

SO_GERICHTE VSBES.2015.206 vom 14. Juli 2015

SO Obergericht, 2015-07-14, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2015.206

FR: SO_GERICHTE VSBES.2015.206 du 14 juillet 2015

IT: SO_GERICHTE VSBES.2015.206 del 14 luglio 2015

Erwägungen

E. 1

1.1 A.____ (nachfolgend Beschwerdeführer), geb. 1974, meldete sich am 14. Juni 2012 bei der IV-Stelle des Kantons Solothurn (nachfolgend Beschwerdegegnerin) zum Bezug von IV-Leistungen an (IV-Stelle Beleg [IV-]Nr. 2). 1.2 Am 3. Juli 2012 fand bei der Beschwerdegegnerin ein Früherfassungs-/Intake-Gespräch statt, an dem der Beschwerdeführer, eine Mitarbeiterin der Beschwerdegegnerin sowie DB.____, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD), teilnahmen. Die Beteiligten vereinbarten dabei eine berufliche Eingliederung des Beschwerdeführers (IV-Nr. 10). 1.3 Die Beschwerdegegnerin teilte dem Beschwerdeführer am 21. November 2012 mit, die Kosten für ein Aufbautraining bei der [...] Stiftung, Fachbereich Integration, [...], vom 12. November 2012 – 8. Februar 2013 zu übernehmen (IV-Nr. 22). Im Zwischenbericht vom 10. Dezember 2012 hielt die Eingliederungsfachfrau der Beschwerdegegnerin fest, dass der Beschwerdeführer eine Schnupperwoche absolviert habe, während der er an drei Tagen erschienen sei und an zwei Tagen wegen Zahnschmerzen gefehlt habe. Es sei der Eindruck entstanden, dass er unter Drogen stehe (IV-Nr. 25). 1.4 Am 11. Dezember 2012 teilte die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer mit, die Kosten für ein Belastbarkeitstraining vom 12. November 2012 – 8. Februar 2013 zu übernehmen, das in der [...] Stiftung, [...], durchgeführt werde. Mit dieser Mitteilung werde jene vom 21. November 2012 aufgehoben (IV-Nr. 27). 1.5 Am 21. Dezember 2012 forderte die Beschwerdegegnerin den Beschwerdeführer auf, eine Drogen- und Alkoholabstinenz einzuhalten. Wirke er nicht oder ungenügend mit, werde der Entscheid aufgrund der Akten gefällt, was voraussichtlich eine Abweisung seines Leistungsbegehrens zur Folge habe (IV-Nr. 29). 1.6 Am 5. Februar 2013 teilte die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer mit, sie werde die Kosten für ein vom 11. Februar 2012 (recte: 2013) – 10. Mai 2013 dauerndes Aufbautraining bei der [...] Stiftung in [...] übernehmen (IV-Nr. 32). Mit Kostengutsprachen vom 17. Mai und 30. Juli 2013 verlängerte die Beschwerdegegnerin dieses Training, das vom 12. Mai – 14. Juli bzw. vom 12. August – 8. November 2013 durchgeführt werde (IV-Nr. 35, 40). 1.7 Im Abschlussbericht vom 15. November 2013 hielt die Eingliederungsfachfrau der Beschwerdegegnerin fest, der Beschwerdeführer sei momentan nicht in der Verfassung, weiterhin an beruflichen Massnahmen teilzunehmen. Sie schloss ihren Bericht mit «Abschluss in der Beruflichen Eingliederung als nicht eingliederbar» (IV-Nr. 45).

E. 2

2.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG, SR 830.1). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein. Die Invalidität gilt als eingetreten, sobald sie die für die Begründung des Anspruchs auf die jeweilige Leistung erforderliche Art und Schwere

erreicht hat (Art. 4 Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, IVG; SR 831.20).

2.2 Seit der 2012 geltenden Rechtslage (6. IV-Revision) haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), und die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. b und c). Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente. Der Rentenanspruch entsteht frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Artikel 29 Absatz 1 ATSG, jedoch frühestens im Monat, der auf die Vollendung des 18. Altersjahres folgt (Art. 29 Abs. 1 IVG).

3. Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen, Art. 16 ATSG). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt. Insoweit die fraglichen Erwerbseinkommen ziffernmässig nicht genau ermittelt werden können, sind sie nach Massgabe der im Einzelfall bekannten Umstände zu schätzen und die so gewonnenen Annäherungswerte miteinander zu vergleichen (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs). Lassen sich die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen nicht zuverlässig ermitteln oder schätzen, so ist in Anlehnung an die spezifische Methode für Nichterwerbstätige ein Betätigungsvergleich anzustellen und der Invaliditätsgrad nach Massgabe der erwerblichen Auswirkungen der verminderten Leistungsfähigkeit in der konkreten erwerblichen Situation zu bestimmen (BGE 128 V 29 E. 1). Für den Einkommensvergleich sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des Beginns des Rentenanspruchs (resp. der Erhöhung oder Herabsetzung der Rente im Falle einer Revision, Urteil des Bundesgerichts 9C_882/2010 vom 25. Januar 2011 E. 7.2.1) massgebend, wobei Validen- und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu erheben und allfällige rentenwirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Verfügungserlass zu berücksichtigen sind (BGE 129 V 222).

E. 3

3.1 Im Vorbescheid vom 26. März 2015 stellte die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer in Aussicht, das Leistungsbegehren bezüglich weiterer beruflicher Massnahmen wie auch einer Invalidenrente abzuweisen, wogegen innert 30 Tagen Einwand erhoben werden könne (IV-Nr. 60). Am 2. April 2015 machte der Beschwerdeführer «Rekurs» und bat um eine Neuurteilung (IV-Nr. 61). 3.2 Mit Verfügung vom 14. Juli 2015 bestätigte die Beschwerdegegnerin den im Vorbescheid in Aussicht gestellten

Entscheid (IV-Nr. 63). 4. Dagegen erhebt der Beschwerdeführer am 13. August 2015 Rekurs (recte: Beschwerde) ans Versicherungsgericht des Kantons Solothurn. Er wünscht G.____ den Sachverhalt nicht korrekt interpretiert habe. Er schlage eine Neubegutachtung durch die Psychiatrischen Dienste [...] vor, wo er mehrmals in Behandlung gewesen sei (Aktenseite [A.S.] 4). 5. Am 11. November 2015 beantragt die Beschwerdegegnerin, dass die Beschwerde abzuweisen sei (A.S. 12 f.). 6. Mit richterlicher Verfügung vom 8. Dezember 2015 wird festgestellt, dass der Beschwerdeführer auf eine Stellungnahme zur Beschwerdeantwort verzichtet hat (A.S. 16). Auf die weiteren Ausführungen in den Rechtsschriften der Parteien wird, soweit erforderlich, in den folgenden Erwägungen eingegangen. Im Übrigen wird auf die Akten verwiesen. II. 1. 1.1 Die Beschwerde ist rechtzeitig erhoben worden und erfüllt die formellen Voraussetzungen. Das angerufene Gericht ist sachlich, örtlich und funktionell zuständig. Auf die Beschwerde ist somit einzutreten. 1.2 Das Sozialversicherungsgericht beurteilt die Gesetzmässigkeit des angefochtenen Einspracheentscheids in der Regel nach dem Sachverhalt, der zur Zeit seines Erlasses gegeben war. Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 130 V 140 E. 2.1, 121 V 366 E. 1b mit Hinweis). Im vorliegenden Fall datiert die angefochtene Verfügung vom 14. Juli 2015, die den rechtsrelevanten Zeitpunkt definiert. 1.3 In zeitlicher Hinsicht sind – vorbehaltlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen – grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestands Geltung haben (BGE 132 V 215 E. 3.1.1 S. 220; 131 V 9 E. 1 S. 11 und 107 E. 1 S. 109; 127 V 466 E. 1 S. 467). Weil ferner das Sozialversicherungsgericht bei der Beurteilung eines Falls grundsätzlich auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügung eingetretenen Sachverhalt – hier 14. Juli 2015 – abstellt (BGE 121 V 362 E. 1b S. 366), sind im vorliegenden Fall für die Prüfung eines allfälligen Leistungsanspruchs im Rahmen der Anmeldung im Juni 2012 die ab Januar 2012 (6. IV-Revision) geltenden materiell-rechtlichen Bestimmungen anwendbar. 1.4 Streitig und zu prüfen ist grundsätzlich, ob der Beschwerdeführer weiterhin Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen sowie auf eine Rente der Invalidenversicherung hat. 2. 2.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG, SR 830.1). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein. Die Invalidität gilt als eingetreten, sobald sie die für die Begründung des Anspruchs auf die jeweilige Leistung erforderliche Art und Schwere erreicht hat (Art. 4 Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, IVG; SR 831.20). 2.2 Seit der 2012 geltenden Rechtslage (6. IV-Revision) haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), und die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. b und c). Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente. Der Rentenanspruch entsteht frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Artikel 29 Absatz 1

ATSG, jedoch frühestens im Monat, der auf die Vollendung des 18. Altersjahres folgt (Art. 29 Abs. 1 IVG). 3. Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen, Art. 16 ATSG). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt. Insoweit die fraglichen Erwerbseinkommen ziffernmässig nicht genau ermittelt werden können, sind sie nach Massgabe der im Einzelfall bekannten Umstände zu schätzen und die so gewonnenen Annäherungswerte miteinander zu vergleichen (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs). Lassen sich die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen nicht zuverlässig ermitteln oder schätzen, so ist in Anlehnung an die spezifische Methode für Nichterwerbstätige ein Betätigungsvergleich anzustellen und der Invaliditätsgrad nach Massgabe der erwerblichen Auswirkungen der verminderten Leistungsfähigkeit in der konkreten erwerblichen Situation zu bestimmen (BGE 128 V 29 E. 1). Für den Einkommensvergleich sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des Beginns des Rentenanspruchs (resp. der Erhöhung oder Herabsetzung der Rente im Falle einer Revision, Urteil des Bundesgerichts 9C_882/2010 vom 25. Januar 2011 E. 7.2.1) massgebend, wobei Validen- und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu erheben und allfällige rentenwirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Verfügungserlass zu berücksichtigen sind (BGE 129 V 222).

E. 4

4.1 Sowohl im Verwaltungsverfahren wie auch im kantonalen Sozialversicherungsprozess gilt der Untersuchungsgrundsatz (Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben Verwaltung und Sozialversicherungsgericht den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht. Der Untersuchungsgrundsatz weist enge Bezüge zum ■ auf Verwaltungs- und Gerichtsstufe geltenden ■ Grundsatz der freien Beweiswürdigung auf. Führen die im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen den Versicherungsträger oder das Gericht bei umfassender, sorgfältiger, objektiver und inhaltsbezogener Beweiswürdigung (BGE 132 V 393 E.

E. 4.1

und 9C_167/2009 vom 28. Mai 2009 E. 3.1).

4.2 Versicherungsträger und Sozialversicherungsrichter haben die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen (Art. 61 lit. c ATSG; BGE 125 V 352 E. 3a). Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass der Sozialversicherungsrichter alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf er

bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum er auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232; 125 V 352 E. 3a; AHI 2001 S. 113 f. E. 3a; RKUV 2003 U 487 S. 345 E. 5.1).

4.3 Bei der Beurteilung der Arbeits(un)fähigkeit stützt sich die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht auf Unterlagen, die von ärztlichen und gegebenenfalls auch anderen Fachleuten zur Verfügung zu stellen sind. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist.

4.4 Die regionalen ärztlichen Dienste (RAD) setzen gemäss Art. 59 Abs. 2bis IVG die für die Invalidenversicherung nach Artikel 6 ATSG massgebende funktionelle Leistungsfähigkeit der Versicherten fest, eine zumutbare Erwerbstätigkeit oder Tätigkeit im Aufgabenbereich auszuüben. Nach Art. 49 IVV beurteilen sie die medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs. Die geeigneten Prüfmethode können sie im Rahmen ihrer medizinischen Fachkompetenz und der allgemeinen fachlichen Weisungen des Bundesamtes frei wählen (Abs. 1). Die regionalen ärztlichen Dienste können bei Bedarf selber ärztliche Untersuchungen von Versicherten durchführen. Sie halten die Untersuchungsergebnisse schriftlich fest (Abs. 2). Sie stehen den IV-Stellen der Region beratend zur Seite (Abs. 3). Sofern die RAD-Untersuchungsberichte den Anforderungen an ein ärztliches Gutachten genügen, auch hinsichtlich der erforderlichen ärztlichen Qualifikationen, haben sie einen vergleichbaren Beweiswert wie ein anderes Gutachten (Urteile des Bundesgerichts 9C_1053/2010 vom 28. Januar 2011 E. 4.2 und 9C_204/2009 vom 6. Juli 2009 E. 3.3.2 mit zahlreichen Hinweisen).

5. Die medizinische Aktenlage präsentiert sich im Wesentlichen wie folgt:

5.1 Psychologin lic. phil. H.____, Klinik [...], [...], diagnostizierte im Austrittsbericht vom 21. Juni 2012 beim Beschwerdeführer, der sich vom 9. Januar ■ 14. Juni 2012 in der Klinik aufgehalten hatte, ein Kokainabhängigkeitssyndrom, gegenwärtig abstinent, aber in beschützender Umgebung (ICD-10 F14.21), ein Alkoholabhängigkeitssyndrom, gegenwärtig abstinent, aber in beschützender Umgebung (ICD-10 F10.21), anamnestisch Störungen durch Cannabinoide (F12.21) sowie eine undifferenzierte Schizophrenie (F20.3). Aufgrund der komorbid zur Suchterkrankung bestehenden schizophrenen Störung bzw. der trotz medikamentöser Behandlung weiterhin bestehenden, formellen Denkstörung müsse zum jetzigen Zeitpunkt von einer ungünstigen Prognose ausgegangen werden. Eine regelmässige ambulante Therapie sei dringend angezeigt (IV-Nr. 18.3).

5.2 In ihrem Bericht vom 18. November 2013 stellten Dr. med. C.____ und Dr. med. D.____, PD[...], die Diagnosen einer paranoiden Schizophrenie mit unvollständiger Remission (ICD-10 F20.04) sowie einen Status nach polyvalenter Abhängigkeit von

Alkohol, Cannabis und Kokain (ICD-10 F19.20). Den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers bezeichneten sie als besserungsfähig und die bisherige Tätigkeit als nicht mehr zumutbar. Auch andere Tätigkeiten seien ihm nicht zuzumuten. Die paranoide Schizophrenie habe zu einer Residualsymptomatik geführt, die aufgrund des Verlaufs zu einer vollen Arbeitsunfähigkeit im ersten Arbeitsmarkt geführt habe. Insofern sei eine Rente zu befürworten. Was die Arbeitsunfähigkeit betreffe, spiele hierbei die frühere Suchtproblematik keine bedeutende Rolle (IV-Nr. 47, S. 5 ff.).

5.3 Dr. med. E.____ diagnostizierte in seinem Bericht vom 21. November 2013 an die Beschwerdegegnerin beim Beschwerdeführer eine paranoide Schizophrenie sowie einen Status nach polyvalenter Abhängigkeit (Alkohol, Cannabis, Kokain). Er unterliess jedoch die Beantwortung der Fragen, insbesondere Angaben über die Arbeitsfähigkeit, weil der Patient letztmals im Dezember 2012 bei ihm in Behandlung gewesen sei (IV-Nr. 46).

5.4 Am 25. Juli 2014 stellte Dr. med. I.____, Chefarzt Chirurgie, [...], folgende Diagnosen (IV-Nr. 54, S. 1):

Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

Schizophrenie

Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

Status nach laparoskopischer transmediastinaler Abtragung eines grossen symptomatischen epiphrenischen Ösophagusdivertikels (Durchmesser 9 cm) mit/bei:

- Dysmotilität des distalen Ösophagus mit Regurgitation von Essensresten
- Status nach Tracheotomie nach erschwelter Intubation mit massiver Bronchoaspiration am 26.4.2014
- Status nach Thoraxdrainage-Einlage links, basaler Thorakotomie rechts, Ausräumung eines mediastinalen Hämatoms und Drainage sowie Gastrostomieanlage mittels Katheter am 26.4.2014
- Status nach Stent-Einlage bei Leck im distalen Ösophagus am 3.5.2014
- Status nach Stent-Wechsel am 21.5.2014, definitive Stent-Entfernung am 30.6.2014

Im Weiteren führte der Arzt aus, dass aus chirurgischer Sicht bei vollständiger Erholung nach Abtragung des epiphrenischen Divertikels im April 2014 die Arbeitsfähigkeit wieder voll gegeben sei. Die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei bekannter Schizophrenie jedoch werde den Kollegen der Psychiatrie überlassen (IV-Nr. 54, S. 1).

5.5 Im Gutachten vom 7. November 2014 gelangte Dr. G.____ zu folgenden Diagnosen (IV-Nr. 55, S. 15 f.):

mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

keine eigenständige krankheitswertige psychische Störung

ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

- Abhängigkeitsstörung von verschiedenen psychotropen Substanzen ICD-10 F19.24 (gegenwärtiger Substanzgebrauch); über das aktuelle Konsumverhalten lasse sich keine sichere Aussage treffen

- vordiagnostiziert: «Undifferenzierte Schizophrenie» ICD-10 F20.3; andernorts als paranoide Schizophrenie mit unvollständiger Remission F20.04 bezeichnet, aus versicherungspsychiatrischer Sicht diskussionsbedürftig
- Folgen der ÖsophagusdivertikULOse, nicht als psychische Gesundheitsschädigung zu betrachten

In seiner Zusammenfassung hielt der Gutachter fest, dass der Beschwerdeführer als durchaus erkrankt eingeschätzt werde. Er habe langjährig eine Abhängigkeitsstörung erlitten und zumindest in den letzten Monaten eine erhebliche chirurgische Komplikation seiner ÖsophagusdivertikULOse durchgemacht. Gleichwohl müsse aus korrekter versicherungspsychiatrischer Sicht angemerkt werden, dass die zuerst genannte Diagnose eben keine andauernde Minderung der zumutbaren medizinisch-theoretischen Arbeitsfähigkeit als Hilfsarbeiter im Bereich Lager oder Produktion nach sich ziehe. So wäre eine Abstinenz zumutbar und lägen keine irreversiblen Schädigungen vor. Dem Beschwerdeführer sei vollumfänglich zuzumuten, eine Tätigkeit im Bereich einer einfachen Arbeit im Lager, in der Elektrotechnik, der Produktion oder auch in der Küche aufzunehmen. Die primär psychische Störung einer auch aktuell symptomatischen Abhängigkeitserkrankung bedinge keine andauernde und deutliche Minderung der medizinisch-theoretischen Arbeitsfähigkeit aus versicherungsmedizinischer Sicht. Hier sei darauf hinzuweisen, dass eine Abstinenz zumutbar wäre, ggf. eine intensivierete suchtspezifische Behandlung. Es seien keine irreversiblen Folgen des langjährigen Substanzkonsums nachvollziehbar geworden (IV-Nr. 55, S. 15 ff.).

Die gestellten Fragen beantwortete der Gutachter im Wesentlichen wie folgt: Aktuell bestehe beim Beschwerdeführer aus versicherungspsychiatrischer Sicht medizinisch-theoretisch eine volle Arbeits- und Leistungsfähigkeit, die aus psychischen Gründen (wolle man eine andauernde, zumutbar abzuverlangende Abstinenz von psychotropen Substanzen - Drogen voraussetzen) nicht eingeschränkt sei. In der bisherigen Tätigkeit habe aus versicherungspsychiatrischer Sicht, unter Ausserachtlassung der krankheitsfremden und körperlichen Faktoren, durchgehend eine volle Arbeitsfähigkeit bestanden (formal seien die Zeiten der stationären Behandlung davon auszunehmen). Berufliche Massnahmen seien nicht notwendig. Beim Beschwerdeführer sei aufgrund der vorliegenden Unterlagen von einer Abhängigkeitserkrankung verschiedener psychotroper Substanzen auszugehen, die in der aktuellen Untersuchung als Polytoxikomanie F19.24 codiert werde. Aktuell sei der Beschwerdeführer vermutlich nicht frei von psychotropen Substanzen. Eine Kontrolle in der aktuellen Untersuchung habe er abgelehnt. Die Frage der Auftraggeberin, «für welche Tätigkeiten eine Sucht oder ein regelmässiger Missbrauch vorliegt», verstehe er (der Gutachter) nicht. Es müsse davon ausgegangen werden, dass die Abhängigkeitsstörung andauere. Es sei eine mehrmonatige stationäre Entzugs- und Entwöhnungsbehandlung durchgeführt worden, die auch einen guten Teilerfolg gezeigt habe. Allerdings werde davon ausgegangen, dass der Konsum alkoholischer Getränke «deutlicher» habe reduziert werden können als jener von Cannabis und es womöglich auch sporadisch zu Rückfällen mit Kokainkonsum komme. Weiter sei ■ so der Gutachter ■ davon auszugehen, dass die Sucht insofern einen primären Charakter habe, als dass der Beschwerdeführer eine Abhängigkeitsstörung als primär psychische Erkrankung bereits ab seinem 17. Lebensjahr entwickelt habe. Wenn es der Beschwerdeführer schaffe, den Konsum psychotroper Substanzen, entgegen seines Craving-Verhaltens, zu vermeiden oder gar gänzlich einzustellen, habe seine Abhängigkeitserkrankung keinen Einfluss auf die

Arbeitsfähigkeit. Selbst im Falle eines sporadischen Konsums, der allerdings als insgesamt schädigend für den Verlauf eingeschätzt werde, wäre ihm grundsätzlich das Erbringen einer Arbeitstätigkeit im Lager oder im Produktionsbereich zuzumuten. Beim Einhalten einer vollständigen Abstinenz sei durchaus von einer positiven Prognose auszugehen. Problematisch sei hierbei, dass genau das Einhalten einer vollständigen Abstinenz den von einer schweren Abhängigkeitsstörung betroffenen Menschen nicht leicht falle. Das Craving-Verhalten und die womöglich sporadische oder heimliche Aufnahme psychotroper Substanzen sei ein (wenn nicht das Haupt-) Charakteristikum der Abhängigkeitsstörung. Grundsätzlich wäre dem Beschwerdeführer allerdings bei einer vollständigen Willensanstrengung zuzumuten, medizinische Massnahmen wahrzunehmen und dann auch eine Abstinenz einzuhalten. Hierbei werde aus der gutachterlichen Sicht darauf hingewiesen, dass es sich um eine suchtspezifische psychiatrisch/psychotherapeutische Behandlung handeln müsste. Offensichtlich lenke die Fokussierung auf andere Beschwerden des Beschwerdeführers, denen im Urteil der Behandler auch Symptomcharakter beigemessen werde, von der Grundproblematik der primären psychischen Störung ab. Hier werde vermutet, dass den Angaben des Beschwerdeführers ein motivationaler Charakter, sich als krank darzustellen, zugrunde liege. Irreversible Folgeschädigungen, wie zum Beispiel ein hirnorganisch/neurologischer Schaden, eine Wesensveränderung oder eine Verminderung der Konzentrationsfähigkeit oder der Belastbarkeit seien keine gefunden worden. Im Hinblick auf die Konzentrationsfähigkeit und Belastbarkeit zeige sich auch eine gute Entwicklung, sofern der Beschwerdeführer einige Tage oder Wochen Abstinenz einhalte. Dem Beschwerdeführer seien sämtliche Tätigkeiten zuzumuten. Nach suchtspezifischer Behandlung könne der aktuell 40-jährige Beschwerdeführer auch auf dem freien Arbeitsmarkt eine Tätigkeit als Hilfsarbeiter im Lager oder Produktionsbereich suchen. Er erleide keine Stigmatisierung durch mangelnde Sprachkenntnisse, da er in der Schweiz aufgewachsen sei und in den Bereichen Lager und Produktion auch Vorerfahrungen aufweise. Am Schluss wies der Gutachter nochmals auf die körperliche Symptomatik hin, die chirurgisch eingeschätzt werden sollte. Der Beschwerdeführer habe in den letzten Monaten eine als durchaus sehr gravierend eingeschätzte Komplikation einer gastrointestinalen chirurgischen Intervention bei «riesigem Ösophagusdivertikel» erlitten, die auch eine intensivmedizinische Behandlung nach sich gezogen habe. Hier sei aus psychiatrischer Sicht anzumerken, dass eventuell eine Unterstützung zur Rekonvaleszenz angezeigt sein könne. Es sei allerdings unzweifelhaft nicht vom Vorliegen einer psychischen Symptomatik als Ausdruck einer psychiatrischen Erkrankung auszugehen. Ausserdem sei unzweifelhaft, dass beim Beschwerdeführer sämtliche Massnahmen lediglich im Zusammenhang mit einer freiwillig von ihm anerkannten und gutgeheissenen Selbstkontrolle der Abstinenz von psychotropen Substanzen in dreimonatlichen Haaranalysen als sinnvoll erachtet würden (IV-Nr. 55, S. 23 ff.).

5.6 Der RAD-Arzt, Dr. med. F.____, nahm am 15. Januar 2015 zum Gutachten von Dr. med. G.____ Stellung. Er hielt dabei im Wesentlichen fest, dass das Gutachten sorgfältig und detailliert erstellt worden sei. Der Psychostatus gebe nachvollziehbar die Persönlichkeit und den psychischen Zustand des Beschwerdeführers wieder. Die auf Anamnese und Befund gründende Beurteilung könne gut nachvollzogen werden und erkläre, warum der Gutachter keine eigenständige, krankheitswertige psychische Störung mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit feststellen könne. Hingegen bestehe eine schwere Abhängigkeitsstörung von verschiedenen psychotropen Substanzen, die auch aktuell symptomatisch sei. Die Sucht

habe primären Charakter (S. 25). Folgeschäden würden nicht vorliegen (S. 26). Zu den von den behandelnden Psychiatern gestellten Diagnosen einer undifferenzierten oder paranoiden Schizophrenie mit unvollständiger Remission begründe der Gutachter ausführlich, wieso der Nachweis über das Vorliegen einer schizophrenen Störung im Sinne einer primär psychotischen Erkrankung oder gar einer Schizophrenie aus seiner Sicht keinesfalls erbracht sei; er stelle auch den Zusammenhang zur Polytoxikomanie her. Die Abhängigkeitsstörung könne keine andauernde Minderung der zumutbaren medizinisch-theoretischen Arbeitsfähigkeit als Hilfsarbeiter im Bereich Lager, Produktion und Küche nach sich ziehen. Die Abstinenz sei zumutbar. Es habe somit durchgehend eine volle Arbeitsfähigkeit bestanden. Zum Bericht von Dr. med. I. ___ vom 15. September 2014 hielt der RAD-Arzt fest, dass der Beschwerdeführer nach der Abtragung des grossen Ösophagusdivertikels am 24. April 2014 aufgrund der Beurteilung am 9. September 2014 wieder beschwerdefrei und aus chirurgischer Sicht zu 100 % arbeitsfähig gewesen sei. Anzumerken sei, dass der postoperative Verlauf kompliziert gewesen sei und sich die Heilung sicher verzögert habe, womit die Arbeitsfähigkeit von 100 % ab 9. September 2014 gelte.

Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit stellte der RAD-Arzt keine. Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit führte er folgende an:

■ Abhängigkeitsstörung von verschiedenen psychotropen Substanzen

■ Status nach laparoskopischer Abtragung eines grossen, symptomatischen Ösophagusdivertikels am 24. April 2014

o Dysmotilität des distalen Ösophagus mit Regurgitation von Essensresten

o Status nach Tracheotomie nach erschwerter Intubation mit massiver Bronchoaspiration am 26.4.2014

o Status nach Thoraxdrainage-Einlage links, basaler Thorakotomie rechts, Ausräumung eines mediastinalen Hämatoms und Drainage sowie Gastrostomieanlage mittels Katheter am 26.4.2014

o Status nach Stent-Einlage bei Leck im distalen Ösophagus am 3.5.2014

o Status nach Stent-Wechsel am 21.5.2014, definitive Stent-Entfernung am 30.6.2014

Schliesslich stellte der RAD-Arzt fest, dass er mit der Beurteilung des Gutachters einverstanden sei. Beim Beschwerdeführer bestehe keine länger andauernde Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Die Arbeitsfähigkeit betrage 100 % für jede Tätigkeit. In der postoperativen Rehabilitationsphase habe vom 24. April bis maximal 9. September 2014 eine Arbeitsfähigkeit von 0 % bestanden (IV-Nr. 59).

6. Nunmehr zu untersuchen ist, ob eine psychische Störung vorliegt und sich diese und der beim Beschwerdeführer vorliegende Substanzmissbrauch gegenseitig bedingen. So begründet eine Drogensucht (wie auch Alkoholismus und Medikamentenabhängigkeit) für sich allein keine Invalidität im Sinne des Gesetzes; vielmehr wird sie invalidenversicherungsrechtlich erst relevant, wenn sie eine Krankheit oder einen Unfall bewirkt hat, in deren Folge ein körperlicher, geistiger oder psychischer, die Erwerbsfähigkeit beeinträchtigender Gesundheitsschaden eingetreten ist, oder wenn sie selber Folge eines körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheitsschadens ist, dem Krankheitswert zukommt (BGE 124 V 265, E. 3c, S. 268 mit Hinweis). Dabei ist das Ganze

für die Drogensucht massgebende Ursachen- und Folgespektrum in eine Gesamtwürdigung einzubeziehen, was impliziert, dass einer allfälligen Wechselwirkung zwischen Suchtmittelabhängigkeit und psychischer Begleiterkrankung Rechnung zu tragen ist (Urteil des Bundesgerichts I 169/06 vom 8. August 2006; Urteil des Bundesgerichts 8C_951/2010 vom 30. Mai 2011 E. 4.1).

E. 7

November 2014 zum Schluss gekommen, dass keine eigenständige, krankheitswertige, psychische, die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers beeinflussende Störung vorliege. Zu der als undifferenzierte Schizophrenie oder als paranoider Schizophrenie mit unvollständiger Remission bezeichneten Problematik hat der Gutachter festgehalten, dass dies aus versicherungspsychiatrischer Sicht sehr kritisch diskutiert, letztlich in Frage gestellt werde. Es sei nicht klar, ob der Beschwerdeführer zu irgendeinem Zeitpunkt frei vom Konsum psychotroper Substanzen, die auch eine halluzinogene Wirkung haben und selbstverständlich eine unterschiedlichste bunte Symptomatik, auch psychotisch anmutend, nach sich ziehen könnten, jemals Symptome einer schizophrenieformen Störung erlitten habe. Zwar habe der Beschwerdeführer in der ausführlichen Anamneseerhebung während der Behandlungen in der Klinik [...] angegeben, womöglich habe eine derartige Symptomatik seit Jahren bestanden. Ein Nachweis, etwa zum Beispiel durch vorherige psychiatrische Behandlungen, eine ambulante psychiatrische Versorgung oder stationäre Behandlungsbedürftigkeit liege allerdings nicht vor. Im Gegenteil, der Versicherte habe angegeben, bis zur Aufnahme in der Suchtklinik am 9. Januar 2012 keine psychiatrische oder therapeutische Erfahrung gehabt zu haben. Hier wäre doch zu vermuten, dass der Beschwerdeführer bei produktivpsychotischer Symptomatik aus Wahrnehmungsstörungen oder/und Wahn bereits in den früheren Jahren nicht seiner Arbeitstätigkeit im Temporärbereich immer wieder recht gut nachgekommen wäre, sondern eine frühere Manifestation bereits zu einer stationären Behandlungsbedürftigkeit geführt hätte. So sei zwar aus dem Entlassungsbericht der Klinik [...] zu entnehmen, dass zu Beginn der Behandlung eine inkohärente, weitschweifige Sprache, ein ungeordnetes eingegengtes Denken aufgefallen sei. Auch habe der Beschwerdeführer abwesend und verwirrt gewirkt und über akustische Halluzinationen und Wahninhalte Angaben gemacht. Andererseits sei zum psychopathologischen Befund sogar «bei Eintritt» eindeutig angegeben worden, dass der Beschwerdeführer in der Konzentration und Merkfähigkeit ungestört, inhaltliches und formales Denken klar und logisch gewesen seien und keine Hinweise für Wahrnehmungs- oder Ich-Störungen bestanden hätten. So sei hier auch wiederum der zeitliche Verlauf nicht gut nachvollziehbar. Es könne sehr wohl sein, dass der Beschwerdeführer zwar im Aufnahmezeitpunkt ohne diese psychischen Auffälligkeiten eingetreten, dann jedoch im Verlauf wiederum psychotrope Substanzen konsumiert habe und daraufhin aufgrund der jeweils zeitnahen Beobachtungen in vollstationärer Behandlung in seinem Verhalten derartig auffällig geworden sei. Unter dem Einsatz entsprechender neuroleptischer Medikation sei es dann rasch zu einer Besserung gekommen. Es sei fraglich, ob der Beschwerdeführer jeweils tatsächlich die ihm verordneten und im stationären Rahmen auch verabreichten Medikamente eingenommen habe, oder ob die Verhaltensbeobachtung nicht auch durch den Spontanverlauf unter der dann jeweils länger dauernden Abstinenzphase (wegen der stationären Behandlung) bis zum nächsten Rückfall eine deutliche Besserung gezeigt habe. Wolle man nun argumentieren, dass die entsprechenden Fachärzte für Psychiatrie sowohl der Klinik [...] eine derartige Erkrankung angenommen hätten, die sie als undifferenzierte Schizophrenie bezeichnet haben, als auch der nun behandelnde

Psychiater Dr. med. C. ___ (bzw.) eine paranoide Schizophrenie mit unvollständiger Remission ICD-10 F20.04 annehme, so dürfe darauf hingewiesen werden, dass sich in dieser Beschreibung des Verlaufs eine grosse Unklarheit ergebe. Einerseits werde von einer Wirksamkeit der neuroleptischen Medikation ausgegangen, die in verschiedenen Bereichen des Verhaltens und der Emotionen eine positive Wirkung zeigen würde. Andererseits hätten ausgerechnet die Wahrnehmungsstörungen weiterhin bestehen bleiben sollen; dies sei aus versicherungspsychiatrischer Sicht sehr verwunderlich, da die zur Verfügung stehenden Neuroleptika bei einer Schizophrenie oder einer Schizophrenie-ähnlichen Psychose zunächst eine gute Wirksamkeit im Hinblick auf die sogenannte Produktivsymptomatik, zu der Wahrnehmungsstörungen und inhaltliche Denkstörungen gehörten (die sich als Verfolgungs- und Beziehungsideen ausdrücken könnten), hätten, während im Bereich der Emotionen, des Verhaltens und des Antriebs sogenannte Negativsymptome hartnäckig weiter bestünden und nur unzureichend gut behandelt werden könnten. Beim Beschwerdeführer sei jedoch dokumentiert, so wie er sich auch aktuell in seinem Antrieb zu den «activities of daily living (ADL)» nicht als eingeschränkt dargestellt habe, dass er verschiedene Interessen habe, Aktivitäten nachgehe, familiäre Kontakte wahrnehme und zum Beispiel auch gerne Computerspiele ausübe. An dieser Stelle sei darauf hinzuweisen, dass der Beschwerdeführer nach der intensivierten Behandlung der Suchterkrankung, die vermutlich auch tatsächlich mit einer andauernden gravierenden Verminderung des Konsums alkoholischer Getränke einhergegangen sei und weiterhin einhergehe, wieder mit seiner Ehefrau eine gemeinsame Wohnung bezogen und angegeben habe, im Oktober 2014 die Geburt des zweiten Kindes, eines Sohnes, freudig zu erwarten.

Insofern müsse ■ so hält der Gutachter weiter fest ■ das Augenmerk darauf gelenkt werden, dass ausgerechnet die Wahrnehmungsstörungen, also Halluzinationen, weiterhin bestehen sollten, was sehr untypisch wäre. Ausserdem würden neben akustischen Halluzinationen, die zwar verstanden würden, aber nicht zugeordnet werden könnten, auch noch optische Halluzinationen angegeben. Hier dürfe nun aus versicherungspsychiatrischer Sicht angemerkt werden, dass es sich bei optischen Halluzinationen entweder um Zeichen von Einnahme psychotroper Substanzen (illegaler Drogen) handle oder um eine delirante Symptomatik bei z.B. Alkoholentzugs- oder Medikamentendelir, dagegen bei der Erkrankung der Schizophrenie eben das Symptom «optische Halluzinationen» nicht auftrete. Auch wenn diese Aussage in der Kollegschaft der behandelnden Psychiater diskutiert werde, sei auf Folgendes hinzuweisen: Stets, wenn die betroffenen Menschen Angaben machten, dass ■ wie in dem Fall des Beschwerdeführers zirka 20 Zentimeter grosse Männchen hintereinander auf dem Flur entlang laufen würden ■ sei ein sehr kritisches Hinterfragen der Angaben angezeigt, ob nicht eventuell auch Symptome, wie sie laienhaft angenommen würden, dass sie für eine Schizophrenie sprächen, angegeben würden. Womöglich habe der Beschwerdeführer in seinem Leben unter Einfluss psychotroper Substanzen ■ oder einem Entzug davon ■ tatsächlich derartige optische Halluzinationen erlebt, die klassischerweise bei alko-holentzugsdeliranter Symptomatik aufträten. Es werde allerdings in Frage gestellt, ob er nun regelmässig eine derartige Symptomatik habe; erstens trotz der ■ zumindest angeblich ■ eingenommenen antipsychotischen Medikation und zweitens in einer Art und Weise, dass diese sich dann durch Velo fahren in der Umgebung oder wenn er mit der Ehefrau zusammen einen Kaffee oder Tee trinke, bessere. Hier müsse eindeutig gesehen werden, dass der Versicherte auch krankheitsfremde Faktoren aufweise; dieser habe von seiner Frau erfahren, dass dort (seiner Angabe zufolge) die Zusprache einer IV-Rente wegen einer manisch-depressiven

Erkrankung erfolgt sei. Vermutlich habe er zu einem bestimmten Zeitpunkt gelernt, dass ihm im Hinblick auf die Abhängigkeitsstörung Abstinenz abverlangt werden könne und keine Rentenleistung zukommen werde. Aus der gutachterlichen Sicht sei jedoch der Nachweis über das Vorliegen einer schizophrenieformen Störung im Sinne einer primär psychotischen Erkrankung oder gar einer Schizophrenie gemäss ICD-10 keinesfalls erbracht. Vielmehr beziehe sich die Diagnosestellung weitgehend auf die Angaben des Beschwerdeführers im Hinblick auf die Produktivsymptomatik, ohne dass ein typischer Verlauf einer «Psychose» je dokumentiert worden sei. Ausserdem habe zu jedem Zeitpunkt der Zusammenhang zum Konsum psychotroper Substanzen bestanden, sodass allenfalls noch differenzialdiagnostisch von drogeninduzierten, kurzen psychotischen Störungen bzw. womöglich auch isolierten drogeninduzierten kurzen Halluzinosen ausgegangen werden müsste.

Dieser Einschätzung könne ■ so wird im Gutachten vom 7. November 2014 weiter ausgeführt ■ auch der testdiagnostische Befund der Klinik [...] vom 19. Juni 2012 nicht Abbruch tun. Hier habe der Beschwerdeführer in den meisten der eingesetzten Testverfahren unauffällige Werte gezeigt. Lediglich im Bereich «Unsicherheit im Sozialkontakt» und «Psychotizismus» in der Symptom-Checkliste von LR Derogatis (SCL-90-R) hätten sich auffällige Werte ergeben; diese hätten allerdings keinen Beweischarakter für das Vorliegen einer paranoiden Schizophrenie oder einer undifferenzierten Schizophrenie. Im Gegenteil dürfe ausgeführt werden, dass das Erbringen dieser Testuntersuchungen ohne wesentliche Auffälligkeiten an anderer Stelle Hinweis gebe, dass eben keine derartige gravierende Erkrankung aus dem Bereich der Psychosen vorliege. Das Ergebnis, dass der Gesamt-IQ bei 80 liege und damit eine unterdurchschnittliche Intelligenz ergebe, dürfe auf eher selbstlimitierende Verhaltensweisen des Beschwerdeführers abgebildet werden. Zumindest habe sich in der aktuellen, klinisch psychiatrischen Untersuchung kein Hinweis auf eine derartige niedrigere Intelligenz ergeben, die grenzwertig an der Intelligenzminderung mit einem IQ 75 anzusiedeln sei, der die Begriffe Imbezillität, Debilität zugemessen würden. Hier werde aufgrund der klinisch psychiatrischen Untersuchung eher von einer sogar guten Intelligenz ausgegangen (). Auch sämtliche Angaben des Beschwerdeführers in der aktuellen Untersuchung wiesen eine Intelligenz im Bereich des normalen Durchschnitts aus (IV-Nr. 55, S. 19 ff.).

7.2.3 Angesichts dieser überzeugenden Ausführungen sind die abweichenden psychiatrischen Beurteilungen in den Berichten der Klinik [...], worin im Übrigen keine Angaben zur Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers gemacht worden sind (IV-Nr. 18.3, S. 7 ff.), wie auch der PD[...] (IV-Nr. 47, S. 5 ff.) als aufgelöst zu bezeichnen. Was den letztgenannten Bericht von Dr. med. C. ___ und Dr. med. D. ___ vom 18. November 2013 (IV-Nr. 47, S. 5 ff.) anbelangt, ist festzustellen, dass die gegenüber dem Gutachten abweichende Beurteilung der Ärzte des PD[...] vor allem auf der Behandlung und den Angaben des Beschwerdeführers basiert; eine Beurteilung, die sich vornehmlich auf die subjektiven Angaben des Versicherten stützt, ist jedoch nicht aussagekräftig (Urteile des Bundesgerichts 9C_305/2009 vom 26. Juni 2009 E. 3.2.1 und 9C_391/2010 vom 19. Juli 2010 E. 3.2.2). Insofern die PD[...] -Ärzte ihm eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert und die Zusprache einer IV-Rente befürwortet haben, vermag ihr Bericht das Gutachten nicht in Frage zu stellen. Die behandelnden Ärztinnen und Ärzte haben sich denn auch in erster Linie auf die Behandlung zu konzentrieren. Ihre Berichte verfolgen deshalb nicht den

Zweck einer den abschliessenden Entscheid über die Versicherungsansprüche erlaubenden objektiven Beurteilung des Gesundheitszustands und erfüllen deshalb kaum je die materiellen Anforderungen an ein Gutachten. Zudem spricht die Gerichtspraxis von einer Erfahrungstatsache, wonach Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.5 S. 470); dies gilt für den allgemein praktizierenden Hausarzt wie auch hier für den behandelnden Spezialarzt (Urteil des Bundesgerichts 9C_559/2012 vom 27. November 2012 E. 1.4 mit Hinweis). Insofern der Beschwerdeführer die Vorgehensweise des Gutachters kritisiert hat, ohne dies jedoch näher zu substantiieren, ist darauf hinzuweisen, dass eine von anderen mit der versicherten Person befassten Ärzten abweichende Beurteilung die Objektivität des Experten nicht in Frage zu stellen vermag. Es gehört vielmehr zu den Pflichten eines Gutachters, sich kritisch mit dem Aktenmaterial auseinanderzusetzen und eine eigenständige Beurteilung abzugeben. Auf welche Einschätzung letztlich abgestellt werden kann, ist eine im Verwaltungs- und allenfalls Gerichtsverfahren zu klärende Frage der Beweiswürdigung (BGE 132 V 110 f. E. 7.2.2). Nicht weiter einzugehen ist im Übrigen auf den Bericht und die darin gestellten Diagnosen von Dr. med. E.____, hat doch dieser die gestellten Fragen zur Arbeitsunfähigkeit etc. aus erklärbaren Gründen nicht beantworten können (vgl. IV-Nr. 46). Dr. med. I.____ hat die abschliessende Beurteilung der Arbeitsfähigkeit ins Ermessen der Psychiater gestellt, nachdem der Beschwerdeführer jedoch aus chirurgischer Sicht, mithin in somatischer Hinsicht, als geheilt gelte und uneingeschränkt arbeitsfähig sei (IV-Nr. 54); davon ist denn auch ■ insbesondere in Beachtung der Einschätzung des RAD-Arztes (vgl. IV-Nr. 59, S. 2) ■ auszugehen. Schliesslich liegt eine fundierte Stellungnahme des RAD-Arztes vor, der das Gutachten von Dr. med. G.____ als sorgfältig, ausführlich und nachvollziehbar bezeichnet hat (IV-Nr. 59, S. 2).

7.3 Somit wird das Gutachten von Dr. med. G.____ vom 7. November 2014 den von der Rechtsprechung entwickelten Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Stellungnahme (E. II 4.2 hiervor) gerecht: Es beruht auf Untersuchungen in den vorliegend relevanten Disziplin Psychiatrie. Die gründlichen und umfassenden Abklärungen unter Einbezug der Vorakten (vgl. IV-Nr. 55, S. 4 ff.) haben zu einem klaren und überzeugend begründeten Ergebnis geführt. Das Gutachten geniesst folglich vollen Beweiswert. Den im Verwaltungsverfahren eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, die aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist denn auch bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 1.3.4 S. 227, 135 V 465 E. 4.4 S. 470, BGE 125 V 353 E. 3b bb); davon ist hier, wie dargelegt, nicht auszugehen. Dazu kommt, dass die Beurteilung des Gutachters durch den RAD-Arzt vollumfänglich gestützt wird (IV-Nr. 59).

Folglich ist davon auszugehen, dass keine psychische Störung nachweisbar ist, die als Ursache des Drogen- und Alkoholkonsums gelten könnte und auch keine relevante Folgeerkrankung gemäss Gutachter vorliegt. Der Beschwerdeführer ist demnach bei vollständiger Willensanstrengung zur Abstinenz in der Lage. Aufgrund der fachärztlichen Beurteilung durch den Gutachter besteht daher aus versicherungsrechtlicher Sicht für sämtliche Tätigkeiten, insbesondere für eine Hilfsarbeitertätigkeit im Lager- oder Produktionsbereich oder auch in der Küche (vgl. IV-Nr. 55, S. 23), eine 100%ige

Arbeitsfähigkeit, mit Ausnahme ■ wie dies der RAD-Arzt angeführt hat ■ für den Zeitraum der postoperativen Rehabilitationsphase bzw. von Ende April bis anfangs September 2014 (IV-Nr. 59, S. 2); damit ist es dem Beschwerdeführer grundsätzlich möglich, ein rentenausschliessendes Einkommen zu erzielen. An der Beurteilung des Gutachtersvermögens die anderslautenden Diagnosen und Einschätzungen der Ärzte des PD[...] nichts zu ändern.

E. 7.2

7.2.1 Der Beschwerdeführer hält diese Begutachtung in dem Sinn für mangelhaft, dass der Gutachter den Sachverhalt nicht korrekt interpretiert habe; daher sei eine Neubeurteilung vorzunehmen (A.S. 4). Wenn es der Beschwerdeführer auch unterlassen hat, diesen Vorhalt näher zu erläutern, ist nach Lage der Akten davon auszugehen, dass es um die durch die Psychologin der Klinik Hasel (IV-Nr. 18.3; 47, S. 5) sowie Dres. med. C.____ und D.____ diagnostizierte sowie im Einwand zum Vorbescheid geltend gemachte Schizophrenie geht, woran der Beschwerdeführer leide und deshalb arbeitsunfähig sei (vgl. IV-Nr. 61).

7.2.2 Demgegenüber ist der Gutachter am

E. 8

8.1 Der Gutachter hat es für den Beschwerdeführer bei vollständiger Willensanstrengung als zumutbar erachtet, sich medizinischen Massnahmen, insbesondere einer intensivierten, suchtspezifischen Behandlung zu unterziehen (IV-Nr. 55, S. 23 und 25), was dem Beschwerdeführer im Rahmen der Selbsteingliederung zuzumuten ist. Nach der Rechtsprechung gilt im Gebiet der Invalidenversicherung ganz allgemein der Grundsatz, dass die versicherte Person, bevor sie Leistungen verlangt, alles ihr Zumutbare selber vorzukehren hat, um die Folgen ihrer Invalidität bestmöglich zu mildern. Es ist primär Sache des Einzelnen, sich um eine angemessene Eingliederung zu bemühen. Kann eine versicherte Person ihre erwerbliche Beeinträchtigung in zumutbarer Weise selber beheben, so besteht gar keine Invalidität, womit es an der unabdingbaren Anspruchsvoraussetzung für jegliche Leistungen der Invalidenversicherung ■ auch für Eingliederungsmassnahmen ■ fehlt. Die Selbsteingliederung als Ausdruck der allgemeinen Schadenminderungspflicht geht nicht nur dem Renten-, sondern auch dem gesetzlichen Eingliederungsanspruch vor (BGE 113 V 28 E. 4a; AHI 2001 S. 282 E. 5a aa; RKUV 1987 U 26 S. 391).

8.2 Im angefochtenen Entscheid hat es die Beschwerdegegnerin gestützt auf den Abschlussbericht der zuständigen Eingliederungsfachfrau abgelehnt, weitere berufliche Massnahmen durchzuführen (IV-Nr. 63). Der Gutachter hat dazu bemerkt, dass generell Massnahmen nur Sinn machen würden, wenn sich der Beschwerdeführer freiwillig einer von ihm anerkannten und gutgeheissenden Selbstkontrolle der Abstinenz von psychotropen Substanzen in dreimonatlichen Haaranalysen unterziehe. Nach zumutbarer suchtspezifischer Behandlung könne der Beschwerdeführer auf dem freien Arbeitsmarkt als Hilfsarbeiter im Lager- oder Produktionsbereich arbeiten (IV-Nr. 55, S. 26 f.). Folglich ist nicht zu beanstanden, wenn die Beschwerdegegnerin den Anspruch auf weitere berufliche Massnahmen, zumindest im rechtsrelevanten Zeitpunkt, verneint hat.

In Betracht fällt im vorliegenden Fall zurzeit einzig ein Anspruch auf Arbeitsvermittlung, kann doch nicht ausgeschlossen werden, dass die Stellensuche für den Beschwerdeführer nicht nur aus persönlichen, sondern auch aus gesundheitlichen Gründen erschwert ist. Der Beschwerdeführer ist objektiv eingliederungsfähig, sieht sich jedoch ausserstande, einer Arbeit nachzugehen (IV-Nr. 61). Ihm ist es indes unbenommen, sich bei der

Beschwerdegegnerin für eine Arbeitsvermittlung anzumelden, sobald er sich subjektiv eingliederungsfähig fühlt.

E. 9

9.1 Führen die im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen den Versicherungsträger oder das Gericht bei umfassender, sorgfältiger, objektiver und inhaltsbezogener Beweiswürdigung (BGE 132 V 393 E. 4.1 S. 400) zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich (BGE 126 V 353 E. 5b 5. 360; 125 V 193 E. 2 5. 195, je mit Hinweisen) zu betrachten, und es könnten ■ wie im vorliegenden Fall ■ weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, so liegt im Verzicht auf die Abnahme weiterer Beweise keine Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 134 I 140 E. 5.3 S. 148; 124 V 90 E. 4b S. 94).

9.2 Zusammenfassend bleibt festzustellen, dass es dem Beschwerdeführer in medizinisch-theoretischer Hinsicht möglich ist, im Rahmen einer ganztägigen, uneingeschränkten Arbeitstätigkeit ein rentenausschliessendes Einkommen zu erzielen; daran vermögen seine Einwände vom 13. August 2015 nichts zu ändern. Medizinische oder berufliche Massnahmen stehen zudem keine an. Die Beschwerde erweist sich somit als unbegründet, weshalb sie abzuweisen ist.

10. Aufgrund von Art. 69 Abs. 1bisIVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 ■ 1'000.00 festgelegt. Im vorliegenden Fall hat der Beschwerdeführer die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen, die mit dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe zu verrechnen sind.

Demnach wird erkannt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Der Beschwerdeführer hat Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen, die mit dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe verrechnet werden.

Rechtsmittel

Gegen diesen Entscheid kann innerhalb 30 Tagenseit der Mitteilung beim Bundesgericht Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten eingereicht werden (Adresse: Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern). Die Frist beginnt am Tag nach dem Empfang des Urteils zu laufen und wird durch rechtzeitige Aufgabe bei der Post gewahrt. Die Frist ist nicht erstreckbar (vgl. Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgerichtsgesetzes, BGG). Bei Vor- und Zwischenentscheiden (dazu gehört auch die Rückweisung zu weiteren Abklärungen) sind die zusätzlichen Voraussetzungen nach Art. 92 oder 93 BGG zu beachten.

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Die Vizepräsidentin

Der Gerichtsschreiber

Weber-Probst

Häfliger

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