

SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2019/198 vom 4. Juni 2021

Sg Versicherungsgericht, 2021-06-04, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2019_198

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2019/198 du 4 juin 2021

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2019/198 del 4 giugno 2021

Regeste

Art. 7 ATSG; Art. 8 ATSG; Art. 28 IVG: Gemäss als beweiskräftig zu beurteiltem Gutachten ist der Beschwerdeführer zu 100 % arbeitsfähig, da keine funktionellen Beeinträchtigungen objektiviert werden können. Retrospektiv lässt sich eine Arbeitsunfähigkeit nicht mehr nachweisen (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 4. Juni 2021, IV 2019/198).

Volltext

Entscheid vom 4. Juni 2021 Besetzung Versicherungsrichterinnen Michaela Machleidt Lehmann (Vorsitz), Marie Löhner und Corinne Schambeck; Gerichtsschreiberin Beatrix Zahner Geschäftsnr. IV 2019/198 Parteien A.____, Beschwerdeführer, vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Martin Boltshauser, c/o Procap Schweiz, Frohburgstrasse 4, Postfach, 4601 Olten, gegen IV-Stelle des Kantons St. Gallen, Postfach 368, 9016 St. Gallen, Beschwerdegegnerin, Gegenstand Rente Sachverhalt A.____ (nachfolgend: Versicherter) meldete sich am 25. Mai 2016 bei der Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an, da er seit 2003 methadonabhängig, seit 2012 zunehmend depressiv sei und seit 2015 an einem Burnout leide (IV-act. 1). Der Versicherte hatte vom 1. Dezember 2015 bis 23. März 2016 in stationärer Behandlung in der Psychiatrischen Klinik B.____ gestanden, wo Störungen durch Kokain: Abhängigkeitssyndrom: Gegenwärtig abstinent, aber in beschützender Umgebung (ICD-10: F14.21), Störungen durch Opioide: Abhängigkeitssyndrom: Gegenwärtig Teilnahme an einem ärztlich überwachten Ersatzdrogenprogramm (80 mg Methadon täglich, ICD-10: F11.22), eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode: mit somatischem Syndrom (ICD-10: F33.11), eine Grenzpsychose (ICD-10: F21); Status nach polymorpher psychotischer Störung ohne Symptome einer Schizophrenie, mit akuter Belastung sowie Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung (ICD-10: Z73) diagnostiziert worden waren. Aus der erhobenen Anamnese geht unter anderem hervor, dass er im Alter von ca. 33 Jahren während mehrerer Wochen wegen einer schweren Psychose in der Klinik C.____ behandelt worden sei. Er sei seit 10 Jahren in einem Methadonprogramm und habe seine seit 1. Januar 2002 innegehabte Stelle als Polymechaniker bei der D.____ AG auf den 30. November 2015 gekündigt, da der Vorgesetzte immer mehr Druck aufgesetzt habe. Nach zwei Jahren fast ohne Beikonsum habe er seit Sommer wieder begonnen, Kokain zu konsumieren (Austrittsbericht vom 23. März 2016, IV-act. 8; Angaben Arbeitgeberin vom 3. Juni 2016, IV-act. 4). Am 2. Mai 2016 hatte der Versicherte eine teilstationäre Behandlung im Psychiatriezentrum E.____ aufgenommen (Arztbericht vom 3. Oktober 2016 [Posteingang], IV-act. 15). Vom 8. Juli bis 3. Oktober 2016 erfolgte eine weitere stationäre Therapie in der KPK B.____, während

welcher die Methadondosis auf die Hälfte reduziert werden konnte (Austrittsbericht vom 3. Oktober 2016, IV-act. 16). Med. pract. F.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, KPK B.____, hielt im Arztbericht vom 31. Januar 2017 fest, aktuell bestehe eine mässige Einschränkung der körperlichen Leistungsfähigkeit und eine mittelgradige Verminderung der Aufmerksamkeitsspanne und Konzentrationsfähigkeit. Diese wirkten sich durch kürzere Arbeitsphasen, häufigere Pausen und ein reduziertes Tagespensum aus. In bisheriger Tätigkeit bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 20 % mit ca. 60%iger bis 80%iger Leistungsfähigkeit seit dem 1. Dezember 2016. Eine angepasste Tätigkeit sei dem Versicherten während einer bis zwei Stunden täglich zumutbar (IV-act. 24). Der Krankentaggeldversicherer beauftragte Dr. med. G.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, mit der Begutachtung des Versicherten. Dieser kam gemäss Bericht vom 18. Januar 2017 zum Schluss, das Verhalten und die Lebensgeschichte des Versicherten seien (für Suchtkranke) sehr typisch. Er lege sich nicht fest, die Auskünfte seien nicht kohärent, es bestünden eine konsequente Schuldzuweisung und Opferhaltung. Er sei antriebslos, emotionslos, eingeengt auf das Ziel, ganz clean zu werden, verfüge (aber) über keine überzeugenden Konzepte, dies zu erreichen. Eingeengt und fixiert sei er auch darauf, dass das jetzt verschriebene Trittico schuld an seiner Schlappeheit sei. In diesem Zustand sei der Versicherte nicht fähig, eine Arbeitsleistung zu erbringen. Es bestünden keine Anhaltspunkte, dass sich sein Zustand in absehbarer Frist verbessern werde. Es fehle ein überzeugendes, greifendes Konzept oder eine kompetente, rasche und intensive Behandlung (IV-act. 28). Der Versicherte war vom 6. Januar bis 17. April 2017 in teilstationärer Behandlung in der KPK B.____ (Verlaufsbericht, med. pract. F.____, KPK B.____, vom 14. März 2018 [Posteingang], IV-act. 63). RAD-Ärztin Dr. med. H.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, nahm am 10. Februar 2017 Stellung, unter Ausblendung des Suchtleidens bestehe in adaptierten Tätigkeiten eine auf 100 % steigerbare Arbeitsfähigkeit (IV-act. 33). Die IV-Stelle sprach dem Versicherten daraufhin ein Arbeitstraining in der I.____ vom 11. März 2017 bis insgesamt 31. Januar 2018 zu (Mitteilungen vom 7. März 2017, IV-act. 38, vom 22. Juni 2017, IV-act. 46, und vom 15. Januar 2018, IV-act. 56). Im (undatierten, wohl am 31. Januar 2018 verfassten) Schlussbericht zur Massnahme wurde im Wesentlichen ausgeführt, zur Zeit sei es nicht möglich, die Präsenzzeit auf über 50 % zu erhöhen. Eine Anstellung zu 50 % sei gut machbar, sofern die Arbeit und Umstände am Arbeitsplatz gewisse Kriterien erfüllten (ruhig und soweit möglich stressfrei; IV-act. 59-6). Im Rahmen der Massnahme habe der Versicherte einen Schnuppertag in einem Shop für J.____ und einen (ca. 14 Tage dauernden, IV-act. 61-10 f.) Einsatz bei einem K.____ absolviert. Vom Betreiber des J.____ habe er Ende Dezember eine Absage erhalten. Den Arbeitsversuch bei einem K.____ in L.____ habe er aufgegeben, weil ihn die Leute im öffentlichen Verkehr (nach erneuter Umstellung des Antidepressivums) zu sehr gestresst hätten und sich sein früherer Dealer dort aufhalte (IV-act. 59-8; vgl. zum Ganzen auch Assessment- und Verlaufsprotokoll, IV-act. 61). Med. pract. F.____ hielt im Verlaufsbericht vom 14. März 2018 [Posteingang] fest, der Versicherte habe eindeutige Konzentrationsstörungen sowie Symptome der Reizüberflutung beschrieben. Er habe sich als psychisch nicht ausreichend stabil erwiesen und nach dem Schnuppertag im Geschäft für J.____ deutliche Anzeichen für eine erheblich reduzierte psychische Belastbarkeit geschildert, die ihn an die psychotische Symptomatik im Jahr 1998 erinnern hätte. Es sei ihm von ärztlicher Seite von weiteren Arbeitsversuchen abgeraten worden. Seit 5. Februar 2018 sei er erneut in teilstationärer Behandlung. Er habe ihn wegen des gesundheitlichen Risikos im Falle eines fortgesetzten Arbeitseinsatzes ab

6. Februar 2018 zu 100 % arbeitsunfähig geschrieben (IV-act. 63). Die Eingliederungsverantwortliche schloss den Fall per 23. Februar 2018 ab (IV-act. 61-11 f.). Im Hinblick auf eine Begutachtung wurde dem Versicherten eine dreimonatige Abstinenz auferlegt (RAD-Stellungnahme vom 28. März 2018, IV-act. 64; Aufforderung vom 21. Juni 2018, IV-act. 69; Mahn- und Bedenkzeitverfahren vom 12. Oktober 2018, IV-act. 77). Med. pract. F.____ führte im Arztbericht vom 29. Oktober 2018 im Wesentlichen aus, das Konzentrationsvermögen des Versicherten sei krankheitsbedingt erheblich beeinträchtigt, die Aufmerksamkeitsspanne sei auf ein Minimum verkürzt. Bereits einfache administrative Aufgaben könnten ihn belasten und überfordern. Das Konzentrationsniveau könne derzeit für maximal eine halbe bis eine ganze Stunde auf einem hinreichenden Level gehalten werden. Darüber hinaus sei aufgrund einer raschen Ermüdbarkeit auch die körperliche Belastbarkeit zeitlich beschränkt. Der Wiedereingliederungsversuch im Jahre 2017 habe Hinweise für eine erheblich eingeschränkte Arbeitsfähigkeit selbst unter reduziertem Leistungsanspruch und adaptierten Bedingungen ergeben. Der Versicherte sei deshalb für nicht absehbare Dauer im ersten Arbeitsmarkt zu 100 % arbeitsunfähig (IV-act. 82). Die IV-Stelle beauftragte am 7. Dezember 2018 Prof.Dr.med. M.____, FMH Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie, mit der psychiatrischen Begutachtung des Versicherten (IV-act. 86). Der Gutachter veranlasste ein MRT des Neurocraniums und eine neuropsychologische Zusatzuntersuchung bei Dipl. Psych. N.____ (IV-act. 88). Er diagnostizierte eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert (ICD-10: F33.4), im Verlauf mittelgradig (ICD-10: F33.1), psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide; Abhängigkeitssyndrom, gegenwärtig Teilnahme an einem ärztlich überwachten Ersatzdrogenprogramm (ICD-10: F11.22) sowie Störungen durch Kokain: Schädlicher Gebrauch, gegenwärtig abstinenter (ICD-10: F14.1). Er führte aus, wie bereits durch den Vorgutachter Dr. G.____ beschrieben, habe der Versicherte eine "typische Suchtkarriere" mit einer dazu adäquaten Verhaltensweise geboten. Externalisierungen mit Schuldzuweisungen und motivational ich-bezogene Äusserungen hätten das Gespräch dominiert. Es sei schwierig gewesen, eine echte Motivation und eine ernst gemeinte Anstrengungsbereitschaft für eine Wiedereingliederung zu erkennen (IV-act. 93-67). Während der Begutachtung seien ein stark süsslicher Geruch, übermässiges Schwitzen und eine zunehmende innere Unruhe, ähnelnd einer Entzugssymptomatik, aufgefallen (IV-act. 93-54, 67). Die angegebene Störung der Durchhaltefähigkeit mit Absinken der Konzentrationsfähigkeit und die laut werdenden, nicht beherrschbaren Gedanken und die frühzeitige Erschöpftheit hätten weder in der mehrstündigen psychiatrischen noch in der neuropsychologischen Zusatzuntersuchung auch nur ansatzweise objektiv nachvollzogen werden können. Psychopathologisch hätten keine Auffälligkeiten bestanden. Ein MRI des Neurocraniums sei ohne Hinweise auf strukturelle Folgeschäden des langjährigen Substanzkonsums gewesen. Zeichen einer akuten polymorphen Störung hätten nicht bestanden (IV-act. 93-68). Gesamthaft sei aus psychiatrisch-neuropsychologischer Sicht von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in zuletzt ausgeübter und in adaptierter Tätigkeit auszugehen. Die Einschätzung des Verlaufs sei schwierig, da der behandelnde Psychiater von einer nicht objektivierbaren und nachvollziehbaren Symptomkonstellation ausgegangen sei. Die Beurteilung sei unter Einbezug bildgebender Verfahren und einer objektivierenden neuropsychologischen Diagnostik erfolgt, während die Einschätzung des behandelnden Psychiaters ausschliesslich klinisch erfolgt sei. Die Gründe für die Diskrepanz der Arbeitsfähigkeitsschätzung blieben schlussendlich offen; möglicherweise habe sich der behandelnde Psychiater durch die subjektiven Angaben des Versicherten sehr stark leiten

lassen. Auch im Verlauf sei von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit auszugehen (IV-act. 93-74 f.). RAD-Ärztin Dr. H.____ nahm am 6. Februar 2019 Stellung, das Gutachten sei ausführlich, in sich schlüssig und nachvollziehbar. Es könne darauf abgestellt werden (IV-act. 96). Mit Vorbescheid vom 1. März 2019 gewährte die IV-Stelle dem Versicherten das rechtliche Gehör zur vorgesehenen Abweisung des Leistungsbegehrens (IV-act. 99). Mit Einwand vom 25. April 2019 liess der Versicherte geltend machen, er lebe heute konsumfrei und methadonfrei. Massgebend sei nicht mehr die Diagnose, sondern die funktionelle Auswirkung der Störung. Zudem sei Prof. M.____ wirtschaftlich (von den IV-Stellen) abhängig. Er - der Versicherte - sei aufgrund seines psychischen und chronifizierten Leidens auf berufliche Massnahmen der IV angewiesen. Sinngemäss wurde zudem vorgebracht, entgegen der Annahme des Gutachters sei die Depression nicht remittiert (IV-act. 106-1 ff.). Der behandelnde med. pract. F.____ nahm am 29. April 2019 Stellung zum Gutachten (IV-act. 108-2 ff.), wozu sich RAD-Ärztin Dr. H.____ am 3. Juni 2019 unter anderem dahingehend äusserte, im Einwand würden keine neuen medizinischen Tatsachen vorgebracht (IV-act. 109). Mit Verfügung vom 19. Juni 2019 wies die IV-Stelle das Leistungsbegehren ab. Zur Begründung hielt sie fest, die Einwände vom 25. April 2019 seien geprüft worden. Sie führten zu keinem anderen Ergebnis, da keine neuen Fakten geltend gemacht würden. Es werde auf die beiliegende RAD-Stellungnahme vom 3. Juni 2019 verwiesen (IV-act. 110). Mit Beschwerde vom 13. August 2019 (act. G 1) und deren Ergänzung vom 19. September 2019 (act. G 3) beantragt A.____ (nachfolgend: Beschwerdeführer), vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. M. Boltshauser, die Verfügung vom 19. Juni 2019 sei unter Kosten- und Entschädigungsfolge aufzuheben. Es seien zusätzliche medizinische Abklärungen durchzuführen. Eventualiter sei die Angelegenheit zu weiteren Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Weiter sei ihm die unentgeltliche Prozessführung zu bewilligen. Er lässt ausführen, das Gutachten von Prof. M.____ weise erhebliche Mängel auf, weshalb nicht darauf abzustellen sei. Gemäss dem behandelnden med. pract. F.____ bestehe die depressive Störung seit mehreren Jahren und sei nicht remittiert. Der Gutachter stütze sich nicht (nur) auf objektive Befunde, sondern (auch) auf seine Mutmassungen. Er erkläre, eine Einschätzung zum Verlauf sei nicht möglich. Ohnehin sei für die retrospektive Beurteilung auf die Berichte der behandelnden Ärzte abzustellen. Während des Arbeitstrainings sei er als motiviert und engagiert wahrgenommen worden. Es sei nicht nachvollziehbar, dass der Gutachter seine Motivation in Frage stelle. Seine krankheitsbedingte Belastungsgrenze sei mehrfach erprobt worden und liege bei 50 %. Damit sei auf die Beurteilung der Arbeitsintegrationsexperten abzustellen. Zudem diskreditiere der Gutachter die Eingliederungsexperten in unzulässiger und generalisierender Weise. Entgegen der Annahme des Gutachters fänden die ambulanten Behandlungen nicht monatlich, sondern wöchentlich statt. Es werde bestritten, dass sich der behandelnde Psychiater von seinen Aussagen habe leiten lassen. Unzutreffend sei auch die Deutung seines Schwitzens während der Behandlung als Entzugserscheinung. Er sei seit Jahren abstinent. Die Laborbefunde liessen sich durch gelegentlichen Alkoholkonsum und die einmalige Einnahme von Lorazepam aus Furcht vor der bevorstehenden Begutachtung erklären. In einem Entscheid vom 9. Januar 2019 habe das Versicherungsgericht aufgrund der finanziellen Abhängigkeit des Gutachters dessen Unbefangenheit in Frage gestellt. Das vorliegende Gutachten weise schwerwiegende Mängel auf, weshalb darauf nicht abgestellt werden könne. Gemäss neuer Rechtsprechung dürfe einem Abhängigkeitssyndrom bzw. einer Substanzkonsumstörung nicht mehr von vornherein jegliche IV-rechtliche Relevanz abgesprochen werden. Am 2. Oktober 2019 zieht der Beschwerdeführer das Gesuch um

unentgeltliche Rechtspflege zurück (act. G 6). Mit Beschwerdeantwort vom 30. Oktober 2019 beantragt die Beschwerdegegnerin, die Beschwerde sei abzuweisen. Das Gutachten von Prof. M.____ erfülle die vom Bundesgericht gestellten Anforderungen an den Beweiswert und sei beweiskräftig. Er leite die Diagnosen gestützt auf die objektiven Befunde, die Verhaltensbeobachtung, den Tagesablauf, die Anamnese und auch die Beobachtungen anlässlich der neuropsychologischen Untersuchung her. Aufgrund des unauffälligen Psychostatus, der unauffälligen neuropsychologischen Untersuchungsergebnisse und des MRI-Befunds sowie des strukturierten Tagesablaufs sei nachvollziehbar, dass der Beschwerdeführer nicht an einem die Arbeitsfähigkeit einschränkenden Gesundheitsschaden leide. Daran ändere auch die neue Rechtsprechung zu Abhängigkeitssyndromen nichts, da sich die diagnostizierten psychischen und Verhaltensstörungen durch Opioide auf die objektiven Befunde, das Verhalten und den Tagesablauf nicht negativ auswirkten. Bezüglich Benzodiazepine sei fraglich, ob überhaupt ein Abhängigkeitssyndrom einwandfrei diagnostiziert werden könne. Dass der Gutachter diesbezüglich den Sachverhalt nicht vollumfänglich klären können, sei im Ergebnis unerheblich, da weder an der mehrstündigen psychiatrischen noch an der mehrstündigen neuropsychologischen Untersuchung eine frühzeitige Erschöpfung festgestellt werden können. Die Frage nach den noch zumutbaren Tätigkeiten und Arbeitsleistungen sei in erster Linie durch die Ärzte und nicht durch die Eingliederungsfachleute auf Grundlage der von ihnen erhobenen subjektiven Arbeitsleistung zu beantworten. Es sei eine Erfahrungstatsache, dass behandelnde Ärzte im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen mitunter eher zugunsten ihrer Patienten aussagen würden. Die während der stationären und tagesklinischen Klinikaufenthalte vorliegende 100%ige Arbeitsunfähigkeit sei jeweils nur vorübergehend gewesen. Im Weiteren bestünden keine Hinweise dafür, dass der Gesundheitszustand retrospektiv schlechter gewesen sei, womit rückwirkend nicht von einer wesentlichen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ausgegangen werden könne. Aufgrund des vom Beschwerdeführer angerufenen Entscheids des Versicherungsgerichts vom 9. Januar 2019 könne nicht generell auf eine Unverwertbarkeit aller Gutachten von Prof. M.____ geschlossen werden (act. G 8). Mit Replik vom 2. Dezember 2019 macht der Beschwerdeführer unter anderem geltend, der Gutachter habe nicht nur eine von den Arbeitsintegrationsexperten abweichende Einschätzung vorgenommen, sondern deren Arbeit und Fähigkeiten in Frage gestellt, was nicht Aufgabe eines Gutachters sei. Entgegen der Beschwerdegegnerin könne einem Bericht eines behandelnden Arztes nicht a priori jeglicher Beweiswert abgesprochen werden und stünden Hausärzte im engsten Kontakt mit den Versicherten. Die Kritik med pract. F.____s am Gutachten sei fundiert. Der Entscheid des Versicherungsgerichts vom 9. Januar 2019 betreffe nicht bloss einen Einzelfall. Es sei davon auszugehen, dass Prof. M.____ im Zweifelsfall eher zugunsten der beauftragenden IV-Stelle entscheide. Aus diesem Grund sei das Gutachten kritisch zu beurteilen und könne darauf nicht abgestellt werden (act. G 10). Als Bestandteil der Replik lässt der Beschwerdeführer eine undatierte, von ihm selbst verfasste Stellungnahme zur Begutachtung und zum Gutachten einreichen (act. G 10.1). Die Beschwerdegegnerin verzichtet am 18. Dezember 2019 auf eine Duplik (act. G 12). Erwägungen 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). Ein invalidenversicherungsrechtlich relevanter Gesundheitsschaden setzt eine auf objektivierten Beschwerden beruhende fachärztlich gestellte Diagnose nach einem wissenschaftlich anerkannten Klassifikationssystem voraus (BGE 141 V 289 E. 3.2; Urteil des Bundesgerichts vom 22. Februar 2016, 8C_1/2016, E. 4.3). Erforderlich ist zudem, dass die geltend gemachten Beschwerden objektiviert werden können und sich auf die Arbeits- bzw. Erwerbsfähigkeit auswirken (vgl. BGE 143 V 427 E. 6). Für somatisch unklare Beschwerdebilder (somatoforme Schmerzstörung und gleichgestellte Diagnosen), psychische Erkrankungen wie namentlich Depressionen und Abhängigkeitserkrankungen ist der Beweis nach dem strukturierten Verfahren mittels Indikatoren zu führen (vgl. dazu BGE 145 V 226 E. 6). Mit BGE 145 V 215 hat das Bundesgericht entschieden, dass fortan - gleich wie bei allen anderen psychischen Erkrankungen (vgl. BGE 143 V 409 und 418) - auf der Grundlage eines strukturierten Beweisverfahrens (Standardindikatorenprüfung) nach BGE 141 V 281 zu ermitteln ist, ob und gegebenenfalls inwieweit sich ein fachärztlich diagnostiziertes Abhängigkeitssyndrom im Einzelfall auf die Arbeitsfähigkeit der versicherten Person auswirkt. Dabei kann und muss im Rahmen des strukturierten Beweisverfahrens insbesondere dem Schweregrad der Abhängigkeit im konkreten Einzelfall Rechnung getragen werden (BGE 145 V 215 E. 6.3 und E. 7 S. 228; Urteil des Bundesgerichts vom 17. Februar 2021, 8C_701/2020, E. 4). Der Beweis für eine lang andauernde und erhebliche gesundheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit kann nur dann als geleistet betrachtet werden, wenn die Prüfung der massgeblichen Beweisthemen im Rahmen einer umfassenden Betrachtung ein stimmiges Gesamtbild einer Einschränkung in allen Lebensbereichen (Konsistenz) für die Bejahung einer Arbeitsunfähigkeit zeigt (BGE 143 V 427, E. 6 a. E.). Nach Art. 28 Abs. 2 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) 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). 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 132 V 93 E. 4 mit Hinweisen). Die urteilenden Instanzen haben die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. 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 der Fachperson begründet sind (BGE 125 V 352 E. 3a mit Hinweisen). 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; Urteil des Bundesgerichts vom 13. Februar 2019, 8C_801/2018, E. 4.3). Die Rechtsanwendenden prüfen insbesondere, ob die Ärzte ausschliesslich funktionelle Ausfälle berücksichtigt haben, welche Folge der gesundheitlichen Beeinträchtigung sind (Art. 7 Abs. 1 erster Satz ATSG), sowie, ob die versicherungsmedizinische Zumutbarkeitsbeurteilung auf objektiver Grundlage erfolgt ist (Art. 7 Abs. 2 zweiter Satz ATSG). Recht und Medizin tragen je nach ihren fachlichen und funktionellen Zuständigkeiten zur Festlegung ein und derselben Arbeitsunfähigkeit bei. Es soll keine losgelöste juristische Parallelüberprüfung nach Massgabe des strukturierten Beweisverfahrens stattfinden, sondern im Rahmen der Beweiswürdigung überprüft werden, ob die funktionellen Auswirkungen medizinisch anhand der Indikatoren widerspruchsfrei festgestellt wurden und somit den normativen Vorgaben Rechnung tragen (BGE 141 V 307, E. 5.2.2 f., BGE 144 V 54, E. 4.3). Berücksichtigen die Experten die in BGE 141 V 281 normierten Beweisthemen überzeugend, hat ihre Arbeitsfähigkeitsschätzung auch aus Sicht der Rechtsanwendenden Bestand. Andernfalls liegt ein triftiger Grund vor, der rechtlich ein Abweichen davon gebietet (BGE 145 V 368 f., E. 4.3). Im Sozialversicherungsrecht gelten der Untersuchungsgrundsatz und der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c ATSG). Verwaltung und Sozialversicherungsgericht haben von sich aus für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhaltes zu sorgen. 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 (Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 4. Aufl., Bern/St. Gallen/Zürich 2020, Art. 61 N 107). Der Untersuchungsgrundsatz schliesst die Beweislast im Sinne einer Beweisführungslast begriffsnotwendig aus. Im Sozialversicherungsprozess tragen mithin die Parteien in der Regel eine Beweislast nur insofern, als im Falle der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Diese Beweisregel greift allerdings erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes auf Grund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 117 V 264 E. 3b mit Hinweisen). 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 353 E. 5b; BGE 125 V 193 E. 2, je mit Hinweisen). Der Beschwerdeführer war ab 1. Dezember 2015 in stationärer Behandlung in der psychiatrischen Klinik B.____ und bis zum 30. November 2016 zu 100 % und ab 1. Dezember 2016 zu 80 % arbeitsunfähig geschrieben (Arztbericht med. pract. F.____ vom 31. Januar 2017, IV-act. 24, und ärztliches Zeugnis med. pract. F.____ vom 30. November 2016, Fremdakten, act. 2-12). Das Wartejahr gemäss Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG dauerte somit bis zum 30. November 2016. Bei Anmeldung am

25. Mai 2016 (IV-act. 1) besteht ein allfälliger Rentenanspruch frühestens nach Ablauf der sechsmonatigen Frist gemäss Art. 29 Abs. 1 und 3 IVG, mithin ab 1. Dezember 2016. Medizinische Grundlage der angefochtenen Verfügung bildet das psychiatrische Gutachten von Prof. M. ___ vom 31. Januar 2019 (IV-act. 93). Dieses ist im Folgenden auf seine Beweistauglichkeit zu prüfen. Der Beschwerdeführer bringt zunächst vor, Prof. M. ___ sei aufgrund des Volumens an Aufträgen seitens der IV-Stelle St. Gallen befangen. Weiter lasse auf Voreingenommenheit schliessen, dass er geäussert habe, er sei als Gutachter gewohnt, aus den Wiedereingliederungseinrichtungen oftmals Berichte mit wenig realitätsnahen Einschätzungen bei unzureichender Distanzierungsfähigkeit der Berichterstattenden zu lesen (IV-act. 93-67). Gemäss konstanter bundesgerichtlicher Rechtsprechung vermögen weder das blosse Auftragsvolumen bei einem Gutachter oder einer Gutachterstelle bzw. der regelmässige Beizug derselben (Urteile des Bundesgerichts vom 4. September 2020, 9C_212/2020, E. 4.1, vom 29. Januar 2019, 9C_704/2018, E. 5.1, vom 25. Oktober 2016, 8C_354/2016, E. 5 und vom 29. Mai 2015, 8C_467/2014, E. 4) noch eine starke Abweichung bei der Auswertung der Häufigkeitsverteilung von attestierten Arbeitsunfähigkeitsgraden für sich allein genommen objektiv den Anschein von Befangenheit eines Gutachters oder einer Gutachterstelle zu wecken. Auch kritische Äusserungen zu behandelnden Ärzten (Urteil des Bundesgerichts vom 19. August 2016, 9C_276/2016, E. 3.1.2 mit Hinweis) und analog auch zu Eingliederungsinstitutionen reichen dafür nicht aus. Für die Annahme des Vorliegens einer Befangenheit bedarf es weiterer, die konkrete Begutachtung betreffende Umstände (Urteil des Bundesgerichts vom 20. April 2020, 9C_25/2020, E. 5.1.2.2), welche vorliegend vom Beschwerdeführer nicht geltend gemacht werden. Überdies steht die Zurückhaltung des Gutachters gegenüber der Einschätzung der Eingliederungseinrichtung im Kontext zur vorangehenden Aussage, dass im Gespräch Externalisierungen und Schuldzuweisungen des Beschwerdeführers dominiert hätten und es schwierig gewesen sei, eine echte Motivation und ernst gemeinte Anstrengungsbereitschaft zur Wiedereingliederung zu erkennen (IV-act. 93-67). Die Aussage des Gutachters ist also nicht pauschal, sondern konkretisiert. Es finden sich Diskrepanzen zwischen den Ausführungen des Gutachters bzw. dem Gutachten einerseits und den Aussagen des Beschwerdeführers bzw. des ihn behandelnden med. pract. F. ___ andererseits. So führte med. pract. F. ___ in der Stellungnahme vom 29. April 2019 aus, der Beschwerdeführer habe ihm eindeutig geschildert, dass der Gutachter eine Elektroencephalographie (EEG) habe durchführen lassen, welche im Gutachten nicht erwähnt sei (IV-act. 108-4). RAD-Ärztin Dr. H. ___ führte dazu in ihrer Stellungnahme vom 3. Juni 2019 nachvollziehbar aus, in den Akten fänden sich keine Anhaltspunkte für eine entsprechende Indikation (IV-act. 109). Weiter ist in der gutachterlichen Anamnese vermerkt, die ambulante psychiatrische Behandlung bei med. pract. F. ___ finde einmalig im Monat statt (IV-act. 93-52). Aus dem Arztbericht vom 29. Oktober 2018 geht lediglich hervor, dass der Beschwerdeführer in laufender, regelmässiger ambulanter Behandlung sei, letztmals am 9. Oktober 2018 (IV-act. 82). In der Stellungnahme vom 29. April 2019 hielt med. pract. F. ___ fest, entgegen dem Gutachten fänden die Therapiesitzungen wöchentlich statt (IV-act. 108-3). Bezüglich des Substanzkonsums führte der Gutachter an, bei der Untersuchung sei ihm aufgefallen, dass der Beschwerdeführer zunehmend geschwitzt habe, unruhig geworden sei und von ihm ein stark süsslicher Geruch ausgegangen sei. Die Symptomatik habe stark jener eines Entzuges geähnelt. Gemäss Gutachten gab der Beschwerdeführer an, ausschliesslich Subutex 6 mg und Wellbutrin 300 mg erhalten zu haben (IV-act. 93-53). Demgegenüber machten er bzw. med. pract. F. ___ nach der

Begutachtung geltend, er habe aus Furcht vor der bevorstehenden Begutachtung einmalig Lorazepam eingenommen, welches er von med. pract. F. ___ in Reserve erhalten habe. Er habe den Gutachter darüber informiert (IV-act. 108-2; act. G 3-8; act. G 10.1). Dieser wolle ihm Drogenkonsum unterstellen und damit ein schlechtes Licht auf ihn werfen (act. G 3-8). Das Urindrogenscreening war jedoch auf Ethylglucuronid und Benzodiazepine positiv, obwohl - so der Gutachter - med. pract. F. ___ den Beschwerdeführer für glaubhaft abstinent halte und dieser die Einnahme von Benzodiazepinen bestritten habe. Es erscheint somit nachvollziehbar, dass der Gutachter eine Entzugssymptomatik diskutierte. Auch seine Aussage, der Beschwerdeführer sei sehr erfahren mit Drogen und Substanzen und im Verschleiern der Symptome (letzte Anstellung; IV-act. 93-54, 67), ist begründet. Sie verweist auf die Anamnese des Beschwerdeführers, er habe im Arbeitsumfeld seine Sucht verheimlicht (Austrittsbericht der psychiatrischen Klinik B. ___ vom 3. Oktober 2016, IV-act. 16) bzw. der Arbeitgeber habe nichts von seiner Drogenvergangenheit und seinem Drogenkonsum gewusst (IV-act. 93-45). Wie noch darzulegen sein wird, konnte der Gutachter keine sich auf die quantitative Arbeitsfähigkeit auswirkenden funktionellen Beeinträchtigungen feststellen, sodass er dem Beschwerdeführer in adaptierten Tätigkeiten eine vollumfängliche Arbeitsfähigkeit attestierte. Dieses Ergebnis wird durch die von ihm gehegten Zweifel an der Abstinenz des Beschwerdeführers (gerade) bekräftigt. Gesamtbetrachtend kann somit nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit von einer Befangenheit des Gutachters ausgegangen werden, welche die Beweistauglichkeit von vornherein einschränkt. Nachfolgend ist die Beweistauglichkeit in materieller Hinsicht noch eingehender zu prüfen. Der Beschwerdeführer beklagte sich anlässlich der Begutachtung über Reizüberflutungssituationen (Probleme mit lauten Geräuschen und grossen Menschenansammlungen) und vorzeitige Erschöpfbarkeit. Die Durchhaltefähigkeit sei eingeschränkt. Er berichtete über laut werdende Gedanken, die er nicht beherrschen könne. Er könne seine Gedanken nicht "abstellen". Dies führe zu Konzentrationsstörungen und frühzeitiger Erschöpfbarkeit. In sozialen Kontakten sei er schnell überfordert und müsse sich zurückziehen (IV-act. 93-41, 50). Er habe Kontakte zu Menschen, die drogenabhängig gewesen seien, abgebrochen und habe nur noch selten soziale Kontakte. Dies entspreche seinem Wunsch. Soziale Kontakte würden ihn anstrengen wegen seiner Probleme. Bis 2014 habe er in einer Rockband gespielt. Er spiele Schlagzeug (IV-act. 93-44). Er wolle kein Methadon mehr nehmen, da dies ähnlich wie der Konsum von Heroin stigmatisiere. Es sei ihm schon immer schwer gefallen, sich zu konzentrieren. Schlafstörungen habe er seit 2004. Unter chronischem Kokainkonsum sei er schwer depressiv geworden. Mit Wellbutrin gehe es ihm stimmungsmässig besser. Aktuell habe er lediglich leichte Stimmungsschwankungen, womit er zurecht komme (IV-act. 93-50). Den Tagesverlauf beschreibt er hauptsächlich geprägt durch Lesen, Spaziergänge mit dem Hund und Nutzung des Internets (IV-act. 93-51). Die ADL-Kompetenzen (Activities of Daily Living) seien nicht eingeschränkt, im Haushalt könne er alle Arbeiten erledigen (IV-act. 93-51). Gemäss Prof. M. ___ erschien das Langzeitgedächtnis in der Untersuchungssituation (im Januar 2019) intakt. Es hätten sich allerdings Hinweise auf gewisse Zeitgitterstörungen ergeben. Konzentration und Aufmerksamkeit seien nicht herabgesetzt gewesen oder im Verlauf der Untersuchung wesentlich abgefallen. Im Denken bestehe Stimmenhören im Sinne von Gedankenlautwerden. Die Grundstimmung sei indifferent und weder zum negativen noch zum positiven Pol verschoben. Vorzeitige Erschöpfbarkeit und vermehrte Müdigkeit würden angegeben. Freudfähigkeit und Interessen seien nicht eingeschränkt. Die Psychomotorik sei anfänglich ruhig gewesen und einer zunehmenden Unruhe gewichen.

Der Antrieb sei nicht wesentlich reduziert. Es bestehe ein mässiges soziales Rückzugsverhalten (IV-act. 93-56). In der neuropsychologischen Testung erbrachte der Beschwerdeführer in ruhiger Umgebung ohne grosse Störreize in nahezu allen durchgeführten Testverfahren unauffällige Resultate im erwarteten, durchschnittlichen Bereich und zum Teil auch überdurchschnittliche Leistungen (IV-act. 93-60, 83). Ein MRT des Neurocraniums war unauffällig und ergab insbesondere keine strukturelle Schädigung aufgrund des jahrelangen Konsums (IV-act. 93-58, 68). Demgegenüber hatte der behandelnde Psychiater med. pract. F.____ am 29. Oktober 2018 folgenden Befund geschildert: Aufmerksamkeit und Konzentration seien vermindert, die Psychomotorik deutlich verlangsamt, die Mimik selten diskret grimassierend. Im Gespräch zeigten sich Hinweise für eine mittelgradige Gedächtnisstörung. Das formale Denken sei verlangsamt, inhaltlich eingengt auf eine Perspektivelosigkeit mit Zukunfts- und Existenzängsten. Im Affekt sei der Beschwerdeführer mittelgradig depressiv herabgestimmt, etwas ratlos wirkend, ängstlich, diskret gereizt, innerlich unruhig, klagsam, ambivalent. Die vorbestehenden Ein- und Durchschlafstörungen hätten zugenommen. Das Konzentrationsvermögen sei krankheitsbedingt erheblich beeinträchtigt, die Aufmerksamkeitsspanne sei auf ein Minimum verkürzt. Bereits einfache administrative Aufgaben könnten den Versicherten belasten und überfordern. Das Konzentrationsniveau könne derzeit für maximal eine halbe bis eine ganze Stunde auf einem hinreichenden Level gehalten werden. Darüber hinaus sei aufgrund einer raschen Ermüdbarkeit auch die körperliche Belastbarkeit zeitlich beschränkt (IV-act. 82). Sodann führte med. pract. F.____ in der Stellungnahme vom 29. April 2019 aus, der Versicherte habe anlässlich des Schnuppertags im J.____ psychosenahe Symptome entwickelt, weshalb ihm aufgrund der gesundheitlichen Gefährdung im Falle einer Berufstätigkeit eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert worden sei (IV-act. 108). Der Beschwerdeführer selbst erklärt die unterschiedliche Beurteilung seiner kognitiven Fähigkeiten (nebst der Wirkung von Adrenalin) vor allem mit der angepassten, ruhigen und wohlwollenden Atmosphäre, in der die neuropsychologischen Tests stattgefunden hätten. Auch habe er seine Leistung in der I.____ nur dank eines ruhigen Arbeitsplatzes in einem geschlossenen Raum erbringen können. Es falle ihm schwer, seine Empfindungen, Gedanken und seelischen Nöte sichtbar zu machen oder zu artikulieren. Da er über Jahre ein funktionierendes Bild habe abgeben müssen, ver falle er in Stresssituationen in eine Art Überlebensmodus, in dem er scheinbar ruhig und gelassen wirke und dazu neige, Dinge schön zu reden, da der Wunsch, alles möge in Ordnung sein, überwiege (act. 10.1). Was die kognitive Leistungsfähigkeit betrifft, ist festzuhalten, dass die Befunde des Gutachters durch eine neuropsychologische Untersuchung im Vergleich zu jenen von med. pract. F.____ zusätzlich objektiviert sind. Die von med. pract. F.____ angeführten Symptome während des Schnuppertages im J.____ vermögen eine dauerhafte vollständige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit nicht überzeugend zu begründen. Für die vom Beschwerdeführer angeführte Dissimulation ergeben sich aus den Akten keine hinreichenden objektiven Hinweise, insbesondere wird keine entsprechende Beeinträchtigung der Persönlichkeit diagnostiziert oder diskutiert. In Anbetracht der im Rahmen der Begutachtung erhobenen psychopathologischen und neuropsychologischen Befunde erscheint nachvollziehbar, dass keine Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit attestiert werden konnten. Aufgrund der Angaben des Beschwerdeführers und der von der Hausärztin erhobenen Urinproben ist davon auszugehen, dass kein regelmässiger und beeinträchtigender Beikonsum (mehr) besteht. Dass die Abhängigkeitserkrankung die Arbeitsfähigkeit nicht massgeblich beeinträchtigt, erscheint

auch plausibel, weil der Sinn der Heroinsubstitution durch Methadon und später Subutex gerade darin besteht, konsumbedingte Beeinträchtigungen zu minimieren. Eine solche Behandlungsmassnahme kann von Suchtkranken im Sinne der Schadenminderungs- bzw. Mitwirkungspflicht verlangt werden, soweit sie im konkreten Fall zumutbar ist (Art. 7 Abs. 1 und 2 IVG; Art. 7a IVG; Urteile des Bundesgerichts vom 7. November 2019, 9C_309/2019, E. 4.2.2, und vom 22. Mai 2019, 8C_741/2018, E. 4.1 mit Hinweis). Der Gutachter hielt als Inkonsistenz fest, dass der Beschwerdeführer im Methadonprogramm jahrelang Beikonsum gepflegt habe und jetzt einen kompletten Ausstieg wünsche, ohne je eine Entwöhnungsbehandlung durchlaufen zu haben (IV-act. 93-53). Dass die mittelgradige Depression unter Wellbutrin zumindest insoweit remittiert ist, dass sie die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers nicht mindert, deckt sich zum einen mit den vom Gutachter erhobenen Befunden unter Berücksichtigung, dass sich die beklagte vorzeitige Erschöpfbarkeit und vermehrte Müdigkeit während den mehrstündigen (zwei- und dreistündigen auch gemäss dem Beschwerdeführer, act. G 10.1) Untersuchungen nicht feststellen liessen (IV-act. 93-56, 68). Zum anderen gab der Beschwerdeführer selber an, unter Wellbutrin gehe es ihm aktuell stimmungsmässig besser. Er habe nur noch leichte Stimmungsschwankungen, mit denen er zurechtkomme (IV-act. 93-50). Was die abweichende Beurteilung durch die I.____ betrifft, gehen dieser ärztliche Einschätzungen grundsätzlich vor (Urteile des Bundesgerichts vom 8. Januar 2019, 8C_334/2018, E. 4.2.1, und vom 27. Juni 2018, 8C_48/2018, E. 4.3.1). Zudem endete die Massnahme am 31. Januar 2018, ein Jahr vor der Begutachtung durch Prof. M.____ (IV-act. 59, 93). Zusammenfassend hat der Gutachter nachvollziehbar dargelegt und ergibt sich aus der Indikatorenprüfung (ausreichendes Funktionsniveau für den Alltag, keine psychiatrische Komorbidität oder Begleiterkrankung, diverse Inkonsistenzen, motivationale Aspekte sowie mögliche Therapieoptionen), dass der Beschwerdeführer weder durch die depressive noch durch die Suchterkrankung unter andauernden funktionellen Einschränkungen leidet (vgl. zur Prüfung invalidisierender Auswirkungen einer Abhängigkeitserkrankung via Standardindikatoren Urteil des Bundesgerichts vom 17. Februar 2021, 8C_701/2020, insbesondere E. 6.2.3). Auf das Gutachten ist daher insoweit abzustellen, als der Beschwerdeführer ab dem Zeitpunkt der Begutachtung in der angestammten sowie in einer angepassten Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig ist. Zum retrospektiven Verlauf führte der Gutachter aus, die Einschätzung des Verlaufs sei schwierig, da der behandelnde Psychiater von einer nicht objektivierbaren und nachvollziehbaren Symptomkonstellation ausgegangen sei. Aus gutachterlicher Sicht seien die objektiven Fakten massgebend, die keine Psychopathologika, keine strukturellen Läsionen und keine neuro-kognitiven Störungen auswiesen. Letztendlich blieben die Gründe für die maximal diskrepante Einschätzung des behandelnden Psychiaters offen. Daher könne er auch im Verlauf keine Arbeitsunfähigkeit attestieren. Während der stationären und tagesklinischen Aufenthalte habe natürlich definitionsgemäss eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit vorgelegen (IV-act. 93-74). Der Beschwerdeführer war vom 1. Dezember 2015 bis 23. März 2016 in stationärer (Austrittsbericht psychiatrische Klinik B.____ vom 23. März 2016, IV-act. 8), vom 2. Mai bis 3. Juni 2016 in teilstationärer (Arztbericht Psychiatrie-Zentrum E.____ vom 3. Oktober 2016 [Posteingang], IV-act. 15) und vom 8. Juli bis 3. Oktober 2016 wiederum in stationärer (Austrittsbericht psychiatrische Klinik B.____ vom 3. Oktober 2016, IV-act. 16) Behandlung. Somit Bestand zum Zeitpunkt des Beginns eines allfälligen Rentenanspruchs am 1. Dezember 2016 (E. 2.1) und darüber hinaus keine längerfristige durch zeitlich anspruchsvolle Therapien begründete vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit mehr. Dr. G.____

kam in seinem Gutachten vom 18. Januar 2017 zum Schluss, der Beschwerdeführer sei eingeeengt und fixiert darauf, dass die Krankenversicherung durch die Ablehnung der Kostenübernahme für die weitere teilstationäre Therapie ihn um eine Chance gebracht habe, und darauf, dass die neu verordneten Medikamente Schuld an seiner aktuellen Schlapheit seien. In diesem Zustand sei er nicht fähig, eine Arbeitsleistung zu erbringen. Mangels eines überzeugenden greifenden Konzepts sehe er keine Chance, dass sich daran innert nützlicher Zeit etwas ändere (Fremdakten, act. 2-9). Dr. G.____ wies dabei auf eine fehlende kompetente, rasche und intensive Behandlung hin und ging nicht davon aus, dass dem Beschwerdeführer eine solche nicht zumutbar wäre. Seine Arbeitsfähigkeitsschätzung ist somit nicht massgebend, da sie unter Ausblendung der Selbsteingliederungspflicht erfolgte. RAD-Ärztin Dr. H.____ nahm denn auch gestützt darauf - unter Ausblendung des Suchtleidens bzw. einer begleitenden Abstinenz hinsichtlich des Beikonsums als flankierende Massnahme - in adaptierten Tätigkeiten eine auf 100 % steigerebare Arbeitsfähigkeit an (Stellungnahme vom 10. Februar 2017, IV-act. 33). Vom 13. März 2017 bis 31. Januar 2018 erfolgte das Arbeitstraining, wobei eine Präsenzzeit von 50 % und eine Leistungsfähigkeit von 70 % bis 80 % erreicht werden konnten (IV-act. 59). Der Gutachter kannte und würdigte diesen Bericht. Wie bereits im Zusammenhang mit der Frage der Befangenheit dargelegt wurde, vermag dieser Bericht die gutachterliche Einschätzung nicht zu entkräften. Med. pract. F.____ erhob gemäss Berichten vom 14. März 2018 (IV-act. 63) und vom 29. Oktober 2018 (IV-act. 83) im Wesentlichen gleich gebliebene Befunde und beschrieb keine Verbesserung des Gesundheitszustandes bis zur Begutachtung, ebenso berichtete der Beschwerdeführer selbst nicht von einer solchen. Zudem ist davon auszugehen, dass sich allfällige funktionelle Beeinträchtigungen während den Jahren 2017 und 2018 nicht mehr objektivieren lassen. Eine rentenbegründende Erwerbsunfähigkeit für diesen Zeitraum bleibt daher beweislos. Zusammenfassend besteht keine rentenbegründende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, nachdem dem Beschwerdeführer auch für seine angestammte Tätigkeit eine vollständig erhaltene Arbeitsfähigkeit attestiert wird. Die Abweisung des Rentenanspruchs erweist sich als korrekt. Nach dem Gesagten ist die Beschwerde abzuweisen. 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. Dem Ausgang des Verfahrens entsprechend ist sie vollumfänglich dem Beschwerdeführer aufzuerlegen und durch den von ihm geleisteten Kostenvorschuss von Fr. 600.-- gedeckt. Der Beschwerdeführer hat bei diesem Verfahrensausgang keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (vgl. Art. 61 lit. g ATSG). Entscheid im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP Die Beschwerde wird abgewiesen. Der Beschwerdeführer hat eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- zu bezahlen; diese ist durch den in gleicher Höhe geleisteten Kostenvorschuss gedeckt.

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