für Gutachter gelten, die sich zwar nicht zum Versicherungsmissbrauch geäussert haben, aber regelmässig mit mono- oder bidisziplinären Gutachten beauftragt werden und allenfalls - was allerdings nicht einmal dargetan wird - überdurchschnittlich hohe Arbeitsfähigkeiten attestieren. Konkrete Anhaltspunkte für eine Voreingenommenheit von Dr. C.\_\_\_\_ gegenüber dem Beschwerdeführer finden sich im Gutachten nicht und werden auch nicht geltend gemacht. Die gerügte überdurchschnittlich häufige Beauftragung führt somit nicht zur Unverwertbarkeit des Gutachtens. Ein strukturiertes Beweisverfahren mittels Indikatoren ist insoweit entbehrlich, als die geltend gemachten Einschränkungen durch die Diagnose der

ADHS und die neuropsychologische Testung objektiviert sind (vgl. BGE 143 V 428 E. 7.1). Somit bleibt es bei der Beweistauglichkeit des Gutachtens von Dr. C.\_\_\_\_.

### **E. 3**

3.1 Dass die Einschätzung von Dr. C.\_\_\_\_ beweiskräftig ist, bedeutet nicht, dass die Beschwerdegegnerin mit angefochtener Verfügung gestützt auf die attestierte 100%-ige Arbeitsfähigkeit das Rentengesuch abweisen durfte. Die von Dr. C.\_\_\_\_ geschätzte Arbeitsfähigkeit in adaptierten Tätigkeiten gilt zum einen grundsätzlich ab Begutachtungszeitpunkt und ist zum anderen erst mit beruflichen sowie unter Weiterführung bzw. Intensivierung der medizinischen Massnahmen sowie mit sozialpraktischer Unterstützung erreichbar. Eine berufliche Eingliederung konnte denn auch bis zum relevanten Zeitpunkt der Verfügung (BGE 121 V 366 E. 1 b; BGE 131 V 243 E. 2.1) noch nicht erfolgreich durchgeführt und abgeschlossen werden: Der Beschwerdeführer konnte daher Anspruch auf eine Invalidenrente erwerben (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 29. Juni 2009, 9C\_186/2009, E.3.3; Urteil des EVG vom 31. März 2006, I 291/05, E.3.2, wonach bei Bestätigung, dass nach durchgeführter erfolgreicher Eingliederung wieder eine deutlich bessere Arbeitsfähigkeit erreichbar sein sollte, der Anspruch auf eine Rente für die zurückliegende Zeit solange nicht ausgeschlossen ist, als die bestehende Erwerbsunfähigkeit nicht [oder noch nicht] mit geeigneten Eingliederungsmassnahmen tatsächlich behoben oder in einer für den Rentenanspruch erheblichen Weise verringert werden konnte). Der Beschwerdeführer hat gleichzeitig Anspruch auf berufliche Massnahmen (Art. 14a IVG; Art. 4quater ff. IVV; Art. 15 ff. IVG), wobei aufgrund der abgeschlossenen Ausbildung zum Forstwart gegebenenfalls auch eine Umschulung gemäss Art. 17 ff. IVG in Betracht fällt. 3.2 Betreffend allfälligem Rentenbeginn ist mit Blick auf das Datum der Anmeldung (November 2005) das Recht anwendbar, wie es vor Inkrafttreten der Änderungen der 5. IV-Revision bestanden hatte. Die Frist von 6 Monaten nach Geldendmachung des Anspruchs gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG in der seit 2008 geltenden Fassung findet somit keine Anwendung. Meldet sich ein Versicherter mehr als zwölf Monate nach Entstehen des Anspruchs an, so werden die Leistungen lediglich für die zwölf der Anmeldung vorangehenden Monate ausgerichtet (vgl. Art. 48 Abs. 2 IVG in der vor 2008 in Kraft gestandenen Fassung). 3.3 Dass der erlernte Beruf des Forstwarts einer überschaubaren und geregelten, repetitiv gestalteten Tätigkeit entspricht, erscheint mehr als fraglich und muss aufgrund der mit seiner Ausübung verbundenen Gefahren bei der massgeblichen Beeinträchtigung durch Suchtmittel seit jeher als ungeeignet bezeichnet werden. Hinzu kommt, dass der Beruf auch aufgrund orthopädischer Einschränkungen nicht ideal adaptiert ist (vgl. Gutachten Dr. B.\_\_\_\_ vom 8. Juni 2004; Schlussfolgerungen im Strategieprotokoll vom 21. März 2014, IV-act. 204-2f.; Stellungnahme von RAD-Arzt Dr. E.\_\_\_\_ vom 28. Oktober 2015, IV-act. 234-1 f.). Somit ist davon auszugehen, dass das Wartjahr nach Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG in der vor 2008 in Kraft gestandenen Fassung im Zeitpunkt der Wiederanmeldung am 3. November 2005 bereits erfüllt war und ein Rentenanspruch nach Massgabe der 50%-igen Arbeitsunfähigkeit ab 1. November 2004 zu prüfen ist. 3.4 Da die einschränkende ADHS-Problematik schon seit der Kindheit des Beschwerdeführers bestand, sind Rückschlüsse auf seine Validenkarriere ohne Vorliegen dieser Krankheit kaum möglich. Zwar konnte der Beschwerdeführer die Ausbildung zum Forstwart mit Hilfe eines verständnisvollen Lehrmeisters abschliessen (Bericht der Eltern vom 19. Juli 2013, IV-act. 183-2 f.). Der Beschwerdeführer hat jedoch nach der Lehre nicht in diesem Beruf gearbeitet, dessen Leidensangepasstheit ohnehin fraglich erscheint (E. 3.3), und auch andere Erwerbstätigkeiten hat er nicht längerfristig ausgeübt. Für die Bemessung

des Valideneinkommens kann somit weder auf den Tabellenlohn als Forst- oder Gartenarbeiter noch auf das tatsächliche Einkommen abgestellt werden. Vielmehr ist anzunehmen, dass der Beschwerdeführer aufgrund der ADHS nicht diejenige Ausbildung absolvieren konnte, die er im Gesundheitsfall ergriffen hätte. Da sich die Krankheit bereits zum Zeitpunkt der Berufswahl auswirkte, ist das Valideneinkommen gestützt auf Art. 26 Abs. 1 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201) zu bestimmen, welches für das massgebliche Jahr 2004 Fr. 69'500.-- beträgt. Für das Invalideneinkommen ist vom durchschnittlichen Einkommen gemäss Lohnstrukturerhebung (LSE) des Bundesamtes für Statistik (BFS) 2004, Anforderungsniveau 4, Männer, auszugehen, welches sich auf Fr. 57'258.-- beläuft (Quelle der genannten Einkommen: Informationsstelle AHV/IV, IV, Ausgabe 2008, Bern 2008, S. 123 und Anhang 2). Entsprechend der 50%-igen Arbeitsfähigkeit beträgt das Jahreseinkommen Fr. 28'629.--. Die Beschränkung des Zumutbarkeitsprofils auf eine körperlich nicht schwere (vgl. Gutachten Dr. B.\_\_\_\_ vom 8. Juni 2004, IV-act. 24), überschaubare und geregelte, repetitive Tätigkeit ohne Produktionsdruck (Gutachten Dr. C.\_\_\_\_ vom 11. Dezember 2013, IV-act. 192-98) begründet einen Tabellenlohnabzug mindestens im auch von der Beschwerdegegnerin anerkannten Ausmass von 10% (Beschwerdeantwort, act. G 5, III, Ziff. 2). Das Invalideneinkommen beträgt somit Fr. 25'766.-- und der Invaliditätsgrad 62,9%. Der Beschwerdeführer hat damit ab 1. November 2004 (E. 4.3) Anspruch auf eine Dreiviertelsrente (Art. 28 Abs. 1 IVG in der seit Inkrafttreten der 4. IVG-Revision 2004 geltenden Fassung). 3.5 Der IV-Stelle ist es unbenommen, hinsichtlich der beruflichen sowie medizinischen Massnahmen Auflagen zu machen und deren Einhaltung anlässlich einer zeitlich zu terminierenden Revision zu prüfen, verbunden mit der Androhung, dass bei Nichterfüllung der Auflagen gestützt auf das Gutachten von Dr. C.\_\_\_\_ von einer rentenausschliessenden Arbeitsfähigkeit ausgegangen und die Rente eingestellt werde. Eine erneute Beurteilung der Arbeitsfähigkeit erscheint erst unter Einbezug der Ergebnisse beruflicher Integrations- bzw. Eingliederungsmassnahmen und unter gesicherter Behandlung möglich und sinnvoll. Dabei sind auch die nach Erlass der angefochtenen Verfügung als massgeblicher Zeitpunkt (BGE 121 V 366 E. 1 b; BGE 131 V 243 E. 2.1) berichteten Entwicklungen im psychischen (Berichte des Psychiatrischen Zentrums Appenzell Ausserrhoden vom 30. Januar 2017, act. G 18.1, vom 15. Dezember 2017, act. G 18.3 und vom 21. April 2018, act. G 18.4) und im somatischen Bereich (Attest Dr. G.\_\_\_\_ vom 28. August 2017, act. G 18.2) zu beachten.

#### **E. 4**

4.1 Nach dem Gesagten ist die angefochtene Verfügung in teilweiser Gutheissung der Beschwerde aufzuheben, und der Beschwerdeführer hat ab 1. November 2004 Anspruch auf eine Dreiviertelsrente. 4.2 Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt (Art. 69 Abs. 1bis IVG). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- erscheint in der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit als angemessen. Hinsichtlich der Beschwerde gegen die Rentenverfügung gilt es zu beachten, dass gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung zur Überklagung in sozialversicherungsrechtlichen Rentenfällen von einem vollständigen Obsiegen der Beschwerdeführerin auszugehen ist (Urteil des Bundesgerichts vom 7. Januar 2016, 9C\_288/2015, E. 4.2). Die Beschwerdegegnerin hat daher die gesamten Gerichtskosten von Fr. 600.-- zu bezahlen. 4.3 Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende beschwerdeführende Partei Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Die Parteientschädigung wird vom Versicherungsgericht

festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen. In der Verwaltungsrechtspflege beträgt das Honorar vor Versicherungsgericht nach Art. 22 Abs. 1 lit. b HonO (sGS 963.75) pauschal Fr. 1'000.-- bis Fr. 12'000.--. Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers hat keine Kostennote eingereicht. Aufgrund der Bedeutung der Streitsache und dem Aufwand ist dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von praxisgemäss Fr. 3'500.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zuzusprechen. Bei diesem Ergebnis erübrigt sich die Festsetzung einer Entschädigung aus der unentgeltlichen Rechtsverteidigung. Entscheid im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP 1. In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung vom 1. Dezember 2015 aufgehoben und dem Beschwerdeführer ab 1. November 2004 eine Dreiviertelsrente zugesprochen. Die Sache wird zur Festsetzung und Ausrichtung der geschuldeten Leistungen an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen. 2. Die Beschwerdegegnerin hat die Gerichtskosten von Fr. 600.-- zu bezahlen. 3. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.

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