

SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2021/59 vom 17. Mai 2022

Sg Versicherungsgericht, 2022-05-17, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2021_59

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2021/59 du 17 mai 2022

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2021/59 del 17 maggio 2022

Regeste

Neuanmeldung nach Abweisung. Würdigung namentlich eines polydisziplinären Gutachtens. Standardindikatoren (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 17. Mai 2022, IV 2021/59).

Volltext

Entscheid vom 17. Mai 2022 Besetzung Versicherungsrichterin Karin Huber-Studerus (Vorsitz), Versicherungsrichterinnen Monika Gehrler-Hug und Corinne Schambeck; Gerichtsschreiberin Fides Hautle Geschäftsnr. IV 2021/59 Parteien A.____, Beschwerdeführer, vertreten durch Rechtsanwalt Dr. iur. Ronald Pedernana, Rorschacher Strasse 21, Postfach 27, 9004 St. Gallen, gegen IV-Stelle des Kantons St. Gallen, Postfach 368, 9016 St. Gallen, Beschwerdegegnerin, Gegenstand Rente Sachverhalt A.____ meldete sich am 29. Oktober/6. November 2008 bei der Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle des Kantons St. Gallen zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an (IV-act. 1). Er habe nach der ____schule etwa eineinhalb Jahre lang (von ____ 1999 bis ____ 2001) die Berufsschule zur Lehre als ____ besucht und die Lehre abgebrochen. Wegen Panikattacken, Angststörungen und Depressionen könne er "nicht raus". Die gesundheitliche Beeinträchtigung bestehe etwa seit dem 16. Lebensjahr, sei aber mit der Zeit immer schlimmer geworden, bis er 2004 arbeitsunfähig geworden sei. Von 2000 bis 2004 sei er drogenabhängig gewesen. Seither sei er "sauber", komme aber ungefähr seit damals nicht mehr unter Leute und aus der Wohnung. Seit 200_ sei er verheiratet. Von ____ 2007 bis ____ 2008 sei er sozialhilfeabhängig gewesen. Die zuständige Ärztin des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) der Invalidenversicherung gab in einem Gesprächsprotokoll vom 11. Dezember 2008 (IV-act. 13, 15) an, Dr. med. B.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychiatrie-Zentrum C.____, habe erklärt, der Versicherte habe Probleme bei den alltäglichen Verrichtungen (Einkauf, öffentlicher Verkehr usw.). Er sei für alle Tätigkeiten voll arbeitsunfähig; eine Neu Beurteilung sei frühestens im April 2009 sinnvoll. Der Lehrabbruch im ____ 2001 sei im Zusammenhang mit der bereits bestehenden Phobie zu sehen. Am 17. Dezember 2008 (IV-act. 17) teilte die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle dem Versicherten mit, berufliche Eingliederungsmassnahmen seien zurzeit wegen des Gesundheitszustands nicht möglich. In einem IV-Arztbericht vom 20. April 2009 (IV-act. 19) gab das Psychiatrie-Zentrum C.____ (Dr. B.____) an, beim Versicherten lägen eine Agoraphobie, eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, eine Störung durch Sedativa oder Hypnotika, Abhängigkeitssyndrom, gegenwärtig abstinent, und ein Zustand nach Drogenabhängigkeit (2000 - 2004, aktuell jedoch weiterhin kein Drogenkonsum erkennbar) vor. Ab dem 15. Altersjahr habe er Cannabis konsumiert. Er leide seit etwa neun Jahren (erstmalig mit

17 Jahren unter Cannabis aufgetreten) an Angst- und Panikstörungen, die sich seit drei Jahren verstärken würden, und werde seit 25. Juli 2007 behandelt. Seit ___ Jahren sei er verheiratet. Vor etwa ___ habe seine Frau in die Schweiz einreisen können, womit er keine Sozialhilfe mehr beziehen könne. Er wäre für den Haushalt zuständig, könne aber kaum den täglichen Arbeiten und Aufgaben nachkommen. Im Vordergrund stehe die Angst- und Panikstörung mit massivem Vermeidungsverhalten. Ausserdem leide der Versicherte an Ein- und Durchschlafstörungen, ferner an Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörungen und Affektarmut, Lust-, Interesse- und Hoffnungslosigkeit. Er gehe kaum mehr aus dem Haus, sei im Kontakt oder allein schon beim Gedanken, mit mehr als zwei bis drei Personen in Kontakt zu sein, massiv überfordert und habe ein Engegefühl und Atemnot. Er sei auf dem ersten Arbeitsmarkt voll arbeitsunfähig; mit einer Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit könne nicht gerechnet werden. Die monatlichen Termine nehme er verlässlich wahr. Der Versuch einer Ergotherapie dreimal wöchentlich sei gescheitert. Eine angezeigte stationäre oder eine tagesklinische Behandlung lehne der Versicherte ab, weil ihn das Gruppenangebot überfordern würde. Zurzeit werde versucht, eine Motivation hierzu aufzubauen. Es handle sich um ein chronisches, schon seit vielen Jahren auch unter Abstinenz von Drogen bestehendes Zustandsbild. Am 14. Oktober 2009 (IV-act. 24) fand eine psychiatrische Untersuchung durch einen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie des RAD statt. Im entsprechenden Bericht vom 21. Oktober 2009 wurde festgehalten, der Versicherte habe berichtet, er habe sich wegen Panikattacken und Angstzuständen bei der IV gemeldet. Sein Arzt habe gemeint, es sei alles versucht worden, es gehe jetzt nichts mehr. Das Ganze gehe nun seit zehn Jahren. Den Antrag habe er auf Drängen des Arztes gestellt, weil er nicht arbeiten könne. Vor der Überweisung an das Psychiatrie-Zentrum (ca. 2007) habe er etwa eineinhalb Jahre lang eine Psychotherapie bei Dr. med. D. ___, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, gemacht. Zurzeit habe er täglich zuhause drei Panikattacken - immer dann, wenn er ans Hinausgehen oder an den Grund der Störung denke. Wenn er nach draussen gehe, habe er mindestens eine solche Attacke. Die Angstzustände kämen sicher, sobald er sich ausser Haus begeben; draussen sei es dann noch schlimmer. Zwischendurch gehe er schon einmal nach draussen, aber nicht mehr wie früher. Einkaufen gehe überhaupt nicht. Die den Versicherten begleitende O. ___ [Verwandte] habe erklärt, dieser könne überhaupt nicht mehr unter Leute und ausser Haus gehen. Zurzeit halte er sich meist bei heruntergelassenem Rollladen in seinem Zimmer auf und komme selbst nicht heraus, wenn sie (die O. ___) in der Wohnung sei. Auch mit der Ehefrau rede er kaum. Wenn er - sehr selten - die Eltern besuche, müsse es spät (abends) und dunkel sein, damit ihn niemand sehe. Der RAD-Arzt hielt fest, es bestünden ausgeprägte eingeschliffene negative Kognitionen mit der Festlegung, an den bestehenden psychischen Einschränkungen nichts ändern zu können. Er diagnostizierte (erstens) eine generalisierte Angststörung mit (zweitens) gemischt agoraphoben und sozial-phobischen Anteilen. Hierfür spreche die vom Versicherten geschilderte Symptomatik. Die O. ___ habe den Rückzug bestätigt. Nicht zuletzt wegen des ausgeprägten Vermeidungsverhaltens sei der Versicherte nicht in der Lage, einer ausserhäuslichen Tätigkeit nachzugehen. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit sei ein polytoxikomanes Abhängigkeitssyndrom (Cannabinoide, Opioide, Kokain, Sedativa), derzeit Abstinenz. Es fänden zurzeit monatliche Sprechstundentermine mit einstündigem Gespräch statt. Eine Steigerung der Cipralext-Dosis (gemäss Arzneimittel-Kompendium Wirkstoff Escitalopram, Antidepressivum, Selektiver Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmer, zur Behandlung von Depressionen, sozialer Phobie, generalisierten Angststörungen, Panikerkrankungen,

Zwangsstörungen) über 5 mg hinaus sei wegen angeblicher massiver Nebenwirkungen nicht möglich, ebenso wenig eine Ergotherapie. Bemühungen um eine tagesklinische oder stationäre Behandlung seien bislang am Widerstand des Versicherten gescheitert. Die Behandlung sei absolut unzureichend und die noch nicht ausgeschöpften Optionen müssten in Form einer Kaskade implementiert werden. Zunächst habe eine mindestens vier- bis sechsmonatige stationäre Psychotherapie in einer für Angsterkrankungen besonders geeigneten Klinik stattzufinden, anschliessend eine teilstationäre Behandlung zur Arbeitserprobung im geschützten Rahmen mit Weiterführung berufsberaterischer Massnahmen, schliesslich nach Abschluss der teilstationären Behandlung eine begleitende ambulante Psychotherapie. Davon könne wahrscheinlich eine Verbesserung der Arbeitsfähigkeit und eine Rückführung in den ersten Arbeitsmarkt erwartet werden. Es gebe keine medizinischen Gründe, derentwegen der Versicherte nicht mitwirken könnte. Nachdem der Versicherte erklärt habe, er vertrage kein Medikament, bekomme Schwindel und sei auch schon einige Male umgefallen, habe sich eine Diskussion über Nebenwirkungen der Medikamente ergeben. Schliesslich sei der Versicherte wütend geworden und habe mit zunehmend lauter werdender Stimme geäussert, er habe den Eindruck, er (der Referent) glaube ihm nicht, was er sage oder schätze seine Krankheit gar nicht als so schwerwiegend ein. Der RAD-Arzt bemerkte abschliessend, die O.____ des Versicherten habe sich am Nachmittag bei der Sozialversicherungsanstalt erkundigt, ob es nicht möglich wäre, diesen durch einen anderen RAD-Arzt untersuchen zu lassen; es seien dem Versicherten nämlich beispielsweise mehr Fragen zur Politik gestellt worden als zur eigentlichen Krankheit. Das beziehe sich wohl auf die von ihm (dem RAD-Arzt) dem Versicherten im Hinblick auf sein Allgemeinwissen und seine Interessiertheit gestellten Fragen zu seiner Heimat (vgl. IV-act. 24-10). Mit Schreiben vom 12. November 2009 (IV-act. 26) und vom 7. Dezember 2009 (IV-act. 28) forderte die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle des Kantons St. Gallen den Versicherten im Rahmen der Schadenminderungs- und Mitwirkungspflicht dazu auf, sich während mindestens vier bis sechs Monaten einer stationären Psychotherapie zu unterziehen und innert Frist bekanntzugeben, wann er eintrete. - Der Versicherte teilte schliesslich am 12. Mai 2010 (IV-act. 32) mit, er habe sich am 2. März 2010 in die Psychiatrische Klinik E.____ begeben, sich aber am 11. März 2010 dazu entschlossen, diese wieder zu verlassen. Der Druck sei ihm zu gross gewesen, obwohl er eine hohe Dosis von Beruhigungstabletten bekommen habe. Er könne nicht unter die Leute gehen und habe tagelang nicht einmal zum Essen mit den anderen Patienten gehen können. Zurzeit gehe er wöchentlich in eine Ergotherapie. In einem Austrittsbericht vom 29. März 2010 (IV-act. 37-3 ff., IV-act. 36) gab die Klinik E.____ an, der Versicherte habe motorisch unruhig gewirkt und Misstrauen und Ängste geäussert, er fühle sich von anderen beobachtet und habe das Gefühl, man rede schlecht über ihn. Besonders belastend sei es für ihn gewesen, die Situation in der Gruppe auszuhalten. Er habe es nur zweimal geschafft, am gemeinsamen Mittagessen teilzunehmen. In solchen Situationen habe er häufig auf die Reservemedikation mit Temesta zurückgreifen müssen. Er sei selbständig zu den Therapien erschienen. Im weiteren Verlauf habe er unentschuldig gefehlt. - Das Psychiatrie-Zentrum C.____ (Dr. med. F.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie) gab in einem Verlaufsbericht vom 9. Juli 2010 (IV-act. 37-1 f.) an, der Versicherte habe berichtet, er könne kaum das Haus verlassen, ziehe sich zurück und lebe mit seiner Frau fernab von allen Sozialkontakten. Mit Ausnahme regelmässiger Therapietermine und gelegentlicher Spaziergänge mit dem Hund in den Abendstunden verlasse er das Haus kaum. Die

wöchentliche Teilnahme an der Ergotherapie koste ihn jeweils grosse Überwindung. Er müsse in einem abgeschirmten Bereich arbeiten. Es sei nicht zu erwarten, dass er die Arbeitsfähigkeit auch nur in Teilbereichen wiedererlange werde, solange die Symptomatik stationär bleibe. Eine RAD-Ärztin hielt am 6. September 2010 (IV-act. 38) fest, nach interdisziplinärer Besprechung sei gemäss den vorliegenden Berichten weiterhin von einer vollen Arbeitsunfähigkeit des Versicherten in allen Tätigkeiten auszugehen. Bei einer Rentenzusprache werde ein verkürzter Revisionszeitraum empfohlen. Der Versicherte sollte aufgefordert werden, bis zum Revisionstermin nochmals eine stationäre psychiatrische Behandlung anzutreten. Bei einem Standortgespräch vom 12. Januar 2011 (IV-act. 46) gab der Versicherte gemäss Protokoll an, er sei vom (sc. untersuchenden RAD-) Arzt schikaniert worden und habe nachher psychische Probleme gehabt. Derzeit gehe es ihm im Allgemeinen etwas schlechter als früher. Er habe in der Klinik pro Tag 9 mg Temesta bekommen. Schon vor dem Klinikaufenthalt sei er von Beruhigungsmitteln abhängig gewesen, in der Klinik sei das noch verstärkt worden. Seit sicherlich sechs oder sieben Jahren sei er zu Hause wie in einem Gefängnis, immer in den vier Wänden. Manchmal - vielleicht zwei- oder dreimal pro Monat und unter Einsatz von Beruhigungsmitteln wie Valium - gehe er nachts in Begleitung seiner Frau mit dem Hund raus, dann habe es keine Leute auf der Strasse und er fühle sich weniger beobachtet. Tagsüber könne er selbst in Begleitung kaum ausser Haus gehen. Ohne Einnahme von 20 mg Valium hätte er es auch am Gesprächstag nicht geschafft. Während des Tages schaue er Fernsehen und mache etwas mit dem Computer (Nachrichtenseiten anschauen). Er lese die gleiche Seite immer und immer wieder, bis er sie verstehe. Wenn er am Lesen sei, komme ihm etwas anderes in den Sinn und er könne sich nicht mehr konzentrieren. Damit er sich überhaupt konzentrieren könne, müsse es etwas sein, das ihn sehr, sehr interessiere. Es gelinge höchstens für fünf bis zehn Minuten. Er verdunkle den Raum. Pro Tag nehme er 2.5 Tabletten Cipralex und ca. dreimal, manchmal viermal Valium. Er sei schon seit zehn Jahren krank und habe keine Hoffnung mehr, dass es besser werde. Ein wenig hätten die Medikamente geholfen - er sei früher mit anderen Medikamenten depressiver gewesen -, gegen die Angst würden sie allerdings nicht helfen. Mit seiner Angabe konfrontiert, dass er ohne Valium das Haus nachts nicht verlassen könne, habe der Versicherte erklärt, nachts helfe ihm das Mittel, am Nachmittag nicht. Es gebe keine Tage, an denen er sich gut fühle. Den Eintritt in die Klinik habe er immer wieder verschoben, weil er gewusst habe, dass es so werde, wie es geworden sei. Sein Psychiater habe gesagt, seine Krankheit werde nie bessern. Er habe Kokain und am Anfang auch Heroin durch die Nase konsumiert, später habe er Letzteres gespritzt, vielleicht drei- oder viermal. Einmal habe er sich eine Überdosis gespritzt. Und einmal habe er eine Überdosis Methadon - er sei in einem Programm gewesen - gehabt und sei im Spital erwacht; er habe mit Elektroschock reanimiert werden müssen. Er sei nie schwerstabhängig gewesen. Vor etwa sieben Jahren sei er bei einer Polizeikontrolle mit Cannabis erwischt worden. Letztmals habe er davon vor etwa sieben Monaten konsumiert und es sei ihm sehr schlecht geworden. Den Haushalt erledige seine Frau. Er könne das nicht so gut wie sie; sie wolle es selber tun. Kleine Verrichtungen erledige er schon. Einen Laden aufsuchen könne er nicht. Er sei umgezogen, weil die Wohnung zu klein gewesen sei und seine Frau es gewollt habe. Beim Zügeln habe er auch ein wenig geholfen. Seit Jahren habe er null soziale Kontakte, nur zu den Eltern _____. Wenn er von seiner O.____, dem Vater oder der Ehefrau mit dem Auto irgendwo hin gefahren werde und sie an einer Ampel anhalten müssten, fühle er sich beobachtet. Auf die Frage, ob er glaube, etwas arbeiten zu können, habe der Versicherte geantwortet, dass es darauf ankäme, wie er zur Arbeitsstelle käme

usw. Wenn die Ärzte sagten, dass er nicht arbeiten könne, werde es wohl stimmen. Der Mitarbeiter vom Sozialamt sage das auch. Die Klinik für Innere Medizin am Spital G.____ reichte am 19. Januar 2011 (IV-act. 50) frühere Berichte ein. - In einem Austrittsbericht vom 22. Juni 2004 (IV-act. 51-3 ff.) war angegeben worden, es bestehe eine bekannte Polytoxikomanie (Heroin, Kokain, Benzodiazepine, Cannabis, Ecstasy) mit mehreren Hospitalisationen und ambulanten Konsultationen im Spital, letztmals im März 2003. Früher sei der Versicherte in einem Methadonprogramm gewesen. Anamnestisch sei er vor zwei Monaten aus einem Entzugsprogramm in seiner Heimat (mit 15 Monaten Abstinenz) zurückgekehrt und sei wegen einer Intoxikation mit Heroin und Benzodiazepinen auf die Notfallstation gebracht worden. Er sei bei der ersten Konsultation wegen Einnahme von angeblich 15 mg Dormicum zusätzlich zur normalen Xanax-Medikation (Alprazolam, Anxiolytikum, Benzodiazepin) von zwei Tabletten à 2 mg völlig adäquat gewesen und wieder nach Hause geschickt worden. Fast vier Stunden später (am 11. Juni 2004) sei er wieder gebracht worden und während der Untersuchung sei es zu einem Atemstillstand gekommen. Er habe nachher angegeben, zusätzlich zweimal Heroin geschnupft zu haben. Die Eltern würden nochmals eine Entzugsbehandlung in der Heimat organisieren; die P.____ [Verwandte] fliege am Tag nach der Spitalentlassung vom __. __ 2004 mit. - In einem Bericht vom 12. August 2008 (IV-act. 51-2) über eine ambulante Konsultation war festgehalten worden, es bestünden ein muskuloskelettaler Thoraxschmerz und Panikattacken. Schmerzmedikamente habe der Versicherte nicht einsetzen wollen. Aufgrund einer Unverträglichkeit mehrerer Psychopharmaka werde die Panikstörung (seit Jahren mehrmals täglich vorkommend, autogenes Training einmal pro Monat) nicht medikamentös behandelt. - In einem Bericht vom 16. April 2009 (IV-act. 51-1) waren ein übermässiger Alkoholkonsum mit Nausea, Erbrechen und Schwindel (ca. zwei Liter Bier und ca. 8 dl Whiskey-Cola), eine Angst- und Panikstörung und ein sistierter Drogenkonsum (vor vier Jahren) diagnostiziert worden. Bereits nach etwa 20 Minuten sei eine deutliche Besserung eingetreten. Die Klinik E.____ (Psychiatrie-Dienste Süd) teilte am 1. Februar 2011 (IV-act. 52) auf Anfrage (IV-act. 49) mit, Tagesdosen von 9 mg Temesta würden in Krisensituationen im stationären Rahmen manchmal verabreicht, im ambulanten Bereich seien sie fragwürdig, weil es rasch zu einer Gewöhnung mit Wirkungsverlust komme und auch keine wirkungsvolle Psychotherapie mehr möglich sei. Die Dosis von 20 mg Valium entspreche etwa 4 mg Temesta. Es sei bekannt, dass der Versicherte zurzeit des Aufenthalts im Jahr 2002 an einem Methadonprogramm teilgenommen habe. In einem Zeitraum zwischen 12. Januar 2011 und 26. März 2011 wurde der Versicherte überwacht. Im Bericht vom 30. März 2011 (IV-act. 53) wurde festgehalten, an fünf von sieben Überwachungstagen sei der Versicherte bei einem Spaziergang von ca. 15 Minuten mit dem Hund im Umfeld des Wohnortes beobachtet worden. An fünf Tagen sei er als Mitfahrer in einem Personenwagen unterwegs gewesen. Er habe sich normal - ohne sichtbare körperliche und psychische Einschränkungen und Beschwerden und ohne Schonhaltungen - bewegt. Er habe fit und aufmerksam gewirkt, sei meist zügigen Schrittes unterwegs gewesen und sei in der Öffentlichkeit (in Gesellschaft) auch offensichtlich guter Laune gewesen und habe mit anderen Personen diskutiert, gelacht und gescherzt. - In der medizinischen Stellungnahme eines Arztes der IV-Stelle vom 27. Mai 2011 (IV-act. 55) wurde dargelegt, das Bewegungsverhalten des Versicherten am hellen Tag sei dynamisch und gezielt - unauffällig, wie auch die Kommunikation mit Angehörigen und Drittpersonen - gewesen. Man habe am betreffenden Tag nicht den Eindruck gewonnen, er stehe unter Einfluss von 20 mg Valium, und auch nicht, er führe ein eingeschlossenes Leben und sei in

der von ihm geschilderten Weise soziophob. Jemand, der unter sozialen Ängsten leide und sich dauernd beobachtet fühle, würde sich anders verhalten (eher andauernd angespannt und unsicher wirkend). Erst recht würde man ihm ansehen, wenn er täglich zuhause mehrere und beim Verlassen des Hauses sicherlich mindestens eine Panikattacke hätte. Zum aktuellen Konsum von Valium könnten keine sicheren Angaben gemacht werden. Falls ein Missbrauch stattfinde, wäre ein Benzodiazepin-Entzug angezeigt. Klar widerlegt werde im Videomaterial das Ausmass der gegenüber dem RAD-Psychiater deutlich gemachten Einschränkungen, doch zeigten die Ermittlungen nicht einen vollständig sozial funktionsfähigen Versicherten. Er scheine im Kreis seiner Angehörigen zu leben, umsorgt in einem sekundären Krankheitsgewinn. Es sei nur ein relativ enges Aktivitätsspektrum beobachtet worden. In Begleitung habe sich der Versicherte aber nicht gescheut, in ein Einkaufszentrum zu gehen. Wahrscheinlich sei, dass sich der Gesundheitszustand verbessert habe (seit langem keine illegalen Drogen mehr, hin und wieder ein Rückfall wie 2009, wahrscheinlich selten bis gar nicht mehr Einnahme ärztlich verordneter Medikamente). Bei einem Standortgespräch vom 3. August 2011 (IV-act. 57) gab der Versicherte gemäss Protokoll an, er könnte sich vielleicht, wenn er die Leute kennte und sie seine Krankheit kennten, in einem Team eine Arbeit vorstellen. Er wolle eine Ergotherapie beginnen. Zuhause sei es einfach sehr langweilig und es sei schon sehr schwierig, wenn man immer zuhause sei. Es gehe ihm gesundheitlich etwa gleich wie vor sechs Monaten. Der Arzt sage, er solle (als Belastungstraining) versuchen, nach draussen zu gehen. Sobald es dunkel sei, sei das für ihn einfacher. Wenn er nachmittags nach draussen gehe, versuche er einfach, die Angst und die Verspannung zu unterdrücken. Er könne tagsüber die Wohnung verlassen. Man könnte eventuell von einer Verbesserung sprechen. Ab und zu sei er beim Einkaufen von Lebensmitteln dabei. Er fühle sich dann immer beobachtet, im Gegensatz zu früher sei ihm das jedoch zunehmend egal; manchmal komme das Gefühl aber wieder auf. Beim Spielen am Computer könne er sich besser konzentrieren als draussen. Der Versicherte habe sich erkundigt, ob die IV auch bei der Stellensuche behilflich sein könne. Er könnte sich eine Tätigkeit in einem Lager oder in einer Spedition vorstellen und habe auch grosses Interesse an Autos. Aber es bestünde dann ein Problem mit den Kunden. Ansonsten könnte er, wenn es für ihn gut eingerichtet sei, ganztags arbeiten. Er müsste einfach schrittweise eingeführt werden. Wenn er die Autoprüfung hätte, wäre vieles einfacher. Zurzeit nehme er 1 mg CipraleX und habe fast jeden Tag 10 mg Valium genommen. Von Dr. med. H.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, erhalte er kein Valium mehr. Gute Tage gebe es nicht; die Ängste seien immer da. Er habe sich mit einem Nachbarn und mit einem alten Freund zwei- oder dreimal bei ihnen zuhause getroffen, zuletzt vor vier Monaten. - Nach Präsentation der Videoaufnahmen habe der Versicherte erklärt, er verstehe, dass die Aussagen vom 12. Januar 2011 mit den Aufnahmen nicht zusammenpassten. Er müsse aber sagen, dass er damals seine schlechtesten Zeiten beschrieben habe. Es habe sich nicht gebessert, aber es sei ihm inzwischen egal, was die Leute dächten. Vermutlich habe er gelernt, mit der Situation besser umzugehen. Das Vorgehen mit dem IV-Antrag sei durch das Sozialamt und die Ärzte entschieden oder eingeleitet oder vorgeschlagen worden; er habe das ja gar nicht gewollt. Er habe den Ärzten seine Situation immer korrekt geschildert. Er habe die Einschränkungen nicht zu stark beschrieben. Im Psychiatrie-Zentrum sei vor etwa vier oder fünf Monaten ein psychiatrischer Test durchgeführt worden. Auf Vorhalt, dass er die Einschränkungen überwinden könne, habe der Versicherte geantwortet, ja, also, vielleicht schon, sicher. Er habe es satt, so zu leben wie bis anhin, und wolle etwas ändern. Auf die

Ankündigung weiterer medizinischer Abklärungen habe sich der Versicherte erkundigt, ob es nicht besser wäre, wenn man ihm eine Stelle suche. Er wolle nicht mehr, dass eine Rente geprüft werde, sondern wolle etwas arbeiten. Er sei nicht sicher, ob ein teures Gutachten einzuholen der richtige Weg sei. Er befürworte eher einen Versuch, ihn in eine Arbeit hineinzubringen. In einem psychiatrischen Gutachten vom 14. Januar 2012 (IV-act. 64) hielt Dr. med. I.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, fest, eine psychiatrische Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bestehe nicht. Ohne Auswirkung sei ein Status nach psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen, Polytoxikomanie, derzeit abstinent. Es sei nachvollziehbar, dass der Versicherte während der Zeit seines Drogenkonsums an reaktiver Depression, an Ängsten und Panikattacken gelitten habe. Die psychischen und Verhaltensstörungen seien überwiegend wahrscheinlich auf die Wirkung, die Nebenwirkungen und auf Entzugserscheinungen von psychotropen Substanzen zurückzuführen (vgl. IV-act. 64-15). Die Phasen der genannten Leiden während der Konsumzeit seien als reaktiv zu bezeichnen (vgl. IV-act. 64-18). Es liege eine primäre Sucht vor, die also nach der Gesetzgebung nicht invalidisierend sei (IV-act. 64-18). Der weitere Gebrauch von 1 mg Alprazolam (Xanax) pro Tag (wenn zutreffend, vgl. IV-act. 64-15), dessen Indikation fraglich sei, beeinträchtige den Versicherten bei einer Arbeitstätigkeit in keiner Weise (vgl. IV-act. 64-18). Er habe die Angst-Symptome verinnerlicht und auch nach dem betreffenden Zeitraum offenbar vorgespielt, um weiterhin vom sekundären Gewinn (nicht arbeiten gehen zu müssen, von der Fürsorge und später der Arbeit der Frau zu leben, von der Familie als Kranker umsorgt zu werden) zu profitieren und um eine Legitimation zu haben, weiter in die psychiatrische Behandlung zu gehen, wo er nebst Antidepressiva auch Tranquilizer verschrieben bekomme (vgl. IV-act. 64-17). Zurzeit bestünden keine nachweisbaren Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit, da der Versicherte abstinent sei und keine psychische Erkrankung von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer bestehe. Es sei dem Versicherten zumutbar, selber nach einer Arbeitstätigkeit zu suchen (vgl. IV-act. 64-19). Der Versicherte habe berichtet, mit dem Cannabiskonsum habe es im Alter von ca. vierzehn bis fünfzehn Jahren begonnen, zusammen mit Schulkollegen. Früher habe er bei Begegnungen mit anderen Leuten Nervosität verspürt, unter Cannabis sei die Angst zuerst weg gewesen, habe sich dann aber bei erhöhtem Konsum verstärkt, und er habe auch Stimmen gehört. Er sei im Zusammenhang mit den Drogen dreimal im Spital gewesen (einmal ins Koma gefallen). Vom Spital G.____ sei er durch FFE in die Klinik E.____ eingewiesen worden, was ihm nicht gepasst habe. Nach dem Entzug in seiner Heimat habe er es sieben Jahre lang geschafft, abstinent zu leben. Beim Interview mit der Sozialversicherungsanstalt vor acht Monaten habe man ihm aber so viel Angst eingejagt, dass er einen Rückfall gehabt und Heroin geraucht habe. Daraufhin habe er schnell wieder "Herzsymptome" gehabt. Der Hausarzt habe ihm dann (10 bis 15 mg) Methadon verschrieben, doch habe er es wegen der Nebenwirkungen (u.a. Lärmempfindlichkeit und Aggressivität) nur unregelmässig eingenommen und vor zwei Monaten von sich aus abgesetzt. Seither sei es mit den Angstsymptomen (Herzklopfen) besser geworden. Seit sieben bis acht Monaten sei er auch wieder drogenfrei. Er habe Angst, die Wohnung zu verlassen. Ab und zu gehe er mit dem Hund spazieren, lieber abends, wenn man nicht sehe, dass er krank sei. Dann habe er weniger Angst. Er fühle sich sonst beobachtet. Wenn die Leute lachten, denke er, sie lachten ihn aus. Wenn er nach draussen gehe, versuche er, den Druck durchzustehen. Bei der Untersuchung durch einen Arzt der Sozialversicherungsanstalt 2009 sei er beleidigt worden; man habe etwa gefragt, ob seine Frau arbeiten gehe, ob seine Eltern eine IV-Rente

bezögen, und ob er noch die ganze Zeit zuhause liege. Bei den Gesprächen vom Januar und August 2011 sei ihm unterstellt worden, er habe gelernt, mit den Ängsten umzugehen. Seither habe er das Gefühl, verfolgt zu werden. Man habe ihn mit Videoaufnahmen konfrontiert, in denen er sich frei bewegt habe, was ihn immer noch ärgere. Denn es gehe meist um die fünf Minuten Spaziergangs mit dem Hund. Er gehe aber nur nach draussen, weil seine Frau und seine P. ___ ihn dazu ermunterten. Er habe von vornherein gewusst, dass die Behandlung in der Klinik E. ___ vor zwei bis drei Jahren (u.a. auf Drängen der IV) nichts bringen werde. Er habe 8 mg Temesta bekommen. Zurzeit sei er immer noch im Psychiatrie-Zentrum C. ___ in Behandlung. Früher habe er Temesta, Remeron und Valium und auch Seroquel und Eflexor eingenommen, in der Heimat Risperdal, zurzeit nehme er fünfmal 10 mg Cipralax und 1.5 mg (früher bis viermal) Xanax. Verschrieben seien zusätzlich abends 50 mg Valdoxan, doch zusammen mit Xanax werde ihm das zu viel und er fühle sich am nächsten Tag stark sediert. Er sei seit vielen Jahren in Behandlung, man habe bisher nicht genau sagen können, was er habe. Jeder neue Therapeut stelle eine andere Diagnose. Bei einem psychologischen Test habe man festgestellt, dass seine Symptome Folgen des Drogenkonsums seien. Hauptstressor sei die Situation mit der Sozialversicherungsanstalt, das Belastendste seien "Nervosität, innere Unruhe und Isolation, Konzentration". Die Interpretation eines Tests (mittels Selbstbeurteilung MMPI-2) beim Versicherten weise - so der Gutachter - auf ein sehr ungewöhnliches Profil hin, das bei schwer depressiven und bei psychotischen Erkrankungen bzw. einem psychotischen Zustand vorliege. Das Ergebnis passe weder zu den anamnestischen Angaben noch zum klinischen Befund und sei daher nicht brauchbar. - Dr. D. ___ hatte dem Gutachter am 13. November 2011 (IV-act. 65, vgl. IV-act. 64-8 f.) geschrieben, der Versicherte habe vom 5. Mai 2007 bis 8. Februar 2008 in antidepressiv-angstlösend und verhaltenstherapeutisch ausgerichteter Behandlung gestanden. Er habe ihn im Juni 2008 zuerst zur Arbeitsvermittlung, später in die tagesklinische Behandlung ans Psychiatrie-Zentrum vermittelt. Nachdem der Versicherte dort Fuss gefasst habe, habe er (der Arzt) sich aus der Behandlung zurückgezogen. Am 30. September 2011 habe der Versicherte ihn erneut aufgesucht, weil er nach Begegnungen mit dem RAD-Arzt bzw. dem IV-Berater massive Einbrüche mit kurzen Rückfällen in den Drogenkonsum erlebt habe und seit August unter massiv verstärkter Angst leide. Am 4. November 2011 sei zu erfahren gewesen, dass die Angst wieder etwas nachgelassen habe und es dem Versicherten gelungen sei, die Selbstmedikation mit wenig Methadon (um die 7 mg) wieder aufzugeben. Es sei trotz längerer tagesklinischer Behandlung einschliesslich Beratung bezüglich Aufnahme einer Arbeitstätigkeit und Behandlung in der Klinik nicht gelungen, dem gut mitarbeitenden Versicherten entscheidend zu helfen und ihn wieder einzugliedern. Der Versicherte habe den Eindruck, Dr. H. ___ habe Zweifel an seinem Leiden. Seit der letzten Begegnung mit dem IV-Sachbearbeiter habe der Versicherte ausserdem Angst vor einer Strafanzeige. Er habe doch in einem ersten Gespräch gesagt, er gehe nie aus der Wohnung, dabei habe er verschwiegen, dass er den Hund kurz nach draussen begleite. Er habe aktuell angegeben, nach diversen, an Nebenwirkungen gescheiterten Behandlungsversuchen schon längere Zeit morgens 20 mg Cipralax einzunehmen, ergänzend genommenes Seroquel habe er absetzen müssen, weil er darunter bis zu 15 Stunden geschlafen habe. Der zuständige Arzt der IV-Stelle hielt am 14. Februar 2012 (IV-act. 66) fest, die Diagnose einer Angststörung sei rein phänomenologisch gewesen. Die Frage nach einem primären oder sekundären Drogenkonsum sei unbeantwortet geblieben. Die Therapie habe der Versicherte verweigert. Mit Vorbescheid vom 7. Juni 2012 (IV-act. 69 f.) stellte die

Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle dem Versicherten eine Abweisung seines Leistungsgesuchs in Aussicht. Es sei eine volle Arbeitsfähigkeit nachgewiesen. Die Angaben des Spitals G.____ und der Klinik E.____ über die Medikamentenverabreichung und das Methadonprogramm widersprüchen den Aussagen des Versicherten vom 12. Januar 2011 klar (vgl. IV-act. 70-5). - Der Versicherte erklärte am 10. Juli 2012 (IV-act. 73), er sei mit den meisten Feststellungen im Vorbescheid nicht einverstanden. Während den Observationszeiten habe er ständig unter Methadoneinfluss gestanden, das gegen die Angst sehr gut wirke und euphorisch mache. Das erkläre auch seine schnellen Schritte in den Videosequenzen. Er wolle aber trotzdem keine Einwände gegen den Vorbescheid machen, sondern ersuche darum, ihm eine geeignete Stelle zu finden, an welcher er mit sehr wenigen bis keinen Menschen zu tun habe, z.B. in einem Lager oder mit einer Arbeit am PC. - Am 12. Juli 2012 (IV-act. 75) verfügte die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle wie angekündigt. Am 26. November 2012 (IV-act. 80, vgl. IV-act. 78 f.) wies die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle das Gesuch um berufliche Massnahmen ab, da keine gesundheitlichen Einschränkungen beständen. Am 14. Oktober/12. November 2019 (IV-act. 81) meldete sich der Versicherte erneut zum Bezug von IV-Leistungen an. Vom 1. Februar 2013 bis 1. April 2013 habe er ein Arbeitsverhältnis zu 70 % als Lagermitarbeiter gehabt und sei vom 1. Juli 2013 bis 2014 zu 20 % als Zeitungsverträger tätig gewesen. Er leide an einer generalisierten Angststörung, einer Suchterkrankung, an beidseitiger Netzhautablösung und an Beobachtungs- und Verfolgungsängsten. - Auf Aufforderung an den Versicherten zur Einreichung von Unterlagen zum Nachweis einer relevanten Änderung (IV-act. 84) hin gingen ärztliche Berichte ein. Dr. med. J.____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, teile am 25. November 2019 (IV-act. 86) mit, sie betreue den Versicherten seit Januar 2019 und könne zu Veränderungen im Vergleich zu 2012 keine Stellung nehmen. Der Versicherte habe sich auf ihr und das Anraten von Dr. D.____ hin angemeldet. Es beständen eine ausgeprägte generalisierte Angststörung mit paranoiden Zügen und eine Depression. Er gehe kaum noch aus dem Haus, nur wenn er es unbedingt tun müsse, wie z.B. um aus der Apotheke Methadon zu holen, zu Arztbesuchen oder zum Einkaufen. Zum Teil habe er aus Angst, die Nachbarn könnten hereinschauen, in der Wohnung die Rollläden geschlossen. Die Opiatabhängigkeit bestehe weiterhin, sei aber sekundär, weil er das Methadon zur Linderung seiner Ängste benötige. Eine Reduktion sei aufgrund der Grunderkrankung nicht möglich. Ein Beikonsum bestehe nicht. Eine Rente sei wegen der Angststörung dringend angezeigt. Als Nebendiagnosen beständen u.a. Augenleiden, ein Hypogonadismus, eine normochrome, normozytäre Anämie und eine Palpitatio. - Dr. D.____ berichtete am 6. Dezember 2019 (IV-act. 87), er behandle den Versicherten mit Unterbrüchen ambulant seit Mai 2007. Es beständen eine paranoide Schizophrenie mit akustischen Halluzinationen, Wahnwahrnehmungen und Verfolgungswahn sowie Problemen im Verhalten seit mindestens 2017, eine generalisierte Angststörung mit sozialer Phobie und sozialer Isolierung, eine Opiatabhängigkeit (gegenwärtig abstinenter unter Methadonsubstitution), eine Xanaxabhängigkeit, eine Netzhautablösung mit Laserbehandlung bds. (Diagnosen und Erstbehandlung im Oktober 2018, Reoperation rechts im April 2019), und ein seit 2017 bekannter Testosteronmangel (Substitution wegen Nebenwirkungen abgelehnt). Der Versicherte sei über all die Jahre nicht in der Lage gewesen, einer nennenswerten Erwerbstätigkeit nachzugehen. Seit mindestens 2007 betrage die Arbeitsunfähigkeit mindestens 80 %. Ein dominantes Syndrom sei stets die Überzeugung gewesen, man rede schlecht über ihn. Gegen seinen ärztlichen Rat habe er deshalb mehrfach den Hausarzt gewechselt und beziehe die

Medikamente von verschiedenen Apotheken. Auch bei ihm frage der Versicherte immer wieder nach, ob er sicher nichts gegen ihn vorzubringen habe und weiterhin zu ihm kommen dürfe. Seit Dezember 2017 deute er nun verschiedene Wahrnehmungen wahnhaft als gegen sich gerichtet und berichte von ihm erheblich beeinträchtigenden Geräuschen, die als Halluzinationen zu deuten seien. Weil er sich durch Nachbarn geplagt fühle, habe er bereits zweimal Wohnungen gewechselt. Doch auch in der neuen Wohnung höre er solche Geräusche und sei überzeugt, eine Nachbarin wolle ihn aus seiner Wohnung heraushaben. Die Halluzinationen und Wahnideen sprächen nur wenig auf Neuroleptika an. Schon im August 2018 habe der Versicherte von der Angst berichtet, den Verstand zu verlieren. Er neige dazu, Xanax und Methadon (er sei seit Jahren methadonsubstituiert) überzudosieren, um seine Not zu lindern. Er verbringe die Tage grösstenteils in der Wohnung hinter verschlossenen Fensterläden, weil er Angst habe, aus Nachbarswohnblöcken beobachtet zu werden. Er fürchte seit Jahren, von seiner Frau verlassen zu werden. Das Unternehmen zweckgebundener Spaziergänge koste ihn grosse Überwindung. Zu Arztbesuchen lasse er sich durch ein Familienmitglied chauffieren, zum Abholen von Medikamenten benutze er oft ein Taxi. Im Juli 2019 sei es ihm in Begleitung Angehöriger möglich gewesen, sich für eine Zahnsanierung in die Heimat zu begeben. - In einem Austrittsbericht vom 5. Oktober 2018 (IV-act. 89) gab die Augenklinik am Kantonsspital St. Gallen bekannt, es lägen am Auge links eine Netzhautamotio mit Rundforamina, Makula on, an beiden Augen eine hohe Myopie und als internistische Diagnose eine Opiatabhängigkeit vor. Am 3. und 4. Oktober 2018 seien ein operativer Eingriff und eine Laserbehandlung erfolgt. Am 28. März 2019 (IV-act. 90) wurden beidseits eine Myopia magna, rechts ein St. n. Laserretinopexie und links ein St. n. Kryokoagulation und Plombe bei Netzhautamotio superior am 3.10.2018 diagnostiziert. Der Fernvisus betrage beidseits 1,0. Der zuständige RAD-Arzt (Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie) hielt am 17. Januar 2020 (IV-act. 91) fest, seit Dezember 2017 sei eine Änderung eingetreten. Bei diagnostizierter paranoider Schizophrenie erfolge eine leitliniengerechte medikamentöse antipsychotische Behandlung mit Olanzapin. Es bestünden zudem eine Opiatabhängigkeit mit hochdosierter Methadoneinnahme (110 mg täglich) und eine Benzodiazepinabhängigkeit. Diese Diagnosen seien im Vergleich zur Referenzsituation neu. Zurzeit sei kein Eingliederungspotenzial vorhanden, bei chronifiziertem, anhaltendem Zustandsbild auch nicht auf absehbare Zeit. Es werde eine vertiefte medizinische Abklärung empfohlen. - Am 4. Februar 2020 (IV-act. 94) teilte die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle dem Versicherten mit, berufliche Massnahmen seien zurzeit wegen seines Gesundheitszustands nicht möglich. In einem polydisziplinären Gutachten vom 11. Dezember 2020 (IV-act. 107; Untersuchungen vom 22. und 29. September 2020) benannte die medaffairs AG als beim Versicherten vorliegende Diagnosen (erstens) eine Störung durch multiplen Substanzkonsum, gegenwärtig Teilnahme an einem ärztlich verordneten Ersatzdrogenprogramm mit Methadon, und (zweitens) eine substanzinduzierte psychotische Störung, vorwiegend wahnhaft. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit seien u.a. ein chronischer Nikotinabusus von kumulativ 25 packyears und eine leichte depressive Episode. Seit Ende 2017 sei von einer Arbeitsfähigkeit von 70 % auszugehen, bei zeitlich uneingeschränkter Arbeitsfähigkeit (8 Stunden pro Tag). Die Leistungseinschränkung gründe in der Störung durch Substanzkonsum mit gelegentlichem Konsum von Kokain und Heroin und durch regelmässigen Benzodiazepinkonsum. Es könne bei der Arbeit zu vermehrten wahnhaften Symptomen kommen und es bestünden eine erhöhte Ermüdbarkeit und ein erhöhter Pausenbedarf (zum Weiteren vgl. unten E. 3 bis 5). - Der RAD-Psychiater erklärte am

5. Januar 2021 (IV-act. 108), auf das Gutachten könne abgestellt werden. Mit Vorbescheid vom 6. Januar 2021 (IV-act. 111) kündigte die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle dem Versicherten an, sein Leistungsgesuch bei einem Invaliditätsgrad von 30 % abzuweisen. - Der Versicherte wandte am 8. Februar 2021 (IV-act. 114) ein, sein Hauptproblem sei eine schwer behandelbare Angststörung. Diese werde nicht erwähnt. Sie lasse ihn aber fast verzweifeln, liege seinem Substanzkonsum zugrunde und sei der Grund, weshalb er es trotz jahrelang erfolgter stationärer, teilstationärer und ambulanter Behandlungsmassnahmen einschliesslich Jobcoachings bis anhin nicht schaffe, einer Arbeitstätigkeit nachzugehen. - Mit Verfügung vom 19. Februar 2021 (IV-act. 115) erfolgte die Abweisung (wie in Aussicht gestellt). Gegen diese Verfügung richtet sich die von Rechtsanwalt Dr. iur. Ronald Pedernana für den Betroffenen am 22. März 2021 erhobene Beschwerde (act. G 1). Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers beantragt, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und dem Beschwerdeführer sei ab April 2020 eine ganze Rente zuzusprechen, eventualiter sei ein psychiatrisches Gerichtsgutachten bei Dr. med. K.____, Dr. med. L.____ oder Dr. med. M.____ in Auftrag zu geben, unter Kosten- und Entschädigungsfolge und Fristansetzung für die Einreichung eines Gesuchs um unentgeltliche Rechtspflege. Der Beschwerdeführer sei wegen seines psychiatrischen Leidens, einer schwer zu behandelnden Angststörung, für jegliche Tätigkeit auf dem ersten und vermutlich auch auf dem zweiten Arbeitsmarkt arbeitsunfähig. - Das Bundesamt für Sozialversicherungen und die Suva hätten schon lange erkannt, dass psychiatrische Gutachten Glückssache seien, und hätten daher gemeinsam mit der Universität Basel eine Studie namens "Rely" mit dem Ziel in die Wege geleitet, die Interrater-Reliability zu erhöhen. Die (sc. weitere) Studie "Are Forensic Experts biased?" sei zum Schluss gekommen, dass Gutachter der Psychiatrie je nach Auftraggeber zu einer unterschiedlichen Einschätzung kämen, und dass selbst Auftragnehmer, die für den gleichen Auftraggeber arbeiteten, eine "considerable variability of scores" aufwiesen, deren Einschätzung also erheblich abweichen würden. Die Zwischenergebnisse der RELY 1-Studie hätten gezeigt, dass die getestete funktionsorientierte Begutachtung eine plausible Methode darstelle, um die Arbeitsfähigkeit einer versicherten Person zu erfassen, allerdings bis anhin nicht, dass diese zu akzeptablen Übereinstimmungen in der Bewertung der Leistungs- und Arbeitsfähigkeit führe. Die Studienleitung folgere, dass Psychiater nur eine niedrige Übereinstimmung erzielten, wenn sie die Arbeitsfähigkeit von Patienten mit psychischen Störungen beurteilten. Die Resultate der Rely-Studie bedeuteten, dass psychiatrische Gutachten besonders kritisch betrachtet und hohen Anforderungen bezüglich ihrer Nachvollziehbarkeit gerecht werden müssten. Im Gegensatz zu den Somatikern, die körperliche Schäden heilen sollten und bei denen die besondere Nähe zum Patienten ein Misstrauen der Gerichte gegenüber der Verlässlichkeit der Angaben zur Arbeitsfähigkeit hervorrufe, werde eine psychiatrische Behandlung daran gemessen, ob und wie weit der Psychiater den Patienten leistungsfähig erhalten könne. Der Psychiater habe also gar kein Interesse daran, diesen arbeitsunfähig zu schreiben, weil das auch ein gewisses Eingeständnis seiner Machtlosigkeit sei. Ausserdem sei es nicht gut für die Psyche, denn Arbeit stifte Sinn, während Arbeitslosigkeit krank mache. Wenn also ein Versicherter in langjähriger Therapie sei, die nicht dazu geführt habe, dass er sich wieder in den Arbeitsprozess habe eingliedern können, wenn er ausserdem tatsächlich Arbeitsversuche gemacht habe, die offensichtlich nicht nachhaltig gewesen seien, und wenn er keinen Krankheitsgewinn habe, dann müsse der Gutachter ernsthaft prüfen, ob eine Leistungsfähigkeit im ersten Arbeitsmarkt gegeben sei. - Der Gutachter der medaffairs AG habe den Sachverhalt schludrig aufgenommen, was auf eine gewisse Voreingenommenheit

schliessen lasse. So sei der Beschwerdeführer nämlich beispielsweise nicht vom Sozialamt abhängig, sondern seine Frau sei erwerbstätig und die Eheleute lebten vom kargen Einkommen. Und es sei festgehalten worden, der Beschwerdeführer gehe schon allein kleine Sachen holen, vor allem im Tankstellenshop, weniger in einem Grossverteiler. Ihm (dem Rechtsvertreter) gegenüber habe er ebenfalls angegeben, "manchmal" einkaufen zu gehen. Auf die Frage seiner O.____, wann er das letzte Mal für sich selber etwas einkaufen gegangen sei, habe er aber keine Antwort gewusst. Der Beschwerdeführer habe offenbar die Einführungsklasse besucht, also das erste Schuljahr in zwei Jahren absolviert. Die Störung habe möglicherweise bereits in der Kindheit begonnen. Das Kiffen habe ihm überhaupt erst ermöglicht, den Alltag zu bewältigen, als er zur Schule und Berufsschule gegangen sei. Es sei für ihn sehr schwierig gewesen, mit dem Zug hinzufahren, weil er das Gefühl gehabt habe, es würden ihn alle anstarren. Nach Angaben der O.____ habe er sich schon als Kind bei jedem Besuch ins Zimmer verkrochen. Um freizulegen, dass die Angststörung, wie zu vermuten sei, schon als Kind angelegt gewesen sei, müsste eine seriöse psychiatrische Exploration stattfinden. Zudem sei der Gutachter kulturell voreingenommen. Der Gutachter der medaffairs AG habe auch das ICF-APP nicht sorgfältig ausgefüllt. Der behandelnde Psychiater Dr. D.____ habe ihm (dem Rechtsvertreter) auf Anfrage seine Einschätzung der Einschränkungen des Beschwerdeführers in einem beigelegten Mail vom 3. März 2021 (act. G 1.1.3) mitgeteilt. Er habe bei diversen der einzeln aufgelisteten Aspekte eine höhere Taxierung abgegeben (u.a. eine volle Einschränkung bei der Gruppenfähigkeit, eine erhebliche bis volle Einschränkung bei der Verkehrsfähigkeit und mehrfach weitere erhebliche Einschränkungen). Dr. D.____ habe die Einschränkungen mit den (beigelegten, act. G 1.1.4) Ergebnissen des Symptomerfassungstools von ____ unterstrichen, welche die Angst als zentrales Problem in der Behandlung dargestellt hätten. Er (der Rechtsvertreter) halte nach einer persönlichen Begegnung mit dem Beschwerdeführer dafür, dass der behandelnde Psychiater zu Recht vermute, dass der Gutachter die Arbeitsfähigkeit aufgrund der völlig unrealistischen Selbsteinschätzung des Beschwerdeführers festgelegt habe. Die genannte Selbsteinschätzung sei für einen Psychiater, der lediglich einmal etwas mehr als eine Stunde lang mit dem Beschwerdeführer gesprochen und sich mit den Vorakten nur ungenügend auseinandergesetzt habe, nicht so einfach zu erfassen. Der Beschwerdeführer habe erklärt, neben der Angst bestünden vor allem quälende Gedanken, die immer wieder kämen. Nach Angaben von Dr. D.____ (Mail vom 17. März 2021, act. G 1.1.5) habe der Beschwerdeführer beispielsweise das Gefühl, er werde von ihm, dem eigenen behandelnden Psychiater, manipuliert. Auch bei einer Arbeitstätigkeit des Beschwerdeführers zuhause wären Kontaktnahmen (Arbeit bringen, korrigieren, abnehmen usw.) erforderlich, der Beschwerdeführer aber würde in jede Kontaktnahme etwas hineininterpretieren, würde eine Verfolgung oder eine gegen ihn gerichtete Boshaftigkeit darin sehen. Der Gutachter hätte sich zudem mit der Befragung des Beschwerdeführers durch die Beschwerdegegnerin auseinandersetzen können. Der Beschwerdeführer habe dort sehr offen über seine Probleme gesprochen. Wie oft er spazieren gehe, habe er allerdings nicht wahrheitsgemäss berichtet. Ihn liebende Menschen (und Tiere) seien also offensichtlich in der Lage, den Beschwerdeführer aus seiner Selbstisolation zu locken. Er gehe auch zum Psychiater und mit den Eltern zum Einkauf. Der Gutachter meine, die Diagnose der paranoiden Schizophrenie als substanzinduziert abtun zu können. Im Gutachten gebe es aber keine Ausführungen darüber, wie es in der Zeit gewesen sei, als der Beschwerdeführer nach dem kalten Entzug in der Heimat "funktioniert" habe. Die Antwort könnte die These des Gutachters stützen oder sie zu Fall bringen. Denn der Beschwerdeführer schaffe es immer

wieder, von einer Substanz loszukommen - um in die nächste zu verfallen. Legale und illegale Drogen und Psychopharmaka: immer sei es die Not, die ihn dazu führe. Eine neuropsychologische Untersuchung fehle ganz, würde aber allenfalls Hinweise vor allem hinsichtlich der Konzentrationsfähigkeit geben können. Ferner hätten bei der Begutachtung fremdanamnestic Angaben eingeholt werden können, etwa zur Frage, warum der Beschwerdeführer die Arbeitsstelle verloren und auch eine optimal angepasste Stelle in Teilzeit nicht halten können. Das Mindeste wäre gewesen, den behandelnden Psychiater anzurufen und Befunde oder Beobachtungen zu besprechen. Das Resultat der Begutachtung bedeute, dass der Gutachter es nach eineinhalb Stunden Exploration besser wisse als der seit 14 Jahren behandelnde Psychiater, der offenbar aus Sicht des Gutachters nicht gemerkt habe, dass der Beschwerdeführer zur Hauptsache simulierte. Falls nicht eingewilligt werde, ein vernünftiges psychiatrisches Gutachten einzuholen, würden in der Replik alle handwerklichen Fehler des Gutachters anhand der Leitlinie Versicherungspsychiatrie aufgelistet. - Im Mail vom 3. März 2021 hatte Dr. D. ___ dem Rechtsvertreter des Beschwerdeführers u.a. mitgeteilt, dass dieser mit dem Velo zur Apotheke fahre, komme weniger als einmal pro Jahr vor. Die Arbeitsfähigkeitsbeurteilung scheine auf dessen völlig unrealistischer Selbsteinschätzung zu basieren. Das Instrument Mini-IDF-APP kenne er (Dr. D. ___) nicht im Detail, doch scheine ihm, dass der Gutachter die Fähigkeiten des Versicherten deutlich überschätzt habe. - In einem (weiteren) Mail vom 4. März 2021 (act. G 1.1.6) hatte Dr. D. ___ festgehalten, der Beschwerdeführer könne sich kaum selber behaupten und komme in Gruppen nicht zurecht. Nach den Geschehnissen bzw. Befragungen vom Januar und August 2011 sei es über Jahre hinweg nicht mehr möglich gewesen, den Beschwerdeführer zu einer Wiederanmeldung bei der IV zu bewegen. Mit dem Auftreten der Wahnwahrnehmungen, Halluzinationen und wahnhaften Verfolgungsideen habe er schliesslich dazu gebracht werden können. Sein Drogenkonsum sei als sekundär im Sinn einer Selbstmedikation zu werten, die er wegen seiner Ängste nicht bleiben lassen könne. Mit Beschwerdeantwort vom 12. Mai 2021 (act. G 5) beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde, sofern diese nicht zufolge Rückzugs - gemäss beigelegtem Mail des Beschwerdeführers (act. G 5.1) - als gegenstandslos abzuschreiben sei. Die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit im polydisziplinären Konsens des Gutachtens sei plausibel und nachvollziehbar. Die Abklärungspflicht sei erfüllt. Eine psychiatrische Exploration könne naturgemäss nicht ermessensfrei erfolgen. Der Gutachter habe eine umfassende Befragung vorgenommen. Es könne keine Rede davon sein, dass der Beschwerdeführer die Wohnung nie verlasse. Der Gutachter habe sich auch mit der Einschätzung des behandelnden Psychiaters genügend auseinandergesetzt und habe die Parameter des Mini-ICF-APP sorgfältig herausgearbeitet. Inwiefern eine Besprechung mit dem behandelnden Psychiater sachdienlich gewesen wäre, sei nicht ersichtlich. Da der Gutachter auf eine Fremdanamnese verzichtet habe, könne davon ausgegangen werden, dass sie nicht zu einem Mehrwert geführt hätte. Die Beurteilung der Leistungsfähigkeit beruhe nicht auf der Selbsteinschätzung des Beschwerdeführers. - Im erwähnten Mail hatte der Beschwerdeführer der Beschwerdegegnerin gegenüber (unter Hinweis auf ein entsprechendes Mail auch an den Rechtsvertreter) erklärt, er ziehe die Beschwerde zurück und die Vollmacht an den Rechtsvertreter sei nicht mehr gültig. Auf Aufforderung an den Beschwerdeführer zum Nachholen einer Unterschrift hin (vgl. act. G 6) hat Rechtsanwalt Dr. Pedernana am 21. Mai 2021 (act. G 8) für den Beschwerdeführer mitgeteilt, der Rückzug werde nicht bestätigt werden. Die O. ___ des Beschwerdeführers habe diesen dazu bringen können, dass er die Beschwerde laufen lasse. Auf die Frage, was er nach einem

Rückzug zu tun gedenke, habe der Beschwerdeführer geantwortet, er werde eine Stelle im Homeoffice suchen; das habe der Gutachter empfohlen und sei eine gute Idee. Dieses Verkennen der Realität sei Teil seiner Krankheit. Es frage sich, ob er in der Lage sei, solche Entscheide zu fällen. Der Kostenvorschuss werde aus dem Hilfsfond bezahlt werden, denn es habe zu einem Tohuwabohu geführt, als der Beschwerdeführer das Formular für die unentgeltliche Rechtspflege hätte ausfüllen sollen. Er habe sich ausspioniert gefühlt. Er suche übrigens erneut eine andere Wohnung, weil er sich beobachtet fühle. Mit Replik vom 19. September 2021 (act. G 17) bringt der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers vor, es sei inzwischen zusätzlich aufgefallen, dass schon seit der Jugend (und anhaltend) Anhaltspunkte für ein ADHS-Syndrom (eine Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung) des Beschwerdeführers vorlägen. Das könnte auch eine Erklärung für dessen (Eigen-) Therapie mit aktivitätsdämpfenden Substanzen wie Cannabis, Heroin und Benzodiazepinen sein. So sei nicht weiter differentialdiagnostisch abgeklärt worden, dass das Anschreien und die ständigen Konflikte mit den Mitschülern und Lehrern, später auch mit den Arbeitskollegen in der Lehre, eventuell auf das ADHS zurückzuführen gewesen sei. Statt objektivierte Berichte, Arbeits- und Zwischenzeugnisse bzw. eine Befragung der Arbeitgeber (mit Gründen für die Auflösung des Arbeitsverhältnisses) beizuziehen, sei auf die oft unzuverlässigen Eigenangaben des Beschwerdeführers abgestützt worden, was die Diagnose erschwere. Dazu passe auch das Leitsymptom der Hyperaktivität, die sich im Erwachsenenalter mehr als innerliche Unrast äussere. Damit übereinstimmend seien im RAD-Bericht Befunde beschrieben worden (u.a. auch eine eingeschränkte Konzentration und "hintergründig angespannt subtil-aggressive Züge"). Dass er sich bei der Begutachtung vom September 2020 nicht mehr entsprechend verhalten habe, könne zwei Ursachen haben. Entweder sei es die Folge seines Xanax-Konsums gewesen oder es habe an einer ungenauen Beobachtung des Psychiaters gelegen. Dass der Beschwerdeführer zuverlässig an einem Methadonprogramm teilnehme, habe der Gutachter nicht untersuchen lassen, sondern einfach geglaubt. In einem Zustand mit eingenommenem Xanax und Rohypnol (Methadon) - beide offenbar von ähnlicher Wirkung - könne der Beschwerdeführer nicht arbeiten, ohne Medikamente aber verliere er die Kontrolle über sich. Bei sorgfältiger Exploration hätte der Beschwerdeführer wohl von sich aus erzählt, dass der Substanzmissbrauch Folge der wahnhaften Ideen gewesen sei, die schon in der Adoleszenz präsent gewesen seien. Es sei nicht untypisch, dass sich ADHS-Patienten - insbesondere solche, die nicht entsprechend diagnostisch erfasst und behandelt würden - selber mit Sedativa behandelten. Das habe der Beschwerdeführer mit Sicherheit getan. Psychisch kranke Menschen erbrächten teilweise gute Leistungen, aber nicht in der notwendigen Konstanz. In Krisen belasteten sie das Arbeitsklima so schwer, dass sie auf Dauer nicht tragbar seien. Diese Probleme - darunter auch die fehlende Planbarkeit der Arbeitsleistung - seien vom Gutachter nicht erwähnt worden. Er (der Rechtsvertreter) sei überzeugt, dass der Beschwerdeführer im ersten Arbeitsmarkt absolut nicht tragbar sei, auch wenn er wisse, dass er nach Wiederangewöhnung an die Arbeitswelt an guten Tagen vermutlich eine normale Arbeitsleistung erbringen könne. Einer der Gründe, weshalb die Psychiater die Arbeitsfähigkeit in der Rely-Studie bei einzelnen Personen diametral unterschiedlich einschätzten, liege in deren unterschiedlichen Vorstellungen davon, was der erste Arbeitsmarkt von den Arbeitnehmenden überhaupt erfordere. Da helfe nur ein gerichtliches psychiatrisches Gutachten. - Beigelegt worden sind drei Unterlagen zum Thema ADHS (Prof. Dr. rer. nat. N.____, asim Fortbildungen, 10. April 2019,

Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung [ADHS] im Erwachsenenalter - Folgen und Konsequenzen, act. G 17.1; Neurologen und Psychiater im Netz, 9. Dezember 2013, ADHS im Erwachsenenalter ist unterdiagnostiziert, act. G 17.8; Astrid Neuy-Barmann, ADHS und Sucht, act. G 17.3). Die Beschwerdegegnerin hat am 29. September 2021 (act. G 19) auf die Erstattung einer Duplik verzichtet. Erwägungen Im Streit liegt die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 19. Februar 2021, mit welcher diese einen Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Rente (Neuanmeldung vom November 2019 nach vorgängiger formell rechtskräftiger Abweisung im Jahr 2012) ablehnte. Er lässt im Hauptstandpunkt die Zusprache einer ganzen Rente ab April 2020 beantragen. 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. - Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG, SR 830.1). 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 ATSG; vgl. schon BGE 102 V 165). - Sämtliche psychischen Erkrankungen - darunter auch Abhängigkeitssyndrome, vgl. BGE 145 V 215 E. 6.2 - 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. 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 eingliederungsanamnestisch 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. Hinweise darauf ergeben sich (im Zusammenhang mit einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung entwickelt) namentlich, wenn: eine erhebliche Diskrepanz zwischen den geschilderten Schmerzen und dem gezeigten Verhalten oder der Anamnese besteht; intensive Schmerzen angegeben werden, deren Charakterisierung jedoch vage bleibt; keine medizinische Behandlung und Therapie in Anspruch genommen wird; demonstrativ vorgetragene Klagen auf den Sachverständigen unglaubwürdig wirken;

schwere Einschränkungen im Alltag behauptet werden, das psychosoziale Umfeld jedoch weitgehend intakt ist (BGE 141 V 281 E. 2.2.1). Der Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers sind im Verfahren der Neuanmeldung vom November 2019 im September 2020 durch die medaffairs AG polydisziplinär begutachtet worden. Im Einzelnen ergab sich dabei gemäss dem allgemeininternistischen Teil (vgl. IV-act. 107-23 ff.) keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (vgl. IV-act. 107-31; ohne Auswirkungen seien ein chronischer Nikotinabusus und eine Dyslipidämie). Der Beschwerdeführer habe keine diesbezüglichen Erkrankungen geltend gemacht und auch aktenanamnestisch fänden sich keine rein allgemeininternistischen Diagnosen, die aktuell oder im Vorfeld zu einer höhergradigen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit geführt hätten (vgl. IV-act. 107-32). Im ophthalmologischen Teil (vgl. IV-act. 107-58 ff.) wurden eine Myopia magna und eine Keratokonjunktivitis sicca beidseits sowie der Status nach Netzhautoperation links und nach Laser-Retinopexie rechts erhoben. Bei entsprechender Korrektur sei der Visus beidseits 1.0. Das Gesichtsfeld sei bds. praktisch normal. Es bestehe ein Bedarf nach einer Brille bzw. Kontaktlinsen. Bei Trockenheitsbeschwerden benötige der Beschwerdeführer benetzende Augentropfen (vgl. IV-act. 107-62 f.). Eine Arbeitsunfähigkeit wurde nicht bescheinigt. Im psychiatrischen Teil-Gutachten wurde festgehalten, der Beschwerdeführer habe berichtet, es gehe ihm schlecht, er könne kaum das Haus verlassen. Er leide schon seit dem 15. Altersjahr, als er viel gekifft habe, unter Angst vor bzw. in Menschenmengen. Mit der Zeit sei es schlimmer geworden. Ausserdem fühle er sich - seit eineinhalb bzw. zwei Jahren - beim Verlassen des Hauses von anderen Menschen verfolgt, zum Teil auch in der Apotheke, wenn jemand gleichzeitig den Laden verlasse. Die Nachbarn und die meisten Menschen würden ihn nicht mögen; sie grüssten ihn nicht, die Nachbarin klopfe in der Wohnung, wenn er zuhause sei, und man lasse den Hund bellen (vgl. IV-act. 107-40 und -42). Cannabis rauche er seit langem nicht mehr, dadurch sei es nämlich bei ihm zur Angst und zum Gefühl gekommen, dass man ihn seltsam anschau. Am längsten drogenfrei sei er nach dem Entzug in der Heimat gewesen, er habe damals aber Benzodiazepine konsumiert (vgl. IV-act. 107-41). Er erledige Arbeiten im Haushalt, gehe kleine Sachen holen in der Nähe, vor allem im Tankstellenshop, weniger (oft) in einem Grossverteiler, und er sei manchmal auch mit dem Velo unterwegs, so vor vier bis fünf Monaten zur Apotheke (vgl. IV-act. 107-44). Auf die Frage, ob er einen Teilentzug machen wolle, habe der Beschwerdeführer erklärt, er habe ja keinen grossen Beikonsum, lediglich jeweils Ausrutscher alle drei bis vier Monate mit Kokain, seltener mit Heroin. Ausserdem fühle er sich ja verfolgt. Die Medikamente gegen seine seltsamen Gedanken habe er alle nicht vertragen (vgl. IV-act. 107-45; "Risperidal" [Wirkstoff Risperidon], Latuda, Olanzapin, vgl. IV-act. 107-40, alles atypische Neuroleptika). - Der Gutachter hielt fest, der Beschwerdeführer habe keine groben psychomotorischen Auffälligkeiten und keine Zeichen einer Beschwerdewahrnehmung gezeigt, sei gut zugänglich, freundlich und kooperativ gewesen und habe nicht misstrauisch gewirkt, aber besorgt. Negative Zukunftsperspektiven hätten nicht bestanden. Aufmerksamkeit, Auffassung und Gedächtnis seien intakt gewesen (vgl. IV-act. 107-46). Die Laborresultate hätten mit den Angaben des Beschwerdeführers zum Konsum übereingestimmt. Irreversible Sekundärschäden (sc. des Suchtmittelkonsums) mit einem hirnorganischen Abbau oder einer Wesensänderung mit vergrößerten Affekten und Aggressivität seien nicht erwiesen. Es bestehe eine leichte depressive Symptomatik, die auch in der Hamilton Depression Scale-Testung habe bestätigt werden können, und die vor allem durch die besorgte Gestimmtheit und verminderten Selbstwert mit

Insuffizienzgedanken gekennzeichnet, aber auch im Rahmen der Substanzabhängigkeitsstörung zu sehen sei. Der Beschwerdeführer sei nicht deutlich verwahrlost, lebe zusammen mit seiner Ehefrau und habe gute Kontakte in der Familie, wenn auch ein sozialer Rückzug bestehe. Er könne durchaus Aufgaben im Haushalt nachgehen (vgl. IV-act. 107-50 f.). Die Behandlung könne intensiviert werden, entweder durch Erhöhung der Methadondosis, so dass kein Suchtdruck mehr bestehe, oder, falls es dadurch zu einer grossen Tagesmüdigkeit komme, durch Ersetzen des Methadons durch ein anderes Mittel. Eine Option wäre zudem eine qualifizierte stationäre Teilentzugsbehandlung, die der Beschwerdeführer aber ablehne. Bei einer wahnhaften Störung sei zuerst der Substanzkonsum zu kontrollieren und auszuschliessen (Abstinenz vom Beikonsum). Bei persistierenden Symptomen sei der Versuch mit einem niedrig dosierten Antipsychotikum (wie Risperidon) anzuraten. Länger bestehende Störungen seien aber häufig therapierefraktär. Daher sei beim Beschwerdeführer von einer anhaltenden Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit auszugehen. Der Beschwerdeführer zeige sich zu einer Arbeit motiviert, fühle sich aber auch beeinträchtigt durch die wahnhaften Ideen mit Grübelneigung und erhöhter Ermüdbarkeit. Der Verlauf sei chronisch und die Prognose für die Wiederaufnahme einer Erwerbstätigkeit sei ungewiss (vgl. IV-act. 107-52). Der Beschwerdeführer komme auch allein zurecht, so sei es etwa zu der Zeit gewesen, als die Ehefrau in die Heimat gereist sei, auch wenn die O. ___ jeweils vorbeigeschaut und ihm zuweilen etwas zu essen mitgebracht habe. Es werde ihm aber doch viel abgenommen, wenn er überall hingefahren werde; es gehe allerdings auch selber (vgl. IV-act. 107-52). Eine vollständige Arbeitsunfähigkeit sei jedenfalls mit den täglichen Aktivitäten, die ihm möglich seien und sich auch im Mini-ICF-APP hätten abbilden lassen, nicht vereinbar (vgl. IV-act. 107-53). Schizophrene Symptome - wie etwa Kontrollwahn oder Affektverflachung - seien für die Diagnose einer paranoiden Schizophrenie zu wenig ausgeprägt. Die akustischen Halluzinationen begründeten diese Störung noch nicht (typische Halluzinationen wären andere, etwa Stimmenhören). Sie passten zur wahnhaften Störung. Die Symptomatik sei substanzinduziert. Bereits früh sei es unter dem Substanzkonsum zu Ängsten und paranoiden Ideen gekommen, die Symptomatik habe sich nun verschlechtert. Der Beschwerdeführer habe aber mit dem Kokainkonsum (nebst dem Heroinkonsum) nicht aufgehört und nehme auch regelmässig ein Benzodiazepin ein, das bei regelmässiger Einnahme ebenfalls Ängste und depressive Verstimmungen auslösen könne (vgl. IV-act. 107-53). Bei der Auseinandersetzung mit Fähigkeiten, Ressourcen und Belastungen gab der Gutachter an, sicherlich belastend - wenn auch medizinisch nicht begründet - sei der Umstand, dass seit Jahren eine sinngebende Erwerbstätigkeit fehle. Bis er mit dem Konsum illegaler Drogen begonnen habe, habe der Beschwerdeführer aber eine weitgehend normale frühkindliche Entwicklung gezeigt (vgl. IV-act. 107-53). Es bestünden auch Ressourcen für angelernte Arbeiten. Zwar gehe der Beschwerdeführer keiner regelmässigen Tagerstruktur nach und schlafe auch am Tag, doch helfe er im Haushalt und komme auch allein zurecht. Es könne ihm zugemutet werden, die öffentlichen Verkehrsmittel zu benützen, zumindest an ihm bekannten Orten. Weder die wahnhafte Störung noch die Depressionen oder die Ängste beeinträchtigten den Beschwerdeführer schwer (vgl. IV-act. 107-53 f.). Die Leistungseinschränkung betrage 30 % (vgl. IV-act. 107-54). Die medizinischen Massnahmen könnten die Arbeitsfähigkeit nicht verbessern, aber zur Erhaltung der medizinisch-theoretischen Arbeitsfähigkeit beitragen (vgl. IV-act. 107-55). In der polydisziplinären Beurteilung des Gutachtens wurde festgehalten, es bestünden beim Beschwerdeführer ein Suchtdruck und negative Folgen. So leide er unter seinem

Verfolgungswahn, sei erhöht ermüdbar und brauche Pausen. Die Achse-II-Diagnose einer Persönlichkeitsstörung könne bei dem frühen Beginn des Substanzkonsums mit substanzinduzierten Sekundärsymptomen wie Ängsten und nun auch depressiven Verstimmungen und vor allem im Vordergrund stehendem Verfolgungswahn nicht gestellt werden. Die besorgten, etwas selbstunsicheren Persönlichkeitszüge passten zur vorliegenden Störung mit Substanzkonsum und sekundär wahnhafter Störung (vgl. IV-act. 107-15). - Die Leistungseinschränkung von 30 % sei auf die Störung durch Substanzkonsum zurückzuführen. Es bestünden eine erhöhte Ermüdbarkeit und ein erhöhter Pausenbedarf und es könne bei der Arbeit zu vermehrten wahnhaften Symptomen kommen (vgl. IV-act. 107-16). - Es hätten sich in der Konsistenzprüfung insgesamt keine Hinweise auf nicht im geklagten Umfang vorhandene Funktionsbeeinträchtigungen ergeben. Die Befunde gäben bei kritischer Würdigung (von Aktenlage, Eigenanamnese, Beobachtung und Untersuchungsbefunden) ein in sich schlüssiges, konsistentes Bild (vgl. IV-act. 107-15). Das - für das polydisziplinäre Ergebnis vorliegend hauptsächlich massgebende - psychiatrische (Teil-) Gutachten der medaffairs AG basiert auf einer Kenntnis der vollständigen Vorakten. Der Gutachter erfragte die geklagten Beschwerden und erhob auch die weitere Anamnese und die Befunde (einschliesslich eines Laborbefundes). Er begründete die von ihm gestellten Diagnosen. Im Weiteren beurteilte er den bisherigen Verlauf von Behandlungen und befasste sich, wie sich aus E. 3.4 ergibt, auch mit den Fähigkeiten, Ressourcen und Belastungen des Beschwerdeführers. Er prüfte ferner Konsistenz und Plausibilität und berücksichtigte die erhobenen Alltagsaktivitäten des Beschwerdeführers. Der Beschwerdeführer lässt indessen diverse Beanstandungen am Gutachten anbringen: So hält er etwa dafür, der Sachverhalt sei unsorgfältig aufgenommen worden. Er sei nämlich nicht vom Sozialamt abhängig. - Eine entsprechende Feststellung findet sich im Gutachten - allein - unter dem vorangestellten Titel des Kontexts des Auftrags (IV-act. 107-35, unten); sie wurde dort wohl lediglich aus der diesbezüglichen Angabe im Auftrag der Beschwerdegegnerin (IV-act. 101-2) übernommen. Der Aspekt erscheint indessen nicht relevant, da keine Hinweise auf eine Unsorgfalt bei der Befragung, Untersuchung und Wiedergabe ersichtlich sind. Des Weiteren wird eingewendet, der Substanzkonsum des Beschwerdeführers sei die Folge eines schon früher vorhanden gewesenen Gesundheitsschadens. Der Gutachter sei ausserdem zu Unrecht der Auffassung, die vom behandelnden Psychiater gestellte Diagnose einer paranoiden Schizophrenie (mit akustischen Halluzinationen, Wahnwahrnehmungen und Verfolgungswahn sowie Problemen im Verhalten seit mindestens 2017) als substanzinduziert abtun zu können. Zudem hätten keine Abklärungen im Hinblick auf das Vorliegen eines allfälligen ADHS stattgefunden. Zu diesem Leiden würde auch das Leitsymptom der Hyperaktivität passen, die sich im Erwachsenenalter mehr als innerliche Unrast äussere. Im RAD-Bericht seien entsprechende Befunde beschrieben worden. Schon 2009 und 2010 hatte der Beschwerdeführer bestimmte Symptome beklagt. Am 14. Oktober 2009 hatte er dem RAD-Arzt gegenüber gemäss dessen Untersuchungsbericht berichtet, während der Lehrzeit viel von Mitarbeitern angeschrien worden zu sein, die sich über ihn lustig gemacht und ihn gehänselt hätten (vgl. IV-act. 24-3). Ebenfalls schon im Juli 2010 war in einem ärztlichen Bericht angegeben worden, der Beschwerdeführer fühle sich bedrängt und beobachtet, sobald er Kontakt mit Menschen habe (vgl. IV-act. 37-1). Auch Konzentrationsstörungen hatte er schon gemäss dem IV-Arztbericht vom 20. April 2009 beklagt (vgl. IV-act. 19-4). Bei der Begutachtung durch Dr. I. ___ hatte der Beschwerdeführer angegeben, früher bei Begegnungen mit anderen Leuten Nervosität verspürt zu haben; unter Cannabis, mit dem er

im Alter von etwa 14 bis 15 Jahren begonnen habe, sei die Angst zuerst weg gewesen, habe sich dann aber bei erhöhtem Konsum verstärkt, und er habe dabei Stimmen gehört (vgl. IV-act. 64-9). - Im betreffenden ärztlichen Bericht vom 20. April 2009 war aber auch festgehalten worden, dass die erste Angstattacke nach Angaben des Beschwerdeführers erstmals mit 17 Jahren unter Cannabis aufgetreten sei, das er ab dem 15. Altersjahr konsumiert habe (vgl. IV-act. 19-4). Dr. I. ___ hatte in der Folge damals angenommen, es habe im Zusammenhang mit dem schon in der Primar- und Realschule ziemlich weitreichenden Cannabiskonsum gestanden, dass es während der Schulzeit zu den Verhaltensauffälligkeiten wie Schulschwänzen und Drohung des Schulausschlusses durch einen Lehrer gekommen sei (vgl. IV-act. 64-15). Die Störungen seien reaktiv gewesen; dass der Beschwerdeführer vor oder während der Abhängigkeit eine psychische Störung entwickelt hätte, sei nicht zu eruieren (vgl. IV-act. 64-18). Dr. I. ___ hatte in seinem Gutachten begründet, weshalb nachvollziehbar sei, dass der Beschwerdeführer während der jahrelangen Polytoxikomanie u.a. unter depressiven Verstimmungen, einer Angststörung und Panikattacken gelitten habe (vgl. IV-act. 64-16 f.). Als primäre Sucht schloss er sie nach damaliger, inzwischen überholter Rechtsprechung aber von den invalidisierenden Gesundheitsschäden aus (vgl. IV-act. 64-18); eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit erkannte Dr. I. ___ zum Zeitpunkt der Begutachtung nicht, da der Beschwerdeführer damals abstinent war und eine psychische Erkrankung von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer nicht festzustellen war (vgl. IV-act. 64-19). An die Stelle der bisherigen Abklärung der primären oder sekundären Natur der Sucht ist in der Rechtsprechung nunmehr wie erwähnt die indikatorengestützte Abklärung getreten (vgl. BGE 145 V 215 E. 5.3.2 f. i.V.m. E. 4.3). - Wenn der medaffairs-Gutachter darlegte, die Achse-II-Diagnose einer Persönlichkeitsstörung könne bei dem frühen Beginn des Substanzkonsums mit substanzinduzierten Sekundärsymptomen nicht gestellt werden, so lässt sich das auch angesichts der Übereinstimmung seiner diesbezüglichen medizinischen Beurteilung mit derjenigen von Dr. I. ___ nicht beanstanden. Der medaffairs-Gutachter begründete ausdrücklich, aus welchem Grund er die vom behandelnden Psychiater gestellte Diagnose einer paranoiden Schizophrenie als nicht ausgewiesen betrachtete (vgl. IV-act. 107-53). Stattdessen diagnostizierte der Gutachter beim Beschwerdeführer eine psychotische Störung und erachtete diese - wenn er sie auch als substanzinduziert bezeichnete - als Hauptdiagnose. Er mass ihr Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zu. Ferner wird dem Gutachter vorgehalten, er habe dem Beschwerdeführer - ohne genügende Objektivierung - zu sehr geglaubt (etwa, dass er zuverlässig an einem Methadonprogramm teilnehme) und er habe bei der Arbeitsfähigkeitsschätzung zu Unrecht auf dessen unrealistische Selbsteinschätzung abgestellt, die Teil der Krankheit sei. So komme es weniger als einmal pro Jahr vor, dass der Beschwerdeführer - wie angegeben - mit dem Velo zur Apotheke fahre. Der Gutachter habe auch keine fremdanamnesticen Auskünfte erhoben und keine neuropsychologische Untersuchung durchführen lassen. Was die Angaben des Beschwerdeführers angeht, wird von seinem Rechtsvertreter eingeräumt, dass sie oft unzuverlässig seien; der Beschwerdeführer selber hatte im früheren Verfahren eingesehen, dass seine Angaben vom Januar 2011 - zumindest abgesehen von den schlechtesten Phasen - nicht mit dem tatsächlichen Aktivitätsniveau übereinstimmten (vgl. IV-act. 57-6). Die ehemaligen Angaben des Beschwerdeführers zum Methadonprogramm und zur Verschreibung von 9 mg Temesta in der Klinik dagegen erscheinen im Unterschied zur Vorhaltung im Vorbescheid vom 7. Juni 2012 nicht unzutreffend gewesen zu sein (Methadonprogramm 2002, 9 mg Temesta im stationären Rahmen möglich). Von "gelegentlichen" Spaziergängen

mit dem Hund "in den Abendstunden" hatte er zudem schon vor den Vorermittlungen der Beschwerdegegnerin berichtet (vgl. IV-act. 37-2). Des Weiteren stützt sich der Beschwerdeführer in seinen Darlegungen auf die Arbeitsfähigkeitsschätzungen der behandelnden Ärzteschaft, die ihrerseits allerdings wiederum auf seinen eigenen Angaben basieren. Schon bei der RAD-Untersuchung 2009 hatte er dafürgehalten, sein Arzt habe gesagt, es gehe nun - nach zehn Jahren - nichts mehr. Auch hinsichtlich der (teil-)stationären Behandlung zeigte er Widerstand und brach sie dann ab; er habe schon zu Beginn gewusst, dass es nicht gehen werde. - Eine Fremdanamnese durch Angaben der O. ___ des Beschwerdeführers im früheren Verfahren (vgl. IV-act. 24-4) war zudem nicht hilfreich gewesen. Die medaffairs-Gutachter veranlassten zur Objektivierung Laboruntersuchungen und erklärten, deren Resultate hätten mit den Angaben des Beschwerdeführers übereingestimmt (vgl. IV-act. 107-14; Kokain, Heroin und Cannabis im Serum nicht nachweisbar, ärztlich verordnetes Benzodiazepin deutlich nachweisbar, CDT nicht pathologisch erhöht). Des Weiteren setzte der medaffairs-Gutachter der Psychiatrie die Hamilton Depressionsskala und einen Mini-ICF-APP-Rating-Bogen ein (vgl. IV-act. 107-48 ff. und 107-53). In diesem Zusammenhang ist anzumerken, dass ein von Dr. I. ___ ehemals durchgeführter MMPI-2 (Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2) Test ein sehr ungewöhnliches Profil ergeben hatte, das sowohl bei schwer depressiven als auch bei psychotischen Erkrankungen bzw. einem psychotischen Zustand vorliege. Das Ergebnis hatte nach Angaben von Dr. I. ___ weder zu den anamnestischen Angaben noch zum klinischen Befund gepasst und war daher als nicht brauchbar qualifiziert worden. - Die Abklärungen erscheinen ausreichend; von einer Ergänzung, insbesondere auch von einer neuropsychologischen Abklärung (vgl. hierzu im Übrigen das Bundesgerichtsurteil vom 11. November 2021, 9C_478/2021 E. 4.2, wonach eine solche lediglich eine Zusatzuntersuchung darstellt, welche bei begründeter Indikation in Erwägung zu ziehen ist), sind vorliegend keine relevanten zusätzlichen Erkenntnisse zu erwarten. Der Beschwerdeführer lässt weiter vorbringen, er sei in langjähriger Therapie, ohne in den Arbeitsprozess eingegliedert worden zu sein, habe ohne nachhaltigen Erfolg Arbeitsversuche gemacht und habe keinen Krankheitsgewinn. Was die diesbezügliche weitere Objektivierung der Beschwerden anhand der Standardindikatoren betrifft, findet sich im medaffairs-Gutachten eine entsprechende Begründung der Arbeitsunfähigkeitsschätzung (von 30 %). Zunächst lässt sich nach der Aktenlage bestätigen, dass sich die Behandlung des Beschwerdeführers über eine lange Zeit erstreckt. Der Gutachter hat dies gewürdigt und hielt fest, der Beschwerdeführer stehe in einer ambulanten psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung, auch mit einem Drogensersatzprogramm mit Methadon, betreibe aber nach eigenen Angaben einen Beikonsum von gelegentlich Heroin und seltener Kokain. Es liege ein chronischer Verlauf vor. Längere Zeit bestehende chronische Wahnstörungen seien häufig therapierefraktär (vgl. IV-act. 107-52). - Im Weiteren legte der Gutachter (im Hinblick auf allfällige Inkonsistenzen) dar, der Beschwerdeführer habe kein aufmerksamkeitsuchendes oder aggravatorisches Verhalten gezeigt (vgl. IV-act. 107-45) und die Konsistenzprüfung habe insgesamt keine Hinweise auf nicht im geklagten Umfang vorhandene Funktionsbeeinträchtigungen ergeben (vgl. IV-act. 107-52). Überdies sind die Beeinträchtigung durch die wahnhaften Ideen mit Grübelneigung und erhöhter Ermüdbarkeit (vgl. IV-act. 107-52) sowie der soziale Rückzug vom medaffairs-Gutachter berücksichtigt worden. Schon der Arzt der IV-Stelle hatte darauf hingewiesen, dass das Ausmass der dem RAD-Psychiater gegenüber angegebenen Einschränkungen widerlegt

worden sei, dass aber kein vollständig sozial funktionsfähiger Beschwerdeführer gesehen worden sei. Dieser scheine im Kreis seiner Angehörigen zu leben, umsorgt in einem sekundären Krankheitsgewinn. Es sei nur ein relativ enges Aktivitätsspektrum beobachtet worden (vgl. IV-act. 55-3). Der medaffairs-Gutachter hat namentlich auch die Belastung durch das sehr lange Fehlen einer sinngebenden Erwerbstätigkeit berücksichtigt (vgl. IV-act. 107-53). Abgesehen von den in der Anmeldung vom November 2019 genannten (2013/2014) bzw. im IK-Auszug vermerkten, vom Beschwerdeführer aufgenommenen Beschäftigungen mit geringfügigen Jahreseinkommen (2012 bis 2014) sind allerdings in der langen Zeit keine Anstrengungen von seiner Seite ersichtlich geworden, eine Erwerbsarbeit aufzunehmen. Was den Befund betrifft, kann namentlich darauf hingewiesen werden, dass der Beschwerdeführer bei der Begutachtung einerseits nicht misstrauisch wirkte und kooperativ war (vgl. IV-act. 107-46). Aufmerksamkeit, Auffassung und Gedächtnis seien intakt gewesen (vgl. IV-act. 107-46; auch bei der Begutachtung durch Dr. I.____ wurde berichtet, die mnestischen und kognitiven Funktionen hätten keine groben Auffälligkeiten aufgewiesen, insbesondere keine Störungen der Konzentrationsfähigkeit oder der Aufmerksamkeit, auch die Umstellungsfähigkeit des Denkens sei unversehrt gewesen, inhaltliche Denkstörungen seien nicht aktuell gewesen, vgl. zu Drogenkonsumzeit Stimmenhören, IV-act. 64-12 f.; anders beim RAD: Konzentration eingeschränkt, IV-act. 24-7). Es wurde zudem ein gewisses Aktivitätsniveau des Beschwerdeführers beschrieben (vgl. Haushaltstätigkeiten, Einkaufen, Beschäftigung mit Internet und Nachrichten, regelmässiges Wahrnehmen der Arzt- und Apothekentermine, Reisefähigkeit in die Heimat, IV-act. 107-52 f.; vgl. IV-act. 107-28 und 107-44). Der Gutachter wies zudem darauf hin, dass sich dieses Niveau auch im Mini-ICF-APP habe abbilden lassen. Angemerkt werden kann, dass auch psychiatrische Hospitalisationen des Beschwerdeführers nach der Aktenlage seit 2004 (vom 11. bis 12. Juni) nicht mehr erforderlich geworden waren. Der Aufenthalt vom 2. bis 11. März 2010 war vielmehr auf Anweisung der Beschwerdegegnerin erfolgt und vom Beschwerdeführer in Kürze wieder abgebrochen worden. - Im medaffairs-Gutachten wurde festgehalten, dem Beschwerdeführer werde auch viel abgenommen (vgl. IV-act. 107-52; vgl. auch schon ehemals IV-act. 64-17). Der medaffairs-Gutachter legte betreffend das weitere Vorgehen dar, die psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung des Beschwerdeführers sollte - optimiert - weitergeführt werden (vgl. IV-act. 107-55). Zuerst sei der Substanzkonsum zu kontrollieren und auszuschliessen. Ausserdem gebe es eine medikamentöse Therapieoption (vgl. IV-act. 107-52). - Was den Konsum der Suchtmittel durch den Beschwerdeführer betrifft, erscheint die vorliegende Sachlage unübersichtlich. Einer längeren stationären Therapie unter entsprechenden Kontrollen hat er sich (hierzulande) bisher nicht gestellt. Selbst dem gutachterlichen Vorschlag eines Teilentzugs (vgl. IV-act. 107-45) stand er ablehnend gegenüber. Dass ein solches Vorgehen allerdings krankheitsbedingt nicht zumutbar wäre, lässt sich aufgrund der Aktenlage (ohne entsprechenden motivierten Versuch) nicht ausweisen. Damit zeigt sich insgesamt, dass die gutachterliche Abklärung unter dem Gesichtspunkt der Standardindikatoren vollständig vorgenommen worden ist. Des Weiteren stellt der Beschwerdeführer den Beweiswert des Gutachtens als Sachverhaltsbeurteilung aufgrund einer kurzen Exploration dem Wert einer Beurteilung durch den behandelnden Psychiater nach einer Beobachtungszeit von 14 Jahren gegenüber. Da bei der Begutachtung wie erwähnt alle Aspekte umfassend berücksichtigt wurden, ergibt sich - auch wenn die längere Beobachtungszeit behandelnder Ärzte ihre Vorteile hat (nicht veröffentlichter Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts I 255/96, zit. in

Bundesgerichtsurteil vom 21. Dezember 2005, 4P.254/2005 E. 4.2) - kein Grund, dem Gutachten den Beweiswert abzusprechen (vgl. auch Bundesgerichtsurteil vom 9. September 2019, 8C_168/2019 E. 3.4). Die gutachterliche Beurteilung kann sich auf eine allseitige Aktenkenntnis stützen. Eine Besprechung mit dem behandelnden Psychiater konnte ohne Weiteres unterbleiben. Die abweichende Beurteilung des behandelnden Psychiaters vermag bei den vorliegenden Gegebenheiten gegen die gutachterliche polydisziplinäre Begutachtung nicht anzukommen. Es gibt keine konkreten Indizien gegen die Zuverlässigkeit des Begutachtungsergebnisses (vgl. hierzu die Rechtsprechung gemäss Bundesgerichtsurteil vom 15. Juli 2020, 8C_335/2020 E. 4.1; eine abweichende Beurteilung würde sich lediglich aufdrängen, wenn wichtige Aspekte beständen, die bei der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben wären, vgl. Bundesgerichtsurteil vom 17. Februar 2021, 8C_783/2020 E. 5.2). Die Beurteilung des behandelnden Psychiaters bietet vorliegend keinen Beleg dafür, dass die Störungen des Beschwerdeführers objektiv schwerer sind als im Gutachten beurteilt, und auch nicht dafür, dass die Therapie im Lauf der Zeit optimiert worden wäre. Ferner lässt der Beschwerdeführer geltend machen, der medaffairs-Gutachter sei kulturell voreingenommen gewesen, weil er den Beschwerdeführer nach allfälligem Schlagen der Ehefrau gefragt habe. Dieser hat damit allerdings allgemein die Aggressivität (bei ehelichem Streit) erfragt. Ein Anhaltspunkt für eine Voreingenommenheit des medaffairs-Gutachters ist nicht ersichtlich. Auch aus dem Hinweis auf Studien zur Reliabilität von Gutachten ergibt sich schliesslich nichts für die vorliegende Beurteilung Ausschlaggebendes. Namentlich kann diesbezüglich darauf hingewiesen werden, dass der medaffairs-Gutachter der Psychiatrie und Dr. I. ___ (vgl. IV-act. 64-14; im Unterschied zu den vom behandelnden Psychiater gestellten Diagnosen, IV-act. 87-2) übereinstimmend keine Angststörung diagnostiziert haben und dass beide Gutachter eine Substanzinduziertheit der Symptome angenommen haben. Die ebenfalls versicherungsmedizinisch basierte Beurteilung durch den RAD-Arzt (mit Facharztausbildung; auf der Grundlage ebenfalls eigener Untersuchung) war zwar von einer generalisierten Angststörung ausgegangen (vgl. IV-act. 24-7), doch hatte sich diese nicht unwesentlich auf die vom Beschwerdeführer übertrieben geschilderte Symptomatik und die noch mehr überhöhte Bestätigung durch die Fremdanamnese gestützt und vermag daher ebenfalls keine ausreichenden Zweifel am Ergebnis der medaffairs-Begutachtung zu massgeblicher Zeit zu begründen. Der betreffende RAD-Arzt hatte im Übrigen damals (bei Annahme einer vollen Arbeitsunfähigkeit) eine Mitwirkung in einer stationären Behandlung als dem Beschwerdeführer zumutbar bezeichnet und eine Behandelbarkeit in spezialisierter Klinik angenommen. - Als generelle Beanstandung vermag der Hinweis auf die erwähnten Studien das Gutachten ohnehin nicht in Frage zu stellen (vgl. auch Bundesgerichtsurteil vom 2. Juni 2021, 9C_202/2021 E. 5.6). Es ist zu bedenken, dass eine psychiatrische Exploration dem begutachtenden Psychiater praktisch immer einen gewissen Spielraum eröffnet, innerhalb dessen verschiedene medizinisch-psychiatrische Interpretationen möglich, zulässig und rechtlich zu respektieren sind, sofern der Experte lege artis vorgegangen ist. Die medizinische Folgenabschätzung weist zudem notgedrungen eine hohe Variabilität auf und trägt unausweichlich Ermessenszüge (vgl. BGE 145 V 361 E. 4.1.2). Zusammenfassend ist festzuhalten, dass sich eine Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers von mehr als 30 %, wie sie im medaffairs-Gutachten angenommen wurde, aufgrund der Aktenlage mit den mehreren Begutachtungen und den verschiedenen medizinischen Berichten von Ärzten und Kliniken nicht objektivieren lässt. Eine medizinisch bedingte Unzumutbarkeit der Verwertung dieser Arbeitsfähigkeit (für den

Beschwerdeführer bzw. einen allfälligen Arbeitgeber) ist nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ausgewiesen. - Auf das Ergebnis der polydisziplinären medaffairs-Begutachtung kann daher abgestellt werden. In erwerblicher Hinsicht ist festzuhalten, dass bei der Invaliditätsbemessung - wie in Art. 16 ATSG angeordnet - eine ausgeglichene Arbeitsmarktlage angenommen wird. 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 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 Rechtsvertreter des Beschwerdeführers räumt ein, dass dieser zu einer Erwerbstätigkeit grundsätzlich in der Lage ist. Allerdings sei seine Leistung nicht konstant, also nicht planbar und demnach auch nicht verwertbar. Dass es am Element der Konstanz in der zumutbaren Leistungserbringung des Beschwerdeführers aus medizinischen Gründen fehlen würde, ist dem Gutachten indessen nicht zu entnehmen. Allerdings wurde dort festgehalten, es sei mit vermehrten wahnhaften Symptomen am Arbeitsplatz zu rechnen. Angesichts des - wie oben dargelegt - weitgefassten Begriffs des ausgeglichenen Arbeitsmarkts mit selbst der Berücksichtigung einer gewissen sozialen Rücksichtnahme ist davon auszugehen, dass die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers von 70 % - angesichts einerseits der beschriebenen medizinischen Befunde und andererseits des erhobenen Aktivitätsniveaus des Beschwerdeführers - auf dem fingierten ausgeglichenen Arbeitsmarkt (für Hilfstätigkeiten) als verwertbar zu betrachten ist. Für das Valideneinkommen und als Ausgangswert für die Bestimmung des Invalideneinkommens sind vorliegend die Tabellenlöhne zu verwenden. Der Invaliditätsgrad entspricht unter solchen Verhältnissen dem Grad der Arbeitsunfähigkeit unter Berücksichtigung eines allfälligen Abzugs (zur Ermittlung des Invalideneinkommens) gemäss BGE 126 V 75 (vgl. Bundesgerichtsurteile vom 26. September 2019, 8C_536/2019 E. 5.2.1, vom 9. Mai 2016, 8C_934/2015 E. 2.1, und vom 20. April 2010, 9C_215/2010

E. 5.2). Der Beschwerdeführer kann die Arbeitsfähigkeit während acht Stunden pro Tag verwerten, weshalb ein Abzug aus diesem Grund entfällt (vgl. zu einer vollzeitlichen Präsenz die Bundesgerichtsurteile vom 4. April 2012, 8C_20/2012, vom 12. November 2019, 9C_542/2019 E. 3.1, und vom 16. Mai 2019, 8C_705/2018 E. 4.3). Die erwähnte leidensbedingte Beeinträchtigung rechtfertigt jedenfalls keinen Abzug von mehr als zehn Prozent und weitere Gründe sind nicht vorhanden. Die einen Rentenanspruch ablehnende angefochtene Verfügung erweist sich demnach als rechtmässig. Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde abzuweisen. Nach Art. 69 Abs. 1 bis IVG (vgl. Art. 61 lit. f bis ATSG) 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.