

# **SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2020/41 vom 24. Juni 2022**

Sg Versicherungsgericht, 2022-06-24, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg\\_publicationen\\_IV\\_2020\\_41](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2020_41)

FR: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2020/41 du 24 juin 2022

IT: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2020/41 del 24 giugno 2022

## **Regeste**

Würdigung eines psychiatrischen Gutachtens (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 24. Juni 2022, IV 2020/41).

## **Volltext**

Entscheid vom 24. Juni 2022 Besetzung Versicherungsrichterinnen Karin Huber-Studerus (Vorsitz), Miriam Lendfers und Michaela Machleidt Lehmann; Gerichtsschreiberin Fides Hautle Geschäftsnr. IV 2020/41 Parteien A.\_\_\_\_, Beschwerdeführer, vertreten durch Rechtsanwältin lic. iur. Amanda Guyot, GN Rechtsanwälte, St. Leonhard-Strasse 20, Postfach, 9001 St. Gallen, gegen IV-Stelle des Kantons St. Gallen, Postfach 368, 9016 St. Gallen, Beschwerdegegnerin, Gegenstand Rente Sachverhalt A.\_\_\_\_ wurde am 8. Januar 2016 (IV-act. 1) von der \_\_\_\_klinik B.\_\_\_\_ wegen seit dem Beginn seiner Ausbildung als N.\_\_\_\_ auftretender wiederholter Absenzen und einer seit 4. Januar 2016 bestehenden vollen Arbeitsunfähigkeit zur Früherfassung bei der Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle des Kantons St. Gallen angemeldet. Der Versicherte habe von \_\_\_\_ 2014 bis \_\_\_\_ 2015 eine Tätigkeit als \_\_\_\_O.\_\_\_\_ beim C.\_\_\_\_ ausgeübt und sei seither arbeitslos gewesen. - In einem Protokoll über ein Früherfassungsgespräch vom 20. Januar 2016 (IV-act. 2) wurde festgehalten, der Versicherte habe von 2008 bis 2012 die Lehre gemacht (gemäss IV-act. 5 und IV-act. 110 von Juli 2004 bis Juni 2008; gemäss IK-Auszug, IV-act. 8, angestellt bis Oktober 2008), dann als N.\_\_\_\_ gearbeitet und hernach eine Weiterbildung zum O.\_\_\_\_ abgeschlossen. Seine Stelle beim C.\_\_\_\_ habe er nach kurzer Zeit gekündigt. Es laufe eine Rahmenfrist bei der Arbeitslosenversicherung. Zurzeit sei er voll arbeitsunfähig. In der vorangegangenen Woche habe er einen Schnuppertag für eine Anstellung als \_\_\_\_O.\_\_\_\_ ab März 2016 gehabt, befürchte aber, er werde es wieder nicht schaffen. Als N.\_\_\_\_ wolle er jedenfalls nicht mehr arbeiten. Er ersuche um baldmöglichste Unterstützung bei der Stellensuche und der Eingliederung auf dem ersten Arbeitsmarkt. - Am 26./28. Januar 2016 (IV-act. 4) erfolgte die Anmeldung zum Leistungsbezug. Der Versicherte erklärte, das N.\_\_\_\_diplom (EFZ) erworben und vom \_\_\_\_ 2013 bis \_\_\_\_ 2014 die Ausbildung zum \_\_\_\_O.\_\_\_\_ gemacht zu haben (gemäss IK-Auszug in einem Sozialbetrieb). Seit ca. 2012 leide er an Depressionen. Die zuständige Arbeitslosenkasse gab am 5. Februar 2016 (IV-act. 9) bekannt, der Versicherte sei seit 11. März 2015 mit einer Vermittlungsfähigkeit von 100 % als arbeitslos gemeldet. Es seien Arztzeugnisse vorhanden. Der C.\_\_\_\_ gab in einem (ununterzeichneten) Arbeitgeberfragebogen (IV-act. 11, Eingang 22. Februar 2016) an, der Versicherte sei vom \_\_\_\_ 2014 bis \_\_\_\_ 2015 als \_\_\_\_O.\_\_\_\_/N.\_\_\_\_ tätig gewesen und habe monatlich Fr. 5'\_\_\_\_.-- verdient. Es habe bei dieser Arbeit die allgemeine Belastung als Betreuer bestanden und es seien grosse Anforderungen an die geistigen Fähigkeiten gestellt gewesen. Er (der Arbeitgeber) habe gekündigt wegen Krankheit des

Versicherten während der Probezeit. Nach dessen Angaben habe er die Stelle bereits krank angetreten, habe sich aber nicht krankschreiben lassen, weil er die Probezeit ohne Ausfall habe überstehen wollen. Nach einer kurzfristigen Erholung nach den Ferien Ende Jahr sei der "totale Zusammenbruch" gekommen (vgl. IV-act. 11-7). Die \_\_\_klinik B. \_\_\_ gab im IV-Arztbericht vom 15. Februar 2015 (richtig 2016; IV-act. 15) an, beim Versicherten bestünden eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig (seit November 2015) mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom, eine generalisierte Angststörung und eine Aufmerksamkeitsstörung ohne Hyperaktivität. Er sei seit dem 4. Januar 2016 und voraussichtlich noch bis 3. März 2016 hospitalisiert. Ab Mitte März 2016 könne mit einer Arbeitsfähigkeit von 20 % gerechnet werden. Aufgrund von Konzentrations- und Gedächtnisstörungen und von generellen Selbstzweifeln sei die Lehre nach Angaben des Versicherten für ihn immer stressbehaftet gewesen. Zur Stressregulation habe er damals regelmässig Cannabis konsumiert, später noch unregelmässig bis vor einem halben Jahr (er trinke auch keinen Alkohol mehr). Im Beruf habe er immer mehr Zeit und Anstrengung als andere investieren müssen. Die zweieinhalbjährige weitere Ausbildung habe er unter grossen Anstrengungen und nach Verzögerungen durch Überforderung in Schule und Praktikum abgeschlossen. Er sei sich unsicher ob der Berufswahl. Nachdem sein \_\_\_ im \_\_\_ 2015 nach schwerer Erkrankung (während eines halben Jahres) verstorben sei, habe er zunehmend eine depressive und ängstliche Symptomatik entwickelt, gegen die eine wöchentliche ambulante Therapie nicht viel geholfen habe. Ab Juni 2015 habe er ein einzigartiges Hoch voller Energie und Pläne für eine berufliche Selbstständigkeit gehabt und habe sich ab September 2015, als sich die Umsetzung als nicht realistisch gezeigt habe, in schlechter psychischer Verfassung nur noch zuhause zurückgezogen. Es wurde dargelegt, unter Metyhphenidat (zentralnervöses Stimulans, ADHS-Therapeutikum) sei eine leichte Verbesserung des Zustands zu beobachten, der Versicherte erlebe jedoch subjektiv noch wenig Verbesserung von Stimmung und Antrieb. Das soziale Gruppenmilieu führe weiterhin zu negativen sozialen Vergleichen. Angesichts ausserdem der Häufung familiärer Belastungen sei von einer protrahierten adoleszenten Krise auszugehen. Der Versicherte könne Aufgaben schwer selbst strukturieren und sei schon bei kleinen administrativen Aufgaben oder Alltagsfunktionen rasch überfordert, erschöpft und wegen Entscheidungsschwierigkeiten, negativer Grundüberzeugungen und Selbstzweifeln entmutigt. Er nehme zur Klärung seiner Fähigkeiten und Motivation eine externe Berufsberatung wahr. - In einem Austrittsbericht vom 22. März 2016 (IV-act. 20; Austrittsdatum: 18. März 2016) diagnostizierte die Klinik eine bipolare affektive Störung, gegenwärtig mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom, eine generalisierte Angststörung und den V.a. eine Aufmerksamkeitsstörung ohne Hyperaktivität. Die ADHS-Diagnostik habe die Annahme eines leichten Aufmerksamkeitsdefizits seit dem Kindesalter gestützt. Bei Austritt bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 70 %. In einem Assessment- und Verlaufsprotokoll vom 7. September 2016 (IV-act. 36) wurde festgehalten, der Versicherte habe berichtet, er sei [...] in eine Wohngemeinschaft gezogen. Zurzeit sei er zu 50 % in einem Einsatzprogramm. Nach der Arbeit brauche er eine einstündige Erholung, dann mache er den Haushalt und versuche, den Hobbys nachzugehen. Er habe zwei Teilzeitstellen (zu 60 % und zu 70 %) in Aussicht, fühle sich zu 50 % arbeitsfähig und bedürfe der finanziellen Unterstützung durch die Invalidenversicherung. Er habe einfach Schwierigkeiten in der Arbeitswelt, wünsche sich hohen Respekt und sei hoch sensibel. Es wurde darauf hingewiesen, dass der Versicherte im Gespräch ziemlich sprunghaft gewesen sei. Es sei der Verdacht

aufgekommen, er denke ziemlich realitätsfremd. Von Seiten des Einsatzprogramms sei am 31. August 2016 berichtet worden, es liege eher eine Arbeitsfähigkeit von 30 bis 40 % als eine solche von 50 % vor. Es gebe viele Absenzen und auch während der Anwesenheit sei der Versicherte weg vom Arbeitsplatz und auch gedanklich abwesend. An sehr wenigen Tagen arbeite er gut. Es bestehe eine Motivationsabhängigkeit, aber nicht nur ein Motivationsproblem. Die Diskrepanz zwischen Selbst- und Fremdwahrnehmung sei gross. Es sei zu bezweifeln, ob der Versicherte auf dem ersten Arbeitsmarkt bestehen könne. Am 28. September 2016 (IV-act. 40) teilte die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle dem Versicherten mit, zurzeit seien aufgrund des Gesundheitszustands keine beruflichen Eingliederungsmassnahmen möglich. Es werde der Rentenanspruch geprüft. Das Ambulatorium der Psychiatrie D.\_\_\_\_, med. pract. E.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, erklärte in einem IV-Arztbericht vom 28. September 2016 (IV-act. 41), im depressiven Zustand bestünden ausgeprägte Konzentrationsstörungen, ein blockierend wirkendes Insuffizienzempfinden und eine Lernschwierigkeit, im manischen Zustand eine Oberflächlichkeit und Unkonzentriertheit und der Versicherte fühle sich dann gesund und nehme Termine nicht wahr. Er habe zurzeit keine Krankheitseinsicht. Im depressiven Zustand würde er von einer Wiedereingliederung im angestammten Beruf profitieren, da er aufgrund der Angsterkrankung vermehrten Zuspruch und Zeit benötige. Die Arbeit sei ihm zumutbar, wahrscheinlich mit verminderter Leistungsfähigkeit. Zurzeit sei er manisch; er komme nicht in die Behandlung. Der Regionale Ärztliche Dienst (RAD) der Invalidenversicherung hielt am 18. November 2016 (IV-act. 43) fest, zurzeit sei medizin-theoretisch von einem instabilen Gesundheitszustand und einer Arbeitsunfähigkeit von 100 % für alle Tätigkeiten auszugehen. Die Psychiatrische Klinik K.\_\_\_\_ gab in einem Zwischenbericht vom 25. Januar 2017 an den RAD (IV-act. 48) bekannt, es lägen eine bipolare affektive Störung, gegenwärtig manische Episode ohne psychotische Symptome, und Störungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen: Abhängigkeitssyndrom vor. Die Zuweisung am 9. November 2016 sei durch den Amtsarzt erfolgt. Der Versicherte habe gegenüber der\_\_\_\_, bei welcher er lebe, verbal aggressiv reagiert und Mobiliar teilweise zerstört. Er habe angegeben, regelmässig THC, Ritalin und Alkohol zu konsumieren und an jenem Tag schon mehrere Joints geraucht zu haben (beim Test durch die Polizei null Promille sc. Alkohol). Es sei (bei Ablehnung von Lithium [Antidepressivum, Antipsychotikum]) eine Therapie mit Abilify (atypisches Neuroleptikum, Wirkstoff Aripiprazol) und Seroquel (atypisches Neuroleptikum, Wirkstoff Quetiapin) begonnen worden. Da es immer häufiger zu fremdaggressivem Verhalten gekommen sei, das u.a. mit dem Craving nach Suchtstoffen in Verbindung gebracht worden sei, sei eine Akuttherapie mit Haldol und Benzodiazepinen angesetzt worden. Da keine Besserung eingetreten sei, seien die Dosierungen von Abilify und Seroquel erhöht worden. Bei Kontrollen hätten die Wirkspiegel von Aripiprazol und Quetiapin nicht im therapeutischen Bereich gelegen, was auf reduzierte Medikamenten-Adhärenz zurückgeführt worden sei. Da der Versicherte angegeben habe, die Mittel sehr schlecht zu vertragen, seien sie abgesetzt worden. Ein Versuch mit Orfiril (Antiepileptikum, Wirkstoff Valproat, Valproinsäure) sei wegen ausbleibenden Erfolgs eingestellt worden. Der Versicherte habe inzwischen zur Wiederaufnahme der Lithium-Therapie motiviert werden können. Es sei bei drohender Obdachlosigkeit die künftige Wohnsituation geklärt worden. Am 23. Januar 2017 habe er in eine Wohngemeinschaft gewechselt. Es werde eine IV-gestützte Wiedereingliederung ins Berufsleben beantragt. Am \_\_\_\_ 2016 (IV-act. 47) war für den Versicherten eine Beistandschaft nach Art. 394 Abs. 1 und 2 i.V.m. Art. 395

Abs. 1 bis 3 ZGB errichtet worden. Aufgabe der Beiständin ist es u.a. ihn beim Erledigen von finanziellen Angelegenheiten zu vertreten und Einkommen und Vermögen zu verwalten. Ausserdem wurde die Handlungsfähigkeit für den Abschluss von Rechtsgeschäften eingeschränkt, die den alltäglichen Rahmen oder den Umfang der ihm zur Verfügung gestellten freien Beträge nach Art. 409 ZGB übersteigen. Med. pract. E.\_\_\_\_ teilte in einem IV-Arztbericht vom 4. August 2017 (IV-act. 54) mit, seit dem 28. September 2016 habe sich der Gesundheitszustand des Versicherten verbessert. Dieser habe in den vergangenen Wochen selbständig eine Arbeit angenommen, die ihm am 16. Juni 2017 wieder gekündigt worden sei. Der Arbeitsplatz sei für ihn wegen des Verhaltens des Vorgesetzten nicht förderlich gewesen, doch habe sich gezeigt, dass der Versicherte anhaltend längere Zeit an einer Arbeit bleiben könne. Er sei für einen Wiedereinstieg sehr motiviert. An einer geschützten Arbeitsstelle würde er sich entwertet vorkommen. Es sei prognostisch von einer mindestens teilweisen Wiedereingliederungsfähigkeit auszugehen. Sicherlich zumutbar sei dem Versicherten eine Arbeitstätigkeit zu 50 %, möglicherweise bzw. wahrscheinlich auch eine solche von 100 % mit reduzierter Leistung. Da nicht beurteilbar sei, ob er, dessen Selbsteinschätzung krankheitsbedingt eingeschränkt sei, sich über- oder unterschätze, wäre eine Fremdbeurteilung der Arbeitsleistung notwendig. Am 17. Oktober 2017 (IV-act. 76-1 bis 4) hielt die IV-Eingliederungsverantwortliche fest, der Versicherte habe angegeben, dass er seit vier Monaten zu 100 % in einer \_\_\_\_unternehmung (G.\_\_\_\_; als Temporär-Mitarbeiter im Stundenlohn, IV-act. 76-3) arbeite, das aber fast nicht mehr zu leisten vermöge. Er benötige Unterstützung. Seine Zukunft mache ihm Angst und er wisse nicht, wie es weitergehen solle. Er wolle arbeiten, das tue ihm gut, doch hätte er gern eine Pensenreduktion auf 60 %. Die Medikamente habe er abgesetzt, da er das Gefühl habe, sie täten ihm nicht gut. Er nehme etwas Pflanzliches. Es wurde festgehalten, die P.\_\_\_\_ scheine den Versicherten sehr zu unterstützen. - In einem Strategie-Protokoll wurde am 27. November 2017 (IV-act. 58) dargelegt, der Eintritt des Gesundheitsschadens sei auf den 4. Januar 2015 (Hospitalisation, recte: 2016) zu setzen; seit 2012 habe der Versicherte in vollem Pensum gearbeitet (vgl. aber IK-Auszug). Die Basis für das grosse Taggeld betrage Fr. 70'200.--. Der Versicherte habe eine Vollzeitstelle im Stundenlohn angetreten und an der neuen Stelle bereits krankheitsbedingte Absenzen gehabt. Damit er das Pensum reduzieren und dort Fuss fassen könne, sei eine WISA (wirtschaftsnahe Integration mit Support am Arbeitsplatz) in die Wege zu leiten. - Am \_\_./\_\_. Januar 2018 (IV-act. 62) wurde ein Eingliederungsplan für Integrationsmassnahmen bei einem Arbeitgeber (für WISA) während der Zeit vom \_\_. \_\_\_\_ bis \_\_. \_\_\_\_ 2018 unterzeichnet, wonach das derzeitige Pensum von 60 % in der [...] (bei Q.\_\_\_\_, IV-act. 62-2) innerhalb der sechs Monate langsam und schrittweise auf 100 % gesteigert werden solle und wenn möglich keine Absenzen vorkommen sollten. Mit Mitteilung vom 7. Februar 2018 (IV-act. 64) wurden die Integrationsmassnahmen in Form des persönlichen Supports am Arbeitsplatz zugesprochen (mit Taggeld, vgl. Verfügung vom 19. Februar 2018, IV-act. 66). - Am 23. April 2018 (IV-act. 68) wurde von der IV-Sachbearbeiterin festgehalten, der Versicherte sei aufgrund eines manischen Zustandsbilds am \_\_. April 2018 durch fürsorgliche Unterbringung (FU) in die Psychiatrische Klinik eingewiesen worden und befinde sich auf der geschlossenen Akutstation. - Am 24. April 2018 (IV-act. 70) wurde der (beistandschaftlichen) Rechtsvertretung des Versicherten (per Adresse Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde, KESB) mitgeteilt, die beruflichen Massnahmen würden abgebrochen. Mit Verlaufsbericht vom 5. Juni 2018 (IV-act. 75) reichte med. pract. E.\_\_\_\_, Ambulatorium der Psychiatrie D.\_\_\_\_, einen Austrittsbericht der Akutpsychiatrie und Notall-Station dieser Institution vom

24. Mai 2018 ein. Darin (IV-act. 75-3 ff.) war berichtet worden, es bestehe beim Versicherten eine bipolare affektive Störung, gegenwärtig manische Episode mit psychotischen Symptomen, ausserdem lägen psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen: Abhängigkeitssyndrom vor. Der Versicherte habe sich in alkoholisiertem Zustand agitiert in der ZNA (wohl zentralen Notfallaufnahme) am Spital H.\_\_\_\_ vorgestellt, sei jedoch von dort vor der freiwilligen Verlegung weggelaufen. In der Folge sei er andernorts von der Polizei abgeholt worden, weil er u.a. in einem Laden randaliert habe, sei dann ins Spital F.\_\_\_\_ verlegt und schliesslich von dort am 8. April 2018 durch 5-Tages-FU (hernach amtsärztliche FU) zugewiesen worden. Zunächst sei er weiterhin fremdaggressiv gewesen, so dass es (zunächst notfallmässig) zu Zwangsbehandlungen gekommen sei. Der Versicherte habe berichtet, in den vorangegangenen drei Wochen kaum geschlafen und ständig Kokain konsumiert zu haben. Lithium habe er seit einigen Monaten nicht mehr genommen. Bei med. pract. E.\_\_\_\_ sei er seit etwa einem halben Jahr nicht mehr gewesen. Die psychotische Symptomatik sei im Verlauf unter Medikation regredient gewesen. Nachdem es in Belastungserprobungen zunehmend zu grenzüberschreitendem Verhalten (Alkohol- und CBD-Konsum, Nichtrückkehr aus häuslichem Umfeld [stattdessen [...]], unerlaubte Entfernung von der Station) gekommen sei, sei er, da er sich daraufhin nicht an die Stationsregeln habe halten wollen, bei fehlenden akuten Selbst- und Fremdgefährdungsaspekten am 16. Mai 2018 entlassen worden. - Med. pract. E.\_\_\_\_ selbst gab in ihrem Verlaufsbericht an, derzeit stehe der zeitweise zur Diagnose (der bipolaren Störung) hinzukommende Cannabis- bzw. anderweitige Drogenkonsum nicht im Vordergrund. Die Erkrankung stehe nicht mit diesem Konsum in Zusammenhang. Die Familienanamnese lasse auf eine sehr starke familiäre Belastung schliessen. Der Versicherte setze seine Ressourcen aufgrund von Blockaden wegen einer starken Ambivalenz im Umgang mit Autoritäten oft gegenläufig zu den von den Fachpersonen empfohlenen Wegen ein. Der bisherige Verlauf, die Schwere der Störung und (sc. die Wirkung) des familiären Umfelds sowie die krankheitsbedingte Krankheitsuneinsichtigkeit sprächen für eine schlechte Prognose. Die IV-Eingliederungsverantwortliche hielt am 11. Juni 2018 (IV-act. 76-8) fest, der Versicherte sei bis auf weiteres nicht arbeitsfähig. Er nehme aktuell an einem Programm der Tagesklinik teil. - Mit Mitteilung vom 29. Juni 2018 (IV-act. 79) wurden (weitere) berufliche Massnahmen abgelehnt. Auf Veranlassung des RAD (vgl. IV-act. 82) wurde am 28. September 2018 (IV-act. 84) ein monodisziplinäres psychiatrisches Gutachten mit diversen Fragen/Aufträgen (gemäss "Auftrag") und verschiedenen (weiteren) Fragen gemäss Dokument "Gliederung des Gutachtens" (IV-act. 83) bei Dr. med. I.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Swiss Medical Assessment- und Business-Center, SMAB, in Auftrag gegeben. - Im Gutachten vom 20. Dezember 2018 (IV-act. 87; Begutachtung am 26. November 2018) gab das SMAB als Diagnose mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit in der letzten Tätigkeit eine bipolare affektive Störung mit gegenwärtig mittelgradig depressiver Episode mit somatischem Syndrom an. Ohne Relevanz für die Arbeitsfähigkeit seien eine Agoraphobie mit Panikstörung und ängstlich-selbstunsichere Persönlichkeitszüge. Der Spiegel des phasenprophylaktisch eingesetzten Wirkstoffs Valproinat (bzw. Valproat; Präparat Orfiril; vgl. auch IV-act. 87-33) habe über dem oberen Labor-Referenzwert gelegen, was gegen eine Medikamentenincompliance und gegen einen suchtrelevanten Alkohol- oder Drogenkonsum spreche, für den (bzw. für den aktiven Konsum) es keinen Anhaltspunkt gegeben habe. Das Mittel sei überdosierte gewesen. In der bisherigen Tätigkeit als N.\_\_\_\_ sei

der Versicherte an vier Stunden (pro Tag) ohne Leistungseinschränkung arbeitsfähig. Die Arbeitsfähigkeit betrage 50 %. Von Januar 2016 bis zum Begutachtungstag sei von einer durchgehenden Arbeitsunfähigkeit von 100 % auszugehen, danach von den genannten 50 %. Der Beeinträchtigung optimal angepasst sei eine Tätigkeit, die auch weiterhin ausserhalb eines Bürobereichs, am besten im Beruf oder berufsnah als N.\_\_\_\_, ausgeübt werden könne, eine Tätigkeit zudem ohne Leistungsstress, mit Arbeitstagesplanung, ohne Schicht- und insbesondere ohne Nacharbeit und ohne ständige oder häufige Überstunden. Der Arbeitgeber sei über die kritischen Krankheitsphasen zu informieren. Auch in einer solchen Arbeit bestehe eine Arbeitsfähigkeit für vier Stunden bzw. für 50 %. Es fehle dem Versicherten nicht (beispielsweise) die Sozialkompetenz, um seine Ressourcen an einem regulären Arbeitsplatz umsetzen zu können. Die Arbeitsfähigkeit könne durch medizinische Massnahmen noch relevant verbessert werden, doch sei nicht anzunehmen, dass - sofern Phasenfreiheit bestehe - in den nächsten drei Jahren eine solche von über 80 % erreichbar sei. Voraussetzung für eine frühestens nach drei Jahren erreichbare Verbesserung sei eine durchgehende, vom Krankheitsverlauf abhängige Behandlungsfrequenz. Eine Suchtproblematik liege nicht vor. Der Gutachter erklärte, beim Versicherten bestehe ein erheblicher Leidensdruck mit Auswirkung auf die gefühlte und erlebte Lebensqualität. Er leide an sich selbst und liebäugle deshalb immer noch mit nicht-schulmedizinischen Behandlungsoptionen (Interesse u.a. an \_\_\_\_ und an \_\_\_\_, IV-act. 87-20). - Der RAD bestätigte am 9. Januar 2019 (IV-act-88), der Konsum psychotroper Substanzen in der manischen Phase sei einem krankheitsimmanenten Kontrollverlust (und nicht Abhängigkeit) zuzurechnen. Der IV-Berater Berufliche Integration erklärte am 29. Mai 2019 (IV-act. 100), der Versicherte werde innerhalb der letzten drei Jahre nun schon zum dritten Mal von einem Eingliederungsberater betreut. Die beruflichen Massnahmen seien jeweils wegen instabilen Gesundheitszustands abgebrochen worden, zuletzt die WISA mit dem 60 %-Pensum. Beim Assessmentgespräch vom 25. April 2019 habe sich gezeigt, dass der Versicherte nicht zu 50 % arbeitsfähig sei. Er sei höchst labil. Er habe sich dabei unterschiedlich gezeigt, nämlich von freundlich, sympathisch bis weinerlich, wütend. Er habe einen Schnuppertag für eine allfällige Anstellung als \_\_\_\_mitarbeiter zu 20 % (ein voller Arbeitstag) machen können. Bei einem Gespräch vom 23. Mai 2019 habe die behandelnde Psychiaterin zwar Potenzial für eine Arbeitsfähigkeit von 50 % beim Versicherten gesehen, von dem er aber noch weit entfernt sei (zurzeit eventuell bei 20 %). Sie sehe ihn nicht als N.\_\_\_\_ (oder als O.\_\_\_\_), sondern eher beispielsweise als Gartenarbeiter. Auch die Beiständin sei mit dem Ergebnis des Gutachtens einer Arbeitsfähigkeit von 50 % nicht einverstanden. Es könnte eine BEFAS-Abklärung gemacht werden oder geprüft werden, ob nicht doch Anspruch auf Integrationsmassnahmen bestehe. - Über das Gespräch vom 25. April 2019 wurde festgehalten, der Versicherte habe erwartet, eine Teilrente zu bekommen, die ihm finanzielle Sicherheit gäbe, und habe sich aufgrund der Äusserung des Gutachters schon auf diese Leistung eingestellt. Zunächst habe er einen freundlichen und zugänglichen Eindruck gemacht. Als ihm dann erklärt worden sei, die Rente werde erst geprüft, wenn die Eingliederungsabklärung erfolgt sei, habe er geweint. Er sei in seinen Äusserungen sehr sprunghaft gewesen. Zudem scheine ein gewisses Aggressionspotenzial vorhanden zu sein. Arbeitsvermittlung mache wenig Sinn. Der Versicherte müsste intensiv begleitet werden und in einer Tagesstruktur sein. Med. pract. E.\_\_\_\_ berichtete am 11. Juni 2019 (IV-act. 102), der Versicherte habe sich in den bekannten Spannungsbereichen und Ambivalenzen bezüglich Beziehungen, Herkunftsfamilie, therapeutischer Behandlung (hin- und hergerissen zwischen schulmedizinischer und

alternativer Heilpraxis) und vor allem Arbeitstätigkeit bewegt. Er bemühe sich immer wieder, eine (niedrigprozentige) Arbeitstätigkeit zu finden und täglich aus dem Haus zu gehen, und wolle finanziell nicht vom Sozialamt abhängig sein. Diese leistungsorientierte Werthaltung sei zwar sehr positiv, doch bringe sie den Versicherten auch unter einen enormen Leistungsdruck, der schliesslich hindernd wirke. Hilfe anzunehmen, empfinde er mindestens teilweise immer noch als Versagen. Er tue sich sehr schwer mit der regelmässigen Medikamenteneinnahme und lehne eine Depotmedikation ab. Sein Alltag sei von Ambivalenzen und Entscheidungsschwierigkeiten geprägt. Seine Arbeitsfähigkeit betrage in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit 50 %, in einer ideal angepassten Arbeit (draussen, in Garten und Natur) 50 bis 60 %. 2018 sei es nicht gelungen, den Versicherten in ein teilstationäres Setting einzubinden, da er dieses als zu sehr mit Stress verbunden erlebt habe. Am 17. Juni 2019 (IV-act. 104) erfolgte ein weiteres Gespräch der beteiligten IV-Sachbearbeiter und des RAD. Daraufhin wurde festgehalten, medizinisch könne auf die Arbeitsfähigkeitsschätzung des Gutachtens abgestellt werden. Weitere berufliche Massnahmen seien nicht möglich. Die 20 %-Anstellung habe der Versicherte wieder verloren, und zwar nicht aus gesundheitlichen Gründen (vgl. IV-act. 105-8: nach zwei Wochen, fristlos). Im Raum stehe nun nur noch eine Hilfsarbeitstätigkeit bei einem \_\_\_ im Bereich Garten/Natur auf Stundenlohnbasis (vgl. auch IV-act. 106 f.). - Am 26. Juni 2019 (IV-act. 105) wurde geschlossen, Eingliederungsmassnahmen seien in absehbarer Zeit nicht zielführend durchführbar. - Mit Mitteilung vom 26. Juli 2019 (IV-act. 108) wurde festgehalten, die Eingliederungsmassnahmen hätten erneut gesundheitsbedingt nicht durchgeführt werden können. Weitere Massnahmen seien nicht angezeigt. Am 17. September 2019 (IV-act. 110) wurde festgestellt, der Beginn der langdauernden Krankheit sei auf den 4. Januar 2016 zu setzen. Nach Ablauf des Wartejahrs bestehe bis zum 28. Februar 2019 Anspruch auf eine ganze Rente, danach auf eine halbe Rente. Beim Sachverhalt wurde vermerkt, bei der Anmeldung vom 28. Januar 2016 habe es sich um eine Neuanmeldung gehandelt, nachdem der Versicherte zuerst für medizinische Massnahmen (bei Geburtsgebrechen) angemeldet worden sei. - Mit Vorbescheid vom 17. September 2019 (IV-act. 111) wurde der (beistandschaftlichen) Rechtsvertretung des Versicherten in Aussicht gestellt, dass dieser die erwähnten Rentenansprüche habe (Valideneinkommen Fr. 70'200.--, Invalideneinkommen zurzeit der halben Rente Fr. 35'100.--). - Am 22. Oktober 2019 (IV-act. 116) wandten der Versicherte und seine Beiständin ein, es sei eine volle (wohl: ganze) Rente auszurichten. Durchschnittlich könne der Versicherte lediglich zu 25 % und nicht zu 50 % einer Erwerbstätigkeit nachgehen. Ausserdem benötige er Unterstützung durch einen IV-Coach. Als Hilfgärtner könne er zudem maximal Fr. 12'350.-- verdienen, nämlich einen Viertel des Jahreslohns von Fr. 49'400.-- (gemäss Anhang zum GAV, Lohnregulation 2019, Garten-, Landschafts- und Sportplatzbau). Mit administrativen Tätigkeiten sei er massiv überfordert. In der Familie des Versicherten litten mehrere Personen ([...]) an psychischen Erkrankungen (bipolare Störung, Borderline-Störung, Essstörung, Depressionen, Zwangsstörung, Alkoholprobleme). Er wolle gern wieder eine Teilzeitbeschäftigung in der freien Wirtschaft annehmen, sei zurzeit aber nicht in der Lage, in einem 50 %-Pensum zu arbeiten. Seine manischen Phasen dauerten zwischen einem Monat und vier Monaten, die depressiven zwischen sechs und zwölf. Nach Auffassung des Gutachters könne er an vier Stunden pro Tag in einer Arbeit unter beschriebenen Anforderungen arbeiten. Eine Arbeitstätigkeit mit solchen Voraussetzungen sei jedoch im schweizerischen Arbeitsmarkt utopisch. Auch könne er in den häufigen manischen und depressiven Phasen nicht arbeiten. Im Schnitt könne er

folglich maximal eine Tätigkeit von 25 % ausüben, auch wenn er phasenweise eventuell zu 50 % arbeiten könnte. Es habe sich ab März 2019 nichts Wesentliches geändert, dessentwegen er plötzlich zu 50 % arbeitsfähig (geworden) sein sollte. Mit Verfügung vom 17. Januar 2020 (IV-act. 122 f. und IV-act. 117, vgl. act. G 1.1.3; formal betrachtet zwei Verfügungen) sprach die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle des Kantons St. Gallen dem Versicherten vom 1. Januar 2017 bis 28. Februar 2019 eine ganze und ab 1. März 2019 eine halbe Rente zu. Spätestens ab dem Gutachten sei von einer Arbeitsfähigkeit von 50 % auszugehen. Weitere berufliche Massnahmen (Jobcoach) seien nicht angezeigt, weil sich der Versicherte subjektiv nicht in der Lage fühle, die medizinisch zumutbare Arbeitsfähigkeit umzusetzen. Wie schon im Vorbescheid wurde wiederum festgehalten, vom Versicherten werde im Rahmen seiner Schadenminderungspflicht (im Rahmen von Art. 7 Abs. 1 IVG) erwartet, dass er die gemäss Gutachten erforderliche durchgehende psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung wahrnehme. In der amtlichen Revision vom November 2022 werde das überprüft werden. Gegen diese Verfügung richtet sich die von Rechtsanwältin lic. iur. Amanda Guyot für den Beschwerdeführer am 13. Februar 2020 erhobene Beschwerde (act. G 1). Die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers beantragt, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, ihm ab Januar 2017 eine unbefristete ganze Rente auszurichten, eventualiter bis Februar 2019 eine befristete ganze und ab März 2019 eine Dreiviertelrente, unter Kosten- und Entschädigungsfolge zuzüglich MwSt. Der Beschwerdeführer habe die Ausbildung als \_\_\_O.\_\_\_ im Dezember 2014 abgeschlossen und am \_\_. \_\_. 2014 seine erste reguläre diesbezügliche Anstellung angetreten. Nach seiner fristlosen Kündigung auf \_\_. \_\_. 2015 habe er auf dem ersten Arbeitsmarkt nicht mehr Fuss fassen können. Das Gutachten sei in der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bis zum Begutachtungszeitpunkt als sehr sorgfältig zu beurteilen. Überraschend sei deshalb, dass bezüglich der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit für die Zeit danach jede Begründung fehle. Nicht nur fehle eine Begründung dafür, weshalb die Arbeitsfähigkeit genau 50 %, und nicht etwa 20, 30 oder 40 % betragen solle, sondern es werde auch nicht aufgezeigt, welche Faktoren und Umstände sich damals so geändert haben sollten, dass von einer massiv verbesserten Leistungsfähigkeit ausgegangen werden könne. Ein Begründungsansatz sei darin zu sehen, dass das Erreichen der Arbeitsfähigkeit von 50 % an eine Bedingung (nämlich von Integrationsmassnahmen) geknüpft worden sei. In der Zusammenfassung des Gutachtens durch den RAD vom 9. Januar 2019 fehle die klar umschriebene Bedingung zur Erreichung der Arbeitsfähigkeit von 50 % (intensiver Integrationsmassnahmen). Dass zudem eine langsame Steigerung - in Bezug auf das Pensum maximal in 10er Schritten - empfohlen worden sei, stelle einen Widerspruch im Gutachten dar. Noch weniger nachvollziehbar sei, dass die Beschwerdegegnerin auf die Arbeitsfähigkeit von 50 % abstelle, obwohl die beruflichen Massnahmen gescheitert seien, und trotz den Ausführungen des Eingliederungsspezialisten. Die Behauptung einer zu realisierenden Arbeitsfähigkeit von 50 % sei offensichtlich falsch. Die psychische Erkrankung sei anerkanntermassen schwer ausgeprägt. Trotz einwandfreier Motivation und Mitwirkung des Beschwerdeführers habe die medizinisch-theoretische, bei erfolgreich verlaufender Integration attestierte Arbeitsfähigkeit von 50 % auch mittels beruflicher Massnahmen nicht erreicht werden können. Auf diese Prognose könne aufgrund der klaren und übereinstimmenden Äusserungen des IV-Berufsberaters, der behandelnden Psychiaterin und der Beiständin nicht abgestellt werden. Aus den übrigen Akten gehe eine dauerhafte, massive Einschränkung der Arbeitsfähigkeit für den ersten Arbeitsmarkt mit einer verbleibenden

Restarbeitsfähigkeit von maximal 20 % hervor. Deshalb sei dem Beschwerdeführer eine unbefristete ganze Rente zuzusprechen. Zu rügen sei ferner das festgelegte Valideneinkommen. Dieses sei - gemäss Anhang I des GAV für das N.\_\_\_\_gewerbe - bei Fr. 63'700.-- anzusetzen. In den einzigen beiden diesbezüglich relevanten Jahren 2009 und 2010 habe der Beschwerdeführer gemäss IK-Auszug im Übrigen konkret Fr. 58'757.-- und Fr. 50'450.-- verdient. Das Invalideneinkommen sei ausgehend vom statistischen Durchschnittslohn gemäss den LSE-Tabellen von Fr. 61'092.-- (LSE 2016, T17, Berufshauptgruppe 7, im Alter bis 29 Jahre) zu berechnen. Mit einer Arbeitsfähigkeit von maximal 20 % und bei einem Abzug von mindestens 17 % vom Tabellenlohn ergebe sich ein Invaliditätsgrad von 84 %. Bei medizinisch-theoretischer Arbeitsfähigkeit von 50 % mit einem gerechtfertigten Abzug von mindestens 20 % beliefe sich der Invaliditätsgrad auf rund 62 %. Es sei gemäss Formular der Beschwerdegegnerin (wohl: Anhang zum IV-Rundschreiben Nr. 328 vom 22. Oktober 2014, Tabellen des Bundesamtes für Statistik) ein Teilzeitabzug von 10 % vorzunehmen. Der Beschwerdeführer sei auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zudem wegen der Lücken im Lebenslauf und des Erklärungsbedarfs insbesondere infolge der drei jeweils mehrmonatigen Klinikaufenthalte erheblich diskriminiert. Bei der phasenweise verlaufenden Erkrankung könne es immer wieder zu gesundheitsbedingten Absenzen kommen. Der Beschwerdeführer sei auf einen sozial eingestellten und äusserst verständnisvollen Arbeitgeber angewiesen. Es müsste auch möglich sein, geplante Arbeitsschichten kurzfristig zu verschieben. Solche Faktoren seien klar lohnmindernd. In ihrer Beschwerdeantwort vom 23. April 2020 (act. G 4) beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde. Das Gutachten erfülle die Anforderungen an eine Entscheidungsgrundlage. Es gehe daraus hervor, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers durch die stationäre Behandlung in der Psychiatrischen Klinik bis Mai 2018 und die anschliessende ambulante Behandlung habe stabilisieren können und die Symptomatik sich so verbessert habe, dass die Arbeitsfähigkeit auf 50 % habe eingeschätzt werden können. Es werde im Gutachten dargelegt, die angemessenen bisherigen Behandlungen dürften eine günstige Wendung zur Stabilisierung haben, wenn infolge Krankheitseinsicht die erforderliche Behandlungseinsicht erreicht sei. Eine Einsichtswilligkeit scheine sich einzustellen. Auch die behandelnde Psychiaterin habe am 11. Juni 2019 [IV-act. 102] Arbeitsfähigkeiten von 50 % in bisheriger und von 50 bis 60 % in adaptierter Tätigkeit festgestellt. Es gehe zudem nicht an, die Arbeitsfähigkeit aufgrund der Ergebnisse einer beruflichen Abklärung festzulegen. Die Arbeitsfähigkeit sei ausschliesslich medizinisch-theoretisch zu bestimmen. Dass der Beschwerdeführer nicht integriert werden können, sei daher nicht entscheidend. Es sei nämlich nicht möglich, den Anteil allfälliger Motivationsmängel vom willentlich nicht steuerbaren Unvermögen, eine volle Leistung zu erbringen, abzugrenzen. Die Stelle zu 20 % als \_\_\_mitarbeiter sei dem Beschwerdeführer aus nicht gesundheitlichen Gründen fristlos gekündigt worden. Die vom Gutachten erwähnten nötigen Integrationsschritte seien nicht im Sinn einer Prognose, sondern als Hilfestellung für die berufliche Eingliederung genannt worden. In der Tabelle (sc. über den Bruttolohn nach u.a. Beschäftigungsgrad) 2016 zeige sich für in Teilzeit von 50 bis 74 % Arbeitende zwar eine Lohndifferenz von 4.02 %, doch ergebe sich daraus keine überproportionale Lohneinbusse. Die Verweigerung eines Abzugs sei auch angesichts der neueren Zahlen gemäss der bundesgerichtlichen Rechtsprechung jedenfalls nicht bundesrechtswidrig. Wegen der schwer kalkulierbaren Absenzen und der Notwendigkeit eines sozialen Entgegenkommens eines Arbeitgebers könne ein Leidensabzug von 10 % gewährt werden. Damit ergebe sich ein Invaliditätsgrad von 55 %. Mit Replik vom 15. Juni

2020 (act. G 8) bringt die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers vor, der Gutachter habe eine langsame Steigerung der Arbeitsfähigkeit bis hin zu schliesslich einem Pensum von 50 % beschrieben. Es sei nach der Durchführung des Assessment-Gesprächs festgehalten worden, der Beschwerdeführer sei aus der Sicht des IV-Eingliederungsberaters nicht zu 50 % arbeitsfähig. Die von der Beschwerdegegnerin angeführte Begründung für eine Verbesserung auf den Zeitpunkt der Begutachtung hin basiere einzig auf einer Interpretation. Dass keine Verbesserung eingetreten sei, zeige einmal mehr ein ab 8. April 2020 notwendig gewordener mehrwöchiger Klinikaufenthalt des Beschwerdeführers infolge einer erneuten schweren manischen Phase. Er habe im Rahmen einer FU in eine psychiatrische Klinik eingewiesen werden müssen. Gemäss dem Austrittsbericht vom 26. Mai 2020 habe er etwa im Sommer 2019 alle Medikamente abgesetzt. Die manischen Zustände bewerte er im Rahmen eines esoterisch geprägten Weltbildes als "erweitertes Erleben". Er habe zur Therapie auch LSD einsetzen wollen. Eine Unterschenkelfraktur links vom Januar 2020 habe er nicht wie empfohlen chirurgisch behandeln lassen; es seien Wundheilungsstörungen aufgetreten. Da aggressive Impulsdurchbrüche mit erheblicher Kraftentwicklung zu befürchten gewesen seien, sei er von mehreren Polizisten für eine medizinische Einschätzung zu einem Arzt begleitet worden. Er habe sich gegenüber Familienangehörigen und Fremden zuletzt teils tötlich aggressiv gezeigt. Aus der Beschreibung des Psychostatus gehe hervor, dass Krankheitsgefühl und Krankheitseinsicht eingeschränkt seien, ebenso die Behandlungsbereitschaft. Es bestehe ein selbstschädigendes Verhalten im Sinn von "Desorganisiertheit" und eingeschränkter Urteils- und Einsichtsfähigkeit. Initial sei eine Behandlung im Intensivzimmer nötig gewesen. Zuletzt habe der Beschwerdeführer Absprachen ohne Einschränkungen einhalten können und habe ein angemessenes Kontakt- und Distanzverhalten gezeigt. Den Wunsch seiner P.\_\_\_\_, dass er nach dem Klinikaustritt vom 20. Mai 2020 eine betreute Wohnform annehme, habe er abgelehnt. Die Rechtsvertreterin hält weiter dafür, weitere manische Phasen würden sich auch mittels Therapie nicht verhindern lassen. Die längeren Klinikaufenthalte, mit denen somit jederzeit gerechnet werden müsse, dienten dem Schutz vor Gefährdung und nicht einer Verbesserung des Gesundheitszustands, zumal die Grunderkrankung weder heilbar sei noch durch Therapie eingedämmt werden könne. Die Umstände der Kündigung des 20-prozentigen Arbeitsverhältnisses seien sehr wohl im Zusammenhang mit der Erkrankung zu sehen. Der Beschwerdeführer habe nämlich in einer (anderen) Filiale der betreffenden Arbeitgeberin [...] und anlässlich einer Überprüfung wegen dieses Bagatellvorfalls sei bekannt geworden, dass er im April 2018 in einer weiteren Filiale randaliert gehabt habe. Es sei aktenkundig, dass der Beschwerdeführer bei der Einschätzung von Situationen und beim Sozialverhalten beeinträchtigt sei. Die Kündigung sei daher der sehr schwerwiegenden Erkrankung zuzuschreiben. Manische Phasen mit mehrwöchigen Klinikaufenthalten und phasenweise schwere Störungen des Sozialverhaltens seien keinem Arbeitgeber zumutbar. - Die J.\_\_\_\_, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, hatte am 29. April 2020 (act. G 8.1.1) berichtet, eine KESB habe einen Einspruch des Beschwerdeführers gegen die (damalige) fürsorgerische Unterbringung nach gutachterlicher Prüfung abgelehnt. Zurzeit bestehe kein Anhaltspunkt dafür, dass ein im Vorfeld koinzident möglicherweise aufgetretener Substanzmittelkonsum auslösend oder ursächlich für die Symptomatik bzw. Erkrankung sei, die den Klinikeintritt begründet habe. Die Behandlung einer möglichen Suchterkrankung sei nicht Gegenstand des aktuellen Aufenthalts. - Im Austrittsbericht vom 26. Mai 2020 (act. G 8.2.1) über den Aufenthalt des Beschwerdeführers vom 8. April bis 20. Mai 2020 war festgehalten worden, es lägen

Hinweise auf einen fortgesetzten Konsum von Cannabis, Kokain und LSD vor. Der Beschwerdeführer konsumiere auch Alkohol und habe angegeben, auf den Konsum von Cannabis oder zumindest CBD nicht verzichten zu wollen. Eine differenzierte Exploration zu den Noxen sei kooperationsbedingt nicht möglich gewesen. Der Beschwerdeführer habe keine Unterstützung durch eine psychiatrische Spitex für die Zeit nach dem Austritt gewünscht. Er sei umfassend über die Risiken des Konsums psychotrop wirksamer Substanzen vor dem Hintergrund seiner psychischen Erkrankung aufgeklärt worden. Nach Besserung des manischen Syndroms und zunehmender Absprachefähigkeit habe der Beschwerdeführer in die Therapiemodule eingebunden werden können. Unter reizabschirmenden Interventionen habe sich das klinische Bild langsam verbessert und er habe zuletzt Absprachen ohne Einschränkungen einhalten können und habe ein angemessenes Kontakt- und Distanzverhalten gezeigt. Unter Therapie mit Psychopharmaka werde in den ersten drei Monaten eine monatliche, dann eine halbjährliche Kontrolle von Blutbild usw. empfohlen. In ihrer Duplik vom 2. Juli 2020 (act. G 10) hält die Beschwerdegegnerin an ihrem Antrag fest. Auch sie gehe von einer schwerwiegenden Grunderkrankung des Beschwerdeführers aus, weshalb eine Rente gesprochen worden sei. Gemäss einer beigelegten Stellungnahme des RAD vom 27. Juni 2020 (act. G 10.1) sei beim Beschwerdeführer immer wieder mit Instabilitäten zu rechnen, die zum Krankheitsbild der bipolaren Störung gehörten. Aufgrund der mehrfach beschriebenen Defizite werde die Arbeitsfähigkeit auf 50 % eingeschätzt. Nach erneuter Einstellung der Kombinationstherapie sei es zu einer Besserung des Gesundheitszustands gekommen. - Der RAD hatte festgehalten, bipolare affektive Störungen hätten eine deutlich schlechtere Prognose als unipolare Depressionen. Es müsse davon ausgegangen werden, dass beim Beschwerdeführer eine deutlich reduzierte Stresstoleranz mit fragiler emotionaler Belastungsfähigkeit und insgesamt verminderter psychischer und physischer Resilienz vorliege. Mit Eingabe vom 23. Februar 2021 (act. G 12) legt die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers einen Austrittsbericht der Psychiatrischen Klinik K.\_\_\_\_ vom 19. Februar 2021 (act. G 12.1) ein. Wegen einer erneuten schweren manischen Phase sei er vom 20. Dezember 2020 bis 29. Januar 2021 dort hospitalisiert gewesen. Der zweite lange Klinikaufenthalt innerhalb eines Jahres zeige eindeutig, dass der Beschwerdeführer im freien Arbeitsmarkt nicht mehr einsetzbar sei. Auch wenn der Aufenthalt nach Erlass der angefochtenen Verfügung erfolgt sei, widerspiegeln er den schwankenden Verlauf. - Die psychiatrische Klinik hatte berichtet, der Beschwerdeführer sei von der Polizei begleitet - durch 5-Tages-FU über das Kantonsspital St. Gallen - in die Klinik zugewiesen worden. Er sei in eine Schlägerei involviert gewesen. Wegen Schmerzen an der Fussinnenstelle links sei er im Kantonsspital St. Gallen untersucht und geröntgt worden; eine ossäre Läsion sei nicht nachgewiesen worden. Er habe angegeben, die verordnete Medikation seit etwa vier Wochen nicht mehr eingenommen zu haben. Den Konsum von legalen oder illegalen Drogen habe er verneint. Er habe einen Geruch von THC aufgewiesen. Cannabis sei nachweisbar gewesen. Als zusätzliche Belastung habe er angegeben, dass seine P.\_\_\_\_ ihn aus Angst nicht mehr in die Wohnung gelassen habe. Im kurzen (Hospitalisations-) Verlauf sei eine zunehmende manische Dekompensation beobachtet worden. Der Beschwerdeführer sei immer grenzüberschreitender, ungeduldiger und fordernder geworden. Es sei ihm extrem schwer gefallen, sich an Vereinbarungen zu halten, und es sei mehrmals zu Drohungen gegenüber dem Personal gekommen. Im Verlauf seien die Beschwerden unter Medikation immer mehr in den Hintergrund gerückt. Eine röntgenologische Kontrolle des linken Fusses habe der Beschwerdeführer abgelehnt. Nach der (auf Anfrage, act. G 14) von

der Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers am 20. Dezember 2021 (act. G 15, 15.1 f.) eingereichten Information der hierfür zuständigen KESB besteht kein Zustimmungserfordernis zur Prozessführung. Am 26. Januar 2022 (act. G 17) hat die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers zwei Austrittsberichte der Psychiatrie D. \_\_\_ vom 21. Dezember 2021 und vom 20. Januar 2022 eingereicht. Der Beschwerdeführer sei wegen einer neuerlichen schweren manischen Phase bei bekannter bipolarer affektiver Störung vom 16. November 2021 bis 7. Dezember 2021 und vom 9. Dezember 2021 bis 24. Dezember 2021 in der Psychiatrischen Klinik K. \_\_\_ hospitalisiert gewesen. - Gemäss den Berichten bestanden eine bipolare affektive Störung, gegenwärtig manische Episode ohne psychotische Symptome, psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide: Abhängigkeitssyndrom, und psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen: schädlicher Gebrauch (Alkohol, Kokain, LSD, " \_\_\_"; act. G 17.2). Der Beschwerdeführer war bei maniforem Zustandsbild und Fremdaggression initial freiwillig und dann durch amtsärztliche fürsorgerische Unterbringung zugewiesen worden (vgl. act. G 17.1 f.). Am 30. März 2022 (act. G 22) hat die Beschwerdegegnerin auf entsprechende Anfrage (act. G 16) der verfahrensleitenden Richterin hin diverse Akten eingereicht. - Gemäss einem namentlich dabei befindlichen Notfallbericht der Klinik für Orthopädie und Traumatologie am Kantonsspital L. \_\_\_ vom 31. Januar 2020 (act. G 22.14) hatte sich der Beschwerdeführer tags zuvor nach einem Arbeitsunfall - er sei beim Versuch, umfallende Platten (100 bis 150 kg) aufzufangen, (davon) an der linken Körperseite getroffen worden - notfallmässig vorgestellt. Er habe starke Schmerzen im linken OSG und am linken Knie. Diagnostiziert worden waren eine Weber-B-Fraktur und eine Kontusion linkes Knie. - Im (im Bericht der J. \_\_\_ vom 29. April 2020) erwähnten psychiatrischen Gutachten vom 17. April 2020 (act. G 22.21) für die dort betroffene KESB hatte Dr. med. M. \_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, festgehalten, der Beschwerdeführer leide an einer bipolaren affektiven Störung, gegenwärtig gemischte Episode, und einem schädlichen Gebrauch/Abhängigkeitssyndrom von multiplen psychotropen Substanzen (Polytoxikomanie) mit Konsum insbesondere von Cannabis, Kokain und LSD. Die bipolare affektive Störung sei seit Jahren bekannt und werde behandelt. Nach eigenen Angaben habe der Beschwerdeführer die stimmungsstabilisierende Medikation im Sommer letzten Jahres (sc.: somit 2019) abgesetzt. Seit einigen Wochen sei es zu einer zunehmenden manischen Dekompensation mit fremdaggressiven Handlungstendenzen gekommen, so dass am 8. April 2020 eine Klinikzuweisung durch fürsorgerische Unterbringung erforderlich geworden sei. Unter der stationären Behandlung sei es bis anhin erst zu einer leichten Rückbildung der initial hoch akuten Symptomatik gekommen, so dass derzeit noch ein manisch-expansives Syndrom, zuweilen aber auch bereits eine gedrückte resignierte und pessimistische Stimmung (im Sinn einer gemischten Episode einer bipolaren affektiven Störung) imponiere. Die Beschwerdegegnerin (am 7. April 2022, act. G 25) und die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers (am 4. Mai 2022, act. G 26) verzichteten auf eine Stellungnahme. Erwägungen Im Streit liegt die Verfügung vom 17. Januar 2020, mit welcher die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer für die Zeit vom 1. Januar 2017 bis 28. Februar 2019 eine ganze Rente und für die Zeit ab 1. März 2019 eine halbe Rente zugesprochen hat. Der Beschwerdeführer lässt eine unbefristete ganze Rente, eventualiter (nach der Phase der Ausrichtung einer ganzen Rente) ab März 2019 eine Dreiviertelsrente beantragen. - Die Beschwerdegegnerin hat in der angefochtenen Verfügung berufliche Massnahmen wegen der mangelnden subjektiven Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers

als nicht angezeigt bezeichnet, indessen auch angemerkt, dass jederzeit Massnahmen der Wiedereingliederung durchgeführt werden könnten, soweit diese angezeigt seien. Im Beschwerdeverfahren werden berufliche Massnahmen nicht beantragt. Sollte sich der Rentenanspruch bestätigen, gehörte zum Streitgegenstand notwendigerweise auch die Frage, ob die Beschwerdegegnerin den Grundsatz "Eingliederung vor Rente" beachtet und eine allfällige Pflicht des Beschwerdeführers zu Massnahmen ausreichend in Anspruch genommen habe. - Auch die Auferlegung der Schadenminderungspflicht (im Sinn einer erforderlichen durchgehenden psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung) und die Verrechnung sind im Beschwerdeverfahren nicht angefochten worden; sie bilden daher nicht Streitgegenstand. Nach Art. 28 Abs. 2 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20; in der vorliegend anwendbaren, bis 31. Dezember 2021 in Kraft gewesenen Fassung, vgl. BGE 132 V 215 E.3.1.1) besteht der Anspruch auf eine ganze Invalidenrente, wenn die versicherte Person mindestens zu 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens zu 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % Anspruch auf eine Viertelsrente. Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG, SR 830.1; vgl. schon BGE 102 V 165). Sämtliche psychischen Erkrankungen sind nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung (vgl. BGE 143 V 418 E. 7.1 f.) grundsätzlich (bei Ausnahmen nach dem jeweiligen Beweisbedarf) einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen. Dasselbe gilt nach der neueren - erst nach dem Gutachten entwickelten - Rechtsprechung des Bundesgerichts (BGE 145 V 215) auch für die Frage, ob und gegebenenfalls inwieweit sich ein fachärztlich diagnostiziertes Abhängigkeitssyndrom im Einzelfall auf die Arbeitsfähigkeit der versicherten Person auswirke (vgl. BGE 145 V 215 E. 7). Die funktionellen Folgen der Gesundheitsschädigung sind danach qualitativ zu erfassen und quantitativ einzuschätzen. Für die Beurteilung des funktionellen Leistungsvermögens sind in der Regel diverse Standardindikatoren beachtlich, die in zwei Kategorien systematisiert werden, nämlich einerseits in der Kategorie des funktionellen Schweregrads und andererseits in jener der Konsistenz. Zum funktionellen Schweregrad sind die Komplexe "Gesundheitsschädigung" (mit den Aspekten der Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde, des Behandlungs- und Eingliederungserfolgs oder der entsprechenden Resistenz und der Komorbiditäten), "Persönlichkeit" (mit Persönlichkeitsdiagnostik und persönlichen Ressourcen) und "Sozialer Kontext" zu berücksichtigen. In der Kategorie der Konsistenz geht es um Gesichtspunkte des Verhaltens, namentlich um eine gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen und um behandlungs- und eingliederungs-anamnestisch ausgewiesenen Leidensdruck (vgl. BGE 141 V 281 E. 4.1.3). Soweit die festgestellte Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung beruht oder unter dem Einfluss der Folgen der Erzielung eines sekundären Krankheitsgewinns steht (der rechtlich grundsätzlich unbeachtlich zu bleiben hat, vgl. BGE 130 V 352), liegt nach der Rechtsprechung regelmässig keine versicherte Gesundheitsschädigung vor (vgl. BGE 141 V 281 E. 2.2.1). Die Arbeits- bzw. Erwerbsunfähigkeit hat stets das Resultat der - einem objektiven Massstab folgenden - Beurteilung zu sein, ob die versicherte Person trotz des ärztlich diagnostizierten Leidens

zumutbarerweise einer angepassten Arbeit ganz oder teilweise nachgehen kann. Der Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers sind am 26. November 2018 psychiatrisch begutachtet und eingeschätzt worden. Wie aus dem Gutachten vom 20. Dezember 2018 ersichtlich wird, nahm der Gutachter die Angaben des Beschwerdeführers zur Kenntnis. Es wurde festgehalten, der Beschwerdeführer habe erklärt, seine frühkindliche Entwicklung sei motorisch und sprachlich ohne Besonderheiten verlaufen (vgl. IV-act. 87-10). Im Alter von 16 Jahren (somit 200\_) habe er mit "Kiffen" begonnen. Sich auf die Arbeit auswirkende Beeinträchtigungen habe er davon nicht bemerkt (vgl. IV-act. 87-9). Ab diesem Alter seien durchgängig gute wechselnd mit schlechten Phasen aufgetreten (vgl. IV-act. 87-8). Die Ausbildung (Lehre) habe vier Jahre gedauert (vgl. IV-act. 87-10). Während der Lehre habe er eine depressive Phase gehabt, in der er nicht einmal das Aufräumen eines Bücherregals geschafft habe (vgl. IV-act. 87-10). Nach der Lehre habe er während zweieinhalb Jahren als \_\_\_N.\_\_\_ an etwa 50 bis 63 Stunden pro Woche gearbeitet (vgl. IV-act. 87-11; gemäss IK wohl von März 2009 bis Dezember 2010). Während eines kleineren manischen Schubs habe er sich in der Akademie für \_\_\_O.\_\_\_ eingeschrieben. Nach drei Monaten sei es ihm zu viel geworden, er sei in eine depressive Phase geraten und habe deswegen das Pensum auf 80 % reduziert. Eineinhalb Jahre später sei es wieder zu einer manischen Phase gekommen. Die Mitarbeiter hätten ihn ermahnt, sich anzupassen. Nach drei Monaten sei er wieder depressiv geworden (vgl. IV-act. 87-11). Erstmals vor drei oder vier Jahren sei er von der Polizei in die \_\_\_klinik B.\_\_\_ gebracht worden. Zuvor habe er ein Jahr lang depressiv zuhause verbracht (vgl. IV-act. 87-8). Mit nun 3\_ Jahren sei er schlechter dran als mit 18 Jahren. Seit sechs Jahren (sc. demnach seit 2012, ab dem Alter von 2\_ Jahren) kämpfe er gegen seine Krankheit (vgl. IV-act. 87-9). In manischen Schüben habe er Kokain geschnupft, sonst nie. Einmal habe er "MDMA" (Methylenedioxyamphetamin, eine Partydroge) probiert. Zurzeit konsumiere er CBD (schwach psychoaktives Cannabinoid ohne THC-Anteil, meist als \_\_\_). Sonst (gemeint sei wohl Kokain) sei er seit einem Dreivierteljahr "sauber". Alkohol trinke er zurzeit wenig, zwischen dem 18. und dem 23. Altersjahr sei es mehr gewesen und es sei mehrfach zu Abstürzen gekommen (vgl. IV-act. 87-9 f.). Während der ab \_\_\_ 2017 innegehabten Anstellung habe er morgens um 06.00 Uhr aufstehen und bis 17.00 Uhr arbeiten müssen. Er habe die Stelle schon mit einer Depression angetreten und habe sich in dieser Depression durch die Arbeit durchkämpfen müssen. Im Januar 2018 hätte er noch im Pensum von 60 % arbeiten sollen. Durch die Reduzierung des Pensums habe er sich mehr Freiheit erhofft. Nach den Weihnachtstagen sei er jedoch submanisch geworden, es sei ihm alles egal geworden und er habe die Vorstellung bekommen, einen Obdachlosen spielen zu müssen (vgl. IV-act. 87-6). Ob er noch ein volles Pensum schaffe, sehe er sehr skeptisch. Er denke an einen erneuten, jedoch langsam voranschreitenden Wiedereingliederungsversuch mit Unterstützung durch einen Coach (vgl. IV-act. 87-11). Eine volle Tätigkeit scheine ihm nicht mehr möglich. Er wolle aber unbedingt arbeiten. Es sollte ihm aber noch Zeit zur Regeneration bleiben. Er benötige finanzielle Unterstützung (vgl. IV-act. 87-13). Der Gutachter der Psychiatrie erhob auch den Befund und beschrieb hierzu, die Stimmung des Beschwerdeführers sei mittelgradig bedrückt und depressiv gewesen. Dieser habe in den sehr ausführlichen Schilderungen von Müdigkeit, unzureichendem Antrieb, Interessenverminderung und Rückzugsbedürfnis einerseits und in den Klagen über Einsamkeitserleben andererseits einen "traurig wirkenden Leidensdruck" vermittelt (vgl. IV-act. 87-15). Emotional habe eine deutliche Labilität bestanden. Affektiv sei der Beschwerdeführer gut erreichbar gewesen. Es sei zu verbittert wirkenden Äusserungen über

die desolat erlebte gegenwärtige Lebenssituation mit bedrückender Zukunftsperspektive und Selbstenttäuschung gekommen, worin auch Elemente von nicht ganz akzeptierter (bzw. vorhandener) Krankheitseinsicht wahrnehmbar geworden seien. Zu Affektausbrüchen oder affektivem Kontrollverlust sei es jedoch (sc. bei der Begutachtung) nie gekommen. Psychomotorische Auffälligkeiten seien nicht festzustellen gewesen. Der Antrieb sei trotz der verbalen Lebendigkeit insgesamt vermindert gewesen bei mittelgradig erscheinendem Selbstmotivationsvermögen (vgl. IV-act. 87-15). Des Weiteren hat sich der Gutachter der Psychiatrie mit den Standardindikatoren für eine Objektivierung der Einschränkungen befasst. Zum Schweregrad erklärte er, die Erkrankung sei schwer. Auch in ausgeglichenen Zuständen bestehe eine deutlich eingeschränkte Leistungsfähigkeit wegen der fragilen emotional-affektiven Belastungsfähigkeit und einer reduzierten Stresstoleranz mit global verminderter psychischer und physischer Resilienz (vgl. IV-act. 87-20). Eine Restarbeitsfähigkeit sei aber in ausgeglichenem Zustand durchaus vorhanden. Zur Frage der Gleichmässigkeit der Einschränkungen in (den mit einer Arbeitstätigkeit) vergleichbaren Situationen legte der Gutachter dar, aus den Schilderungen des Beschwerdeführers über Arbeits-, Freizeit-, Hobby- und allgemeiner Lebensgestaltung sowie aus der Schwere der durchgemachten Erkrankungsphasen werde ersichtlich, dass das gesamte biophysisch-psychoziale, energetische Niveau des Beschwerdeführers im Vergleich zur Zeit vor dem Krankheitsausbruch 2015 (damals einjährige nicht oder völlig unzureichend behandelte, nicht näher dokumentierte Depressionsphase im Sinn einer Aktivitätsnivellierung aller Lebensbereiche) beeinträchtigt sei (vgl. IV-act. 87-20). Der Leidensdruck sei - mit Auswirkung auf gefühlte und erlebte Lebensqualität - erheblich (vgl. IV-act. 87-20). IV-fremde Faktoren hätten sich nicht dargestellt (vgl. IV-act. 87-21). Was die Ressourcen und Belastungen betrifft, hielt der Gutachter dafür, die Ressourcenlage sei insofern günstig, als der Beschwerdeführer von der P. \_\_\_ unterstützt werde. Er könne sich in einer kleinen Wohnung selbständig versorgen, bemühe sich um eine Tagesstrukturierung, konsumiere nicht gewohnheitsmässig illegale Drogen oder Alkohol im Übermass, verfüge über eine handwerklich solide N. \_\_\_ausbildung und habe sich um eine zusätzliche Ausbildung als \_\_\_O. \_\_\_ bemüht (vgl. IV-act. 87-18). Die gute Berufsausbildung und das intellektuelle Leistungsniveau seien verwertbare Ressourcen. Die Selbsteinschätzung mit der Motivation, unbedingt eine geeignete Tätigkeit - nicht mehr im vollen Pensum - zu finden, liege im Bereich des Realen (vgl. IV-act. 87-20). Dem stünden persönlichkeits- und krankheitsimmanente Einschränkungen in der Belastungs- und Durchhaltefähigkeit mit Problemen im Selbstvertrauen, in der Belastungsfähigkeit und in der Stressbelastungsfähigkeit sowie eine (zumindest teilweise berechnete) Zukunfts-ängstlichkeit gegenüber. Eine diagnosefähige Persönlichkeitsstörung liege nicht vor. Derzeit halte eine mittelgradige depressive Phase an (vgl. IV-act. 87-18). Die bisherigen Behandlungen beurteilte der Gutachter als angemessen (vgl. IV-act. 87-19). Dass der Beschwerdeführer nur unregelmässig Behandlungstermine bei med. pract. E. \_\_\_ wahrgenommen habe, sei hauptsächlich durch mangelnde Krankheitseinsicht und nicht vorhandenes Verständnis für den Verlauf der Krankheit bedingt gewesen (vgl. IV-act. 87-19). Am 25. Januar 2017 (IV-act. 48-2) war von der Psychiatrischen Klinik K. \_\_\_ aufgrund von Wirkspiegelkontrollen eine eingeschränkte Medikamenten-Adhärenz angenommen worden. Hospitalisationen waren wiederholt notwendig geworden, nachdem der Beschwerdeführer die verschriebene Medikation abgesetzt hatte (vgl. IV-act. 48, IV-act. 75-4; aus der Zeit nach dem vorliegenden Beurteilungszeitraum [der bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung dauert] vgl. act. G 8.1.2 S. 1, act. G 12.1 S. 2 oben, act. 17.1

S. 1 f.). Eine Depotmedikation hat er nach der Aktenlage abgelehnt. Die behandelnde med. pract. E. \_\_\_ berichtete dem Gutachter von Zwangsmassnahmen, die (wohl im stationären Rahmen) u.a. wegen Therapieverweigerung des Beschwerdeführers hätten ergriffen werden müssen (vgl. IV-act. 87-16). Gemäss den Darlegungen im Gutachten (der Gutachter erwähnt eine erforderliche Überzeugungsarbeit, vgl. IV-act. 87-20) liegen zwar krankheitsimmanente Einschränkungen in der Belastungs- und Durchhaltefähigkeit vor; es ist aber davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer zur Umsetzung der Arbeitsfähigkeit von 50 % in der Lage und sie ihm zumutbar ist (vgl. IV-act. 87-20 f.). Zur Bedeutung des Konsums diverser schädlicher Substanzen bzw. einer allfälligen Abhängigkeit und Sucht des Beschwerdeführers im Einzelnen legte der Gutachter dar, eine Abhängigkeitsproblematik im Sinn einer Sucht sensu strictu sei den Vorberichten nicht zu entnehmen. Der Konsum von psychotropen Substanzen in der manischen Phase sei einem krankheitsimmanenten Kontrollverlust zuzurechnen und habe mit einer Abhängigkeit nichts zu tun, wenn der Konsum phasenbezogen nur in der Manie und nicht auch hinterher im "Gleichgewichtsstadium" der Erkrankung oder in der Depression weiterbestehe (vgl. IV-act. 87-17). Offenbar nahm der Gutachter an, das Letztere treffe zu. Dem Gutachten lässt sich wie erwähnt entnehmen, dass der Beschwerdeführer im Alter von 16 Jahren (somit 200\_) mit "Kiffen" begonnen habe und ab diesem Alter durchgängig gute wechselnd mit schlechten Phasen aufgetreten seien (vgl. IV-act. 87-8). Der Psychiatrischen Klinik K. \_\_\_ gegenüber hat der Beschwerdeführer zwar gemäss Bericht vom 25. Januar 2017 (IV-act. 48) angegeben, regelmässig THC, Ritalin und Alkohol zu konsumieren. Gemäss dem Austrittsbericht vom 26. Mai 2020 (allerdings aus einer Zeit erst nach Erlass der angefochtenen Verfügung stammend) hat er ferner zu verstehen gegeben, dass er von einem Konsum von Cannabis oder zumindest von CBD nicht absehen wolle. Nach dem Austrittsbericht vom 26. Mai 2020 war eine differenzierte Exploration zu den Noxen im Übrigen nicht möglich gewesen, weil der Beschwerdeführer nicht mitgewirkt hat. Gemäss dem Gutachten hat die Laboruntersuchung anlässlich der Begutachtung jedoch keinen Anhaltspunkt für einen aktiven Alkohol- und Drogenkonsum ergeben und hat der Medikamentenspiegel von Valproinat gegen einen suchtrelevanten Alkohol- und Drogenmissbrauch gesprochen (vgl. IV-act. 87-15). Die gutachterliche Annahme, dass der Konsum in manischen Phasen einem krankheitsimmanenten Kontrollverlust zuzurechnen sei, scheint zudem möglich. Selbst wenn aber von einer Suchterkrankung auszugehen wäre, wäre überwiegend wahrscheinlich anzunehmen, dass sie im Verhältnis zur bipolaren affektiven Störung im Hintergrund steht. Der Gutachter der Psychiatrie stellte beurteilend fest, aufgrund seiner umfangreichen Evaluation könne kein vernünftiger Zweifel daran bestehen, dass der Beschwerdeführer an einer erheblichen (auch sein soziales Gefüge immer wieder beeinflussenden und bedrohenden) bipolar affektiven Störung leide, die bereits in deutlichen Vorphasen in der frühen Adoleszenz ab dem 16. Altersjahr in Erscheinung getreten, aber noch nicht erkannt worden sei (vgl. IV-act. 87-16). Das ergebe sich aus den eingehenden, lehrbuchmässigen Zustandsbeschreibungen der durchgemachten depressiven und manischen Phasen durch den Beschwerdeführer (die innere Bewegtheit und die äusserlich erkennbare Emotionalität des tatsächlich Erlebten hätten dagegen gesprochen, dass er etwas "Gelerntes" wiedergegeben habe) und der psychiatrischen Befundevaluation mit Berücksichtigung der Aktenunterlagen und der massiven familiären Krankheitsheredität (vgl. IV-act. 87-16). Des Weiteren habe der Beschwerdeführer eine phobische Angststörung in Form einer Agoraphobie beschrieben (Furcht vor Verlassen des Hauses, vor Betreten von Geschäften und davor, sich unter Menschenmengen entweder auf

grossen Plätzen oder in grossen Räumen aufzuhalten, sowie davor, öffentliche Verkehrsmittel zu Stosszeiten zu benutzen, vgl. IV-act. 87-17). - Das vom Beschwerdeführer bei der Begutachtung immer wieder geklagte mangelnde Konzentrationsvermögen (vgl. IV-act. 87-15, IV-act. 87-13 und 87-11) konnte allerdings kaum objektiviert werden, stellte der Gutachter doch fest, der Beschwerdeführer sei dem Gespräch durchaus aufmerksam gefolgt, habe konzentriert gewirkt, mit Fokussierung auf das jeweils angesprochene Thema, und die Merkfähigkeit scheinbar kaum beeinträchtigt (vgl. IV-act. 87-15). Auch von den vom Beschwerdeführer beschriebenen und vom Gutachter angenommenen Angststörungen sind soweit ersichtlich keine Auswirkungen aktenkundig geworden. In dieser Hinsicht hat sich der Gutachter u.a. auch auf subjektive Angaben des Beschwerdeführers gestützt, was für den Beweiswert insgesamt allerdings nicht als ausschlaggebend zu betrachten ist. Der Experte schloss, der Beschwerdeführer sei in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als N.\_\_\_\_/O.\_\_\_\_ an vier Stunden (sc. pro Tag) uneingeschränkt arbeitsfähig. Es bestehe somit eine Arbeitsfähigkeit von 50 %. Die Auswirkungen der Krankheit mit dieser um die Hälfte eingeschränkten Arbeitsfähigkeit betreffen alle Tätigkeiten (vgl. IV-act. 87-21). Auch in einer adaptierten Tätigkeit bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 50 % (vgl. IV-act. 87-21 f.). Die psychiatrische Begutachtung erscheint somit zunächst insoweit als vollständig, als nach dem Dargelegten die geklagten Beschwerden und die Anamnese erfragt worden sind und eine gutachterliche Exploration erfolgt ist. Die Begutachtung basiert auf einer Kenntnis der Vorakten im Zusammenhang mit der Früherfassungsmeldung und IV-Anmeldung vom Januar 2016. Die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers wendet jedoch ein, die attestierte Arbeitsfähigkeit (von 50 %) sei gemäss dem Gutachten an eine Bedingung geknüpft worden. - Der Gutachter hielt einerseits fest, zur Utilisierung der "verbliebenen" Leistungs- und Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers seien sorgfältig begleitete Integrationsschritte seitens der Beschwerdegegnerin unabdingbar, also u.a. Arbeitserprobung, vor allem die ersten Arbeitsmonate begleitende Unterstützung durch einen Coach, Kontrolle der ambulanten Behandlungstermine mit ärztlicher Bestätigung, Anforderung von Verlaufsberichten alle drei Monate und Pensensteigerung allenfalls in 10er Schritten mit jeweils längerer Zeitdauer vor weiterer Erhöhung (vgl. IV-act. 87-19). Andererseits wies der Gutachter jedoch darauf hin, dass der Umstand, dass eine durchgehende, vom Krankheitsverlauf abhängige Behandlungsfrequenz erforderlich sei, unabdingbare Voraussetzung dafür sei, dass mit einer relevanten Verbesserung/Steigerung der Arbeitsfähigkeit von derzeit 50 % zu 80 % gerechnet werden könne (vgl. IV-act. 87-22). Ab dem Begutachtungstag attestierte er abschliessend wie erwähnt die Arbeitsfähigkeit von 50 % (vgl. IV-act. 87-21). Aus diesen gutachterlichen Feststellungen ergibt sich insgesamt (vgl. IV-act. 87-19, -21 und -22 zusammen) mit überwiegender Wahrscheinlichkeit, dass eine Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers von 50 % bereits zur Begutachtungszeit - und nicht erst prospektiv nach einer (weiteren, nämlich voraussichtlich zu einer Arbeitsfähigkeit von 80 % hinführenden) Verbesserung des Gesundheitszustands - gutachterlich medizinisch als zumutbar betrachtet wurde. Der Gutachter beantwortete eine entsprechende Frage denn auch ausdrücklich dahingehend, dass beim Beschwerdeführer keine Situation vorliege, bei welcher nur theoretisch relevante arbeitsbezogene Ressourcen bestünden, diese aber aufgrund interaktioneller Schwierigkeiten (wie etwa fehlender Sozialkompetenz) an einem regulären Arbeitsplatz nicht umsetzbar wären (vgl. IV-act. 87-22). Es ist demnach darauf abzustellen, dass, wie vom Experten der Psychiatrie festgehalten, für den Beschwerdeführer zurzeit der Begutachtung vom November 2018 - trotz der schweren Erkrankung - die

Leistung einer Arbeit von 50 % als (möglich und) medizinisch zumutbar betrachtet worden ist (zum weiteren Einwand betreffend eine allfällige Sachverhaltsänderung vgl. unten E. 5.2). Was den Sachverhalt in der zurückliegenden Zeit betrifft, hielt der Gutachter der Psychiatrie fest, der Beschwerdeführer sei ab Januar 2016 (bis zur Begutachtung vom 26. November 2018) durchgehend voll arbeitsunfähig gewesen (vgl. IV-act. 87-21). Er stamme aus einer mit psychiatrischen Krankheiten erheblich belasteten Familie. Mit Ausnahme der in Kindheit und frühem Jugendalter erlebten depressiven Phasen der P.\_\_\_\_ habe es bei ihm aber keine massgeblichen aussergewöhnlichen psychosozialen Belastungen traumatisierenden Ausmasses gegeben. Mit subdepressiven und hypomanischen Vorphasen ab dem 16. Lebensjahr (somit ab 200\_) sei die bipolar affektive Störung zuerst in einer langen depressiven Phase 2015 manifest geworden und habe wegen einer virulent manischen Episode 2016 zur ersten psychiatrischen Hospitalisierung geführt. Bei der faktisch ab 2016 vorliegenden durchgehenden Arbeitsunfähigkeit seien auch IV-geleitete berufliche Massnahmen gescheitert (vgl. IV-act. 87-18). - Der Gutachter attestierte dem Beschwerdeführer für die Zeit der depressiven Phase 2015 (noch) keine Arbeitsunfähigkeit. Er hat nach der Aktenlage auf das erstmalige aktenkundige Arbeitsunfähigkeitsattest ab 4. Januar 2016 abgestellt (vgl. unten E. 5.2.1). Der Beschwerdeführer wendet gegen die Stichhaltigkeit des Gutachtens ein, die Annahme einer realisierbaren Arbeitsfähigkeit von 50 % (zur Begutachtungszeit) sei offensichtlich falsch, da eine Begründung für die angenommene massive Verbesserung der - gemäss dem Gutachten in der Zeit davor nicht vorhandenen - Arbeitsfähigkeit auf diese 50 % fehle. Wie den Angaben der \_\_\_\_klinik B.\_\_\_\_ vom 15. Februar 2016 zu entnehmen ist, lag angesichts der Hospitalisation ab 4. Januar 2016 (wegen der rezidivierenden depressiven Störung, damals mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom, einer generalisierten Angststörung und einer Aufmerksamkeitsstörung ohne Hyperaktivität) zunächst eine volle Arbeitsunfähigkeit vor. Ab Mitte März 2016 könne mit einer Arbeitsfähigkeit von 20 % gerechnet werden. - Von Seiten des Einsatzprogramms war am 31. August 2016 berichtet worden, der Beschwerdeführer habe ein Arbeitsunfähigkeitszeugnis von 50 % vorgewiesen, und es sei von einer Arbeitsfähigkeit von 30 bis 40 % auszugehen, aber zu bezweifeln, dass der Beschwerdeführer auf dem ersten Arbeitsmarkt bestehe (vgl. IV-act. 36-4). - Am 28. September 2016 nahm med. pract. E.\_\_\_\_ an, die Arbeit sei dem Beschwerdeführer zumutbar, wahrscheinlich mit verminderter Leistungsfähigkeit. - Gemäss der Beurteilung des RAD vom 18. November 2016 war medizin-theoretisch von einem instabilen Gesundheitszustand und einer Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers von 100 % für alle Tätigkeiten auszugehen. - Die Psychiatrische Klinik K.\_\_\_\_ befürwortete am 25. Januar 2017 eine IV-gestützte Wiedereingliederung ins Berufsleben und hielt eine gewisse Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers demnach als gegeben. - Ab Juni 2017 arbeitete der Beschwerdeführer nach der Aktenlage in vollem Pensum, aber mit krankheitsbedingten Absenzen. Am 4. August 2017 berichtete med. pract. E.\_\_\_\_ von einer seit dem 28. September 2016 eingetretenen Verbesserung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers. Sicherlich zumutbar sei eine Arbeitstätigkeit von 50 %, wahrscheinlich auch eine solche von 100 % mit reduzierter Leistung. Im Januar 2018 war der Beschwerdeführer im Rahmen einer Integrationsmassnahme vorübergehend zu 60 % erwerbstätig. Aus dieser echtzeitlichen Aktenlage vor der Begutachtung lässt sich ausgehend von der Hospitalisation ab 4. Januar 2016 mit voller Arbeitsunfähigkeit eine gewisse Steigerung der Arbeitsfähigkeit im Zeitablauf ablesen. Insbesondere beschrieb wie erwähnt med. pract. E.\_\_\_\_ am 4. August 2017 eine Verbesserung des Gesundheitszustands

seit dem 28. September 2016 und eine Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers von noch 50 %. Gemäss dem Austrittsbericht vom 24. Mai 2018 (IV-act. 75-3 ff.) war im April 2018 erneut eine Hospitalisation (FU) erfolgt. Nach der Beurteilung des Gutachters konnte, da zwischenzeitlich stabilere Zustände nicht anhaltend waren, noch bis zur Begutachtung eine volle Arbeitsunfähigkeit angenommen werden; hernach - ab November 2018 - mutete der Experte dem Beschwerdeführer eine Arbeitsfähigkeit von 50 % zu. Der gutachterlichen Beurteilung kann bezüglich der Retrospektive mit überwiegender Wahrscheinlichkeit gefolgt werden. Von weiteren Abklärungen kann diesbezüglich keine Verbesserung der Sachverhaltsgrundlagen mehr erwartet werden. Hinsichtlich des Sachverhalts im Zeitraum nach der Begutachtung hat der Gutachter der Psychiatrie selbst zur Prognose dargelegt, die Behandlungen des Beschwerdeführers dürften dann eine günstige Wendung zu Stabilisierung haben, wenn infolge Krankheitseinsicht Behandlungseinsicht erreicht sei. Eine in Richtung dieser notwendigen Voraussetzung weisende Einsichtswilligkeit schein sich beim Beschwerdeführer nun einzustellen. Dafür spreche auch der hohe Orfiril-Laborwert (vgl. IV-act. 87-19). Die Prognose sei grundsätzlich ab dem Zeitpunkt günstig, da die Behandlungscompliance des Beschwerdeführers sich stabilisiere und da diese auch über die Zeiten hinweg stabil bleibe, in denen weder ein depressiver noch ein manischer Krankheitszustand vorliege. Eine gute Prognose setze voraus, dass der Beschwerdeführer in ständiger Überwachung durch Behandler bleibe und fähig und gewillt sei, erste Krankheitsvorboten nicht nur wahrzunehmen, sondern diese (aus selbst erkannter Notwendigkeit heraus) auch adäquat - wenn nötig auch stationär - behandeln zu lassen. Zu dieser notwendigen Einsicht und Kooperation komme es erfahrungsgemäss erst nach mehrfachen leidvollen Phasenerfahrungen (vgl. IV-act. 87-19). Der Gutachter hielt fest, aus den FU-Unterbringungen mit Zwangsbehandlung habe sich die subjektive Meinung des Beschwerdeführers ergeben, sich nie mehr einer stationären psychiatrischen Behandlung unterziehen zu wollen (vgl. dazu IV-act. 87-14). Im Akutfall werde das aber kaum umgangen werden können. Diesbezüglich sei noch weitere Überzeugungsarbeit erforderlich, auch was die verlässliche Wahrnehmung der ambulanten Behandlungstermine betreffe (vgl. IV-act. 87-20 f.). Der IV-Berater Berufliche Integration hat später am 29. Mai 2019 erklärt, es habe sich (beim Assessmentgespräch vom 25. April 2019) gezeigt, dass der Beschwerdeführer nicht zu 50 % arbeitsfähig sei. Er sei höchst labil. Beim gemeinsamen Gespräch (der behandelnden Psychiaterin, der IIZ-Beraterin, der Beiständin und ihm) vom 23. Mai 2019 habe die behandelnde Psychiaterin beim Beschwerdeführer zwar Potenzial für eine Arbeitsfähigkeit von 50 % gesehen, von dem er allerdings noch weit entfernt sei (zurzeit sei er eventuell zu 20 % arbeitsfähig). Auch die Beiständin sei mit dem Ergebnis des Gutachtens einer Arbeitsfähigkeit von 50 % nicht einverstanden (vgl. IV-act. 100). Selbst die behandelnde Psychiaterin med. pract. E. \_\_\_ nahm indessen gemäss ihrem Bericht vom 11. Juni 2019 (IV-act. 102) weiterhin an, der Beschwerdeführer sei in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit zu 50 %, in einer ideal angepassten Arbeit (draussen, in Garten und Natur) zu 50 bis 60 % arbeitsfähig. - Demnach kann im vorliegenden Beurteilungszeitraum bis zum Verfügungserlass vom 17. Januar 2020 (einstweilen unter Vorbehalt der Frage nach einer allfälligen anderen Beurteilung aus rückblickender Sicht, vgl. dazu E. 6.3 nachfolgend) von einem im Wesentlichen unveränderten Zustand mit entsprechender Arbeitsunfähigkeit ausgegangen werden. Was die Verhältnisse nach Erlass der Verfügung betrifft, war der Beschwerdeführer nochmals vom 8. April bis 20. Mai 2020 - somit während einer Zeit ab knapp drei Monaten nach Erlass der angefochtenen Verfügung - in der J. \_\_\_ und später vom 20. Dezember 2020 bis 29. Januar 2021 - somit rund elf Monate

nach Erlass der angefochtenen Verfügung - in der Akutpsychiatrie und Notfall Station der Psychiatrie D.\_\_\_\_ psychiatrisch hospitalisiert worden. Gemäss Austrittsbericht der J.\_\_\_\_ vom 26. Mai 2020 (act. G 8.1.2) waren Krankheitsgefühl und Krankheitseinsicht des Beschwerdeführers eingeschränkt vorhanden gewesen, ebenso sei er eingeschränkt behandlungsbereit gewesen. Es habe ein selbstschädigendes Verhalten im Sinn von "Desorganisiertheit" und eingeschränkter Urteils- und Einsichtsfähigkeit bestanden (S. 2). Dem Austrittsbericht der Psychiatrischen Klinik K.\_\_\_\_ vom 19. Februar 2021 (act. G 12.1) war zu entnehmen, dass beim Beschwerdeführer im kurzen (Hospitalisations-) Verlauf eine zunehmende manische Dekompensation beobachtet worden sei. Er sei immer grenzüberschreitender, ungeduldiger und fordernder geworden. Es sei ihm extrem schwer gefallen, sich an Vereinbarungen zu halten, und es sei mehrmals zu Drohungen gegenüber dem Personal gekommen. Im Verlauf seien die Beschwerden unter Medikation immer mehr in den Hintergrund gerückt. - Für die vorliegende Beurteilung bildet der Zeitpunkt bei Erlass der angefochtenen Verfügung (hier vom 17. Januar 2020) grundsätzlich den Abschluss des relevanten Sachverhalts (vgl. BGE 121 V 362 E. 1b, BGE 125 V 150 E. 2c). Nach dem Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen Verfügung erhobene Befunde sind dagegen rechtsprechungsgemäss lediglich - aber immerhin - noch insofern von Bedeutung, als sie einen vorbestehenden Zustand beschreiben bzw. als sie mit dem Streitgegenstand in engem Sachzusammenhang stehen und geeignet sind, die Beurteilung im Zeitpunkt des Verfügungserlasses zu beeinflussen (zu Letzterem vgl. Bundesgerichtsurteil vom 7. Oktober 2016, 8C\_357/2016 E. 3.2; vgl. BGE 99 V 102). - Von Letzterem ist nach dem Dargelegten nicht auszugehen. Es besteht nicht Grund, die Beurteilung gemäss dem Gutachten rückblickend aufgrund der erwähnten Akten in Frage zu stellen. Für den vorliegend relevanten Sachverhalt kann in medizinischer Hinsicht demnach mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Gutachten abgestellt werden. Zusammenfassend ist der Beschwerdeführer gemäss dem Gutachten in medizinischer Hinsicht ab Januar 2016 (bis November 2018) als durchgehend voll arbeitsunfähig und ab dem 26. November 2018 als zu 50 % arbeitsunfähig zu betrachten. Anspruch auf eine Rente haben nach Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. c). Nach Art. 29 Abs. 1 IVG entsteht der Rentenanspruch frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG. Angesichts der erwähnten Dauer der vollen Arbeitsunfähigkeit ist davon auszugehen, dass im Januar 2017 ein Wartejahr mit einer durchschnittlichen ausreichenden (100-prozentigen) Arbeitsunfähigkeit abgelaufen ist und dannzumal eine Invalidität von 100 % anhaltend weiterdauerte. Von beruflichen Massnahmen war damals dementsprechend keine relevante Senkung dieses Invaliditätsgrads zu erwarten. Da die IV-Anmeldung vom Januar 2016 datiert, steht auch Art. 29 Abs. 1 IVG einer Auszahlung ab Januar 2017 nicht entgegen. Für die Zeit ab November 2018 zeigt sich in einem Einkommensvergleich Folgendes. Die Beschwerdegegnerin ist von einem Valideneinkommen 2016 von Fr. 70'200.-- pro Jahr als \_\_\_\_O.\_\_\_\_ (gemäss Arbeitgeberfragebogen, IV-act. 11-3) ausgegangen (vgl. IV-act. 109). Die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers nimmt ein Valideneinkommen von Fr. 63'700.-- an (gemäss Anhang I des GAV für das N.\_\_\_\_gewerbe, vgl. dazu auch den IK-Auszug IV-act. 8). Den vorhandenen Akten ist zu entnehmen, dass der

Beschwerdeführer nach der Primarschule ein Jahr lang die Real- und hernach drei Jahre lang die (öffentliche) Sekundarschule besucht habe. Er habe in der Zeit vom \_\_\_\_ 2004 bis \_\_\_\_ 2008 die EFZ-Lehre gemacht (IV-act. 110-1; der Ausweis selbst fehlt in den Akten, da die konkreten Daten bekannt waren, ist jedoch zu schliessen, dass der Beschwerdegegnerin ein Ausweis vorlag). Mit dem Abschluss der Lehre hat der Beschwerdeführer eine ordentliche Berufsausbildung abgeschlossen. Die erworbenen Berufskennnisse als solche sind entsprechend mit üblichen Verdienstmöglichkeiten verwertbar, was gegen eine Anwendbarkeit von Art. 26 IVV spricht (vgl. Bundesgerichtsurteil vom 8. September 2021, 8C\_236/2021 E. 3.2). Der Beschwerdeführer hat gemäss IK-Auszug nach der Lehre zudem auch einmal in einem anderen Arbeitsverhältnis ein Jahr und zehn Monate lang eine Anstellung gehabt. Was das Invalideneinkommen betrifft, hat der Beschwerdeführer kein als solches massgebliches Einkommen mehr erzielt, weshalb grundsätzlich auf die Tabellenlöhne zu greifen ist. Vorausgesetzt ist allerdings, dass die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers verwertbar ist. Bei der Invaliditätsbemessung wird wie in Art. 16 ATSG angeordnet eine ausgeglichene Arbeitsmarktlage angenommen. Es kommt demnach nicht darauf an, ob eine invalide Person unter den konkreten Arbeitsmarktverhältnissen tatsächlich an eine Stelle vermittelt werden kann, sondern einzig darauf, ob und in welchem Rahmen sie die ihr verbliebene Arbeitskraft noch wirtschaftlich nutzen könnte, wenn die verfügbaren Arbeitsplätze dem Angebot an Arbeitskräften entsprächen (vgl. Bundesgerichtsurteil vom 4. Mai 2018, 9C\_294/2017 E. 5.4.2., AHI 1998 S. 287 E. 3b). Der massgebliche theoretische und abstrakte ausgeglichene Markt (vgl. BGE 134 V 64, BGE 129 V 480 E. 4.2.2) hat nämlich rein hypothetischen Charakter und dient ausserdem dazu, die Risiken von Arbeitslosigkeit und Invalidität voneinander abzugrenzen (vgl. BGE 141 V 351 E. 5.2, Bundesgerichtsurteil vom 23. September 2014, 9C\_192/2014 E. 3.1; BGE 110 V 276 E. 4b). Was die verlangten beruflichen und intellektuellen Voraussetzungen wie auch den körperlichen Einsatz angeht, weist er einen Fächer verschiedenster Tätigkeiten auf (vgl. Bundesgerichtsurteile vom 5. November 2018, 9C\_304/2018 E. 5.1.1, und vom 10. April 2019, 8C\_811/2018 E. 4.4.1). Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts umfasst er selbst sogenannte Nischenarbeitsplätze, also Stellen- und Arbeitsangebote, bei welchen gesundheitlich Beeinträchtigte mit einem sozialen Entgegenkommen von Seiten des Arbeitgebers rechnen können (vgl. Bundesgerichtsurteile vom 18. Dezember 2019, 9C\_693/2019 E. 5.1.3, und vom 28. November 2014, 9C\_485/2014). Realitätsfremde Einsatzmöglichkeiten dürfen bei der Invaliditätsbemessung aber nicht berücksichtigt werden. Von einer zumutbaren Tätigkeit im Sinn von Art. 16 ATSG kann insbesondere dort nicht gesprochen werden, wo sie nur in so eingeschränkter Form möglich ist, dass sie der allgemeine Arbeitsmarkt praktisch nicht kennt, oder dass sie nur unter nicht realistischem Entgegenkommen eines durchschnittlichen Arbeitgebers möglich wäre und das Finden einer entsprechenden Stelle deshalb von vornherein als ausgeschlossen erscheint (vgl. Bundesgerichtsurteile vom 8. Oktober 2015, 8C\_582/2015, und vom 25. September 2018, 8C\_290/2018 E. 5.4, ZAK 1991 S. 318 E. 3b). - Der Gutachter hat eine für den Beschwerdeführer optimal adaptierte Tätigkeit umschrieben, indem er festhielt, es sollte sich um eine Tätigkeit ausserhalb des Bürobereichs handeln, am besten im Beruf als N.\_\_\_\_ oder berufsnah, ohne Leistungsstress, mit Arbeitstagesplanung, ohne Schicht- und Nachtarbeit, ohne ständige oder häufige Überstunden und mit Information des Arbeitgebers über die kritischen Krankheitsphasen (vgl. IV-act. 87-21). Vorliegend kann davon ausgegangen werden, dass die verbleibende Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers auf einem massgeblichen (ausgeglichenen)

Arbeitsmarkt verwertbar ist, da er medizinisch gesehen damit keine übermässigen Anforderungen stellen muss und eine gewisse Rücksichtnahme durch einen Arbeitgeber in diesem Zusammenhang angenommen werden darf. Invaliditätsfremde Faktoren sind dabei nicht zu berücksichtigen. Mit einfachen Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art konnten Männer im Jahr 2016 gemäss der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung LSE des Bundesamtes für Statistik (vgl. Anhang 2 der Textausgabe Invalidenversicherung, Allgemeiner Teil des Sozialversicherungsrechts, Gesetze und Verordnungen, 2019, herausgegeben von der Informationsstelle AHV/IV, S. 228) durchschnittlich ein Jahreseinkommen von Fr. 66'803.-- erzielen. Von den Tabellenlöhnen ist ein Abzug zu machen, wenn im Einzelfall Anhaltspunkte dafür bestehen, dass die versicherte Person ihre gesundheitlich zumutbare verbleibende (Rest-) Arbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten kann. Bei der Bestimmung der Höhe des Abzuges ist der Einfluss aller in Betracht fallenden Merkmale auf das Invalideneinkommen unter Würdigung der Umstände im Einzelfall gesamthaft zu schätzen und insgesamt auf höchstens 25 % des Tabellenlohnes zu begrenzen (vgl. BGE 134 V 322 E. 5.2 und BGE 126 V 75). - Die gesundheitsbedingten Einschränkungen des Beschwerdeführers sind bereits in der Arbeitsunfähigkeit berücksichtigt worden. Invaliditätsbedingt vermag er lediglich noch Teilzeitarbeit zu leisten (vier Stunden pro Tag). Gemäss Tabelle T18 des Bundesamtes für Statistik ergab sich bei Männern ohne Kaderfunktion bei einem Beschäftigungsgrad von 50 % (Fr. 5'875.--) im Vergleich zur Vollzeitbeschäftigung (Fr. 6'130.--) ein Ausfall von 4.2 %. Die Beschwerdegegnerin befürwortet einen Abzug von 10 % wegen der schwer kalkulierbaren Absenzen und der Notwendigkeit eines sozialen Entgegenkommens eines Arbeitgebers. Es rechtfertigt sich, insgesamt einen solchen Abzug als der Sachlage angemessen vorzunehmen. Mit einem Abzug von 10 % vom Tabellenlohn (verbleibendes Einkommen Fr. 30'061.--) ergibt sich selbst im Vergleich zum Einkommen von Fr. 70'200.-- angesichts der Arbeitsunfähigkeit von 50 % ein Invaliditätsgrad (von 57 %), der Anspruch auf eine halbe Rente begründet. Im Vergleich zum Valideneinkommen, das der Beschwerdeführer annimmt (Fr. 63'700.--), ergibt sich keine relevante Änderung, beläuft sich der Invaliditätsgrad doch diesfalls auf 53 %. Im Fall einer rückwirkenden Rentenfestsetzung ist es unter Umständen notwendig, den Invaliditätsgrad für verschiedene zurückliegende Zeitabschnitte nach Massgabe der jeweiligen Erwerbsunfähigkeit unterschiedlich hoch zu bemessen (vgl. BGE 106 V 16; BGE 109 V 125). Reduziert sich der Invaliditätsgrad in einer für den Rentenanspruch erheblichen Weise, ist der Zeitpunkt der Aufhebung oder Herabsetzung der bisher ausgerichteten Rente nach den für diese Konstellation analog geltenden Regeln des Art. 88a IVV zu bestimmen, während Art. 88 bis IVV nicht anwendbar ist (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 9. Dezember 2005, I 384/05 E. 6.1, BGE 106 V 16 f. E. 3a). Gemäss Art. 88a Abs. 1 IVV ist die anspruchsbeeinflussende Änderung für die Herabsetzung oder Aufhebung der Leistung bei einer Verbesserung der Erwerbsfähigkeit von dem Zeitpunkt an zu berücksichtigen, in dem angenommen werden kann, dass sie voraussichtlich längere Zeit dauern wird. Sie ist in jedem Fall zu berücksichtigen, nachdem sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate andauert hat und voraussichtlich weiterhin andauern wird. - Die rentenrelevante Änderung des Sachverhalts (mit der Senkung auf einen Anspruch auf eine halbe Rente) ist demnach vorliegend drei Monate ab der anzunehmenden Verbesserung, somit ab 1. März 2019, zu berücksichtigen. Ab diesem Zeitpunkt besteht noch Anspruch auf eine halbe Rente. Die Verfügung vom 17. Januar 2020 erweist sich somit, soweit angefochten, als rechtmässig. In

der Replik wurde als zutreffend bezeichnet, dass im Zusammenhang mit der erneuten stationären Behandlung vom April 2020 keine Verschlechterung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers im Vergleich zur Zeit der Begutachtung geltend gemacht worden sei, denn es handle sich um eine erneute schwer manische Phase, die den typischen, phasenweisen Verlauf der psychischen Erkrankung zeige. - Bei dem oben dargelegten Ausgang des Verfahrens rechtfertigt sich indessen der Hinweis, dass die mit der Replik vom 15. Juni 2020 eingereichten medizinischen Berichte allenfalls unter dem Aspekt einer möglichen Verschlechterung bzw. eines Anpassungsgesuchs geprüft werden können. Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde abzuweisen. Nach Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten über IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von 200 bis 1000 Franken festgelegt. Als unterliegende Partei hat der Beschwerdeführer die Gerichtskosten zu bezahlen (vgl. Art. 95 Abs. 1 des st. gallischen Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege [VRP/SG; sGS 951.1]). Diese sind ermessensweise auf Fr. 600.-- zu veranschlagen. Mit dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe ist die geschuldete Gerichtsgebühr getilgt. Bei diesem Verfahrensausgang hat der Beschwerdeführer 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 die Gerichtskosten von Fr. 600.-- zu bezahlen, unter Anrechnung des bezahlten Kostenvorschusses in gleicher Höhe.

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