

# **SO\_GERICHTE VSBES.2016.294 vom 7. Oktober 2016**

SO Obergericht, 2016-10-07, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so\\_gerichte\\_VSBES.2016.294](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2016.294)

FR: SO\_GERICHTE VSBES.2016.294 du 7 octobre 2016

IT: SO\_GERICHTE VSBES.2016.294 del 7 ottobre 2016

## **Erwägungen**

### **E. 2**

2.1 Am 15. Mai 2013 wurde der Beschwerdeführer wieder von den Sozialen Diensten [...] zur Früherfassung angemeldet (IV-Nr. 13). Am 17. Juni 2013 erfolgte dann eine Anmeldung zum Leistungsbezug durch den Beschwerdeführer selbst (IV-Nr. 16). In der Folge wurden berufliche Eingliederungsmassnahmen begonnen, dies in Form eines Belastbarkeitstrainings im B.\_\_\_\_ (IV-Nr. 23). Der Beschwerdeführer konnte dieses aber nicht wie geplant am 19. August 2013 antreten (vgl. Protokolleintrag vom 20. August 2013). So wurde ein Start ab dem 7. Oktober 2013 geplant (Protokolleintrag vom 30. September 2013). Der Beschwerdeführer trat das Belastbarkeitstraining zwar an, fehlte aber oft und das Pensum konnte nicht wie gewünscht gesteigert werden (IV-Nr. 34).

2.2 Die Beschwerdegegnerin holte im Anschluss medizinische Unterlagen ein, so einen Arztbericht des behandelnden Psychotherapeuten Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 2. Dezember 2013 (IV-Nr. 32). In der Folge wurde der Beschwerdeführer zur aktiven Teilnahme am Belastbarkeitstraining aufgefordert (IV-Nr. 38). Er habe dieses wegen Schlafstörungen und Durchfalls nicht wie geplant antreten können. Per 7. Oktober 2013 habe er damit begonnen, bis zum 13. Dezember 2013 jedoch an 18 Tagen gefehlt. Eine Verlängerung sei dann durch die Beschwerdegegnerin abgebrochen worden, weil der Beschwerdeführer das Programm wiederum krankheitsbedingt nicht habe besuchen können. Trotzdem mache man einen erneuten Versuch mit einem Belastbarkeitstraining vom 31. März bis 20. Juni 2014. Der Beschwerdeführer wurde aufgefordert, konstant am Training teilzunehmen, wobei jeglicher Drogenkonsum zu einem sofortigen Abschluss der beruflichen Massnahmen führe.

2.3 Ab dem dritten Monat gelang dem Beschwerdeführer eine Steigerung auf vier Stunden pro Tag. Er habe sich aber ab drei Stunden täglich über Müdigkeit geäussert. Die Medikamente nehme er nicht ein, weil er dies nicht gut finde (Abschlussbericht vom 16. Juli 2014, IV-Nr. 46). Das Aufbaustraining wurde im Anschluss verlängert, wobei der Beschwerdeführer das Pensum von 50 % bis Mitte Juli 2014 gut halten konnte. Danach habe er jedoch mehrere Tage wegen Magen- / Darmproblemen gefehlt und ab dem 18. August 2014 sei er wegen Kopfschmerzen nicht mehr zur Arbeit gekommen. Er habe mehrmals erwähnt, an den Nachmittagen und am Wochenende müde zu sein. Es fehle ihm die Energie und es gehe ihm finanziell sehr schlecht. Der Druck der IV sei kaum auszuhalten. Am liebsten möchte er nicht mehr von der IV unterstützt werden (Schlussbericht vom 2. September 2014, IV-Nr. 47). Die Beschwerdegegnerin stellte in der Folge ihre Eingliederungsbemühungen ein (IV-Nr. 48).

3. Danach wurden weitere medizinische Unterlagen eingeholt, so ein erneuter Arztbericht von Dr. med. C.\_\_\_\_ vom 21. Oktober 2014 (IV-Nr. 49) sowie ein Bericht über

eine neuropsychologische ADHS-Abklärung vom 28. Januar und 14. Februar 2013 durch das D.\_\_\_\_ (IV-Nr. 59). Nach Rücksprache mit dem Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD, med. pract. E.\_\_\_\_, IV-Nr. 64), gab die Beschwerdegegnerin eine psychiatrische Begutachtung in Auftrag. Das Gutachten wurde am 1. Juli 2015 durch Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, erstattet (IV-Nr. 69).

4. Nachdem die den Beschwerdeführer behandelnden lic. phil. G.\_\_\_\_ und Dr. med. C.\_\_\_\_ am 22. September 2015 (IV-Nr. 73) sowie der RAD am 3. November 2015 (IV-Nr. 74) zum Gutachten Stellung genommen hatten, wurde ein Gespräch mit dem Beschwerdeführer anberaumt (IV-Nrn. 75 und 79), anlässlich welchem diesem eröffnet wurde, es sei eine langfristige Drogenabstinenz einzuhalten. Ausserdem sei auf übermässigen Alkoholkonsum zu verzichten und eine adäquate psychotherapeutische / psychopharmakologische Behandlung mitzumachen. Auch ein stationärer Aufenthalt sei in Erwägung zu ziehen. Sollte der Beschwerdeführer weiterhin Cannabis konsumieren wollen, gelte das Mahn- und Bedenkzeitverfahren als nicht erfüllt. Diese Auflagen wurden dem Beschwerdeführer am 21. Januar 2016 auch schriftlich erteilt (IV-Nr. 81). Der Beschwerdeführer liess daraufhin am 10. Februar 2016 (IV-Nr. 82) beantragen, es sei wegen Unzumutbarkeit auf die geforderte Drogenabstinenz zu verzichten und es seien stattdessen berufliche Eingliederungsmassnahmen unter Beachtung der Empfehlungen der behandelnden Psychologin durchzuführen.

5. Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (IV-Nrn. 85, 86 und 88), in welchem der Beschwerdeführer ein versicherungspsychiatrisches Gutachten von Dr. med. I.\_\_\_\_ vom 28. April 2016 einreichen liess (IV-Nr. 88 S. 9 ff.), wies die Beschwerdegegnerin einen Anspruch auf eine Invalidenrente und / oder weitere berufliche Massnahmen mit Verfügung vom 7. Oktober 2016 (Aktenseite [A.S.] 2 ff.) ab.

6. Gegen die genannte Verfügung lässt der Beschwerdeführer am 11. November 2016 beim Versicherungsgericht des Kantons Solothurn (nachfolgend: Versicherungsgericht) Beschwerde erheben (A.S.

## **E. 7**

ff.) und folgende Rechtsbegehren stellen:

U.K.u.E.F.

7. Die Beschwerdegegnerin beantragt in ihrer Beschwerdeantwort vom 12. Januar 2017 (A.S. 45 f.) die Abweisung der Beschwerde.

8. Mit Verfügung vom 26. Januar 2017 (A.S. 47 f.) bewilligt das Versicherungsgericht dem Beschwerdeführer ab Prozessbeginn die unentgeltliche Rechtspflege und bestellt Rechtsanwalt Claude Wyssmann als unentgeltlichen Rechtsbeistand.

9. Mit Eingabe vom 27. April 2017 (A.S. 57 ff.) reicht der unentgeltliche Rechtsbeistand eine Kostennote zu den Akten.

10. Am 18. Mai 2018 findet ■ wie durch den Beschwerdeführer beantragt ■ eine öffentliche Verhandlung vor dem Versicherungsgericht statt. Der Vertreter des Beschwerdeführers hält einen Parteivortrag, in dem er die Rechtsbegehren gemäss Beschwerdeschrift bestätigt und begründet (vgl. Protokoll, A.S. 69 f.). Ausserdem reicht er eine ergänzende Kostennote ein (A.S. 67 f.). Die Beschwerdegegnerin, der das Erscheinen freigestellt worden ist (A.S. 64 f.), nimmt an der Verhandlung nicht teil.

11. Auf die weiteren Ausführungen in den Rechtsschriften der Parteien wird, soweit erforderlich, in den folgenden Erwägungen eingegangen. Im Übrigen wird auf die Akten verwiesen.

1. Die Sachurteilsvoraussetzungen (Einhaltung von Frist und Form, örtliche und sachliche Zuständigkeit des angerufenen Gerichts) sind erfüllt. Auf die Beschwerde ist einzutreten.

2.

2.1 Die Beschwerdegegnerin legt in der angefochtenen Verfügung (A.S. 2 ff.) dar, die ausführlichen Abklärungen hätten ergeben, dass dem Beschwerdeführer aus medizinischer Sicht seit Dezember 2011 sowohl die bisherige Tätigkeit als Industriemitarbeiter als auch jede andere Tätigkeit mit einem ähnlichen Anforderungsprofil im Rahmen von 70 % zumutbar sei. Dabei bestehe keine weitere Minderung der Leistungsfähigkeit. Mit einer strikten Cannabisabstinenz und einer adäquaten psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung könne die Arbeitsfähigkeit aus fachärztlicher Sicht auf 80 bis 100 % gesteigert werden. Unter Verweis auf die fachmedizinische Einschätzung betreffend Steigerbarkeit der Arbeitsfähigkeit habe man dem Beschwerdeführer mit eingeschriebenem Brief vom 21. Januar 2016 unter anderem mitgeteilt, dass für eine erfolgreiche berufliche Eingliederung eine langfristige Drogenabstinenz unabdingbar sei. Er sei aufgefordert worden, eine solche anzustreben und einzuhalten. Ausserdem sei er angehalten worden, auf einen übermässigen Alkoholkonsum zu verzichten und sich einer adäquaten psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung zu unterziehen. Angesichts der langjährigen Problematik sollte dabei auch ein stationärer Aufenthalt in Erwägung gezogen werden. Gleichzeitig sei er mit diesem Schreiben auf die Säumnisfolgen aufmerksam gemacht worden.

Zum Einwand nehme man wie folgt Stellung: Das Privatgutachten von Dr. med. I. \_\_\_ biete keinen Anlass, an der Zuverlässigkeit der Beurteilung von Dr. med. F. \_\_\_ zu zweifeln. Letzteres liege als medizinische Entscheidungsgrundlage vor und geniesse vollen Beweiswert. Hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit erachte der Gutachter insbesondere die rezidivierende depressive Störung als relevant. In Kombination mit der ADHS-Problematik resultiere eine Beeinträchtigung von Affektregulation, Antrieb, Psychomotorik und Durchhaltevermögen. Eine antidepressive Medikation sei zu erwägen und der Beschwerdeführer könnte voraussichtlich bezüglich des ADHS von Psychostimulanzien profitieren. Weiter müsse eine Abstinenz von Cannabis angestrebt werden. Bei Umsetzung all dieser Massnahmen könne innert 12 Monaten mit einer Steigerung der Arbeitsfähigkeit auf 80 bis 100 % gerechnet werden. Man habe den Beschwerdeführer daraufhin im Rahmen seiner Schadenminderungspflicht gebeten, aktiv mitzuwirken. Sein Vertreter habe daraufhin beantragt, es sei wegen Unzumutbarkeit auf die IV-seitig geforderte Drogenabstinenz zu verzichten. Aus versicherungsmedizinischer Sicht habe der Beschwerdeführer damit die medizinische Auflage nicht erfüllt, da er klar zum Ausdruck gebracht habe, nicht gewillt zu sein, den Cannabiskonsum einzustellen. Dies habe zur Folge, dass keine weiteren Eingliederungsbemühungen mehr gewährt würden. Weiter vermöge die im Gutachten gestellte Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig leichtgradig, nach gängiger Rechtsprechung des Bundesgerichts versicherungsmedizinisch keine Arbeitsunfähigkeit zu begründen. In Abweichung zur gutachterlichen Einschätzung lasse sich aus rechtlichen Gründen keine Arbeitsunfähigkeit begründen. Ein invalidisierender Gesundheitsschaden sei zu verneinen.

2.2 Der Beschwerdeführer lässt dem in der Beschwerde vom 11. November 2016 (A.S. 7 ff.) entgegenhalten, die Beschwerdegegnerin habe die Gesundheitslage des Beschwerdeführers und deren Folgen auf die Arbeitsfähigkeit nicht rechtsgenügend abgeklärt. Das Gutachten von Dr. med. F. \_\_\_ erfülle die Anforderungen an eine beweiskräftige Expertise nicht. Vielfache Indizien sprächen gegen deren Zuverlässigkeit. Das Gutachten setze sich nicht mit den gescheiterten Arbeitsversuchen auseinander. Es werde von allen psychiatrischen Fachärzten ausser vom Gutachter eine Persönlichkeitsstörung diagnostiziert. Der Gutachter stelle die Zuverlässigkeit seiner Einschätzung sogar selber in Frage, indem er sage, der Ausprägungsgrad entspreche nicht einer krankheitswertigen Persönlichkeitsstörung, soweit dies nach einer einmaligen Exploration überhaupt beurteilbar sei. Das Gutachten erfülle weiter nicht die Leitlinien der Schweizerischen Gesellschaft für Versicherungspsychiatrie für die Begutachtung psychischer Störungen (SGVP-Richtlinien) und auch nicht die Qualitätsleitlinien für psychiatrische Gutachten in der Eidgenössischen Invalidenversicherung der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP-Richtlinien). Der Gutachter bemängle selbst, den Beschwerdeführer nur einmal gesehen zu haben. Bei der Persönlichkeitsstörung könne eine einmalige Untersuchung niemals repräsentativ sein, weil es sich um ein volatiles, fluktuierendes und fragiles Krankheitsbild handle. Der Aufbau eines Vertrauensverhältnisses sei in nur einer Untersuchung nicht möglich. Schliesslich hätten dem Gutachter auch wichtige anamnestiche Angaben gefehlt. Dieser habe es unterlassen, sich mit den Kriterien und Leitlinien eines anerkannten Diagnosesystems auseinanderzusetzen. Ausserdem seien die Widersprüchlichkeiten im Gutachten zahlreich. So führe der Gutachter aus, dass aus dem Cannabiskonsum keine Relevanz für die Arbeitsfähigkeit erwachse. Weiter sage er aber auch, dass der Stopp des Cannabiskonsums die Arbeitsfähigkeit und den Gesundheitszustand zu verbessern vermöchten. Demgegenüber halte Dr. med. I. \_\_\_ nachvollziehbar und schlüssig fest, dass beim Beschwerdeführer eine kombinierte Persönlichkeitsstörung vorliege. Insbesondere lege er dar, dass der Cannabiskonsum sekundär sei und zur Antriebssteuerung / Entspannung diene. Dessen Sistierung habe überhaupt keinen Einfluss auf die berufliche Eingliederungsfähigkeit, weshalb die Auflage im Rahmen eines Mahn- und Bedenkzeitverfahrens nicht zu rechtfertigen sei. Sogar der RAD-Arzt führe aus, dass die Ausprägung der cannabisassoziierten Symptomatik zu gering sei, weshalb ein stationärer Aufenthalt nicht gefordert werden könne. Selbst wenn das Gutachten von Dr. med. F. \_\_\_ als beweismässig gleichwertig zum Gutachten von Dr. med. I. \_\_\_ zu erachten wäre, dürfte nicht einseitig darauf abgestellt werden, sondern es wären zusätzliche Abklärungen nötig.

3.

3.1 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]).

3.2 In zeitlicher Hinsicht sind ■ vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen ■ grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes 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).

Im vorliegenden Fall wird eine gesundheitliche Beeinträchtigung seit März 2012 (IV-Nr. 1) geltend gemacht, d.h. eine rentenbegründende Invalidität kann erst nach Ablauf der einjährigen Wartezeit im März 2013 vorliegen. Der Rentenanspruch wiederum entsteht ■ sofern die entsprechenden Anspruchsvoraussetzungen gegeben sind ■ frühestens sechs Monate nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs (vgl. Anmeldung vom 17. Juni 2013, IV-Nr. 16), was hier im Dezember 2013 der Fall wäre. Ein allfälliger Rentenanspruch kann demnach frühestens ab Dezember 2013 gegeben sein. Damit sind die ab 1. Januar 2012 geltenden Bestimmungen der 6. IV-Revision massgebend.

3.3 Nach der seit 2012 geltenden Rechtslage 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 wiederherstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), und die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind 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.

4.

4.1 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung gestellt haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 132 V 93 E. 4 S. 99 f., 125 V 256 E. 4 S. 261).

4.2 Das Administrativverfahren vor der IV-Stelle wie auch der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben IV-Stelle 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 hinreichend Klarheit besteht. Der Untersuchungsgrundsatz weist enge Bezüge zum ■ auf Verwaltungs- und Gerichtsstufe ebenfalls in gleicher Weise geltenden ■ Prinzip der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c in fine ATSG) auf (einschliesslich die antizipierte Beweiswürdigung): Führt die pflichtgemässe, umfassende und sachbezogene Beweiswürdigung den Versicherungsträger oder das Gericht zur Überzeugung, der Sachverhalt sei hinreichend abgeklärt, darf von weiteren Untersuchungen (Beweissmassnahmen) abgesehen werden. Ergibt die Beweiswürdigung jedoch, dass erhebliche Zweifel an Vollständigkeit und/oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellungen bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteil des Bundesgerichts 8C\_308/2007 vom 9. April 2008 E. 2.2.1, mit vielen Hinweisen).

4.3 Der im Sozialversicherungsrecht massgebende Beweisgrad ist derjenige der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 117 V 194 E. 3b S. 194 f.). Das Bundesrecht schreibt nicht vor, wie die einzelnen Beweismittel zu würdigen sind. Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsbeschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352). Der Sozialversicherungsrichter hat alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten ■ d.h. der Anamnese ■ abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und in seinen Schlussfolgerungen begründet ist (AHI 1997 S. 121; BGE 122 V 157 E. 1c S. 160). 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.

Die Rechtsprechung erachtet es jedoch als mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (BGE 125 V 351 E. 3b S. 352 ff.). So ist einem im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten medizinischen Gutachten durch externe Spezialärzte, welches auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten erstellt wurde und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangt, in der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 135 V 465 E. 4.4 S. 470). Andererseits ist der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Ärzte im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen mitunter eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 353).

Das Privatgutachten hat nicht den gleichen Rang wie ein vom Versicherungsträger im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholtes Gutachten. Es verpflichtet indessen ■ wie jede substantiiert vorgetragene Einwendung gegen ein solches Gutachten ■ den Richter, den von der Rechtsprechung aufgestellten Richtlinien für die Beweiswürdigung folgend, zu prüfen, ob es in rechtserheblichen Fragen die Auffassungen und Schlussfolgerungen des vom Versicherer förmlich bestellten Gutachters derart zu erschüttern vermag, dass davon abzuweichen ist (BGE 125 V 351 E. 3c S. 354).

5.

5.1 Die versicherte Person muss alles ihr Zumutbare unternehmen, um die Dauer und das Ausmass der Arbeitsunfähigkeit (Art. 6 ATSG) zu verringern und den Eintritt einer Invalidität (Art. 8 ATSG) zu verhindern. Sie muss an allen zumutbaren Massnahmen, die zur Erhaltung des bestehenden Arbeitsplatzes oder zu ihrer Eingliederung ins Erwerbsleben oder in einen dem Erwerbsleben gleichgestellten Aufgabenbereich (Aufgabenbereich) dienen, aktiv teilnehmen (Art. 7 Abs. 1 und 2 IVG).

5.2 Die Leistungen können nach Art. 21 Abs. 4 ATSG gekürzt oder verweigert werden, wenn die versicherte Person den Pflichten nach Art. 7 dieses Gesetzes oder nach Art. 43 Abs. 2 ATSG nicht nachgekommen ist (Art. 7b Abs. 1 IVG).

5.3 Entzieht oder widersetzt sich eine versicherte Person einer zumutbaren Behandlung oder Eingliederung ins Erwerbsleben, die eine wesentliche Verbesserung der

Erwerbsfähigkeit oder eine neue Erwerbsmöglichkeit verspricht, oder trägt sie nicht aus eigenem Antrieb, das ihr Zumutbare dazu bei, so können ihr die Leistungen vorübergehend oder dauernd gekürzt oder verweigert werden. Sie muss vorher schriftlich gemahnt und auf die Rechtsfolgen hingewiesen werden; ihr ist eine angemessene Bedenkzeit einzuräumen. Behandlungs- oder Eingliederungsmassnahmen, die eine Gefahr für Leben und Gesundheit darstellen, sind nicht zumutbar (Art. 21 Abs. 4 ATSG).

Eine Leistungsverweigerung oder -kürzung mit der Begründung, die versicherte Person schöpfe ihre Behandlungsressourcen nicht aus, setzt demnach ein Vorgehen nach Art. 21 Abs. 4 ATSG voraus. Diese Rechtsfolge greift nur, wenn ■ bei vorausgesetzter Zumutbarkeit der Behandlung bzw. Eingliederung ■ die versicherte Person die Behandlung bzw. Eingliederung durch ein ihr zuzurechnendes Verhalten vereitelt bzw. deren Erfolg verunmöglicht. Ihr Verhalten kann aktiv oder passiv sein. Prinzipiell muss ein vorsätzliches oder zumindest eventualvorsätzliches Verhalten vorliegen. Zwischen dem vorausgesetzten Verhalten der versicherten Person und der vorausgesetzten Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit muss ein Kausalzusammenhang bestehen. Die geforderte medizinische oder erwerbliche Vorkehr muss geeignet sein, eine erhebliche Minderung des versicherten Schadens zu bewirken. Eines strikten Beweises, die verweigerter Massnahme hätte tatsächlich zum erwarteten Erfolg geführt, bedarf es nicht; vielmehr genügt es, wenn die Vorkehr mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit erfolgreich gewesen wäre. Im Hinblick auf die Zielsetzung von Behandlungs- und Eingliederungsmassnahmen ist die Kürzung oder Verweigerung von Leistungen erst nach der Durchführung eines Mahn- und Bedenkzeitverfahrens anzuordnen. Für den Bereich der IV hat die Rechtsprechung die Durchführung eines solchen Verfahrens als zwingend erforderlich erklärt. Der versicherten Person ist unter substantiiertem Bezugnahme auf das von ihr geforderte Verhalten schriftlich mitzuteilen, welche Folgen ihre Widersetzlichkeit nach sich ziehen kann, und sie ist aufzufordern, ihrer (zumutbaren) Schadensminderungspflicht nachzukommen. Die Anforderungen an die Schadensminderungspflicht sind dort strenger, wo eine erhöhte Inanspruchnahme der Invalidenversicherung in Frage steht, namentlich wenn der Verzicht auf schadensmindernde Vorkehrungen Rentenleistungen auslöst. Dazu ist eine angemessene Bedenkzeit einzuräumen. Dieses Vorgehen ist zwingend zu befolgen (vgl. Ueli Kieser: ATSG-Kommentar, 3. Auflage, Zürich 2015, Art. 21, N 128 ff.; mit Verweisen auf die Rechtsprechung; Urteil des Bundesgerichts 9C\_391/2016 vom 4. November 2016 E. 3.1 mit Hinweisen).

6. Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht einen Anspruch auf berufliche Massnahmen und / oder eine Rente abgewiesen hat, weil der Beschwerdeführer nicht bereit war, im Rahmen des von der Beschwerdegegnerin initiierten Mahn- und Bedenkzeitverfahrens die ihm erteilten Auflagen zu erfüllen. Hierfür sind im Wesentlichen folgende medizinische Unterlagen relevant:

6.1 Am 28. Januar und 14. Februar 2013 fand im Spital D.\_\_\_\_ eine neuropsychologische ADHS-Abklärung des Beschwerdeführers statt. Im entsprechenden Bericht wird festgehalten, eigenanamnestisch fänden sich starke Hinweise auf ein ADHS (zum Beispiel Frühgeburt, sehr lebendiges Verhalten, Aufmerksamkeitsstörung in der Schule, Cannabis zur Beruhigung). Klinisch hätten während der Untersuchung eine Aufmerksamkeitsstörung sowie eine leichte motorische Unruhe beobachtet werden können. Es lägen eine Aufmerksamkeitsstörung, Überaktivität, affektive Labilität, emotionale Überreagibilität, ein starkes Temperament, Desorganisation und Impulsivität vor. In der Gesamtschau seien die

Kriterien einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung erfüllt. In neuropsychologischer Hinsicht fänden sich deutliche kognitive Beeinträchtigungen im Bereich des verbalen und visuellen Langzeitgedächtnisses und eine mittelschwere Reduktion der verbalen Merkspanne. Die exekutiven Funktionen der figuralen Ideenproduktion und des Erkennens von Konzepten seien leicht, die Handlungsplanung stark und das mentale Rotieren mittelschwer beeinträchtigt. Die Aufmerksamkeitsfunktionen seien leicht bis stark reduziert. Es müsse davon ausgegangen werden, dass die Testresultate durch die Aufmerksamkeitsstörung und die Nervosität des Beschwerdeführers überlagert seien. Das neuropsychologische Ausfallprofil sei mit der psychiatrischen Erkrankung (ADHS, Cannabisabhängigkeit, Depression) sowie einer wahrscheinlich perinatalen Schädigung aufgrund der Frühgeburt vereinbar. Es würden eine medikamentöse und psychotherapeutische Behandlung der Aufmerksamkeits-/Hyperaktivitätsstörung empfohlen. Diese sei wahrscheinlich Voraussetzung für eine erfolgreiche Abstinenz von Cannabis, das der Beschwerdeführer im Sinne einer Selbstmedikation einzusetzen scheine. Eine kontinuierliche Abstinenz von Cannabis sei dringend indiziert und dürfte zu einer Verbesserung der kognitiven Leistungen führen, ebenso eine weitere Behandlung der Depression. Bei Bedarf könne nach einer psychischen Stabilisierung und mindestens sechs Monaten Abstinenz von Cannabis eine neuropsychologische Verlaufsbeurteilung durchgeführt werden.

6.2 Im Arztbericht von Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 2. Dezember 2013 (IV-Nr. 32), werden folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt:

Als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wird ein Cannabis-Abhängigkeitssyndrom, gegenwärtig abstinent (ICD-10 F12.20), genannt. Der Beschwerdeführer sei ein schwieriges Kind gewesen, es habe im Vorschulalter eine erste ADHS-Therapie gegeben. Wegen schulischen und familiären Problemen sei es mit 12 Jahren zu einer Heimeinweisung gekommen. Mit 14 Jahren habe er mit dem Cannabiskonsum begonnen. Eine Lehre als Automonteur habe er nach zwei Monaten abgebrochen. Danach habe er jahrelang als Industriearbeiter gearbeitet. Seit 2011 gebe es einen deutlichen Bruch in seiner Lebensgeschichte und es sei ihm ab diesem Zeitpunkt zunehmend schlechter gegangen. Verschiedene Therapieansätze hätten nicht gegriffen. Für die Pharmakotherapie bestehe eine schlechte Compliance, Vorschläge für eine stationäre Therapie habe der Beschwerdeführer nicht annehmen können, weil er unter einem «Heimsyndrom» leide. Eine Betreuung durch die Spitex habe nach einem unfallbedingtem Ausfall der Betreuerin nicht wiederhergestellt werden können. Angegebene Beschwerden seien Schlaf- und Ernährungsprobleme sowie finanzielle Probleme. Eine Freundin fehle ihm, soziale Ängste und extremes Schwitzen belasteten ihn. Die Begegnung mit anderen Menschen bereite ihm schlaflose Nächte und starke Oberbauchschmerzen wie Durchfall. Seine Leidenschaft, das Mountainbiken, habe er aufgegeben, weil ihm die Kraft fehle. Bei der Befunderhebung wird angegeben, auffällige Defizite in den Bereichen Aufmerksamkeit, Konzentration und Gedächtnis seien in der therapeutischen Sitzung klinisch nicht auffällig. Das Selbstwertgefühl sei tief und es bestehe ein sozialer Rückzug.

6.3 In seinem Bericht vom 21. Oktober 2014 (IV-Nr. 49) stellt Dr. med. C.\_\_\_\_ folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

Als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit werden Störungen durch Cannabinoide, schädlicher Gebrauch, ICD-10 F12, genannt. Die Arbeitsunfähigkeit betrage

100 % seit dem 28. Oktober 2013.

Während des Arbeitsprogramms im Netzwerk habe sich eine Zunahme der Stresssymptome verzeichnen lassen. Der Beschwerdeführer habe unter sozialen Ängsten, depressiven Symptomen und psychosomatischen Beschwerden gelitten. Durch eine fehlende Konfrontation mit Stressoren habe sich die Symptomatik verbessert. Alltägliche Verrichtungen und Sport hätten wieder aufgenommen werden können. Vor dem dritten Programm im Netzwerk im April 2014 hätten sich wieder die depressiven und stressbedingten Symptome gezeigt. Der Beschwerdeführer habe sich aber konfrontieren können und die Symptome hätten sich reduziert. Als es dann um die Stellensuche in der freien Marktwirtschaft gegangen sei, hätten sich wieder psychosomatische Beschwerden gezeigt. Die Konfrontation mit Leistung, vor allem mit Mitmenschen, bewirke grossen Stress, der sich mit Unruhe, Erschöpfung, Schlafbeschwerden, vermehrtem Schwitzen, Antriebs-, Lust- und Motivationsarmut sowie Magenschmerzen äussere.

6.4 Dem von der Beschwerdegegnerin eingeholten psychiatrischen Gutachten von Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 1. Juli 2015 (IV-Nr. 69), der den Beschwerdeführer am 16. Juni 2015 untersucht hat, lassen sich folgende persönliche Angaben des Beschwerdeführers entnehmen: Er befinde sich neben der hausärztlichen Betreuung seit mehreren Jahren in regelmässiger psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung. Seit einem halben Jahr konsultiere er die Psychologin alle 14 Tage, weil die Krankenkasse wöchentliche Termine nicht mehr übernehme. Eine medikamentöse Therapie erfolge nicht. Er nehme keinerlei Medikamente ein, insbesondere auch keine Psychopharmaka. Seitens des behandelnden Psychiaters sei ihm die Einnahme eines Psychostimulanziums nahegelegt worden. Er habe aber bewusst darauf verzichtet, weil er in der Vergangenheit schlechte Erfahrungen mit Concerta und Ritalin gemacht habe. Er fahre lieber ausgiebig mit dem Velo. Er habe den Eindruck, in einer Sackgasse zu stecken. Im vergangenen Jahr habe er im B.\_\_\_\_ gearbeitet. Nachdem er sein Pensum auf vier Stunden täglich erhöht habe, habe er eine Stirnhöhlenentzündung erlitten und sei für drei Wochen krankgeschrieben worden. Als er wiedergekommen sei, habe man ihm gesagt, er könne wieder gehen, man könne ihm nicht mehr helfen. Seitens der IV sei die Auffassung vertreten worden, er habe die dreiwöchige Arbeitsabstinenz nicht ausreichend begründet. Er fühle sich schon seit mehreren Jahren auch vom RAV unter Druck gesetzt. Seine damalige Betreuerin habe zur IV gewechselt und sein Dossier übernommen. Sie habe ihm auch angedroht, dass er in der Velo-Werkstatt in [...] arbeiten müsse. Er erwarte jedoch von der IV eine wirkliche Reintegrationshilfe und nicht die Unterbringung in einem Beschäftigungsprogramm. Er könne sich eine 50 %-Stelle durchaus vorstellen. Dabei stelle er sich eine Fabrikarbeit vor. Er habe eigentlich nie etwas anderes gemacht und eine solche Tätigkeit sei an seine Bedürfnisse und seine Leistungsfähigkeit angepasst. Arbeiten mit Kundenkontakt oder Anforderungen an die Integrationsfähigkeit in einem Team würden ihm nicht liegen. Er habe nämlich Stimmungsschwankungen und sei manchmal stark reizbar. Besonders in den Wintermonaten sei seine Stimmung gedrückt. Auch aktuell sei seine Moral beeinträchtigt. Er sehe keine Ziele und befinde sich in einem ständigen Kampf mit der Administration, mit ökonomischen Zwängen. Er fühle sich auch unter Druck, wenn er seinen Haushalt führen müsse. Er achte darauf, eine Tagesstruktur einzuhalten, doch er fühle sich schnell erschöpft und ausgelaugt. In den vergangenen Jahren sei es wiederholt zu depressiven Episoden gekommen. 2011 habe er im Spätherbst / Winter einen deutlichen depressiven Einbruch

gehabt und deswegen auch um psychiatrische Hilfe ersucht. Die depressive Symptomatik habe sich etwas, aber keineswegs vollständig verbessert. Es gebe auch noch Phasen von Reizbarkeit, vor allem wenn er sich mit seiner schwierigen finanziellen Situation konfrontiert sehe. Aggressiv gegenüber Dritten sei er hingegen nicht, vielmehr verspüre er eine innere Anspannung, die er aber beherrschen könne. Von Suizidalität sei der Beschwerdeführer zuverlässig distanziert. Auch aus der Vergangenheit seien keine Suizidpläne erfragbar. Die Zukunft sehe er immer noch hoffnungsvoll und optimistisch, er habe die Hoffnung nicht aufgegeben, eine 50 %-Stelle zu finden. Abgesehen von Existenzängsten wegen der finanziellen Situation habe er keine Angst. Sein Konzentrationsvermögen erlebe der Beschwerdeführer subjektiv als relativ gut und die Ausdauer sei zumindest für einen halben Tag vorhanden. Er könne sich auch längere Zeit mit Dingen beschäftigen, die Freude bereiten. Das Gedächtnis sei intakt. Früher sei es mit der Konzentrationsfähigkeit und Ausdauer schwieriger gewesen. Freude bereite ihm das Velofahren, dies sei sein grosses Hobby. Er lebe zurzeit alleine und halte seit 16 Jahren eine Katze. Seit 2011 bestehe keine Partnerschaft mehr. Zu seinen Angehörigen habe der Beschwerdeführer praktisch keinen Kontakt. Lediglich seine Mutter sehe er vielleicht ein- oder zweimal im Jahr. Nach der Trennung seiner Freundin 2011 sei er nicht in der Lage gewesen, seine neue Partnerschaft aufzubauen, obwohl er seit seinem 18. Lebensjahr eigentlich immer in einer Partnerschaft gewesen sei. Die Trennung habe er noch nicht richtig verarbeitet. Die Nachbarschaft erlebe er nicht nur distanziert, sondern auch konfliktbeladen.

Zum gewöhnlichen Tagesablauf erkläre der Beschwerdeführer, obwohl er sich am Morgen als müde und antriebsarm erlebe, stehe er zwischen 06.00 und 07.00 Uhr auf. Er benötige relativ viel Zeit, um mobil zu werden. Nach der Körperhygiene trinke er einen Kaffee und widme sich dann dem Haushalt, erledige Einkäufe und Besorgungen. Viel müsse er nicht erledigen und den Rest des Tages verbringe er oft mit Velofahren und anderen sportlichen Aktivitäten. Regelmässig nehme er natürlich die Therapietermine wahr. Er achte sehr auf eine Tagesstruktur und bereite sich auch oft eine Kleinigkeit zum Mittagessen vor. Am Nachmittag sei er wiederum sehr oft mit dem Velo unterwegs. Am Spätnachmittag, Abend oder Wochenende treffe er häufig Kollegen. Man treffe sich an der Aare, grilliere oder fahre Fahrrad. Wenn er abends fernsehe, bevorzuge er Sportsendungen. Mit Computer und Internet beschäftige er sich nicht. Er habe geradezu eine «Computerphobie». Es falle ihm sogar schwer, Texte auf dem PC zu tippen. Nachtruhe sei meist zwischen 23.00 und 24.00 Uhr, manchmal auch deutlich später. Der Schlaf sei wechselhaft. Oft falle es ihm schwer einzuschlafen. Manchmal schlafe er auch sofort ein, schrecke dann aber kurz darauf wieder hoch und sei hellwach. Wenn er einmal fest eingeschlafen sei, sei der schlaf tief und er habe am Morgen Probleme wach zu werden. Sein Appetit sei gut. Beim Stuhlgang bestünden Probleme wegen eines Reizdarmsyndroms. Bei emotionaler Anspannung komme es rasch zu Bauchbeschwerden und Durchfällen.

Zu Suchttendenzen sage der Beschwerdeführer, er rauche nur sehr selten Tabak. Alkohol trinke er auch nur in geringem Umfang bei Anlässen. Dann konsumiere er etwas Bier. Den Alkoholkonsum könne er gut kontrollieren. Anders sei das mit dem Cannabiskonsum. Er habe im Kinderheim im 12. Lebensjahr damit begonnen. Seither rauche er regelmässig Cannabis, aktuell seit Monaten einen bis zwei Joints am Abend. Kurze Phasen von Abstinenz habe es zwar gegeben, aber er habe sich dann unruhig gefühlt, unter starkem Craving gelitten und auch unter der Einnahme von Psychostimulanzien sei dieses nicht

geringer gewesen. Andere illegale Drogen wie Heroin oder Kokain nehme er nicht. Lediglich als junger Erwachsener habe er zweimal Kokain probiert.

Er sei unter schwierigen Sozialisationsbedingungen aufgewachsen. Seinen leiblichen Vater habe er praktisch nie gesehen. Er sei mit der Mutter, seinem Stiefvater und einem dreieinhalb Jahre jüngeren Halbbruder aufgewachsen. Im Alter von etwa 10 Jahren sei es zu sexuellen Grenzüber tretungen seitens des Stiefvaters gekommen. Er erinnere dunkel, dass der Stiefvater ihm beispielsweise beim Duschen zugeschaut und ihn bedrängt habe. Mit seiner Mutter habe er nie darüber sprechen können. Mit 12 Jahren sei er im Heim untergebracht worden. Seine Eltern seien nicht in der Lage gewesen, seine schulischen Probleme trotz kinder- und jugendpsychiatrischer Unterstützung zu bewältigen. Er sei in der Schule unaufmerksam gewesen. Aus pädagogischer Sicht sei er dort nicht mehr tragbar gewesen und so hätten die Eltern einer Internatsunterbringung zugestimmt. Erst im 14. Lebensjahr sei er zur Mutter und zum Stiefvater zurückgekehrt. Er habe jedoch zunehmend häusliche Spannungen gespürt. Kurz darauf hätten sich Mutter und Stiefvater getrennt. Nach dem Schulabschluss habe er eine Anstellung bei J. \_\_\_ in [...] gefunden und mit 18 Jahren sei er von zu Hause ausgezogen. Dort sei er acht Jahre lang gewesen. Eigentlich habe er gerne gearbeitet, aber von sich aus gekündigt, als es zu Konflikten mit einem neuen Vorgesetzten gekommen sei. Danach habe er während eines Jahres keine Arbeit gefunden, bis er wieder für ca. ein Jahr temporär bei J. \_\_\_ gewesen sei. Danach habe er noch einmal in eine andere Temporäranstellung gewechselt. 2010 sei er arbeitslos geworden und habe seither beruflich nicht wieder Fuss fassen können.

Zur eigentlichen gesundheitlichen Vorgeschichte habe der Beschwerdeführer angegeben, mit fünf oder sechs Jahren habe er sich selber eine Warze aus dem Fuss geschnitten, wobei ihn der Schmerz abgelenkt habe von anderen seelischen Problemen. In der Schule sei er früh durch Hyperaktivität aufgefallen. Während der Schulzeit habe er Konzentrationsprobleme gehabt. Zunehmend habe er Schulängste entwickelt. Es sei wiederholt zu vegetativen Beschwerden mit Schweissausbrüchen gekommen. Die Zeit im Heim habe er ebenfalls als traumatisierend erlebt. Schon damals habe er sich mit dem Konsum von Cannabis abgelenkt. Er sei damit ausgeglichener. Als junger Erwachsener habe er gelegentlich erste depressive Episoden von geringer Ausprägung durchgemacht. Er habe sich jeweils schlecht gefühlt, schlecht geschlafen und keine Moral gehabt. Er habe Schwierigkeiten empfunden, sich ein Ziel zu setzen und dieses kontinuierlich zu verfolgen. Nach dem Verlust der Partnerschaft und der letzten Anstellung 2011 sei er in eine tiefe depressive Episode geraten, die mit schweren Schlafstörungen, Antriebslosigkeit und Perspektivenlosigkeit einhergegangen sei. Er habe sich in dieser Zeit auch kaum konzentrieren können. Manchmal habe er sich tagelang in seine Wohnung zurückgezogen. Seit dieser Zeit sei er in psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung. Eine Hospitalisierung sei nie erfolgt. Rückblickend habe er bei Stress und emotionalen Belastungen schnell mit Schweissausbrüchen und Oberbauchbeschwerden sowie Durchfällen reagiert. Man habe einen Reizdarm diagnostiziert.

Der Gutachter erhebt folgende Befunde: Der Beschwerdeführer habe die gestellten Fragen offen beantwortet. Es gebe keine Hinweise für eine Simulation oder Aggravation. Die Antwortlatenzen seien unauffällig. Gestellte Fragen würden rasch und präzise beantwortet. Der Rapport sei flüssig und über weite Strecken auch spontan. Der Beschwerdeführer verhalte sich während der ganzen Untersuchung situationsangemessen, ohne Hinweise auf eine Hyperaktivität. Er könne das gesamte Gespräch aufmerksam verfolgen und sich stets

auf die jeweiligen Gesprächsinhalte ein- und umstellen. Die Auffassungsgabe sei auch bei komplexen Sachverhalten ausreichend. Die höheren kognitiven Leistungen wie problemlösendes Denken und Handeln wirkten ausreichend differenziert. Erst gegen Ende der Exploration zeige sich ein geringfügiges Nachlassen der Aufmerksamkeit, der Beschwerdeführer sei aber auch zu diesem Zeitpunkt in der Lage, sich auf die Gesprächsinhalte und das Tempo einzustellen. Merkfähigkeit, Kurzzeitgedächtnis und Langzeitgedächtnis wirkten im klinisch-psychopathologischen Befund unbeeinträchtigt. Die anlässlich der neuropsychologischen Untersuchung aufgefallenen kognitiven Einschränkungen spiegelten sich im psychopathologischen Befund nur andeutungsweise wider. Sie seien insgesamt gering ausgeprägt. Anhaltspunkte für eine Intoxikation durch Cannabis fänden sich im Rahmen der Exploration nicht. Der Beschwerdeführer sei auch in der Lage, Sachverhalte zeitlich korrekt in der Anamnese einzuordnen. Er spreche mit gut modulierter Stimme, die Sprachfrequenz sei angemessen. Der formale Gedankengang sei geordnet und kohärent, gelegentlich etwas viskös, aber nicht eindeutig depressiv gehemmt oder gar gesperrt. Ideenflucht oder Gedankenzerfahrenheit lägen nicht vor. Im inhaltlichen Denken zeige sich eine etwas vermehrte Beschäftigung mit finanziellen Sorgen und ökonomischen Schwierigkeiten. Der Beschwerdeführer wirke eine Zeit lang auf die ökonomischen Probleme eingeengt, gleichzeitig auch gedanklich vermehrt mit Gefühlen von Kränkung und subjektiv ineffizient erlebter Unterstützung. Er könne aber aus diesen negativen Gedankengängen gelöst werden. Störungen des Ich-Bewusstseins lägen nicht vor. Das Intelligenzniveau erscheine unter Berücksichtigung von Schulbildung, beruflichem Werdegang sowie klinischem Gesamteindruck noch durchschnittlich. Der Beschwerdeführer wirke in der Primärpersönlichkeit durchaus umgänglich, wobei sich einzelne Hinweise auf frühe Störungsanteile in der Persönlichkeitsentwicklung einerseits sowie eine vermehrte narzisstische Kränkbarkeit andererseits zeigten. Der Ausprägungsgrad entspreche aber nicht einer krankheitswertigen Persönlichkeitsstörung, soweit dies nach einer einmaligen Exploration beurteilbar sei. Psychomotorisch wirke der Beschwerdeführer rege, durchaus lebhaft in der Gestik, Mimik und Körpersprache. Eine ausgeprägte psychomotorische Unruhe, gar Hyperaktivität falle aber im Rahmen der psychiatrischen Exploration nicht auf. Die Antriebslage sei leicht reduziert, es mangle dem Beschwerdeführer an der Fähigkeit, weit gespannte intentionale Spannungsbögen aufzubauen und diese auch durchzuhalten. Das Durchhaltevermögen erscheine leicht beeinträchtigt. Ambivalenz oder Ambitendenz bestehe nicht. Der Beschwerdeführer sei in der Lage Entscheidungen zu fällen und er könne diese argumentativ vertreten. Seine Handlungen seien zielgerichtet, jedoch nehme das leicht eingeschränkte Durchhaltevermögen der Willensstruktur gelegentlich die Zielrichtung. Er verfüge nuanciert über das gesamte emotionale affektive Ausdrucksspektrum und könne in den positiven Bereich mitschwingen, aber über weiter Strecken bleibe die Stimmungslage ernst. Gelegentlich liessen sich auch einzelne depressive Affekte erkennen. Von Suizidalität sei der Beschwerdeführer zuverlässig distanziert. Die Fähigkeit Freude zu empfinden sei ausreichend erhalten. Es bestehe weder ein ausgewiesener sozialer Rückzug aus allen Lebensbereichen noch ein vollständiger Interessenverlust. Affektlabilität, Affektinkontinenz, Parathymie oder Affektstarre zeigten sich nicht. Pathologische Angstafekte lägen zu keinem Zeitpunkt vor. Zwänge liessen sich nicht ausmachen, ebenso wenig gravierende Angstsymptome. Der Beschwerdeführer sei für eine Tätigkeit zu 50 % motiviert, darüber hinausgehend bestehe aber keine Motivation.

Folgende Diagnosen werden gestellt:

mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

6.5 In der Stellungnahme zum Gutachten von lic. phil. G.\_\_\_\_ und Dr. med. C.\_\_\_\_ zum Gutachten vom 22. September 2015 (IV-Nr. 73) wird ausgeführt, es liege beim Beschwerdeführer eine narzisstische Persönlichkeitsstörung vor. Die Beeinträchtigung in der Funktionalität der Persönlichkeit im Bereich der Identität äussere sich in den Therapiesitzungen stark (die Therapeutin sehe nicht gut aus, er sei auch Psychologe). Auch Äusserungen über die Arbeitsprogramme gingen in diese Richtung. Erst als der Beschwerdeführer einen eigständigen Arbeitsplatz gehabt und viel Lob erhalten habe, habe das 50 %-Arbeitspensum funktioniert. In dieser Phase habe er auch eine leidenschaftliche Beziehung zu einer Frau gehabt und sich in dieser Zeit so gut gefühlt, dass er sogar die Therapie habe abbrechen wollen. Er habe sehr hohe Ansprüche an sein Aussehen und die Hygiene / Ordnung in seiner Wohnung. Dies schränke ihn während der Arbeitsprogramme teilweise ein, weil er nicht für alles Zeit habe. So stressten ihn auch einfache Aufgaben, weil ihm keine Fehler passieren dürften. Weiter bestehe eine Beeinträchtigung der interpersonalen Funktionen im Bereich der Empathie. Häufig gaukle er solche vor, um eine vermeintlich lustige Diskussion anzureissen oder von eigenen schwierigen Themen abzulenken. Auch im Bereich der Intimität bestehe eine Beeinträchtigung. Beziehungen hätten ihn im Selbstwert gestützt. Eine Frau müsse seinen Vorstellungen entsprechen. Nur eine Partnerin gebe ihm das Gefühl, jemand zu sein. Dann beständen pathologische Persönlichkeitszüge im Sinne eines überzogenen Selbstwertgefühls (Aufmerksamkeitsfokus auf «Fehler» des Vorgesetzten, sich selber in diese Funktion setzen wollen, Abwertung der Klienten) und eines Erheischens von Aufmerksamkeit (Verhalten in der Sitzung wie ein Komiker oder Schauspieler, rasche Kränkung bei Hinterfragen des Verhaltens, Lob und Anerkennung unerlässlich). Es seien anamnestische Hinweise über Probleme mit Autoritäten vorhanden und das Verhalten zeige sich in verschiedenen Situationen und seit einigen Jahren stabil. Schliesslich sei nicht abzuschätzen, inwiefern Cannabis seine Persönlichkeit mitbeeinflusst habe.

Folgende Diagnosen werden gestellt:

Man gehe davon aus, dass die ersten drei Diagnosen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hätten. Die Haltung des Gutachters, dass ein Cannabisentzug sehr sinnvoll wäre, werde gestützt. Jedoch habe sich der Beschwerdeführer bisher nicht dazu motivieren lassen. Man sei allerdings auch der Meinung, dass der Cannabiskonsum in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit nicht im Vordergrund stehe. Unter der Bedingung, dass der Beschwerdeführer eine selbstwertunterstützende Partnerin und einen selbstwertstützenden Vorgesetzten am Arbeitsplatz habe, wäre die Arbeitsfähigkeit wahrscheinlich über 50 % steigerbar. Es werde weiterhin eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert.

7. Die Beschwerdegegnerin stellt im angefochtenen Entscheid im Wesentlichen auf das psychiatrische Gutachten von Dr. med. F.\_\_\_\_ vom 1. Juli 2015 (IV-Nr. 69) ab, weshalb dessen Beweiswert zu prüfen ist.

7.1 Hierzu kann zunächst gesagt werden, dass das Gutachten auf umfassender Aktenkenntnis und -analyse sowie einer Untersuchung des Beschwerdeführers unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden beruht und von einem Facharzt auf dem entsprechenden Gebiet erstellt wurde. Das Gutachten erfüllt die grundsätzlichen Anforderungen an eine beweiskräftige Expertise.

Inhaltlich leitet Dr. med. F.\_\_\_\_ nachvollziehbar dar, dass der Beschwerdeführer unter schwierigen, defizitären und teilweise traumatisierend erlebten Sozialisationsbedingungen aufgewachsen und schon in der Kindheit durch Verhaltensstörungen und ein ADHS mit Hyperaktivitätsdominanz aufgefallen sei. Dies habe seinerzeit zur Diagnose einer hyperkinetischen Störung des Sozialverhaltens geführt. Inzwischen seien die Symptome der Störung des Sozialverhaltens und der hyperkinetischen Störung indessen rückläufig. Es fänden sich, wobei explizit auf die neuropsychologische Diagnostik im Jahr 2013 Bezug genommen wird, zum Begutachtungszeitpunkt nur noch einzelne Merkmale einer einfachen Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung, deren Ausprägungsgrad zum aktuellen Zeitpunkt gering erscheine. In diesem Zusammenhang interpretiert der Gutachter auch den langjährigen Cannabiskonsum vom Ausmass einer Cannabisabhängigkeit und kommt zum einleuchtenden Schluss, dass der Cannabiskonsum in nicht unerheblichem Umfang Ausdruck einer inadäquaten Selbstbehandlung des störend empfundenen Aufmerksamkeitsdefizitsyndroms zu werten ist. Dies steht in Einklang mit der Einschätzung der behandelnden Therapeuten. Eine Relevanz für die Arbeitsfähigkeit erwächst aus gutachterlicher Sicht aus dem Cannabiskonsum nicht, auch wenn davon auszugehen sei, dass in Zusammenhang damit Symptome von Gleichgültigkeit und Erschöpfung verknüpft seien. Es wird darauf hingewiesen, dass sich laborchemisch in jüngerer Vergangenheit noch Anhaltspunkte für einen überhöhten Alkoholkonsum ergeben hätten (vgl. die diesbezüglichen Untersuchungsergebnisse, IV-Nr. 62). Zeichen einer Alkoholabhängigkeit liessen sich allerdings nicht eruieren. Als für die Arbeitsfähigkeit relevant erachtet der Gutachter vor allem eine rezidivierende depressive Störung. Unter einer rezidivierenden depressiven Episode von zumeist leichter, anamnestisch zeitweilen auch mittelschwerer Ausprägung leide der Beschwerdeführer seit vielen Jahren. Aktuell liege eine leichte depressive Episode vor. Dies scheint mit Blick auf die im Rahmen der Befunderhebung erwähnten Symptome (leicht reduzierte Antriebslage, Mangel an der Fähigkeit, weit gespannte intentionale Spannungsbögen aufzubauen und diese auch durchzuhalten, leicht beeinträchtigtes Durchhaltevermögen, gelegentlich erkennbare einzelne depressive Affekte) nachvollziehbar. Aufgrund der leichtgradigen depressiven Episode und der einfachen Aufmerksamkeits- und Aktivitätsstörung sieht der Gutachter eine Beeinträchtigung von Affektregulation, Antrieb, Psychomotorik und Durchhaltevermögen. Darüber hinaus bestünden leichte kognitive Einschränkungen durch eine verringerte Aufmerksamkeitsspanne einerseits sowie ein reduziertes Durchhaltevermögen andererseits, welches dem Beschwerdeführer die Zielrichtung des Antriebs nehme und subjektiv auch als Ermüdung und Erschöpfung empfunden werde. Diese Beurteilung erscheint aufgrund der erhobenen psychopathologischen Befunde schlüssig und gilt ■ wie vom Gutachter erwähnt wird ■ auch in Kenntnis früherer mittelschwerer depressiver Episoden.

Der Gutachter führt weiter aus, hinsichtlich der depressiven Erkrankung sei eine antidepressive Medikation sicherlich hilfreich. Im Hinblick auf die einfache Aufmerksamkeits- und Aktivitätsstörung erscheine die Verordnung von Psychostimulanzien keineswegs aussichtslos und könnte dazu beitragen, das Durchhaltevermögen des Beschwerdeführers, seine Konzentrationsfähigkeit und seine Ausdauer zu steigern. Auch die vom Beschwerdeführer wahrgenommenen Beeinträchtigungen in Form von Müdigkeit und Erschöpfung liessen sich wahrscheinlich positiv beeinflussen. Auch diese Ausführungen erweisen sich als nachvollziehbar und sie decken sich mit der Beurteilung aus der ADHS-Abklärung. Auch die behandelnden

Therapeuten würden eine entsprechende Medikation begrüßen.

Darüber hinaus spricht sich der Gutachter für einen Stopp des Cannabiskonsums aus, wobei es bei gleichzeitig erfolgter und erfolgreicher weiterer psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung (wozu eben auch eine entsprechende Medikation gehört) im Verlauf von etwa 12 Monaten gelingen sollte, die Arbeitsfähigkeit auf 80 bis 100 % zu steigern.

7.2 Zusammenfassend erweisen sich die gutachterlichen Ausführungen als nachvollziehbar und das von der Beschwerdegegnerin eingeholte Gutachten kann als beweiswertig angesehen werden. Die Einschätzung deckt sich ■ wie Dr. med. F. \_\_\_ in seiner Beurteilung festhält ■ auch mit der bis zum Begutachtungszeitpunkt vorliegenden Aktenlage: Die gestellten Diagnosen werden im Wesentlichen bestätigt, wobei sich der Ausprägungsgrad der depressiven Symptomatik zum Begutachtungszeitpunkt als nur noch leicht erwies und das in der Vergangenheit diagnostizierte Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätssyndrom inzwischen ebenfalls nur gering ausgeprägt war. Eine Persönlichkeitsstörung wurde von den behandelnden Therapeuten erst nach Erstellung des Gutachtens, in ihrer Stellungnahme dazu, diagnostiziert und vorher lediglich im Rahmen einer Verdachtsdiagnose geäußert. Dr. med. C. \_\_\_ hatte in seinem ersten Arztbericht vom 2. Dezember 2013 (IV-Nr. 32) nicht einmal eine Verdachtsdiagnose in dieser Hinsicht erwogen, obwohl er nach der Argumentation des Beschwerdeführers als behandelnder Arzt die Entwicklungen über die Zeit am besten mitverfolgt habe und daher eine solche Diagnose besser zu stellen in der Lage sein müsste, als es ein Gutachter nach einer einmaligen Untersuchung könne. Erst in seinem Arztbericht vom 21. Oktober 2014 (IV-Nr. 49) äussert Dr. med. C. \_\_\_ die Verdachtsdiagnose einer narzisstischen Persönlichkeitsstörung, ohne allerdings inhaltliche Bemerkungen zu derselben zu machen. In beiden Berichten werden eine schwierige Kindheit mit ADHS im Schulalter, schulische und familiäre Probleme und ein Lehrabbruch aufgrund von Auseinandersetzungen mit dem damaligen Lehrmeister erwähnt. Worauf sich die Verdachtsdiagnose aber stützen soll, wird nicht erläutert. Die eben genannten Punkte können auch von der ADHS-Problematik herrühren. Bezeichnend ist, dass der behandelnde Arzt von einem deutlichen Bruch im Jahr 2011 spricht, nach welchem sich der Zustand des Beschwerdeführers erheblich verschlechtert habe. Zuvor war er während acht Jahren beim gleichen Arbeitgeber tätig gewesen. Obwohl im Rahmen einer Zwischenanamnese die durchgeführten Eingliederungsmassnahmen angesprochen werden, wird nichts darüber gesagt, dass der ausgebliebene Erfolg mit der Persönlichkeitsproblematik zu erklären wäre. Auch dem Schlussbericht des B. \_\_\_ über das Aufbautraining vom 23. Juni bis 12. September 2014 (IV-Nr. 47) lassen sich keine Anhaltspunkte für eine Persönlichkeitsproblematik entnehmen. Als Grund für den Nichterfolg des Aufbautrainings werden vielmehr immer wieder Druck und Müdigkeit genannt. Erst in ihrer Stellungnahme zum Gutachten vom 22. September 2015 (IV-Nr. 73) stellen die den Beschwerdeführer behandelnden Fachpersonen die Diagnose einer narzisstischen Persönlichkeitsstörung, wobei sie sich auf Beobachtungen während der Therapiesitzungen und anamnestische Angaben des Beschwerdeführers stützen. Darüber, wie sich die entsprechenden Persönlichkeitsmerkmale bereits im Kindes- und Jugendalter gezeigt haben oder inwiefern sich woraus eine Persönlichkeitsstörung entwickelt haben soll, lassen sich keine Ausführungen entnehmen. Auch haben die behandelnden Therapeuten keine schlüssige Erklärung dafür, wie der Beschwerdeführer in der Lage gewesen ist, trotz der nach ihrer Auffassung vorliegenden Persönlichkeitsstörung acht Jahre lang ohne Probleme beim gleichen Arbeitgeber tätig zu

sein. Insofern ist die Einschätzung des Gutachters, dass keine Persönlichkeitsstörung zu diagnostizieren ist, nachvollziehbar.

7.3 Der Beschwerdeführer lässt bezüglich der Beweiskraft des Gutachtens von Dr. med. F.\_\_\_\_ verschiedene Einwendungen vorbringen: Dieses setze sich nicht mit den gescheiterten Arbeitsversuchen auseinander, es habe nur eine Untersuchung stattgefunden, und es erfülle nicht die Leitlinien der Schweizerischen Gesellschaft für Versicherungspsychiatrie für die Begutachtung psychischer Störungen (SGVP-Richtlinien) oder die Qualitätsleitlinien für psychiatrische Gutachten in der Eidgenössischen Invalidenversicherung der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP-Richtlinien). Weiter hätten dem Gutachter auch wichtige anamnestische Angaben gefehlt und er habe es unterlassen, sich mit den Kriterien und Leitlinien eines anerkannten Diagnosesystems auseinanderzusetzen. Es fänden sich schliesslich Widersprüchlichkeiten, indem dem Cannabiskonsum einerseits keine Relevanz für die Arbeitsfähigkeit beigemessen, andererseits aber gesagt werde, der Stopp desselben vermöge die Arbeitsfähigkeit und den Gesundheitszustand zu verbessern. Zu alledem ist Folgendes festzuhalten: Im Rahmen der Aktenanalyse werden die entsprechenden Berichte über die verschiedenen beruflichen Eingliederungsmassnahmen aufgeführt und zusammengefasst wiedergegeben. Das Belastbarkeitstraining wird im Rahmen der Anamnese thematisiert. Dr. med. F.\_\_\_\_ hat seine Beurteilung also in Kenntnis und unter Berücksichtigung des Verlaufs dieser Massnahmen abgegeben. Weiter liegt es im Ermessen des Gutachters, welche oder wie viele Untersuchungen er durchführt. Nach der Rechtsprechung kommt den Gutachtern bei der Wahl der Untersuchungsmethoden ein weiter Ermessensspielraum zu (Urteil des Bundesgerichts 9C\_753/2015 vom 20. April 2016 E. 3.3 mit Hinweisen). Der Einwand, dass das Gutachten nicht nach vorhandenen Qualitätsleitlinien verfasst worden sein soll, führt ebenfalls nicht zum Verlust der Beweiskraft, denn nach ständiger bundesgerichtlicher Rechtsprechung schreiben weder das Gesetz noch die Rechtsprechung eine Begutachtung nach diesen Richtlinien vor (Urteil des Bundesgerichts 9C\_88/2017 vom 30. März 2017 E. 3.3.1.1). Der Beschwerdeführer lässt aufgrund der gutachterlichen Äusserung, der Ausprägungsgrad der Persönlichkeitsmerkmale entspreche nicht einer krankheitswertigen Persönlichkeitsstörung, soweit dies nach einer einmaligen Exploration überhaupt beurteilbar sei, Zweifel daran aufkommen, für wie gesichert der Gutachter seine Einschätzung hält. Jedoch ist nicht ersichtlich, weshalb Dr. med. F.\_\_\_\_ keine zweite Exploration vorgenommen haben sollte, wenn er eine solche als notwendig erachtet hätte, um zu einer Beurteilung zu kommen. Zudem ist mit Verweis auf die vorstehenden Erwägungen (Ziff. 7.2) noch einmal darauf hinzuweisen, dass auch die behandelnden Fachärzte vor der durch Dr. med. F.\_\_\_\_ erfolgten Begutachtung keine Persönlichkeitsstörung diagnostiziert und auch nicht auf entsprechende Auffälligkeiten in der Persönlichkeit hingewiesen haben. Auch aus diesem Grund bestand für den Gutachter keine Veranlassung für eine weitere Untersuchung.

7.4 Es gilt schliesslich zu prüfen, ob das nach der Erstellung des Administrativgutachtens vom Beschwerdeführer eingereichte Parteigutachten von Dr. med. I.\_\_\_\_ vom 28. April 2016 Zweifel an demjenigen von Dr. med. F.\_\_\_\_ zu erwecken vermag. In Bezug auf das Gutachten von Dr. med. F.\_\_\_\_ wird insbesondere gerügt, dieser habe den Beschwerdeführer nur einmal gesehen. Der Privatgutachter Dr. med. I.\_\_\_\_, der im Gegensatz zum Administrativgutachter eine kombinierte Persönlichkeitsstörung diagnostiziert, hat zwar zwei Untersuchungen vorgenommen. Diese fanden allerdings an zwei

aufeinanderfolgenden Tagen (am 18. und 19. April 2016) statt, womit nicht gesagt werden kann, der Privatgutachter habe seine Beobachtungen über einen längeren Zeitraum hinweg machen können. Aufgrund der erfolgten zwei Untersuchungen kann das Privatgutachten demnach nicht als repräsentativer angesehen werden, insbesondere nicht hinsichtlich der Argumente, die der Beschwerdeführer in dieser Hinsicht vorbringen lässt (es handle sich bei der Persönlichkeitsstörung um ein volatiles, fluktuierendes und fragiles Krankheitsbild). Vor diesem Hintergrund sind das Administrativ- und das Privatgutachten auf die gleiche Stufe zu stellen.

Des Weiteren denkt auch Dr. med. I. \_\_\_ im Rahmen der vom Beschwerdeführer geäußerten Müdigkeit an den regelmässigen Cannabiskonsum. Er merkt aber an, dass das Cannabis beim Beschwerdeführer auch fokussierend wirke, wobei er sich aber ausschliesslich auf die anamnestischen Angaben des Beschwerdeführers selbst stützt. Dr. med. I. \_\_\_ merkt ebenfalls an, dass der Beschwerdeführer in der Exploration selber nicht hyperaktiv wirke. Dies deckt sich mit den objektiven Befunden von Dr. med. F. \_\_\_. Sodann spricht Dr. med. I. \_\_\_ von typischen agoraphobischen Symptomen, die sich in Anamnese und Exploration erfassen liessen. Inwiefern sich solche im Rahmen der Exploration gezeigt haben, wird nicht dargelegt. Weiter ist darauf hinzuweisen, dass Dr. med. C. \_\_\_ als seit längerer Zeit behandelnder Arzt nie von derartigen Symptomen sprach. Widersprüchlich sind dann auch die Ausführungen zu den angeblich erfüllten Kriterien einer Agoraphobie, wenn gesagt wird, das Kriterium «öffentliche Plätze» sei erfüllt (Gutachten S. 15). Denn im Rahmen der Anamnese wird angegeben: «Überqueren von Plätzen: kein Problem» (Gutachten S. 9). Dr. med. I. \_\_\_ nimmt dann unter ausführlicher Aufzählung der diesbezüglichen Kriterien die Persönlichkeitsdiagnostik vor und verneint zuerst die gemäss den behandelnden Therapeuten vorliegende narzisstische Persönlichkeitsstörung, um dann auf eine kombinierte Persönlichkeitsstörung zu schliessen. Diesbezüglich werden anamnestische Angaben aus der Vergangenheit erwähnt, welche weder anlässlich der Begutachtung von Dr. med. F. \_\_\_ noch in den Berichten des behandelnden Arztes, Dr. med. C. \_\_\_, je Thema waren, so zum Beispiel Angaben über Schwierigkeiten mit bestimmten Lehrpersonen oder die Militärdienstuntauglichkeit. Dies sind indessen alles Umstände, für die auch die in der Kindheit und Jugend noch stärker vorhanden gewesenen ADHS-Problematik verantwortlich sein kann. Sodann fällt bei der Abhandlung der für das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung erfüllten Kriterien auf, dass einige davon aktuell gar nicht mehr vorliegen sollen. Beispielsweise wird im Bereich «Tendenz zu Streitereien oder Konflikten mit anderen» angegeben, das Kriterium sei in der Jugendzeit erfüllt gewesen, wobei der Beschwerdeführer heute ausweiche bzw. sich mit Cannabis stabilisiere. Das Gleiche zeigt sich bei den Kriterien «Neigung zu Wutausbrüchen oder Gewalt mit Kontrollverlust» oder «unbeständige und launische Stimmung». Diese Kriterien sei als Jugendlicher erfüllt gewesen, als Erwachsener nicht mehr. Um eine relevante Persönlichkeitsstörung zu begründen, wird auch aufgeführt, der Beschwerdeführer leide unter Panikattacken und zeige ein Vermeidungsverhalten, um dann im weiteren Verlauf anzumerken, dass Cannabiskonsum solche verursachen könne. In Bezug auf den Beschwerdeführer werden diese angeblichen Panikattacken und das Vermeidungsverhalten aber unbenommen im Rahmen der Persönlichkeitsstörung gesehen ohne die Frage zu prüfen, ob solche auch vom Cannabiskonsum herrühren könnten. Schliesslich wird auch im Privatgutachten nicht dargelegt, wie der Beschwerdeführer trotz der vorliegenden Störungen in der Lage gewesen sein soll, während vielen Jahren einer regelmässigen Erwerbstätigkeit nachzugehen, noch dazu während längerer Zeit im gleichen

Betrieb. Insgesamt erweist sich diese Diagnostik nicht als nachvollziehbar. Insbesondere vermögen die Ausführungen von Dr. med. I.\_\_\_\_ die nachvollziehbaren Schlussfolgerungen von Dr. med. F.\_\_\_\_ nicht derart zu erschüttern, dass davon abzuweichen wäre.

Gleiches gilt für die Ausführungen von Dr. med. I.\_\_\_\_ zum Cannabiskonsum. Er führt aus, dass der Beschwerdeführer Cannabis sehr gezielt zur besseren Fokussierung für gezielte Tätigkeiten und abends zur Beruhigung einsetze. Ob der Konsum hingegen auch für gewisse Symptome verantwortlich sein könnte, die gemäss Dr. med. I.\_\_\_\_ für eine Persönlichkeitsstörung sprechen, wird nicht geprüft. Er selbst erachtet es denn ■ und dies steht in Einklang mit der Einschätzung aller übrigen Fachpersonen ■ als wünschenswert, das Cannabis durch eine adaptierte medikamentöse ADHS-Behandlung zu ersetzen. Dennoch geht er nicht davon aus, dass sich mit einer Abstinenz die diagnostizierten Störungen oder die Arbeitsfähigkeit wesentlich verbessern könnten. Dies ist widersprüchlich. Es müsste zumindest vermutet werden, dass mit einer medikamentösen ADHS-Behandlung anstelle des Cannabiskonsums eine Verbesserung des Gesundheitszustandes und / oder der Arbeitsfähigkeit erreicht werden könnte.

7.5 Schliesslich lässt der Beschwerdeführer vorbringen, dass das Gutachten von Dr. med. I.\_\_\_\_ im Gegensatz zu demjenigen von Dr. med. F.\_\_\_\_ eine Indikatorenprüfung gemäss der seit BGE 141 V 281 geltenden bundesgerichtlichen Rechtsprechung erlaube. Nach jüngster bundesgerichtlicher Rechtsprechung sind die depressiven Störungen leicht- bis mittelgradiger Natur einem strukturierten Beweisverfahren gemäss BGE 141 V 281 zu unterziehen (vgl. hierzu Urteile des Bundesgerichts 8C\_841/2016 und 8C\_130/2017 vom 30. November 2017). Gutachten, die gemäss altem Verfahrensstandard eingeholt wurden, verlieren nicht per se ihren Beweiswert. Es ist im Rahmen einer gesamthaften Prüfung des Einzelfalls mit seinen spezifischen Gegebenheiten und den erhobenen Rügen entscheidend, ob ein anschliessendes Abstellen auf die vorhandenen Beweisgrundlagen vor Bundesrecht standhält (Urteil des Bundesgerichts 9C\_485/2016 vom 27. Dezember 2017 E. 3.5.1). Die Frage, ob diese Voraussetzungen in Bezug auf das Gutachten von Dr. med. F.\_\_\_\_ erfüllt sind, kann vorliegend indessen offen gelassen werden, da eine materielle Rentenprüfung im vorliegenden Fall noch gar nicht stattgefunden hat. Vielmehr wurde dem Beschwerdeführer ein Rentenanspruch wegen Nichterfüllung von Auflagen verwehrt. Beim strukturierten Beweisverfahren geht es darum zu klären, wie sich eine krankheitswertige Störung auf die Funktions- und Arbeitsfähigkeit auswirkt. Diese Frage stellt sich vor der Erfüllung von Auflagen und einer danach stattfindenden Wiederaufnahme von beruflichen Massnahmen noch nicht (vgl. hierzu auch die nachstehende Erwägung 8).

## **E. 8**

8.1 Zusammengefasst zeigt sich, dass das vom Beschwerdeführer ins Recht gelegte Privatgutachten die Beweiskraft des Administrativgutachtens nicht zu erschüttern vermag. Vielmehr setzt sich das Privatgutachten bei der hier zu diskutierenden Hauptthematik, nämlich dem Einfluss des Cannabiskonsums, in einen Widerspruch. Die Beschwerdegegnerin hat im vorliegenden Fall noch keine eigentliche materielle Rentenprüfung vorgenommen, sondern dem Beschwerdeführer gestützt auf die Erkenntnisse aus dem Administrativgutachten im Rahmen eines Mahn- und Bedenkzeitverfahrens Auflagen erteilt. Einen Anspruch auf berufliche Massnahmen und / oder eine Rente hat sie abgewiesen, weil der Beschwerdeführer diese Auflagen ihrer Auffassung nach nicht erfüllen wollte. Hier ist zu prüfen, ob dieses Vorgehen gerechtfertigt war. Konkret wurde dem Beschwerdeführer auferlegt, eine langfristige Drogenabstinenz

einzuhalten und eine adäquate psychotherapeutische / psychopharmakologische Behandlung mitzumachen sowie allenfalls einen stationären Aufenthalt in Erwägung zu ziehen. Bezüglich der beiden letztgenannten Punkte wurde er aufgefordert, sich mit der behandelnden Therapeutin zu besprechen und der Beschwerdegegnerin mitzuteilen, welche Therapiemassnahmen beschlossen worden seien. Der Beschwerdeführer lässt in diesem Zusammenhang rügen, die Auflagen seien zu unklar. Dieser Einwand ist nicht nachvollziehbar. Die Auflage der Drogenabstinenz ist klar formuliert und bietet für keine Spekulationen Anlass, und bezüglich der adäquaten Behandlung wird der Beschwerdeführer auf die behandelnde Therapeutin verwiesen, die mit ihm die konkrete Ausgestaltung derselben aufgleisen soll. Es kann daher nicht gesagt werden, dass die erteilten Auflagen nicht klar genug seien.

8.2 Der Beschwerdeführer reagierte auf die Erteilung der Auflagen mit dem Antrag, es sei auf das Verlangen eines Einstellens des Cannabiskonsums zu verzichten. Dies sei ihm nicht zumutbar. Er macht geltend, ein Cannabis-Stopp habe gar keinen Einfluss auf die berufliche Eingliederungsfähigkeit, weshalb die Auflage im Rahmen eines Mahn- und Bedenkzeitverfahrens nicht zu rechtfertigen sei. Dem stehen die beweismässigen Ausführungen des Gutachters Dr. med. F. \_\_\_ entgegen, auf die die Beschwerdegegnerin zu Recht abgestellt hat. Dieser geht davon aus, dass der Beschwerdeführer mit dem Cannabiskonsum insbesondere die ADHS-Symptomatik dämpfe, wohingegen eine Cannabisabstinenz und eine entsprechende medikamentöse Behandlung des ADHS, was der Beschwerdeführer ablehnt, zu einer Steigerung der Arbeitsfähigkeit auf 80 - 100 % führen könnte. Es ist damit nicht widersprüchlich, wenn das Cannabisabhängigkeitssyndrom als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit aufgeführt und gleichzeitig gesagt wird, ein Einstellen des Konsums könne die Arbeitsfähigkeit verbessern. Dies bezieht sich nämlich auf das Zusammenspiel depressive Symptomatik / ADHS und hat eben insofern mit dem Cannabiskonsum zu tun, als dass der Beschwerdeführer diese Problematik damit zu bekämpfen versucht. Gleichzeitig ist es aber nicht abwegig, dass gewisse von ihm empfundene einschränkende Umstände (wie die Müdigkeit oder die Gleichgültigkeit) auch vom Cannabiskonsum herrühren können. Darüber hinaus gehen sämtliche involvierten Fachpersonen, auch der Privatgutachter, darin einig, dass der Beschwerdeführer seinen Cannabiskonsum einstellen und eine medikamentöse Behandlung der ADHS-Symptomatik sowie der depressiven Störung in Angriff zu nehmen. Es ist daher nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer die entsprechende Auflage des Cannabisstopps gemacht hat. Ein solcher ist auch als zumutbar zu erachten, denn er ist nach dem Gesagten geeignet, eine wesentliche Verbesserung der Erwerbsfähigkeit herbeizuführen. Eines strikten Beweises, dass die Massnahme tatsächlich zum erwarteten Erfolg führt, bedarf es nicht, sondern es genügt, wenn die Vorkehr mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit erfolgreich ist (Urteil des Bundesgerichts 9C\_82/2013 E. 3 mit Hinweisen). Ein schwerer Eingriff in die Persönlichkeitsrechte des Beschwerdeführers ist darin ebenfalls nicht zu erblicken. Aus der Aktenlage ergibt sich indessen klar, dass er nicht gewillt ist, seinen Cannabiskonsum einzustellen; nichts anderes lässt sich aus dem entsprechenden Antrag, es sei auf diese Auflage zu verzichten, herauslesen. Schliesslich haben auch die Bemühungen seiner Therapeuten in diese Richtung bis anhin keinen Erfolg gebracht. Insofern hat die Beschwerdegegnerin zu Recht die Auflage als nicht erfüllt erachtet und einen Anspruch auf berufliche Massnahmen verneint. Es steht dem Beschwerdeführer indessen frei, zu gegebener Zeit erneut ein Gesuch für berufliche Massnahmen zu stellen, sofern sich seine Einstellung ändern sollte. Die Beschwerde ist

damit in allen Punkten abzuweisen.

Die Kostenforderung ist bei Unterliegen der Partei mit unentgeltlichem Rechtsbeistand vom Gericht festzusetzen. Der Kanton entschädigt die unentgeltliche Rechtsbeiständin oder den unentgeltlichen Rechtsbeistand angemessen (Art. 122 Abs. 1 lit. a ZPO). Der unentgeltliche Rechtsbeistand hat am 27. April 2017 eine Kostennote (A.S. 57 ff.) und im Rahmen der Verhandlung vor dem Versicherungsgericht eine ergänzte Kostennote eingereicht. In der Kostennote vom 27. April 2017 (Aufwendungen für die Zeit vom 11. November 2016 bis 27. April 2017) macht er insgesamt einen Aufwand von 11,01 Stunden geltend. Dabei sind die Positionen «Brief an Klient» vom 17. November 2016, 27. Januar 2017 und 27. April 2017 von jeweils 0,17 zu streichen, da es sich dabei offensichtlich um die Zustellung von Orientierungskopien an die Klientschaft handelt. Dies stellt Kanzleiaufwand dar, der im Stundenansatz eines Anwaltes bereits inbegriffen und praxisgemäss nicht zu vergüten ist. Ebenfalls nicht zu vergüten ist der Aufwand für die Einreichung von Fristerstreckungsgesuchen wie am 16. Februar 2017 (0,25 Stunden) und 10. März 2017 (0,33 Stunden). Insgesamt ist der Aufwand damit um 1,09 Stunden zu kürzen und es ergibt sich ein Totalaufwand von 9,92 Stunden. Der Stundenansatz beträgt CHF 180.00 (§ 160 Abs. 3 Kantonaler Gebührentarif [GT, BGS 615.11]). Bei den Auslagen ist zu vermerken, dass Kopien nur mit CHF 0.50 pro Stück vergütet werden und nicht mit CHF 1.00 (§ 160 Abs. 5 GT). Daher ist bei den Auslagen eine Kürzung um CHF 23.00 vorzunehmen. Hinzu kommt die Mehrwertsteuer von 8 %.

Für die Zeit vom 23. Januar bis 18. Mai 2018 hat der unentgeltliche Rechtsbeistand an der Hauptverhandlung eine ergänzende Kostennote eingereicht, worin er zusätzlichen Aufwand von 4,88 Stunden geltend macht. Hiervon sind die Positionen «Brief an Klient» vom 23. Januar 2018 (0,08 Stunden) und 14. März 2018 (0,17 Stunden, als Kanzleiaufwand zu qualifizieren, der zu streichen ist. Damit ergibt sich ein zu vergütender Aufwand von 4,63 Stunden. Bei den Auslagen sind, da Kopien mit nur CHF 0.50 entschädigt werden, CHF 2.50 abzuziehen. Fahrspesen werden gemäss § 160 Abs. 5 i.V.m. 157 Abs. 3 GT mit CHF 0.70 pro gefahrenen Kilometer vergütet und nicht mit CHF 1.00, weshalb bei den geltend gemachten Fahrspesen CHF 13.60 abzuziehen sind. Für diese Aufwendungen ist die Mehrwertsteuer zum ab dem 1. Januar 2018 geltenden Steuersatz von 7.7 % hinzuzufügen.

Insgesamt ist die Kostenforderung damit auf CHF 2'925.05 festzusetzen (14,55 Stunden zu CHF 180.00, zuzügl. Auslagen von CHF 91.80 sowie MwSt zu 8 % von CHF 147.20 und zu 7.7 % von CHF 67.05), zahlbar durch die Zentrale Gerichtskasse des Kantons Solothurn. Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren, wenn A.\_\_\_\_ zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO). Der Nachzahlungsanspruch wird ■ gestützt auf die eingereichte Honorarvereinbarung (A.S. 60) basierend auf einen Stundenansatz von CHF 250.00 festgesetzt. Der Nachzahlungsanspruch beträgt demgemäss inkl. Mehrwertsteuer CHF 1'099.00.

9.2 Der Beschwerdeführer lässt beantragen, es seien ihm die im Zusammenhang mit der Privatexpertise entstandenen Kosten im Betrag von CHF 6■690.00 zu ersetzen. Gestützt auf die vorstehenden Erwägungen ist das von der Beschwerdegegnerin eingeholte Gutachten voll beweiswertig, wobei durch das Privatgutachten keine relevanten Zweifel daran hervorgerufen wurden. Unter diesen Umständen gehen die Kosten des Privatgutachtens zu Lasten des Beschwerdeführers. Der entsprechende Antrag ist abzuweisen.

9.3 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 1'000.00 zu bezahlen, die jedoch infolge Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege durch den Kanton Solothurn zu übernehmen sind (Art. 122 Abs. 1 lit. b ZPO). Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren, wenn A.\_\_\_\_ zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

Demnach wird erkannt:

2. Die Kostenforderung des unentgeltlichen Rechtsbeistandes, Rechtsanwalt Claude Wyssmann, wird auf CHF 2'925.05 (14.55 Stunden zu CHF 180.00, zuzügl. Auslagen von CHF 91.80 sowie MwSt zu 8 % von CHF 147.20 und zu 7.7 % von CHF 67.05) festgesetzt, zahlbar durch die Zentrale Gerichtskasse des Kantons Solothurn. Vorbehalten bleiben der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren sowie der Nachzahlungsanspruch des unentgeltlichen Rechtsbeistands im Umfang von CHF 1'099.00, wenn A.\_\_\_\_ zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

3. Der Antrag des Beschwerdeführers, es seien ihm die im Zusammenhang mit der Privatexpertise von Dr. med. I.\_\_\_\_ entstandenen Kosten im Betrag von CHF 6■690.00 zu ersetzen, wird abgewiesen.

4. Der Beschwerdeführer hat die Verfahrenskosten von CHF 1'000.00 zu bezahlen, die infolge Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege durch den Staat Solothurn zu übernehmen sind. Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren, wenn A.\_\_\_\_ zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

5. Je eine Kopie des Verhandlungsprotokolls vom 18. Mai 2018 geht zur Kenntnisnahme an die Parteien.

6. Das Doppel der Kostennote des Vertreters des Beschwerdeführers vom 18. Mai 2018 geht zur Kenntnisnahme an die Beschwerdegegnerin.

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                      Die Gerichtsschreiberin

Weber-Probst                              Fischer

Der vorliegende Entscheid wurde vom Bundesgericht mit Urteil 8C\_483/2018 vom 11. Dezember 2018 bestätigt.

## E. 9

9.1 Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung. Der Beschwerdeführer steht ab Prozessbeginn im Genusse der unentgeltlichen Rechtspflege (vgl. Ziff. I / 8 hiervor). Die Kostenforderung ist bei Unterliegen der Partei mit unentgeltlichem Rechtsbeistand vom Gericht festzusetzen. Der Kanton entschädigt die unentgeltliche Rechtsbeistandin oder den unentgeltlichen Rechtsbeistand angemessen (Art. 122 Abs. 1 lit. a ZPO). Der unentgeltliche Rechtsbeistand hat am 27. April 2017 eine Kostennote (A.S. 57 ff.) und im Rahmen der Verhandlung vor dem Versicherungsgericht eine ergänzte Kostennote eingereicht. In der Kostennote vom 27. April 2017 (Aufwendungen für die Zeit vom 11. November 2016 bis 27. April 2017) macht er insgesamt einen Aufwand von 11,01 Stunden geltend. Dabei sind die Positionen «Brief an Klient» vom 17. November 2016, 27. Januar 2017 und 27. April 2017 von jeweils 0,17 zu streichen, da es sich dabei offensichtlich um die Zustellung von Orientierungskopien an die Klientschaft handelt. Dies stellt Kanzleiaufwand dar, der im Stundenansatz eines Anwaltes bereits inbegriffen und praxisgemäss nicht zu vergüten ist. Ebenfalls nicht zu vergüten ist der Aufwand für die Einreichung von Fristerstreckungsgesuchen wie am 16. Februar 2017 (0,25 Stunden) und 10. März 2017 (0,33 Stunden). Insgesamt ist der Aufwand damit um 1,09 Stunden zu kürzen und es ergibt sich ein Totalaufwand von 9,92 Stunden. Der Stundenansatz beträgt CHF 180.00 (§ 160 Abs. 3 Kantonaler Gebührentarif [GT, BGS 615.11]). Bei den Auslagen ist zu vermerken, dass Kopien nur mit CHF 0.50 pro Stück vergütet werden und nicht mit CHF 1.00 (§ 160 Abs. 5 GT). Daher ist bei den Auslagen eine Kürzung um CHF 23.00 vorzunehmen. Hinzu kommt die Mehrwertsteuer von 8 %. Für die Zeit vom 23. Januar bis 18. Mai 2018 hat der unentgeltliche Rechtsbeistand an der Hauptverhandlung eine ergänzende Kostennote eingereicht, worin er zusätzlichen Aufwand von 4,88 Stunden geltend macht. Hiervon sind die Positionen «Brief an Klient» vom 23. Januar 2018 (0,08 Stunden) und 14. März 2018 (0,17 Stunden, als Kanzleiaufwand zu qualifizieren, der zu streichen ist. Damit ergibt sich ein zu vergütender Aufwand von 4,63 Stunden. Bei den Auslagen sind, da Kopien mit nur CHF 0.50 entschädigt werden, CHF 2.50 abzuziehen. Fahrspesen werden gemäss § 160 Abs. 5 i.V.m. 157 Abs. 3 GT mit CHF 0.70 pro gefahrenen Kilometer vergütet und nicht mit CHF 1.00, weshalb bei den geltend gemachten Fahrspesen CHF 13.60 abzuziehen sind. Für diese Aufwendungen ist die Mehrwertsteuer zum ab dem 1. Januar 2018 geltenden Steuersatz von 7.7 % hinzuzufügen. Insgesamt ist die Kostenforderung damit auf CHF 2'925.05 festzusetzen (14,55 Stunden zu CHF 180.00, zuzügl. Auslagen von CHF 91.80 sowie MwSt zu 8 % von CHF 147.20 und zu 7.7 % von CHF 67.05), zahlbar durch die Zentrale Gerichtskasse des Kantons Solothurn. Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren, wenn A.\_\_\_\_ zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO). Der Nachzahlungsanspruch wird – gestützt auf die eingereichte Honorarvereinbarung (A.S. 60) basierend auf einen Stundenansatz von CHF 250.00 festgesetzt. Der Nachzahlungsanspruch beträgt demgemäss inkl. Mehrwertsteuer CHF 1'099.00.

9.2 Der Beschwerdeführer lässt beantragen, es seien ihm die im Zusammenhang mit der Privatexpertise entstandenen Kosten im Betrag von CHF 6'690.00 zu ersetzen. Gestützt auf die vorstehenden Erwägungen ist das von der Beschwerdegegnerin eingeholte Gutachten voll beweiswertig, wobei durch das Privatgutachten keine relevanten Zweifel daran hervorgerufen wurden. Unter diesen Umständen gehen die Kosten des Privatgutachtens zu Lasten des Beschwerdeführers. Der entsprechende Antrag ist abzuweisen.

9.3 Aufgrund von Art. 69 Abs. 1 bis IVG 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 1'000.00 zu bezahlen, die jedoch infolge Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege durch den Kanton Solothurn zu übernehmen sind (Art. 122 Abs. 1 lit. b ZPO). Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren, wenn A.\_\_\_\_ zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

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