

# SO\_GERICHTE VSBES.2017.6 vom 21. November 2016

SO Obergericht, 2016-11-21, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so\\_gerichte\\_VSBES.2017.6](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2017.6)

FR: SO\_GERICHTE VSBES.2017.6 du 21 novembre 2016

IT: SO\_GERICHTE VSBES.2017.6 del 21 novembre 2016

## Erwägungen

### E. 1

1.1 Der 1980 geborene A.\_\_\_\_ (nachfolgend: Beschwerdeführer) meldete sich am 23. November 2013 unter Hinweis auf psychische Beeinträchtigungen bei der Invalidenversicherungsstelle des Kantons Solothurn (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) zur beruflichen Integration / Rente an (IV-St. Beleg Nr. [IV-Nr.] 2).

1.2 Nach Einholen des Arztberichts von med. pract. B.\_\_\_\_, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, vom 19. März 2014, des Arbeitsvertrags vom 14. Oktober 2014 für das befristete Praktikum in der Tagesbetreuung C.\_\_\_\_, des Zwischenzeugnisses vom 23. Juli 2015 und des Kontoauszugs aus dem individuellen Konto der Ausgleichskasse (IV-Nrn. 7, 10, 13 f.), erstellte der Eingliederungsfachmann D.\_\_\_\_ am 26. November 2015 einen Zwischenbericht (IV-Nr. 16). Gestützt auf diesen sprach die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer mit Verfügung vom 1. Dezember 2015 (IV-Nr. 18) vom 16. November 2015 bis 15. Mai 2016 berufliche Massnahmen im Sinne eines Arbeitsversuchs in der C.\_\_\_\_, [ ], zu und richtete ihm während dieser Zeit ein Taggeld aus (vgl. Verfügungen vom 17. und 28. Dezember 2015, IV-Nrn. 20 f.). Da der Eingliederungsfachmann D.\_\_\_\_ den Beschwerdeführer anschliessend weder telefonisch noch per E-Mail erreichen konnte (IV-Nr. 22), lud er ihn per 21. Januar 2016 zur Besprechung des weiteren Vorgehens ein. Weil der Beschwerdeführer nicht zu diesem Termin erschien, teilte ihm der Eingliederungsfachmann im Rahmen von «Bemerkungen» am 21. Januar 2016 (IV-Nr. 23) mit, der Arbeitsversuch werde mit dem heutigen Datum abgebrochen. Der Beschwerdeführer wurde sodann mit Einschreiben vom 25. Januar 2016 per 9. Februar 2016 zu einer erneuten Besprechung eingeladen und auf seine Mitwirkungspflicht hingewiesen.

1.3 Nach Einholen des Austrittsberichts der E.\_\_\_\_, [ ], vom 12. Februar 2016 (IV-Nr. 27) betreffend die vierte Hospitalisation des Beschwerdeführers vom 29. September bis 12. November 2015 und der Aktennotiz von Dr. med. F.\_\_\_\_, Fachärztin für Arbeitsmedizin, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD), vom 24. Juni 2016 (IV-Nr. 28), erliess die Beschwerdegegnerin am 28. Juni 2016 eine «medizinische Auflage» (IV-Nr. 29). Damit wurde der Beschwerdeführer aufgefordert, eine ambulante Psychotherapie aufzunehmen und regelmässig fortzuführen sowie den Beikonsum von Heroin einzustellen. Zusätzlich sei er verpflichtet, monatlich zwischen zwei bis vier Urinproben abzugeben. Diese Auflage gelte zunächst bis Ende September 2016, um über die Wiederaufnahme beruflicher Massnahmen entscheiden zu können und könne während etwaiger beruflicher Massnahmen jederzeit verlängert werden. Zudem sei die Beschwerdegegnerin bei Notwendigkeit berechtigt, eine Haaranalyse zu veranlassen. Im Falle eines Nichterfüllens dieser Auflagen würden etwaige berufliche Massnahmen abgebrochen, das Dossier geschlossen und aufgrund der vorliegenden Unterlagen voraussichtlich ein negativer Entscheid betreffend

Eingliederung wie auch Rente erlassen. Ferner wurde der Beschwerdeführer auf seine Mitwirkungspflichten hingewiesen.

1.4 Die Beschwerdegegnerin holte in der Folge weitere medizinische Berichte ein (IV-Nrn. 31 f.) und stellte dem Beschwerdeführer aufgrund des Abschlussberichts des Eingliederungsfachmannes D.\_\_\_\_ vom 3. August 2016 (IV-Nr. 34) mit Vorbescheid vom 12. August 2016 (IV-Nr. 35) wegen unentschuldigtem Nichtfolgeleisten der Aufforderung die Abweisung seiner Leistungsbegehren auf berufliche Massnahmen und eine Invalidenrente in Aussicht. Daran hielt sie trotz erhobenen Einwänden vom 16. September 2016 (IV-Nr. 39) mit Verfügung vom 21. November 2016 (A.S. [Akten-Seiten] 1 ff.) fest.

2. Dagegen lässt der Beschwerdeführer am 9. Januar 2017 beim Versicherungsgericht des Kantons Solothurn (nachfolgend: Versicherungsgericht) fristgerecht Beschwerde erheben und folgende Rechtsbegehren stellen (A.S. 4 ff.):

1. Die Verfügung der IV-Stelle vom 21. November 2016 sei aufzuheben.

2. Dem Beschwerdeführer seien die gesetzlichen Leistungen nach IVG (Berufliche Massnahmen und / oder Rentenleistungen) zuzusprechen.

3. Zur Feststellung des psychiatrischen Sachverhalts sei vom Gericht ein monodisziplinäres Gutachten einzuholen, welches ebenso zur Frage der Frühinvalidität Stellung nimmt.

4. Für die Begutachtung sei einer der vorgeschlagenen Gutachter zu berücksichtigen.

5. Nach Vorliegen des psychiatrischen Fachgutachtens sei zu entscheiden, ob das Valideneinkommen nach Art. 26 IVV festzulegen sei.

6. Es sei gestützt auf das Gutachten festzustellen, ob gestützt auf einen korrekten Einkommensvergleich dem Versicherten ab Mai 2014 eine Rente auszurichten sei und / oder ob berufliche Massnahmen durchgeführt werden können.

7. Eventualiter: Es sei zu prüfen, ob dem Versicherten für die vergangenen beruflichen Massnahmen von August 2014 bis August 2015 ein volles Taggeld der Invalidenversicherung zusteht.

8. Der Beschwerdeführer sei im Rahmen der unentgeltlichen Rechtspflege von der Bezahlung der Verfahrenskosten zu befreien.

9. Unter Kosten- und Entschädigungsfolge zulasten der Beschwerdegegnerin.

3. Im Rahmen der Beschwerdeantwort vom 2. Februar 2017 schliesst die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde (A.S. 27).

4. Mit Verfügung vom 7. Februar 2017 (A.S. 28 f.) bewilligt die Vizepräsidentin des Versicherungsgerichts dem Beschwerdeführer ab Prozessbeginn die unentgeltliche Rechtspflege (Befreiung von sämtlichen Gerichtskosten und von der Kostenvorschusspflicht).

5. Mit Eingabe vom 17. Februar 2017 (A.S. 30) reicht die Vertreterin des Beschwerdeführers ihre Kostennote ein, die mit Verfügung vom 20. Februar 2017 (A.S. 31) zur Kenntnisnahme an die Beschwerdegegnerin geht.

6. Mit Verfügung vom 11. Mai 2017 (A.S. 32 f.) wird den Parteien mitgeteilt, dass zur Beurteilung der Streitfrage, ob der Beschwerdeführer Anspruch auf Leistungen der Beschwerdegegnerin habe, ein monodisziplinäres Psychiatrisches Gerichtsgutachten bei Dr.

med. G.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, eingeholt werde. Zudem wird den Parteien der vorgesehene Fragenkatalog präsentiert und Gelegenheit gegeben, sich dazu und zum vorgeschlagenen Gutachter zu äussern. Die Parteien werden zudem darüber informiert, dass das Versicherungsgericht den in den Akten vorhandenen Bericht der E.\_\_\_\_, [...], vom 20. August 2012 vervollständige und sich der Beschwerdeführer bei seinem Hausarzt Dr. med. H.\_\_\_\_ nach definitiver Gutachtenszusprache ohne Vorankündigung, jeweils auf Abruf, spontanen Urinproben zu unterziehen habe.

6.1 Mit Eingabe vom 16. Mai 2017 (A.S. 35) verzichtet die Beschwerdegegnerin auf eine Äusserung resp. das Einreichen von Zusatzfragen.

6.2 Mit Eingabe vom 31. Mai 2017 (A.S. 36 f.) lässt sich der Beschwerdeführer mit der vorgesehenen Begutachtung einverstanden erklären und verzichtet auf das Einreichen von ergänzenden Fragen.

6.3 Mit Verfügung vom 7. Juni 2017 (A.S. 38 ff.) stellt die Vizepräsidentin des Versicherungsgerichts fest, die Parteien hätten innert Frist weder Ergänzungsfragen noch Ablehnungsgründe vorgebracht. Mit der monodisziplinären psychiatrischen Begutachtung werde Dr. med. G.\_\_\_\_ beauftragt.

6.4 Das Psychiatrische Gerichtsgutachten von Dr. med. G.\_\_\_\_ datiert vom 14. Juli 2017 (A.S. 46 ff.) und wird den Parteien zusammen mit dessen Rechnung mit Verfügung vom 20. Juli 2017 (A.S. 71 f.) zur Kenntnisnahme zugestellt.

6.5 Mit Verfügung vom 24. Juli 2017 (A.S. 73) wird den Parteien die Rechnung von Dr. med. H.\_\_\_\_ vom 20. Juli 2017 zur Kenntnisnahme zugestellt.

6.6 Mit Eingabe vom 25. August 2017 (A.S. 75 ff.) lässt der Beschwerdeführer zum Gutachten Stellung nehmen und eine Kostennote ab 20. Februar 2017 einreichen.

6.7 Mit Verfügung vom 4. September 2017 (A.S. 79) stellt die Vizepräsidentin des Versicherungsgerichts fest, die Beschwerdegegnerin habe auf eine Stellungnahme zum Gutachten verzichtet und stellt der Beschwerdegegnerin ein Doppel der Stellungnahme der Vertreterin des Beschwerdeführers vom 25. August 2017 sowie der Kostennote zur Kenntnisnahme zu.

7. Mit Verfügung vom 12. September 2017 (A.S. 80 f.) fordert die Vizepräsidentin des Versicherungsgerichts den Beschwerdeführer auf, den Bericht vom 20. August 2012 bei der E.\_\_\_\_, [...], zu beschaffen und einzureichen.

8. Der Beschwerdeführer lässt mit Eingabe vom 21. September 2017 (A.S. 83) sowohl den Bericht der E.\_\_\_\_ vom 20. August 2012 als auch weitere medizinische Berichte einreichen. Diese werden der Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 25. September 2017 (A.S. 85) zur Kenntnisnahme zugestellt.

9. Auf die Ausführungen der Parteien in ihren Rechtsschriften wird nachfolgend, soweit erforderlich, eingegangen. Im Übrigen wird auf die Akten verwiesen.

## II.

1. Die Beschwerde ist rechtzeitig erhoben worden und erfüllt die formellen Voraussetzungen. Das angerufene Gericht ist sachlich, örtlich und funktionell zuständig. Auf die Beschwerde ist somit einzutreten.

## E. 2

2.1 Nach Art. 28 Abs. 1 Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) haben jene Versicherte 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 zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG, SR 830.1]) gewesen sind (lit. b) sowie nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind. 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.

2.2 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 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 IVG).

2.3 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 140 V 193 E. 3.2 S. 196, 132 V 93 E. 4, 125 V 256 E. 4 S. 261; Urteil des Bundesgerichts 8C\_575/2016 vom 6. Dezember 2016 E. 2).

2.4 Nach der Rechtsprechung führt Drogensucht (wie auch Alkoholismus und Medikamentenmissbrauch) als solche nicht zu einer Invalidität im Sinne des Gesetzes. Dagegen wird sie im Rahmen der Invalidenversicherung relevant, wenn sie eine Krankheit oder einen Unfall bewirkt hat, in deren Folge ein körperlicher oder geistiger, die Erwerbsfähigkeit beeinträchtigender Gesundheitsschaden eingetreten ist, oder wenn sie selber Folge eines körperlichen oder geistigen Gesundheitsschadens ist, dem Krankheitswert zukommt (BGE 124 V 265 E. 3c S. 268). Aus letzterem Leitsatz folgt nicht, dass die Auswirkungen einer Drogensucht, die ihrerseits auf einen Gesundheitsschaden zurückgeht, per se invaliditätsbegründend sind. Die zitierte Praxis setzt vielmehr den Grundsatz um, dass funktionelle Einschränkungen nur anspruchsbegründend sein können, wenn sie sich als Folgen selbstständiger Gesundheitsschädigungen darstellen (Art. 6 ff. ATSG und Art. 4 Abs. 1 IVG). Insofern verhält es sich ähnlich wie im Verhältnis zwischen psychosozialen oder soziokulturellen Umständen und fachärztlich festgestellten psychischen Störungen von Krankheitswert (BGE 127 V 294 E. 5a S. 299): Wo die Gutachter im Wesentlichen nur Befunde erheben, welche in der Drogensucht ihre hinreichende Erklärung finden, gleichsam in dieser aufgehen, ist kein invalidisierender psychischer Gesundheitsschaden gegeben. Dies trifft zu, wenn davon auszugehen ist, dass sich beispielsweise ein depressives Zustandsbild bei einer (angenommenen) positiven Veränderung der suchtbedingten psychosozialen Problematik wesentlich bessern (und die damit verbundene Beeinträchtigung des Leistungsvermögens sich entsprechend verringern)

würde (Urteile 8C\_580/2014 vom 11. März 2015 E. 2.2.1, 9C\_856/2012 vom 19. August 2013 E. 2.2.1, 8C\_582/2015 vom 8. Oktober 2015 E. 2.2.1).

2.5 Angesichts der insoweit finalen Natur der Invalidenversicherung (BGE 120 V 95 E. 4c S. 103; Meyer Ulrich/Reichmuth Marco: Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 3. Aufl. 2014, Rz. 51 zu Art. 4 IVG) ist nicht entscheidend, ob die Drogensucht Folge eines körperlichen oder geistigen Gesundheitsschadens ist oder ob die Sucht ausserhalb eines Kausalzusammenhangs mit dem versicherten Gesundheitsschaden steht. In beiden Konstellationen sind reine Suchtfolgen IV-rechtlich irrelevant, soweit sie als solche allein leistungsmindernd wirken. Hingegen sind sie gleichermassen IV-rechtlich relevant, soweit sie in einem engen Zusammenhang mit einem eigenständigen Gesundheitsschaden stehen. Dies kann der Fall sein, wenn die Drogensucht ■ einem Symptom gleich ■ Teil eines Gesundheitsschadens bildet (BGE 99 V 28 E. 3b S. 30); dies unter der Voraussetzung, dass nicht allein die unmittelbaren Folgen des Rauschmittelkonsums, sondern wesentlich auch der psychiatrische Befund selber zu Arbeitsunfähigkeit führt. Sodann können selbst reine Suchtfolgen invalidisierend sein, wenn daneben ein psychischer Gesundheitsschaden besteht, welcher die Betäubungsmittelabhängigkeit aufrecht erhält oder deren Folgen massgeblich verstärkt. Umgekehrt können die Auswirkungen der Sucht (unabhängig von ihrer Genese) wie andere psychosoziale Faktoren auch mittelbar zur Invalidität beitragen, wenn und soweit sie den Wirkungsgrad der Folgen eines Gesundheitsschadens beeinflussen (Urteile des Bundesgerichts 8C\_580/2014 vom 11. März 2015 E. 2.2.2, 9C\_856/2012 vom 19. August 2013 E. 2.2.2 m.H., 8C\_582/2015 vom 8. Oktober 2015 E. 2.2.2).

3. Nach Art. 8 Abs. 1 IVG haben Invalide oder von einer Invalidität 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 (lit. a); und die Voraussetzungen für den Anspruch auf die einzelnen Massnahmen erfüllt sind (lit. b). Unter Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden allgemeinen Arbeitsmarkt zu verstehen (Art. 7 Abs. 1 ATSG).

3.1 Zu den Eingliederungsmassnahmen gehört im Rahmen der Massnahmen beruflicher Art auch der Arbeitsversuch. Laut Art. 18a Abs. 1 IVG kann Versicherten, die im Rahmen der Arbeitsvermittlung einen Arbeitsplatz gefunden haben, während der erforderlichen Anlern- oder Einarbeitungszeit, längstens jedoch während 180 Tagen, ein Einarbeitungszuschuss entrichtet werden. Der Zuschuss entspricht höchstens der maximalen Höhe der Tagelder (Art. 18a Abs. 2 IVG). Zusätzliches Leistungserfordernis ist laut Art. 18a Abs. 1 IVG die Absolvierung einer Anlern- oder Einarbeitungszeit (vgl. dazu Urteile des Bundesgerichts 8C\_388/2013 vom 16. Dezember 2013 E. 3.2.2, 9C\_50/2011 vom 25. Mai 2011 E. 4. beide m.w.H.).

3.2 Auszugehen ist vom Grundsatz der erwerblichen Verwertbarkeit einer verbesserten oder wiedergewonnenen Arbeitsfähigkeit auf dem Weg der Selbsteingliederung. Ausnahmsweise können ■ aus medizinischer oder beruflicherwerblicher Sicht ■ vom Gesetz vorgesehene Eingliederungsmassnahmen angezeigt sein, etwa in Fällen langjähriger Absenz vom Arbeitsmarkt und allenfalls daraus sich ergebender psychischer Probleme, eher schwachem Leistungsprofil hinsichtlich Wissen und intellektuellen Fähigkeiten sowie bei

Fehlen nennenswerter beruflicher Erfahrung. Dagegen haben nicht gesundheitlich bedingte Umstände, welche einer erfolgreichen Eingliederung entgegenstehen, ausser Acht zu bleiben (Urteil des Bundesgerichts 9C\_882/2010 vom 25. Januar 2011 E. 8.1 mit Hinweisen). Weiter muss die versicherte Person mindestens das Alter 55 zurückgelegt oder seit mehr als 15 Jahren eine Rente bezogen haben (SVR 2012 IV Nr. 25 S. 104 9C\_363/2011 E. 3.1, 2011 IV Nr. 73 S. 220 9C\_228/2010 E. 3.3, 2011 IV Nr. 30 S. 86 9C\_163/2009 E. 4.2.2; Urteil des Bundesgerichts 8C\_393/2016 vom 25. August 2016 E. 3.3 m.w.H.).

### **E. 3**

Zur Feststellung des psychiatrischen Sachverhalts sei vom Gericht ein monodisziplinäres Gutachten einzuholen, welches ebenso zur Frage der Frühinvalidität Stellung nimmt.

### **E. 4**

4.1 Sowohl im Verwaltungsverfahren wie auch im kantonalen Sozialversicherungsprozess gilt der Untersuchungsgrundsatz (Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben Verwaltung und Sozialversicherungsgericht den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht. Der Untersuchungsgrundsatz weist enge Bezüge zum ■ auf Verwaltungs- und Gerichtsstufe geltenden ■ Grundsatz der freien Beweiswürdigung auf. Führen die im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen den Versicherungsträger oder das Gericht bei umfassender, sorgfältiger, objektiver und inhaltsbezogener Beweiswürdigung (BGE 132 V 393 E. 4.1 S. 400) zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich (BGE 126 V 353 E. 5b S. 360, 125 V 193 E. 2 S. 195 je mit Hinweisen) zu betrachten, und es könnten weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, so liegt im Verzicht auf die Abnahme weiterer Beweise keine Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 134 I 140 E. 5.3 S. 148, 124 V 90 E. 4b S. 94). Bleiben jedoch erhebliche Zweifel an Vollständigkeit und/oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellung bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteile des Bundesgerichts 8C\_909/2010 vom 1. März 2011 E. 4.1, 8C\_1021/2009 vom 3. November 2010 E. 4.2, 8C\_101/2010 vom 3. Mai 2010 E. 4.1 und 9C\_167/2009 vom 28. Mai 2009 E. 3.1).

4.2 Versicherungsträger und Sozialversicherungsrichter haben die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen (Art. 61 lit. c ATSG; BGE 125 V 352 E. 3a). Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass der Sozialversicherungsrichter alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen 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. Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der

medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

4.3 Nach der Rechtsprechung weicht das Gericht bei Gerichtsgutachten nicht ohne zwingende Gründe von den Einschätzungen des medizinischen Experten ab (BGE 135 V 465 E. 4.4 S. 469). Ein Grund zum Abweichen kann vorliegen, wenn die Gerichtsexpertise widersprüchlich ist oder wenn ein vom Gericht eingeholtes Obergutachten in überzeugender Weise zu anderen Schlussfolgerungen gelangt. Eine abweichende Beurteilung kann ferner gerechtfertigt sein, wenn gegensätzliche Meinungsäußerungen anderer Fachexperten dem Richter als triftig genug erscheinen, die Schlüssigkeit des Gerichtsgutachtens in Frage zu stellen, sei es, dass er die Überprüfung durch einen Oberexperten für angezeigt hält, sei es, dass er ohne Oberexpertise vom Ergebnis des Gerichtsgutachtens abweichende Schlussfolgerungen zieht (BGE 125 V 351 E. 3b/aa S. 352 f.).

4.4 Für die Beurteilung eines Falles hat das Sozialversicherungsgericht grundsätzlich auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügung (hier: 21. November 2016) eingetretenen Sachverhalt abzustellen (BGE 131 V 242 E. 2.1 S. 243, 121 V 366 E. 1b).

5. Aufgrund der vorliegenden Rechtsschriften der Parteien ergibt sich, dass vorerst der Umfang von Anfechtungs- und Streitgegenstand zu klären ist:

5.1 Im verwaltungsgerichtlichen Beschwerdeverfahren sind grundsätzlich nur Rechtsverhältnisse zu überprüfen bzw. zu beurteilen, zu denen die zuständige Verwaltungsbehörde vorgängig verbindlich ■ in Form einer Verfügung ■ Stellung genommen hat. Insoweit bestimmt die Verfügung den beschwerdeweise weiterziehbaren Anfechtungsgegenstand. Umgekehrt fehlt es an einem Anfechtungsgegenstand und somit an einer Sachurteilsvoraussetzung, wenn und insoweit keine Verfügung ergangen ist (BGE 131 V 164 S. 164 f. E. 2.1, 125 V 413 S. 414).

5.2 Streitgegenstand im System der nachträglichen Verwaltungsrechtspflege ist das Rechtsverhältnis, welches ■ im Rahmen des durch die Verfügung bestimmten Anfechtungsgegenstandes ■ den auf Grund der Beschwerdebegehren effektiv angefochtenen Verfügungsgegenstand bildet. Anfechtungs- und Streitgegenstand sind danach identisch, wenn die Verwaltungsverfügung insgesamt angefochten wird; bezieht sich demgegenüber die Beschwerde nur auf einzelne der durch die Verfügung bestimmten Rechtsverhältnisse, gehören die nicht beanstandeten ■ verfügungsweise festgelegten ■ Rechtsverhältnisse zwar wohl zum Anfechtungs-, nicht aber zum Streitgegenstand (BGE 131 V 164 S. 165 E. 2.1, 125 V 414 E. 1b in Verbindung mit E. 2a).

In der Verwaltungsverfügung festgelegte ■ somit Teil des Anfechtungsgegenstandes bildende ■, aber auf Grund der Beschwerdebegehren nicht mehr streitige ■ somit nicht zum Streitgegenstand zählende ■ Fragen prüft der Richter nur, wenn die nicht beanstandeten Punkte in engem Sachzusammenhang mit dem Streitgegenstand stehen (BGE 122 V 242 E. 2a S. 244, 117 V 294 E. 2a S. 295, 112 V 97 E. 1a S. 99, 110 V 48 E. 3c S. 51 mit Hinweisen, vgl. auch 122 V 34 E. 2a S. 36). Ebenso verhält es sich, wenn Punkte beurteilt werden sollen, die nicht Gegenstand der angefochtenen Verfügung bildeten.

5.3 Vorliegend hat die Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 21. November 2016 (A.S. 1 ff.) die Leistungsbegehren des Beschwerdeführers auf weitere berufliche Massnahmen und auf eine Invalidenrente mit der Begründung abgewiesen, dass der Beschwerdeführer den Aufforderungen in der medizinischen Auflage vom 28. Juni 2016 unentschuldigt nicht nachgekommen sei. Weitere Leistungen würden daher verweigert. Die beruflichen Massnahmen würden abgebrochen und die Prüfung der IV-Rente abgelehnt. Somit bilden vorliegend einzig die konkrete Durchführung und der Inhalt der medizinischen Auflage vom 28. Juni 2016 bzw. das von der Beschwerdegegnerin durchgeführte Mahn- und Bedenkzeitverfahren den Anfechtungsgegenstand. Auf die vom Beschwerdeführer mit Beschwerde vom 9. Januar 2017 eventualiter beantragten Taggeldleistungen betreffend die von der Beschwerdegegnerin initiierten beruflichen Eingliederung von August 2014 bis August 2015 (vgl. E. I. 2 Ziff. 7 hiervor, A.S. 11) ist demnach mangels Anfechtungsgegenstand nicht einzutreten. Dasselbe gilt auch für die vom Beschwerdeführer beantragte Festlegung des Valideneinkommens nach Art. 26 IVV und den verlangten Einkommensvergleich ab Mai 2014 (vgl. E. I. 2 Ziff. 5 f. hiervor).

6. Streitig und zu prüfen ist einzig, ob die Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 21. November 2016 (A.S. 1 ff.) die Leistungsbegehren des Beschwerdeführers auf berufliche Massnahmen und eine Invalidenrente aufgrund der durch den Beschwerdeführer nicht befolgten «medizinischen Auflage» vom 28. Juni 2016 zu Recht abgewiesen hat. Diesbezüglich ist im Wesentlichen relevant, ob der Beschwerdeführer seiner Mitwirkungspflicht nachgekommen ist.

6.1 Die versicherte Person muss gemäss Art. 7 Abs. 1 IVG 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. Art. 21 Abs. 4 ATSG bestimmt, dass einer versicherten Person die Leistungen vorübergehend oder dauernd gekürzt oder verweigert werden können, wenn sie sich einer zumutbaren Behandlung oder Eingliederung ins Erwerbsleben, die eine wesentliche Verbesserung der Erwerbsfähigkeit oder eine neue Erwerbsmöglichkeit verspricht, entzieht oder widersetzt oder nicht aus eigenem Antrieb das ihr Zumutbare dazu beiträgt. Sie muss vorher schriftlich gemahnt und auf die Rechtsfolgen hingewiesen werden; ihr ist eine angemessene Bedenkzeit einzuräumen (Urteil des Bundesgerichts 9C\_68/2015 vom 24. April 2015 E. 2.2 f.). Behandlungs- oder Eingliederungsmassnahmen, die eine Gefahr für Leben und Gesundheit darstellen, sind nicht zumutbar. Die Regelungen von Art. 43 Abs. 3 ATSG (Nichteintreten oder Sachentscheid aufgrund der Akten) und Art. 7b Abs. 1 IVG (Kürzung oder Verweigerung der Leistung) sind grundsätzlich nebeneinander anwendbar (Urteile des Bundesgerichts 9C\_744/2011 vom 30. November 2011 E. 5.1 mit Hinweis, 9C\_370/2013 vom 22. November 2013 E. 3). Grundsätzlich hat sich die Sanktion bei verletzter Schadenminderungs- oder Mitwirkungspflicht an das Verhältnismässigkeitsprinzip (vgl. Urteile des Bundesgerichts I 824/06 vom 13. März 2007 E. 4, 9C\_671/2016 vom 20. März 2017 E. 2.2) zu halten und insbesondere das Ausmass des Verschuldens der versicherten Person zu berücksichtigen (Urteil des Bundesgerichts 9C\_370/2013 vom 22. November 2013 E. 3). Aus Gründen der Verhältnismässigkeit kann die entsprechende Sanktion grundsätzlich nur so lange wirksam bleiben, als die Mitwirkungsverweigerung andauert. Ist die versicherte Person wieder zur Mitwirkung bereit, ist von einer Neuanmeldung auszugehen (Urteile des Bundesgerichts 9C\_994/2009 vom 22. März 2010 E. 5.1, 9C\_244/2016 vom 16. Januar 2017 E. 3.3).

6.2 Ein Rentenanspruch kann grundsätzlich nicht entstehen, solange zumutbare therapeutische und andere schadenmindernde Vorkehren nicht ausgeschöpft werden. Ist durch eine tatsächlich realisierbare Veränderung der für die gesundheitliche Situation bedeutsamen Rahmenbedingungen eine wesentliche Verbesserung des Gesundheitszustands und damit der dadurch eingeschränkten Arbeitsfähigkeit zu bewirken, liegt kein invalidisierender Gesundheitsschaden im Sinne des Gesetzes vor (Urteile des Bundesgerichts 9C\_254/2013 vom 30. Oktober 2013 E. 3.1, 9C\_947/2012 vom 19. Juni 2013 E. 3.2.2 mit Hinweis, 9C\_671/2016 vom 20. März 2017 E. 2.2).

7. Um die Zumutbarkeit der «medizinischen Auflage» vom 28. Juni 2016 beurteilen zu können, ist zunächst auf den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers einzugehen. Die medizinischen Akten präsentieren sich im Wesentlichen wie folgt:

7.1 Beim Indikationsgespräch vom 20. bzw. 27. April 2011 (IV-Nr. 32 S. 10 ff.) hielten med. pract. I.\_\_\_\_, Leitender Oberarzt, und Dr. med. J.\_\_\_\_, Assistenzarzt, E.\_\_\_\_, [ ], fest, der Beschwerdeführer sei durch den betreuenden Hausarzt Dr. med. H.\_\_\_\_ zur Beurteilung, insbesondere mit der Fragestellung der Indikation einer Benzodiazepin-Substitution, zugewiesen worden. Es wurden folgende Diagnosen ausgewiesen:

■ langjährige Polytoxikomanie, aktuell in ärztlich überwachtem Substitutionsprogramm mit Subutex (ICD-10 F19.22)

■ aktuell Nebenkonsum von Benzodiazepinen, gelegentlich Cannabis und Kokain

■ Verdacht auf leichte depressive Episode, DD Angststörung

Aufgrund der langjährigen Polytoxikomanie mit den Leitsubstanzen Heroin und Benzodiazepine seien sowohl die bereits installierte Subutex-Substitution sowie auch eine Substitution mit Benzodiazepinen indiziert. Der Beschwerdeführer dränge auf die Abgabe von Xanax retard, welches alternativ zum Valium als langwirksame Benzodiazepin-Substitutionssubstanz gut in Frage komme. Anstelle des vom Beschwerdeführer bevorzugten Seresta zur Nacht werde die Abgabe eines schlafanstossenden Antidepressivums wie bspw. Remeron empfohlen, welches sowohl für die angegebene Angstsymptomatik, die depressiven Symptome und auch die Schlafstörung positive Effekte haben werde. Eine weiterführende fachärztliche Begleitung durch einen niedergelassenen Psychiater werde vom Beschwerdeführer gewünscht und sei sicherlich sinnvoll.

7.2 Im Bericht betreffend das Indikationsgespräch der E.\_\_\_\_, [ ], mit dem Beschwerdeführer vom 20. August 2012 (IV-Nr. 32 S. 13, Beilage Nr. 2 des Beschwerdeführers vom 21. September 2017) wird festgehalten, dass die Zuweisung durch den Hausarzt Dr. med. H.\_\_\_\_ zur Beurteilung der Indikation für eine Kokain-Entzugsbehandlung und eine Benzodiazepin-Substitution erfolgt sei. Der Beschwerdeführer habe sich anmelden lassen, weil er mit einer Fachperson bestimmte Optionen hinsichtlich der Suchtbehandlung besprechen möchte und er sich daraus Impulse für seine Zukunftsplanung erhoffe. Er berichte, nach dem Ausschluss aus der Therapie im K.\_\_\_\_ (nach acht Monaten wegen mehreren Rückfällen) sei er in [...] bei seiner Mutter eingezogen. Er arbeite aktuell zu 50 % im Gemeindearbeitsplatz (GAP) der L.\_\_\_\_, welche auch mit seinem Case Management vertraut sei. Er sei mit der Arbeit eigentlich zufrieden und mit 8 mg Subutex pro Tag substituiert und damit zufrieden, auf Heroinbeikonsum könne er seit längerem verzichten. Auch Kokain konsumiere er nur noch sehr sporadisch,

letztmals vor drei Monaten. Sein Problem sei der Benzodiazepin-Beikonsum von täglich drei bis vier mg Rohypnol und 30 ■ 40 mg Valium nebst den verordneten 6 mg Xanax retard. Es sei für ihn schwierig, den Tag ohne Rohypnol auszuhalten, obwohl er zuvor im K. \_\_\_ ohne Benzodiazepine ausgekommen sei. Am liebsten hätte er eine Rohypnolabgabe durch seinen Hausarzt. Er berichte weiter über Schwierigkeiten mit seiner Mutter. Es komme immer wieder zu Auseinandersetzungen, weshalb er bald ausziehen möchte, was seine Mutter ebenfalls unterstütze. Es wurden folgende Diagnosen festgehalten:

■ langjährige Polytoxikomanie, aktuell in ärztlich überwachtem Substitutionsprogramm mit Subutex (ICD-10 F19.22)

■ aktuell Nebekonsum von Benzodiazepinen, gelegentlich Cannabis und Kokain

Aufgrund der langjährigen Polytoxikomanie mit den Leitsubstanzen Heroin und Benzodiazepine seien sowohl die bereits installierte Subutex-Substitution sowie auch eine Substitution mit Benzodiazepinen indiziert. Der Beschwerdeführer könnte sich eine Abgabe von Valium vorstellen, welches aufgrund seiner langwirksamen Eigenschaft grundsätzlich in Frage komme. Alternativ sei auch das Rivotril zu erwägen (in der Szene noch gänzlich unbekannt, langsames Anfluten als das Valium). Von einer Abgabe von Rohypnol würden sie aufgrund der rasch anflutenden Wirkung sowie der Verwertbarkeit auf dem Schwarzmarkt generell abraten. Zu bedenken seien zudem die kognitiven Langzeitfolgen bei permanentem Gebrauch. Der Beschwerdeführer scheine durch die Spannungen mit der Mutter gedrängt, sich eine neue Wohnung resp. Suchtbehandlung zu organisieren und zeige sich diesbezüglich ambivalent. Eine stationäre Teilentzugsbehandlung oder Einstellung auf eine Benzodiazepin-Substitution könnten sie dem Beschwerdeführer jederzeit anbieten. Idealerweise würde im Vorfeld die weitere Wohnsituation noch geklärt, eine mindestens teilweise betreute Wohnform wäre hier sicher zu begrüßen. Die Empfehlung bezüglich einer Benzodiazepin-Substitution werde ihm erläutert.

7.3 Der den Beschwerdeführer seit dem 27. Mai 2013 behandelnde Dr. med. B. \_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, wies im Arztbericht vom 19. März 2014 folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit aus (IV-Nr. 7 S. 6 ff.):

■ rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1), seit mehreren Jahren

■ gegenwärtig Teilnahme an einem ärztlich überwachten Ersatzdrogenprogramm in Form von Substitution (ICD-10 F11.22), seit mehreren Jahren

■ akzentuierte Persönlichkeitszüge mit emotional instabilen, ängstlich-vermeidenden und selbstunsicheren Anteilen (ICD-10 Z73.1)

Folgende Diagnosen seien ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

■ Ereignisse in der Kindheit, die den Verlust des Selbstwertgefühls zur Folge haben (ICD.10 Z61.3)

■ emotionale Vernachlässigung des Kindes (ICD-10 Z62.4)

■ Probleme in der Beziehung zu den Eltern (ICD-10 Z63.1)

Aktuell arbeite der Beschwerdeführer vormittags im geschützten Arbeitsumfeld in der an das [...] angegliederten Werkstatt. Der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers sei besserungsfähig. Es seien berufliche Massnahmen angezeigt (S. 7). Bei einem reduzierten

Pensum und einem Arbeitsplatz im geschützten Rahmen zeigten sich zurzeit keine Beeinträchtigungen oder Einschränkungen. Der Beschwerdeführer verfüge über keine abgeschlossene Erstausbildung. Ziel sei das Absolvieren einer Erstausbildung. Fraglich sei, ob diese im ersten Arbeitsmarkt stattfinden könne, oder ob eine Erstausbildung im geschützten Rahmen angestrebt werden müsse. Im Rahmen einer Ausbildung müsse die eingeschränkte Belastbarkeit des Beschwerdeführers berücksichtigt werden (S. 9). Zu beachten seien dabei die depressive Stimmung, Selbstzweifel, das Gefühl nicht zu genügen, fehlende soziale Kompetenzen, Angst vor Zurückweisung, Überangepasstsein, emotionale Instabilität. Initial sei ihm diese Tätigkeit im Rahmen von 50 % zumutbar. Die weitere Steigerung des Arbeitspensums müsse stufenweise und auf die Belastbarkeit des Beschwerdeführers abgestimmt erfolgen. Beim Beschwerdeführer habe bereits in der Kindheit ein psychisches Leiden bestanden. Zerrüttete Familienverhältnisse, instabile Bindungen zu beiden Elternteilen, emotionale Vernachlässigung des Beschwerdeführers im Kindesalter, Mobbing sowie die vielen Umzüge und daraus resultierenden Schwierigkeiten, sich immer wieder von neuem in eine bestehende Schulklasse integrieren zu müssen, seien dem Suchtleiden vorangegangen. Die Sucht habe lange Zeit als Strategie gedient, sich von negativen Gefühlen distanzieren zu können und das psychische Leiden nicht mehr so stark zu spüren. Heute möchte der Beschwerdeführer daran arbeiten, einen besseren Umgang mit seinen Emotionen zu finden. Die heutige psychische Erkrankung bestehe nicht wegen des Suchtleidens, sondern gehe auf die negativen Kindheitserfahrungen zurück, die der Beschwerdeführer gemacht habe. Es bestehe keine Abstinenz sondern eine medikamentöse Substitution.

7.4 Im Austrittsbericht der E.\_\_\_\_, [ ], vom 12. Februar 2016 (IV-Nr. 27) wurde während der vierten Hospitalisation vom 29. September bis 12. November 2015 eine «langjährige Polytoxikomanie, aktuell Substitution mit Subutex (ICD-10 F19.22)» diagnostiziert. Die letzte (3.) Hospitalisation sei vom 11. bis 23. Juni 2010 unter den Diagnosen «langjährige polyvalente Abhängigkeit (Heroin, Kokain, Benzodiazepin) aktuell Substitution mit Subutex» erfolgt (vgl. dazu Austrittsbericht vom 27. Juli 2010, Beilage Nr. 5 des Beschwerdeführers vom 21. September 2017). Die Austrittsmedikation habe aus Subutex 8 mg bestanden. Der Beschwerdeführer sei in die Therapeutische Gemeinschaft K.\_\_\_\_ entlassen worden. Er berichte, seit März 2015 in einem begleiteten Wohnen in [...] zu leben und zu 70 % in einer Tagesstätte im Altersbereich zu arbeiten. Die Behandlung in der Therapeutischen Gemeinschaft K.\_\_\_\_ sei vorzeitig beendet worden, danach habe er massiv Rohypnol konsumiert. Von 2011 sei er im Untersuchungsgefängnis gewesen (unbezahlte Bussen), dort sei eine Umstellung auf Valium erfolgt. Seit 2011 nehme er regelmässig bis 30 mg Valium täglich, Xanax 2 mg bis 2 Tabletten pro Tag sowie MST 500 mg pro Tag. Das MST werde durch den Hausarzt verschrieben. Der Beschwerdeführer möchte einen Totalabbau von MST sowie Valium. Xanax möchte er weiterhin beibehalten. Alkohol, Heroin, Kokain sowie andere Medikamente konsumiere er nicht.

Er sei zum Entzug mit eventuell anschliessender Einstellung einer Substitution auf der geschlossenen suchtspezifischen Station aufgenommen worden. Zunächst sei der vorangegangene Konsum auf eine äquivalente Dosis von täglich 500 mg MST und 30 mg Valium eingestellt worden. Der Patient habe sich dadurch gut abgedeckt gefühlt und auch beim folgenden schrittweisen Abbau kaum über Entzugserscheinungen berichtet. Das MST habe im Verlauf auf 80 mg täglich reduziert werden können und am 2. November 2015 sei die Umstellung auf Subutex mit einer Dosis von 1,2 mg täglich erfolgt, welche der Patient

beim Austritt so habe belassen wollen. Das Valium habe im Verlauf komplett ausgeschlichen werden können. Zusätzlich sei die Medikation mit Xanax retard von insgesamt 4 mg täglich installiert worden. Der Beschwerdeführer sei ins multimodale Therapiekonzept mit einem suchtspezifischen Programm in Form von Einzel- und Gruppengesprächen, Arbeits-, Bewegungs- und Ergotherapie eingebunden worden. Er habe sich jeweils an den internen Therapien beteiligt und sich freundlich und motiviert gezeigt. Er habe insgesamt viel Autonomie gebraucht und sei über seine Medikation selbstbestimmend. Da er keine Entwöhnungsbehandlung beabsichtigte, habe er in einem deutlich stabilisierten Allgemeinzustand und bei fehlender Selbst- oder Fremdgefährdung nach Hause entlassen werden können.

7.5 Im Rahmen des Indikationsgesprächs in der E.\_\_\_\_, [ ], vom 13. Mai 2016 (IV-Nr. 32 S. 14 f.) wurde festgehalten, der Beschwerdeführer sei durch seinen Hausarzt Dr. med. H.\_\_\_\_ zur weiteren ambulanten Behandlung bei langjähriger Polytoxikomanie, welche momentan mit Sevre-Long und Xanax substituiert sei, zugewiesen worden. Der Leitende Arzt Dr. med. M.\_\_\_\_ und der Arzt Dr. med. N.\_\_\_\_ stellten folgende Diagnose: «langjährige polyvalente Abhängigkeit (Heroin, Kokain, Cannabis und Benzodiazepine), aktuell Substitution mit MST und Xanax (ICD-10 F19.22)». Nach dem Austritt mit Teilentzug in der E.\_\_\_\_ Ende 2015 sei der Beschwerdeführer rasch rückfällig geworden. Unter Subutex habe er einen Suchtdruck verspürt und wieder mit dem Heroinkonsum begonnen. Mitte Januar habe ihm der Hausarzt MST verschrieben. Er habe damit keinen Suchtdruck bzw. keinen Beikonsum von Heroin. Zusätzlich sei er mit Xanax 4 mg täglich substituiert und gut eingestellt. Der Beschwerdeführer verneine den Beikonsum von Benzodiazepinen. Seit circa vier Jahren konsumiere er kein Kokain mehr, jedoch zwei- bis dreimal wöchentlich Cannabis. Anfangs 2016 sei er depressiv geworden und habe Lust-, Freud- sowie Antriebslosigkeit verspürt. Mit dem vom Hausarzt verschriebenen Cipralext 10 mg habe sich der Zustand rasch verbessert. Sein Wunsch sei es, eine Arbeitsstelle zu finden. Unter «Beurteilung» wurde festgehalten, es handle sich um einen 36jährigen Patienten mit einer langjährigen polyvalenten Abhängigkeit (Heroin, Kokain, Cannabis und Benzodiazepine). Aktuell sei er mit MST und Xanax substituiert. Er habe gemäss eigenen Angaben seit Januar 2016 keinen Beikonsum mehr. Er wünsche sich eine ambulante Begleitung.

7.6 In der Aktennotiz vom 24. Juni 2016 (IV-Nr. 28) hielt Dr. med. F.\_\_\_\_, Fachärztin für Arbeitsmedizin, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD), fest, sie habe mit Dr. med. H.\_\_\_\_, Hausarzt, wegen der Inhalte des Mahn- und Bedenkzeitverfahrens telefoniert. Er sei noch nicht darüber informiert gewesen, dass der Beschwerdeführer nach dem Indikationsgespräch nicht mehr in der Psychiatrie erschienen sei. Die Therapiekontinuität sei durchwegs ein Problem bei ihm. Neben dem Beikonsum von Heroin auch regelmässig THC. Derzeit verschreibe Dr. med. H.\_\_\_\_ folgende Medikamente: MST 300 mg (Morphin) pro Tag, Xanax, Citalopram (vgl. Medikamentenliste, IV-Nr. 32 S. 16). Dr. med. H.\_\_\_\_ sei über die geplante dreimonatige Auflage zur Mitwirkung mit den Inhalten Therapieverpflichtung (ambulante Psychotherapie), Verzicht auf Beikonsum (Heroin) und Durchführung der Urinproben, informiert worden, damit wieder berufliche Massnahmen aufgenommen werden könnten. Anschliessend würden die UPs weiter fortgeführt. Bei Nichterfüllen der Auflage erfolge der Abschluss bei der Beschwerdegegnerin. Dr. med. H.\_\_\_\_ unterstütze dies.

7.7 Dr. med. B.\_\_\_\_ hielt in der Ergänzung vom 5. Juli 2016 (IV-Nr. 31) zum Arztbericht vom 19. März 2014 (vgl. E. II. 7.3 hiervor) betreffend das ihm von der Beschwerdegegnerin

unterbreitete «Beiblatt Sucht» (S. 4) fest, die Psychotherapie habe von Ende Mai 2013 bis anfangs Juli 2014 gedauert. Im Zeitraum von Mai bis August 2015 seien vier weitere Gespräche erfolgt. Seither hätten keine weiteren Therapiesitzungen stattgefunden. Zum Zeitpunkt des Berichts vom 19. März 2014 habe ein Beikonsum für die Substanzen Heroin und Cannabis bestanden. Vorwiegend sei es an den Wochenenden zum Beikonsum gekommen. Der Beschwerdeführer habe 2015 berichtet, keinen Beikonsum für Heroin mehr zu haben, gelegentlich aber noch Cannabis zu konsumieren. Zum Zeitpunkt des Berichts (von 2014) sowie in den therapeutischen Gesprächen 2015 habe weiterhin eine medikamentöse Substitution bestanden. Entsprechend sei die Sucht während dieser Zeitspanne anhaltend gewesen. Wie bereits dem Bericht vom 19. März 2013 [recte: 2014] zu entnehmen sei, habe die Sucht lange Zeit als Strategie gedient, um sich von negativen Gefühlen distanzieren zu können und das psychische Leiden nicht mehr so stark zu spüren. Behandlungsmassnahmen stellten das Erlernen alternativer Bewältigungsstrategien zur Emotionsregulation in Form von Skills dar. Ebenfalls könne dem Bericht vom 19. März 2014 entnommen werden, dass die Sucht aus einem psychischen Leiden heraus entstanden sei. Zerrüttete Familienverhältnisse, instabile Bindungen zu beiden Elternteilen, emotionale Vernachlässigung des Beschwerdeführers im Kindesalter, Mobbing in der Schule sowie die vielen Umzüge und daraus resultierenden Schwierigkeiten, sich immer wieder von Neuem in eine bestehende Schulklasse integrieren zu müssen, seien dem Suchtleiden vorausgegangen. Bezogen auf den Behandlungszeitraum habe beim Beschwerdeführer betreffend die Arbeitsfähigkeit eine eingeschränkte Belastbarkeit bestanden. Diese sei begründet durch: depressive Stimmung, Selbstzweifel, das Gefühl, nicht zu genügen, fehlende soziale Kompetenz, Angst vor Zurückweisung, Kränkung, reduzierte Frustrationstoleranz, Überangepasstsein (Bedürfnisse anderer würden als bedeutender wahrgenommen als die eigenen), emotionale Instabilität. Ob die Erwerbsfähigkeit durch die volle Abstinenz wiederherstellbar wäre, sei zum Zeitpunkt des Berichts vom 19. März 2014 zweifelhaft, da von einem fortbestehenden psychischen Leiden mit einer eingeschränkten Belastbarkeit ausgegangen werden müsse. Zu bedenken sei, dass die Sucht für den Beschwerdeführer im Sinne einer dysfunktionalen Bewältigungsstrategie zur Emotionsregulation (Distanzierung von negativen Emotionen) fungiert habe. Zudem bestehe die Sucht über mehrere Jahre hinweg. Auch gehe voraus, dass suchtabstinente Therapien in der Vergangenheit nicht erfolgreich verlaufen seien. Fachärztliche Psychotherapie könne den Patienten in der Auseinandersetzung mit den in seiner Kindheit erworbenen Schemata und Muster, welche tief in der Persönlichkeit des Patienten verankert seien, unterstützen. Grundsätzlich müssten das chronische Gefühl, nicht zu genügen, und die Angst, nicht wahrgenommen oder akzeptiert zu werden sowie die Angst vor Verletzung und Ablehnung mit dem Patienten bearbeitet werden. Eine Änderung des emotionalen Erlebens im Sinne einer Korrektur dieser in der Kindheit erworbenen Schemata würde nur langsam und über längere Zeit bei hoher Therapiemotivation erreicht werden können. Suchtbedingte irreversible hirnorganisch-neurologische Schäden seien zum Behandlungszeitpunkt keine bekannt gewesen. In Bezug auf die suchtbedingte Wesensveränderung: es habe keine Konzentrationsverminderung wahrgenommen werden können. Der Beschwerdeführer habe in den Therapiesitzungen dem Gespräch gut folgen können. Soziale Verwahrlosung im engeren Sinne habe ebenfalls nicht bestanden. Trotzdem habe der Beschwerdeführer in der Zeitspanne der Therapie sehr zurückgezogen gelebt. Ein grosser Wunsch sei, ausserhalb der Szene Kontakte zu knüpfen, was sich für ihn aber trotz Bemühungen sehr schwierig gestaltet habe. Die Belastbarkeit sei während des

Behandlungszeitraumes eingeschränkt gewesen. Zum Behandlungszeitpunkt hätte auch bei voller Abstinenz beim Beschwerdeführer von einem fortbestehenden psychischen Leiden mit eingeschränkter Belastbarkeit ausgegangen werden müssen. Der Beschwerdeführer habe in der Therapie von seinem Praktikum im Bereich Altersbetreuung berichtet, welches er damals im C.\_\_\_\_ absolviert habe. Das Praktikum und die Arbeit hätten ihm gefallen. Auch habe er sehr motiviert gewirkt, wieder einer Arbeit nachzugehen. Die Belastbarkeit sei dabei reduziert gewesen. Der Beschwerdeführer habe von Stimmungseinbrüchen berichtet, welche für ihn sehr schwer zu steuern gewesen seien, worunter er stark gelitten habe. Der weitere Verlauf betreffend berufliche Massnahmen des Beschwerdeführers sei nicht bekannt. Entsprechend könne dieser nicht beurteilt werden. Sämtliche Angaben bezögen sich auf den Behandlungszeitraum von Mai 2013 bis Juli 2014 sowie auf die Therapiesitzungen während Mai bis August 2015. Seit Mitte August 2015 hätten keine weiteren Therapiesitzungen mehr stattgefunden. Entsprechend seien der aktuelle psychische Zustand des Beschwerdeführers sowie die Ausprägung seiner Suchterkrankung nicht bekannt.

7.8 Gemäss Telefongespräch zwischen Dr. med. F.\_\_\_\_, RAD, und Dr. med. N.\_\_\_\_, Suchtabteilung, E.\_\_\_\_, [ ], vom 22. Juni 2016 (vgl. Protokolleintrag vom 22. Juni 2016) sei der Beschwerdeführer nach dem stationären Aufenthalt (Ende 2015) zuletzt am 13. Mai 2016 bei Dr. med. N.\_\_\_\_ zum Indikationsgespräch (Abklärung Fortführung der ambulanten Therapie) gewesen. Dem Folgetermin am 8. Juni 2016 sei er unentschuldig ferngeblieben und er habe auch telefonisch nicht erreicht werden können. Der Beschwerdeführer habe unter Subutex wohl Heroin-Beikonsum betrieben, sei dann vom Hausarzt wieder auf MST umgestellt worden (300 mg) und habe darunter gemäss eigenen Angaben keinen Suchtdruck mehr und gebe an, keinen Beikonsum mehr zu betreiben. Dr. med. N.\_\_\_\_ wurde über die geplante Auflage zur Mitwirkung (Stopp Beikonsum/Nachweis durch Urinproben/Verpflichtung zur regelmässigen Therapie, Durchführung der UPs) informiert. Er unterstütze dies, bisher habe die Therapie nie kontinuierlich aufgenommen werden können (immer Abbruch nach einem Indikationsgespräch).

7.9 Dr. med. H.\_\_\_\_, Allgemeine Medizin FMH, hielt im Arztbericht vom 16. Juli 2016 (IV-Nr. 32 S. 5 ff.) als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine «langjährige Polytoxikomanie» fest. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit sei ein «Asthma bronchiale (anamnestisch)» gegeben. Er behandle den Beschwerdeführer seit dem 24. Januar 2011 bis weiterhin, wobei die letzte Kontrolle am 6. Juli 2016 stattgefunden habe. Die Prognose sei ungünstig sowohl bezüglich der Drogenbeikonsum-Abstinenz bei laufendem Substitutionsprogramm aufgrund des nicht möglichen Einhaltens einer Drogenabstinenz als auch in Bezug auf eine erforderliche Selbstdisziplin / Compliance bezüglich einer allfälligen beruflichen Re-Integration. Gegenwärtig erfolge ein laufendes Substitutionsprogramm bei Dr. med. H.\_\_\_\_ in der Praxis (MST). Die ambulante Psychotherapie beim Psychiatrischen Ambulatorium der E.\_\_\_\_ sei abgebrochen worden. Es werde die Fortsetzung der Substitutionsbehandlung empfohlen. Offiziell habe nie eine Arbeitsunfähigkeit bestätigt werden müssen ■ bei allerdings nach Lehrabbruch erfolgter Sozialamtabhängigkeit und seither offenbar nur zeitweisen Arbeitseinsätzen und Gelegenheitsarbeiten (Gartenarbeiten) ■ bei auch häufigen stationären Aufenthalten im Zusammenhang mit Drogenentzügen. Einfachere Arbeiten, für welche kein Lehrabschluss notwendig sei, schienen auf den ersten Blick durchaus möglich, allerdings dürfte ein Arbeiten im beruflich erwerbsmässigen Sinne daran scheitern, dass aufgrund des

fortgesetzten Beikonsums und der Malcompliance bzw. der Unmöglichkeit des zuverlässigen / konsequenten Einhaltens von Rahmenbedingungen, wie sie üblicherweise bei einer beruflichen Anstellung unabdingbar seien, die Einschränkung doch recht gross sei ■ dies, obwohl körperlich kaum eine Einschränkung bestehe (somatisch gelte es lediglich, allenfalls das Asthma zu berücksichtigen). Bei der Arbeit würden sich die Einschränkungen vermutlich durch ein ungenügendes Durchhaltevermögen im Falle eines fixen Arbeitspensums und eine ungenügende allgemeine psychische Stabilität / Belastbarkeit sowie ein zu ausgeprägtes Gedrängtsein zum Drogen(bei-)konsum auswirken. Konsekutiv zu erwartende häufige Absenzen und / oder eingeschränkte Leistungsfähigkeit und Zuverlässigkeit. Die bisherige Tätigkeit wäre dem Beschwerdeführer aus medizinischer Sicht noch zumutbar. Diese habe ja gemäss dem auf anamnestischen Angaben basierenden Wissensstand in der Ausübung von Gartenarbeiten bestanden und sei offenbar mehrere Stunden pro Tag möglich gewesen, wobei ihm nicht bekannt sei, an wie vielen Tagen pro Woche oder Monat. Dabei bestehe eine verminderte Leistungsfähigkeit. Mit einer solchen ■ je nach gerade herrschender täglicher Verfassung ■ sei aufgrund des bereits erwähnten schwankenden / wechselhaften psychischen Befindens zu rechnen. Eine behinderungsbedingte Tätigkeit wäre mit vier Stunden pro Tag als realistischerweise obere Grenze vorstellbar, sofern es sich um eine an den Beschwerdeführer adaptierte und für ihn angenehme Tätigkeit handle, wie dies beim Verrichten von Gartenarbeiten offenbar der Fall gewesen sei. Durch medizinische Massnahmen liessen sich die Einschränkungen nicht vermindern. Es könne mit der Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit bzw. Erhöhung der Einsatzfähigkeit von 30 - 40 % gerechnet werden. Es bestehe jederzeit eine gewisse Einsatzfähigkeit, z.B. für Gartenarbeiten, wobei anfänglich in einer Eingewöhnungsphase das Pensum nicht mehr als 30 - 40 % betragen sollte; im Verlauf könnte dieses möglicherweise auf circa vier Stunden pro Tag gesteigert werden. Betreffend die Arbeits-Eingliederungsmöglichkeit könne entweder ein Arbeitstraining oder ein direkter Wiedereinsatz für Gartenarbeiten stattfinden, wie dies anamnestisch immer wieder ausgeführt werde.

In Bezug auf das Dr. med. H. \_\_\_ unterbreitete «Beiblatt Sucht» (S. 9) hielt er fest, gegenwärtig sei ein Beikonsum von Heroin und THC (nebst Substitution mit MST und Benzodiazepinen) nachweisbar. Die Sucht dauere an. Aktuell finde eine Substitutionsbehandlung statt. Es seien bereits stationäre Behandlungen durchgeführt worden. In Bezug auf die Frage, ob die Sucht primären Charakter habe, oder selbst eine Folge / ein Symptom eines invalidisierenden körperlichen geistigen Gesundheitsschadens sei, meinte Dr. med. H. \_\_\_, es sei bei den E. \_\_\_ nachzufragen sowie evtl. etwas aus früheren Berichten von stationären Behandlungen zu entnehmen, die ihm nicht vorlägen. Eine Abstinenz sei aufgrund des bisherigen Verlaufes wohl unrealistisch, aber selbst dann bestünde fortdauernd eine erheblich eingeschränkte Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit. Folgeschädigungen seien aus seiner Sicht keine vorhanden, welche sich im Fall einer Abstinenz einschränkend äussern würden. Der Zustand sei unter Substitution und medikamentöser antidepressiver Therapie sowie vorhandenem Beikonsum stabil und ordentlich zufriedenstellend, den Umständen entsprechend.

7.10 Da sich aufgrund der medizinischen Akten nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit feststellen liess, ob die diagnostizierte Polytoxikomanie in einem engen Zusammenhang mit einem eigenständigen Gesundheitsschaden des Beschwerdeführers steht (vgl. E. II. 2.4 f. hiervor), hat das Versicherungsgericht des Kantons Solothurn am

7. Juni 2017 (A.S. 38 ff.) ein Psychiatrisches Gutachten bei Dr. med. G.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, in Auftrag gegeben. Dieses datiert vom 14. Juli 2017 (A.S. 46 ff.). Darin werden folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ausgewiesen (A.S. 58):

1. Persönlichkeitsstörung gemischt mit dysthymen, emotional instabilen, selbstunsicheren und abhängig-ängstlichen Anteilen, ICD-10 F61.0

2. Polytoxikomanie, ICD-10 F19

a) Substitution mit MST, ICD-10 F11.22

b) Regelmässiger Heroin-Konsum, ICD-10 F11.2

c) Regelmässiger Cannabis-Konsum, ICD-10 F12.0

d) Regelmässiger, ärztlich kontrollierter Konsum von Xanax (Alprazolam), ICD-10 F13.22

Es gebe keine Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Berücksichtige man die funktionellen Beeinträchtigungen, die Ressourcendefizite, den bisherigen Verlauf, die Aktenlage und die Angaben des Beschwerdeführers (A.S. 67), so müsse aus psychiatrisch gutachterlicher Sicht festgestellt werden, dass der Beschwerdeführer infolge seiner dekompenzierten Persönlichkeitsstörung im ersten Arbeitsmarkt als vorerst zu 100 % arbeitsunfähig zu beurteilen sei. Berufliche Massnahmen seien indiziert. Das mittelfristige Ziel sei, d.h. in den nächsten zwei bis drei Jahren, eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit im ersten Arbeitsmarkt von 50 % einerseits zu erreichen und andererseits auch zu realisieren. Dabei handle es sich um Hilfsarbeiten, die auch temporär sein könnten und seinen allfälligen körperlichen Einschränkungen angepasst seien. Vorausgehend seien einige Monate Arbeitstraining mit steigenden Anforderungen auf inhaltlicher und zeitlicher Ebene indiziert. Es sollte an der letzten Massnahme, wie sie im C.\_\_\_\_ realisiert worden sei, wieder angeknüpft werden. Es brauche eine Anlaufzeit und unbedingt auch eine begleitende, prophylaktische psychiatrische Betreuung, weil es beim Beschwerdeführer schnell zu affektiven Einbrüchen, zur pathologischen Regression mit Rückgriff auf die harten Drogen kommen könne. Seine gesamte und damit v.a. auch dauerhafte Belastbarkeit sei weniger gut, als dass der Beschwerdeführer dies v.a. in qualitativer Hinsicht selber einschätze. Dies begründe sich mit seiner Persönlichkeitsproblematik. Es sei aber sinnvoll und zielführend auch unter Nutzung der Motivation des Beschwerdeführers, diesen Weg zu beschreiten. Er sei im Grunde genommen 2015 durch den Rückfall des Beschwerdeführers abgebrochen worden, weil dieser damals angeblich nicht mehr in psychiatrischer Behandlung gewesen sei und sich über seine Enttäuschungen und seine Wut am Arbeitsplatz nicht geäussert habe. Er habe er sich damals am Arbeitsplatz angeblich zurückgesetzt und gekränkt gefühlt.

Der Beschwerdeführer sei früher Hauswart gewesen. In dieser Tätigkeit bestehe derzeit eine 100%ige Beeinträchtigung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit, da dem Beschwerdeführer eine derart verantwortungsvolle Arbeit in Anbetracht seiner Unbeständigkeit und seines Drogenkonsums nicht zugemutet werden resp. er mit diesen Beeinträchtigungen einem allfälligen Arbeitgeber nicht zugemutet werden könne. Hilfstätigkeiten, beginnend mit drei Stunden täglich, ausweitend auf 4 Stunden 20 Minuten täglich an fünf Tagen pro Woche im geschützten Rahmen und dann mit einem entsprechenden schrittweisen Übergang zu einer 50%igen Realisierung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit im ersten Arbeitsmarkt, seien zumutbar und indiziert. Eine angepasste Tätigkeit umfasse eine relativ einfache, wenig intellektuelle Anforderungen stellende Arbeit, vorzugsweise in einem Team. Allzu

monotone Arbeiten, wie z.B. Fließbandarbeit, würden beim Beschwerdeführer sicherlich schnell zur Frustration und zum Rückzug resp. zum Rückfall führen. Der Referent könne die Angaben des Beschwerdeführers diesbezüglich unter Berücksichtigung seiner Persönlichkeitsstörung nachvollziehen. Der Beschwerdeführer brauche einen dauernden Reiz und eine Herausforderung, auch den Kontakt mit einem führenden, spiegelnden Gegenüber, da er sonst aufgrund seiner Strukturierungsdefizite, in einen Zustand der Selbstzweifel, der fehlenden Durchhaltekraft und sinkenden affektiven Belastbarkeit gerate, den er schwer aushalten könne. Zusätzlich möchte der Referent darauf hinweisen, dass Schichtarbeit kontraindiziert sei, da die Einhaltung einer kontinuierlichen Tagesstruktur dem psychischen Strukturdefizit des Beschwerdeführers entgegenkomme.

Bezüglich des Verlaufs der Arbeitsunfähigkeit müsse festgestellt werden, dass die vorliegende Beurteilung ab Januar 2016, also dem Zeitpunkt des Beginns der MST Ersatzbehandlung, Gültigkeit habe, da sich die MST Ersatzbehandlung offenbar auf die gesamte gesundheitliche und soziale Stabilisierung positiv ausgewirkt habe (A.S. 67). Solange der Beschwerdeführer die erwähnte in der Schadensminderungspflicht begründete Abstinenz nicht einhalte, seien Massnahmen der Invalidenversicherung indiziert. Die Fortsetzung des ärztlich kontrollierten Ersatzprogramms mit MST sei adäquat und zweckdienlich hinsichtlich der Chancen zur Wiedereingliederung.

Die Prognose sei in Anbetracht des bisherigen Verlaufs relativ ernst. Es gebe dennoch Elemente, die für eine gute Prognose sprächen. Dazu gehöre die Motivation des Beschwerdeführers, seine gute Zugänglichkeit und Freundlichkeit und auch seine Restfähigkeit, Verantwortung zu übernehmen, wie sich dies in seiner Garten- und Tierpflege manifestiere. Aus der Sicht des Referenten sei die Fortsetzung der sozialpsychiatrischen Begleitung des Beschwerdeführers dringlich, insbesondere zur Prophylaxe und zum Auffangen von affektiven Konflikten bei den Wiedereingliederungsschritten. Das Gleiche gelte für die hausärztlichen Gespräche. Auch diese seien wichtig, weil der Beschwerdeführer zum Hausarzt eine langjährige und tragende Beziehung aufgebaut habe. Die Fortsetzung der Substitutionsbehandlung mit MST sei ebenfalls indiziert und zweckdienlich. Die Abstinenz von Cannabis und Heroin zu fordern, sei im Rahmen der Schadensminderungspflicht indiziert. Dabei müssten während der von der Invalidenversicherung bezahlten Massnahmen, regelmässige und nicht angekündigte Urinproben hinsichtlich Heroin- und Cannabiskonsum getestet werden. Die Testung eines Nebenkonsums von Heroin sei gemäss telefonischer Auskunft des Labors [...] bei laufendem Ersatz-Programm mit MST labortechnisch möglich. Die Abstinenzforderung sei auch in Anbetracht des Alters und der sozialen und gesundheitlichen Folgen eines fortgesetzten Konsums von Heroin und Cannabis indiziert. Eine Psychotherapie oder eine längerdauernde stationäre Behandlung in einer therapeutischen Wohngemeinschaft sei nicht zuletzt in Ermangelung der Introspektionsfähigkeit und des Scheiterns zweier Versuche in der Vergangenheit derzeit nicht indiziert. Die jetzige soziale Situation des Beschwerdeführers mit dem selbständigen Wohnen, der MST Substitution und den erwähnten Wiedereingliederungsmassnahmen gebe eine gute Ausgangslage, die jetzige Stabilität künftig auf einem etwas höheren Niveau zu etablieren. Angesichts der Gesamtproblematik müsse immer mit Rückschlägen gerechnet werden. Das sei der Grund, weswegen der Referent die Prognose dennoch als ernst einstufe (A.S. 68).

In Bezug auf die Frage, ob beim Beschwerdeführer die Möglichkeit einer Frühinvalidität bestehe (A.S. 70), hielt Dr. med. G.\_\_\_\_ fest, der Beschwerdeführer habe trotz fehlendem

Lehrabschluss einige Jahre als Fabrikhauswart gearbeitet. Dies verdeutliche, dass er auch ohne Abschluss einer Lehre eine verantwortungsvolle berufliche Tätigkeit habe ausüben können. Es bestehe aus rein psychiatrischer Sicht gesehen, ohne aber auf eine neuropsychologische Abklärung zurückgreifen zu können, kein Hinweis für eine kognitive Beeinträchtigung, die eine derartige Arbeit verunmögliche.

Der Konsum von Cannabis und Heroin sowie Kokain und Benzodiazepinen habe einen Einfluss auf die Bezogenheit des Beschwerdeführers auf andere Menschen, die Durchhaltefähigkeit, die Konzentration und Aufmerksamkeit und die Frustrationstoleranz sowie den Antrieb. Aus Sicht des Referenten sei eine Abstinenz von Cannabis, Heroin, Kokain und allenfalls auch Benzodiazepinen zu fordern, wobei betreffend Benzodiazepinen ebenso wie für MST eine kontrollierte Abgabe noch im Rahmen des Tolerierbaren sei. Aufgrund der Schadenminderungspflicht sei der Konsum von Cannabis und Heroin sowie Kokain nicht tolerierbar (A.S. 70).

7.11 Es kann gestützt auf die medizinischen Akten zusammenfassend festgehalten werden, dass beim Beschwerdeführer eine langjährige Polytoxikomanie (Heroin, Benzodiazepin, Kokain und Cannabis) mit diversen Substitutionsbehandlungen im Vordergrund steht und sein psychischer Gesundheitszustand beeinträchtigt ist. So finden sich insbesondere die Diagnosestellungen einer rezidivierenden depressiven Störung, von akzentuierten Persönlichkeitszügen mit emotional instabilen, ängstlich-vermeidenden und selbstunsicheren Anteilen sowie einer Persönlichkeitsstörung gemischt mit dysthymen, emotional instabilen, selbstunsicheren und abhängig-ängstlichen Anteilen.

8. Eingehend auf die «medizinische Auflage» der Beschwerdegegnerin vom 28. Juni 2016 (IV-Nr. 29) ergibt sich Folgendes:

8.1 Im Rahmen der «medizinischen Auflage» vom 28. Juni 2016 wurde der Beschwerdeführer zum einen darauf hingewiesen, dass zur beruflichen Eingliederung eine langfristige und kontinuierliche psychotherapeutische Behandlung sowie ein nachhaltiger Stopp des Beikonsums von Heroin unabdingbar seien. Es sei ihm zumutbar, den Beikonsum einzustellen und dauerhaft einzuhalten. Die behandelnden Ärzte Dr. med. N.\_\_\_\_ und Dr. med. H.\_\_\_\_ unterstützten diese Massnahme, die Inhalte dieser Auflage seien mit ihnen abgesprochen. Zusätzlich sei der Beschwerdeführer verpflichtet, monatlich gemäss kurzfristiger telefonischer Aufforderung (ein bis maximal zwei Tage vor dem Termin) zwischen zwei und vier Urinproben abzugeben. Der Beschwerdeführer sei verpflichtet, telefonisch erreichbar zu sein resp. eine Combox zur Verfügung zu stellen, auf welcher der Termin für die Urinkontrolle hinterlegt werden könne. Nichterreichen oder Nichterscheinen gälten als positive Probe (also als «Drogentest positiv»). Diese Auflage gelte zunächst bis Ende September 2016, um über die Wiederaufnahme beruflicher Massnahmen entscheiden zu können. Während etwaiger beruflicher Massnahmen könne sie jederzeit verlängert werden. Zudem sei die Beschwerdegegnerin berechtigt, bei Notwendigkeit eine Haaranalyse zu veranlassen. Im Falle eines Nichterfüllens dieser Auflagen würden etwaige berufliche Massnahmen der Beschwerdegegnerin abgebrochen. Das Dossier in der IV würde geschlossen und aufgrund der vorliegenden Unterlagen voraussichtlich ein negativer Entscheid betreffende Eingliederung wie auch Rente erlassen. Der Beschwerdeführer wurde ausserdem auf seine Mitwirkungspflicht gemäss Art. 7b Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 21 Abs. 4 ATSG und Art. 7 Abs. 2 IVG hingewiesen. Er war somit u.a. über seine Pflicht zur aktiven Teilnahme an allen ihm zumutbaren Massnahmen, die zur Eingliederung ins Erwerbsleben dienen, informiert (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_68/2015 vom 24. April 2015 E. 2.2).

8.2 Es stellt sich die Frage, ob die «medizinische Auflage» vom 28. Juni 2016 vorliegend notwendig war:

8.2.1 Es gilt als unbestritten, dass der Beschwerdeführer an dem ihm durch die Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 1. Dezember 2015 (IV-Nr. 18) zugesprochenen sechsmonatigen Arbeitsversuch ab dem 16. November 2015 im C.\_\_\_\_ lediglich zu Beginn (nämlich am 15./16. November 2015) teilgenommen hat und anschliessend nicht mehr am Arbeitsplatz erschienen ist (vgl. Protokolleintrag vom 5. Januar 2016) und sich ausserdem ohne abzumelden vollständig zurückgezogen hat. So war es weder dem Arbeitgeber noch dem Eingliederungsfachmann oder dem eingesetzten Jobcoach möglich, mit dem Beschwerdeführer in Kontakt zu treten (vgl. Protokolleinträge vom 30. November 2015, 1. und 3. Dezember 2015). Er war während längerer Zeit weder telefonisch noch via E-Mail oder Post erreichbar. Erst über die Suchthilfe [...] konnte sodann am 8. Dezember 2015 (vgl. Protokolleintrag) in Erfahrung gebracht werden, dass der Beschwerdeführer einen «Rückfall» erlitten habe. Auch die weiteren Anrufversuche und Schreiben des Eingliederungsfachmannes blieben erfolglos bzw. unbeantwortet (vgl. Protokolleinträge vom 15. Dezember 2015, 5. Januar 2016, IV-Nr. 22). Die Suchthilfe [...] stellte sodann in der E-Mail vom 15. Januar 2016 fest (vgl. Protokolleintrag), es hätte heute ein Termin mit dem Beschwerdeführer und der Sozialarbeiterin stattfinden sollen, leider habe der Beschwerdeführer diesen verpasst. Sie hätten indes wenigstens kurz mit ihm telefonieren können. Die Situation sei momentan wie folgt: Der Beschwerdeführer habe seine Wohnung und das begleitete Wohnen per 31. Januar 2016 gekündigt. Er werde künftig wieder in [...] wohnen. Er habe sich bisher beim C.\_\_\_\_ nicht zu melden vermocht und den Wunsch geäussert, in [...] wieder über die Gemeindearbeitsplätze (GAP) der L.\_\_\_\_ eine Tagesstruktur zu erhalten. Dies werde die Sozialarbeiterin noch näher mit ihm besprechen und koordinieren. Aktuell sei also nicht realistisch, dass die laufende Massnahme mit dem Arbeitsversuch und der Unterstützung durch den Jobcoach weitergeführt werde. Der Eingliederungsfachmann D.\_\_\_\_ führte daraufhin mit E-Mail vom 18. Januar 2016 (vgl. Protokolleintrag) an die Suchthilfe [...] und die Sozialarbeiterin O.\_\_\_\_ aus, er werde den Coach und den C.\_\_\_\_ informieren und den aktuellen Arbeitsversuch auflösen. Er werde zudem klären, ob das Dossier in der beruflichen Eingliederung vorerst wieder geschlossen und abgewartet werde, bis der Beschwerdeführer einer Tagesstruktur nachgehen könne. Er wies zudem darauf hin, dass er den Beschwerdeführer am Donnerstag um 15.15 Uhr zu einem Termin eingeladen habe. Zum Termin vom 21. Januar 2016 erschien der Beschwerdeführer indes nicht (vgl. IV-Nr. 22 f.). Der Eingliederungsfachmann teilte dem Beschwerdeführer daher im Rahmen von «Bemerkungen» am 21. Januar 2016 (IV-Nr. 23) mit, da er heute nicht zum Termin erschienen sei und während der gesamten Massnahme weder erreichbar gewesen sei noch sich gemeldet habe, breche er den Arbeitsversuch mit dem heutigen Datum (21. Januar 2016) ab. Betreffend das weitere Vorgehen werde er den Beschwerdeführer wieder schriftlich informieren. Am 25. Januar 2016 (IV-Nr. 24) erfolgte eine zweite Einladung an den Beschwerdeführer. Der Eingliederungsfachmann D.\_\_\_\_ teilte ihm mit, er sei zum Gespräch vom 21. Januar 2016 nicht erschienen. Ohne seine aktive Mitarbeit könne sein Anspruch auf Leistungen der Beschwerdegegnerin nicht geprüft werden. Ausserdem wurde er darauf aufmerksam gemacht, dass er verpflichtet sei, bei den Abklärungen mitzuwirken. Falls er erneut dem vorgeschlagenen Gesprächstermin fernbleibe, würden die Erhebungen eingestellt und das Verfahren ohne Leistungen nach Art. 43 Abs. 3 ATSG abgeschlossen. Daher werde er auf den 9. Februar 2016, 11.00 Uhr, nochmals zu einer Besprechung eingeladen. Aufgrund dieser Besprechung wurde

festgehalten, nachdem der Beschwerdeführer im Oktober / November 2015 in einem Entzugsprogramm in der E.\_\_\_\_ gewesen sei (MST Ersatzprogramm), sei es kurz darauf wieder zu einem Rückfall und einer psychischen Krise gekommen. Der Beschwerdeführer habe es nicht mehr geschafft, sich im C.\_\_\_\_ zu melden und sei ohne Absprache für fast zwei Monate von der Bildfläche verschwunden. Weder das Vermittlungscoaching, welches im Herbst besprochen worden sei, noch der Arbeitsversuch im C.\_\_\_\_ seien aktuell noch Themen für den Beschwerdeführer. Da es aktuell überhaupt sehr zweifelhaft sei, ob der Soziale Bereich weiterhin eine Option für ihn darstelle, sehe der Eingliederungsfachmann derzeit eine Abklärung in einer Institution als einzige Möglichkeit. Ein Training im ersten Arbeitsmarkt würde ihn überfordern. Ausserdem werde ein klares Feedback benötigt, ob nicht doch ein anderer Bereich präferiert werden sollte (z.B. Schreinerei). Sie seien so verblieben, dass der Eingliederungsfachmann ein Vorstellungsgespräch für eine Abklärung organisiere und sich dann wieder mit dem Beschwerdeführer in Verbindung setze. Gemäss E-Mail des Beschwerdeführers vom 14. März 2016 (vgl. Protokolleintrag) fand in der Folge ein Gespräch mit der P.\_\_\_\_ Fachbereich Integration, statt. Dabei habe der Beschwerdeführer erzählt, seit einigen Monaten relativ regelmässig Heroin zu konsumieren, in der Regel jeden zweiten bis dritten Tag für CHF 20.00. Er mache dies nicht wegen der berauschenden Wirkung, wofür deutlich mehr nötig wäre, sondern einzig wegen der stark antidepressiven Wirkung von Diaphin, die ihm beim MST fehle. Am Freitag habe er einen Termin beim Arzt, der ihm evtl. ein Medikament geben könne, das besser helfe. Es sei daher mit Herrn Q.\_\_\_\_ (P.\_\_\_\_) abgemacht worden, erst einmal die medizinisch / psychische Ebene zu klären und dann mit 40 - 50 % in der Werkstatt zu beginnen, aber evtl. wäre doch besser, früher zu beginnen. Eine Beschäftigung würde ihm guttun. Er habe v.a. am Nachmittag oft Mühe. Am Morgen habe er mit dem Hund und dem Haus eigentlich genug Ablenkung. Nach dem Telefongespräch mit Herrn Q.\_\_\_\_ vom 15. März 2016 hielt der Eingliederungsfachmann mit Protokolleintrag vom selben Datum fest, dieser empfehle, der Beschwerdeführer müsse mit Heroin aufhören, er rauche dies auf einer Dosis, dass er gerade keine Entzugserscheinungen habe. Der Nebenkonsum sei gross. Das Eingliederungspotenzial des Beschwerdeführers sei gross, die Motivation sichtbar da. Im Moment sei eine Beschäftigung sehr wichtig. Anmeldung bei der L.\_\_\_\_: Auflage, keine weiteren Drogen zu nehmen. Momentan würden gesundheitliche Themen überwiegen.

8.2.2 Somit ist davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer seiner Mitwirkungspflicht während des ihm durch die Beschwerdegegnerin zugesprochenen sechsmonatigen Arbeitsversuchs beim C.\_\_\_\_ ab dem 16. November 2015 (vgl. dazu E. II. 3.1 hiervor) nicht nachgekommen ist. So erschien er einzig am ersten Arbeitstag am Arbeitsplatz. Dann tauchte er unter und meldete sich in der Folge u.a. bei der Beschwerdegegnerin während ungefähr zweier Monate nicht mehr und reagierte auch nicht auf deren Kontaktversuche. Als Grund dafür benennt der Beschwerdeführer im Nachhinein einen erlittenen Rückfall betreffend den Heroinkonsum sowie eine psychische Krise. So gab er im E-Mail vom 14. März 2016 denn auch an, wegen der stark antidepressiven Wirkung von Diaphin seit einigen Monaten wieder relativ regelmässig Heroin zu konsumieren. Daraus kann geschlossen werden, dass der Beschwerdeführer seiner Mitwirkungspflicht in Bezug auf die ihm zugesprochene berufliche Eingliederungsmassnahme im Sinne eines Arbeitsversuchs wegen gesundheitlichen und suchtspezifischen Problemen nicht nachgekommen ist. Es ist unter diesen Umständen nicht zu beanstanden, dass ihm die Beschwerdegegnerin am 28. Juni 2016 eine «medizinische Auflage» unterbreitete, die sich im Wesentlichen auf die in diesem Zeitpunkt instabile gesundheitliche Situation des Beschwerdeführers bezog (vgl.

Protokolleintrag der Fallbesprechung des RAD vom 14. Juni 2016).

8.2.3 Daher war die «medizinische Auflage» vom 28. Juni 2016 notwendig, um nach einer gewissen Zeit der Heroinabstinenz und Psychotherapie ■ bis Ende September 2016 ■ über die Wiederaufnahme erneuter beruflicher Eingliederungsmassnahmen entscheiden zu können.

8.3 Es ist nachfolgend zu prüfen, ob die «medizinische Auflage» vom 28. Juni 2016 dem Beschwerdeführer zumutbar war. Dazu ist zunächst auf den Verzicht des Heroinbeikonsums (vgl. E. II. 8.3.1 ff. hiernach) und anschliessend auf die ambulante Psychotherapie (vgl. E. II. 8.3.5 hiernach) einzugehen:

8.3.1 Im Rahmen der «medizinischen Auflage» vom 28. Juni 2016 wurde vom Beschwerdeführer zum einen der nachhaltige Stopp des Heroinbeikonsums verlangt, der ihm «zumutbar» und «dauerhaft einzuhalten» sei. Zudem sei er verpflichtet, sich monatlich gemäss kurzfristiger telefonischer Aufforderung zwischen zwei bis vier Urinproben zu unterziehen. Die Beschwerdegegnerin holte im Vorfeld dieser Auflage die ärztlichen Beurteilungen sowohl des Hausarztes des Beschwerdeführers Dr. med. H. \_\_\_ (vgl. II. E. 7.6 hiervor) als auch von Dr. med. N. \_\_\_, Suchtabteilung der E. \_\_\_ (vgl. E. II. 7.8 hiervor) ein, die diese Massnahmen aus ihrer Sicht befürworteten. Zum anderen wurde dem Beschwerdeführer der Beginn und die Fortführung einer Psychotherapie auferlegt.

8.3.2 Im diesem Zusammenhang stellt sich die Frage, ob die Drogensucht des Beschwerdeführers in einem engen Zusammenhang mit einem eigenständigen Gesundheitsschaden steht, oder ob diese als solche allein leistungsmindernd wirkt (vgl. E. II. 2.4 f. hiervor). Dazu ist ■ wie bereits unter E. II. 7.10 hiervor ausgeführt ■, auf das Psychiatrische Gerichtsgutachten von Dr. med. G. \_\_\_ vom 14. Juli 2017 einzugehen:

8.3.2.1 Das psychiatrische Gutachten von Dr. med. G. \_\_\_ wird den von der Rechtsprechung entwickelten Anforderungen (Vollständigkeit, Schlüssigkeit, Nachvollziehbarkeit; vgl. E. II. 4.2 hiervor) gerecht: So beruht dieses auf den vollständigen Vorakten (A.S. 47 ff.), womit beim Experten von der Kenntnis der Anamnese ausgegangen werden kann. Zudem wurde eine umfassende Exploration durchgeführt (A.S. 53 ff.), womit auch die subjektiv beklagten Beschwerden des Beschwerdeführers in die Beurteilung miteingeflossen sind. Es werden sodann die Diagnosen gestellt und es folgt eine ausführliche Beurteilung (A.S. 58 ff.). Ferner leuchten auch die medizinischen Zusammenhänge und die Beurteilung der medizinischen Situation ein: So hielt der Gutachter fest, es müsse beim Beschwerdeführer eine Persönlichkeitsstörung diagnostiziert werden (A.S. 60 f.). Diese manifestiere sich in einer Unausgeglichenheit in der Affektivität, im Antrieb, in der Impulskontrolle und in der Beziehungsgestaltung. Das Verhaltensmuster sei andauernd und gleichförmig und über viele Jahre bekannt und habe einen tiefgreifenden Einfluss auf alle persönlichen und sozialen wie beruflichen Situationen. Diese Ausführungen leuchten ein, da der psychiatrische Experte erörterte, der Beschwerdeführer sei in emotional vernachlässigenden, dysfunktionalen familiären Verhältnissen aufgewachsen und habe seine psychischen Ressourcen in seiner Kindheit und Jugend nicht gut aufbauen können (A.S. 60). Diese Darlegungen erscheinen unter Heranziehung der Ausführungen des Beschwerdeführers nachvollziehbar (A.S. 55). So gab dieser an, an vielen verschiedenen Orten aufgewachsen zu sein. Seine Eltern seien immer wieder umgezogen, hätten ein unstetes Leben geführt, sowohl als sie noch zusammengelebt hätten als auch nach der Trennung circa 1983. In der vierten Klasse habe ihn eine Lehrerin in [...] zu einer

Psychologin geschickt, die er seiner Erinnerung nach einmal aufgesucht habe. Die Mutter meine, dass er davon nur geträumt habe. Er sei aber nie in regelmässiger Psychotherapie gewesen. Er habe seine Kindheit und Jugend als einsam in Erinnerung. Zuhause habe immer ein Durcheinander geherrscht, beide Eltern hätten gearbeitet resp. als er dann bei der Mutter aufgewachsen sei, sei er oft alleine zu Hause gewesen. In der Schule habe er keine guten Kontakte gefunden, weil er ja dauernd der Neue gewesen sei. Er sei häufig zusammengeschlagen worden, mal von den Mädchen, mal von den Knaben. Er habe sich nie gut wehren können. Auch heute falle es ihm schwer, wütend zu werden. Wenn er früher wütend gewesen sei, dann v.a. wegen Subutex. Das habe ihn absolut reizbar und aggressiv gemacht. Nachdem es die Eltern noch einmal erfolglos zusammen versucht hätten, sei er bei der Mutter geblieben. Mit der neuen Frau des Vaters habe er sich nicht gut verstanden. Aufgrund dieser Ausführungen vermag einzuleuchten, wenn der Gutachter darlegte (A.S. 60), dass der Beschwerdeführer in einer Familie aufgewachsen sei, die seinen entwicklungsbedingten Bedürfnissen zu wenig gut Rechnung habe tragen können, so dass dieser ein Strukturdefizit entwickelt habe, das später auf die Affektregulation, den Antrieb, die Impulskontrolle und insbesondere auch die Beziehungsgestaltung einen negativen Einfluss gehabt habe. In diesem Zusammenhang überzeugt denn auch die Ausführung des Gutachters, wonach seit der frühen Jugend eine Psychopathologie bestehe.

Damit kann dem Gerichtsgutachten von Dr. med. G. \_\_\_ vom 14. Juli 2017 grundsätzlich Beweiswert zugesprochen werden.

8.3.2.2 Da die übrigen medizinischen Einschätzungen und Beurteilungen nicht geeignet sind, die Beweiskraft des Psychiatrischen Gerichtsgutachtens von Dr. med. G. \_\_\_ zu erschüttern, ist diesem der volle Beweiswert zuzusprechen (vgl. E. II. 4.3 hiervor). So hielt denn auch der psychiatrische Gutachter fest (A.S. 62), es lägen diverse psychiatrische Berichte vor, wobei er im Vergleich zur vorliegenden Befunderhebung und Beurteilung keinen grossen Widerspruch sehe, der diskutiert werden müsste, weder hinsichtlich der Beurteilung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit noch im Hinblick auf die Diagnostik. Er sehe seine Beurteilung insbesondere in Übereinstimmung mit derjenigen von Dr. med. H. \_\_\_. Diese Einschätzungen überzeugen: So wurde in den medizinischen Vorberichten zum einen die Diagnose eines «Verdacht auf leichte depressive Episoden, DD Angststörung» (vgl. E. II. 7.1 hiervor) bzw. einer «rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1), seit mehreren Jahren» (vgl. E. II. 7.3 hiervor) festgestellt, welche auch im Gutachten von Dr. med. G. \_\_\_ dahingehend aufgegriffen und diskutiert wurden, als es in der Vergangenheit immer wieder zu depressiven Phasen gekommen sei. Dazwischen bestehe eine chronische depressive Verstimmung, die der Beschwerdeführer nicht wahrnehme, sondern synton, zu seinem Wesen gehörend, erlebt werde (A.S. 61). Sie entspreche einer chronischen, leichten Bedrücktheit, verbunden mit einer Aggressionshemmung und der Wendung der Aggression gegen sich selber, was zum sozialen Rückzug, der Gehemmtheit und der chronischen, subklinischen, depressiven Verstimmung führe. Die im Weiteren im Bericht vom 19. März 2014 festgestellte Diagnose von «akzentuierten Persönlichkeitszügen mit emotional instabilen, ängstlich-vermeidenden und selbstunsicheren Anteilen (ICD-10 Z73.1)» finden sich in der durch den Gutachter ausgewiesenen «Persönlichkeitsstörung mit dysthymen, emotional instabilen, selbstunsicheren und abhängig-ängstlichen Anteilen (ICD-10 F61.0)» wieder. Folglich ist auch hier kein Widerspruch erkennbar.

8.3.3 Es kann somit auf das voll beweiswertige Gutachten von Dr. med. G.\_\_\_\_ vom 14. Juli 2017 abgestellt werden. Es ist insbesondere auch in Bezug auf die Frage der Zumutbarkeit der mit «medizinischer Auflage» vom 28. Juni 2016 dem Beschwerdeführer auferlegten Obliegenheiten auf dieses Gutachten abzustellen. Dr. med. G.\_\_\_\_ führte in Bezug auf die Polytoxikomanie aus, diese sei sekundärer Natur, da sie Folge und Selbstheilungsversuch des Beschwerdeführers bei der als schwer einzustufenden Persönlichkeitsstörung sei (A.S. 62). Der Beschwerdeführer konsumiere nach wie vor Cannabis und Heroin, daneben aber werde er mit MST substituiert und erhalte auch regelmässig Xanax. Auch das Cannabis habe einen beruhigenden Anteil. Nicht zuletzt habe das MST eine beruhigende aber auch eine eher depressogene Wirkung. Es müsse davon ausgegangen werden, dass der Beschwerdeführer ohne diese Medikamente weit nervöser, angespannter, unruhiger und eben emotional instabiler gewesen wäre, als dies jetzt bei der heutigen Untersuchung beobachtet werden könne. Daher hielt der Gutachter weiter fest, es bestehe zwischen der Persönlichkeitsstörung und der Sucht eine Wechselwirkung (A.S. 63 unten). Die persönlichen Ressourcen seien beeinträchtigt. Es betreffe dies nicht nur die innerpsychische, sondern auch die soziale Ebene, welche aber derzeit weniger davon tangiert sei als früher, vor der MST Substitution. So führe der Beschwerdeführer seit Anfang 2016 einen steten Lebenswandel, es sei seit der Substitution mit MST auch zu keinen schweren Abstürzen mehr gekommen und er sei auch nie mehr in einer stationären Behandlung gewesen. Gleichzeitig hielt Dr. med. G.\_\_\_\_ fest, im Rahmen der Schadenminderungspflicht sei die Abstinenz von Cannabis und Heroin zu fordern (A.S. 65 oben).

8.3.4 Gestützt auf diese Ausführungen des psychiatrischen Gutachters ist beim Beschwerdeführer zwar von einem engen Zusammenhang der Drogensucht mit dem eigenständigen Gesundheitsschaden auszugehen. Dennoch kann dem Beschwerdeführer die Abstinenz von Heroin (und auch von Cannabis) zugemutet werden. So führte Dr. med. G.\_\_\_\_ aus, es müsse eine schrittweise Rückführung in den ersten Arbeitsmarkt gemäss den Rahmenbedingungen stattfinden. Dies sei unter Einhaltung der Abstinenz von Cannabis und Heroins zumutbar. Somit ist die «medizinische Auflage» der Beschwerdegegnerin vom 28. Juni 2016 mit der geforderten Abstinenz von Heroinbeikonsum dem Beschwerdeführer aus medizinischer Sicht zumutbar. Dies auch in Anbetracht der Tatsache, dass das Heroin in einer Dosis geraucht worden sei, die beim Beschwerdeführer gerade keine Entzugserscheinungen auslöse (vgl. Protokolleintrag vom 15. März 2016). Es kann zudem darauf hingewiesen werden, dass der Beschwerdeführer im Zeitpunkt der medizinischen Auflage vom 28. Juni 2016 im Wesentlichen vom Konsum von Heroin gesprochen hat (vgl. Protokolleintrag vom 14. März 2016), weshalb davon auszugehen ist, dass dieser Substanzgebrauch damals im Vordergrund gestanden hat und die entsprechende Abstinenz somit indiziert war. Die dem Beschwerdeführer in diesem Zusammenhang durch die Beschwerdegegnerin ebenfalls auferlegten, regelmässigen Urinkontrollen erweisen sich zur Prüfung der Heroinabstinenz ebenfalls als erforderlich. In diesem Sinne hielt auch der psychiatrische Gutachter Dr. med. G.\_\_\_\_ fest, bei der zu fordernden Abstinenz von Cannabis und Heroin müssten während der von der Beschwerdegegnerin bezahlten Massnahmen regelmässige und nicht angekündigte Urinproben getestet werden (A.S. 68). Da keine Gründe ersichtlich sind oder durch den Beschwerdeführer explizit vorgebracht werden, ist auch von der Zumutbarkeit dieser Kontrollen auszugehen.

Folglich ist die dem Beschwerdeführer mit «medizinischer Auflage» vom 28. Juni 2016 auferlegte Abstinenz von Heroin inkl. der damit verbundenen Urinkontrollen ■ entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers (A.S. 12) ■ nicht zu beanstanden.

8.3.5 Dem Beschwerdeführer wurde mit der «medizinischen Auflage» zudem die Aufnahme und Fortführung einer regelmässigen ambulanten Psychotherapie auferlegt. Gestützt auf die vorliegenden medizinischen Akten (vgl. E. II. 7 hiervor) ist augenfällig, dass beim Beschwerdeführer bereits seit der Kindheit eine ihn beeinträchtigende psychische Gesundheitsproblematik festgestellt worden ist (vgl. E. II. 7.3 hiervor). Bereits von Ende Mai 2013 bis anfangs Juli 2014 hat eine Psychotherapie bei Dr. med. B.\_\_\_\_ stattgefunden und anschliessend wurden von Mai bis August 2015 noch vier weitere Gespräche durchgeführt (vgl. E. II. 7.7 hiervor). Von einer «längerdauernden, konsequent durchgeführten» Psychotherapie kann somit nicht gesprochen werden. Dies wird durch die Aussage von Dr. med. N.\_\_\_\_ gegenüber der RAD-Ärztin Dr. med. F.\_\_\_\_ vom 22. Juni 2016 (vgl. E. II. 7.8 hiervor) bestätigt, indem dieser ausführt, die Therapie habe bisher nie kontinuierlich aufgenommen werden können. Dr. med. G.\_\_\_\_ hielt fest, eine psychotherapeutische, sozialpsychiatrische Begleitung sei wichtig, wobei diese engmaschig zu handhaben sei, damit Rückfälle potentiell prophylaktisch verhindert werden könnten (A.S. 69). Diese sei daher bereits vor und während der Wiedereingliederungsmassnahme vordringlich zu etablieren. Zudem seien hausärztliche Gespräche und die Fortsetzung der Substitutionsbehandlung mit MST indiziert und zweckdienlich (vgl. E. II. 7.10 hiervor).

Gestützt auf diese Ausführungen ist die mit «medizinischer Auflage» vom 28. Juni 2016 dem Beschwerdeführer auferlegte Aufnahme und regelmässige Fortführung der ambulanten Psychotherapie ebenfalls als notwendig und zumutbar zu qualifizieren.

8.3.6 Es kann zusammenfassend festgehalten werden, dass der dem Beschwerdeführer mit «medizinischer Auflage» vom 28. Juni 2016 auferlegte nachhaltige Stopp des Beikonsums von Heroin inkl. entsprechender Urinproben sowie die Durchführung einer Psychotherapie zumutbar waren. Sie waren zudem erforderlich, damit die Beschwerdegegnerin nach einer gewissen Zeit (zunächst bis Ende September 2016) erneut über die Wiederaufnahme beruflicher Massnahmen hätte entscheiden können.

8.4 Es ist auf das Vorbringen des Beschwerdeführers einzugehen (A.S. 12, 14), wonach die Auflage mit der Anordnung der Abstinenz in der Situation des Beschwerdeführers nicht verhältnismässig sei, da die schwere Suchterkrankung bekanntlich im Zusammenhang mit der langjährigen psychiatrischen Erkrankung stehe und durch die Ärzte erhebliche Zweifel vorgebracht würden, ob die Erwerbsfähigkeit auch bei vollständiger Abstinenz wiederhergestellt werden könne.

8.4.1 Es ist zunächst festzuhalten, dass in der «medizinischen Auflage» vom 28. Juni 2016 nicht generell die Abstinenz des Drogenkonsums sowie der medikamentösen Behandlung Substitution gefordert wurden, sondern einzig der Stopp des Beikonsums von Heroin. Dies ist ■ wie in E. II. 8.3.3 hiervor dargelegt ■ nicht zu beanstanden. Dr. med. G.\_\_\_\_ hielt in seinem Psychiatrischen Gutachten vom 14. Juli 2017 (vgl. E. II. 8.3.3 hiervor) fest, die Polytoxikomanie sei Folge und Selbstheilungsversuch des Beschwerdeführers bei der als schwer einzustufenden Persönlichkeitsstörung und deshalb sekundärer Natur (A.S. 62). Zudem führte der psychiatrische Gutachter aus, der Beschwerdeführer konsumiere nach wie vor Cannabis und Heroin, werde mit MST substituiert und erhalte auch regelmässig Xanax. Seiner Ansicht nach müsse davon ausgegangen werden, dass der Beschwerdeführer ohne

die Medikamente weit nervöser, angespannter, unruhiger und eben emotional instabiler wäre. Dr. med. G. \_\_\_ hielt indes dafür, dass die Abstinenz von Cannabis und Heroin zu fordern sei (A.S. 68). Dazu führte er aus, die Abstinenzforderung sei auch in Anbetracht des Alters und der sozialen und gesundheitlichen Folgen eines fortgesetzten Konsums von Heroin und Cannabis indiziert. Er hielt zudem dafür, eine schrittweise Rückführung in den ersten Arbeitsmarkt müsse unter Rahmenbedingungen stattfinden. Es sei dies unter Einhaltung der Abstinenz von Cannabis und Heroin zumutbar (A.S. 69). Ansonsten seien keine Massnahmen zielführend, denn die Gefahr eines Rückfalls und eines längerdauernden Ausfalls seien zu gross. Dr. med. G. \_\_\_ wies zudem darauf hin, dass der Konsum von Cannabis, Heroin sowie Kokain und Benzodiazepinen einen Einfluss auf die Bezogenheit des Beschwerdeführers auf andere Menschen, die Durchhaltfähigkeit, die Konzentrationsfähigkeit, Aufmerksamkeit und Frustrationstoleranz sowie den Antrieb habe (A.S. 70). Eine Abstinenz von Cannabis, Heroin und Kokain und allenfalls von Benzodiazepinen sei zu fordern, wobei betreffend Benzodiazepinen ebenso wie für MST eine kontrollierte Abgabe noch im Rahmen des Tolerierbaren sei. Aufgrund der Schadenminderungspflicht sei der Konsum von Cannabis, Heroin sowie Kokain nicht tolerierbar.

8.4.2 Es ist folglich davon auszugehen, dass der Drogenabusus beim Beschwerdeführer zwar in einem engen Zusammenhang zum psychischen Gesundheitsschaden steht, vom Beschwerdeführer aber dennoch eine Abstinenz u.a. des Heroinkonsums im Hinblick auf einen möglichen Wiedereinstieg ins Berufsleben gefordert werden kann bzw. muss. Aus dem Gutachten von Dr. med. G. \_\_\_ geht zudem hervor, dass der Beschwerdeführer aufgrund seiner Persönlichkeitsstörung im ersten Arbeitsmarkt als vorerst 100 % arbeitsunfähig zu beurteilen sei (A.S. 67), das mittelfristige Ziel (in zwei bis drei Jahren) aber eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit im ersten Arbeitsmarkt von 50 % sei. Gestützt auf das Gutachten von Dr. med. G. \_\_\_ ist somit nicht ■ wie vom Beschwerdeführer vorgebracht (vgl. E. II. 8.4 hiervor) ■ von erheblichen ärztlichen Zweifeln an der Wiederherstellung einer Erwerbsfähigkeit bei vollständiger Abstinenz auszugehen. Eine Rückkehr in den ersten Arbeitsmarkt wird sogar als realistisch angesehen.

9. Es ist auf das Verhalten des Beschwerdeführers nach Erlass dieser «medizinischen Auflage» vom 28. Juni 2016 einzugehen:

9.1 Nach Erlass der «medizinischen Auflage» vom 28. Juni 2016 war der Beschwerdeführer gestützt auf die protokollierten, erfolglosen Anrufversuche des Eingliederungsfachmannes D. \_\_\_ vom 12., 18., 19. und 25. Juli 2016 und der Mitteilung der Sozialarbeiterin vom 28. Juli 2016 (vgl. entsprechende Protokolleinträge), wonach der Beschwerdeführer den ersten Termin bereits verpasst habe und über eine neue Telefonnummer verfüge, nicht mehr erreichbar. Damit versties er klar gegen die ihm mit medizinischer Auflage umschriebenen Mitwirkungspflicht (vgl. E. II. 6.1 hiervor). So hielt der Eingliederungsfachmann D. \_\_\_ im Abschlussbericht vom 3. August 2016 denn auch fest, im Moment seien keine beruflichen Massnahmen möglich, da der Beschwerdeführer nicht erreichbar sei und auch nicht der medizinischen Auflage nachzukommen scheine (IV-Nr. 34 S. 2).

9.2 Der Beschwerdeführer hat somit seine Mitwirkungspflicht in unentschuldbarer Weise verletzt. Es ist unter diesen Umständen nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin, die dem Beschwerdeführer in der «medizinischen Auflage» vom 28. Juni 2016 bei Nichtbefolgen bereits konkrete Konsequenzen angedroht hatte (Abweisung seiner

Leistungsansprüche), mit Verfügung vom 21. November 2016 an der Abweisung seiner Leistungsbegehren festhielt.

10. Es ist nachfolgend auf die Vorbringen des Beschwerdeführers einzugehen:

10.1 Der Beschwerdeführer stellt sich auf den Standpunkt, ihm sei das Schreiben der Beschwerdegegnerin vom 28. Juni 2016 nie zugestellt worden (A.S. 11 f., 13). Er habe erst später anlässlich der Besprechung mit den R. \_\_\_ vom 28. Juli 2016 erfahren, dass der Termin bei Nichteinhalten weiterführende Auswirkungen als lediglich für die beruflichen Massnahmen habe. Dieser Argumentation kann gestützt auf die vorliegenden Akten nicht gefolgt werden: Diese zeigen zwar, dass dem Beschwerdeführer der eingeschriebene Brief betreffend die medizinische Auflage vom 28. Juni 2016 (vgl. IV-Nr. 29) nicht zugestellt werden konnte. So retournierte die Post diesen mit dem Vermerk «nicht abgeholt» an die Beschwerdegegnerin, bei der dieser am 18. Juli 2016 einging (vgl. IV-Nr. 33 S. 1). Dazu ist folgendes festzuhalten: Mit Art. 38 Abs. 2bis ATSG (wie auch mit Art. 44 Abs. 2 Bundesgerichtsgesetz [BGG, SR 173.110] und Art. 20 Abs. 2bis Verwaltungsverfahrensgesetz [VwVG, SR 172.021]) wurde mit Wirkung ab 1. Januar 2007 die von der Gerichtspraxis für eingeschriebene Sendungen entwickelte Zustellungsfiktion (127 I 31, 123 III 492, 119 II 147 E. 2 S. 149, 119 V 89 E. 4b/aa S. 94 je mit Hinweisen) in Gesetzesrecht überführt, nach dem Wortlaut der Norm allerdings nur hinsichtlich der Fälle eines tatsächlich unternommenen erfolglosen (Briefkasten- oder Postfach-)Zustellungsversuchs (mit entsprechender Abholungseinladung). Die Frage, ob die früher in analoger Anwendung der Rechtsprechung zur Briefkasten- und Postfachzustellung auch beim Postrückbehaltungsauftrag beachtete Fiktion, wonach eine eingeschriebene Sendung spätestens am letzten Tag einer Frist von sieben Tagen ab Eingang bei der Poststelle am Ort des Empfängers als zugestellt zu betrachten ist (BGE 123 III 492), unter neuem Recht ■ nunmehr in Analogie zu Art. 38 Abs. 2bis ATSG (sowie Art. 44 Abs. 2 BGG und Art. 20 Abs. 2bis VwVG) ■ weiterhin Geltung beansprucht, kann aufgrund der Gleichbehandlungs-, Missbrauchs- und Praktikabilitätsüberlegungen bejaht werden. Nach wie vor setzt die Zustellungsfiktion immerhin voraus, dass der Adressat mit der fraglichen Zustellung hatte rechnen müssen (BGE 130 III 396 E. 1.2.3 S. 399, 127 I 31 E. 2a/aa S. 34 je mit Hinweisen; Kathrin Amstutz/Peter Arnold: Basler Kommentar Art. 44 BGG; vgl. dazu BGE 134 V 49 S. 51 f. E. 4). Gestützt auf diese Ausführungen kann der Beschwerdeführer demnach aus seinem Vorbringen, wonach ihm der eingeschriebene Brief der Beschwerdegegnerin vom 28. Juni 2016 «nicht zugestellt worden sei», nichts zu seinen Gunsten ableiten. So hat die Post aufgrund der dem Briefumschlag zu entnehmenden Abholfrist (bis 6. Juli 2016) tatsächlich einen erfolglosen Zustellversuch unternommen. Trotz einer entsprechenden Abholbenachrichtigung hat der Beschwerdeführer den Brief bei der Post nicht abgeholt, so dass dieser an den Absender ■ die Beschwerdegegnerin ■ retourniert wurde. Es ist ferner davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer mit einer entsprechenden Zustellung hatte rechnen müssen. So hat ihm der Eingliederungsfachmann D. \_\_\_ bereits am 21. Januar 2016 (vgl. IV-Nr. 23) im Rahmen von Bemerkungen mitgeteilt, er werde ihn betreffend das weitere Vorgehen «wieder schriftlich informieren». In dieser Situation musste folglich mit einer erneuten schriftlichen Kontaktnahme der Beschwerdegegnerin bzw. des Eingliederungsfachmannes gerechnet werden.

Entgegen der Meinung des Beschwerdeführers (A.S. 13), ist nicht ersichtlich, weshalb dieses Schreiben auch den R. \_\_\_ hätte zugestellt werden sollen. So findet sich ■ wie dies bereits die Beschwerdegegnerin in der Verfügung vom 21. November 2016 darlegte (A.S. 2

unten) ■ in den vorliegenden Akten für die R.\_\_\_\_ keine entsprechende Vertretungsvollmacht des Beschwerdeführers. Es bestand folglich für die Beschwerdegegnerin keine Verpflichtung, den R.\_\_\_\_ eine Kopie dieses Schreibens zukommen zu lassen.

Entsprechend der Zustellfiktion gilt der eingeschriebene Brief vom 28. Juni 2016 dem Beschwerdeführer spätestens am 6. Juli 2016 als zugestellt.

10.2 Auch aus dem weiteren Vorbringen des Beschwerdeführers, wonach er gedacht habe, es handle sich bei dem im Juli 2016 via seine Mutter ausgerichteten und bekannt gewordenen Termin um Urinkontrollen im Hinblick auf die Wiederaufnahme allfälliger beruflicher Massnahmen, kann er nichts zu seinen Gunsten ableiten (A.S. 11 unten). So sind aufgrund der vorliegenden Akten keine Anhaltspunkte ersichtlich, die dem Beschwerdeführer Hinweise auf das Einleiten weiterer / neuer beruflicher Massnahmen geliefert hätten und es wird durch den Beschwerdeführer auch nicht dargetan, weshalb er sich bei einer entsprechenden Vermutung nicht mit der Beschwerdegegnerin bzw. dem Eingliederungsfachmann zur Klärung der Sachlage in Verbindung gesetzt hat.

10.3 Der Beschwerdeführer stellt sich ferner auf den Standpunkt (A.S. 12), der Zeitpunkt der Auflage mit dem Ziel der beruflichen Eingliederung sei äusserst fraglich. Denn es sei bekannt, dass er seit November 2013 bei der Beschwerdegegnerin angemeldet sei. Spätestens nach dem Zeitpunkt des erneuten Scheiterns des Arbeitsversuchs im November 2015 ■ also zwei Jahre nach der Anmeldung ■ wäre längst mit einem grundlegenden Entscheid der Beschwerdegegnerin zu rechnen gewesen. Dieser Argumentation kann nicht gefolgt werden. Aufgrund der vorstehenden Ausführungen (vgl. E. II. 8.2.1 hiervor) war es dem Eingliederungsfachmann D.\_\_\_\_ im Zusammenhang mit dem Arbeitsversuch im C.\_\_\_\_ ab November 2015 über längere Zeit nicht möglich, mit dem Beschwerdeführer in Kontakt zu treten, da er diesen weder telefonisch noch schriftlich oder per E-Mail erreichen konnte. Es war daher auch lange Zeit unklar, weshalb der Beschwerdeführer nach dem 16. November 2015 nicht mehr am Arbeitsplatz erschienen war. So wurde der Beschwerdeführer denn auch erst am 21. Januar 2016 über den Abbruch des Arbeitsversuchs per 21. Januar 2016 in Kenntnis gesetzt. Wegen der dokumentierten Nichterreichbarkeit des Beschwerdeführers (vgl. E. II. 8.2.1 hiervor) wurden die weiter durchgeführten Abklärungen der Beschwerdegegnerin verzögert. Im Rahmen des im März 2016 bei Herrn Q.\_\_\_\_ / P.\_\_\_\_ stattgefundenen Gesprächs wurde sodann vereinbart, dass zunächst die medizinisch / psychische Ebene zu klären sei und erst dann mit der beruflichen Integration begonnen werden könne. Es ist folglich nicht zu beanstanden, dass die medizinische Auflage vom 28. Juni 2016 datiert.

11. Da der Beschwerdeführer der nicht zu beanstandenden «medizinischen Auflage» vom 28. Juni 2016 in unentschuldbarer Weise nicht nachgekommen ist, hat die Beschwerdegegnerin seine Leistungsbegehren mit Verfügung vom 21. November 2016 androhungsgemäss und zu Recht abgewiesen. Diese Verfügung ist somit zu bestätigen und die dagegen erhobene Beschwerde vom 9. Januar 2017 abzuweisen.

12. Es bleibt darauf hinzuweisen, dass eine Leistungsverweigerung aus Gründen der Verhältnismässigkeit nur solange gelten kann, als der Beschwerdeführer die Mitwirkung verweigert (vgl. E. II. 6.1 hiervor). Es bleibt dem Beschwerdeführer daher unbenommen, sich ■ sobald seine Bereitschaft zur Mitwirkung gegeben ist ■, bei der Beschwerdegegnerin erneut zum Leistungsbezug anzumelden.

13.

13.1 Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung.

13.2 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 einen Betrag von CHF 600.00 zu bezahlen, die jedoch infolge Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege durch den Kanton Solothurn zu übernehmen sind (Art. 122 Abs. 1 lit. b Zivilprozessordnung [ZPO, SR 272]). Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren, wenn A.\_\_\_\_ zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

14. Die Kosten sowohl des Psychiatrischen Gerichtsgutachtens von Dr. med. G.\_\_\_\_ vom 14. Juli 2017 von CHF 3'800.00 als auch der in diesem Rahmen erforderlichen Urinproben beim Hausarzt des Beschwerdeführers Dr. med. H.\_\_\_\_ von CHF 228.55, total CHF 4'028.55, sind der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen, da sie den Sachverhalt in medizinischer Hinsicht nicht hinreichend abgeklärt und damit den Untersuchungsgrundsatz (Art. 43 Abs. 1 Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG, SR 830.1]) verletzt hat (vgl. BGE 139 V 496 E. 4.4 S. 502).

Demnach wird erkannt:

1. Die Beschwerde wird, soweit darauf einzutreten ist, abgewiesen.

2. Es wird keine Parteientschädigung ausgerichtet.

3. Der Beschwerdeführer hat die Verfahrenskosten von CHF 600.00 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).

4. Die Beschwerdegegnerin hat die Kosten sowohl des Psychiatrischen Gerichtsgutachtens von Dr. med. G.\_\_\_\_ vom 14. Juli 2017 (CHF 3'800.00) als auch der Urinproben bei Dr. med. H.\_\_\_\_ von CHF 228.55 ■ total CHF 4'028.55 ■ zu bezahlen.

Rechtsmittel

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

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Die Vizepräsidentin

Die Gerichtsschreiberin

Weber-Probst

Jäggi

Der vorliegende Entscheid wurde vom Bundesgericht mit Urteil 8C\_394/2018 vom 11. März 2019 bestätigt.

#### **E. 5**

Nach Vorliegen des psychiatrischen Fachgutachtens sei zu entscheiden, ob das Valideneinkommen nach Art. 26 IVV festzulegen sei.

#### **E. 6**

Es sei gestützt auf das Gutachten festzustellen, ob gestützt auf einen korrekten Einkommensvergleich dem Versicherten ab Mai 2014 eine Rente auszurichten sei und / oder ob berufliche Massnahmen durchgeführt werden können.

#### **E. 7**

Eventualiter: Es sei zu prüfen, ob dem Versicherten für die vergangenen beruflichen Massnahmen von August 2014 bis August 2015 ein volles Taggeld der Invalidenversicherung zusteht.

#### **E. 7.3**

hiervor) festgestellt, welche auch im Gutachten von Dr. med. G.\_\_\_\_ dahingehend aufgegriffen und diskutiert wurden, als es in der Vergangenheit immer wieder zu depressiven Phasen gekommen sei. Dazwischen bestehe eine chronische depressive Verstimmung, die der Beschwerdeführer nicht wahrnehme, sondern synton, zu seinem Wesen gehörend, erlebt werde (A.S. 61). Sie entspreche einer chronischen, leichten Bedrücktheit, verbunden mit einer Aggressionshemmung und der Wendung der Aggression gegen sich selber, was zum sozialen Rückzug, der Gehemmtheit und der chronischen, subklinischen, depressiven Verstimmung führe. Die im Weiteren im Bericht vom 19. März 2014 festgestellte Diagnose von «akzentuierten Persönlichkeitszügen mit emotional instabilen, ängstlich-vermeidenden und selbstunsicheren Anteilen (ICD-10 Z73.1)» finden sich in der durch den Gutachter ausgewiesenen «Persönlichkeitsstörung mit dysthymen, emotional instabilen, selbstunsicheren und abhängig-ängstlichen Anteilen (ICD-10 F61.0)» wieder. Folglich ist auch hier kein Widerspruch erkennbar. 8.3.3 Es kann somit auf das voll beweismässige Gutachten von Dr. med. G.\_\_\_\_ vom 14. Juli 2017 abgestellt werden. Es ist insbesondere auch in Bezug auf die Frage der Zumutbarkeit der mit «medizinischer Auflage» vom 28. Juni 2016 dem Beschwerdeführer auferlegten Obliegenheiten auf dieses Gutachten abzustellen. Dr. med. G.\_\_\_\_ führte in Bezug auf die Polytoxikomanie aus, diese sei sekundärer Natur, da sie Folge und Selbstheilungsversuch des Beschwerdeführers bei der als schwer einzustufenden Persönlichkeitsstörung sei (A.S. 62). Der Beschwerdeführer konsumiere nach wie vor Cannabis und Heroin, daneben aber werde er mit MST substituiert und erhalte auch regelmässig Xanax. Auch das Cannabis habe einen beruhigenden Anteil. Nicht zuletzt habe das MST eine beruhigende aber auch eine eher depressogene Wirkung. Es müsse davon ausgegangen werden, dass der Beschwerdeführer ohne diese Medikamente weit nervöser, angespannter, unruhiger und eben emotional instabiler gewesen wäre, als dies jetzt bei der heutigen Untersuchung beobachtet werden könne. Daher hielt der Gutachter weiter fest, es bestehe zwischen der Persönlichkeitsstörung und der Sucht eine Wechselwirkung (A.S. 63 unten). Die persönlichen Ressourcen seien beeinträchtigt. Es betreffe dies nicht nur die innerpsychische, sondern auch die soziale Ebene, welche aber derzeit weniger davon tangiert sei als früher, vor der MST Substitution. So führe der Beschwerdeführer seit Anfang 2016 einen steten Lebenswandel, es sei seit der Substitution mit MST auch zu keinen schweren Abstürzen mehr gekommen und er sei auch nie mehr in

einer stationären Behandlung gewesen. Gleichzeitig hielt Dr. med. G.\_\_\_\_ fest, im Rahmen der Schadenminderungspflicht sei die Abstinenz von Cannabis und Heroin zu fordern (A.S. 65 oben).

8.3.4 Gestützt auf diese Ausführungen des psychiatrischen Gutachters ist beim Beschwerdeführer zwar von einem engen Zusammenhang der Drogensucht mit dem eigenständigen Gesundheitsschaden auszugehen. Dennoch kann dem Beschwerdeführer die Abstinenz von Heroin (und auch von Cannabis) zugemutet werden. So führte Dr. med. G.\_\_\_\_ aus, es müsse eine schrittweise Rückführung in den ersten Arbeitsmarkt gemäss den Rahmenbedingungen stattfinden. Dies sei unter Einhaltung der Abstinenz von Cannabis und Heroins zumutbar. Somit ist die «medizinische Auflage» der Beschwerdegegnerin vom 28. Juni 2016 mit der geforderten Abstinenz von Heroinbeikonsum dem Beschwerdeführer aus medizinischer Sicht zumutbar. Dies auch in Anbetracht der Tatsache, dass das Heroin in einer Dosis geraucht worden sei, die beim Beschwerdeführer gerade keine Entzugserscheinungen auslöse (vgl. Protokolleintrag vom 15. März 2016). Es kann zudem darauf hingewiesen werden, dass der Beschwerdeführer im Zeitpunkt der medizinischen Auflage vom 28. Juni 2016 im Wesentlichen vom Konsum von Heroin gesprochen hat (vgl. Protokolleintrag vom 14. März 2016), weshalb davon auszugehen ist, dass dieser Substanzgebrauch damals im Vordergrund gestanden hat und die entsprechende Abstinenz somit indiziert war. Die dem Beschwerdeführer in diesem Zusammenhang durch die Beschwerdegegnerin ebenfalls auferlegten, regelmässigen Urinkontrollen erweisen sich zur Prüfung der Heroinabstinenz ebenfalls als erforderlich. In diesem Sinne hielt auch der psychiatrische Gutachter Dr. med. G.\_\_\_\_ fest, bei der zu fordernden Abstinenz von Cannabis und Heroin müssten während der von der Beschwerdegegnerin bezahlten Massnahmen regelmässige und nicht angekündigte Urinproben getestet werden (A.S. 68). Da keine Gründe ersichtlich sind oder durch den Beschwerdeführer explizit vorgebracht werden, ist auch von der Zumutbarkeit dieser Kontrollen auszugehen. Folglich ist die dem Beschwerdeführer mit «medizinischer Auflage» vom 28. Juni 2016 auferlegte Abstinenz von Heroin inkl. der damit verbundenen Urinkontrollen – entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers (A.S. 12) – nicht zu beanstanden.

8.3.5 Dem Beschwerdeführer wurde mit der «medizinischen Auflage» zudem die Aufnahme und Fortführung einer regelmässigen ambulanten Psychotherapie auferlegt. Gestützt auf die vorliegenden medizinischen Akten (vgl. E. II. 7 hiervor) ist augenfällig, dass beim Beschwerdeführer bereits seit der Kindheit eine ihn beeinträchtigende psychische Gesundheitsproblematik festgestellt worden ist (vgl. E. II. 7.3 hiervor). Bereits von Ende Mai 2013 bis anfangs Juli 2014 hat eine Psychotherapie bei Dr. med. B.\_\_\_\_ stattgefunden und anschliessend wurden von Mai bis August 2015 noch vier weitere Gespräche durchgeführt (vgl. E. II. 7.7 hiervor). Von einer «längerdauernden, konsequent durchgeführten» Psychotherapie kann somit nicht gesprochen werden. Dies wird durch die Aussage von Dr. med. N.\_\_\_\_ gegenüber der RAD-Ärztin Dr. med. F.\_\_\_\_ vom 22. Juni 2016 (vgl. E. II. 7.8 hiervor) bestätigt, indem dieser ausführte, die Therapie habe bisher nie kontinuierlich aufgenommen werden können. Dr. med. G.\_\_\_\_ hielt fest, eine psychotherapeutische, sozialpsychiatrische Begleitung sei wichtig, wobei diese engmaschig zu handhaben sei, damit Rückfälle potentiell prophylaktisch verhindert werden könnten (A.S. 69). Diese sei daher bereits vor und während der Wiedereingliederungsmassnahme vordringlich zu etablieren. Zudem seien hausärztliche Gespräche und die Fortsetzung der Substitutionsbehandlung mit MST indiziert und zweckdienlich (vgl. E. II. 7.10 hiervor). Gestützt auf diese Ausführungen ist die mit «medizinischer Auflage» vom 28. Juni 2016 dem Beschwerdeführer auferlegte Aufnahme und regelmässige Fortführung der ambulanten Psychotherapie ebenfalls als

notwendig und zumutbar zu qualifizieren. 8.3.6 Es kann zusammenfassend festgehalten werden, dass der dem Beschwerdeführer mit «medizinischer Auflage» vom 28. Juni 2016 auferlegte nachhaltige Stopp des Beikonsums von Heroin inkl. entsprechender Urinproben sowie die Durchführung einer Psychotherapie zumutbar waren. Sie waren zudem erforderlich, damit die Beschwerdegegnerin nach einer gewissen Zeit (zunächst bis Ende September 2016) erneut über die Wiederaufnahme beruflicher Massnahmen hätte entscheiden können.

8.4 Es ist auf das Vorbringen des Beschwerdeführers einzugehen (A.S. 12, 14), wonach die Auflage mit der Anordnung der Abstinenz in der Situation des Beschwerdeführers nicht verhältnismässig sei, da die schwere Suchterkrankung bekanntlich im Zusammenhang mit der langjährigen psychiatrischen Erkrankung stehe und durch die Ärzte erhebliche Zweifel vorgebracht würden, ob die Erwerbsfähigkeit auch bei vollständiger Abstinenz wiederhergestellt werden könne.

8.4.1 Es ist zunächst festzuhalten, dass in der «medizinischen Auflage» vom 28. Juni 2016 nicht generell die Abstinenz des Drogenkonsums sowie der medikamentösen Behandlung Substitution gefordert wurden, sondern einzig der Stopp des Beikonsums von Heroin. Dies ist – wie in E. II. 8.3.3 hiervor dargelegt – nicht zu beanstanden. Dr. med. G.\_\_\_\_ hielt in seinem Psychiatrischen Gutachten vom 14. Juli 2017 (vgl. E. II. 8.3.3 hiervor) fest, die Polytoxikomanie sei Folge und Selbstheilungsversuch des Beschwerdeführers bei der als schwer einzustufenden Persönlichkeitsstörung und deshalb sekundärer Natur (A.S. 62). Zudem führte der psychiatrische Gutachter aus, der Beschwerdeführer konsumiere nach wie vor Cannabis und Heroin, werde mit MST substituiert und erhalte auch regelmässig Xanax. Seiner Ansicht nach müsse davon ausgegangen werden, dass der Beschwerdeführer ohne die Medikamente weit nervöser, angespannter, unruhiger und eben emotional instabiler wäre. Dr. med. G.\_\_\_\_ hielt indes dafür, dass die Abstinenz von Cannabis und Heroin zu fordern sei (A.S. 68). Dazu führte er aus, die Abstinenzforderung sei auch in Anbetracht des Alters und der sozialen und gesundheitlichen Folgen eines fortgesetzten Konsums von Heroin und Cannabis indiziert. Er hielt zudem dafür, eine schrittweise Rückführung in den ersten Arbeitsmarkt müsse unter Rahmenbedingungen stattfinden. Es sei dies unter Einhaltung der Abstinenz von Cannabis und Heroin zumutbar (A.S. 69). Ansonsten seien keine Massnahmen zielführend, denn die Gefahr eines Rückfalls und eines längerdauernden Ausfalls seien zu gross. Dr. med. G.\_\_\_\_ wies zudem darauf hin, dass der Konsum von Cannabis, Heroin sowie Kokain und Benzodiazepinen einen Einfluss auf die Bezogenheit des Beschwerdeführers auf andere Menschen, die Durchhaltfähigkeit, die Konzentrationsfähigkeit, Aufmerksamkeit und Frustrationstoleranz sowie den Antrieb habe (A.S. 70). Eine Abstinenz von Cannabis, Heroin und Kokain und allenfalls von Benzodiazepinen sei zu fordern, wobei betreffend Benzodiazepinen ebenso wie für MST eine kontrollierte Abgabe noch im Rahmen des Tolerierbaren sei. Aufgrund der Schadenminderungspflicht sei der Konsum von Cannabis, Heroin sowie Kokain nicht tolerierbar.

8.4.2 Es ist folglich davon auszugehen, dass der Drogenabusus beim Beschwerdeführer zwar in einem engen Zusammenhang zum psychischen Gesundheitsschaden steht, vom Beschwerdeführer aber dennoch eine Abstinenz u.a. des Heroinkonsums im Hinblick auf einen möglichen Wiedereinstieg ins Berufsleben gefordert werden kann bzw. muss. Aus dem Gutachten von Dr. med. G.\_\_\_\_ geht zudem hervor, dass der Beschwerdeführer aufgrund seiner Persönlichkeitsstörung im ersten Arbeitsmarkt als vorerst 100 % arbeitsunfähig zu beurteilen sei (A.S. 67), das mittelfristige Ziel (in zwei bis drei Jahren) aber eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit im ersten Arbeitsmarkt von 50 % sei. Gestützt auf das Gutachten von Dr. med. G.\_\_\_\_ ist somit nicht – wie vom

Beschwerdeführer vorgebracht (vgl. E. II. 8.4 hiervor) – von erheblichen ärztlichen Zweifeln an der Wiederherstellung einer Erwerbsfähigkeit bei vollständiger Abstinenz auszugehen. Eine Rückkehr in den ersten Arbeitsmarkt wird sogar als realistisch angesehen.

9. Es ist auf das Verhalten des Beschwerdeführers nach Erlass dieser «medizinischen Auflage» vom 28. Juni 2016 einzugehen: 9.1 Nach Erlass der «medizinischen Auflage» vom 28. Juni 2016 war der Beschwerdeführer gestützt auf die protokollierten, erfolglosen Anrufversuche des Eingliederungsfachmannes D.\_\_\_\_ vom 12., 18., 19. und 25. Juli 2016 und der Mitteilung der Sozialarbeiterin vom 28. Juli 2016 (vgl. entsprechende Protokolleinträge), wonach der Beschwerdeführer den ersten Termin bereits verpasst habe und über eine neue Telefonnummer verfüge, nicht mehr erreichbar. Damit versties er klar gegen die ihm mit medizinischer Auflage umschriebenen Mitwirkungspflicht (vgl. E. II. 6.1 hiervor). So hielt der Eingliederungsfachmann D.\_\_\_\_ im Abschlussbericht vom 3. August 2016 denn auch fest, im Moment seien keine beruflichen Massnahmen möglich, da der Beschwerdeführer nicht erreichbar sei und auch nicht der medizinischen Auflage nachzukommen scheine (IV-Nr. 34 S. 2). 9.2 Der Beschwerdeführer hat somit seine Mitwirkungspflicht in unentschuldbarer Weise verletzt. Es ist unter diesen Umständen nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin, die dem Beschwerdeführer in der «medizinischen Auflage» vom 28. Juni 2016 bei Nichtbefolgen bereits konkrete Konsequenzen angedroht hatte (Abweisung seiner Leistungsansprüche), mit Verfügung vom 21. November 2016 an der Abweisung seiner Leistungsbegehren festhielt. 10. Es ist nachfolgend auf die Vorbringen des Beschwerdeführers einzugehen: 10.1 Der Beschwerdeführer stellt sich auf den Standpunkt, ihm sei das Schreiben der Beschwerdegegnerin vom 28. Juni 2016 nie zugestellt worden (A.S. 11 f., 13). Er habe erst später anlässlich der Besprechung mit den R.\_\_\_\_ vom 28. Juli 2016 erfahren, dass der Termin bei Nichteinhalten weiterführende Auswirkungen als lediglich für die beruflichen Massnahmen habe. Dieser Argumentation kann gestützt auf die vorliegenden Akten nicht gefolgt werden: Diese zeigen zwar, dass dem Beschwerdeführer der eingeschriebene Brief betreffend die medizinische Auflage vom 28. Juni 2016 (vgl. IV-Nr. 29) nicht zugestellt werden konnte. So retournierte die Post diesen mit dem Vermerk «nicht abgeholt» an die Beschwerdegegnerin, bei der dieser am 18. Juli 2016 einging (vgl. IV-Nr. 33 S. 1). Dazu ist folgendes festzuhalten: Mit Art. 38 Abs. 2 bis ATSG (wie auch mit Art. 44 Abs. 2 Bundesgerichtsgesetz [BGG, SR 173.110] und Art. 20 Abs. 2 bis Verwaltungsverfahrensgesetz [VwVG, SR 172.021]) wurde mit Wirkung ab 1. Januar 2007 die von der Gerichtspraxis für eingeschriebene Sendungen entwickelte Zustellungsfiktion (127 I 31, 123 III 492, 119 II 147 E. 2 S. 149, 119 V 89 E. 4b/aa S. 94 je mit Hinweisen) in Gesetzesrecht überführt, nach dem Wortlaut der Norm allerdings nur hinsichtlich der Fälle eines tatsächlich unternommenen erfolglosen (Briefkasten- oder Postfach-)Zustellungsversuchs (mit entsprechender Abholungseinladung). Die Frage, ob die früher in analoger Anwendung der Rechtsprechung zur Briefkasten- und Postfachzustellung auch beim Postrückbehaltungsauftrag beachtete Fiktion, wonach eine eingeschriebene Sendung spätestens am letzten Tag einer Frist von sieben Tagen ab Eingang bei der Poststelle am Ort des Empfängers als zugestellt zu betrachten ist (BGE 123 III 492), unter neuem Recht – nunmehr in Analogie zu Art. 38 Abs. 2 bis ATSG (sowie Art. 44 Abs. 2 BGG und Art. 20 Abs. 2 bis VwVG) – weiterhin Geltung beansprucht, kann aufgrund der Gleichbehandlungs-, Missbrauchs- und Praktikabilitätsüberlegungen bejaht werden. Nach wie vor setzt die Zustellungsfiktion immerhin voraus, dass der Adressat mit der fraglichen Zustellung hatte rechnen müssen (BGE 130 III 396 E. 1.2.3 S. 399, 127 I 31 E. 2a/aa S. 34

je mit Hinweisen; Kathrin Amstutz/Peter Arnold: Basler Kommentar Art. 44 BGG; vgl. dazu BGE 134 V 49 S. 51 f. E. 4). Gestützt auf diese Ausführungen kann der Beschwerdeführer demnach aus seinem Vorbringen, wonach ihm der eingeschriebene Brief der Beschwerdegegnerin vom 28. Juni 2016 «nicht zugestellt worden sei», nichts zu seinen Gunsten ableiten. So hat die Post aufgrund der dem Briefumschlag zu entnehmenden Abholfrist (bis 6. Juli 2016) tatsächlich einen erfolglosen Zustellversuch unternommen. Trotz einer entsprechenden Abholbenachrichtigung hat der Beschwerdeführer den Brief bei der Post nicht abgeholt, so dass dieser an den Absender – die Beschwerdegegnerin – retourniert wurde. Es ist ferner davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer mit einer entsprechenden Zustellung hatte rechnen müssen. So hat ihm der Eingliederungsfachmann D.\_\_\_\_ bereits am 21. Januar 2016 (vgl. IV-Nr. 23) im Rahmen von Bemerkungen mitgeteilt, er werde ihn betreffend das weitere Vorgehen «wieder schriftlich informieren». In dieser Situation musste folglich mit einer erneuten schriftlichen Kontaktnahme der Beschwerdegegnerin bzw. des Eingliederungsfachmannes gerechnet werden. Entgegen der Meinung des Beschwerdeführers (A.S. 13), ist nicht ersichtlich, weshalb dieses Schreiben auch den R.\_\_\_\_ hätte zugestellt werden sollen. So findet sich – wie dies bereits die Beschwerdegegnerin in der Verfügung vom 21. November 2016 darlegte (A.S. 2 unten) – in den vorliegenden Akten für die R.\_\_\_\_ keine entsprechende Vertretungsvollmacht des Beschwerdeführers. Es bestand folglich für die Beschwerdegegnerin keine Verpflichtung, den R.\_\_\_\_ eine Kopie dieses Schreibens zukommen zu lassen. Entsprechend der Zustellfiktion gilt der eingeschriebene Brief vom 28. Juni 2016 dem Beschwerdeführer spätestens am 6. Juli 2016 als zugestellt.

10.2 Auch aus dem weiteren Vorbringen des Beschwerdeführers, wonach er gedacht habe, es handle sich bei dem im Juli 2016 via seine Mutter ausgerichteten und bekannt gewordenen Termin um Urinkontrollen im Hinblick auf die Wiederaufnahme allfälliger beruflicher Massnahmen, kann er nichts zu seinen Gunsten ableiten (A.S. 11 unten). So sind aufgrund der vorliegenden Akten keine Anhaltspunkte ersichtlich, die dem Beschwerdeführer Hinweise auf das Einleiten weiterer / neuer beruflicher Massnahmen geliefert hätten und es wird durch den Beschwerdeführer auch nicht dargetan, weshalb er sich bei einer entsprechenden Vermutung nicht mit der Beschwerdegegnerin bzw. dem Eingliederungsfachmann zur Klärung der Sachlage in Verbindung gesetzt hat.

10.3 Der Beschwerdeführer stellt sich ferner auf den Standpunkt (A.S. 12), der Zeitpunkt der Auflage mit dem Ziel der beruflichen Eingliederung sei äusserst fraglich. Denn es sei bekannt, dass er seit November 2013 bei der Beschwerdegegnerin angemeldet sei. Spätestens nach dem Zeitpunkt des erneuten Scheiterns des Arbeitsversuchs im November 2015 – also zwei Jahre nach der Anmeldung – wäre längst mit einem grundlegenden Entscheid der Beschwerdegegnerin zu rechnen gewesen. Dieser Argumentation kann nicht gefolgt werden. Aufgrund der vorstehenden Ausführungen (vgl. E. II. 8.2.1 hiervor) war es dem Eingliederungsfachmann D.\_\_\_\_ im Zusammenhang mit dem Arbeitsversuch im C.\_\_\_\_ ab November 2015 über längere Zeit nicht möglich, mit dem Beschwerdeführer in Kontakt zu treten, da er diesen weder telefonisch noch schriftlich oder per E-Mail erreichen konnte. Es war daher auch lange Zeit unklar, weshalb der Beschwerdeführer nach dem 16. November 2015 nicht mehr am Arbeitsplatz erschienen war. So wurde der Beschwerdeführer denn auch erst am 21. Januar 2016 über den Abbruch des Arbeitsversuchs per 21. Januar 2016 in Kenntnis gesetzt. Wegen der dokumentierten Nichterreichbarkeit des Beschwerdeführers (vgl. E. II. 8.2.1 hiervor) wurden die weiter durchgeführten Abklärungen der Beschwerdegegnerin verzögert. Im Rahmen des im März 2016 bei Herrn Q.\_\_\_\_ / P.\_\_\_\_ stattgefundenen

Gesprächs wurde sodann vereinbart, dass zunächst die medizinisch / psychische Ebene zu klären sei und erst dann mit der beruflichen Integration begonnen werden könne. Es ist folglich nicht zu beanstanden, dass die medizinische Auflage vom 28. Juni 2016 datiert.

11. Da der Beschwerdeführer der nicht zu beanstandenden «medizinischen Auflage» vom 28. Juni 2016 in unentschuldbarer Weise nicht nachgekommen ist, hat die Beschwerdegegnerin seine Leistungsbegehren mit Verfügung vom 21. November 2016 androhungsgemäss und zu Recht abgewiesen. Diese Verfügung ist somit zu bestätigen und die dagegen erhobene Beschwerde vom 9. Januar 2017 abzuweisen. 12. Es bleibt darauf hinzuweisen, dass eine Leistungsverweigerung aus Gründen der Verhältnismässigkeit nur solange gelten kann, als der Beschwerdeführer die Mitwirkung verweigert (vgl. E. II. 6.1 hiervor). Es bleibt dem Beschwerdeführer daher unbenommen, sich – sobald seine Bereitschaft zur Mitwirkung gegeben ist –, bei der Beschwerdegegnerin erneut zum Leistungsbezug anzumelden.

## **E. 8**

Der Beschwerdeführer sei im Rahmen der unentgeltlichen Rechtspflege von der Bezahlung der Verfahrenskosten zu befreien.

## **E. 9**

Unter Kosten- und Entschädigungsfolge zulasten der Beschwerdegegnerin. 3. Im Rahmen der Beschwerdeantwort vom 2. Februar 2017 schliesst die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde (A.S. 27). 4. Mit Verfügung vom 7. Februar 2017 (A.S. 28 f.) bewilligt die Vizepräsidentin des Versicherungsgerichts dem Beschwerdeführer ab Prozessbeginn die unentgeltliche Rechtspflege (Befreiung von sämtlichen Gerichtskosten und von der Kostenvorschusspflicht). 5. Mit Eingabe vom 17. Februar 2017 (A.S. 30) reicht die Vertreterin des Beschwerdeführers ihre Kostennote ein, die mit Verfügung vom 20. Februar 2017 (A.S. 31) zur Kenntnisnahme an die Beschwerdegegnerin geht. 6. Mit Verfügung vom 11. Mai 2017 (A.S. 32 f.) wird den Parteien mitgeteilt, dass zur Beurteilung der Streitfrage, ob der Beschwerdeführer Anspruch auf Leistungen der Beschwerdegegnerin habe, ein monodisziplinäres Psychiatrisches Gerichtsgutachten bei Dr. med. G.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, eingeholt werde. Zudem wird den Parteien der vorgesehene Fragenkatalog präsentiert und Gelegenheit gegeben, sich dazu und zum vorgeschlagenen Gutachter zu äussern. Die Parteien werden zudem darüber informiert, dass das Versicherungsgericht den in den Akten vorhandenen Bericht der E.\_\_\_\_, [...], vom 20. August 2012 vervollständige und sich der Beschwerdeführer bei seinem Hausarzt Dr. med. H.\_\_\_\_ nach definitiver Gutachtenszusprache ohne Vorankündigung, jeweils auf Abruf, spontanen Urinproben zu unterziehen habe. 6.1 Mit Eingabe vom 16. Mai 2017 (A.S. 35) verzichtet die Beschwerdegegnerin auf eine Äusserung resp. das Einreichen von Zusatzfragen. 6.2 Mit Eingabe vom 31. Mai 2017 (A.S. 36 f.) lässt sich der Beschwerdeführer mit der vorgesehenen Begutachtung einverstanden erklären und verzichtet auf das Einreichen von ergänzenden Fragen. 6.3 Mit Verfügung vom 7. Juni 2017 (A.S. 38 ff.) stellt die Vizepräsidentin des Versicherungsgerichts fest, die Parteien hätten innert Frist weder Ergänzungsfragen noch Ablehnungsgründe vorgebracht. Mit der monodisziplinären psychiatrischen Begutachtung werde Dr. med. G.\_\_\_\_ beauftragt. 6.4 Das Psychiatrische Gerichtsgutachten von Dr. med. G.\_\_\_\_ datiert vom 14. Juli 2017 (A.S. 46 ff.) und wird den Parteien zusammen mit dessen Rechnung mit Verfügung vom 20. Juli 2017 (A.S. 71 f.) zur Kenntnisnahme zugestellt. 6.5 Mit Verfügung vom 24. Juli 2017 (A.S. 73) wird den Parteien die Rechnung von Dr. med. H.\_\_\_\_ vom 20. Juli 2017 zur

Kenntnisnahme zugestellt. 6.6 Mit Eingabe vom 25. August 2017 (A.S. 75 ff.) lässt der Beschwerdeführer zum Gutachten Stellung nehmen und eine Kostennote ab 20. Februar 2017 einreichen. 6.7 Mit Verfügung vom 4. September 2017 (A.S. 79) stellt die Vizepräsidentin des Versicherungsgerichts fest, die Beschwerdegegnerin habe auf eine Stellungnahme zum Gutachten verzichtet und stellt der Beschwerdegegnerin ein Doppel der Stellungnahme der Vertreterin des Beschwerdeführers vom 25. August 2017 sowie der Kostennote zur Kenntnisnahme zu. 7. Mit Verfügung vom 12. September 2017 (A.S. 80 f.) fordert die Vizepräsidentin des Versicherungsgerichts den Beschwerdeführer auf, den Bericht vom 20. August 2012 bei der E.\_\_\_\_, [...], zu beschaffen und einzureichen. 8. Der Beschwerdeführer lässt mit Eingabe vom 21. September 2017 (A.S. 83) sowohl den Bericht der E.\_\_\_\_ vom 20. August 2012 als auch weitere medizinische Berichte einreichen. Diese werden der Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 25. September 2017 (A.S. 85) zur Kenntnisnahme zugestellt. 9. Auf die Ausführungen der Parteien in ihren Rechtsschriften wird nachfolgend, soweit erforderlich, eingegangen. Im Übrigen wird auf die Akten verwiesen. II. 1. Die Beschwerde ist rechtzeitig erhoben worden und erfüllt die formellen Voraussetzungen. Das angerufene Gericht ist sachlich, örtlich und funktionell zuständig. Auf die Beschwerde ist somit einzutreten. 2. 2.1 Nach Art. 28 Abs. 1 Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) haben jene Versicherte 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 zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG, SR 830.1]) gewesen sind (lit. b) sowie nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind. 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. 2.2 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 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 IVG). 2.3 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 140 V 193 E. 3.2 S. 196, 132 V 93 E. 4, 125 V 256 E. 4 S. 261; Urteil des Bundesgerichts 8C\_575/2016 vom 6. Dezember 2016 E. 2). 2.4 Nach der Rechtsprechung führt Drogensucht (wie auch Alkoholismus und Medikamentenmissbrauch) als solche nicht zu einer Invalidität im Sinne des Gesetzes. Dagegen wird sie im Rahmen der Invalidenversicherung relevant, wenn sie eine Krankheit oder einen Unfall bewirkt hat, in deren Folge ein körperlicher oder geistiger, die Erwerbsfähigkeit beeinträchtigender Gesundheitsschaden eingetreten ist, oder wenn sie selber Folge eines körperlichen oder geistigen Gesundheitsschadens ist, dem

Krankheitswert zukommt (BGE 124 V 265 E. 3c S. 268). Aus letzterem Leitsatz folgt nicht, dass die Auswirkungen einer Drogensucht, die ihrerseits auf einen Gesundheitsschaden zurückgeht, per se invaliditätsbegründend sind. Die zitierte Praxis setzt vielmehr den Grundsatz um, dass funktionelle Einschränkungen nur anspruchsbegründend sein können, wenn sie sich als Folgen selbstständiger Gesundheitsschädigungen darstellen (Art. 6 ff. ATSG und Art. 4 Abs. 1 IVG). Insofern verhält es sich ähnlich wie im Verhältnis zwischen psychosozialen oder soziokulturellen Umständen und fachärztlich festgestellten psychischen Störungen von Krankheitswert (BGE 127 V 294 E. 5a S. 299): Wo die Gutachter im Wesentlichen nur Befunde erheben, welche in der Drogensucht ihre hinreichende Erklärung finden, gleichsam in dieser aufgehen, ist kein invalidisierender psychischer Gesundheitsschaden gegeben. Dies trifft zu, wenn davon auszugehen ist, dass sich beispielsweise ein depressives Zustandsbild bei einer (angenommenen) positiven Veränderung der suchtbedingten psychosozialen Problematik wesentlich bessern (und die damit verbundene Beeinträchtigung des Leistungsvermögens sich entsprechend verringern) würde (Urteile 8C\_580/2014 vom 11. März 2015 E. 2.2.1, 9C\_856/2012 vom 19. August 2013 E. 2.2.1, 8C\_582/2015 vom 8. Oktober 2015 E. 2.2.1). 2.5 Angesichts der insoweit finalen Natur der Invalidenversicherung (BGE 120 V 95 E. 4c S. 103; Meyer Ulrich/Reichmuth Marco: Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 3. Aufl. 2014, Rz. 51 zu Art. 4 IVG ) ist nicht entscheidend, ob die Drogensucht Folge eines körperlichen oder geistigen Gesundheitsschadens ist oder ob die Sucht ausserhalb eines Kausalzusammenhangs mit dem versicherten Gesundheitsschaden steht. In beiden Konstellationen sind reine Suchtfolgen IV-rechtlich irrelevant, soweit sie als solche allein leistungsmindernd wirken. Hingegen sind sie gleichermaßen IV-rechtlich relevant, soweit sie in einem engen Zusammenhang mit einem eigenständigen Gesundheitsschaden stehen. Dies kann der Fall sein, wenn die Drogensucht – einem Symptom gleich – Teil eines Gesundheitsschadens bildet (BGE 99 V 28 E. 3b S. 30); dies unter der Voraussetzung, dass nicht allein die unmittelbaren Folgen des Rauschmittelkonsums, sondern wesentlich auch der psychiatrische Befund selber zu Arbeitsunfähigkeit führt. Sodann können selbst reine Suchtfolgen invalidisierend sein, wenn daneben ein psychischer Gesundheitsschaden besteht, welcher die Betäubungsmittelabhängigkeit aufrecht erhält oder deren Folgen massgeblich verstärkt. Umgekehrt können die Auswirkungen der Sucht (unabhängig von ihrer Genese) wie andere psychosoziale Faktoren auch mittelbar zur Invalidität beitragen, wenn und soweit sie den Wirkungsgrad der Folgen eines Gesundheitsschadens beeinflussen (Urteile des Bundesgerichts 8C\_580/2014 vom 11. März 2015 E. 2.2.2, 9C\_856/2012 vom 19. August 2013 E. 2.2.2 m.H., 8C\_582/2015 vom 8. Oktober 2015 E. 2.2.2). 3. Nach Art. 8 Abs. 1 IVG haben Invalide oder von einer Invalidität 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 (lit. a); und die Voraussetzungen für den Anspruch auf die einzelnen Massnahmen erfüllt sind (lit. b). Unter Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden allgemeinen Arbeitsmarkt zu verstehen (Art. 7 Abs. 1 ATSG). 3.1 Zu den Eingliederungsmassnahmen gehört im Rahmen der Massnahmen beruflicher Art auch der Arbeitsversuch. Laut Art. 18a Abs. 1 IVG kann Versicherten, die im Rahmen der Arbeitsvermittlung einen Arbeitsplatz gefunden haben, während der erforderlichen Anlern- oder Einarbeitungszeit, längstens

jedoch während 180 Tagen, ein Einarbeitungszuschuss entrichtet werden. Der Zuschuss entspricht höchstens der maximalen Höhe der Taggelder (Art. 18a Abs. 2 IVG). Zusätzliches Leistungserfordernis ist laut Art. 18a Abs. 1 IVG die Absolvierung einer Anlern- oder Einarbeitungszeit (vgl. dazu Urteile des Bundesgerichts 8C\_388/2013 vom 16. Dezember 2013 E. 3.2.2, 9C\_50/2011 vom 25. Mai 2011 E. 4. beide m.w.H.). 3.2 Auszugehen ist vom Grundsatz der erwerblichen Verwertbarkeit einer verbesserten oder wiedergewonnenen Arbeitsfähigkeit auf dem Weg der Selbsteingliederung. Ausnahmsweise können – aus medizinischer oder beruflicherwerblicher Sicht – vom Gesetz vorgesehene Eingliederungsmassnahmen angezeigt sein, etwa in Fällen langjähriger Absenz vom Arbeitsmarkt und allenfalls daraus sich ergebender psychischer Probleme, eher schwachem Leistungsprofil hinsichtlich Wissen und intellektuellen Fähigkeiten sowie bei Fehlen nennenswerter beruflicher Erfahrung. Dagegen haben nicht gesundheitlich bedingte Umstände, welche einer erfolgreichen Eingliederung entgegenstehen, ausser Acht zu bleiben (Urteil des Bundesgerichts 9C\_882/2010 vom 25. Januar 2011 E. 8.1 mit Hinweisen). Weiter muss die versicherte Person mindestens das Alter 55 zurückgelegt oder seit mehr als 15 Jahren eine Rente bezogen haben (SVR 2012 IV Nr. 25 S. 104 9C\_363/2011 E. 3.1, 2011 IV Nr. 73 S. 220 9C\_228/2010 E. 3.3, 2011 IV Nr. 30 S. 86 9C\_163/2009 E. 4.2.2; Urteil des Bundesgerichts 8C\_393/2016 vom 25. August 2016 E. 3.3 m.w.H.). 4. 4.1 Sowohl im Verwaltungsverfahren wie auch im kantonalen Sozialversicherungsprozess gilt der Untersuchungsgrundsatz (Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben Verwaltung und Sozialversicherungsgericht den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht. Der Untersuchungsgrundsatz weist enge Bezüge zum – auf Verwaltungs- und Gerichtsstufe geltenden – Grundsatz der freien Beweiswürdigung auf. Führen die im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen den Versicherungsträger oder das Gericht bei umfassender, sorgfältiger, objektiver und inhaltsbezogener Beweiswürdigung (BGE 132 V 393 E. 4.1 S. 400) zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich (BGE 126 V 353 E. 5b S. 360, 125 V 193 E. 2 S. 195 je mit Hinweisen) zu betrachten, und es könnten weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, so liegt im Verzicht auf die Abnahme weiterer Beweise keine Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 134 I 140 E. 5.3 S. 148, 124 V 90 E. 4b S. 94). Bleiben jedoch erhebliche Zweifel an Vollständigkeit und/oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellung bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteile des Bundesgerichts 8C\_909/2010 vom 1. März 2011 E. 4.1, 8C\_1021/2009 vom 3. November 2010 E. 4.2, 8C\_101/2010 vom 3. Mai 2010 E. 4.1 und 9C\_167/2009 vom 28. Mai 2009 E. 3.1). 4.2 Versicherungsträger und Sozialversicherungsrichter haben die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen (Art. 61 lit. c ATSG; BGE 125 V 352 E. 3a). Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass der Sozialversicherungsrichter alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen 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. Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352). 4.3 Nach der Rechtsprechung weicht das Gericht bei Gerichtsgutachten nicht ohne zwingende Gründe von den Einschätzungen des medizinischen Experten ab (BGE 135 V 465 E. 4.4 S. 469). Ein Grund zum Abweichen kann vorliegen, wenn die Gerichtsexpertise widersprüchlich ist oder wenn ein vom Gericht eingeholtes Obergutachten in überzeugender Weise zu anderen Schlussfolgerungen gelangt. Eine abweichende Beurteilung kann ferner gerechtfertigt sein, wenn gegensätzliche Meinungsäußerungen anderer Fachexperten dem Richter als triftig genug erscheinen, die Schlüssigkeit des Gerichtsgutachtens in Frage zu stellen, sei es, dass er die Überprüfung durch einen Oberexperten für angezeigt hält, sei es, dass er ohne Oberexpertise vom Ergebnis des Gerichtsgutachtens abweichende Schlussfolgerungen zieht (BGE 125 V 351 E. 3b/aa S. 352 f.). 4.4 Für die Beurteilung eines Falles hat das Sozialversicherungsgericht grundsätzlich auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügung (hier: 21. November 2016) eingetretenen Sachverhalt abzustellen (BGE 131 V 242 E. 2.1 S. 243, 121 V 366 E. 1b). 5. Aufgrund der vorliegenden Rechtschriften der Parteien ergibt sich, dass vorerst der Umfang von Anfechtungs- und Streitgegenstand zu klären ist: 5.1 Im verwaltungsgerichtlichen Beschwerdeverfahren sind grundsätzlich nur Rechtsverhältnisse zu überprüfen bzw. zu beurteilen, zu denen die zuständige Verwaltungsbehörde vorgängig verbindlich – in Form einer Verfügung – Stellung genommen hat. Insoweit bestimmt die Verfügung den beschwerdeweise weiterziehbaren Anfechtungsgegenstand. Umgekehrt fehlt es an einem Anfechtungsgegenstand und somit an einer Sachurteilsvoraussetzung, wenn und insoweit keine Verfügung ergangen ist (BGE 131 V 164 S. 164 f. E. 2.1, 125 V 413 S. 414). 5.2 Streitgegenstand im System der nachträglichen Verwaltungsrechtspflege ist das Rechtsverhältnis, welches – im Rahmen des durch die Verfügung bestimmten Anfechtungsgegenstandes – den auf Grund der Beschwerdebegehren effektiv angefochtenen Verfügungsgegenstand bildet. Anfechtungs- und Streitgegenstand sind danach identisch, wenn die Verwaltungsverfügung insgesamt angefochten wird; bezieht sich demgegenüber die Beschwerde nur auf einzelne der durch die Verfügung bestimmten Rechtsverhältnisse, gehören die nicht beanstandeten – verfügungsweise festgelegten – Rechtsverhältnisse zwar wohl zum Anfechtungs-, nicht aber zum Streitgegenstand (BGE 131 V 164 S. 165 E. 2.1, 125 V 414 E. 1b in Verbindung mit E. 2a). In der Verwaltungsverfügung festgelegte – somit Teil des Anfechtungsgegenstandes bildende –, aber auf Grund der Beschwerdebegehren nicht mehr streitige – somit nicht zum Streitgegenstand zählende – Fragen prüft der Richter nur, wenn die nicht beanstandeten Punkte in engem Sachzusammenhang mit dem Streitgegenstand stehen (BGE 122 V 242 E. 2a S. 244, 117 V 294 E. 2a S. 295, 112 V 97 E. 1a S. 99, 110 V 48 E. 3c S. 51 mit Hinweisen, vgl. auch 122 V 34 E. 2a S. 36). Ebenso verhält es sich, wenn Punkte beurteilt werden sollen, die nicht Gegenstand der angefochtenen Verfügung bildeten. 5.3 Vorliegend hat die Beschwerdegegenerin mit Verfügung vom 21. November 2016 (A.S. 1

ff.) die Leistungsbegehren des Beschwerdeführers auf weitere berufliche Massnahmen und auf eine Invalidenrente mit der Begründung abgewiesen, dass der Beschwerdeführer den Aufforderungen in der medizinischen Auflage vom 28. Juni 2016 unentschuldig nicht nachgekommen sei. Weitere Leistungen würden daher verweigert. Die beruflichen Massnahmen würden abgebrochen und die Prüfung der IV-Rente abgelehnt. Somit bilden vorliegend einzig die konkrete Durchführung und der Inhalt der medizinischen Auflage vom 28. Juni 2016 bzw. das von der Beschwerdegegnerin durchgeführte Mahn- und Bedenkzeitverfahren den Anfechtungsgegenstand. Auf die vom Beschwerdeführer mit Beschwerde vom 9. Januar 2017 eventualiter beantragten Taggeldleistungen betreffend die von der Beschwerdegegnerin initiierten beruflichen Eingliederung von August 2014 bis August 2015 (vgl. E. I. 2 Ziff. 7 hiervor, A.S. 11) ist demnach mangels Anfechtungsgegenstand nicht einzutreten. Dasselbe gilt auch für die vom Beschwerdeführer beantragte Festlegung des Valideneinkommens nach Art. 26 IVV und den verlangten Einkommensvergleich ab Mai 2014 (vgl. E. I. 2 Ziff. 5 f. hiervor).

6. Streitig und zu prüfen ist einzig, ob die Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 21. November 2016 (A.S. 1 ff.) die Leistungsbegehren des Beschwerdeführers auf berufliche Massnahmen und eine Invalidenrente aufgrund der durch den Beschwerdeführer nicht befolgten «medizinischen Auflage» vom 28. Juni 2016 zu Recht abgewiesen hat. Diesbezüglich ist im Wesentlichen relevant, ob der Beschwerdeführer seiner Mitwirkungspflicht nachgekommen ist.

6.1 Die versicherte Person muss gemäss Art. 7 Abs. 1 IVG 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. Art. 21 Abs. 4 ATSG bestimmt, dass einer versicherten Person die Leistungen vorübergehend oder dauernd gekürzt oder verweigert werden können, wenn sie sich einer zumutbaren Behandlung oder Eingliederung ins Erwerbsleben, die eine wesentliche Verbesserung der Erwerbsfähigkeit oder eine neue Erwerbsmöglichkeit verspricht, entzieht oder widersetzt oder nicht aus eigenem Antrieb das ihr Zumutbare dazu beiträgt. Sie muss vorher schriftlich gemahnt und auf die Rechtsfolgen hingewiesen werden; ihr ist eine angemessene Bedenkzeit einzuräumen (Urteil des Bundesgerichts 9C\_68/2015 vom 24. April 2015 E. 2.2 f.). Behandlungs- oder Eingliederungsmassnahmen, die eine Gefahr für Leben und Gesundheit darstellen, sind nicht zumutbar. Die Regelungen von Art. 43 Abs. 3 ATSG (Nichteintreten oder Sachentscheid aufgrund der Akten) und Art. 7b Abs. 1 IVG (Kürzung oder Verweigerung der Leistung) sind grundsätzlich nebeneinander anwendbar (Urteile des Bundesgerichts 9C\_744/2011 vom 30. November 2011 E. 5.1 mit Hinweis, 9C\_370/2013 vom 22. November 2013 E. 3). Grundsätzlich hat sich die Sanktion bei verletzter Schadenminderungs- oder Mitwirkungspflicht an das Verhältnismässigkeitsprinzip (vgl. Urteile des Bundesgerichts I 824/06 vom 13. März 2007 E. 4, 9C\_671/2016 vom 20. März 2017 E. 2.2) zu halten und insbesondere das Ausmass des Verschuldens der versicherten Person zu berücksichtigen (Urteil des Bundesgerichts 9C\_370/2013 vom 22. November 2013 E. 3). Aus Gründen der Verhältnismässigkeit kann die entsprechende Sanktion grundsätzlich nur so lange wirksam bleiben, als die Mitwirkungsverweigerung andauert. Ist die versicherte Person wieder zur Mitwirkung bereit, ist von einer Neuanmeldung auszugehen (Urteile des Bundesgerichts 9C\_994/2009 vom 22. März 2010 E. 5.1, 9C\_244/2016 vom 16. Januar 2017 E. 3.3).

6.2 Ein Rentenanspruch kann grundsätzlich nicht entstehen, solange zumutbare therapeutische und andere schadenmindernde Vorkehren nicht ausgeschöpft werden. Ist durch eine tatsächlich realisierbare Veränderung der für die gesundheitliche Situation bedeutsamen Rahmenbedingungen eine wesentliche

Verbesserung des Gesundheitszustands und damit der dadurch eingeschränkten Arbeitsfähigkeit zu bewirken, liegt kein invalidisierender Gesundheitsschaden im Sinne des Gesetzes vor (Urteile des Bundesgerichts 9C\_254/2013 vom 30. Oktober 2013 E. 3.1, 9C\_947/2012 vom 19. Juni 2013 E. 3.2.2 mit Hinweis, 9C\_671/2016 vom 20. März 2017 E. 2.2). 7. Um die Zumutbarkeit der «medizinischen Auflage» vom 28. Juni 2016 beurteilen zu können, ist zunächst auf den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers einzugehen. Die medizinischen Akten präsentieren sich im Wesentlichen wie folgt: 7.1 Beim Indikationsgespräch vom 20. bzw. 27. April 2011 (IV-Nr. 32 S. 10 ff.) hielten med. pract. I.\_\_\_\_, Leitender Oberarzt, und Dr. med. J.\_\_\_\_, Assistenzarzt, E.\_\_\_\_, [...], fest, der Beschwerdeführer sei durch den betreuenden Hausarzt Dr. med. H.\_\_\_\_ zur Beurteilung, insbesondere mit der Fragestellung der Indikation einer Benzodiazepin-Substitution, zugewiesen worden. Es wurden folgende Diagnosen ausgewiesen: – langjährige Polytoxikomanie, aktuell in ärztlich überwachtem Substitutionsprogramm mit Subutex (ICD-10 F19.22) – aktuell Nebenkonsum von Benzodiazepinen, gelegentlich Cannabis und Kokain – Verdacht auf leichte depressive Episode, DD Angststörung Aufgrund der langjährigen Polytoxikomanie mit den Leitsubstanzen Heroin und Benzodiazepine seien sowohl die bereits installierte Subutex-Substitution sowie auch eine Substitution mit Benzodiazepinen indiziert. Der Beschwerdeführer dränge auf die Abgabe von Xanax retard, welches alternativ zum Valium als langwirksame Benzodiazepin-Substitutionssubstanz gut in Frage komme. Anstelle des vom Beschwerdeführer bevorzugten Seresta zur Nacht werde die Abgabe eines schlafanstossenden Antidepressivums wie bspw. Remeron empfohlen, welches sowohl für die angegebene Angstsymptomatik, die depressiven Symptome und auch die Schlafstörung positive Effekte haben werde. Eine weiterführende fachärztliche Begleitung durch einen niedergelassenen Psychiater werde vom Beschwerdeführer gewünscht und sei sicherlich sinnvoll. 7.2 Im Bericht betreffend das Indikationsgespräch der E.\_\_\_\_, [...], mit dem Beschwerdeführer vom 20. August 2012 (IV-Nr. 32 S. 13, Beilage Nr. 2 des Beschwerdeführers vom 21. September 2017) wird festgehalten, dass die Zuweisung durch den Hausarzt Dr. med. H.\_\_\_\_ zur Beurteilung der Indikation für eine Kokain-Entzugsbehandlung und eine Benzodiazepin-Substitution erfolgt sei. Der Beschwerdeführer habe sich anmelden lassen, weil er mit einer Fachperson bestimmte Optionen hinsichtlich der Suchtbehandlung besprechen möchte und er sich daraus Impulse für seine Zukunftsplanung erhoffe. Er berichte, nach dem Ausschluss aus der Therapie im K.\_\_\_\_ (nach acht Monaten wegen mehreren Rückfällen) sei er in [...] bei seiner Mutter eingezogen. Er arbeite aktuell zu 50 % im Gemeindearbeitsplatz (GAP) der L.\_\_\_\_, welche auch mit seinem Case Management vertraut sei. Er sei mit der Arbeit eigentlich zufrieden und mit 8 mg Subutex pro Tag substituiert und damit zufrieden, auf Heroinbeikonsum könne er seit Längerem verzichten. Auch Kokain konsumiere er nur noch sehr sporadisch, letztmals vor drei Monaten. Sein Problem sei der Benzodiazepin-Beikonsum von täglich drei bis vier mg Rohypnol und 30 – 40 mg Valium nebst den verordneten 6 mg Xanax retard. Es sei für ihn schwierig, den Tag ohne Rohypnol auszuhalten, obwohl er zuvor im K.\_\_\_\_ ohne Benzodiazepine ausgekommen sei. Am liebsten hätte er eine Rohypnolabgabe durch seinen Hausarzt. Er berichte weiter über Schwierigkeiten mit seiner Mutter. Es komme immer wieder zu Auseinandersetzungen, weshalb er bald ausziehen möchte, was seine Mutter ebenfalls unterstütze. Es wurden folgende Diagnosen festgehalten: – langjährige Polytoxikomanie, aktuell in ärztlich überwachtem Substitutionsprogramm mit Subutex (ICD-10 F19.22) – aktuell Nebenkonsum von Benzodiazepinen, gelegentlich Cannabis und Kokain Aufgrund der langjährigen Polytoxikomanie mit den Leitsubstanzen

Heroin und Benzodiazepine seien sowohl die bereits installierte Subutex-Substitution sowie auch eine Substitution mit Benzodiazepinen indiziert. Der Beschwerdeführer könnte sich eine Abgabe von Valium vorstellen, welches aufgrund seiner langwirksamen Eigenschaft grundsätzlich in Frage komme. Alternativ sei auch das Rivotril zu erwägen (in der Szene noch gänzlich unbekannt, langsames Anfluten als das Valium). Von einer Abgabe von Rohypnol würden sie aufgrund der rasch anflutenden Wirkung sowie der Verwertbarkeit auf dem Schwarzmarkt generell abraten. Zu bedenken seien zudem die kognitiven Langzeitfolgen bei permanentem Gebrauch. Der Beschwerdeführer scheine durch die Spannungen mit der Mutter gedrängt, sich eine neue Wohnung resp. Suchtbehandlung zu organisieren und zeige sich diesbezüglich ambivalent. Eine stationäre Teilentzugsbehandlung oder Einstellung auf eine Benzodiazepin-Substitution könnten sie dem Beschwerdeführer jederzeit anbieten. Idealerweise würde im Vorfeld die weitere Wohnsituation noch geklärt, eine mindestens teilweise betreute Wohnform wäre hier sicher zu begrüßen. Die Empfehlung bezüglich einer Benzodiazepin-Substitution werde ihm erläutert.

7.3 Der den Beschwerdeführer seit dem 27. Mai 2013 behandelnde Dr. med. B. \_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, wies im Arztbericht vom 19. März 2014 folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit aus (IV-Nr. 7 S. 6 ff.): – rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1), seit mehreren Jahren – gegenwärtig Teilnahme an einem ärztlich überwachten Ersatzdrogenprogramm in Form von Substitution (ICD-10 F11.22), seit mehreren Jahren – akzentuierte Persönlichkeitszüge mit emotional instabilen, ängstlich-vermeidenden und selbstunsicheren Anteilen (ICD-10 Z73.1) Folgende Diagnosen seien ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: – Ereignisse in der Kindheit, die den Verlust des Selbstwertgefühls zur Folge haben (ICD.10 Z61.3) – emotionale Vernachlässigung des Kindes (ICD-10 Z62.4) – Probleme in der Beziehung zu den Eltern (ICD-10 Z63.1) Aktuell arbeite der Beschwerdeführer vormittags im geschützten Arbeitsumfeld in der an das [...] angegliederten Werkstatt. Der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers sei besserungsfähig. Es seien berufliche Massnahmen angezeigt (S. 7). Bei einem reduzierten Pensum und einem Arbeitsplatz im geschützten Rahmen zeigten sich zurzeit keine Beeinträchtigungen oder Einschränkungen. Der Beschwerdeführer verfüge über keine abgeschlossene Erstausbildung. Ziel sei das Absolvieren einer Erstausbildung. Fraglich sei, ob diese im ersten Arbeitsmarkt stattfinden könne, oder ob eine Erstausbildung im geschützten Rahmen angestrebt werden müsse. Im Rahmen einer Ausbildung müsse die eingeschränkte Belastbarkeit des Beschwerdeführers berücksichtigt werden (S. 9). Zu beachten seien dabei die depressive Stimmung, Selbstzweifel, das Gefühl nicht zu genügen, fehlende soziale Kompetenzen, Angst vor Zurückweisung, Überangepasstsein, emotionale Instabilität. Initial sei ihm diese Tätigkeit im Rahmen von 50 % zumutbar. Die weitere Steigerung des Arbeitspensums müsse stufenweise und auf die Belastbarkeit des Beschwerdeführers abgestimmt erfolgen. Beim Beschwerdeführer habe bereits in der Kindheit ein psychisches Leiden bestanden. Zerrüttete Familienverhältnisse, instabile Bindungen zu beiden Elternteilen, emotionale Vernachlässigung des Beschwerdeführers im Kindesalter, Mobbing sowie die vielen Umzüge und daraus resultierenden Schwierigkeiten, sich immer wieder von neuem in eine bestehende Schulklasse integrieren zu müssen, seien dem Suchtleiden vorangegangen. Die Sucht habe lange Zeit als Strategie gedient, sich von negativen Gefühlen distanzieren zu können und das psychische Leiden nicht mehr so stark zu spüren. Heute möchte der Beschwerdeführer daran arbeiten, einen besseren Umgang mit seinen Emotionen zu finden. Die heutige psychische Erkrankung bestehe nicht wegen des

Suchtleidens, sondern gehe auf die negativen Kindheitserfahrungen zurück, die der Beschwerdeführer gemacht habe. Es bestehe keine Abstinenz sondern eine medikamentöse Substitution. 7.4 Im Austrittsbericht der E.\_\_\_\_, [...], vom 12. Februar 2016 (IV-Nr. 27) wurde während der vierten Hospitalisation vom 29. September bis 12. November 2015 eine «langjährige Polytoxikomanie, aktuell Substitution mit Subutex (ICD-10 F19.22)» diagnostiziert. Die letzte (3.) Hospitalisation sei vom 11. bis 23. Juni 2010 unter den Diagnosen «langjährige polyvalente Abhängigkeit (Heroin, Kokain, Benzodiazepin) aktuell Substitution mit Subutex» erfolgt (vgl. dazu Austrittsbericht vom 27. Juli 2010, Beilage Nr. 5 des Beschwerdeführers vom 21. September 2017). Die Austrittsmedikation habe aus Subutex 8 mg bestanden. Der Beschwerdeführer sei in die Therapeutische Gemeinschaft K.\_\_\_\_ entlassen worden. Er berichte, seit März 2015 in einem begleiteten Wohnen in [...] zu leben und zu 70 % in einer Tagesstätte im Altersbereich zu arbeiten. Die Behandlung in der Therapeutischen Gemeinschaft K.\_\_\_\_ sei vorzeitig beendet worden, danach habe er massiv Rohypnol konsumiert. Von 2011 sei er im Untersuchungsgefängnis gewesen (unbezahlte Bussen), dort sei eine Umstellung auf Valium erfolgt. Seit 2011 nehme er regelmässig bis 30 mg Valium täglich, Xanax 2 mg bis 2 Tabletten pro Tag sowie MST 500 mg pro Tag. Das MST werde durch den Hausarzt verschrieben. Der Beschwerdeführer möchte einen Totalabbau von MST sowie Valium. Xanax möchte er weiterhin beibehalten. Alkohol, Heroin, Kokain sowie andere Medikamente konsumiere er nicht. Er sei zum Entzug mit eventuell anschliessender Einstellung einer Substitution auf der geschlossenen suchtspezifischen Station aufgenommen worden. Zunächst sei der vorangegangene Konsum auf eine äquivalente Dosis von täglich 500 mg MST und 30 mg Valium eingestellt worden. Der Patient habe sich dadurch gut abgedeckt gefühlt und auch beim folgenden schrittweisen Abbau kaum über Entzugserscheinungen berichtet. Das MST habe im Verlauf auf 80 mg täglich reduziert werden können und am 2. November 2015 sei die Umstellung auf Subutex mit einer Dosis von 1,2 mg täglich erfolgt, welche der Patient beim Austritt so habe belassen wollen. Das Valium habe im Verlauf komplett ausgeschlichen werden können. Zusätzlich sei die Medikation mit Xanax retard von insgesamt 4 mg täglich installiert worden. Der Beschwerdeführer sei ins multimodale Therapiekonzept mit einem suchtspezifischen Programm in Form von Einzel- und Gruppengesprächen, Arbeits-, Bewegungs- und Ergotherapie eingebunden worden. Er habe sich jeweils an den internen Therapien beteiligt und sich freundlich und motiviert gezeigt. Er habe insgesamt viel Autonomie gebraucht und sei über seine Medikation selbstbestimmend. Da er keine Entwöhnungsbehandlung beabsichtigte, habe er in einem deutlich stabilisierten Allgemeinzustand und bei fehlender Selbst- oder Fremdgefährdung nach Hause entlassen werden können. 7.5 Im Rahmen des Indikationsgesprächs in der E.\_\_\_\_, [...], vom 13. Mai 2016 (IV-Nr. 32 S. 14 f.) wurde festgehalten, der Beschwerdeführer sei durch seinen Hausarzt Dr. med. H.\_\_\_\_ zur weiteren ambulanten Behandlung bei langjähriger Polytoxikomanie, welche momentan mit Sevre-Long und Xanax substituiert sei, zugewiesen worden. Der Leitende Arzt Dr. med. M.\_\_\_\_ und der Arzt Dr. med. N.\_\_\_\_ stellten folgende Diagnose: «langjährige polyvalente Abhängigkeit (Heroin, Kokain, Cannabis und Benzodiazepine), aktuell Substitution mit MST und Xanax (ICD-10 F19.22)». Nach dem Austritt mit Teilentzug in der E.\_\_\_\_ Ende 2015 sei der Beschwerdeführer rasch rückfällig geworden. Unter Subutex habe er einen Suchtdruck verspürt und wieder mit dem Heroinkonsum begonnen. Mitte Januar habe ihm der Hausarzt MST verschrieben. Er habe damit keinen Suchtdruck bzw. keinen Beikonsum von Heroin. Zusätzlich sei er mit Xanax 4 mg täglich substituiert und gut eingestellt. Der

Beschwerdeführer verneine den Beikonsum von Benzodiazepinen. Seit circa vier Jahren konsumiere er kein Kokain mehr, jedoch zwei- bis dreimal wöchentlich Cannabis. Anfangs 2016 sei er depressiv geworden und habe Lust-, Freud- sowie Antriebslosigkeit verspürt. Mit dem vom Hausarzt verschriebenen Cipralex 10 mg habe sich der Zustand rasch verbessert. Sein Wunsch sei es, eine Arbeitsstelle zu finden. Unter «Beurteilung» wurde festgehalten, es handle sich um einen 36jährigen Patienten mit einer langjährigen polyvalenten Abhängigkeit (Heroin, Kokain, Cannabis und Benzodiazepine). Aktuell sei er mit MST und Xanax substituiert. Er habe gemäss eigenen Angaben seit Januar 2016 keinen Beikonsum mehr. Er wünsche sich eine ambulante Begleitung. 7.6 In der Aktennotiz vom 24. Juni 2016 (IV-Nr. 28) hielt Dr. med. F.\_\_\_\_, Fachärztin für Arbeitsmedizin, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD), fest, sie habe mit Dr. med. H.\_\_\_\_, Hausarzt, wegen der Inhalte des Mahn- und Bedenkzeitverfahrens telefoniert. Er sei noch nicht darüber informiert gewesen, dass der Beschwerdeführer nach dem Indikationsgespräch nicht mehr in der Psychiatrie erschienen sei. Die Therapiekontinuität sei durchwegs ein Problem bei ihm. Neben dem Beikonsum von Heroin auch regelmässig THC. Derzeit verschreibe Dr. med. H.\_\_\_\_ folgende Medikamente: MST 300 mg (Morphin) pro Tag, Xanax, Citalopram (vgl. Medikamentenliste, IV-Nr. 32 S. 16). Dr. med. H.\_\_\_\_ sei über die geplante dreimonatige Auflage zur Mitwirkung mit den Inhalten Therapieverpflichtung (ambulante Psychotherapie), Verzicht auf Beikonsum (Heroin) und Durchführung der Urinproben, informiert worden, damit wieder berufliche Massnahmen aufgenommen werden könnten. Anschliessend würden die UPs weiter fortgeführt. Bei Nichterfüllen der Auflage erfolge der Abschluss bei der Beschwerdegegnerin. Dr. med. H.\_\_\_\_ unterstütze dies. 7.7 Dr. med. B.\_\_\_\_ hielt in der Ergänzung vom 5. Juli 2016 (IV-Nr. 31) zum Arztbericht vom 19. März 2014 (vgl. E. II. 7.3 hiervor) betreffend das ihm von der Beschwerdegegnerin unterbreitete «Beiblatt Sucht» (S. 4) fest, die Psychotherapie habe von Ende Mai 2013 bis anfangs Juli 2014 gedauert. Im Zeitraum von Mai bis August 2015 seien vier weitere Gespräche erfolgt. Seither hätten keine weiteren Therapiesitzungen stattgefunden. Zum Zeitpunkt des Berichts vom 19. März 2014 habe ein Beikonsum für die Substanzen Heroin und Cannabis bestanden. Vorwiegend sei es an den Wochenenden zum Beikonsum gekommen. Der Beschwerdeführer habe 2015 berichtet, keinen Beikonsum für Heroin mehr zu haben, gelegentlich aber noch Cannabis zu konsumieren. Zum Zeitpunkt des Berichts (von 2014) sowie in den therapeutischen Gesprächen 2015 habe weiterhin eine medikamentöse Substitution bestanden. Entsprechend sei die Sucht während dieser Zeitspanne anhaltend gewesen. Wie bereits dem Bericht vom 19. März 2013 [recte: 2014] zu entnehmen sei, habe die Sucht lange Zeit als Strategie gedient, um sich von negativen Gefühlen distanzieren zu können und das psychische Leiden nicht mehr so stark zu spüren. Behandlungsmassnahmen stellten das Erlernen alternativer Bewältigungsstrategien zur Emotionsregulation in Form von Skills dar. Ebenfalls könne dem Bericht vom 19. März 2014 entnommen werden, dass die Sucht aus einem psychischen Leiden heraus entstanden sei. Zerrüttete Familienverhältnisse, instabile Bindungen zu beiden Elternteilen, emotionale Vernachlässigung des Beschwerdeführers im Kindesalter, Mobbing in der Schule sowie die vielen Umzüge und daraus resultierenden Schwierigkeiten, sich immer wieder von Neuem in eine bestehende Schulklasse integrieren zu müssen, seien dem Suchtleiden vorausgegangen. Bezogen auf den Behandlungszeitraum habe beim Beschwerdeführer betreffend die Arbeitsfähigkeit eine eingeschränkte Belastbarkeit bestanden. Diese sei begründet durch: depressive Stimmung, Selbstzweifel, das Gefühl, nicht zu genügen, fehlende soziale Kompetenz, Angst vor Zurückweisung, Kränkung, reduzierte

Frustrationstoleranz, Überangepasstsein (Bedürfnisse anderer würden als bedeutender wahrgenommen als die eigenen), emotionale Instabilität. Ob die Erwerbsfähigkeit durch die volle Abstinenz wiederherstellbar wäre, sei zum Zeitpunkt des Berichts vom 19. März 2014 zweifelhaft, da von einem fortbestehenden psychischen Leiden mit einer eingeschränkten Belastbarkeit ausgegangen werden müsse. Zu bedenken sei, dass die Sucht für den Beschwerdeführer im Sinne einer dysfunktionalen Bewältigungsstrategie zur Emotionsregulation (Distanzierung von negativen Emotionen) fungiert habe. Zudem bestehe die Sucht über mehrere Jahre hinweg. Auch gehe voraus, dass suchtabstinente Therapien in der Vergangenheit nicht erfolgreich verlaufen seien. Fachärztliche Psychotherapie könne den Patienten in der Auseinandersetzung mit den in seiner Kindheit erworbenen Schemata und Muster, welche tief in der Persönlichkeit des Patienten verankert seien, unterstützen. Grundsätzlich müssten das chronische Gefühl, nicht zu genügen, und die Angst, nicht wahrgenommen oder akzeptiert zu werden sowie die Angst vor Verletzung und Ablehnung mit dem Patienten bearbeitet werden. Eine Änderung des emotionalen Erlebens im Sinne einer Korrektur dieser in der Kindheit erworbenen Schemata würde nur langsam und über längere Zeit bei hoher Therapiemotivation erreicht werden können. Suchtbedingte irreversible hirnganisch-neurologische Schäden seien zum Behandlungszeitpunkt keine bekannt gewesen. In Bezug auf die suchtbedingte Wesensveränderung: es habe keine Konzentrationsverminderung wahrgenommen werden können. Der Beschwerdeführer habe in den Therapiesitzungen dem Gespräch gut folgen können. Soziale Verwahrlosung im engeren Sinne habe ebenfalls nicht bestanden. Trotzdem habe der Beschwerdeführer in der Zeitspanne der Therapie sehr zurückgezogen gelebt. Ein grosser Wunsch sei, ausserhalb der Szene Kontakte zu knüpfen, was sich für ihn aber trotz Bemühungen sehr schwierig gestaltet habe. Die Belastbarkeit sei während des Behandlungszeitraumes eingeschränkt gewesen. Zum Behandlungszeitpunkt hätte auch bei voller Abstinenz beim Beschwerdeführer von einem fortbestehenden psychischen Leiden mit eingeschränkter Belastbarkeit ausgegangen werden müssen. Der Beschwerdeführer habe in der Therapie von seinem Praktikum im Bereich Altersbetreuung berichtet, welches er damals im C.\_\_\_\_ absolviert habe. Das Praktikum und die Arbeit hätten ihm gefallen. Auch habe er sehr motiviert gewirkt, wieder einer Arbeit nachzugehen. Die Belastbarkeit sei dabei reduziert gewesen. Der Beschwerdeführer habe von Stimmungseinbrüchen berichtet, welche für ihn sehr schwer zu steuern gewesen seien, worunter er stark gelitten habe. Der weitere Verlauf betreffend berufliche Massnahmen des Beschwerdeführers sei nicht bekannt. Entsprechend könne dieser nicht beurteilt werden. Sämtliche Angaben bezögen sich auf den Behandlungszeitraum von Mai 2013 bis Juli 2014 sowie auf die Therapiesitzungen während Mai bis August 2015. Seit Mitte August 2015 hätten keine weiteren Therapiesitzungen mehr stattgefunden. Entsprechend seien der aktuelle psychische Zustand des Beschwerdeführers sowie die Ausprägung seiner Suchterkrankung nicht bekannt.

7.8 Gemäss Telefongespräch zwischen Dr. med. F.\_\_\_\_, RAD, und Dr. med. N.\_\_\_\_, Suchtabteilung, E.\_\_\_\_, [...], vom 22. Juni 2016 (vgl. Protokolleintrag vom 22. Juni 2016) sei der Beschwerdeführer nach dem stationären Aufenthalt (Ende 2015) zuletzt am 13. Mai 2016 bei Dr. med. N.\_\_\_\_ zum Indikationsgespräch (Abklärung Fortführung der ambulanten Therapie) gewesen. Dem Folgetermin am 8. Juni 2016 sei er unentschuldig ferngeblieben und er habe auch telefonisch nicht erreicht werden können. Der Beschwerdeführer habe unter Subutex wohl Heroin-Beikonsum betrieben, sei dann vom Hausarzt wieder auf MST umgestellt worden (300 mg) und habe darunter gemäss eigenen Angaben keinen Suchtdruck mehr und gebe an, keinen Beikonsum mehr zu betreiben.

Dr. med. N.\_\_\_\_ wurde über die geplante Auflage zur Mitwirkung (Stopp Beikonsum/Nachweis durch Urinproben/Verpflichtung zur regelmässigen Therapie, Durchführung der UPs) informiert. Er unterstütze dies, bisher habe die Therapie nie kontinuierlich aufgenommen werden können (immer Abbruch nach einem Indikationsgespräch). 7.9 Dr. med. H.\_\_\_\_, Allgemeine Medizin FMH, hielt im Arztbericht vom 16. Juli 2016 (IV-Nr. 32 S. 5 ff.) als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine «langjährige Polytoxikomanie» fest. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit sei ein «Asthma bronchiale (anamnestisch)» gegeben. Er behandle den Beschwerdeführer seit dem 24. Januar 2011 bis weiterhin, wobei die letzte Kontrolle am 6. Juli 2016 stattgefunden habe. Die Prognose sei ungünstig sowohl bezüglich der Drogenbeikonsum-Abstinenz bei laufendem Substitutionsprogramm aufgrund des nicht möglichen Einhaltens einer Drogenabstinenz als auch in Bezug auf eine erforderliche Selbstdisziplin / Compliance bezüglich einer allfälligen beruflichen Re-Integration. Gegenwärtig erfolge ein laufendes Substitutionsprogramm bei Dr. med. H.\_\_\_\_ in der Praxis (MST). Die ambulante Psychotherapie beim Psychiatrischen Ambulatorium der E.\_\_\_\_ sei abgebrochen worden. Es werde die Fortsetzung der Substitutionsbehandlung empfohlen. Offiziell habe nie eine Arbeitsunfähigkeit bestätigt werden müssen – bei allerdings nach Lehrabbruch erfolgter Sozialamtabhängigkeit und seither offenbar nur zeitweisen Arbeitseinsätzen und Gelegenheitsarbeiten (Gartenarbeiten) – bei auch häufigen stationären Aufenthalten im Zusammenhang mit Drogenentzügen. Einfachere Arbeiten, für welche kein Lehrabschluss notwendig sei, schienen auf den ersten Blick durchaus möglich, allerdings dürfte ein Arbeiten im beruflich erwerbsmässigen Sinne daran scheitern, dass aufgrund des fortgesetzten Beikonsums und der Malcompliance bzw. der Unmöglichkeit des zuverlässigen / konsequenten Einhaltens von Rahmenbedingungen, wie sie üblicherweise bei einer beruflichen Anstellung unabdingbar seien, die Einschränkung doch recht gross sei – dies, obwohl körperlich kaum eine Einschränkung bestehe (somatisch gelte es lediglich, allenfalls das Asthma zu berücksichtigen). Bei der Arbeit würden sich die Einschränkungen vermutlich durch ein ungenügendes Durchhaltevermögen im Falle eines fixen Arbeitspensums und eine ungenügende allgemeine psychische Stabilität / Belastbarkeit sowie ein zu ausgeprägtes Gedrängtsein zum Drogen(bei-)konsum auswirken. Konsekutiv zu erwartende häufige Absenzen und / oder eingeschränkte Leistungsfähigkeit und Zuverlässigkeit. Die bisherige Tätigkeit wäre dem Beschwerdeführer aus medizinischer Sicht noch zumutbar. Diese habe ja gemäss dem auf anamnestischen Angaben basierenden Wissensstand in der Ausübung von Gartenarbeiten bestanden und sei offenbar mehrere Stunden pro Tag möglich gewesen, wobei ihm nicht bekannt sei, an wie vielen Tagen pro Woche oder Monat. Dabei bestehe eine verminderte Leistungsfähigkeit. Mit einer solchen – je nach gerade herrschender täglicher Verfassung – sei aufgrund des bereits erwähnten schwankenden / wechselhaften psychischen Befindens zu rechnen. Eine behinderungsbedingte Tätigkeit wäre mit vier Stunden pro Tag als realistischerweise obere Grenze vorstellbar, sofern es sich um eine an den Beschwerdeführer adaptierte und für ihn angenehme Tätigkeit handle, wie dies beim Verrichten von Gartenarbeiten offenbar der Fall gewesen sei. Durch medizinische Massnahmen liessen sich die Einschränkungen nicht vermindern. Es könne mit der Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit bzw. Erhöhung der Einsatzfähigkeit von 30 - 40 % gerechnet werden. Es bestehe jederzeit eine gewisse Einsatzfähigkeit, z.B. für Gartenarbeiten, wobei anfänglich in einer Eingewöhnungsphase das Pensum nicht mehr als 30 - 40 % betragen sollte; im Verlauf könnte dieses möglicherweise auf circa vier Stunden

pro Tag gesteigert werden. Betreffend die Arbeits-Eingliederungsmöglichkeit könne entweder ein Arbeitstraining oder ein direkter Wiedereinsatz für Gartenarbeiten stattfinden, wie dies anamnestisch immer wieder ausgeführt werde. In Bezug auf das Dr. med. H.\_\_\_\_ unterbreitete «Beiblatt Sucht» (S. 9) hielt er fest, gegenwärtig sei ein Beikonsum von Heroin und THC (nebst Substitution mit MST und Benzodiazepinen) nachweisbar. Die Sucht dauere an. Aktuell finde eine Substitutionsbehandlung statt. Es seien bereits stationäre Behandlungen durchgeführt worden. In Bezug auf die Frage, ob die Sucht primären Charakter habe, oder selbst eine Folge / ein Symptom eines invalidisierenden körperlichen geistigen Gesundheitsschadens sei, meinte Dr. med. H.\_\_\_\_, es sei bei den E.\_\_\_\_ nachzufragen sowie evtl. etwas aus früheren Berichten von stationären Behandlungen zu entnehmen, die ihm nicht vorlägen. Eine Abstinenz sei aufgrund des bisherigen Verlaufes wohl unrealistisch, aber selbst dann bestünde fortdauernd eine erheblich eingeschränkte Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit. Folgeschädigungen seien aus seiner Sicht keine vorhanden, welche sich im Fall einer Abstinenz einschränkend äussern würden. Der Zustand sei unter Substitution und medikamentöser antidepressiver Therapie sowie vorhandenem Beikonsum stabil und ordentlich zufriedenstellend, den Umständen entsprechend. 7.10 Da sich aufgrund der medizinischen Akten nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit feststellen liess, ob die diagnostizierte Polytoxikomanie in einem engen Zusammenhang mit einem eigenständigen Gesundheitsschaden des Beschwerdeführers steht (vgl. E. II. 2.4 f. hiervor), hat das Versicherungsgericht des Kantons Solothurn am 7. Juni 2017 (A.S. 38 ff.) ein Psychiatrisches Gerichtsgutachten bei Dr. med. G.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, in Auftrag gegeben. Dieses datiert vom 14. Juli 2017 (A.S. 46 ff.). Darin werden folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ausgewiesen (A.S. 58): 1. Persönlichkeitsstörung gemischt mit dysthymen, emotional instabilen, selbstunsicheren und abhängig-ängstlichen Anteilen, ICD-10 F61.0 2. Polytoxikomanie, ICD-10 F19 a) Substitution mit MST, ICD-10 F11.22 b) Regelmässiger Heroin-Konsum, ICD-10 F11.2 c) Regelmässiger Cannabis-Konsum, ICD-10 F12.0 d) Regelmässiger, ärztlich kontrollierter Konsum von Xanax (Alprazolam), ICD-10 F13.22 Es gebe keine Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Berücksichtige man die funktionellen Beeinträchtigungen, die Ressourcendefizite, den bisherigen Verlauf, die Aktenlage und die Angaben des Beschwerdeführers (A.S. 67), so müsse aus psychiatrisch gutachterlicher Sicht festgestellt werden, dass der Beschwerdeführer infolge seiner dekompensierten Persönlichkeitsstörung im ersten Arbeitsmarkt als vorerst zu 100 % arbeitsunfähig zu beurteilen sei. Berufliche Massnahmen seien indiziert. Das mittelfristige Ziel sei, d.h. in den nächsten zwei bis drei Jahren, eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit im ersten Arbeitsmarkt von 50 % einerseits zu erreichen und andererseits auch zu realisieren. Dabei handle es sich um Hilfsarbeiten, die auch temporär sein könnten und seinen allfälligen körperlichen Einschränkungen angepasst seien. Vorausgehend seien einige Monate Arbeitstraining mit steigenden Anforderungen auf inhaltlicher und zeitlicher Ebene indiziert. Es sollte an der letzten Massnahme, wie sie im C.\_\_\_\_ realisiert worden sei, wieder angeknüpft werden. Es brauche eine Anlaufzeit und unbedingt auch eine begleitende, prophylaktische psychiatrische Betreuung, weil es beim Beschwerdeführer schnell zu affektiven Einbrüchen, zur pathologischen Regression mit Rückgriff auf die harten Drogen kommen könne. Seine gesamte und damit v.a. auch dauerhafte Belastbarkeit sei weniger gut, als dass der Beschwerdeführer dies v.a. in qualitativer Hinsicht selber einschätze. Dies begründe sich mit seiner Persönlichkeitsproblematik. Es sei aber sinnvoll und zielführend auch unter Nutzung der Motivation des Beschwerdeführers, diesen Weg zu beschreiten. Er

sei im Grunde genommen 2015 durch den Rückfall des Beschwerdeführers abgebrochen worden, weil dieser damals angeblich nicht mehr in psychiatrischer Behandlung gewesen sei und sich über seine Enttäuschungen und seine Wut am Arbeitsplatz nicht geäußert habe. Er habe er sich damals am Arbeitsplatz angeblich zurückgesetzt und gekränkt gefühlt. Der Beschwerdeführer sei früher Hauswart gewesen. In dieser Tätigkeit bestehe derzeit eine 100%ige Beeinträchtigung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit, da dem Beschwerdeführer eine derart verantwortungsvolle Arbeit in Anbetracht seiner Unbeständigkeit und seines Drogenkonsums nicht zugemutet werden resp. er mit diesen Beeinträchtigungen einem allfälligen Arbeitgeber nicht zugemutet werden könne. Hilfstätigkeiten, beginnend mit drei Stunden täglich, ausweitend auf 4 Stunden 20 Minuten täglich an fünf Tagen pro Woche im geschützten Rahmen und dann mit einem entsprechenden schrittweisen Übergang zu einer 50%igen Realisierung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit im ersten Arbeitsmarkt, seien zumutbar und indiziert. Eine angepasste Tätigkeit umfasse eine relativ einfache, wenig intellektuelle Anforderungen stellende Arbeit, vorzugsweise in einem Team. Allzu monotone Arbeiten, wie z.B. Fließbandarbeit, würden beim Beschwerdeführer sicherlich schnell zur Frustration und zum Rückzug resp. zum Rückfall führen. Der Referent könne die Angaben des Beschwerdeführers diesbezüglich unter Berücksichtigung seiner Persönlichkeitsstörung nachvollziehen. Der Beschwerdeführer brauche einen dauernden Reiz und eine Herausforderung, auch den Kontakt mit einem führenden, spiegelnden Gegenüber, da er sonst aufgrund seiner Strukturierungsdefizite, in einen Zustand der Selbstzweifel, der fehlenden Durchhaltekraft und sinkenden affektiven Belastbarkeit gerate, den er schwer aushalten könne. Zusätzlich möchte der Referent darauf hinweisen, dass Schichtarbeit kontraindiziert sei, da die Einhaltung einer kontinuierlichen Tagesstruktur dem psychischen Strukturdefizit des Beschwerdeführers entgegenkomme. Bezüglich des Verlaufs der Arbeitsunfähigkeit müsse festgestellt werden, dass die vorliegende Beurteilung ab Januar 2016, also dem Zeitpunkt des Beginns der MST Ersatzbehandlung, Gültigkeit habe, da sich die MST Ersatzbehandlung offenbar auf die gesamte gesundheitliche und soziale Stabilisierung positiv ausgewirkt habe (A.S. 67). Solange der Beschwerdeführer die erwähnte in der Schadensminderungspflicht begründete Abstinenz nicht einhalte, seien Massnahmen der Invalidenversicherung indiziert. Die Fortsetzung des ärztlich kontrollierten Ersatzprogramms mit MST sei adäquat und zweckdienlich hinsichtlich der Chancen zur Wiedereingliederung. Die Prognose sei in Anbetracht des bisherigen Verlaufs relativ ernst. Es gebe dennoch Elemente, die für eine gute Prognose sprächen. Dazu gehöre die Motivation des Beschwerdeführers, seine gute Zugänglichkeit und Freundlichkeit und auch seine Restfähigkeit, Verantwortung zu übernehmen, wie sich dies in seiner Garten- und Tierpflege manifestiere. Aus der Sicht des Referenten sei die Fortsetzung der sozialpsychiatrischen Begleitung des Beschwerdeführers dringlich, insbesondere zur Prophylaxe und zum Auffangen von affektiven Konflikten bei den Wiedereingliederungsschritten. Das Gleiche gelte für die hausärztlichen Gespräche. Auch diese seien wichtig, weil der Beschwerdeführer zum Hausarzt eine langjährige und tragende Beziehung aufgebaut habe. Die Fortsetzung der Substitutionsbehandlung mit MST sei ebenfalls indiziert und zweckdienlich. Die Abstinenz von Cannabis und Heroin zu fordern, sei im Rahmen der Schadensminderungspflicht indiziert. Dabei müssten während der von der Invalidenversicherung bezahlten Massnahmen, regelmässige und nicht angekündigte Urinproben hinsichtlich Heroin- und Cannabiskonsum getestet werden. Die Testung eines Nebenkonsums von Heroin sei gemäss telefonischer Auskunft des Labors [...] bei laufendem Ersatz-Programm mit MST labortechnisch möglich. Die Abstinenzforderung sei

auch in Anbetracht des Alters und der sozialen und gesundheitlichen Folgen eines fortgesetzten Konsums von Heroin und Cannabis indiziert. Eine Psychotherapie oder eine längerdauernde stationäre Behandlung in einer therapeutischen Wohngemeinschaft sei nicht zuletzt in Ermangelung der Introspektionsfähigkeit und des Scheiterns zweier Versuche in der Vergangenheit derzeit nicht indiziert. Die jetzige soziale Situation des Beschwerdeführers mit dem selbständigen Wohnen, der MST Substitution und den erwähnten Wiedereingliederungsmassnahmen gebe eine gute Ausgangslage, die jetzige Stabilität künftig auf einem etwas höheren Niveau zu etablieren. Angesichts der Gesamtsituation müsse immer mit Rückschlägen gerechnet werden. Das sei der Grund, weswegen der Referent die Prognose dennoch als ernst einstufte (A.S. 68). In Bezug auf die Frage, ob beim Beschwerdeführer die Möglichkeit einer Frühinvalidität bestehe (A.S. 70), hielt Dr. med. G. \_\_\_ fest, der Beschwerdeführer habe trotz fehlendem Lehrabschluss einige Jahre als Fabrikhauswart gearbeitet. Dies verdeutliche, dass er auch ohne Abschluss einer Lehre eine verantwortungsvolle berufliche Tätigkeit ausüben könne. Es bestehe aus rein psychiatrischer Sicht gesehen, ohne aber auf eine neuropsychologische Abklärung zurückgreifen zu können, kein Hinweis für eine kognitive Beeinträchtigung, die eine derartige Arbeit verunmögliche. Der Konsum von Cannabis und Heroin sowie Kokain und Benzodiazepinen habe einen Einfluss auf die Bezogenheit des Beschwerdeführers auf andere Menschen, die Durchhaltefähigkeit, die Konzentration und Aufmerksamkeit und die Frustrationstoleranz sowie den Antrieb. Aus Sicht des Referenten sei eine Abstinenz von Cannabis, Heroin, Kokain und allenfalls auch Benzodiazepinen zu fordern, wobei betreffend Benzodiazepinen ebenso wie für MST eine kontrollierte Abgabe noch im Rahmen des Tolerierbaren sei. Aufgrund der Schadenminderungspflicht sei der Konsum von Cannabis und Heroin sowie Kokain nicht tolerierbar (A.S. 70).

7.11 Es kann gestützt auf die medizinischen Akten zusammenfassend festgehalten werden, dass beim Beschwerdeführer eine langjährige Polytoxikomanie (Heroin, Benzodiazepin, Kokain und Cannabis) mit diversen Substitutionsbehandlungen im Vordergrund steht und sein psychischer Gesundheitszustand beeinträchtigt ist. So finden sich insbesondere die Diagnosestellungen einer rezidivierenden depressiven Störung, von akzentuierten Persönlichkeitszügen mit emotional instabilen, ängstlich-vermeidenden und selbstunsicheren Anteilen sowie einer Persönlichkeitsstörung gemischt mit dysthymen, emotional instabilen, selbstunsicheren und abhängig-ängstlichen Anteilen.

8. Eingehend auf die «medizinische Auflage» der Beschwerdegegnerin vom 28. Juni 2016 (IV-Nr. 29) ergibt sich Folgendes:

8.1 Im Rahmen der «medizinischen Auflage» vom 28. Juni 2016 wurde der Beschwerdeführer zum einen darauf hingewiesen, dass zur beruflichen Eingliederung eine langfristige und kontinuierliche psychotherapeutische Behandlung sowie ein nachhaltiger Stopp des Beikonsums von Heroin unabdingbar seien. Es sei ihm zumutbar, den Beikonsum einzustellen und dauerhaft einzuhalten. Die behandelnden Ärzte Dr. med. N. \_\_\_ und Dr. med. H. \_\_\_ unterstützten diese Massnahme, die Inhalte dieser Auflage seien mit ihnen abgesprochen. Zusätzlich sei der Beschwerdeführer verpflichtet, monatlich gemäss kurzfristiger telefonischer Aufforderung (ein bis maximal zwei Tage vor dem Termin) zwischen zwei und vier Urinproben abzugeben. Der Beschwerdeführer sei verpflichtet, telefonisch erreichbar zu sein resp. eine Combox zur Verfügung zu stellen, auf welcher der Termin für die Urinkontrolle hinterlegt werden könne. Nichterreichen oder Nichterscheinen gälten als positive Probe (also als «Drogentest positiv»). Diese Auflage gelte zunächst bis Ende September 2016, um über die Wiederaufnahme beruflicher Massnahmen entscheiden zu können. Während etwaiger beruflicher Massnahmen könne sie

jederzeit verlängert werden. Zudem sei die Beschwerdegegnerin berechtigt, bei Notwendigkeit eine Haaranalyse zu veranlassen. Im Falle eines Nichterfüllens dieser Auflagen würden etwaige berufliche Massnahmen der Beschwerdegegnerin abgebrochen. Das Dossier in der IV würde geschlossen und aufgrund der vorliegenden Unterlagen voraussichtlich ein negativer Entscheid betreffende Eingliederung wie auch Rente erlassen. Der Beschwerdeführer wurde ausserdem auf seine Mitwirkungspflicht gemäss Art. 7b Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 21 Abs. 4 ATSG und Art. 7 Abs. 2 IVG hingewiesen. Er war somit u.a. über seine Pflicht zur aktiven Teilnahme an allen ihm zumutbaren Massnahmen, die zur Eingliederung ins Erwerbsleben dienen, informiert (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_68/2015 vom 24. April 2015 E. 2.2).

8.2 Es stellt sich die Frage, ob die «medizinische Auflage» vom 28. Juni 2016 vorliegend notwendig war:

8.2.1 Es gilt als unbestritten, dass der Beschwerdeführer an dem ihm durch die Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 1. Dezember 2015 (IV-Nr. 18) zugesprochenen sechsmonatigen Arbeitsversuch ab dem 16. November 2015 im C.\_\_\_\_ lediglich zu Beginn (nämlich am 15./16. November 2015) teilgenommen hat und anschliessend nicht mehr am Arbeitsplatz erschienen ist (vgl. Protokolleintrag vom 5. Januar 2016) und sich ausserdem ohne abzumelden vollständig zurückgezogen hat. So war es weder dem Arbeitgeber noch dem Eingliederungsfachmann oder dem eingesetzten Jobcoach möglich, mit dem Beschwerdeführer in Kontakt zu treten (vgl. Protokolleinträge vom 30. November 2015, 1. und 3. Dezember 2015). Er war während längerer Zeit weder telefonisch noch via E-Mail oder Post erreichbar. Erst über die Suchthilfe [...] konnte sodann am 8. Dezember 2015 (vgl. Protokolleintrag) in Erfahrung gebracht werden, dass der Beschwerdeführer einen «Rückfall» erlitten habe. Auch die weiteren Anrufversuche und Schreiben des Eingliederungsfachmannes blieben erfolglos bzw. unbeantwortet (vgl. Protokolleinträge vom 15. Dezember 2015, 5. Januar 2016, IV-Nr. 22). Die Suchthilfe [...] stellte sodann in der E-Mail vom 15. Januar 2016 fest (vgl. Protokolleintrag), es hätte heute ein Termin mit dem Beschwerdeführer und der Sozialarbeiterin stattfinden sollen, leider habe der Beschwerdeführer diesen verpasst. Sie hätten indes wenigstens kurz mit ihm telefonieren können. Die Situation sei momentan wie folgt: Der Beschwerdeführer habe seine Wohnung und das begleitete Wohnen per 31. Januar 2016 gekündigt. Er werde künftig wieder in [...] wohnen. Er habe sich bisher beim C.\_\_\_\_ nicht zu melden vermocht und den Wunsch geäussert, in [...] wieder über die Gemeindefachstellen (GAP) der L.\_\_\_\_ eine Tagesstruktur zu erhalten. Dies werde die Sozialarbeiterin noch näher mit ihm besprechen und koordinieren. Aktuell sei also nicht realistisch, dass die laufende Massnahme mit dem Arbeitsversuch und der Unterstützung durch den Jobcoach weitergeführt werde. Der Eingliederungsfachmann D.\_\_\_\_ führte daraufhin mit E-Mail vom 18. Januar 2016 (vgl. Protokolleintrag) an die Suchthilfe [...] und die Sozialarbeiterin O.\_\_\_\_ aus, er werde den Coach und den C.\_\_\_\_ informieren und den aktuellen Arbeitsversuch auflösen. Er werde zudem klären, ob das Dossier in der beruflichen Eingliederung vorerst wieder geschlossen und abgewartet werde, bis der Beschwerdeführer einer Tagesstruktur nachgehen könne. Er wies zudem darauf hin, dass er den Beschwerdeführer am Donnerstag um 15.15 Uhr zu einem Termin eingeladen habe. Zum Termin vom 21. Januar 2016 erschien der Beschwerdeführer indes nicht (vgl. IV-Nr. 22 f.). Der Eingliederungsfachmann teilte dem Beschwerdeführer daher im Rahmen von «Bemerkungen» am 21. Januar 2016 (IV-Nr. 23) mit, da er heute nicht zum Termin erschienen sei und während der gesamten Massnahme weder erreichbar gewesen sei noch sich gemeldet habe, breche er den Arbeitsversuch mit dem heutigen Datum (21. Januar 2016) ab. Betreffend das weitere Vorgehen werde er den

Beschwerdeführer wieder schriftlich informieren. Am 25. Januar 2016 (IV-Nr. 24) erfolgte eine zweite Einladung an den Beschwerdeführer. Der Eingliederungsfachmann D.\_\_\_\_ teilte ihm mit, er sei zum Gespräch vom 21. Januar 2016 nicht erschienen. Ohne seine aktive Mitarbeit könne sein Anspruch auf Leistungen der Beschwerdegegnerin nicht geprüft werden. Ausserdem wurde er darauf aufmerksam gemacht, dass er verpflichtet sei, bei den Abklärungen mitzuwirken. Falls er erneut dem vorgeschlagenen Gesprächstermin fernbleibe, würden die Erhebungen eingestellt und das Verfahren ohne Leistungen nach Art. 43 Abs. 3 ATSG abgeschlossen. Daher werde er auf den 9. Februar 2016, 11.00 Uhr, nochmals zu einer Besprechung eingeladen. Aufgrund dieser Besprechung wurde festgehalten, nachdem der Beschwerdeführer im Oktober / November 2015 in einem Entzugsprogramm in der E.\_\_\_\_ gewesen sei (MST Ersatzprogramm), sei es kurz darauf wieder zu einem Rückfall und einer psychischen Krise gekommen. Der Beschwerdeführer habe es nicht mehr geschafft, sich im C.\_\_\_\_ zu melden und sei ohne Absprache für fast zwei Monate von der Bildfläche verschwunden. Weder das Vermittlungscoaching, welches im Herbst besprochen worden sei, noch der Arbeitsversuch im C.\_\_\_\_ seien aktuell noch Themen für den Beschwerdeführer. Da es aktuell überhaupt sehr zweifelhaft sei, ob der Soziale Bereich weiterhin eine Option für ihn darstelle, sehe der Eingliederungsfachmann derzeit eine Abklärung in einer Institution als einzige Möglichkeit. Ein Training im ersten Arbeitsmarkt würde ihn überfordern. Ausserdem werde ein klares Feedback benötigt, ob nicht doch ein anderer Bereich präferiert werden sollte (z.B. Schreinerei). Sie seien so verblieben, dass der Eingliederungsfachmann ein Vorstellungsgespräch für eine Abklärung organisiere und sich dann wieder mit dem Beschwerdeführer in Verbindung setze. Gemäss E-Mail des Beschwerdeführers vom 14. März 2016 (vgl. Protokolleintrag) fand in der Folge ein Gespräch mit der P.\_\_\_\_ Fachbereich Integration, statt. Dabei habe der Beschwerdeführer erzählt, seit einigen Monaten relativ regelmässig Heroin zu konsumieren, in der Regel jeden zweiten bis dritten Tag für CHF 20.00. Er mache dies nicht wegen der berauschenden Wirkung, wofür deutlich mehr nötig wäre, sondern einzig wegen der stark antidepressiven Wirkung von Diaphin, die ihm beim MST fehle. Am Freitag habe er einen Termin beim Arzt, der ihm evtl. ein Medikament geben könne, das besser helfe. Es sei daher mit Herrn Q.\_\_\_\_ (P.\_\_\_\_) abgemacht worden, erst einmal die medizinisch / psychische Ebene zu klären und dann mit 40 - 50 % in der Werkstatt zu beginnen, aber evtl. wäre doch besser, früher zu beginnen. Eine Beschäftigung würde ihm guttun. Er habe v.a. am Nachmittag oft Mühe. Am Morgen habe er mit dem Hund und dem Haus eigentlich genug Ablenkung. Nach dem Telefongespräch mit Herrn Q.\_\_\_\_ vom 15. März 2016 hielt der Eingliederungsfachmann mit Protokolleintrag vom selben Datum fest, dieser empfehle, der Beschwerdeführer müsse mit Heroin aufhören, er rauche dies auf einer Dosis, dass er gerade keine Entzugserscheinungen habe. Der Nebenkonsum sei gross. Das Eingliederungspotenzial des Beschwerdeführers sei gross, die Motivation sichtbar da. Im Moment sei eine Beschäftigung sehr wichtig. Anmeldung bei der L.\_\_\_\_: Auflage, keine weiteren Drogen zu nehmen. Momentan würden gesundheitliche Themen überwiegen.

8.2.2 Somit ist davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer seiner Mitwirkungspflicht während des ihm durch die Beschwerdegegnerin zugesprochenen sechsmonatigen Arbeitsversuchs beim C.\_\_\_\_ ab dem 16. November 2015 (vgl. dazu E. II. 3.1 hiervor) nicht nachgekommen ist. So erschien er einzig am ersten Arbeitstag am Arbeitsplatz. Dann tauchte er unter und meldete sich in der Folge u.a. bei der Beschwerdegegnerin während ungefähr zweier Monate nicht mehr und reagierte auch nicht auf deren Kontaktversuche. Als Grund dafür benennt der Beschwerdeführer im Nachhinein einen erlittenen Rückfall

betreffend den Heroinkonsum sowie eine psychische Krise. So gab er im E-Mail vom 14. März 2016 denn auch an, wegen der stark antidepressiven Wirkung von Diaphin seit einigen Monaten wieder relativ regelmässig Heroin zu konsumieren. Daraus kann geschlossen werden, dass der Beschwerdeführer seiner Mitwirkungspflicht in Bezug auf die ihm zugesprochene berufliche Eingliederungsmassnahme im Sinne eines Arbeitsversuchs wegen gesundheitlichen und suchtspezifischen Problemen nicht nachgekommen ist. Es ist unter diesen Umständen nicht zu beanstanden, dass ihm die Beschwerdegegnerin am 28. Juni 2016 eine «medizinische Auflage» unterbreitete, die sich im Wesentlichen auf die in diesem Zeitpunkt instabile gesundheitliche Situation des Beschwerdeführers bezog (vgl. Protokolleintrag der Fallbesprechung des RAD vom 14. Juni 2016).

8.2.3 Daher war die «medizinische Auflage» vom 28. Juni 2016 notwendig, um nach einer gewissen Zeit der Heroinabstinenz und Psychotherapie – bis Ende September 2016 – über die Wiederaufnahme erneuter beruflicher Eingliederungsmassnahmen entscheiden zu können.

8.3 Es ist nachfolgend zu prüfen, ob die «medizinische Auflage» vom 28. Juni 2016 dem Beschwerdeführer zumutbar war. Dazu ist zunächst auf den Verzicht des Heroinbeikonsums (vgl. E. II. 8.3.1 ff. hiernach) und anschliessend auf die ambulante Psychotherapie (vgl. E. II. 8.3.5 hiernach) einzugehen:

8.3.1 Im Rahmen der «medizinischen Auflage» vom 28. Juni 2016 wurde vom Beschwerdeführer zum einen der nachhaltige Stopp des Heroinbeikonsums verlangt, der ihm «zumutbar» und «dauerhaft einzuhalten» sei. Zudem sei er verpflichtet, sich monatlich gemäss kurzfristiger telefonischer Aufforderung zwischen zwei bis vier Urinproben zu unterziehen. Die Beschwerdegegnerin holte im Vorfeld dieser Auflage die ärztlichen Beurteilungen sowohl des Hausarztes des Beschwerdeführers Dr. med. H.\_\_\_\_ (vgl. II. E. 7.6 hiervor) als auch von Dr. med. N.\_\_\_\_, Suchtabteilung der E.\_\_\_\_ (vgl. E. II. 7.8 hiervor) ein, die diese Massnahmen aus ihrer Sicht befürworteten. Zum anderen wurde dem Beschwerdeführer der Beginn und die Fortführung einer Psychotherapie auferlegt.

8.3.2 Im diesem Zusammenhang stellt sich die Frage, ob die Drogensucht des Beschwerdeführers in einem engen Zusammenhang mit einem eigenständigen Gesundheitsschaden steht, oder ob diese als solche allein leistungsmindernd wirkt (vgl. E. II. 2.4 f. hiervor). Dazu ist – wie bereits unter E. II. 7.10 hiervor ausgeführt –, auf das Psychiatrische Gerichtsgutachten von Dr. med. G.\_\_\_\_ vom 14. Juli 2017 einzugehen:

8.3.2.1 Das psychiatrische Gutachten von Dr. med. G.\_\_\_\_ wird den von der Rechtsprechung entwickelten Anforderungen (Vollständigkeit, Schlüssigkeit, Nachvollziehbarkeit; vgl. E. II. 4.2 hiervor) gerecht: So beruht dieses auf den vollständigen Vorakten (A.S. 47 ff.), womit beim Experten von der Kenntnis der Anamnese ausgegangen werden kann. Zudem wurde eine umfassende Exploration durchgeführt (A.S. 53 ff.), womit auch die subjektiv beklagten Beschwerden des Beschwerdeführers in die Beurteilung miteingeflossen sind. Es werden sodann die Diagnosen gestellt und es folgt eine ausführliche Beurteilung (A.S. 58 ff.). Ferner leuchten auch die medizinischen Zusammenhänge und die Beurteilung der medizinischen Situation ein: So hielt der Gutachter fest, es müsse beim Beschwerdeführer eine Persönlichkeitsstörung diagnostiziert werden (A.S. 60 f.). Diese manifestiere sich in einer Unausgeglichenheit in der Affektivität, im Antrieb, in der Impulskontrolle und in der Beziehungsgestaltung. Das Verhaltensmuster sei andauernd und gleichförmig und über viele Jahre bekannt und habe einen tiefgreifenden Einfluss auf alle persönlichen und sozialen wie beruflichen Situationen. Diese Ausführungen leuchten ein, da der psychiatrische Experte erörterte, der Beschwerdeführer sei in emotional vernachlässigenden, dysfunktionalen familiären Verhältnissen aufgewachsen und habe

seine psychischen Ressourcen in seiner Kindheit und Jugend nicht gut aufbauen können (A.S. 60). Diese Darlegungen erscheinen unter Heranziehung der Ausführungen des Beschwerdeführers nachvollziehbar (A.S. 55). So gab dieser an, an vielen verschiedenen Orten aufgewachsen zu sein. Seine Eltern seien immer wieder umgezogen, hätten ein unstetes Leben geführt, sowohl als sie noch zusammengelebt hätten als auch nach der Trennung circa 1983. In der vierten Klasse habe ihn eine Lehrerin in [...] zu einer Psychologin geschickt, die er seiner Erinnerung nach einmal aufgesucht habe. Die Mutter meine, dass er davon nur geträumt habe. Er sei aber nie in regelmässiger Psychotherapie gewesen. Er habe seine Kindheit und Jugend als einsam in Erinnerung. Zuhause habe immer ein Durcheinander geherrscht, beide Eltern hätten gearbeitet resp. als er dann bei der Mutter aufgewachsen sei, sei er oft alleine zu Hause gewesen. In der Schule habe er keine guten Kontakte gefunden, weil er ja dauernd der Neue gewesen sei. Er sei häufig zusammengeschlagen worden, mal von den Mädchen, mal von den Knaben. Er habe sich nie gut wehren können. Auch heute falle es ihm schwer, wütend zu werden. Wenn er früher wütend gewesen sei, dann v.a. wegen Subutex. Das habe ihn absolut reizbar und aggressiv gemacht. Nachdem es die Eltern noch einmal erfolglos zusammen versucht hätten, sei er bei der Mutter geblieben. Mit der neuen Frau des Vaters habe er sich nicht gut verstanden. Aufgrund dieser Ausführungen vermag einzuleuchten, wenn der Gutachter darlegte (A.S. 60), dass der Beschwerdeführer in einer Familie aufgewachsen sei, die seinen entwicklungsbedingten Bedürfnissen zu wenig gut Rechnung habe tragen können, so dass dieser ein Strukturdefizit entwickelt habe, das später auf die Affektregulation, den Antrieb, die Impulskontrolle und insbesondere auch die Beziehungsgestaltung einen negativen Einfluss gehabt habe. In diesem Zusammenhang überzeugt denn auch die Ausführung des Gutachters, wonach seit der frühen Jugend eine Psychopathologie bestehe. Damit kann dem Gerichtsgutachten von Dr. med. G.\_\_\_\_ vom 14. Juli 2017 grundsätzlich Beweiswert zugesprochen werden. 8.3.2.2 Da die übrigen medizinischen Einschätzungen und Beurteilungen nicht geeignet sind, die Beweiskraft des Psychiatrischen Gerichtsgutachtens von Dr. med. G.\_\_\_\_ zu erschüttern, ist diesem der volle Beweiswert zuzusprechen (vgl. E. II. 4.3 hiervor). So hielt denn auch der psychiatrische Gutachter fest (A.S. 62), es lägen diverse psychiatrische Berichte vor, wobei er im Vergleich zur vorliegenden Befunderhebung und Beurteilung keinen grossen Widerspruch sehe, der diskutiert werden müsste, weder hinsichtlich der Beurteilung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit noch im Hinblick auf die Diagnostik. Er sehe seine Beurteilung insbesondere in Übereinstimmung mit derjenigen von Dr. med. H.\_\_\_\_. Diese Einschätzungen überzeugen: So wurde in den medizinischen Vorberichten zum einen die Diagnose eines «Verdacht auf leichte depressive Episoden, DD Angststörung» (vgl. E. II. 7.1 hiervor) bzw. einer «rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1), seit mehreren Jahren» (vgl. E. II.

## **E. 13**

13.1 Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung.  
13.2 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 einen Betrag von CHF 600.00 zu bezahlen, die jedoch infolge Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege durch den Kanton Solothurn zu übernehmen sind (Art. 122 Abs. 1 lit. b

Zivilprozessordnung [ZPO, SR 272]). Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren, wenn A.\_\_\_\_ zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).  
14. Die Kosten sowohl des Psychiatrischen Gerichtsgutachtens von Dr. med. G.\_\_\_\_ vom 14. Juli 2017 von CHF 3'800.00 als auch der in diesem Rahmen erforderlichen Urinproben beim Hausarzt des Beschwerdeführers Dr. med. H.\_\_\_\_ von CHF 228.55, total CHF 4'028.55, sind der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen, da sie den Sachverhalt in medizinischer Hinsicht nicht hinreichend abgeklärt und damit den Untersuchungsgrundsatz (Art. 43 Abs. 1 Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG, SR 830.1]) verletzt hat (vgl. BGE 139 V 496 E. 4.4 S. 502).

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