

SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2018/391 vom 3. Dezember 2020

Sg Versicherungsgericht, 2020-12-03, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2018_391

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2018/391 du 3 décembre 2020

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2018/391 del 3 dicembre 2020

Regeste

Art. 7, 8 und 16 ATSG. Art. 28 IVG. Würdigung eines psychiatrischen Gutachtens. Diagnose einer Störung durch Cannabinoide, Abhängigkeitssyndrom (ICD-10 F12.2). Mit der Aussage des psychiatrischen Gutachters, dass eine Neuevaluation erwogen werden sollte, falls nach einer mindestens sechsmönatigen kontrollierten Cannabisabstinenz psychische Einschränkungen fortbestehen sollten, hat dieser seine eigene Diagnosestellung in Frage gestellt, indem er eingeräumt hat, dass möglicherweise nebst der diagnostizierten Störung durch Cannabinoide auch weitere psychiatrische Diagnosen vorliegen könnten. Nachweis einer viermonatigen Cannabisabstinenz. Fortbestehen von Symptomen einer schizotypen Störung gemäss Bericht des behandelnden Psychiaters. Dies weckt erhebliche Zweifel an der Diagnosestellung des psychiatrischen Sachverständigen. Auch dessen Arbeitsfähigkeitsschätzung vermag nicht zu überzeugen. Rückweisung zur Ergänzung des Gutachtens (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 3. Dezember 2020, IV 2018/391).

Volltext

Entscheid vom 3. Dezember 2020 Besetzung Präsident Ralph Jöhl, Versicherungsrichterinnen Monika Gehrer-Hug und Karin Huber-Studerus; Gerichtsschreiberin Viviane Kull Geschäftsnr. IV 2018/391 Parteien A.____, Beschwerdeführer, vertreten durch Rechtsanwältin Silvana Ebnetter, M.A. HSG in Law, Amparo Anwälte und Notare, Neugasse 26, Postfach 148, 9001 St. Gallen, gegen IV-Stelle des Kantons St. Gallen, Postfach 368, 9016 St. Gallen, Beschwerdegegnerin, Gegenstand Rente Sachverhalt A.____ meldete sich im Juli 2015 wegen eines psychischen Leidens zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung (IV) an (IV-act. 1). Er gab an, eine Lehre als Betriebsangestellter bei der B.____ absolviert zu haben. Seit 1996 arbeite er als Verkäufer bei der C.____ und verdiene ca. 4'230.-- monatlich. Dr. med. D.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, notierte auf dem Anmeldeformular, er behandle den Versicherten seit Mai 2015. Als Leiden gab er "F32.1" an. Die C.____ teilte am 10. August 2015 mit (IV-act. 9), der Versicherte sei seit 1997 angestellt und arbeite als Verkäufer. Der Monatslohn betrage Fr. 4'320.-- bzw. der Jahreslohn Fr. 56'160.-- bei einer Wochenarbeitszeit von 41 Stunden. Dr. med. E.____ vom Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) notierte am 31. August 2015 nach einem Telefonat mit Dr. D.____ (IV-act. 13), die depressive Störung, mittelgradige Episode, sei in beginnender Remission. Ab dem 1. Oktober 2015 sei ein Arbeitsversuch am bisherigen Arbeitsplatz vorgesehen. Am 22. November 2015 berichtete Dr. D.____ (IV-act. 20), er habe beim Versicherten folgende Diagnosen erhoben: Anpassungsstörung mit einer depressiven Komponente bei Alleinleben und drohendem Arbeitsplatzverlust (ICD-10 F43.2), spezifische Persönlichkeitsstörung mit

passiv-aggressiven Zügen (ICD-10 F60.8), Störungen durch Cannabinoide, Abhängigkeitssyndrom, gegenwärtiger Substanzgebrauch (ICD-10 F12.24). Vom 1. Juni 2015 bis 8. Oktober 2015 habe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bestanden; seit dem 9. Oktober 2015 bis auf Weiteres betrage die Arbeitsunfähigkeit 50%. Derzeit laufe eine berufliche Wiedereingliederung als Verkäufer bei der C.____ mit einer 50%igen Arbeitsfähigkeit. Dr. med. F.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, untersuchte den Versicherten am 4. Januar 2016 im Auftrag des Krankentaggeldversicherers. Im Gutachten vom 5. Januar 2016 (Fremdakten-act. 2) nannte er folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: Störungen durch Cannabinoide, Abhängigkeitssyndrom, gegenwärtiger Substanzgebrauch (ICD-10 F12.24), Störungen durch Cannabinoide, psychotische Störung, wahnhaft und depressive Symptome gemischt (ICD-10 F12.56), anhaltende leichte Depression mit somatischem Syndrom (ICD-10 F32.01), DD depressive Anpassungsstörung bei Alleinleben und drohendem Arbeitsplatzverlust (ICD-10 F43.21), DD amotionales Syndrom i.R. der og. Cannabis-Sucht, kombinierte Persönlichkeitsstörung mit schizoiden und passiv-aggressiven Zügen (ICD-10 F61), DD Persönlichkeits- und Verhaltensstörung nach jahrzehntelangem THC-Konsum (ICD-10 F12.71), Residualsyndrom mit verzögert aufgetretener psychotischer Störung (ICD-10 F12.75), Homosexualität mit einem promiskuen Sexualverhalten. Dr. F.____ hielt fest, der Versicherte betreibe seit seiner frühen Jugend einen schweren chronischen Cannabiskonsum. Mit ca. 20 Jahren habe er während viereinhalb Monaten mit einem Dauerkonsum von Cannabis auf K.____ gelebt. Danach habe sich der Versicherte christlich bekehrt, wobei die Abstinenz nicht von Dauer gewesen und er rückfällig geworden sei. Der Versicherte habe angegeben, von ca. 1984 bis 1997 abstinent gewesen zu sein. 2008 sei er in den Ferien rückfällig geworden. Seit 2011 konsumiere er auch wieder in der Schweiz, anfangs zumeist nur am Wochenende; in den letzten eineinhalb Jahren vor der Krankschreibung im Mai 2015 habe der Konsum aber stetig zugenommen. Die Krankschreibung sei wegen einem depressiven Zustandsbild sowie einem zunehmenden paranoiden Erleben der Mitmenschen, einem sozialen Rückzug sowie privaten Konflikten und Konflikten am Arbeitsplatz erfolgt. Retrospektiv müssten das Sozialverhalten und das Erleben des Versicherten als zunehmendes, paranoid gefärbtes psychotisches Beziehungs- und Bedeutungserleben gedeutet werden (THC-Paranoia). Neben diesem psychotischen Erleben habe der Versicherte im letzten halben Jahr vor der Krankschreibung ein depressives Zustandsbild, aktuell noch leichtgradig, gezeigt. Ein Teil dieser depressiven Symptomatik sei ein typisches THC-bedingtes "amotionales Syndrom", ebenso die passiv-aggressiven Verhaltenszüge. Zur gleichen diagnostischen Einschätzung sei auch Dr. D.____ gelangt, der anlässlich eines Telefonats die gestellten Diagnosen geteilt habe. Auch er sehe die einzige Heilungschance darin, dass der Versicherte totalabstinent werde. Der Versicherte lehne eine Medikation ab. Er wolle es mit eigener Willensanstrengung und der Hilfe Gottes schaffen. Wenn ihm dies misslinge, wolle er nach eigener Angabe "wieder auf IV machen". Zusammengefasst sei das einzige Problem die Cannabis-Sucht. Die Depressionen, die Motivationslosigkeit und die Paranoia seien direkte Folge des THC-Konsums. Diese würden sich nur im Rahmen einer Totalabstinenz zurückbilden. Ohne eine Abstinenz drohe eine weitere Chronifizierung und Invalidisierung. Die Arbeitsunfähigkeit sei eine Folge der Cannabis-Sucht. Aufgrund der anhaltenden, drogeninduzierten, aktuell noch leichten depressiven sowie der paranoid-psychotischen Symptomatik bestehe ab dem 1. Januar 2016 eine 40%ige Arbeitsunfähigkeit. Unter einer Abstinenz könne diese in monatlichen Schritten à 10% auf 100% gesteigert werden. Die

Prognose hänge allein vom Einhalten der Totalabstinenz ab. Gelingen es, eine Totalabstinenz zu erwirken, werde der Versicherte wieder vollständig leistungs- und arbeitsfähig sein. Der Hausarzt des Versicherten, Dr. med. G.____, hatte dem Versicherten am 18. Mai 2015 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit vom 19. Mai 2015 bis 31. Mai 2015 attestiert (Fremdakten-act. 1-3). Am 8. Januar 2016 notierte der Eingliederungsverantwortliche (IV-act. 27), der Versicherte habe telefonisch mitgeteilt, dass seit dem 4. Januar 2016 eine 60%ige Arbeitsfähigkeit bestehe. Er sei durch den Vertrauensarzt des Krankentaggeldversicherers untersucht worden. Aufgrund dessen sei eine schrittweise Steigerung der Arbeitsfähigkeit um 10% pro Monat festgelegt worden. Am 22. Februar 2016 hielt der Eingliederungsverantwortliche fest, der Versicherte habe telefonisch angegeben, der Arbeitgeber habe das Arbeitsverhältnis per 31. Mai 2016 aufgelöst. Ein weiteres Telefonat mit dem Versicherten vom 29. Februar 2016 ergab, dass der Versicherte seit dem 25. Februar 2016 vollständig arbeitsunfähig war (vgl. dazu das Arbeitsunfähigkeitszeugnis von Dr. D.____, Fremdakten-act. 3). Der RAD-Arzt Dr. E.____ notierte am 7. März 2016 (IV-act. 29), mit Blick auf das Gutachten von Dr. F.____ und auf die Biographie des Versicherten (Persönlichkeitsstörung, gestörte Persönlichkeitsentwicklung) sei ein reines Suchtgeschehen eher unwahrscheinlich. Bei einem fortgesetzten Cannabiskonsum und einem verschlechterten Gesundheitszustand lasse sich derzeit nicht sagen, ob unter einer Cannabisabstinenz noch ein invalidenversicherungsrechtlich relevanter Gesundheitsschaden vorliege. Am 4. Mai 2016 notierte der RAD-Arzt Dr. med. H.____ (IV-act. 35), auf das Gutachten von Dr. F.____ sei abzustellen. Unter einer Abstinenz könne die Arbeitsfähigkeit auf 100% gesteigert werden. Zu beachten sei, dass neben dem Substanzgebrauch eine anhaltende leichte Depression mit einem somatischen Syndrom sowie eine kombinierte Persönlichkeitsstörung mit schizoiden und passiv-aggressiven Zügen vorlägen. Damit bestehe eine relevante Einschränkung bei der Stellensuche. Aus medizinischer Sicht seien die Voraussetzungen für eine Unterstützung bei der Stellensuche gegeben, allerdings müsse der Versicherte vorgängig eine hinreichende Abstinenz erreichen. Die IV-Stelle teilte dem Versicherten gleichentags mit (IV-act. 36), unter der Voraussetzung, dass er eine Cannabis-Abstinenz einhalte, sei sie bereit, ihn bei der Stellensuche zu unterstützen. Der Versicherte antwortete am 13. Mai 2016 (IV-act. 37), er sei bereit, auf den Cannabis-Konsum zu verzichten und die Einhaltung ärztlich bestätigen zu lassen. Dr. G.____ berichtete am 5. August 2016 (IV-act. 48, 49), der erste Test vom 27. Mai 2016 sei positiv und die weiteren Tests seien negativ ausgefallen. Der RAD-Arzt Dr. H.____ notierte am 11. August 2016 (IV-act. 51), eine vierteljährliche Abstinenz sei belegt. Der Versicherte sei offenbar bereit, an Eingliederungsmassnahmen teilzunehmen. Der Versicherte teilte gleichentags telefonisch mit (IV-act. 52), er sei neu in der L.____ und nicht mehr bei Dr. D.____ in Behandlung. Dr. med. I.____, Arzt in der L.____, berichtete am 29. August 2016 (IV-act. 59), er behandle den Versicherten seit Juni 2016. Seines Erachtens handle es sich beim Versicherten um einen "Sonderling" mit eigenwilliger, teilweise eigenlogischer Lebenseinstellung, der sich im bisherigen Lebenslauf aber einigermassen habe durchschlagen können. Der Versicherte habe neben wenig spezifischen Symptomen im Sinne einer Anpassungsstörung auch eine Reihe von auffälligeren Symptomen angegeben wie ein Brennen am Kopf, weswegen er immer eine Kopfbedeckung tragen müsse. Im Rahmen der Gespräche habe er wechselnd ausgeprägte, manirierte, leicht bizarre Verhaltensweisen wie ein auffälliges Vermeiden des Blickkontakts, ein parathymes Lachen sowie gespreizte, affektiert wirkende Körperhaltungen und Bewegungen gezeigt. Bei der letzten Konsultation am 24. August

2016 habe er eingeräumt, einige Tage lang wieder Cannabis konsumiert zu haben. Die von den Vorbehandlern gestellten Diagnosen würde er (Dr. I.____) vorderhand nicht ändern, als Differentialdiagnose aber eine schizotype Störung (ICD-10 F21) in den Raum stellen. In einer Nischentätigkeit mit reduzierten Anforderungen hinsichtlich Flexibilität, sozialer Interaktion, Tempo und Komplexität sei der Versicherte 50% bis eventuell auch 100% arbeitsfähig. Am 27. Januar 2017 teilte die IV-Stelle dem Versicherten mit (IV-act. 68), die Voraussetzungen für eine Arbeitsvermittlung seien erfüllt. Der Eingliederungsverantwortliche notierte am 28. März 2017/8. Juni 2017 (IV-act. 70), der Versicherte habe an einem Einsatzprogramm des RAV teilgenommen. Das Arbeitspensum habe 50% betragen. Es bestehe weiterhin eine 50%ige Arbeitsfähigkeit. Der Versicherte glaube nicht, dass er in Zukunft mehr arbeiten könne. Er habe mit dem Versicherten besprochen, dass die berufliche Integration abgeschlossen werde. Bei der Stellensuche werde der Versicherte durch das RAV unterstützt. Mit einer Mitteilung vom 28. Juni 2017 schloss die IV-Stelle die beruflichen Massnahmen ab (IV-act. 72). Dr. I.____ berichtete am 29. November 2017 (IV-act. 76), der Gesundheitszustand des Versicherten sei stationär. Nach einer nun mehr als einjährigen Verlaufsbeobachtung stelle er die Diagnose einer schizotypen Störung (ICD-10 F21) in den Vordergrund. Zusätzlich liege gegenwärtig ein mittelschweres bis phasenweise schweres depressives Zustandsbild (ICD-10 F32.1/2) vor, das gekennzeichnet sei durch Antriebslosigkeit, Resignation, Gefühl der Hoffnungslosigkeit, Interessenverlust, rasche Erschöpfbarkeit, sozialen Rückzug, soziales Desinteresse. Diese regressive Entwicklung stehe vor allem im Zusammenhang mit der aktuellen Lebenssituation, die sich nach dem Verlust des früheren langjährigen Arbeitsplatzes sehr eingeschränkt und reduziert darstelle. Der Versicherte könne gut oberflächlich mit Zufallsbekanntschaften in Kontakt kommen, engere Bindungen gehe er aber nicht ein. Dies habe in sozialen Situationen oft zu Ablehnung und Missverständnissen geführt, die der Versicherte teilweise projektiv verarbeite. Der Versicherte hänge eigenartigen Glaubensinhalten an, berichte immer wieder über nur teilweise verständliche religiöse Zusammenhänge. Über längere Zeit habe er den Versicherten als misstrauisch und leicht ablehnend erlebt; inzwischen habe sich dies etwas gebessert, doch ein engerer emotionaler Rapport habe nicht hergestellt werden können. Das Denken des Versicherten sei eigenwillig und umständlich, aber auch originell und verschoben. Die dargestellte Symptomatik zeige einen chronisch stabilen Verlauf. Eine Behandlung im engeren Sinne sei bei dieser verfestigten und per se persönlichkeits-ich-syntonen Störung nicht möglich. Die psychosoziale Stabilisierung könne aber zu einer Reduktion der Symptomatik beitragen. Seit September 2016 bestehe eine mindestens 50%ige Arbeitsunfähigkeit. Der RAD-Arzt Dr. H.____ notierte am 23. April 2018 (IV-act. 85), nachdem Dr. I.____ zusätzlich zur schizotypen Störung auch ein mittelschweres bis phasenweise schweres depressives Zustandsbild diagnostiziert habe, sei eine psychiatrische Verlaufsbeurteilung notwendig. Der Versicherte wurde am 4. Juni 2018 durch med. pract J.____ von der Neurologie Toggenburg AG psychiatrisch untersucht. Im Gutachten vom 10. Juni 2018 gab med. pract. J.____ keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit an; er hielt fest, für eine psychische Erkrankung mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bestehe kein ausreichender Anhalt (IV-act. 91-19). Als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte er eine Störung durch Cannabinoide, Abhängigkeitssyndrom (ICD-10 F12.2). Med. pract. J.____ hielt fest (IV-act. 91-15 ff.), im AMDP-konform erhobenen psychiatrischen Befund hätten eine leicht verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit sowie ein weitschweifiger formaler Gedankengang imponiert. Der Versicherte habe berichtet, er sei überzeugt, dass andere Menschen negativ

über ihn denken könnten, weil er kein Selbstbewusstsein habe, und dass er beobachtet werde. Diesbezüglich sei er nicht korrigierbar gewesen, sodass von Wahnideen auszugehen sei. Religiöse Wahnideen seien fraglich vorhanden gewesen. Affektiv sei der Versicherte überwiegend situationsadäquat, selten gereizt-resignativ bei guter Modulation und Auslenkbarkeit und anklingendem Insuffizienzerleben gewesen. Psychomotorisch und von der Gestik und Mimik her sei er adäquat gewesen. Nach einer Würdigung der anamnestischen Angaben und der Untersuchungsbefunde hätten sich keine Anhaltspunkte für eine depressive Störung ergeben. Auch hätten sich keine ausreichenden Anhaltspunkte für eine schizotype Störung ergeben. So habe der Versicherte keine exzentrischen Verhaltensweisen oder Anomalien des Denkens und der Stimmung gezeigt. Der Affekt habe nicht kalt gewirkt. Eine Tendenz zu einem sozialen Rückzug sei nicht erkennbar gewesen. Anhaltspunkte für Halluzinationen hätten sich nicht ergeben. Gegen eine derartige Störung spreche auch, dass der Versicherte bis zur Kündigung des letzten Arbeitsplatzes in der Lage gewesen sei, einer Erwerbstätigkeit nachzugehen. Dabei habe es sich nicht um einen Nischenarbeitsplatz gehandelt. Der Versicherte habe auch eine ausreichende Alltags selbstständigkeit und Tagesstrukturierung geschildert. Der Versicherte habe einen regelmässigen, namhaften Cannabiskonsum erwähnt, welcher in der Laboruntersuchung bestätigt werden können. Die leichte Minderung der Konzentration und Aufmerksamkeit, die vom Versicherten aufgeführten Stimmungsschwankungen sowie die wahnhaft anmutenden Ideen, dass andere ihn beobachteten und Negatives wollten sowie die teilweise beschriebene Minderung des Antriebs und die erhöhte Reizbarkeit seien mit überwiegender Wahrscheinlichkeit dem Cannabiskonsum geschuldet. Die im Bericht von Dr. D. ___ vom 22. November 2015 aufgeführten Symptome seien gut mit dem Cannabisgebrauch zu erklären gewesen. Im Gutachten von Dr. F. ___ vom 5. Januar 2016 sei in der Zusammenfassung übereinstimmend mit den aktuellen gutachterlichen Feststellungen die Cannabissucht als das zentrale Problem gesehen und die Symptome seien als direkte Folge des Cannabiskonsums eingeschätzt worden. Somit seien die anderen postulierten, durchaus möglichen, aber unwahrscheinlichen Diagnosen indirekt als unwahrscheinlich erklärt worden. Auch sei aus dem Gutachten die Intention des Versicherten bezüglich eines Versorgungsbegehrens transparent geworden. In Bezug auf den Bericht von Dr. I. ___ vom 29. August 2016 sei festzuhalten, dass der Versicherte anlässlich der aktuellen Untersuchung nicht bizarr gewirkt habe. Er habe auch keine parathymen Verhaltensweisen gezeigt. Sämtliche im Bericht beschriebenen Verhaltensweisen seien durch einen Cannabiskonsum erklärbar gewesen. Das im Bericht von Dr. I. ___ vom 28. November 2017 postulierte depressive Zustandsbild habe anhand der aktuellen Untersuchungsergebnisse und der anamnestischen Angaben des Versicherten nicht nachvollzogen werden können. Dagegen spreche auch, dass der Versicherte ein Rezept über ein Antidepressivum nicht eingelöst und eine psychiatrische Behandlung als eigentlich nicht notwendig erachtet habe und dass in der Gegenübertragung kein namhafter Leidensdruck aufspürbar gewesen sei. Die Einschränkungen des Versicherten seien mit überwiegender Wahrscheinlichkeit der relevanten Cannabisabhängigkeit geschuldet. Entsprechend seien diese durch eine Abstinenz überwiegend wahrscheinlich reversibel. Die bisherigen Behandlungen seien lege artis gewesen; sie seien allerdings an der mangelnden Motivation des Versicherten gescheitert. Eine Abstinenz von Cannabis sei zwingend erforderlich. Mit überwiegender Wahrscheinlichkeit dürfte eine solche zum Sistieren der insgesamt gering ausgeprägten Symptomatik führen. In Bezug auf die Konsistenz gab med. pract. J. ___ an (IV-act. 91-20), Anhaltspunkte für eine demonstrative, aggravierende oder

simulierende Symptompräsentation hätten sich nicht ergeben. Die aktuellen anamnestischen Angaben hätten mit den früheren Angaben des Versicherte im Wesentlichen übereingestimmt. Auch bezüglich seiner Intention sei der Versicherte ehrlich gewesen. Ein namhafter Leidensdruck sei nicht aufspürbar gewesen. Zu den Fähigkeiten, Ressourcen und Belastungen hielt er fest (IV-act. 91-21), unter den Voraussetzungen einer Abstinenz und einer ausreichenden Motivation und Willensanstrengung sei der Versicherte ausreichend gut zur Anpassung an Regeln und Routinen in der Lage, könne Aufgaben planen und strukturieren, sei flexibel und umstellungsfähig. Er könne fachliche Kompetenzen entsprechend seines Bildungs- und Ausbildungsstands anwenden und er sei mental durchhaltefähig. Der Versicherte sei ausreichend selbstbehauptungsfähig, könne Kontakte zu Dritten aufnehmen und sei in Gruppen integrierbar. Zu intimen Beziehungen sei er in der Lage, zu längerfristigen Beziehungen aber vorwiegend vor dem Hintergrund seiner paranoiden Beziehungssetzungen nicht. Der Versicherte sei zu ausserberuflichen Aktivitäten gut in der Lage, könne sich selbst versorgen, sei wegefähig und mobil. Med. pract. J. ___ attestierte unter der Voraussetzung einer Cannabisabstinenz eine mit überwiegender Wahrscheinlichkeit bestehende vollständige Arbeitsfähigkeit (IV-act. 91-21 ff.). Retrospektiv sei von Juni 2015 bis Oktober 2015 vor dem Hintergrund der damaligen Situation am Arbeitsplatz eine Anpassungsstörung mit depressiver Reaktion möglich gewesen, sodass die damals attestierte 50%ige Arbeitsunfähigkeit nachvollzogen werden könne. Allerdings resultierten die Schwierigkeiten wiederum mit überwiegender Wahrscheinlichkeit aus dem Cannabiskonsum, sodass die Problematik durch eine Abstinenz lösbar gewesen wäre. Demnach sei retrospektiv keine Arbeitsunfähigkeit nachzuvollziehen. Aus gutachterlicher Sicht sei dringend eine Cannabisabstinenz geboten, da unter dieser Voraussetzung die aktuell feststellbaren Einschränkungen reversibel seien. Sollten nach einer mindestens sechsmonatigen kontrollierten Abstinenz psychische Einschränkungen fortbestehen, sollte eine Neuevaluation erwogen werden. Eine Abstinenz sei vor dem Hintergrund der beim Versicherten hierfür nicht vorhandenen Motivation schwer erreichbar. Prinzipiell wäre dies dem Versicherten unter der Voraussetzung einer entsprechenden Willensanstrengung aber möglich. Der RAD-Arzt Dr. H. ___ notierte am 24. Juli 2018 (IV-act. 92), die Ausführungen im Gutachten könnten insbesondere im Hinblick auf die unterschiedlichen vorgängigen Einschätzungen nachvollzogen werden. Auf das Gutachten sei abzustellen. Mit einem Vorbescheid vom 3. September 2018 stellte die IV-Stelle dem Versicherten bei einem Invaliditätsgrad von 0% die Abweisung des Begehrens um eine Invalidenrente in Aussicht (IV-act. 94). Zur Begründung gab sie an, die Abklärungen hätten ergeben, dass bei einer Cannabisabstinenz in der angestammten und in jeder adaptierten Tätigkeit eine vollständige Arbeitsfähigkeit bestehe. Aus medizinischer Sicht bestünden keine Gründe, welche eine Cannabisabstinenz als unzumutbar erscheinen liessen. Bei einer Verwertung dieser Arbeitsfähigkeit sei es ihm möglich, ein mindestens gleich hohes Einkommen zu erzielen wie bisher. Für das Valideneinkommen sei auf das zuletzt erzielte Einkommen abzustellen. Bei einem Validen- und einem Invalideneinkommen von Fr. 56'160.-- betrage der Invaliditätsgrad 0%. Der Versicherte erhob dagegen am 26. September 2018 einen Einwand (IV-act. 96). Er machte geltend, er leide an gesundheitlichen Problemen aus dem psychiatrischen Bereich, die eindeutig nicht die Folgen des Cannabiskonsums seien. Dr. I. ___ habe eine schizotype Störung diagnostiziert. Die IV-Stelle habe sich damit nicht auseinandergesetzt. Mit einer Verfügung vom 23. Oktober 2018 wies die IV-Stelle das Rentenbegehren ab (IV-act. 97). Zum Einwand hielt sie fest, dieser sei ohne vorherige Akteneinsicht und somit ohne Kenntnis der

vorhandenen medizinischen Unterlagen erfolgt. Der Gutachter habe unter Kenntnis aller vorhandenen medizinischen Unterlagen, also auch der Berichte von Dr. I.____, keine Diagnose stellen können, welche eine Arbeitsunfähigkeit zur Folge hätte. Der Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführer) erhob am 22. November 2018 eine Beschwerde gegen die Verfügung vom 23. Oktober 2018 (act. G 1). Er beantragte die Aufhebung der Verfügung und die Zusprache der gesetzlichen Leistungen. Eventualiter sei die Angelegenheit zwecks Vornahme weiterer Abklärungen an die IV-Stelle (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) zurückzuweisen. Zur Begründung machte er geltend, die Beschwerdegegnerin habe sich auf das Gutachten von med. pract. J.____ abgestützt. Sie habe dabei übersehen, dass med. pract. J.____ seine Einschätzung selbst relativiert habe, indem er ausgeführt habe, dass allenfalls eine Neuevaluation zu erwägen sei, sollten nach einer mindestens sechsmonatigen kontrollierten Abstinenz psychische Einschränkungen fortbestehen. Der Grundsatz "Eingliederung vor Rente" sei verletzt worden. Der RAD habe mehrmals festgehalten, dass eine relevante Einschränkung bei der Stellensuche aus psychischen Gründen vorliege. Entsprechend bestehe mindestens ein Anspruch auf Arbeitsvermittlung und es müsste ein Integrationsversuch stattfinden. Der Rentenentscheid sei verfrüht ergangen. Am 3. Januar 2019 reichte der Beschwerdeführer eine Beschwerdeergänzung ein (act. G 3). An den gestellten Anträgen hielt er fest. Ergänzend machte er gestützt auf eine Stellungnahme von Dr. I.____ vom 27. November 2018 (vgl. act. G 3.1.3) geltend, Dr. F.____ habe als Hauptbefund ein Cannabisabhängigkeitssyndrom angegeben, welches zu einer wahnhaft-psychotischen und depressiven Symptomatik geführt habe; unter einer Cannabisabstinenz würde sich die Symptomatik zurückbilden. Abgesehen von dieser Interpretation habe Dr. F.____ ein sehr deutlich ausgeprägtes, paranoid gefärbtes psychotisches Beziehungs- und Bedeutungserleben beschrieben, welches das Sozialverhalten seit Jahren stark beeinflusse. Auf eine genauere Abgrenzung zu einer Erkrankung aus dem psychotischen Formenkreis habe er verzichtet. Die Möglichkeit einer schizoiden Persönlichkeitsstörung habe er jedoch in den Raum gestellt. Aus der Sicht von Dr. I.____ lasse sich die Möglichkeit einer cannabisinduzierten Psychose zwar nicht gänzlich ausschliessen, jedoch sei diese Beurteilung nicht wirklich plausibel. Beispielsweise korreliere das zeitliche Auftreten der Symptome nicht mit dem Cannabiskonsum. Die letzten Cannabisabstinenzphasen hätten keine spürbaren Effekte auf die Symptomatik und die Leistungsfähigkeit gezeigt. Die Psychopathologie sei nach der Ansicht von Dr. I.____ nicht typisch für das Vorliegen einer cannabisinduzierten Psychose. Vielmehr liege eine relativ stabile, überdauernde und wenig fluktuierende Symptomatik auf einem psychotischen Niveau vor, deren Befunde gut mit der Diagnose der schizotypen Störung in Einklang gebracht werden könnten. Med. pract. J.____ habe unbegründet auf das Einholen fremdanamnestischer Auskünfte verzichtet. Er habe sich ausserdem nicht oder nur oberflächlich mit den Akten, insbesondere den Berichten von Dr. I.____ auseinandergesetzt. Die vorhandenen Symptome habe er unterschätzt bzw. verharmlost. Auf das Gutachten von med. pract. J.____ könne nicht abgestellt werden. Gestützt auf die Berichte von Dr. I.____ sei von einer mindestens 50%igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen. Sollte das Gericht wider Erwarten nicht auf die Einschätzung von Dr. I.____ abstellen, seien weitere Abklärungen nur schon deswegen angezeigt, weil med. pract. J.____ seine eigene Einschätzung relativiert habe, indem er festgehalten habe, dass nach einer mindestens sechsmonatigen kontrollierten Abstinenz eine Neuevaluation erwogen werden müsse, sollten die psychischen Einschränkungen fortbestehen. Die Beschwerdegegnerin hätte ihn also auf seine Schadenminderungspflicht hinweisen und ihm die erneute Rentenprüfung nach einem

sechsmonatigen kontrollierten Cannabisentzug in Aussicht stellen müssen. Der medizinische Sachverhalt sei daher unzureichend abgeklärt worden. Beim Valideneinkommen sei nicht auf das zuletzt erzielte Einkommen abzustellen, sondern dieses sei gestützt auf Art. 26 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV, SR 831.201) fiktiv festzusetzen, da seine berufliche Karriere von Beginn weg durch die Gesundheitsbeeinträchtigungen beeinflusst gewesen sei. Das durchschnittliche Einkommen betrage somit Fr. 82'000.-- (IV-Rundschreiben Nr. 369 vom 10. Dezember 2017). Hinsichtlich des Invalideneinkommens sei umstritten, ob die angestammte Tätigkeit als adaptiert zu qualifizieren sei, zumal es sich bei der letzten Anstellung bei der C. ___ um einen Nischenarbeitsplatz gehandelt habe. Aus den bisherigen Arbeitserfahrungen gehe klar hervor, dass lediglich eine Erwerbstätigkeit in einem Nischenarbeitsplatz mit reduzierten Anforderungen hinsichtlich Flexibilität, sozialer Interaktion, Tempo und Komplexität denkbar sei. Eine Tätigkeit im ersten Arbeitsmarkt sei aufgrund der Einschränkungen hingegen nicht realistisch. Aufgrund der um mindestens 50% eingeschränkten Arbeitsfähigkeit resultiere gestützt auf das bisherige Valideneinkommen ein Invaliditätsgrad von 65.75%. Folglich habe er einen Anspruch auf mindestens eine Dreiviertelsrente. Die Beschwerdeführerin beantragte am 18. Februar 2019 die Abweisung der Beschwerde (act. G 5). Zur Begründung machte sie geltend, das einzige, was den Beschwerdeführer von der Ergreifung einer Arbeit abhalte, sei sein hoher Cannabiskonsum. Von einer Persönlichkeitsstörung könne keine Rede sein. Es liege im Ermessen des Gutachters, fremdanamnestiche Angaben einzuholen. Die Arbeitsfähigkeitsschätzung des Gutachters sei konsistent und schlüssig. Der Beschwerdeführer machte in der Replik vom 4. Juni 2019 ergänzend geltend (act. G 14), die Symptome und der Verlauf entsprächen nicht dem einer Cannabis-induzierten Psychose, sondern dem einer schizotypen Störung. Aus dem Personaldossier der früheren Arbeitgeberin gehe klar hervor, dass er seit Beginn des Arbeitsverhältnisses immer wieder "angeeckt" sei. Er reichte zehn Ermahnungs- und Verwarnungsschreiben der C. ___ ein, die aus den Jahren 2000 bis 2015 datierten (vgl. act. G 14.1.1-14.1.10). Gestützt darauf machte er geltend, dass es aufgrund seiner Verschrobenheit und seiner sozialen Inkompatibilität zu verschiedensten Problemen gekommen sei. Die Arbeitsstelle bei der C. ___ sei als Nischenarbeitsplatz zu betrachten, da ihm seitens der Arbeitgeberin sehr viel Geduld und Nachsicht entgegengebracht worden sei. Eine Tätigkeit im ersten Arbeitsmarkt sei nicht realistisch. Er sei daher auf Hilfe im Sinne von beruflichen Massnahmen angewiesen. Die Arbeitsfähigkeitsschätzung des Gutachters stütze sich auf die Annahme, dass sämtliche Verhaltensweisen durch den Cannabiskonsum erklärbar seien bzw. die Einschränkungen durch eine Abstinenz reversibel sei. Diese Einschätzung sei unrealistisch. So habe die letzte Cannabisabstinenzphase keine spürbaren Effekte auf die Symptomatik und die Leistungsfähigkeit gezeigt. Zudem sei die Phänomenologie der psychischen Symptome nicht typisch für eine Cannabis-Psychose und korreliere zeitlich nicht mit der Einnahme von Cannabis. Vom 24. Februar 2019 bis 8. April 2019 sei er in der M. ___ hospitalisiert gewesen. Im Austrittsbericht vom 31. Mai 2019 (vgl. act. G 14.1.11) seien die Diagnosen einer schweren depressiven Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F32.2), einer andauernden Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung (ICD-10 F62.0), einer Persönlichkeitsakzentuierung mit schizoiden Zügen (ICD-10 Z72.8), einer schizotypen Störung (ICD-10 F21) und psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide, Abhängigkeitssyndrom (ICD-10 F12.2) angegeben worden. Obwohl die Behandlung der depressiven Symptomatik im Vordergrund gestanden sei, habe der behandelnde Facharzt schnell die allgemeine Verschrobenheit und

die soziale Inkompatibilität bemerkt und diese Diagnosen gestellt. Die Beschwerdegegnerin verzichtete auf eine Duplik (vgl. act. G 16). Der Beschwerdeführer reichte am 1. Oktober 2019 eine weitere Stellungnahme ein (act. G 19). Er brachte vor, er habe seit Februar 2019 eine dokumentierte Cannabisabstinenz eingehalten. Dr. G. ___ habe versichert, dass alle Urinproben unter Sichtkontrolle abgenommen worden seien, sodass eine Verfälschung ausgeschlossen sei. Dr. I. ___ habe ihn während der kontrollierten Cannabisabstinenz begleitet und festgestellt, dass die gemäss ICD-10 geforderten Symptome für die Diagnose einer schizotypen Störung (ICD-10 F21) weiterhin vorgelegen hätten. Der Beschwerdeführer reichte ein Laborblatt vom 11. September 2019, laut dem von Anfang Mai 2019 bis Ende August 2019 im Urin kein Cannabis hatte nachgewiesen werden können (act. G 19.1), sowie einen Bericht von Dr. I. ___ vom 17. September 2019 (act. G 19.2) ein. Dr. I. ___ hatte festgehalten, im Rahmen des stationären Aufenthalts in der M. ___ sei es zu einer deutlichen Remission der depressiven Symptomatik gekommen, unter anderem aufgrund der Einnahme eines Antidepressivums. Obwohl die depressive Symptomatik aktuell nicht mehr vorhanden sei und der Beschwerdeführer seit Februar 2019 eine Cannabisabstinenz eingehalten habe, sei die verschrobene, bizarre Symptomatik nicht abgeschwächt worden. Er nannte folgende Symptome: Eigenartig maniert, bizarr wirkende Körperhaltung, gestelzte Bewegungen, akzentuierte Sprechweise mit speziellen Betonungen und selektiv sehr unterschiedlichem Augenkontakt, eigenartige Glaubensinhalte mit religiösen Bezügen, die deutlich verschrobener seien als in "durchschnittlichen" freikirchlichen Kreisen, eigenwillige Körperfühlstörungen wie ein Brennen/Strahlen auf der Oberseite des Kopfes. Der Beschwerdeführer ersuchte das Versicherungsgericht, den Bericht von Dr. I. ___ als "Neuevaluation" heranzuziehen oder umgehend ein Verlaufsgutachten anzuordnen. Die Beschwerdegegnerin bat das Versicherungsgericht am 12. November 2019 darum (act. G 23), auf ein Verlaufsgutachten zu verzichten. Mit einer zeitnahen Beurteilung sei dem Beschwerdeführer besser gedient. Erwägungen Die Beschwerdegegnerin hat mit der angefochtenen Verfügung vom 23. Oktober 2018 einen Rentenanspruch des Beschwerdeführers bei einem Invaliditätsgrad von 0% verneint. Strittig ist somit, ob der Beschwerdeführer einen Anspruch auf eine Invalidenrente hat. Einen Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung haben Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können, während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40% arbeitsunfähig gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40% invalid sind (Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG, SR 831.20). Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG, SR 830.1). Erwerbsunfähigkeit ist der durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Gemäss Art. 28a Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 16 ATSG ist die Invalidität grundsätzlich durch einen Einkommensvergleich zu ermitteln. Dabei 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 (zumutbares Invalideneinkommen), in

Beziehung gesetzt zum Einkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen). Um das zumutbare Invalideneinkommen ermitteln zu können, muss der verbliebene Arbeitsfähigkeitsgrad des Beschwerdeführers mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit feststehen. Die Beschwerdegegnerin hat dazu med. pract. J. ___ von der Neurologie Toggenburg AG mit der Erstellung eines psychiatrischen Gutachtens beauftragt. Med. pract. J. ___ hat im Gutachten vom 10. Juni 2018 angegeben, unter der Voraussetzung einer Cannabisabstinenz bestehe überwiegend wahrscheinlich eine vollständige Arbeitsfähigkeit. Strittig und im Folgenden zu prüfen ist, ob dem Gutachten voller Beweiswert zukommt, das heisst, ob es die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit belegt. Ein Gutachten hat vollen Beweiswert, wenn es 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 Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sowie der medizinischen Situation einleuchtet und die Schlussfolgerungen der Experten begründet sind (BGE 125 V 352 E. 3a). Notwendig ist zudem, dass der psychiatrische Sachverständige die vom Bundesgericht in Bezug auf anhaltende somatoforme Schmerzstörungen und vergleichbare psychosomatische Leiden aufgestellten und später auf alle psychischen Erkrankungen, insbesondere auf leichte bis mittelschwere depressive Störungen, anwendbar erklärten und seit einer Praxisänderung auch beim Vorliegen eines Abhängigkeitssyndroms zu beachtenden Standardindikatoren berücksichtigt hat (vgl. BGE 141 V 281; 143 V 409; 143 V 418; 145 V 215). Med. pract. J. ___ hat den Beschwerdeführer persönlich untersucht und die subjektiven Klagen aufgenommen. Er hat die objektiven Befunde wiedergegeben, umfassende Kenntnis von den Vorakten gehabt und diese ausführlich gewürdigt. Insbesondere hat er festgehalten, dass die Konzentration und die Aufmerksamkeit des Beschwerdeführers leicht vermindert und der formale Gedankengang weitschweifig gewesen seien. Aufgrund der Angabe des Beschwerdeführers, er sei überzeugt, dass andere Menschen negativ über ihn denken könnten und dass er beobachtet werde, sei von Wahnideen auszugehen gewesen. Religiöse Wahnideen seien fraglich vorhanden gewesen. Anhaltspunkte für eine depressive Störung haben nach med. pract. J. ___ nicht bestanden. Auch für eine schizotype Störung hat er keine ausreichenden Anhaltspunkte feststellen können. Die Laboruntersuchung hat den vom Beschwerdeführer angegebenen Cannabiskonsum bestätigt. Med. pract. J. ___ ist zum Schluss gelangt, mit überwiegender Wahrscheinlichkeit seien die beim Beschwerdeführer bestehenden Einschränkungen auf den Cannabiskonsum zurückzuführen. Entsprechend seien diese durch eine Cannabisabstinenz überwiegend wahrscheinlich reversibel. Gestützt darauf hat er als Diagnose ohne eine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Störung durch Cannabinoide, Abhängigkeitssyndrom (ICD-10 F12.2), genannt und festgehalten, für eine psychische Erkrankung mit einer Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit habe kein ausreichender Anhalt bestanden. Mit letzterer Aussage kann med. pract. J. ___ nur gemeint haben, dass er nebst der Diagnose einer Störung durch Cannabinoide keine weitere psychiatrische Diagnose stellen können und nicht, dass mit einem Cannabiskonsum keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit besteht. Med. pract. J. ___ hat nämlich unter der Voraussetzung einer Cannabisabstinenz eine mit überwiegender Wahrscheinlichkeit bestehende vollständige Arbeitsfähigkeit attestiert. Auch retrospektiv hat er mit der Begründung, eine von Juni 2015 bis Oktober 2015 von den behandelnden Ärzten attestierte 50%ige Arbeitsunfähigkeit sei zwar nachvollziehbar, die damaligen Schwierigkeiten des Beschwerdeführers hätten aber überwiegend wahrscheinlich aus dem Cannabiskonsum

resultiert und wären durch eine Abstinenz lösbar gewesen, eine Arbeitsunfähigkeit verneint. Er hat also – möglicherweise in Berücksichtigung der früheren Rechtsprechung, wonach Suchterkrankungen als solche nicht zu einer Invalidität führen (vgl. BGE 145 V 220, E. 4.1) – fingiert, dass eine im Untersuchungszeitpunkt allfällig bestandene Arbeitsunfähigkeit unter einer Cannabisabstinenz vollständig reversibel sei. Dies bestätigt auch seine Aussage, dass eine Neuevaluation erwogen werden sollte, falls nach einer mindestens sechsmonatigen kontrollierten Cannabisabstinenz psychische Einschränkungen fortbestehen sollten. Aus dieser Aussage wird des Weiteren ersichtlich, dass med. pract. J.____ seine Arbeitsfähigkeitsschätzung gestützt auf eine Prognose abgegeben hat, was naturgemäss mit Unsicherheiten verbunden ist. Was dies in Bezug auf die Überzeugungskraft der Arbeitsfähigkeitsschätzung bedeutet, kann aber offengelassen werden. Die Relevanz der Aussage von med. pract. J.____ erschöpft sich nämlich nicht nur darin. Vielmehr zeigt sich, dass med. pract. J.____ seine eigene Diagnosestellung in Frage gestellt hat, indem er eingeräumt hat, dass möglicherweise nebst der diagnostizierten Störung durch Cannabinoide auch weitere psychiatrische Diagnosen vorliegen könnten. Er hat sein Gutachten also gewissermassen unter eine resolutive (also eine auflösende) Bedingung gestellt. Der Beschwerdeführer hat im Anschluss an den stationären Aufenthalt in der M.____ vom 24. Februar 2019 bis 8. April 2019 eine Cannabisabstinenz eingehalten. Negative Testresultate sind für den Zeitraum von Anfang Mai 2019 bis Ende August 2019, also für rund vier Monate, nachgewiesen worden, (act. G 19.1). Der den Beschwerdeführer seit Juni 2016 behandelnde Psychiater Dr. I.____ hat am 17. September 2019 berichtet, die Symptome einer schizotypen Störung hätten trotz der Cannabisabstinenz weiterhin vorgelegen (act. G 19.2); Dr. I.____ hatte bereits im November 2017 eine schizotype Störung als Hauptdiagnose gestellt (IV-act. 76). Dieser Verlauf und der Bericht von Dr. I.____ zeigen auf, dass die von med. pract. J.____ gestellte Prognose möglicherweise unzutreffend gewesen ist. Sie wecken erhebliche Zweifel an der Diagnosestellung von med. pract. J.____. Auch die von ihm attestierte vollständige Arbeitsfähigkeit vermag nicht zu überzeugen, da nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt ist, dass unter einer Cannabisabstinenz eine vollständige Arbeitsfähigkeit besteht. Es ist daher angezeigt, das Gutachten durch med. pract. J.____ ergänzen zu lassen, indem er zum Verlauf und den seit der Begutachtung erstatteten psychiatrischen Berichten Stellung nimmt, er also wie von ihm vorgeschlagen eine Neuevaluation vornimmt. Nach der Auffassung des Bundesgerichts ist die Rückweisung in diesem Fall zulässig (vgl. BGE 137 V 264, E. 4.4.1.4, wonach eine Sache zurückgewiesen werden kann, wenn lediglich eine Klarstellung, Präzisierung oder Ergänzung von gutachtlichen Ausführungen erforderlich ist; vgl. auch Urteil des Bundesgerichts vom 15. November 2019, 8C_525/2019, E. 3.3). Dabei ist darauf hinzuweisen, dass nach der geänderten bundesgerichtlichen Auffassung fachärztlich einwandfrei diagnostizierten Abhängigkeitssyndromen bzw. Substanzkonsumstörungen nicht zum vornherein jede invalidenversicherungsrechtliche Relevanz abgesprochen werden kann; die Arbeitsfähigkeitsschätzung hat vielmehr – wie bei anderen psychischen Erkrankungen – unter Berücksichtigung der Standardindikatoren zu erfolgen (BGE 145 V 215). Med. pract. J.____ wird die Standardindikatoren bei der Arbeitsfähigkeitsschätzung also zu berücksichtigen haben. Nach dem Gesagten ist offenkundig, dass eine Prüfung der Standardindikatoren in diesem Beschwerdeverfahren nicht möglich ist, da nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt ist, dass die im Zeitpunkt der Begutachtung erhobene Diagnose zutreffend gewesen ist; Art und Schwere einer gesundheitlichen Beeinträchtigung stehen (noch) nicht fest. Der Beschwerdeführer hat

geltend gemacht, es sei auf die von Dr. I.____ attestierte 50%ige Arbeitsunfähigkeit abzustellen. Dazu ist festzuhalten, dass Dr. I.____ zwar die Diagnose einer schizotypen Störung als Hauptdiagnose gestellt hat, aus den von ihm genannten Symptomen jedoch nicht ersichtlich ist, inwiefern diese das funktionelle Leistungsvermögen des Beschwerdeführers objektiv einschränken könnten. Die Arbeitsfähigkeitsschätzung ist im Weiteren auch nicht unter Berücksichtigung der Standardindikatoren erfolgt, was aus der Sicht eines behandelnden Psychiaters nachvollziehbar ist. Ausserdem ist der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass die behandelnden Ärzte aufgrund ihrer auftragsrechtlichen Vertrauensstellung im Zweifel eher zugunsten ihrer Patienten auszusagen pflegen und dazu neigen, die pessimistischen Beschwerdeschilderungen ihrer Patienten als objektiv ausgewiesen zu qualifizieren (vgl. BGE 125 V 353 E. 3b.cc; Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 5. April 2004, I 814/03 E. 2.4.2). Die Arbeitsfähigkeitsschätzung von Dr. I.____ kann deshalb nicht überzeugen. Der Beschwerdeführer hat auch vorgebracht, der Grundsatz "Eingliederung vor Rente" sei verletzt worden. Der RAD habe mehrmals festgehalten, dass aus psychischen Gründen eine relevante Einschränkung bei der Stellensuche vorliege. Entsprechend bestehe mindestens ein Anspruch auf eine Arbeitsvermittlung und es müsste ein Integrationsversuch stattfinden. Der Grundsatz "Eingliederung vor Rente" betrifft aber nur jene beruflichen Massnahmen, die zum Ziel haben, der versicherten Person die Erzielung eines höheren Invalideneinkommens zu ermöglichen als jenes, welches sie ohne berufliche Massnahmen erzielen würde (also z.B. eine Umschulung). Sowohl der Anspruch auf eine Arbeitsvermittlung als auch auf Integrationsmassnahmen bezwecken dagegen, die versicherte Person wieder in den Arbeitsprozess einzugliedern oder sie im Arbeitsprozess zu halten (vgl. Art. 14a und 18 IVG). Anhaltspunkte dafür, dass der Grundsatz "Eingliederung vor Rente" verletzt wäre, bestehen deshalb nicht. Der Vollständigkeit halber ist darauf hinzuweisen, dass die beruflichen Eingliederungsmassnahmen nicht Gegenstand der angefochtenen Verfügung vom 23. Oktober 2018 gebildet haben; ausserhalb des Grundsatzes der "Eingliederung vor Rente" können diese somit nicht zum Streitgegenstand dieses Beschwerdeverfahrens gehören. Zusammenfassend ist festzuhalten, dass weder auf die Arbeitsfähigkeitsschätzung des psychiatrischen Sachverständigen med. pract. J.____ noch auf jene von Dr. I.____ abgestellt werden kann. Die dem Beschwerdeführer verbliebene Arbeitsfähigkeit steht damit (noch) nicht fest. Die Sache ist deshalb zur ergänzenden Abklärung im Sinne der Erwägungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. 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. 1 bis IVG). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- erscheint in der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit als angemessen. Praxisgemäss ist die Rückweisung an die Verwaltung zur weiteren Abklärung als volles Obsiegen des Beschwerdeführers zu werten (vgl. BGE 132 V 235, E. 6.1). Dementsprechend ist die Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- vollumfänglich der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. Der Kostenvorschuss wird dem Beschwerdeführer zurückerstattet. Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf den Ersatz der Parteikosten. Auch hier gilt, dass eine Rückweisung zur weiteren Abklärung als volles Obsiegen des Beschwerdeführers zu betrachten ist. Die Parteientschädigung wird vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen (Art. 61 lit. g ATSG). Die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers hat eine Honorarnote im Betrag von Fr. 5'622.80 (inklusive Barauslagen

und Mehrwertsteuer) eingereicht. In durchschnittlich aufwändigen Beschwerdeverfahren betreffend einen Rentenanspruch wird praxisgemäss eine pauschale Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- zugesprochen. Vorliegend ist der Aufwand der Rechtsvertreterin leicht überdurchschnittlich gewesen, da sie bei der M.____ den Austrittsbericht vom 31. Mai 2019, bei Dr. I.____ den Bericht vom 17. September 2019 sowie bei Dr. G.____ das Laborblatt vom 11. September 2019 eingeholt und eine zusätzliche Stellungnahme vom 1. Oktober 2019 eingereicht hat, die für das vorliegende Beschwerdeverfahren relevant gewesen ist. Eine Parteientschädigung von pauschal Fr. 4'200.-- erweist sich daher als angemessen. Der von der Rechtsvertreterin geltend gemachte Betrag ist überhöht, was wie folgt zu begründen ist: Das Aktenstudium ist zweimal in Rechnung gestellt worden, die Begründung in der Beschwerdeergänzung vom 3. Januar 2019 hat sich weitgehend auf den Bericht von Dr. I.____ vom 27. November 2018 abgestützt, bei der C.____ sind Unterlagen aus dem Personaldossier des Beschwerdeführers angefordert worden, die für das vorliegende Verfahren nicht relevant gewesen sind, und es ist ein Schreiben an die Klinik N.____ aufgeführt worden, obwohl die Akten keine Hinweise darauf enthalten, dass sich der Beschwerdeführer in der Klinik N.____ aufgehalten hätte. Die Beschwerdegegnerin hat den Beschwerdeführer deshalb mit Fr. 4'200.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu entschädigen. Entscheid im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung vom 23. Oktober 2018 aufgehoben und die Sache wird zur ergänzenden Abklärung und zur anschliessenden neuen Verfügung im Sinne der Erwägungen an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen. Die Beschwerdegegnerin hat die Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- zu bezahlen; der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- wird dem Beschwerdeführer zurückerstattet. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von Fr. 4'200.-- zu bezahlen.

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