

# **SO\_GERICHTE VSBES.2017.241 vom 14. Januar 2019**

SO Obergericht, 2019-01-14, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so\\_gerichte\\_VSBES.2017.241\\_d20190114](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2017.241_d20190114)

FR: SO\_GERICHTE VSBES.2017.241 du 14 janvier 2019

IT: SO\_GERICHTE VSBES.2017.241 del 14 gennaio 2019

## **Regeste**

Invalidenrente und berufliche Massnahmen

## **Erwägungen**

### **E. 2**

2.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). 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 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG).

2.2 Gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG haben 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 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.

### **E. 3**

3.1 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 zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die 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 99 f. E. 4, 125 V 261 E. 4).

3.2 Das Administrativverfahren vor der IV-Stelle wie auch der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1, 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 hinreichende 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 vom 9. April 2008, 8C\_308/2007, E. 2.2.1 mit vielen Hinweisen).

3.3 Der im Sozialversicherungsrecht massgebende Beweisgrad ist derjenige der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 117 V 194 f. E. 3.b). 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 352 E. 3a). 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. 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. 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 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 352 ff. E. 3b). 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 104 V 212). 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).

4. Gemäss den Ausführungen des Beschwerdeführers habe die IV-Stelle seine Verhältnisse nur ungenügend abgeklärt. Es stelle eine Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes dar, wenn keinerlei Abklärungen betreffend die Arbeitseinsätze des Versicherten erfolgten. Es könne auf die Urteile des Bundesgerichts 9C\_833/2007, 9C\_291/2013 sowie insbesondere auf 9C\_850/2013 vom 12. Juni 2014 E. 3.2 verwiesen werden. Demnach seien nötigenfalls, in Ergänzung der medizinischen Unterlagen, für die Ermittlung des erwerblich nutzbaren Leistungsvermögens die Fachpersonen der beruflichen Integration und Berufsberatung einzuschalten (seit BGE 107 V 17 E. 2b S. 20 geltende Rechtsprechung, vgl. Urteil

8C\_545/20 12 E. 3.2.7, nicht publiziert in BGE 139 V 28). Der Versicherte sei im Wissen der IV-Stelle im Rahmen eines 50%-Pensums einer Beschäftigung im geschützten Rahmen nachgegangen, organisiert durch die WG G.\_\_\_\_, im Restaurant «H.\_\_\_\_» in [...]. Trotz Kenntnis dieses Faktums und der entsprechenden Forderung mit Einwandschreiben vom 15. Februar 2016 habe die IV-Stelle keine Abklärungen wie die Einholung eines entsprechenden Berichts der Arbeitgeberin über das Leistungspotential des Versicherten durchgeführt. Sodann müsse die psychiatrische Untersuchung im Rahmen des F.\_\_\_\_-Gutachtens als ungenügend qualifiziert werden. Dies fange bereits mit der kurzen Untersuchungsdauer von bloss 20 Minuten an. Es gehe nicht an, in diesem (einmaligen) kurzen Explorationsfenster die vordiagnostizierte Persönlichkeitsstörung in Abrede zu stellen. Venzlaff und Foerster, auf die sich auch das Bundesgericht abstütze, forderten mindestens zwei Explorationen, um überhaupt eine valide Aussage zu einer Persönlichkeitsstörung machen zu können. Auch sei die Frage der retrospektiven Arbeitsfähigkeit nicht verbindlich geklärt, stelle doch der F.\_\_\_\_-Psychiater eine vorher durch die affektive Störung eingeschränkte Arbeitsfähigkeit nicht in Abrede. Das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung lasse sich zudem auch dem Bericht der neu behandelnden Psychiaterin, Frau Dr. med. I.\_\_\_\_ vom 23. Dezember 2016 entnehmen. Diesem Bericht lasse sich ausserdem auch das Rezidiv einer (mittelschweren) Episode im Rahmen der bekannten rezidivierenden der depressiven Störung entnehmen. Die IV-Stelle hätte daher umso mehr den Fall nicht mit einer leistungsabweisenden Verfügung abschliessen dürfen, bevor nicht ergänzende Abklärungen durchgeführt worden seien (neues psychiatrisches Gutachten, eventuell Verlaufsgutachten). Denn diesem Bericht sei eine komplexe PTBS und eine mittelgradige depressive Störung zu entnehmen. Eine Befundaufnahme bezogen auf die diagnostizierte PTBS fehle im psychiatrischen Gutachten des F.\_\_\_\_. Auch könne nicht willkürfrei gesagt werden, es habe sich die depressive Entwicklung seit der Begutachtung beim F.\_\_\_\_ (von Februar 2015) nicht bis Ende 2016 verschlechtert. Im Gutachten des F.\_\_\_\_ sei nämlich prognostisch festgehalten worden, dass es auch zu vermehrter Depressivität kommen könne. Des Weiteren sei der Anspruch auf beruflichen Eingliederungsmassnahmen und insbesondere auf eine Umschulung ausgewiesen. Dies bei einem unstrittig mindestens 23%igen Invaliditätsgrad. Die Motivation des Versicherten hierzu sei belegt, einerseits durch den Arbeitseinsatz im Restaurant «H.\_\_\_\_» in [...], andererseits durch den erklärten Willen des Versicherten, auf Suchtmittel zu verzichten. Eine Verweigerung wie sie die IV-Stelle in der angefochtenen Verfügung festgehalten habe, würde erstens voraussetzen, dass es sich bei einem geringfügigen THC-Konsum überhaupt um ein Eingliederungshindernis handle, was kaum zu bejahen sei, und zweitens die Durchführung eines Mahn- und Bedenkzeitverfahrens erfordern. Der Versicherte habe im Übrigen in seiner Erklärung vom 26. Januar 2016 seine Bereitschaft erklärt, auch ein Arbeitspensum von mehr als 50 % einzugehen. Auch im F.\_\_\_\_-Gutachten werde nicht auf das Vorliegen subjektiver Eingliederungsunfähigkeit geschlossen. Schliesslich sei auch der Einkommensvergleich als unsauber zurück zu weisen. Dass nun plötzlich, anders als in der Vergangenheit beim statistischen Invalideneinkommen kein Tabellenlohnabzug gerechtfertigt erscheine, sei nicht nachvollziehbar. Wie im F.\_\_\_\_-Gutachten ausgeführt worden sei, seien dem Versicherten keine Tätigkeiten mehr zumutbar, welche rückenbelastend seien, auch keine vorwiegend stehenden Tätigkeiten. Dies stelle eine lohnmässige Erschwernis dar. Ein Tabellenlohnabzug von 15 % erscheine den Verhältnissen angepasst. Das Bundesgericht habe wiederholt festgehalten, dass Einschränkungen wegen Wechselbelastung als lohnsenkender Einflussfaktor bei der

Bemessung des Invalideneinkommens zu berücksichtigen seien (vgl. Urteil 8C\_548/2010 vom 23. Dezember 2010). Die durch das Gutachten des F.\_\_\_\_ ebenfalls bestätigte verminderte psychische Flexibilität und das «labilen Gleichgewicht» mit entsprechend hohem Risiko, psychisch-krankheitsbedingt von einer Arbeit fern bleiben zu müssen, habe nicht nur für die Frage der Folgenabschätzung Bedeutung, sondern müsse auch im Rahmen der Bemessung des Invalideneinkommens berücksichtigt werden. Immerhin habe das Bundesgericht in verschiedenen Urteilen einen erhöhten Abzug postuliert, wo es ebenfalls um Fälle zusätzlich zu erwartender krankheitsbedingter Absenzen gegangen sei (vgl. die Übersicht in Philipp Geertsen, Der Tabellenlohnabzug, in: Kieser / Lendfers [Hrsg.], Jahrbuch zum Sozialversicherungsrecht 2012, S. 150, FN 54). Hinzu komme vorliegend eine um 20 % reduzierte Arbeits- und Leistungsfähigkeit, welche es unabhängig von der Pensenfähigkeit ebenfalls als abzugsfähiges Kriterium zu berücksichtigen gelte.

Demgegenüber vertritt die Beschwerdegegnerin die Ansicht, die Abklärungen hätten ergeben, dass dem Beschwerdeführer seine ursprünglich angestammte Tätigkeit als Koch gesundheitlich seit längerer Zeit nicht mehr zumutbar sei. In einer angepassten Tätigkeit bestehe hingegen eine Arbeitsfähigkeit von 100 % mit einer Minderung von 20 % im Sinne eines verminderten Rendements. Es wäre ihm somit möglich, ein entsprechendes und rentenausschliessendes Einkommen zu erwirtschaften. Der Beschwerdeführer selber sehe sich aktuell nicht in der Lage ein Pensum von mehr als 50 % zu leisten. Berufliche Massnahmen der Invalidenversicherung würden zudem einen absoluten Verzicht auf Drogen voraussetzen. Sofern er bereit sei, einem Pensum von mehr als 50 % nachzugehen und belegen könne, dass er keine Drogen mehr konsumiere, könne er sich für berufliche Eingliederungsmassnahmen bei der Beschwerdegegnerin melden. Sodann sei der Regionale Ärztliche Dienst (RAD) zum Ergebnis gekommen, dass mit dem Arztbericht von Dr. med. I.\_\_\_\_ keine nicht bereits bekannte medizinische Diagnosen geltend gemacht würden. Medizinische Befunde, welche die gestellten Diagnosen begründeten, würden keine aufgeführt. Auf das von der Invalidenversicherung durchgeführte Gutachten bei der F.\_\_\_\_ könne nach wie vor abgestützt werden. Des Weiteren habe das Eidgenössische Versicherungsgericht mit Urteil I 719/05 vom 17. November 2006 erkannt, eine lediglich 20 Minuten dauernde psychiatrische Exploration zeige nicht von vornherein eine Sorgfaltswidrigkeit des Gutachters an (vgl. auch Urteile 842/05 vom 1. Juni 2006, E. 2.2.4, und 1 954/05 vom 24. Mai 2006, E. 3.2.1). Für den Aussagegehalt eines Arztberichts könne es nicht auf die Dauer der Untersuchung ankommen. Massgeblich sei vielmehr, ob der Bericht inhaltlich vollständig und im Ergebnis schlüssig sei. Zudem sei festzuhalten, dass der für eine psychiatrische Untersuchung zu betreibende zeitliche Aufwand von der Fragestellung und der zu beurteilenden Psychopathologie abhängig sei. So sei eine eigentliche Geisteskrankheit mit deutlicher Ausprägung der Symptomatik oft in kurzer Frist diagnostizierbar, während ein sehr hoher Zeitaufwand erforderlich sein könne, um den Verdacht auf eine Simulation einer psychischen Störung zu klären, eine schwierige Persönlichkeitsstörung zu erhellen oder problematische Fragen nach dem Zusammenhang zwischen traumatischen äusseren Ereignissen und nachfolgender Symptomatik zu erörtern. Ein genereller Zeitrahmen für eine Untersuchung lasse sich also nicht allgemeingültig definieren (Urteil I 58/06 vom 13. Juni 2006, E. 2.2, mit Hinweis auf Klaus Foerster / Peter Winckler, Forensisch-psychiatrische Untersuchung, in: Venzlaff / Foerster [Hrsg.], Psychiatrische Begutachtung, München 2004, S. 12). Bei der Würdigung des Gutachtens könne festgestellt werden, dass dieses den Anforderungen an eine Expertise gerecht werde. So seien durch Dr. med. J.\_\_\_\_ eine ausführliche Anamnese- und Befunderhebung

durchgeführt worden; es sei nach den aktuellen Beschwerden und dem Befinden gefragt worden. Die erhobenen Befunde seien dann in einer nachvollziehbaren psychiatrischen Beurteilung gewürdigt worden. Entsprechend könne auf das psychiatrische Teilgutachten abgestellt werden. Auch der RAD habe in seiner Stellungnahme zum Gutachten festgehalten, dass dieses insgesamt schlüssig und nachvollziehbar sei und daher darauf abgestellt werden könne.

5. Streitig und zu prüfen ist somit, ob die Beschwerdegegnerin den Leistungsanspruch des Beschwerdeführers zu Recht verneint hat. Zwar hat die Beschwerdegegnerin im Dispositiv der angefochtenen Verfügung vom 9. August 2017 lediglich den Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente verneint. Jedoch lautet der Titel der Verfügung «Kein Anspruch auf berufliche Massnahmen und eine Invalidenrente». Zudem begründet die Beschwerdegegnerin in ihrer Verfügung, weshalb der Beschwerdeführer ihrer Ansicht nach keinen Anspruch auf berufliche Massnahmen habe. Somit gehört zum Streitgegenstand neben dem Anspruch auf eine Invalidenrente auch der Anspruch auf berufliche Massnahmen.

Diesbezüglich sind im Wesentlichen folgende medizinische Unterlagen von Belang:

5.1 Im Austrittsbericht der K.\_\_\_\_, vom 24. Juni 2010 (IV-Nr. 47, S. 2), wo der Beschwerdeführer vom 24. März bis 31. Mai 2010 hospitalisiert war, wurden folgende Diagnosen gestellt:

Zunächst sei die Aufnahme des Beschwerdeführers zur Krisenintervention bei bestehender akuter Suizidalität erfolgt. Daraus habe sich eine zehnwöchige Hospitalisationszeit entwickelt, da sich mehrere sozialpsychiatrische Problembereiche ergeben hätten. So habe der Patient seit August 2008 in einem Wohnheim der Stiftung L.\_\_\_\_ in [...] gewohnt. Seit 10. März 2010 sei er dort vermisst worden; vorgängig sei es laut dem Wohnheim zu zahlreichen Verstössen mit rücksichtslosem Verhalten seitens des Beschwerdeführers gekommen, so dass im Mai 2010 die Kündigung erfolgt sei. Der Beschwerdeführer sei somit obdachlos und arbeitslos gewesen und habe über praktisch keine sozial haltgebenden Beziehungen verfügt. Zudem habe ein fortgesetzter massiver THC-Konsum bestanden, da sich der Beschwerdeführer darunter konzentrierter und aufmerksamer gefühlt habe. Im stationären Rahmen habe sich der Beschwerdeführer doch relativ rasch in eine Tages- und Arbeitstherapiestruktur eingewöhnen können und habe hierbei ein sehr angepasstes, teils auch unterwürfiges Verhalten gezeigt. Insgesamt habe er jedoch die sozial vorgegebenen Normen einhalten können, habe eine erneute Integration in ein Alltagsleben gewünscht und habe ab 2. Mai 2010 in der Wohngemeinschaft G.\_\_\_\_ in [...] in einem betreuten Wohnheim der L.\_\_\_\_ platziert werden können.

5.2 Im Bericht der K.\_\_\_\_ vom 24. Mai 2011 (IV-Nr. 45) wurde eine Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion (ICD-10 F43.21) diagnostiziert. Der Beschwerdeführer berichte im Eintrittsgespräch, dass ihm jeweils gegen Weihnachten immer wieder der Verlust seiner Frau und des gemeinsamen Sohns bei einem Autounfall in [...] in den Sinn komme. Seit zirka drei Wochen habe die depressive Symptomatik wieder zugenommen. Die Symptome träten gegen Abend immer schlimmer auf und nachts schlafe er schlecht. Zudem habe er auch keinen Appetit mehr.

5.3 Im Bericht von Dr. med. M.\_\_\_\_ der N.\_\_\_\_, [...], vom 22. Juli 2011 (IV-Nr. 46) wurden folgende Diagnosen gestellt:

Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

Seit dem Unfalltod seines Sohnes und seiner Ehefrau in [...] 2008 komme es beim Beschwerdeführer immer wieder zu rezidivierenden depressiven Episoden. Die letzte Hospitalisation in der K.\_\_\_\_ sei vom 30. November 2010 bis 21. Dezember 2010 unter der Diagnose Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion erfolgt. Aufgrund des Zeitintervalls von mehr als zwei Jahren seit dem Unfalltod der Familie im Jahre 2008 und den immer wieder auftretenden depressiven Episoden mit Schlafstörungen, Deprimiertheit, Reizbarkeit und Antriebsverlust liege aus Sicht der Referentin eine rezidivierende depressive Störung vor. Der Beschwerdeführer sei nach der letzten Hospitalisation in deutlich entlastetem Zustand in die gewohnten Verhältnisse (WG G.\_\_\_\_ in [...]) ausgetreten. Danach habe der Beschwerdeführer die ambulante Behandlung bei der Referentin wieder wahrgenommen. Im Verlauf habe sich eine Remission der depressiven Symptomatik gezeigt, im letzten Gespräch vom 11. März 2011 habe er keine depressive Symptomatik beschrieben. Seitdem sei er nicht mehr erschienen. Subjektiv leide er am meisten unter seinen Rückenschmerzen, welche er auch als arbeitslimitierend ansehe. In Phasen depressiver Episoden müsse von einer reduzierten Leistungsfähigkeit ausgegangen werden, aktuell (Stand vom März 2011) sollte keine verminderte Leistungsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht erwartet werden.

5.4 Im Bericht der K.\_\_\_\_ vom 1. Mai 2012 (IV-Nr. 117) wurde ausgeführt, aufgrund erneut auftretender depressiver Beschwerden sei eine Selbstzuweisung durch den Beschwerdeführer erfolgt. Zurzeit erfülle das Störungsbild die Kriterien einer grenzwertig leichten Depression bei installierter Medikation mit Antidepressiva. Das Begehren für eine Behandlung erfolge auf Wunsch des Beschwerdeführers zur Unterstützung in der Zukunftsplanung, Tagesstrukturierung und Bearbeitung des Verlustes der Familie. Zudem sei der IV-Rentenentscheid ausstehend nach Ablehnung im Jahr 2004 (Rückenproblematik).

5.5 Im Gutachten des F.\_\_\_\_ vom 16. April 2015 (IV-Nr. 102.1) wurden folgende Diagnosen gestellt:

Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

Was die zuletzt ausgeübte Arbeit als Koch anbetreffe, gehe man davon aus, dass es sich hier um eine vorwiegend, beziehungsweise praktisch ausschliesslich stehende Tätigkeit handle, die mit regelmässiger Rückenbelastung gerade durch das Stehen, verbunden sei, so dass man zur Beurteilung komme, dass der angestammte Beruf als Koch nicht mehr zumutbar sei. Medizinisch könne ausgesagt werden, dass dem Versicherten aufgrund seines Rückenbefundes körperlich schwere Tätigkeiten nicht mehr zumutbar seien, hingegen seien leichte bis mittelschwere Arbeiten, die der Versicherte in Wechselstellung ausüben könne aus somatischer orthopädischer Sicht zu 90 % zumutbar. Die Einschränkung resultiere auf Grund der nachvollziehbaren Schmerzproblematik, weshalb dem Versicherten ein erhöhter Pausenbedarf zugebilligt werde. Wegen der internistischen Befunde bestehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Aufgrund der psychiatrischen, aktuell erheblichen Befunde könne ebenfalls keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit abgeleitet werden. Allerdings gehe man auf Grund der Anamnese und der durchgemachten depressiven Episoden von einer verminderten psychischen Belastbarkeit aus, die man ebenfalls im

Sinne eines erhöhten Pausenbedarfs mit 10 % beurteile. Somit komme man zu einer Gesamtverminderung der Arbeitsfähigkeit in adaptierter Tätigkeit von 20 %, im Sinne eines verminderten Rendements. Aufgrund der festgehaltenen Befunde sowohl in den Vorakten, wie dann auch im B. \_\_\_- und E. \_\_\_-Gutachten könne davon ausgegangen werden, dass sich zu diesen Zeitpunkten ein ähnlicher Zustand gezeigt habe. Dokumentierterweise sei der Versicherte aber zwischenzeitlich auch vermehrt depressiv gewesen, dies insbesondere im Zusammenhang mit dem Unfalltod seiner Lebenspartnerin und seines Sohnes 2008. In diesem Rahmen habe der Versicherte auch einen Suizidversuch gemacht. Aktuell sei aber keine depressive Symptomatik mehr feststellbar. Man müsse aber davon ausgehen, dass zu den Zeitabschnitten der dokumentierten Phasen und insbesondere der Hospitalisationen keine Arbeitsfähigkeit vorgelegen habe. In einer dem Leiden angepassten Tätigkeit sei der Versicherte arbiträr retrograd beurteilt zu 80 % arbeitsfähig gewesen, ausgenommen die Perioden der psychiatrischen Hospitalisationen und der Zeit vor und nach diesen und anschliessend an die Rückenoperation für sechs bis acht Monate. In diesen Perioden habe keine Arbeitsfähigkeit bestanden.

5.6 In seinem Bericht vom 3. Juni 2015 (IV-Nr. 108) hielt Dr. med. O. \_\_\_, Facharzt für Allgemeine Medizin FMH, RAD, fest, berufliche Massnahmen würden aus medizinischer Sicht von den Begutachtern des F. \_\_\_ als zumutbar erachtet und die Gesundheit nicht gefährdend beurteilt. Allerdings müsse dem Umstand des regelmässigen Cannabiskonsums Rechnung getragen werden. Früher bis vor 10 Jahren habe der Versicherte auch andere Drogen konsumiert und es sei deswegen auch zu gehäuften Arbeitsausfällen gekommen. Unter dem Monokonsum von Cannabis habe der Versicherte 2006 - 2012 nie mehr gearbeitet. Seit 2012 arbeite er 2 ½ Std/Tag im Reinigungsdienst in einer Café-Bar. Sollten berufliche Massnahmen aufgenommen werden, müssten nun der Cannabisentzug und die kontrollierte Abstinenz gefordert werden, da die Vermittlung an einen Arbeitgeber sonst nicht verantwortbar und die Steigerung der Präsenzzeit auf 100 % mit Pausen nicht realisierbar wären.

5.7 Dr. med. I. \_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, stellte in ihrem Bericht vom 23. Dezember 2016 (IV-Nr. 121) folgende Diagnosen:

Dem Beschwerdeführer sei eine angepasste Tätigkeit ohne langes Stehen am Ort, wechselbelastend ohne besondere Anforderungen an die Konzentrationsfähigkeit und der psychischen Belastbarkeit im Rahmen von 4 - 6 Stunden täglich zumutbar. In diesem zeitlichen Rahmen sei die Leistungsfähigkeit um 40 % vermindert. Die bisherige Tätigkeit wäre 4 - 5 Stunden täglich zumutbar, bei einer Leistungsverminderung von 40 %.

5.8 In seiner Stellungnahme vom 2. Mai 2017 (IV-Nr. 123) führte Dr. med. O. \_\_\_, RAD, aus, die von der Psychiaterin Frau med. I. \_\_\_ im Bericht vom 23. Dezember 2016 gestellten Diagnosen entsprächen allenfalls einer anderen Einschätzung des gleichen Gesundheitszustandes wie anlässlich der Begutachtung im April 2015. Doch verwertbar sei dieser Bericht nicht, denn Befunde, welche die Diagnosen begründen würden, würden keine aufgeführt. Ferner beziehe sich ihre Beurteilung der Arbeitsfähigkeit teilweise auf somatische Aspekte. Und letztendlich lasse sie den chronischen Cannabiskonsum völlig ausser Acht, sie erwähne die Drogenproblematik gar nicht, obwohl diese in der Vergangenheit schwerwiegend gewesen sei.

Es sei eine öffentliche Gerichtsverhandlung nach Art. 6 Ziff. 1 EMRK mit Publikums- und Presseanwesenheit einzuberufen und durchzuführen.

#### **E. 4.1**

und 9C\_94/2010 vom 26. Mai 2010 E. 4.1 mit Hinweisen). Anders verhält es sich, wenn zusätzlich weitere Leistungen der Invalidenversicherung wie berufliche Massnahmen oder Taggeldleistungen beantragt worden sind, welchen nicht hätte entsprochen werden können (Urteil des Bundesgerichts 8C\_568/2010 vom 3. Dezember 2010 E 4.1). Im vorliegenden Fall wird die Beschwerde lediglich in einem Nebenpunkt – Zurückweisung zur Durchführung des Mahn- und Bedenkzeitverfahrens – gutgeheissen. Angesichts der im vorliegenden Verfahren eingereichten Rechtsschriften ist festzuhalten, dass der Prozessaufwand des Versichertenanwaltes durchaus höher ausfiel, weil er neben der verlangten Zurückweisung der Sache zur Durchführung eines MBZV eine Invalidenrente beantragt hat und dies dementsprechend begründen musste. Damit wurde der Prozessaufwand erheblich beeinflusst, weshalb es sich rechtfertigt, die Parteientschädigung um 3/4 auf 1/4 zu kürzen und dementsprechend dem Beschwerdeführer auch 3/4 der Verfahrenskosten aufzuerlegen. Im Vergleich zu den eingereichten Kostennoten sind vorweg verschiedene der geltend gemachten Positionen zu streichen: Mehrere Positionen stellen Kanzleiaufwand dar (Orientierungskopien an den Klienten, die Sozialregion, Dr. med. Horsch-Beyerle und Dr. med. Waldvogel-Widmer vom 15. September, 19. September, 26. September, 3. November, 9. November, 20. November, 23. November, 29. November 2017, 23. Januar, 30. Januar, 12. Februar, 22. März, 9. November 2018; Fristerstreckungsgesuche vom 21. Februar und 15. März 2018; Einreichung der UP-Unterlagen am 15. September 2017; Einreichung der Kostennote am 20. März 2018), der bereits im Stundenansatz enthalten ist und nicht gesondert entschädigt wird. Des Weiteren ist die Position vom 21. November 2017 «E-Mail an Zweckverband Sozialregion Thal-Gäu» von einer Stunde nicht zu vergüten. So wurde das vom Beschwerdeführer gestellte Armenrechtsgesuch am 21. November 2017 von der Sozialregion abgewiesen (vgl. A.S. 40), weshalb der diesbezüglich geltend gemachte Aufwand für ein an diesem Datum verfasstes E-Mail nicht nachvollziehbar ist. Zudem dauerte die Verhandlung vor Versicherungsgericht lediglich 45 Minuten und nicht eine Stunde, wie in der Kostennote aufgeführt. Schliesslich sind Kopien pro Stück nur mit 50 Rappen zu vergüten (§ 158 Abs. 3 Gebührentarif) und nicht mit CHF 1.00, wie in der Kostennote geltend gemacht wird. In Anbetracht von Aufwand und Schwierigkeit des Prozesses ist die Parteientschädigung demnach auf CHF 635.65 (9.35 Stunden : 4 zu CHF 240.00 [§ 160 Abs. 2 GT], zuzügl. Auslagen (1/4 von CHF 114.50) und MwSt) festzusetzen. 9.2 Da der Beschwerdeführer ab Prozessbeginn im Genusse der unentgeltlichen Rechtspflege steht (vgl. E. I. 5. hiervor), sind dem unentgeltlichen Rechtsbeistand die übrigen 3/4 des Aufwandes durch den Kanton Solothurn zu entschädigen. 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 Stundenansatz beträgt aufgrund des Kreisschreibens Nr. 1 der Gerichtsverwaltungskommission des Kantons Solothurn vom 18. September 2006 seit 1. Oktober 2006 bzw. § 160 Abs. 3 Gebührentarif (GT) CHF 180.00. Damit ist die Kostenforderung auf CHF 1'453.65 festzusetzen (3/4 von 9.35 Stunden zu CHF 180.00, zuzügl. 3/4 Auslagen und MwSt.), zahlbar durch die Zentrale Gerichtskasse des Kantons Solothurn. Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates sowie der Nachzahlungsanspruch des unentgeltlichen Rechtsbeistandes im Umfang von CHF 378.00

(Differenz zum vollen Honorar [9.35 x CHF 230.00 + Auslagen + MwSt. = 1'831.65; – CHF 1'453.65 = CHF 378.00]) während zehn Jahren, wenn A.\_\_\_\_ zur Nachzahlung in der Lage ist (§ 123 ZPO). Der Nachzahlungsanspruch wird praxisgemäss basierend einem Stundenansatz von CHF 230.00 festgesetzt (vgl. § 160 Abs. 2 GT), wenn wie vorliegend keine Honorarvereinbarung mit dem Klienten vorgelegt wird, in der ein höherer Ansatz vereinbart worden ist. Andernfalls wäre das rechtliche Gehör des Beschwerdeführers, der sich zur Höhe des Stundenansatzes nicht äussern konnte, verletzt. 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 an die gesamten Verfahrenskosten von CHF 1'000.00 einen Betrag von CHF 750.00 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). Die Beschwerdegegnerin hat an die Verfahrenskosten CHF 250.00 zu bezahlen.

#### **E. 5**

Dem Beschwerdeführer sei die volle unentgeltliche Rechtspflege und Rechtsverteidigung unter gleichzeitiger Einsetzung des unterzeichneten Rechtsanwalts als unentgeltlicher Rechtsbeistand zu gewähren.

#### **E. 6**

6.1 Die Beschwerdegegnerin stützt sich im angefochtenen Entscheid im Wesentlichen auf das Gutachten des F.\_\_\_\_ vom 16. April 2015 (IV-Nr. 102.1) weshalb vorweg dessen Beweiswert zu prüfen ist.

6.2 Im internistischen Teilgutachten wurde festgehalten, es bestehe seit circa 2 bis 3 Jahren ein Diabetes mellitus Typ 2, welcher mit oralen Antidiabetika behandelt werde. Der letzte HbA1 c-Wert sei mit circa 7,7 erhöht, es könnte durch intensivere diätetische Massnahmen und medikamentöse Therapie sicher eine Verbesserung der Blutzuckerwerte erreicht werden. Der Diabetes mellitus schränke aber zum jetzigen Zeitpunkt die Arbeitsfähigkeit nicht ein. Angesichts der gestellten Diagnosen (Ziff. II. 5.5 hiervor) ist es nachvollziehbar, dass der Gutachter aus internistischer Sicht gesamthaft keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit attestierte.

Im orthopädischen Teilgutachten wurde ausgeführt, anlässlich der gegenwärtigen Stuserhebung fänden sich gegenüber den früheren Untersuchungen im Bewegungsapparat aus orthopädischer Sicht keine Befundveränderungen. Es bestehe nur ein mässiger paralumbaler Muskelhartspann, die lumbosakrale Dehnbarkeit sei erstaunlich gut erhalten. Grobe neurologische Ausfälle fänden sich praktisch keine mit Ausnahme eines diskret reduzierten Achillessehnenreflexes rechts. Insgesamt sei der Versicherte etwas dekonditioniert mit einer erheblichen Insuffizienz des Rumpfes. Es fänden sich allerdings diskrete, bildgebende Zeichen einer Überlastungsreaktion zwischen dem kaudalen Spondylodesenende und den darüber liegenden Wirbelsegmenten. Dieser Befund werde für die aktuellen lumbovertebralen Beschwerden verantwortlich gemacht und wirke sich auf die Arbeitsfähigkeit insgesamt ungünstig aus. Gestützt auf seine Befunderhebung und Diagnosestellung führte der orthopädische Gutachter sodann einleuchtend aus, schwere

körperliche Tätigkeiten mit Heben von Lasten, die mehr als 10 Kilogramm wiegen würden und die mit häufigem Bücken einhergingen, seien dem Versicherten nicht mehr zuzumuten. Generell müsse auch die frühere Tätigkeit des Versicherten als Koch mit permanent stehender Tätigkeit als weitgehend schwer eingestuft werden und käme daher nicht mehr infrage. Dagegen seien leichte bis mittelschwere Tätigkeiten in wechselnder Position, teils sitzend, teils stehend, dem Versicherten aus orthopädischer Sicht weitgehend vollschichtig möglich. Schmerzbedingt müsste dem Versicherten Gelegenheit zum Einlegen kurzfristiger Pausen angeboten werden. Aktuell ergäben sich klinisch, gegenüber vorangegangenen fachmedizinischen Beurteilungen, keine Befundveränderungen. Die Befunde würden lediglich etwas anders bewertet: Im Gegensatz zum Gutachten des B.\_\_\_\_, ergebe sich aus heutiger Sicht eine vollschichtige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Koch, da diese nach Beurteilung der F.\_\_\_\_-Gutachter praktisch ausschliesslich stehend zu verrichten sei, und für sonstige schwere körperliche Arbeiten. In adaptierter Tätigkeit könne dagegen, wie bereits im B.\_\_\_\_ und E.\_\_\_\_-Gutachten beurteilt, gegenwärtig von einer vollschichtigen Arbeitsfähigkeit ausgegangen werden. Aus rein orthopädischer Sicht werde die Prognose bezüglich einer Wiederaufnahme einer adaptierten, rüchenschonenden Tätigkeit als günstig beurteilt. In einer adaptierten Tätigkeit wäre der Versicherte schmerzbedingt zu höchstens 10 % eingeschränkt.

Im psychiatrischen Teilgutachten wurde sodann ausgeführt, früh sei der Beschwerdeführer in einen Kreis von Konsumenten von illegalen Betäubungsmitteln gekommen, bereits mit 11 Jahren habe er ersten Kontakt mit Cannabis gehabt und dann ab dem 16. Lebensjahr auch mit Kokain, Amphetaminen und Ecstasy. Teilweise habe auch ein erheblicher Abusus von Alkohol bestanden. Den Alkoholabusus habe der Versicherte vor 18 Jahren eingestellt, den Abusus von Kokain, Amphetaminen und Ecstasy vor zehn Jahren. Heute persistiere noch ein regelmässiger Konsum von Cannabinoiden und Tabak. Weiter hielt der Gutachter fest, der aktuelle psychiatrische Status sei objektiv bland, was angesichts der erhobenen Befunde (S. 29 ff. des Gutachtens) nachvollziehbar erscheint. Man könne feststellen, dass der Versicherte so, wie er sich als Kind geschildert habe, nämlich überangepasst und überfreundlich mit allen anderen Menschen, auch heute noch sei. Er gebe sich und sei auch sehr kooperativ und zugewandt. Inwiefern hier eine oberflächliche Anpassung die zugrunde liegende innere Opposition ■ wie seinerzeit gegen den Stiefvater ■ überdecke und diese sich lediglich in einem untauglichen Selbstheilungsversuch mit Cannabis zwecks Beruhigung innerer Spannungen ausdrücke, könne aktuell nicht gesagt werden. Was heute bezüglich Arbeitsfähigkeit ausgesagt werden könne sei, dass aus psychiatrischen Gründen der Versicherte rein bezogen auf die aktuellen Befunde in seiner Arbeitsfähigkeit nicht eingeschränkt sei. Allerdings habe man in den Akten, neben der Polytoxikomanie, immer wieder dokumentierte Perioden mit depressiven Phasen und auch Suizidversuchen. Dabei sei als auslösender, manifester Anlass bekannt, dass der Versicherte unter dem Unfalltod seiner Lebenspartnerin und seines Sohnes stark gelitten habe und zeitweise auch heute noch darunter leide. Auf Grund der Anamnese und des nach wie vor bestehenden Cannabiskonsums müsse von einem gegenwärtig labilen psychischen Gleichgewicht ausgegangen werden, das auch eine gewisse psychische Minderbelastbarkeit mit sich bringe. Der Versicherte befinde sich zurzeit in einem ausgesprochenen Schonklima in einer betreuten Wohngemeinschaft mit deutlich reduzierten beruflichen Leistungsanforderungen. Ergänzend wurde in psychiatrischer Hinsicht in der interdisziplinären Gesamtbeurteilung angeführt (S. 38 des Gutachtens), es finde sich aktuell kein relevanter psychopathologischer Befund, der aktuell Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hätte.

Gestützt auf die schlüssigen Teilgutachten vermag schliesslich auch die unter Ziff. II. 5.5 hiervor angeführte interdisziplinäre Gesamtbeurteilung zu überzeugen. Demnach resultiere aus orthopädischer Sicht eine Einschränkung von 10 % auf Grund der nachvollziehbaren Schmerzproblematik, weshalb dem Versicherten ein erhöhter Pausenbedarf zugebilligt werde. Zudem gehe man aus psychiatrischer Sicht auf Grund der Anamnese und der durchgemachten depressiven Episoden von einer verminderten psychischen Belastbarkeit aus, die man ebenfalls im Sinne eines erhöhten Pausenbedarfs mit 10 % beurteile. Somit komme man zu einer Gesamtverminderung der Arbeitsfähigkeit in adaptierter Tätigkeit von 20 %, im Sinne eines verminderten Rendements.

Ebenso leuchtet ■ entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers ■ die gutachterliche Beurteilung des retrospektiven Verlaufs ein. In einer dem Leiden angepassten Tätigkeit sei der Versicherte arbiträr retrograd beurteilt zu 80 % arbeitsfähig gewesen, ausgenommen die Perioden der psychiatrischen Hospitalisationen und der Zeit vor und nach diesen und anschliessend an die Rückenoperation für sechs bis acht Monate. In diesen Perioden habe keine Arbeitsfähigkeit bestanden. Aus den Akten lassen sich gestützt darauf hinsichtlich des vorliegend interessierenden Verlaufs ab dem Zeitraum der Neuanmeldung vom 8. Juni 2010 folgende Arbeitsunfähigkeiten ableiten: Gemäss Austrittsbericht der K.\_\_\_\_, vom 24. Juni 2010 (IV-Nr. 47, S. 2), war der Beschwerdeführer vom 24. März bis 31. Mai 2010 hospitalisiert. Sodann war der Beschwerdeführer gemäss Bericht der K.\_\_\_\_ vom 24. Mai 2011 vom 30. November 2010 bis 21. Dezember 2010 stationär hospitalisiert. Für diese Zeiträume lässt sich somit eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit ableiten. Ärztliche Berichte, welche retrospektiv eine darüber hinaus länger dauernde Arbeitsunfähigkeit attestieren, sind in den Akten nicht vorhanden. Im Bericht der K.\_\_\_\_ vom 1. Mai 2012 (IV-Nr. 117) wurde lediglich ausgeführt, zurzeit erfülle das Störungsbild die Kriterien einer grenzwertig leichten Depression bei installierter Medikation mit Antidepressiva. Eine längerdauernde retrospektive Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit, welche die im F.\_\_\_\_-Gutachten statuierten 20 % überschreiten würde, ist demnach für den vorliegend zu beurteilenden Zeitraum nicht erstellt.

6.3 Schliesslich vermögen auch die Rügen des Beschwerdeführers und der entgegenstehende Arztbericht von Dr. med. I.\_\_\_\_ vom 23. Dezember 2016 den Beweiswert des F.\_\_\_\_-Gutachtens nicht zu schmälern. So handelt es sich bei der vom Beschwerdeführer vorgebrachten Ansicht, es bedürfe zur Abklärung einer Persönlichkeitsstörung mindestens zweier Begutachtungstermine, lediglich um eine Expertenmeinung, die bislang weder in der Rechtsprechung noch in der sozialversicherungsrechtlichen Begutachtungspraxis Eingang gefunden hat. Zudem wurde die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung lediglich von der behandelnden Psychiaterin Dr. med. I.\_\_\_\_ gestellt, ohne diese jedoch zu begründen oder mit entsprechenden Befunden zu stützen. Ein Verdacht auf eine Persönlichkeitsstörung wurde zwar im Austrittsbericht der K.\_\_\_\_, vom 24. Juni 2010 (IV-Nr. 47, S. 2) einmal genannt, in den nachfolgenden Berichten von den anderen behandelnden Ärzten der N.\_\_\_\_, wo der Beschwerdeführer stationär hospitalisiert war, dagegen nicht mehr gestellt. Insofern der Beschwerdeführer sodann rügt, die psychiatrische Untersuchung anlässlich der Begutachtung habe lediglich 20 Minuten gedauert, ist festzuhalten, dass selbst eine lediglich 20 Minuten dauernde Exploration nicht von vornherein eine Sorgfaltswidrigkeit des Gutachters anzeigt, da es für den Aussagegehalt eines Arztberichtes nicht auf die Dauer der Unterhaltung ankommen kann; massgeblich ist vielmehr, ob der Bericht inhaltlich vollständig und im Ergebnis schlüssig ist (Urteil des EVG I 719/05 vom 17. November

2006, E. 3), was nach der obigen Beweiswürdigung hinsichtlich des psychiatrischen Gutgutachtens bejaht werden kann.

Des Weiteren macht der Beschwerdeführer geltend, die Beschwerdegegnerin habe den Untersuchungsgrundsatz verletzt, da sie keinerlei Abklärungen betreffend seine Arbeitseinsätze beim Restaurant «H.\_\_\_\_» in [...] eingeholt habe. Der Rechtsprechung ist jedoch entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers keine Pflicht der Verwaltung oder des Gerichts zu entnehmen, neben der Einholung ärztlicher Beurteilungen in jedem Fall sämtliche im Zusammenhang der beruflichen Integration in Frage kommenden Fachpersonen zu befragen. Bei der Folgenabschätzung der erhobenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen für die Arbeitsfähigkeit kommt einer Arztperson zwar keine abschliessende Beurteilungskompetenz zu. So nimmt die Arztperson zur Arbeitsunfähigkeit Stellung, d.h. sie gibt eine Schätzung ab, welche sie aus ihrer Sicht so substantiell wie möglich begründet. Die ärztlichen Angaben sind aber eine wichtige Grundlage für die juristische Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der Person noch zugemutet werden können (so die mit BGE 105 V 156 E. 1 in fine S. 158 f. begründete und in zahllosen Urteilen bestätigte Rechtsprechung, z.B. BGE 132 V 93 E. 4 S. 99 f.). Nötigenfalls sind, in Ergänzung der medizinischen Unterlagen, für die Ermittlung des erwerblich nutzbaren Leistungsvermögens die Fachpersonen der beruflichen Integration und Berufsberatung einzuschalten (seit BGE 107 V 17 E. 2b S. 20 geltende Rechtsprechung, vgl. Urteil 8C\_545/2012 E. 3.2.1, nicht publiziert in BGE 139 V 28). Eine Pflicht der Verwaltung oder des Gerichts jeweils sämtliche im Zusammenhang der beruflichen Integration in Frage kommenden Fachpersonen beizuziehen besteht somit nicht. Das Bundesgericht spricht in diesem Zusammenhang lediglich von «nötigenfalls». Wie dies zu verstehen ist, ist beispielsweise dem Urteil 9C\_850/2013 vom 12. Juni 2014 zu entnehmen, wo es das Bundesgericht aufgrund erheblicher Diskrepanzen in den Akten und dem Gutachten als unzulässig erachtet hat, ohne Beizug zusätzlicher Fachpersonen der beruflichen Integration alleine gestützt auf die medizinischen Akten auf einen rentenbegründenden Invaliditätsgrad zu schliessen. Eine solche Konstellation ist vorliegend nicht gegeben. So ist das Gutachten des F.\_\_\_\_ umfassend und stimmt im Wesentlichen mit den übrigen Arztberichten überein. Widersprüche, welche weitere Abklärungen notwendig machen würden, liegen nicht vor. Im Übrigen haben die F.\_\_\_\_-Gutachter im Rahmen der Begutachtung mit dem Beschwerdeführer und dem Leiter der Wohngemeinschaft, in welcher der Beschwerdeführer wohnt, Herrn P.\_\_\_\_, ein Schlussgespräch geführt. Herr P.\_\_\_\_ machte in diesem Zusammenhang auch Angaben zur Tätigkeit des Beschwerdeführers im Rahmen des Arbeitsprogramms im Restaurant «H.\_\_\_\_» sowie zur diesbezüglich gezeigten Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers (S. 43 des Gutachtens). Es sind somit entsprechende Informationen über die Tätigkeit des Beschwerdeführers in den Akten und konnten von den Gutachtern auch in ihre Beurteilung mit einbezogen werden. Demnach kann der Beschwerdeführer aus seiner Rüge nichts zu seinen Gunsten ableiten.

Sodann ist auf den Bericht von Dr. med. I.\_\_\_\_ vom 23. Dezember 2016 (IV-Nr. 121) einzugehen. Dr. med. I.\_\_\_\_ diagnostiziert darin unter anderem eine Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS). Eine PTBS entsteht als eine verzögerte oder protrahierte Reaktion auf ein belastendes Ereignis oder eine Situation aussergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophentypigen Ausmasses (kurz oder lang anhaltend), die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde. Angst und Depression sind häufig mit den

Symptomen und Merkmalen der PTBS assoziiert und Suizidgedanken sind nicht selten. Drogeneinnahme oder übermässiger Alkoholkonsum können als komplizierende Faktoren hinzukommen. Der Verlauf ist wechselhaft, in der Mehrzahl der Fälle kann jedoch eine Heilung erwartet werden. Bei wenigen Patienten nimmt die Störung über viele Jahre einen chronischen Verlauf und geht dann in eine andauernde Persönlichkeitsänderung (F62.0) über (HORST DILLING/WERNER MOMBOUR/MARTIN H. SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10, Kapitel V (F), Klinisch-diagnostische Leitlinien, 10. Aufl. 2015, S. 207 f.; vgl. auch B. KRAEMER/U. HEPP/U. SCHNYDER, Entstehung, Verlauf und therapeutische Möglichkeiten der posttraumatischen Belastungsstörung, in: Der medizinische Sachverständige, 2007 S. 153; ULRICH SCHNYDER, Posttraumatische Belastungsstörungen [Diagnostik, Prävalenz und Behandlungsmöglichkeiten], in: Psychische Störungen und die Sozialversicherung ■ Schwerpunkt Unfallversicherung, 2002, S. 101 und 114; Urteil 9C\_636/2013 vom 25. Februar 2014 E. 4.3.2). Dass mit dem Unfalltod des Sohnes und der Ehefrau des Beschwerdeführers ein solches belastendes Ereignis vorliegt, welches eine PTBS hervorrufen kann, steht ausser Frage. Jedoch bedarf es zur Begründung einer solchen Diagnose auch entsprechender Symptome. Typische Merkmale gemäss ICD-10 F43.1 sind das wiederholte Erleben des Traumas in sich aufdrängenden Erinnerungen (Nachhallerinnerungen, Flashbacks), Träumen oder Albträumen, die vor dem Hintergrund eines andauernden Gefühls von Betäubtsein und emotionaler Stumpfheit auftreten. Ferner werden als Merkmale Gleichgültigkeit gegenüber anderen Menschen, Teilnahmslosigkeit der Umgebung gegenüber, Freudlosigkeit sowie Vermeidung von Aktivitäten und Situationen, die Erinnerungen an das Trauma wachrufen könnten, genannt. Solche typischen Symptome finden sich aber weder in der Befunderhebung des F.\_\_\_\_-Gutachtens, noch werden diese im Bericht von Dr. med. I.\_\_\_\_ dargelegt. Die Diagnose einer PTBS kann somit nicht als erstellt gelten. Das Gleiche gilt auch hinsichtlich der übrigen von Dr. med. I.\_\_\_\_ gestellten Diagnosen. Wie bereits erwähnt, begründet sie die von ihr diagnostizierte Persönlichkeitsstörung nicht und stützt diese auch nicht auf entsprechende Befunde. Ebenso bleibt die diagnostizierte mittel- bis schwergradige rezidivierende depressive Störung ohne entsprechenden Erläuterungen und es wird nicht dargelegt, inwiefern beim Beschwerdeführer eine diesbezügliche Verschlechterung eingetreten sein soll. Schliesslich fehlt es auch an einer nachvollziehbaren Begründung der von ihr attestierten Arbeitsunfähigkeit, zumal ihre diesbezüglichen Angaben widersprüchlich sind. So attestierte sie auf Seite 1 des Arztberichtes in der bisherigen Tätigkeit als Koch eine vollständige Arbeitsunfähigkeit während sie auf Seite 4 festhielt, die bisherige Tätigkeit sei 4 - 5 Stunden täglich zumutbar. In diesem Zusammenhang ist zudem 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), weshalb dem Bericht von Dr. med. I.\_\_\_\_ auch im Lichte dessen kaum Beweiswert zuzumessen ist. Demnach ist auf das voll beweismässige Gutachten des F.\_\_\_\_ abzustellen.

Insofern der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers in seinem Parteivortrag anlässlich der Verhandlung sinngemäss rügt, das ZMB-Gutachten vom 16. April 2015 sei im Zeitpunkt des Verfügungserlasses am 9. August 2017 bereits veraltet gewesen, ist festzuhalten, dass die lange Dauer zwischen der Erstellung des Gutachtens und dem Erlass der Verfügung kaum nachvollziehbar ist und im Lichte des Grundsatzes eines raschen und einfachen Verfahrens auch problematisch erscheint. Eine erneute Begutachtung ist jedoch nicht

notwendig, da keinerlei Hinweise dafür bestehen, dass sich der Gesundheitszustand in der Zwischenzeit erheblich verändert hätte. Auch aus dem vorgenannten Bericht von Dr. med. Horsch-Beyerle ergeben sich keine Anhaltspunkte für eine Verschlechterung zwischen der Begutachtung und dem Verfügungszeitpunkt.

7. Während das Valideneinkommen und grundsätzlich auch das Invalideneinkommen unbestritten geblieben ist, wird vom Beschwerdeführer der Umstand gerügt, dass die Beschwerdegegnerin vom Invalideneinkommen keinen Abzug vom Tabellenlohn vorgenommen hat. Der Beschwerdeführer macht in diesem Zusammenhang geltend, ein Tabellenlohnabzug von 15 % erscheine den Verhältnissen angepasst.

Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert (Tabellenlohn) allenfalls zu kürzen (sog. leidensbedingter Abzug). Damit soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass persönliche und berufliche Merkmale wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können und je nach Ausprägung die versicherte Person deswegen die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten kann. Der Abzug ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen. Er darf 25 % nicht übersteigen und soll nicht automatisch, sondern nur dann erfolgen, wenn im Einzelfall Anhaltspunkte dafür bestehen, dass die versicherte Person wegen eines oder mehrerer dieser Merkmale ihre gesundheitlich bedingte (Rest-)Arbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem Einkommen verwerten kann. Unter dem Titel Beschäftigungsgrad im Besonderen wird bei Frauen, welche gesundheitlich bedingt lediglich noch teilzeitlich erwerbstätig sein können, kein Abzug anerkannt. Ob ein Abzug vom Tabellenlohn vorzunehmen ist, ist eine Rechtsfrage, die das Gericht frei prüft (BGE 137 V 71 E. 5.1 S. 72).

Für einen Abzug aufgrund der Merkmale wie Alter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie, die sich im konkreten Fall nicht lohnmindernd auswirken (vgl. hierzu Urteil des Bundesgerichts 9C\_380/2015 vom 17. November 2015 E. 3.2.4, mit Hinweis, zur Frage der grundsätzlichen Nachfrage nach Hilfsarbeiten gemäss Kompetenzniveau 1 auf dem massgebenden hypothetischen ausgeglichenen Arbeitsmarkt) besteht kein Raum. Sodann kann der Beschwerdeführer seine aufgrund des erhöhten Pausenbedarfs eingeschränkte Leistungsfähigkeit von 20 % in einem vollen Pensum umsetzen. In dieser Konstellation besteht nach der Rechtsprechung kein Anlass für einen Teilzeitabzug (Urteil des Bundesgerichts 8C\_20/2012 vom 4. April 2012 E. 3.2 und 3.3). Des Weiteren vermag auch das Argument des Beschwerdeführers nicht zu überzeugen, wonach die bei ihm vorhandene Gefahr vermehrter Fehlzeiten mit einem Abzug vom Tabellenlohn auszugleichen sei. So sind vermehrte Fehlzeiten zwar möglich, eine überwiegende wahrscheinliche Prognose hierzu erscheint aber hypothetisch. Im Lichte des von den F.\_\_\_\_-Gutachtern statuierten Zumutbarkeitsprofils erscheint dieses auch nicht derart eingeschränkt zu sein, als dass sich diesbezüglich ein Abzug aufgrund der behinderungsbedingten Eingliederung rechtfertigen würde. So umfasst der Tabellenlohn im vorliegend für das Invalideneinkommen anwendbaren Anforderungsniveau 1 bereits eine Vielzahl von leichten und mittelschweren Tätigkeiten, weshalb alleine deswegen kein Abzug vom Tabellenlohn gerechtfertigt ist (Urteil des Bundesgerichts vom 24. August 2012, 8C\_870/2011 E 4.1 mit Hinweisen). Im Übrigen würde selbst bei Vornahme des

geforderten Abzuges von 15 % kein rentenrelevanter Invaliditätsgrad resultieren (vgl. dazu der Einkommensvergleich in der angefochtenen Verfügung). Somit bleibt es bei dem in der angefochtenen Verfügung errechneten Invaliditätsgrad von 23 %.

## E. 7

Alles unter Kosten- und Entschädigungsfolge zu Lasten der Beschwerdegegnerin.

U.K.u.E.F. 4. Mit Beschwerdeantwort vom 6. November 2017 (A.S. 32 f.) schliesst die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde. 5. Mit Verfügung vom 27. November 2017 (A.S. 42 f.) wird dem Beschwerdeführer ab Prozessbeginn die unentgeltliche Rechtspflege erteilt und Rechtsanwalt Claude Wyssmann, [...], als unentgeltlicher Rechtsbeistand bestellt. 6. Mit Replik vom 23. Januar 2018 (A.S. 49 ff.) hält der Beschwerdeführer an seinen bisherigen Ausführungen fest. 7. Mit Duplik vom 1. Februar 2018 (A.S. 56 f.) lässt sich die Beschwerdegegnerin abschliessend vernehmen. 8. Am 14. Januar 2019 findet vor dem Versicherungsgericht eine Verhandlung statt. Anwesend ist der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers, Rechtsanwalt Claude Wyssmann. Der Beschwerdeführer ist an der Verhandlung nicht erschienen und hat sich durch seinen Rechtsvertreter entschuldigen lassen. Die Beschwerdegegnerin verzichtet auf eine Teilnahme an der Verhandlung; ihr war denn auch das Erscheinen freigestellt worden. 9. 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. Die Sachurteilsvoraussetzungen (Einhaltung von Frist und Form, örtliche und sachliche Zuständigkeit des angerufenen Gerichts) sind erfüllt. Auf die Beschwerde ist einzutreten. 2. 2.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). 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 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG). 2.2 Gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG haben 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 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. 3. 3.1 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 zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die 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 99 f. E. 4, 125 V 261 E. 4). 3.2 Das Administrativverfahren vor der IV-Stelle wie auch der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1, 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 hinreichende 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 (Beweismassnahmen) 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 vom 9. April 2008, 8C\_308/2007, E. 2.2.1 mit vielen Hinweisen).

3.3 Der im Sozialversicherungsrecht massgebende Beweisgrad ist derjenige der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 117 V 194 f. E. 3.b). 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 352 E. 3a). 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. 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. 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 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 352 ff. E. 3b). 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 104 V 212). 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).

4. Gemäss den Ausführungen des Beschwerdeführers habe die IV-Stelle seine Verhältnisse nur ungenügend abgeklärt. Es stelle eine Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes dar, wenn keinerlei Abklärungen betreffend die Arbeitseinsätze des Versicherten erfolgten. Es könne auf die Urteile des Bundesgerichts 9C\_833/2007, 9C\_291/2013 sowie insbesondere auf 9C\_850/2013 vom 12. Juni 2014 E. 3.2 verwiesen werden. Demnach seien nötigenfalls, in Ergänzung der medizinischen

Unterlagen, für die Ermittlung des erwerblich nutzbaren Leistungsvermögens die Fachpersonen der beruflichen Integration und Berufsberatung einzuschalten (seit BGE 107 V 17 E. 2b S. 20 geltende Rechtsprechung, vgl. Urteil 8C\_545/20 12 E. 3.2.7, nicht publiziert in BGE 139 V 28). Der Versicherte sei im Wissen der IV-Stelle im Rahmen eines 50%-Pensums einer Beschäftigung im geschützten Rahmen nachgegangen, organisiert durch die WG G.\_\_\_\_, im Restaurant «H.\_\_\_\_» in [...]. Trotz Kenntnis dieses Faktums und der entsprechenden Forderung mit Einwandschreiben vom 15. Februar 2016 habe die IV-Stelle keine Abklärungen wie die Einholung eines entsprechenden Berichts der Arbeitgeberin über das Leistungspotential des Versicherten durchgeführt. Sodann müsse die psychiatrische Untersuchung im Rahmen des F.\_\_\_\_-Gutachtens als ungenügend qualifiziert werden. Dies fange bereits mit der kurzen Untersuchungsdauer von bloss 20 Minuten an. Es gehe nicht an, in diesem (einmaligen) kurzen Explorationsfenster die vordiagnostizierte Persönlichkeitsstörung in Abrede zu stellen. Venzlaff und Foerster, auf die sich auch das Bundesgericht abstütze, forderten mindestens zwei Explorationen, um überhaupt eine valide Aussage zu einer Persönlichkeitsstörung machen zu können. Auch sei die Frage der retrospektiven Arbeitsfähigkeit nicht verbindlich geklärt, stelle doch der F.\_\_\_\_-Psychiater eine vorher durch die affektive Störung eingeschränkte Arbeitsfähigkeit nicht in Abrede. Das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung lasse sich zudem auch dem Bericht der neu behandelnden Psychiaterin, Frau Dr. med. I.\_\_\_\_ vom 23. Dezember 2016 entnehmen. Diesem Bericht lasse sich ausserdem auch das Rezidiv einer (mittelschweren) Episode im Rahmen der bekannten rezidivierenden der depressiven Störung entnehmen. Die IV-Stelle hätte daher umso mehr den Fall nicht mit einer leistungsabweisenden Verfügung abschliessen dürfen, bevor nicht ergänzende Abklärungen durchgeführt worden seien (neues psychiatrisches Gutachten, eventuell Verlaufsgutachten). Denn diesem Bericht sei eine komplexe PTBS und eine mittelgradige depressive Störung zu entnehmen. Eine Befundaufnahme bezogen auf die diagnostizierte PTBS fehle im psychiatrischen Gutachten des F.\_\_\_\_. Auch könne nicht willkürfrei gesagt werden, es habe sich die depressive Entwicklung seit der Begutachtung beim F.\_\_\_\_ (von Februar 2015) nicht bis Ende 2016 verschlechtert. Im Gutachten des F.\_\_\_\_ sei nämlich prognostisch festgehalten worden, dass es auch zu vermehrter Depressivität kommen könne. Des Weiteren sei der Anspruch auf beruflichen Eingliederungsmassnahmen und insbesondere auf eine Umschulung ausgewiesen. Dies bei einem unstrittig mindestens 23%igen Invaliditätsgrad. Die Motivation des Versicherten hierzu sei belegt, einerseits durch den Arbeitseinsatz im Restaurant «H.\_\_\_\_» in [...], andererseits durch den erklärten Willen des Versicherten, auf Suchtmittel zu verzichten. Eine Verweigerung wie sie die IV-Stelle in der angefochtenen Verfügung festgehalten habe, würde erstens voraussetzen, dass es sich bei einem geringfügigen THC-Konsum überhaupt um ein Eingliederungshindernis handle, was kaum zu bejahen sei, und zweitens die Durchführung eines Mahn- und Bedenkzeitverfahrens erfordern. Der Versicherte habe im Übrigen in seiner Erklärung vom 26. Januar 2016 seine Bereitschaft erklärt, auch ein Arbeitspensum von mehr als 50 % einzugehen. Auch im F.\_\_\_\_-Gutachten werde nicht auf das Vorliegen subjektiver Eingliederungsunfähigkeit geschlossen. Schliesslich sei auch der Einkommensvergleich als unsauber zurück zu weisen. Dass nun plötzlich, anders als in der Vergangenheit beim statistischen Invalideneinkommen kein Tabellenlohnabzug gerechtfertigt erscheine, sei nicht nachvollziehbar. Wie im F.\_\_\_\_-Gutachten ausgeführt worden sei, seien dem Versicherten keine Tätigkeiten mehr zumutbar, welche rückenbelastend seien, auch keine vorwiegend stehenden Tätigkeiten. Dies stelle eine lohnmassige Erschwernis dar. Ein

Tabellenlohnabzug von 15 % erscheine den Verhältnissen angepasst. Das Bundesgericht habe wiederholt festgehalten, dass Einschränkungen wegen Wechselbelastung als lohnsenkender Einflussfaktor bei der Bemessung des Invalideneinkommens zu berücksichtigen seien (vgl. Urteil 8C\_548/2010 vom 23. Dezember 2010). Die durch das Gutachten des F.\_\_\_\_ ebenfalls bestätigte verminderte psychische Flexibilität und das «labilen Gleichgewicht» mit entsprechend hohem Risiko, psychisch-krankheitsbedingt von einer Arbeit fern bleiben zu müssen, habe nicht nur für die Frage der Folgenabschätzung Bedeutung, sondern müsse auch im Rahmen der Bemessung des Invalideneinkommens berücksichtigt werden. Immerhin habe das Bundesgericht in verschiedenen Urteilen einen erhöhten Abzug postuliert, wo es ebenfalls um Fälle zusätzlich zu erwartender krankheitsbedingter Absenzen gegangen sei (vgl. die Übersicht in Philipp Geertsen, Der Tabellenlohnabzug, in: Kieser / Lendfers [Hrsg.], Jahrbuch zum Sozialversicherungsrecht 2012, S. 150, FN 54). Hinzu komme vorliegend eine um 20 % reduzierte Arbeits- und Leistungsfähigkeit, welche es unabhängig von der Pensenfähigkeit ebenfalls als abzugsfähiges Kriterium zu berücksichtigen gelte. Demgegenüber vertritt die Beschwerdegegnerin die Ansicht, die Abklärungen hätten ergeben, dass dem Beschwerdeführer seine ursprünglich angestammte Tätigkeit als Koch gesundheitlich seit längerer Zeit nicht mehr zumutbar sei. In einer angepassten Tätigkeit bestehe hingegen eine Arbeitsfähigkeit von 100 % mit einer Minderung von 20 % im Sinne eines verminderten Rendements. Es wäre ihm somit möglich, ein entsprechendes und rentenausschliessendes Einkommen zu erwirtschaften. Der Beschwerdeführer selber sehe sich aktuell nicht in der Lage ein Pensum von mehr als 50 % zu leisten. Berufliche Massnahmen der Invalidenversicherung würden zudem einen absoluten Verzicht auf Drogen voraussetzen. Sofern er bereit sei, einem Pensum von mehr als 50 % nachzugehen und belegen könne, dass er keine Drogen mehr konsumiere, könne er sich für berufliche Eingliederungsmassnahmen bei der Beschwerdegegnerin melden. Sodann sei der Regionale Ärztliche Dienst (RAD) zum Ergebnis gekommen, dass mit dem Arztbericht von Dr. med. I.\_\_\_\_ keine nicht bereits bekannte medizinische Diagnosen geltend gemacht würden. Medizinische Befunde, welche die gestellten Diagnosen begründeten, würden keine aufgeführt. Auf das von der Invalidenversicherung durchgeführte Gutachten bei der F.\_\_\_\_ könne nach wie vor abgestützt werden. Des Weiteren habe das Eidgenössische Versicherungsgericht mit Urteil I 719/05 vom 17. November 2006 erkannt, eine lediglich 20 Minuten dauernde psychiatrische Exploration zeige nicht von vornherein eine Sorgfaltswidrigkeit des Gutachters an (vgl. auch Urteile 842/05 vom 1. Juni 2006, E. 2.2.4, und 1 954/05 vom 24. Mai 2006, E. 3.2.1). Für den Aussagegehalt eines Arztberichts könne es nicht auf die Dauer der Untersuchung ankommen. Massgeblich sei vielmehr, ob der Bericht inhaltlich vollständig und im Ergebnis schlüssig sei. Zudem sei festzuhalten, dass der für eine psychiatrische Untersuchung zu betreibende zeitliche Aufwand von der Fragestellung und der zu beurteilenden Psychopathologie abhängig sei. So sei eine eigentliche Geisteskrankheit mit deutlicher Ausprägung der Symptomatik oft in kurzer Frist diagnostizierbar, während ein sehr hoher Zeitaufwand erforderlich sein könne, um den Verdacht auf eine Simulation einer psychischen Störung zu klären, eine schwierige Persönlichkeitsstörung zu erhellen oder problematische Fragen nach dem Zusammenhang zwischen traumatischen äusseren Ereignissen und nachfolgender Symptomatik zu erörtern. Ein genereller Zeitrahmen für eine Untersuchung lasse sich also nicht allgemeingültig definieren (Urteil I 58/06 vom 13. Juni 2006, E. 2.2, mit Hinweis auf Klaus Foerster / Peter Winckler, Forensisch-psychiatrische Untersuchung, in: Venzlaff / Foerster [Hrsg.],

Psychiatrische Begutachtung, München 2004, S. 12). Bei der Würdigung des Gutachtens könne festgestellt werden, dass dieses den Anforderungen an eine Expertise gerecht werde. So seien durch Dr. med. J.\_\_\_\_ eine ausführliche Anamnese- und Befunderhebung durchgeführt worden; es sei nach den aktuellen Beschwerden und dem Befinden gefragt worden. Die erhobenen Befunde seien dann in einer nachvollziehbaren psychiatrischen Beurteilung gewürdigt worden. Entsprechend könne auf das psychiatrische Teilgutachten abgestellt werden. Auch der RAD habe in seiner Stellungnahme zum Gutachten festgehalten, dass dieses insgesamt schlüssig und nachvollziehbar sei und daher darauf abgestellt werden könne.

5. Streitig und zu prüfen ist somit, ob die Beschwerdegegnerin den Leistungsanspruch des Beschwerdeführers zu Recht verneint hat. Zwar hat die Beschwerdegegnerin im Dispositiv der angefochtenen Verfügung vom 9. August 2017 lediglich den Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente verneint. Jedoch lautet der Titel der Verfügung «Kein Anspruch auf berufliche Massnahmen und eine Invalidenrente». Zudem begründet die Beschwerdegegnerin in ihrer Verfügung, weshalb der Beschwerdeführer ihrer Ansicht nach keinen Anspruch auf berufliche Massnahmen habe. Somit gehört zum Streitgegenstand neben dem Anspruch auf eine Invalidenrente auch der Anspruch auf berufliche Massnahmen. Diesbezüglich sind im Wesentlichen folgende medizinische Unterlagen von Belang:

5.1 Im Austrittsbericht der K.\_\_\_\_, vom 24. Juni 2010 (IV-Nr. 47, S. 2), wo der Beschwerdeführer vom 24. März bis 31. Mai 2010 hospitalisiert war, wurden folgende Diagnosen gestellt: - St.n. Tentamen suicidii mittels Truxal-Intoxikation unklarer Menge (ICD-10 X60) - anhaltende Belastungsreaktion mit chronisch latenter Suizidalität seit Tod der Familie 2008 - Cannabis-Abhängigkeit bei anamnestisch Polytoxikomanie (ICD-10 F 19.2) - klinisch V.a. kombinierte Persönlichkeitsstörung - St.n. akuter Niereninsuffizienz, Rhabdomyolyse (DD: Liegetrauma) - unklare Hepatopathie - chronisch fluktuierende Schmerzen des Bewegungsapparats - Lumbosakralgie, Gonalgien Zunächst sei die Aufnahme des Beschwerdeführers zur Krisenintervention bei bestehender akuter Suizidalität erfolgt. Daraus habe sich eine zehnwöchige Hospitalisationszeit entwickelt, da sich mehrere sozialpsychiatrische Problembereiche ergeben hätten. So habe der Patient seit August 2008 in einem Wohnheim der Stiftung L.\_\_\_\_ in [...] gewohnt. Seit 10. März 2010 sei er dort vermisst worden; vorgängig sei es laut dem Wohnheim zu zahlreichen Verstössen mit rücksichtslosem Verhalten seitens des Beschwerdeführers gekommen, so dass im Mai 2010 die Kündigung erfolgt sei. Der Beschwerdeführer sei somit obdachlos und arbeitslos gewesen und habe über praktisch keine sozial haltgebenden Beziehungen verfügt. Zudem habe ein fortgesetzter massiver THC-Konsum bestanden, da sich der Beschwerdeführer darunter konzentrierter und aufmerksamer gefühlt habe. Im stationären Rahmen habe sich der Beschwerdeführer doch relativ rasch in eine Tages- und Arbeitstherapiestruktur eingewöhnen können und habe hierbei ein sehr angepasstes, teils auch unterwürfiges Verhalten gezeigt. Insgesamt habe er jedoch die sozial vorgegebenen Normen einhalten können, habe eine erneute Integration in ein Alltagsleben gewünscht und habe ab 2. Mai 2010 in der Wohngemeinschaft G.\_\_\_\_ in [...] in einem betreuten Wohnheim der L.\_\_\_\_ platziert werden können.

5.2 Im Bericht der K.\_\_\_\_ vom 24. Mai 2011 (IV-Nr. 45) wurde eine Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion (ICD-10 F43.21) diagnostiziert. Der Beschwerdeführer berichte im Eintrittsgespräch, dass ihm jeweils gegen Weihnachten immer wieder der Verlust seiner Frau und des gemeinsamen Sohns bei einem Autounfall in [...] in den Sinn komme. Seit zirka drei Wochen habe die depressive Symptomatik wieder zugenommen. Die Symptome träten gegen Abend immer schlimmer auf und nachts schlafte

er schlecht. Zudem habe er auch keinen Appetit mehr. 5.3 Im Bericht von Dr. med. M.\_\_\_\_ der N.\_\_\_\_, [...], vom 22. Juli 2011 (IV-Nr. 46) wurden folgende Diagnosen gestellt: Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: - Sonstige rezidivierende depressive Störungen (ICD-10 F33.8) Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: - Schädlicher Gebrauch von Cannabis (ICD-10 F 12.1) - St. n. Suizidversuch mittels Truxal-Intoxikation in unklarer Menge am 22. März 2010 (X60) - St. n. Polytoxikomanie (F19.20) Seit dem Unfalltod seines Sohnes und seiner Ehefrau in [...] 2008 komme es beim Beschwerdeführer immer wieder zu rezidivierenden depressiven Episoden. Die letzte Hospitalisation in der K.\_\_\_\_ sei vom 30. November 2010 bis 21. Dezember 2010 unter der Diagnose Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion erfolgt. Aufgrund des Zeitintervalls von mehr als zwei Jahren seit dem Unfalltod der Familie im Jahre 2008 und den immer wieder auftretenden depressiven Episoden mit Schlafstörungen, Depressivität, Reizbarkeit und Antriebsverlust liege aus Sicht der Referentin eine rezidivierende depressive Störung vor. Der Beschwerdeführer sei nach der letzten Hospitalisation in deutlich entlastetem Zustand in die gewohnten Verhältnisse (WG G.\_\_\_\_ in [...]) ausgetreten. Danach habe der Beschwerdeführer die ambulante Behandlung bei der Referentin wieder wahrgenommen. Im Verlauf habe sich eine Remission der depressiven Symptomatik gezeigt, im letzten Gespräch vom 11. März 2011 habe er keine depressive Symptomatik beschrieben. Seitdem sei er nicht mehr erschienen. Subjektiv leide er am meisten unter seinen Rückenschmerzen, welche er auch als arbeitslimitierend ansehe. In Phasen depressiver Episoden müsse von einer reduzierten Leistungsfähigkeit ausgegangen werden, aktuell (Stand vom März 2011) sollte keine verminderte Leistungsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht erwartet werden. 5.4 Im Bericht der K.\_\_\_\_ vom 1. Mai 2012 (IV-Nr. 117) wurde ausgeführt, aufgrund erneut auftretender depressiver Beschwerden sei eine Selbstzuweisung durch den Beschwerdeführer erfolgt. Zurzeit erfülle das Störungsbild die Kriterien einer grenzwertig leichten Depression bei installierter Medikation mit Antidepressiva. Das Begehren für eine Behandlung erfolge auf Wunsch des Beschwerdeführers zur Unterstützung in der Zukunftsplanung, Tagesstrukturierung und Bearbeitung des Verlustes der Familie. Zudem sei der IV-Rentenentscheid ausstehend nach Ablehnung im Jahr 2004 (Rückenproblematik). 5.5 Im Gutachten des F.\_\_\_\_ vom 16. April 2015 (IV-Nr. 102.1) wurden folgende Diagnosen gestellt: Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: - Chronisches lumbovertebrales Syndrom - Status nach interkorporeller Spondylodese LWK5/SWK1 mit PLIF-Cage und - Status nach dorsaler Spondylodese LWK4 bis SWK1 mit Fixateur externe wegen lumbosakraler Spondylolisthesis 1. Grades (7. März 2002) - Einwandfreier Sitz des Osteosynthesematerials ohne Lockerung - Geringe lumbale rechtskonvexe Achsenabweichung von 10° mit Scheitelpunkt bei LWK2/3 - Morbus Bastrup und überlastungsbedingte Spondylarthrose LWK3/4, beginnende Spondylose L3 und L4 Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: - Diabetes mellitus Typ II - Adipositas (BMI 33) - Klinisch Tendoperiostose am Trochanter major der linken Hüfte - Störungen durch Cannabinoide, gegenwärtig regelmässiger Substanzgebrauch - Störungen durch Tabak, regelmässiger Substanzgebrauch - Status nach Störungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen (Alkohol, Kokain, Amphetamin und Ecstasy) - Status nach rezidivierender depressiver Störung, aktuell remittiert - Status nach Suizidversuchen - Anamnestisch Status nach Mittelhandverletzung/Fraktur und leichte Fehlstellung Digitus V rechts Was die zuletzt ausgeübte Arbeit als Koch anbetreffe, gehe man davon aus, dass es sich hier um eine

vorwiegend, beziehungsweise praktisch ausschliesslich stehende Tätigkeit handle, die mit regelmässiger Rückenbelastung gerade durch das Stehen, verbunden sei, so dass man zur Beurteilung komme, dass der angestammte Beruf als Koch nicht mehr zumutbar sei. Medizinisch könne ausgesagt werden, dass dem Versicherten aufgrund seines Rückenbefundes körperlich schwere Tätigkeiten nicht mehr zumutbar seien, hingegen seien leichte bis mittelschwere Arbeiten, die der Versicherte in Wechselstellung ausüben könne aus somatischer orthopädischer Sicht zu 90 % zumutbar. Die Einschränkung resultiere auf Grund der nachvollziehbaren Schmerzproblematik, weshalb dem Versicherten ein erhöhter Pausenbedarf zugebilligt werde. Wegen der internistischen Befunde bestehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Aufgrund der psychiatrischen, aktuell erheblichen Befunde könne ebenfalls keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit abgeleitet werden. Allerdings gehe man auf Grund der Anamnese und der durchgemachten depressiven Episoden von einer verminderten psychischen Belastbarkeit aus, die man ebenfalls im Sinne eines erhöhten Pausenbedarfs mit

## **E. 8**

8.1 Der Beschwerdeführer lässt neben der Ausrichtung einer Invalidenrente beantragen, es seien weitere Massnahmen zur beruflichen Eingliederung anzuordnen.

Gemäss Art. 8 Abs. 1 IVG haben Invalide oder von einer Invalidität (Art. 8 ATSG) bedrohte Versicherte Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen, soweit

-diese notwendig und geeignet sind, die Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, wieder herzustellen, zu erhalten oder zu verbessern; und

-die Voraussetzungen für den Anspruch auf die einzelnen Massnahmen erfüllt sind.

Die Eingliederungsmassnahmen beruflicher Art sind in den Art. 15-18d IVG geregelt. So können Berufsberatung, eine erstmalige berufliche Ausbildung, eine Umschulung, eine Arbeitsvermittlung, Arbeitsversuche, Einarbeitungszuschüsse, eine Entschädigung für Beitragserhöhungen oder auch Kapitalhilfe gewährt werden. Jede einzelne Massnahme unterliegt gewissen Voraussetzungen, die erfüllt sein müssen und die sich aus der jeweiligen Bestimmung ergeben.

Arbeitsunfähige Versicherte, welche eingliederungsfähig sind, haben gemäss Art. 18 Abs. 1 IVG Anspruch auf aktive Unterstützung bei der Suche eines geeigneten Arbeitsplatzes und begleitende Beratung im Hinblick auf die Aufrechterhaltung ihres Arbeitsplatzes.

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).

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

8.2 Angesichts des Invaliditätsgrades von 23 % hat der Beschwerdeführer grundsätzlich Anspruch auf berufliche Massnahmen. Zudem wurde auch im F.\_\_\_\_-Gutachten die Zumutbarkeit der Durchführung von beruflichen Massnahmen bejaht (S. 43 des

Gutachtens). Die Beschwerdegegnerin stellt sich dagegen auf den Standpunkt, der Beschwerdeführer habe aktuell keinen Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen. So sehe er sich nicht in der Lage, ein Pensum von mehr als 50 % zu leisten, zudem würden berufliche Massnahmen der Invalidenversicherung einen absoluten Verzicht auf Drogen voraussetzen.

Nach der Rechtsprechung ist nur dann von fehlendem Eingliederungswillen bzw. fehlender subjektiver Eingliederungsfähigkeit (zum Erfordernis der objektiven und subjektiven Eingliederungsfähigkeit der versicherten Person: Silvia Bucher, Eingliederungsrecht der Invalidenversicherung, 2011, Rz. 124 und 539) auszugehen, wenn er mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 138 V 218 E. 6 S. 221 mit Hinweisen) feststeht (Urteil des Bundesgerichts 9C\_368/2012 vom 28. Dezember 2012 E. 3.1). Dabei sind insbesondere die gegenüber der Verwaltung und den medizinischen Experten gemachten Aussagen betreffend Krankheitsüberzeugung bzw. Arbeitsmotivation zu berücksichtigen. Ebenfalls von Belang sein können die im Vorbescheidverfahren und vor kantonalem Versicherungsgericht gemachten Ausführungen bzw. gestellten Anträge (Urteil 9C\_368/2012 E. 3.2; Urteil 9C\_474/2013 vom 20. Februar 2014 E. 6.3).

Gegenüber den F.\_\_\_\_-Gutachtern hatte sich der Beschwerdeführer dahingehend geäussert, er würde gerne mehr arbeiten, könne sich aber maximal vorstellen, in einem 50%-Pensum zu arbeiten, es müsste sich um leichte Arbeiten handeln, mit der Möglichkeit, Pausen einzulegen und sich immer wieder hinzulegen. Aufgrund dessen erscheint die subjektive Eingliederungsfähigkeit ■ zumindest im Zeitpunkt der Begutachtung ■ zwar fraglich. Den Ausführungen der Beschwerdegegnerin ist jedoch entgegenzuhalten, dass eine im Rahmen einer Begutachtung im Jahr 2015 gemachte Aussage nicht ohne Weiteres ausreicht, um im Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen Verfügung vom 9. August 2017 immer noch auf eine fehlende subjektive Eingliederungsfähigkeit des Beschwerdeführers zu schliessen. Der Beschwerdeführer hat denn auch im Rahmen des Vorbescheidverfahrens eine Erklärung eingereicht, wonach er bereit sei, einem Pensum von mehr als 50 % nachzugehen und den Cannabiskonsum einzustellen (IV-Nr. 115). Diese Erklärung mag zwar auch aus versicherungsrechtlichen Überlegungen erfolgt sein. Dennoch liegen in den Akten ansonsten keine aktuellen Hinweise vor, welche die subjektive Eingliederungsfähigkeit des Beschwerdeführers mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ausschliessen würden. Ebenfalls ist zu beachten, dass sich die Experten nicht in dem Sinne äusserten, aufgrund einer ausgeprägten subjektiven Krankheits- und Behinderungsüberzeugung seien berufliche Massnahmen kaum durchführbar und nicht empfehlenswert (vgl. Urteil 9C\_87/2016 vom 23. November 2016 E. 5.2.2). Zudem hat auch der RAD-Arzt die Eingliederungsmassnahmen in seiner Stellungnahme vom 3. Juni 2015 (IV-Nr. 108) nicht aufgrund der fehlenden subjektiven Eingliederungsfähigkeit, sondern aufgrund des Cannabis-Konsums verneint. Nach dem Gesagten wurde der Beschwerdeführer grundsätzlich zu Unrecht wegen fehlender subjektiver Eingliederungsfähigkeit auf den Weg der Selbsteingliederung verwiesen.

Sodann ist es aufgrund der Akten nicht erstellt, ob vor der Durchführung von Eingliederungsmassnahmen eine vollständige Cannabisabstinenz des Beschwerdeführers notwendig ist. Die diesbezügliche Einschätzung des RAD-Arztes ist nicht weiter begründet. Zwar gab der Beschwerdeführer noch anlässlich der F.\_\_\_\_-Begutachtung an, er konsumiere täglich Cannabis, einen Joint abends, manchmal am Wochenende auch zwei (S. 31 des F.\_\_\_\_-Gutachtens). Dennoch gingen die Gutachter in der Folge davon aus, der

Cannabis-Konsum sei ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Zudem hielt der Beschwerdeführer in seiner vorgenannten Erklärung (IV-Nr. 115) fest, er beschränke den Konsum mittlerweile auf das Wochenende. Angesichts der Biographie des Beschwerdeführers mit Polytoxikomanie und massivem Substanzmittelmissbrauch ist es aber zumindest fraglich, ob dieser Punkt als «geringfügiger THC-Konsum» abgetan werden kann. Die Sache ist somit in diesem Punkt an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit sie prüft, ob vor der Durchführung der Eingliederungsmassnahmen eine Cannabisabstinenz des Beschwerdeführers notwendig ist. Bejahendenfalls hat die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer im Rahmen eines Mahn- und Bedenkzeitverfahrens Frist zu setzen, seine Cannabisabstinenz nachzuweisen. Kommt die Beschwerdegegnerin dagegen zum Schluss, eine Cannabisabstinenz sei nicht notwendig, so hat sie direkt die für den Beschwerdeführer geeigneten beruflichen Eingliederungsmassnahmen durchzuführen.

Somit ist die Sache im Sinne der Erwägungen in teilweiser Guttheissung der Beschwerde an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

## **E. 9**

9.1 Bei diesem Verfahrensausgang besteht Anspruch auf eine Parteientschädigung, die von der Beschwerdegegnerin zu bezahlen ist.

Ist das Quantitative einer Leistung streitig, rechtfertigt eine «Überklagung» nach der in Rentenangelegenheiten ergangenen Rechtsprechung eine Reduktion der Parteientschädigung nur, wenn das ziffernmässig bestimmte Rechtsbegehren den Prozessaufwand beeinflusst hat (BGE 117 V 401 E. 2c S. 407). Bildet beispielsweise ein invalidenversicherungsrechtlicher Rentenanspruch Anfechtungs- und Streitgegenstand, führt demgemäss der Umstand allein, dass im Beschwerdeverfahren abweichend von dem auf eine ganze oder zumindest eine höhere Rente gerichteten Rechtsbegehren keine ganze oder aber eine geringere Rente als beantragt zugesprochen wird, noch nicht zu einer Reduktion der Parteientschädigung (Urteile 9C\_580/2010 vom 16. November 2010 E. 4.1 und 9C\_94/2010 vom 26. Mai 2010 E. 4.1 mit Hinweisen). Anders verhält es sich, wenn zusätzlich weitere Leistungen der Invalidenversicherung wie berufliche Massnahmen oder Taggeldleistungen beantragt worden sind, welchen nicht hätte entsprochen werden können (Urteil des Bundesgerichts 8C\_568/2010 vom 3. Dezember 2010 E 4.1).

Im vorliegenden Fall wird die Beschwerde lediglich in einem Nebenpunkt ■ Zurückweisung zur Durchführung des Mahn- und Bedenkzeitverfahrens ■ gutgeheissen. Angesichts der im vorliegenden Verfahren eingereichten Rechtsschriften ist festzuhalten, dass der Prozessaufwand des Versichertenanwaltes durchaus höher ausfiel, weil er neben der verlangten Zurückweisung der Sache zur Durchführung eines MBZV eine Invalidenrente beantragt hat und dies dementsprechend begründen musste. Damit wurde der Prozessaufwand erheblich beeinflusst, weshalb es sich rechtfertigt, die Parteientschädigung um 3/4 auf 1/4 zu kürzen und dementsprechend dem Beschwerdeführer auch 3/4 der Verfahrenskosten aufzuerlegen.

Im Vergleich zu den eingereichten Kostennoten sind vorweg verschiedene der geltend gemachten Positionen zu streichen: Mehrere Positionen stellen Kanzleiaufwand dar (Orientierungskopien an den Klienten, die Sozialregion, Dr. med. Horsch-Beyerle und Dr. med. Waldvogel-Widmer vom 15. September, 19. September, 26. September, 3. November, 9. November, 20. November, 23. November, 29. November 2017, 23. Januar, 30. Januar,

12. Februar, 22. März, 9. November 2018; Fristerstreckungsgesuche vom 21. Februar und 15. März 2018; Einreichung der UP-Unterlagen am 15. September 2017; Einreichung der Kostennote am 20. März 2018), der bereits im Stundenansatz enthalten ist und nicht gesondert entschädigt wird. Des Weiteren ist die Position vom 21. November 2017 «E-Mail an Zweckverband Sozialregion Thal-Gäu» von einer Stunde nicht zu vergüten. So wurde das vom Beschwerdeführer gestellte Armenrechtsgesuch am 21. November 2017 von der Sozialregion abgewiesen (vgl. A.S. 40), weshalb der diesbezüglich geltend gemachte Aufwand für ein an diesem Datum verfasstes E-Mail nicht nachvollziehbar ist. Zudem dauerte die Verhandlung vor Versicherungsgericht lediglich 45 Minuten und nicht eine Stunde, wie in der Kostennote aufgeführt. Schliesslich sind Kopien pro Stück nur mit 50 Rappen zu vergüten (§ 158 Abs. 3 Gebührentarif) und nicht mit CHF 1.00, wie in der Kostennote geltend gemacht wird.

In Anbetracht von Aufwand und Schwierigkeit des Prozesses ist die Parteientschädigung demnach auf CHF 635.65 (9.35 Stunden : 4 zu CHF 240.00 [§ 160 Abs. 2 GT], zuzügl. Auslagen (1/4 von CHF 114.50) und MwSt) festzusetzen.

9.2 Da der Beschwerdeführer ab Prozessbeginn im Genusse der unentgeltlichen Rechtspflege steht (vgl. E. I. 5. hiervor), sind dem unentgeltlichen Rechtsbeistand die übrigen 3/4 des Aufwandes durch den Kanton Solothurn zu entschädigen. 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 Stundenansatz beträgt aufgrund des Kreisschreibens Nr. 1 der Gerichtsverwaltungskommission des Kantons Solothurn vom 18. September 2006 seit 1. Oktober 2006 bzw. § 160 Abs. 3 Gebührentarif (GT) CHF 180.00. Damit ist die Kostenforderung auf CHF 1'453.65 festzusetzen (3/4 von 9.35 Stunden zu CHF 180.00, zuzügl. 3/4 Auslagen und MwSt.), zahlbar durch die Zentrale Gerichtskasse des Kantons Solothurn. Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates sowie der Nachzahlungsanspruch des unentgeltlichen Rechtsbeistandes im Umfang von CHF 378.00 (Differenz zum vollen Honorar [9.35 x CHF 230.00 + Auslagen + MwSt. = 1'831.65; ■ CHF 1'453.65 = CHF 378.00]) während zehn Jahren, wenn A.\_\_\_\_ zur Nachzahlung in der Lage ist (§ 123 ZPO).

Der Nachzahlungsanspruch wird praxisgemäss basierend einem Stundenansatz von CHF 230.00 festgesetzt (vgl. § 160 Abs. 2 GT), wenn wie vorliegend keine Honorarvereinbarung mit dem Klienten vorgelegt wird, in der ein höherer Ansatz vereinbart worden ist. Andernfalls wäre das rechtliche Gehör des Beschwerdeführers, der sich zur Höhe des Stundenansatzes nicht äussern konnte, verletzt.

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 an die gesamten Verfahrenskosten von CHF 1'000.00 einen Betrag von CHF 750.00 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). Die Beschwerdegegnerin hat an die Verfahrenskosten CHF 250.00 zu bezahlen.

Demnach wird erkannt:

1. Die Beschwerde wird teilweise gutgeheissen. Die Verfügung der IV-Stelle des Kantons Solothurn vom 9. August 2017 wird betreffend den Anspruch auf berufliche Massnahmen insofern aufgehoben, als die Sache zur Neuprüfung des diesbezüglichen Anspruchs an die IV-Stelle zurückwiesen wird, damit sie im Sinne der Erwägungen verfährt und hierauf neu entscheidet.

2. In den übrigen Punkten wird die angefochtene Verfügung vom 9. August 2017 bestätigt und die dagegen erhobene Beschwerde abgewiesen.

3. Die IV-Stelle des Kantons Solothurn hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von CHF 635.65 (inkl. Auslagen und MwSt) zu bezahlen.

4. Die Kostenforderung des unentgeltlichen Rechtsbeistandes, Claude Wyssmann, [...], wird auf CHF 1'453.65 (inkl. Auslagen und MwSt) festgesetzt, zahlbar durch die Zentrale Gerichtskasse des Kantons Solothurn. Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates sowie der Nachzahlungsanspruch des unentgeltlichen Rechtsbeistandes im Umfang von CHF 378.00 während zehn Jahren, wenn A. \_\_\_ zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

5. Die IV-Stelle des Kantons Solothurn hat an die Verfahrenskosten CHF 250.00 zu bezahlen.

6. Der Beschwerdeführer hat an die Verfahrenskosten von CHF 750.00 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).

7. Das Protokoll der Verhandlung vom 14. Januar 2019 geht zur Kenntnisnahme an die Parteien.

8. Die Kostennote vom 14. Januar 2019 geht zur Kenntnisnahme an die IV-Stelle des Kantons Solothurn.

Rechtsmittel

Gegen diese Entscheidung kann innerhalb 30 Tagen seit 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 Zwischenentscheidungen (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

Isch

**E. 10**

% beurteile. Somit komme man zu einer Gesamtverminderung der Arbeitsfähigkeit in adaptierter Tätigkeit von 20 %, im Sinne eines verminderten Rendements. Aufgrund der

festgehaltenen Befunde sowohl in den Vorakten, wie dann auch im B.\_\_\_\_- und E.\_\_\_\_-Gutachten könne davon ausgegangen werden, dass sich zu diesen Zeitpunkten ein ähnlicher Zustand gezeigt habe. Dokumentierterweise sei der Versicherte aber zwischenzeitlich auch vermehrt depressiv gewesen, dies insbesondere im Zusammenhang mit dem Unfalltod seiner Lebenspartnerin und seines Sohnes 2008. In diesem Rahmen habe der Versicherte auch einen Suizidversuch gemacht. Aktuell sei aber keine depressive Symptomatik mehr feststellbar. Man müsse aber davon ausgehen, dass zu den Zeitabschnitten der dokumentierten Phasen und insbesondere der Hospitalisationen keine Arbeitsfähigkeit vorgelegen habe. In einer dem Leiden angepassten Tätigkeit sei der Versicherte arbiträr retrograd beurteilt zu 80 % arbeitsfähig gewesen, ausgenommen die Perioden der psychiatrischen Hospitalisationen und der Zeit vor und nach diesen und anschliessend an die Rückenoperation für sechs bis acht Monate. In diesen Perioden habe keine Arbeitsfähigkeit bestanden. 5.6 In seinem Bericht vom 3. Juni 2015 (IV-Nr. 108) hielt Dr. med. O.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Medizin FMH, RAD, fest, berufliche Massnahmen würden aus medizinischer Sicht von den Begutachtern des F.\_\_\_\_ als zumutbar erachtet und die Gesundheit nicht gefährdend beurteilt. Allerdings müsse dem Umstand des regelmässigen Cannabiskonsums Rechnung getragen werden. Früher bis vor 10 Jahren habe der Versicherte auch andere Drogen konsumiert und es sei deswegen auch zu gehäuften Arbeitsausfällen gekommen. Unter dem Monokonsum von Cannabis habe der Versicherte 2006 - 2012 nie mehr gearbeitet. Seit 2012 arbeite er 2 ½ Std/Tag im Reinigungsdienst in einer Café-Bar. Sollten berufliche Massnahmen aufgenommen werden, müssten nun der Cannabisentzug und die kontrollierte Abstinenz gefordert werden, da die Vermittlung an einen Arbeitgeber sonst nicht verantwortbar und die Steigerung der Präsenzzeit auf 100 % mit Pausen nicht realisierbar wären. 5.7 Dr. med. I.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, stellte in ihrem Bericht vom 23. Dezember 2016 (IV-Nr. 121) folgende Diagnosen: - Rezidivierende depressive Störung, aktuell mittel- schwergradig mit intermittierender Suizidalität (F33.2) - Akzentuierte Persönlichkeit, Persönlichkeitsstörung (F60.8) - Komplexe Posttraumatische Belastung PTBS (F43) Dem Beschwerdeführer sei eine angepasste Tätigkeit ohne langes Stehen am Ort, wechselbelastend ohne besondere Anforderungen an die Konzentrationsfähigkeit und der psychischen Belastbarkeit im Rahmen von 4 - 6 Stunden täglich zumutbar. In diesem zeitlichen Rahmen sei die Leistungsfähigkeit um 40 % vermindert. Die bisherige Tätigkeit wäre 4 - 5 Stunden täglich zumutbar, bei einer Leistungsverminderung von 40 %. 5.8 In seiner Stellungnahme vom 2. Mai 2017 (IV-Nr. 123) führte Dr. med. O.\_\_\_\_, RAD, aus, die von der Psychiaterin Frau med. I.\_\_\_\_ im Bericht vom 23. Dezember 2016 gestellten Diagnosen entsprächen allenfalls einer anderen Einschätzung des gleichen Gesundheitszustandes wie anlässlich der Begutachtung im April 2015. Doch verwertbar sei dieser Bericht nicht, denn Befunde, welche die Diagnosen begründen würden, würden keine aufgeführt. Ferner beziehe sich ihre Beurteilung der Arbeitsfähigkeit teilweise auf somatische Aspekte. Und letztendlich lasse sie den chronischen Cannabiskonsum völlig ausser Acht, sie erwähne die Drogenproblematik gar nicht, obwohl diese in der Vergangenheit schwerwiegend gewesen sei. 6. 6.1 Die Beschwerdegegnerin stützt sich im angefochtenen Entscheid im Wesentlichen auf das Gutachten des F.\_\_\_\_ vom 16. April 2015 (IV-Nr. 102.1) weshalb vorweg dessen Beweiswert zu prüfen ist. 6.2 Im internistischen Teilgutachten wurde festgehalten, es bestehe seit circa 2 bis 3 Jahren ein Diabetes mellitus Typ 2, welcher mit oralen Antidiabetika behandelt werde. Der letzte HbA1 c-Wert sei mit circa 7,7 erhöht, es könnte durch intensivere diätetische Massnahmen und medikamentöse Therapie sicher eine

Verbesserung der Blutzuckerwerte erreicht werden. Der Diabetes mellitus schränke aber zum jetzigen Zeitpunkt die Arbeitsfähigkeit nicht ein. Angesichts der gestellten Diagnosen (Ziff. II. 5.5 hiervor) ist es nachvollziehbar, dass der Gutachter aus internistischer Sicht gesamthaft keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit attestierte. Im orthopädischen Teilgutachten wurde ausgeführt, anlässlich der gegenwärtigen Statuserhebung fänden sich gegenüber den früheren Untersuchungen im Bewegungsapparat aus orthopädischer Sicht keine Befundveränderungen. Es bestehe nur ein mässiger paralumbaler Muskelhartspann, die lumbosakrale Dehnbarkeit sei erstaunlich gut erhalten. Grobe neurologische Ausfälle fänden sich praktisch keine mit Ausnahme eines diskret reduzierten Achillessehnenreflexes rechts. Insgesamt sei der Versicherte etwas dekonditioniert mit einer erheblichen Insuffizienz des Rumpfes. Es fänden sich allerdings diskrete, bildgebende Zeichen einer Überlastungsreaktion zwischen dem kaudalen Spondylodesenende und den darüber liegenden Wirbelsegmenten. Dieser Befund werde für die aktuellen lumbovertebralen Beschwerden verantwortlich gemacht und wirke sich auf die Arbeitsfähigkeit insgesamt ungünstig aus. Gestützt auf seine Befunderhebung und Diagnosestellung führte der orthopädische Gutachter sodann einleuchtend aus, schwere körperliche Tätigkeiten mit Heben von Lasten, die mehr als 10 Kilogramm wiegen würden und die mit häufigem Bücken einhergingen, seien dem Versicherten nicht mehr zuzumuten. Generell müsse auch die frühere Tätigkeit des Versicherten als Koch mit permanent stehender Tätigkeit als weitgehend schwer eingestuft werden und käme daher nicht mehr infrage. Dagegen seien leichte bis mittelschwere Tätigkeiten in wechselnder Position, teils sitzend, teils stehend, dem Versicherten aus orthopädischer Sicht weitgehend vollschichtig möglich. Schmerzbedingt müsste dem Versicherten Gelegenheit zum Einlegen kurzfristiger Pausen angeboten werden. Aktuell ergäben sich klinisch, gegenüber vorangegangenen fachmedizinischen Beurteilungen, keine Befundveränderungen. Die Befunde würden lediglich etwas anders bewertet: Im Gegensatz zum Gutachten des B.\_\_\_\_, ergebe sich aus heutiger Sicht eine vollschichtige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Koch, da diese nach Beurteilung der F.\_\_\_\_-Gutachter praktisch ausschliesslich stehend zu verrichten sei, und für sonstige schwere körperliche Arbeiten. In adaptierter Tätigkeit könne dagegen, wie bereits im B.\_\_\_\_ und E.\_\_\_\_-Gutachten beurteilt, gegenwärtig von einer vollschichtigen Arbeitsfähigkeit ausgegangen werden. Aus rein orthopädischer Sicht werde die Prognose bezüglich einer Wiederaufnahme einer adaptierten, rüchenschonenden Tätigkeit als günstig beurteilt. In einer adaptierten Tätigkeit wäre der Versicherte schmerzbedingt zu höchstens 10 % eingeschränkt. Im psychiatrischen Teilgutachten wurde sodann ausgeführt, früh sei der Beschwerdeführer in einen Kreis von Konsumenten von illegalen Betäubungsmitteln gekommen, bereits mit 11 Jahren habe er ersten Kontakt mit Cannabis gehabt und dann ab dem 16. Lebensjahr auch mit Kokain, Amphetaminen und Ecstasy. Teilweise habe auch ein erheblicher Abusus von Alkohol bestanden. Den Alkoholabusus habe der Versicherte vor 18 Jahren eingestellt, den Abusus von Kokain, Amphetaminen und Ecstasy vor zehn Jahren. Heute persistiere noch ein regelmässiger Konsum von Cannabinoiden und Tabak. Weiter hielt der Gutachter fest, der aktuelle psychiatrische Status sei objektiv bland, was angesichts der erhobenen Befunde (S. 29 ff. des Gutachtens) nachvollziehbar erscheint. Man könne feststellen, dass der Versicherte so, wie er sich als Kind geschildert habe, nämlich überangepasst und überfreundlich mit allen anderen Menschen, auch heute noch sei. Er gebe sich und sei auch sehr kooperativ und zugewandt. Inwiefern hier eine oberflächliche Anpassung die zugrunde liegende innere Opposition – wie seinerzeit gegen den Stiefvater – überdecke und diese sich

lediglich in einem untauglichen Selbstheilungsversuch mit Cannabis zwecks Beruhigung innerer Spannungen ausdrücke, könne aktuell nicht gesagt werden. Was heute bezüglich Arbeitsfähigkeit ausgesagt werden könne sei, dass aus psychiatrischen Gründen der Versicherte rein bezogen auf die aktuellen Befunde in seiner Arbeitsfähigkeit nicht eingeschränkt sei. Allerdings habe man in den Akten, neben der Polytoxikomanie, immer wieder dokumentierte Perioden mit depressiven Phasen und auch Suizidversuchen. Dabei sei als auslösender, manifester Anlass bekannt, dass der Versicherte unter dem Unfalltod seiner Lebenspartnerin und seines Sohnes stark gelitten habe und zeitweise auch heute noch darunter leide. Auf Grund der Anamnese und des nach wie vor bestehenden Cannabiskonsums müsse von einem gegenwärtig labilen psychischen Gleichgewicht ausgegangen werden, das auch eine gewisse psychische Minderbelastbarkeit mit sich bringe. Der Versicherte befinde sich zurzeit in einem ausgesprochenen Schonklima in einer betreuten Wohngemeinschaft mit deutlich reduzierten beruflichen Leistungsanforderungen. Ergänzend wurde in psychiatrischer Hinsicht in der interdisziplinären Gesamtbeurteilung angeführt (S. 38 des Gutachtens), es finde sich aktuell kein relevanter psychopathologischer Befund, der aktuell Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hätte. Gestützt auf die schlüssigen Teilgutachten vermag schliesslich auch die unter Ziff. II. 5.5 hiervor angeführte interdisziplinäre Gesamtbeurteilung zu überzeugen. Demnach resultiere aus orthopädischer Sicht eine Einschränkung von 10 % auf Grund der nachvollziehbaren Schmerzproblematik, weshalb dem Versicherten ein erhöhter Pausenbedarf zugebilligt werde. Zudem gehe man aus psychiatrischer Sicht auf Grund der Anamnese und der durchgemachten depressiven Episoden von einer verminderten psychischen Belastbarkeit aus, die man ebenfalls im Sinne eines erhöhten Pausenbedarfs mit 10 % beurteile. Somit komme man zu einer Gesamtverminderung der Arbeitsfähigkeit in adaptierter Tätigkeit von 20 %, im Sinne eines verminderten Rendements. Ebenso leuchtet – entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers – die gutachterliche Beurteilung des retrospektiven Verlaufs ein. In einer dem Leiden angepassten Tätigkeit sei der Versicherte arbiträr retrograd beurteilt zu 80 % arbeitsfähig gewesen, ausgenommen die Perioden der psychiatrischen Hospitalisationen und der Zeit vor und nach diesen und anschliessend an die Rückenoperation für sechs bis acht Monate. In diesen Perioden habe keine Arbeitsfähigkeit bestanden. Aus den Akten lassen sich gestützt darauf hinsichtlich des vorliegend interessierenden Verlaufs ab dem Zeitraum der Neuanmeldung vom 8. Juni 2010 folgende Arbeitsunfähigkeiten ableiten: Gemäss Austrittsbericht der K.\_\_\_\_, vom 24. Juni 2010 (IV-Nr. 47, S. 2), war der Beschwerdeführer vom 24. März bis 31. Mai 2010 hospitalisiert. Sodann war der Beschwerdeführer gemäss Bericht der K.\_\_\_\_ vom 24. Mai 2011 vom 30. November 2010 bis 21. Dezember 2010 stationär hospitalisiert. Für diese Zeiträume lässt sich somit eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit ableiten. Ärztliche Berichte, welche retrospektiv eine darüber hinaus länger dauernde Arbeitsunfähigkeit attestieren, sind in den Akten nicht vorhanden. Im Bericht der K.\_\_\_\_ vom 1. Mai 2012 (IV-Nr. 117) wurde lediglich ausgeführt, zurzeit erfülle das Störungsbild die Kriterien einer grenzwertig leichten Depression bei installierter Medikation mit Antidepressiva. Eine längerdauernde retrospektive Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit, welche die im F.\_\_\_\_-Gutachten statuierten 20 % überschreiten würde, ist demnach für den vorliegend zu beurteilenden Zeitraum nicht erstellt. 6.3 Schliesslich vermögen auch die Rügen des Beschwerdeführers und der entgegenstehende Arztbericht von Dr. med. I.\_\_\_\_ vom 23. Dezember 2016 den Beweiswert des F.\_\_\_\_-Gutachtens nicht zu schmälern. So handelt es sich bei der vom Beschwerdeführer vorgebrachten Ansicht, es bedürfe zur Abklärung einer Persönlichkeitsstörung mindestens

zweier Begutachtungstermine, lediglich um eine Expertenmeinung, die bislang weder in der Rechtsprechung noch in der sozialversicherungsrechtlichen Begutachtungspraxis Eingang gefunden hat. Zudem wurde die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung lediglich von der behandelnden Psychiaterin Dr. med. I.\_\_\_\_ gestellt, ohne diese jedoch zu begründen oder mit entsprechenden Befunden zu stützen. Ein Verdacht auf eine Persönlichkeitsstörung wurde zwar im Austrittsbericht der K.\_\_\_\_, vom 24. Juni 2010 (IV-Nr. 47, S. 2) einmal genannt, in den nachfolgenden Berichten von den anderen behandelnden Ärzten der N.\_\_\_\_, wo der Beschwerdeführer stationär hospitalisiert war, dagegen nicht mehr gestellt. Insofern der Beschwerdeführer sodann rügt, die psychiatrische Untersuchung anlässlich der Begutachtung habe lediglich 20 Minuten gedauert, ist festzuhalten, dass selbst eine lediglich 20 Minuten dauernde Exploration nicht von vornherein eine Sorgfaltswidrigkeit des Gutachters anzeigt, da es für den Aussagegehalt eines Arztberichtes nicht auf die Dauer der Unterhaltung ankommen kann; massgeblich ist vielmehr, ob der Bericht inhaltlich vollständig und im Ergebnis schlüssig ist (Urteil des EVG I 719/05 vom 17. November 2006, E. 3), was nach der obigen Beweiswürdigung hinsichtlich des psychiatrischen Teilgutachtens bejaht werden kann. Des Weiteren macht der Beschwerdeführer geltend, die Beschwerdegegnerin habe den Untersuchungsgrundsatz verletzt, da sie keinerlei Abklärungen betreffend seine Arbeitseinsätze beim Restaurant «H.\_\_\_\_» in [...] eingeholt habe. Der Rechtsprechung ist jedoch entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers keine Pflicht der Verwaltung oder des Gerichts zu entnehmen, neben der Einholung ärztlicher Beurteilungen in jedem Fall sämtliche im Zusammenhang der beruflichen Integration in Frage kommenden Fachpersonen zu befragen. Bei der Folgenabschätzung der erhobenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen für die Arbeitsfähigkeit kommt einer Arztperson zwar keine abschliessende Beurteilungskompetenz zu. So nimmt die Arztperson zur Arbeitsunfähigkeit Stellung, d.h. sie gibt eine Schätzung ab, welche sie aus ihrer Sicht so substanziell wie möglich begründet. Die ärztlichen Angaben sind aber eine wichtige Grundlage für die juristische Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der Person noch zugemutet werden können (so die mit BGE 105 V 156 E. 1 in fine S. 158 f. begründete und in zahllosen Urteilen bestätigte Rechtsprechung, z.B. BGE 132 V 93 E. 4 S. 99 f.). Nötigenfalls sind, in Ergänzung der medizinischen Unterlagen, für die Ermittlung des erwerblich nutzbaren Leistungsvermögens die Fachpersonen der beruflichen Integration und Berufsberatung einzuschalten (seit BGE 107 V 17 E. 2b S. 20 geltende Rechtsprechung, vgl. Urteil 8C\_545/2012 E. 3.2.1, nicht publiziert in BGE 139 V 28). Eine Pflicht der Verwaltung oder des Gerichts jeweils sämtliche im Zusammenhang der beruflichen Integration in Frage kommenden Fachpersonen beizuziehen besteht somit nicht. Das Bundesgericht spricht in diesem Zusammenhang lediglich von «nötigenfalls». Wie dies zu verstehen ist, ist beispielsweise dem Urteil 9C\_850/2013 vom 12. Juni 2014 zu entnehmen, wo es das Bundesgericht aufgrund erheblicher Diskrepanzen in den Akten und dem Gutachten als unzulässig erachtet hat, ohne Beizug zusätzlicher Fachpersonen der beruflichen Integration alleine gestützt auf die medizinischen Akten auf einen rentenbegründenden Invaliditätsgrad zu schliessen. Eine solche Konstellation ist vorliegend nicht gegeben. So ist das Gutachten des F.\_\_\_\_ umfassend und stimmt im Wesentlichen mit den übrigen Arztberichten überein. Widersprüche, welche weitere Abklärungen notwendig machen würden, liegen nicht vor. Im Übrigen haben die F.\_\_\_\_-Gutachter im Rahmen der Begutachtung mit dem Beschwerdeführer und dem Leiter der Wohngemeinschaft, in welcher der Beschwerdeführer wohnt, Herrn P.\_\_\_\_, ein Schlussgespräch geführt. Herr P.\_\_\_\_ machte in diesem Zusammenhang auch Angaben zur Tätigkeit des

Beschwerdeführers im Rahmen des Arbeitsprogramms im Restaurant «H.\_\_\_\_» sowie zur diesbezüglich gezeigten Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers (S. 43 des Gutachtens). Es sind somit entsprechende Informationen über die Tätigkeit des Beschwerdeführers in den Akten und konnten von den Gutachtern auch in ihre Beurteilung mit einbezogen werden. Demnach kann der Beschwerdeführer aus seiner Rüge nichts zu seinen Gunsten ableiten. Sodann ist auf den Bericht von Dr. med. I.\_\_\_\_ vom 23. Dezember 2016 (IV-Nr. 121) einzugehen. Dr. med. I.\_\_\_\_ diagnostiziert darin unter anderem eine Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS). Eine PTBS entsteht als eine verzögerte oder protrahierte Reaktion auf ein belastendes Ereignis oder eine Situation aussergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophentypischen Ausmasses (kurz oder lang anhaltend), die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde. Angst und Depression sind häufig mit den Symptomen und Merkmalen der PTBS assoziiert und Suizidgedanken sind nicht selten. Drogeneinnahme oder übermässiger Alkoholkonsum können als komplizierende Faktoren hinzukommen. Der Verlauf ist wechselhaft, in der Mehrzahl der Fälle kann jedoch eine Heilung erwartet werden. Bei wenigen Patienten nimmt die Störung über viele Jahre einen chronischen Verlauf und geht dann in eine andauernde Persönlichkeitsänderung (F62.0) über (HORST DILLING/WERNER MOMBOUR/MARTIN H. SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10, Kapitel V (F), Klinisch-diagnostische Leitlinien, 10. Aufl. 2015, S. 207 f.; vgl. auch B. KRAEMER/U. HEPP/U. SCHNYDER, Entstehung, Verlauf und therapeutische Möglichkeiten der posttraumatischen Belastungsstörung, in: Der medizinische Sachverständige, 2007 S. 153; ULRICH SCHNYDER, Posttraumatische Belastungsstörungen [Diagnostik, Prävalenz und Behandlungsmöglichkeiten], in: Psychische Störungen und die Sozialversicherung – Schwerpunkt Unfallversicherung, 2002, S. 101 und 114; Urteil 9C\_636/2013 vom 25. Februar 2014 E. 4.3.2). Dass mit dem Unfalltod des Sohnes und der Ehefrau des Beschwerdeführers ein solches belastendes Ereignis vorliegt, welches eine PTBS hervorrufen kann, steht ausser Frage. Jedoch bedarf es zur Begründung einer solchen Diagnose auch entsprechender Symptome. Typische Merkmale gemäss ICD-10 F43.1 sind das wiederholte Erleben des Traumas in sich aufdrängenden Erinnerungen (Nachhallerinnerungen, Flashbacks), Träumen oder Albträumen, die vor dem Hintergrund eines andauernden Gefühls von Betäubtsein und emotionaler Stumpfheit auftreten. Ferner werden als Merkmale Gleichgültigkeit gegenüber anderen Menschen, Teilnahmslosigkeit der Umgebung gegenüber, Freudlosigkeit sowie Vermeidung von Aktivitäten und Situationen, die Erinnerungen an das Trauma wachrufen könnten, genannt. Solche typischen Symptome finden sich aber weder in der Befunderhebung des F.\_\_\_\_-Gutachtens, noch werden diese im Bericht von Dr. med. I.\_\_\_\_ dargelegt. Die Diagnose einer PTBS kann somit nicht als erstellt gelten. Das Gleiche gilt auch hinsichtlich der übrigen von Dr. med. I.\_\_\_\_ gestellten Diagnosen. Wie bereits erwähnt, begründet sie die von ihr diagnostizierte Persönlichkeitsstörung nicht und stützt diese auch nicht auf entsprechende Befunde. Ebenso bleibt die diagnostizierte mittel- bis schwergradige rezidivierende depressive Störung ohne entsprechenden Erläuterungen und es wird nicht dargelegt, inwiefern beim Beschwerdeführer eine diesbezügliche Verschlechterung eingetreten sein soll. Schliesslich fehlt es auch an einer nachvollziehbaren Begründung der von ihr attestierten Arbeitsunfähigkeit, zumal ihre diesbezüglichen Angaben widersprüchlich sind. So attestierte sie auf Seite 1 des Arztberichtes in der bisherigen Tätigkeit als Koch eine vollständige Arbeitsunfähigkeit während sie auf Seite 4 festhielt, die bisherige Tätigkeit sei 4 - 5 Stunden täglich zumutbar. In diesem Zusammenhang ist zudem 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), weshalb dem Bericht von Dr. med. I.\_\_\_\_ auch im Lichte dessen kaum Beweiswert zuzumessen ist. Demnach ist auf das voll beweiswertige Gutachten des F.\_\_\_\_ abzustellen. Insofern der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers in seinem Parteivortrag anlässlich der Verhandlung sinngemäss rügt, das ZMB-Gutachten vom 16. April 2015 sei im Zeitpunkt des Verfügungserlasses am 9. August 2017 bereits veraltet gewesen, ist festzuhalten, dass die lange Dauer zwischen der Erstellung des Gutachtens und dem Erlass der Verfügung kaum nachvollziehbar ist und im Lichte des Grundsatzes eines raschen und einfachen Verfahrens auch problematisch erscheint. Eine erneute Begutachtung ist jedoch nicht notwendig, da keinerlei Hinweise dafür bestehen, dass sich der Gesundheitszustand in der Zwischenzeit erheblich verändert hätte. Auch aus dem vorgenannten Bericht von Dr. med. Horsch-Beyerle ergeben sich keine Anhaltspunkte für eine Verschlechterung zwischen der Begutachtung und dem Verfügungszeitpunkt. 7. Während das Valideneinkommen und grundsätzlich auch das Invalideneinkommen unbestritten geblieben ist, wird vom Beschwerdeführer der Umstand gerügt, dass die Beschwerdegegnerin vom Invalideneinkommen keinen Abzug vom Tabellenlohn vorgenommen hat. Der Beschwerdeführer macht in diesem Zusammenhang geltend, ein Tabellenlohnabzug von 15 % erscheine den Verhältnissen angepasst. Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert (Tabellenlohn) allenfalls zu kürzen (sog. leidensbedingter Abzug). Damit soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass persönliche und berufliche Merkmale wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können und je nach Ausprägung die versicherte Person deswegen die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten kann. Der Abzug ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen. Er darf 25 % nicht übersteigen und soll nicht automatisch, sondern nur dann erfolgen, wenn im Einzelfall Anhaltspunkte dafür bestehen, dass die versicherte Person wegen eines oder mehrerer dieser Merkmale ihre gesundheitlich bedingte (Rest-)Arbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem Einkommen verwerten kann. Unter dem Titel Beschäftigungsgrad im Besonderen wird bei Frauen, welche gesundheitlich bedingt lediglich noch teilzeitlich erwerbstätig sein können, kein Abzug anerkannt. Ob ein Abzug vom Tabellenlohn vorzunehmen ist, ist eine Rechtsfrage, die das Gericht frei prüft (BGE 137 V 71 E. 5.1 S. 72). Für einen Abzug aufgrund der Merkmale wie Alter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie, die sich im konkreten Fall nicht lohnmindernd auswirken (vgl. hierzu Urteil des Bundesgerichts 9C\_380/2015 vom 17. November 2015 E. 3.2.4, mit Hinweis, zur Frage der grundsätzlichen Nachfrage nach Hilfsarbeiten gemäss Kompetenzniveau 1 auf dem massgebenden hypothetischen ausgeglichenen Arbeitsmarkt) besteht kein Raum. Sodann kann der Beschwerdeführer seine aufgrund des erhöhten Pausenbedarfs eingeschränkte Leistungsfähigkeit von 20 % in einem vollen Pensum umsetzen. In dieser Konstellation besteht nach der Rechtsprechung kein Anlass für einen Teilzeitabzug (Urteil des Bundesgerichts 8C\_20/2012 vom 4. April 2012 E. 3.2 und 3.3). Des Weiteren vermag auch das Argument des Beschwerdeführers nicht zu überzeugen, wonach die bei ihm vorhandene Gefahr vermehrter Fehlzeiten mit einem Abzug vom Tabellenlohn auszugleichen sei. So

sind vermehrte Fehlzeiten zwar möglich, eine überwiegende wahrscheinliche Prognose hierzu erscheint aber hypothetisch. Im Lichte des von den F.\_\_\_\_-Gutachtern statuierten Zumutbarkeitsprofils erscheint dieses auch nicht derart eingeschränkt zu sein, als dass sich diesbezüglich ein Abzug aufgrund der behinderungsbedingten Eingliederung rechtfertigen würde. So umfasst der Tabellenlohn im vorliegend für das Invalideneinkommen anwendbaren Anforderungsniveau 1 bereits eine Vielzahl von leichten und mittelschweren Tätigkeiten, weshalb alleine deswegen kein Abzug vom Tabellenlohn gerechtfertigt ist (Urteil des Bundesgerichts vom 24. August 2012, 8C\_870/2011 E 4.1 mit Hinweisen). Im Übrigen würde selbst bei Vornahme des geforderten Abzuges von 15 % kein rentenrelevanter Invaliditätsgrad resultieren (vgl. dazu der Einkommensvergleich in der angefochtenen Verfügung). Somit bleibt es bei dem in der angefochtenen Verfügung errechneten Invaliditätsgrad von 23 %.

8. 8.1 Der Beschwerdeführer lässt neben der Ausrichtung einer Invalidenrente beantragen, es seien weitere Massnahmen zur beruflichen Eingliederung anzuordnen. Gemäss Art. 8 Abs. 1 IVG haben Invalide oder von einer Invalidität (Art. 8 ATSG) bedrohte Versicherte Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen, soweit - diese notwendig und geeignet sind, die Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, wieder herzustellen, zu erhalten oder zu verbessern; und - die Voraussetzungen für den Anspruch auf die einzelnen Massnahmen erfüllt sind. Die Eingliederungsmassnahmen beruflicher Art sind in den Art. 15-18d IVG geregelt. So können Berufsberatung, eine erstmalige berufliche Ausbildung, eine Umschulung, eine Arbeitsvermittlung, Arbeitsversuche, Einarbeitungszuschüsse, eine Entschädigung für Beitragserhöhungen oder auch Kapitalhilfe gewährt werden. Jede einzelne Massnahme unterliegt gewissen Voraussetzungen, die erfüllt sein müssen und die sich aus der jeweiligen Bestimmung ergeben. Arbeitsunfähige Versicherte, welche eingliederungsfähig sind, haben gemäss Art. 18 Abs. 1 IVG Anspruch auf aktive Unterstützung bei der Suche eines geeigneten Arbeitsplatzes und begleitende Beratung im Hinblick auf die Aufrechterhaltung ihres Arbeitsplatzes. 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). Die Leistungen können nach Artikel 21 Absatz 4 ATSG gekürzt oder verweigert werden, wenn die versicherte Person den Pflichten nach Artikel 7 dieses Gesetzes oder nach Artikel 43 Absatz 2 ATSG nicht nachgekommen ist (Art. 7b Abs. 1 IVG).

8.2 Angesichts des Invaliditätsgrades von 23 % hat der Beschwerdeführer grundsätzlich Anspruch auf berufliche Massnahmen. Zudem wurde auch im F.\_\_\_\_-Gutachten die Zumutbarkeit der Durchführung von beruflichen Massnahmen bejaht (S. 43 des Gutachtens). Die Beschwerdegegnerin stellt sich dagegen auf den Standpunkt, der Beschwerdeführer habe aktuell keinen Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen. So sehe er sich nicht in der Lage, ein Pensum von mehr als 50 % zu leisten, zudem würden berufliche Massnahmen der Invalidenversicherung einen absoluten Verzicht auf Drogen voraussetzen. Nach der Rechtsprechung ist nur dann von fehlendem Eingliederungswillen bzw. fehlender subjektiver Eingliederungsfähigkeit (zum Erfordernis der objektiven und subjektiven Eingliederungsfähigkeit der versicherten Person: Silvia Bucher, Eingliederungsrecht der Invalidenversicherung, 2011, Rz. 124 und 539) auszugehen, wenn er mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 138 V 218 E. 6 S. 221 mit Hinweisen)

feststeht (Urteil des Bundesgerichts 9C\_368/2012 vom 28. Dezember 2012 E. 3.1). Dabei sind insbesondere die gegenüber der Verwaltung und den medizinischen Experten gemachten Aussagen betreffend Krankheitsüberzeugung bzw. Arbeitsmotivation zu berücksichtigen. Ebenfalls von Belang sein können die im Vorbescheidverfahren und vor kantonalem Versicherungsgericht gemachten Ausführungen bzw. gestellten Anträge (Urteil 9C\_368/2012 E. 3.2; Urteil 9C\_474/2013 vom 20. Februar 2014 E. 6.3). Gegenüber den F.\_\_\_\_-Gutachtern hatte sich der Beschwerdeführer dahingehend geäußert, er würde gerne mehr arbeiten, könne sich aber maximal vorstellen, in einem 50%-Pensum zu arbeiten, es müsste sich um leichte Arbeiten handeln, mit der Möglichkeit, Pausen einzulegen und sich immer wieder hinzulegen. Aufgrund dessen erscheint die subjektive Eingliederungsfähigkeit – zumindest im Zeitpunkt der Begutachtung – zwar fraglich. Den Ausführungen der Beschwerdegegnerin ist jedoch entgegenzuhalten, dass eine im Rahmen einer Begutachtung im Jahr 2015 gemachte Aussage nicht ohne Weiteres ausreicht, um im Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen Verfügung vom 9. August 2017 immer noch auf eine fehlende subjektive Eingliederungsfähigkeit des Beschwerdeführers zu schliessen. Der Beschwerdeführer hat denn auch im Rahmen des Vorbescheidverfahrens eine Erklärung eingereicht, wonach er bereit sei, einem Pensum von mehr als 50 % nachzugehen und den Cannabiskonsum einzustellen (IV-Nr. 115). Diese Erklärung mag zwar auch aus versicherungsrechtlichen Überlegungen erfolgt sein. Dennoch liegen in den Akten ansonsten keine aktuellen Hinweise vor, welche die subjektive Eingliederungsfähigkeit des Beschwerdeführers mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ausschliessen würden. Ebenfalls ist zu beachten, dass sich die Experten nicht in dem Sinne äusserten, aufgrund einer ausgeprägten subjektiven Krankheits- und Behinderungsüberzeugung seien berufliche Massnahmen kaum durchführbar und nicht empfehlenswert (vgl. Urteil 9C\_87/2016 vom 23. November 2016 E. 5.2.2). Zudem hat auch der RAD-Arzt die Eingliederungsmassnahmen in seiner Stellungnahme vom 3. Juni 2015 (IV-Nr. 108) nicht aufgrund der fehlenden subjektiven Eingliederungsfähigkeit, sondern aufgrund des Cannabis-Konsums verneint. Nach dem Gesagten wurde der Beschwerdeführer grundsätzlich zu Unrecht wegen fehlender subjektiver Eingliederungsfähigkeit auf den Weg der Selbsteingliederung verwiesen. Sodann ist es aufgrund der Akten nicht erstellt, ob vor der Durchführung von Eingliederungsmassnahmen eine vollständige Cannabisabstinenz des Beschwerdeführers notwendig ist. Die diesbezügliche Einschätzung des RAD-Arztes ist nicht weiter begründet. Zwar gab der Beschwerdeführer noch anlässlich der F.\_\_\_\_-Begutachtung an, er konsumiere täglich Cannabis, einen Joint abends, manchmal am Wochenende auch zwei (S. 31 des F.\_\_\_\_-Gutachtens). Dennoch gingen die Gutachter in der Folge davon aus, der Cannabis-Konsum sei ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Zudem hielt der Beschwerdeführer in seiner vorgenannten Erklärung (IV-Nr. 115) fest, er beschränke den Konsum mittlerweile auf das Wochenende. Angesichts der Biographie des Beschwerdeführers mit Polytoxikomanie und massivem Substanzmittelmissbrauch ist es aber zumindest fraglich, ob dieser Punkt als «geringfügiger THC-Konsum» abgetan werden kann. Die Sache ist somit in diesem Punkt an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit sie prüft, ob vor der Durchführung der Eingliederungsmassnahmen eine Cannabisabstinenz des Beschwerdeführers notwendig ist. Bejahendenfalls hat die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer im Rahmen eines Mahn- und Bedenkzeitverfahrens Frist zu setzen, seine Cannabisabstinenz nachzuweisen. Kommt die Beschwerdegegnerin dagegen zum Schluss, eine Cannabisabstinenz sei nicht notwendig, so hat sie direkt die für den Beschwerdeführer geeigneten beruflichen

Eingliederungsmassnahmen durchzuführen. Somit ist die Sache im Sinne der Erwägungen in teilweiser Gutheissung der Beschwerde an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. 9.

9.1 Bei diesem Verfahrensausgang besteht Anspruch auf eine Parteientschädigung, die von der Beschwerdegegnerin zu bezahlen ist. Ist das Quantitative einer Leistung streitig, rechtfertigt eine «Überklagung» nach der in Rentenangelegenheiten ergangenen Rechtsprechung eine Reduktion der Parteientschädigung nur, wenn das ziffernmässig bestimmte Rechtsbegehren den Prozessaufwand beeinflusst hat (BGE 117 V 401 E. 2c S. 407). Bildet beispielsweise ein invalidenversicherungsrechtlicher Rentenanspruch Anfechtungs- und Streitgegenstand, führt demgemäss der Umstand allein, dass im Beschwerdeverfahren abweichend von dem auf eine ganze oder zumindest eine höhere Rente gerichteten Rechtsbegehren keine ganze oder aber eine geringere Rente als beantragt zugesprochen wird, noch nicht zu einer Reduktion der Parteientschädigung (Urteile 9C\_580/2010 vom 16. November 2010 E.

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